

PARTIE I

ÉVOLUTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
INTERNATIONALE



## *Les Conférences sanitaires internationales*

---

Le problème de la santé publique a commencé d'être envisagé sur le plan international il n'y a guère plus d'un siècle, lors de la Conférence sanitaire internationale qui s'ouvrit à Paris le 23 juillet 1851. Vingt années auparavant, le choléra avait, pour la première fois dans l'histoire, fait son apparition en Europe occidentale, et les retours successifs du fléau ne furent pas seulement une cause de consternation mais aussi de spéculations, interminables autant que stériles, sur la nature des maladies épidémiques en général et du choléra en particulier et sur leur rapport avec les conditions sanitaires, météorologiques et géophysiques. Pendant ces quatre lustres, l'utilisation croissante de la vapeur comme force motrice dans l'industrie et le développement des chemins de fer et de la navigation à vapeur avaient créé les conditions propices à un essor sans précédent du commerce international. C'est en 1851 également qu'eut lieu à Londres la première grande exposition internationale, au cours de laquelle plus de six millions de visiteurs purent confronter les produits de l'habileté technique et artisanale de nombreuses nations.

Toutefois, si la vitesse et la facilité accrues des transports donnaient une vive impulsion au commerce international, elles permettaient aussi une propagation plus rapide et plus large du choléra, auquel la misère des habitations et leur encombrement, résultant en grande partie de la révolution industrielle, offraient un terrain particulièrement favorable.

S'adressant aux participants de la première Conférence sanitaire internationale, le Ministre français des Affaires étrangères souligna la signification historique d'une époque « où toutes les industries de l'univers semblent oublier leurs anciennes rivalités et se donner la main à cette merveilleuse exposition de Londres ». Il ajouta que, si la Conférence permettait d'atteindre le but visé, ce ne serait pas le résultat le moins remarquable à inscrire à l'actif de « ce siècle si fécond en choses nouvelles et grandes ». Toutefois, ce siècle créa également les conditions les plus propices à l'accroissement de la saleté et des maladies. L'année même où les nations du monde firent la démonstration de leurs progrès techniques à la grande exposition internationale vit paraître l'étude de Henry Mayhew sur les travailleurs et les indi-

gents de Londres (*London Labour and the London Poor*), ouvrage devenu un classique de l'enquête sociale et que l'auteur présentait lui-même comme étant

la première tentative qui ait été faite de donner un aperçu de la vie d'un peuple — fondé sur le témoignage direct de ses enfants — en relatant avec une fidélité littérale, dans leur propre langage dépourvu de fard, leurs travaux, leurs gains, leurs épreuves et leurs souffrances, et aussi de rendre compte de leurs conditions de logement et de leur vie familiale en procédant sur place à des observations personnelles et en établissant des rapports directs et compréhensifs avec les intéressés.

Cet ouvrage d'un particulier, venu neuf ans après une célèbre publication officielle — le rapport général d'Edwin Chadwick sur l'état sanitaire de la population travaillante en Grande-Bretagne (*General Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*) — donnait une image vivante et terrifiante de la misère, de la souffrance et du vice qui sévissaient dans les couches pauvres d'une grande ville. Et pourtant, une année plus tard seulement, William Farr, qui fut le pionnier des statistiques sanitaires, décrivait l'Angleterre — avec « ses 22 décès annuels par 1000 habitants » — comme « le pays le plus sain du monde » en comparaison de la France, de la Prusse, de l'Autriche et de la Russie, où les chiffres correspondants étaient de 24, 27, 30 et 36, respectivement.<sup>1</sup>

La santé publique commença ainsi à s'internationaliser à une époque de contrastes saisissants et de bouleversements considérables, où une prospérité matérielle sans précédent s'accompagnait d'une extrême insalubrité dans des villes grandissantes mais surpeuplées. Le monde, dans l'esprit des promoteurs de la santé publique internationale, demeurait essentiellement le monde européen, auquel s'ajoutaient les peuples d'Amérique à titre de cousins éloignés, le reste de l'univers habité échappant complètement à l'ère nouvelle de progrès matériel, ou ne s'y trouvant rattaché que par la colonisation entreprise par les puissances européennes. L'Europe elle-même connaissait une évolution rapide, et la simple énumération des douze gouvernements qui participèrent à la première Conférence sanitaire internationale — Autriche, Espagne, États Pontificaux, France, Grèce, Portugal, Royaume des Deux Siciles, Grande-Bretagne, Russie, Sardaigne, Sublime Porte [Turquie] et Toscane — donne une idée de l'ampleur des changements qui devaient intervenir dans les décennies suivantes.

Mais les transformations radicales qui s'effectuaient n'étaient pas uniquement de celles que l'on peut noter sur une carte géographique. Comme l'a dit un éminent historien :

Tout au long du dix-neuvième siècle, l'ensemble de croyances, d'idées et d'habitudes que les peuples européens avaient reçues en héritage de temps très anciens a subi une transformation profonde. Le développement des études historiques et de la recherche, les progrès des sciences économiques et physiques, l'ardeur prophétique des réformateurs et l'ingéniosité débordante

---

<sup>1</sup> Les conclusions que Farr tirait de ces taux bruts de mortalité ne seraient sans doute guère considérées aujourd'hui comme légitimes.

des inventeurs dans le domaine de la mécanique ont fait de l'Europe, à maints égards importants, une société nouvelle.

Des idées neuves surgirent en Europe, qui devaient exercer, pour le meilleur ou pour le pire, une influence profonde sur l'avenir de la race humaine tout entière. De nouveaux credo politiques remettaient en question les fondements mêmes de la société, et un naturaliste, Charles Darwin, dans son étude sur l'origine des espèces par voie de sélection naturelle (*On the Origin of Species by Means of Natural Selection*), faisait table rase des idées alors admises sur l'origine de l'homme et sur sa place dans l'univers. Nombre de changements considérables se produisaient aussi dans les conceptions traditionnelles des relations humaines. Les travailleurs commençaient à s'organiser, et les grands mouvements humanitaires allaient aboutir à l'abolition de la traite des esclaves, à l'adoption de mesures pour combattre la traite des femmes et des enfants, à des réformes du régime pénitentiaire et à l'amélioration des soins donnés aux blessés pendant les guerres. L'enseignement obligatoire et gratuit, favorisé par l'utilisation des presses à imprimer mécaniques, allait diminuer l'écart entre les masses pauvres illettrées et les classes moyennes éduquées. La philanthropie privée commençait à s'organiser et, par l'envoi de missions médicales, étendait son action au-delà des frontières nationales.

Des lois sanitaires fondamentales furent adoptées afin d'améliorer les conditions de salubrité dans les villes et les conditions de travail dans les fabriques et de prévenir l'adultération généralisée des denrées alimentaires, et la nomination de médecins de la santé publique rétribués par l'État marqua un nouveau progrès dans la reconnaissance, par les gouvernements, de la responsabilité qui leur incombe d'assurer un milieu sain à leurs peuples.

C'est dans ces conditions que la première Conférence sanitaire internationale ouvrit en 1851 une ère nouvelle d'action internationale dans le domaine de la santé publique. Ce ne fut toutefois pas un exemple isolé de collaboration internationale, mais plutôt l'un des nombreux symptômes d'un nouveau mouvement international qui surgissait, en pleine époque de nationalisme, par suite de l'extension considérable des relations internationales et des échanges commerciaux qu'avait permis le développement des moyens de transport et de communication.

Pendant la première moitié du dix-neuvième siècle, de nombreuses conventions bilatérales furent conclues entre différents pays sur des questions techniques, par exemple des conventions réglementant les communications postales. On ne tarda cependant pas à s'apercevoir que le recours aux méthodes traditionnelles des négociations bilatérales entre diplomates professionnels ne permettait pas de résoudre avec la célérité voulue des problèmes techniques qui exigeaient d'être étudiés simultanément par de nombreuses nations avec l'aide d'experts compétents. Aussi ces méthodes firent-elles place, dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle, à la

convocation de conférences internationales ayant pour objet de permettre aux nations d'arriver à un accord sur de nombreuses questions de caractère non politique.

Il a été fait mention plus haut de l'Exposition internationale de 1851. Celle-ci fournit l'occasion et le stimulant des premières discussions entre savants allemands, anglais, français « et même américains », discussions qui aboutirent à la réunion, à Bruxelles, en 1853, du premier Congrès général international de la Statistique, où fut recommandé l'établissement d'une nomenclature internationale des causes de décès.<sup>1</sup>

Au nombre des questions traitées à d'autres conférences internationales figurent les communications postales et télégraphiques, les poids et mesures, les brevets, les marques de fabrique et les droits d'auteur, les transports de marchandises par chemin de fer, la navigation et la sauvegarde de la vie humaine en haute mer, la traite des esclaves et la législation du travail. Dans certains cas furent créées des unions internationales de droit public, dotées d'un bureau permanent, parmi lesquelles on peut mentionner l'Union télégraphique internationale<sup>2</sup> (1865), l'Union postale universelle (1874) et le Bureau international des Poids et Mesures (1875). Comme il est dit plus loin, le premier office international permanent d'hygiène ne devait voir le jour qu'au début du vingtième siècle.

Toutes ces conférences et unions internationales avaient un caractère gouvernemental, mais la seconde moitié du dix-neuvième siècle vit aussi se développer sur le plan international les associations et congrès non gouvernementaux. Parmi ces derniers, il convient de mentionner tout particulièrement la longue série de congrès internationaux de médecine, dont le premier s'est tenu à Paris en 1867, année où Lister énonça pour la première fois le principe de la chirurgie antiseptique, auquel l'avaient conduit les travaux de Pasteur sur la fermentation. A la fin du siècle, douze congrès de ce genre s'étaient tenus au total dans onze pays.

La première Conférence sanitaire internationale avait pour but de permettre aux douze nations représentées d'aboutir à un accord sur les prescriptions minimales de la quarantaine maritime et de rendre ainsi, selon les termes employés par le Président de la Conférence, « d'importants services au commerce et à la navigation de la Méditerranée, tout en sauvegardant la santé publique ». L'initiative de cette conférence, tenue à Paris, avait été prise par le Ministre français de l'Agriculture et du Commerce qui, comme il l'indique lui-même, était « placé à la tête de l'administration sanitaire et commerciale » de son pays. Chacun des gouvernements participants était représenté par deux délégués, soit un diplomate et un médecin.

<sup>1</sup> Plus d'un siècle après, dans le monde entier, les nations continuent à s'inspirer de cette recommandation en collaborant, par l'entremise de l'Organisation mondiale de la Santé, à la révision périodique et à la publication du *Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, dont la dernière édition a paru en 1957.

<sup>2</sup> Actuellement Union internationale des Télécommunications

Cette conférence tint quarante-huit séances plénières et de nombreuses séances de commission, et sa clôture fut prononcée le 19 janvier 1852, six mois presque exactement après l'ouverture de la session.

Cet immense labeur aboutit à l'élaboration d'une convention sanitaire internationale, à laquelle fut annexé le texte d'un règlement sanitaire international comprenant 137 articles. Le premier texte de cette convention fut signé le 19 décembre 1851 par tous les délégués, au total vingt-quatre, représentant douze nations, qui, tous également, le 16 janvier 1852, apposèrent leur signature sur un texte révisé. Ils n'engageaient toutefois pas leurs gouvernements respectifs et, quatre mois plus tard, cinq seulement des douze puissances (la France, le Portugal, la Sardaigne, la Sublime Porte et la Toscane) avaient signé la convention. Ces signatures étaient encore sujettes à ratification. Le 18 mai 1852, la France et la Sardaigne échangèrent les instruments de ratification et la convention entra en vigueur entre ces deux pays. Par la suite, le Portugal devait y adhérer, mais, en 1865, ce dernier pays et la Sardaigne se retirèrent de la convention, qui devint ainsi complètement inopérante.

Cet échec peut s'expliquer en partie par des raisons de procédure, car après une longue discussion sur les modalités du vote, à savoir s'il devait être émis par les puissances représentées ou par les délégués à titre individuel, cette dernière méthode avait été adoptée à une forte majorité. La conséquence pratique de ce choix fut que les deux délégués de chaque gouvernement pouvaient voter chacun en sens contraire, de sorte que le résultat du scrutin pouvait refléter les différences de conceptions des administrateurs et des médecins plutôt que les vues d'une majorité des gouvernements participants. Néanmoins, bien qu'une telle méthode de vote soit en toute circonstance susceptible de rendre vaines les décisions prises, la cause principale des résultats décevants de cette conférence, comme de celles qui la suivirent, doit être cherchée ailleurs. Dans le discours de clôture qu'il prononça à la fin de la première conférence, le Ministre français de l'Agriculture et du Commerce félicita les participants de la discrétion et de la sagesse dont ils avaient fait preuve en s'écartant non seulement de toute question politique, mais aussi des spéculations scientifiques. Les diplomates et les médecins qui prirent part à ces six mois de discussions avaient en effet en commun une ignorance totale de la nature et du mode de propagation des trois maladies — choléra, peste et fièvre jaune — qui figuraient à l'ordre du jour.

Ce sont les pandémies de choléra du dix-neuvième siècle qui valurent à cette maladie d'être la plus discutée des affections aujourd'hui connues comme transmissibles. A partir de 1831 parut une abondante littérature consacrée au choléra. Les publications privées ou officielles sur le choléra qui se multiplièrent avant même que le fléau n'eût atteint l'Europe occidentale témoignent de la terrible appréhension qu'inspiraient les désastreuses épidémies de Russie, de Pologne, de Prusse et d'Autriche. Un auteur de l'époque évoquait « cette maladie tellement

nouvelle, gigantesque, meurtrière, irrésistible et terrifiante ». Un peu plus d'une année avant l'irruption du fléau en France, le Ministre de l'Intérieur de ce pays avait adressé à l'Académie royale de Médecine une requête officielle l'invitant à établir d'urgence des instructions sur les moyens d'éviter et de soigner le choléra. L'Académie constitua à cette fin un comité spécial et, quelques mois plus tard, publia son rapport, où elle aboutissait notamment à cette conclusion qu'il n'avait jamais été démontré que le choléra fût transmissible. De l'autre côté de la Manche, le Conseil privé faisait publier dans la *London Gazette* du 20 octobre

certaines règles et prescriptions proposées par le Board of Health [Conseil d'hygiène] en vue de prévenir l'introduction et la propagation, dans le Royaume-Uni, de la maladie dite *cholera morbus*, accompagnées d'une description des symptômes et des moyens de traitement de ladite maladie.

Le Board of Health présumait que le gros danger viendrait des activités de contrebande à travers la Manche, qui, de par leur nature même, échappaient à l'application des mesures quaranténaires.<sup>1</sup> En fait, toutefois, le choléra fit son apparition à Sunderland, sur la côte orientale de l'Angleterre, quelques mois avant de passer en France.

Les publications sur le choléra parues au cours des trente premières années de sa propagation en Europe comptent quelques-unes des études épidémiologiques les plus approfondies qu'on ait jamais faites sur une maladie, et l'une des premières fut le rapport d'une commission officielle sur la première épidémie de choléra qui ait sévi à Paris. La maladie, venant d'Angleterre, avait atteint Calais le 15 mars 1832 et ne tarda pas à faire irruption à Paris, où elle fit plus de 21 000 victimes en l'espace de sept mois — tribut de vies humaines qui représentait un taux de mortalité de près de 23 pour 1000 habitants. L'introduction du rapport donne une idée des réactions que déclenchait un tel désastre :

Lorsqu'un de ces fléaux destructeurs, tels qu'une famine, une peste, une épidémie, vient à frapper une grande cité, le premier sentiment qu'il fait naître est l'effroi. Chacun n'a plus qu'une pensée, qu'un but : c'est de se dérober aux atteintes du mal. Ceux à qui leur position ou leur fortune le permet s'éloignent à la hâte ; ceux pour qui la fuite est impossible — et c'est le plus grand nombre — forcés de demeurer, s'abandonnent à un découragement funeste et, se regardant déjà comme voués à une mort prochaine, vivent dans de continuelles terreurs, plus malheureux des maux réels qu'ils se donnent que du fléau qu'ils redoutent, fléau qui peut-être ne les atteindra pas.

Le rapport lui-même contenait soixante-sept tableaux statistiques détaillés dans lesquels la mortalité due au choléra était analysée selon l'âge, le sexe, la durée de la maladie, la température ambiante, la localité, le mode d'exposition, l'altitude, l'humidité du sol, la densité de la population, la classe sociale et la profession, ainsi

<sup>1</sup> Cette foi dans les mesures de quarantaine ne devait pas durer beaucoup d'années (voir p. 10).

que d'autres facteurs. Des études épidémiologiques encore plus poussées furent effectuées par William Farr sur l'épidémie de choléra de 1848-1849 en Angleterre,<sup>1</sup> et par une commission, dont Farr faisait également partie, sur l'épidémie de 1854, mais ces recherches n'aboutirent qu'à la conclusion, d'ailleurs hypothétique, qu'il pourrait y avoir une relation de cause à effet entre le choléra et l'altitude du lieu.<sup>2</sup> Ces rapports, de même que d'autres études exhaustives datant de cette époque, attestent la valeur limitée de l'accumulation massive de simples observations.

L'idée qu'un agent vivant invisible pouvait jouer un rôle dans la propagation du choléra — hypothèse dite parfois « de l'insecte » (*hypothesis of insect life*) — a été périodiquement avancée, sous des formes diverses, depuis la première apparition de la maladie en Europe. L'exposé le plus clair de cette théorie a été proposé par John Snow d'abord en 1849 et, plus tard, de manière plus détaillée, en 1855. Bien que les termes dont Snow s'est servi pour formuler son hypothèse — car ce n'était rien de plus qu'une hypothèse — soient strictement conformes aux connaissances modernes, c'est un quart de siècle seulement après sa mort, survenue en 1858, que Robert Koch devait établir la relation spécifique existant entre le choléra et le « bacille comma ».

Mais même la découverte décisive de Koch ne suffit pas à faire tomber partout en discrédit l'opinion alors courante selon laquelle un facteur externe d'ordre général devait jouer un rôle dans l'apparition des épidémies de choléra; il faut aussi reconnaître que, dans l'enthousiasme que la bactériologie médicale souleva à ses débuts, on eut tendance à simplifier à l'excès la relation hôte-parasite. En 1892, neuf ans après la découverte de Koch, Max von Pettenkofer postulait l'intervention, dans l'étiologie du choléra, de trois éléments essentiels, qu'il désignait respectivement par les lettres *x*, *y*, *z*. Le premier de ces éléments était, selon lui, un germe propagé par les contacts entre individus; le second était un facteur externe qu'il nommait « disposition spatio-temporelle » (*zeitlich örtliche Disposition*); le troisième élément était la prédisposition individuelle. A l'âge de 74 ans, il prouva la confiance que lui inspirait sa propre conception en avalant à jeun 1 cm<sup>3</sup> de bouillon de culture de vibrions cholériques, après avoir neutralisé ses sucs gastriques au moyen de bicarbonate de soude. Cette expérience provoqua une colique modérée et de la

---

<sup>1</sup> Le rapport de Farr sur cette épidémie a été mentionné dans *The Lancet* (1852, 1, 268) comme étant « l'une des productions les plus remarquables qui aient été écrites ou publiées à n'importe quelle époque et dans n'importe quel pays ».

<sup>2</sup> Dans son rapport sur les poussées de choléra qui se sont produites en Angleterre pendant les années 1865-1866, Farr développait et confirmait les constatations de Snow sur le rapport existant entre l'incidence du choléra et la consommation d'eau polluée et formulait, « à titre de simple hypothèse, l'idée que le choléra était propagé épidémiquement par une substance matérielle » analogue aux « substances qui, dans des circonstances données, engendrent la variole, la vaccine, la syphilis, l'érysipèle ». A cette substance hypothétique, Farr donna le nom de « cholrine » et il la concevait comme une « matière zymotique » vivant « dans l'air ou dans l'eau où elle est irrégulièrement distribuée ». Il lui paraissait « évident que la quantité de matière zymotique qui s'évaporerait des excréments de cholériques et pénétrerait dans l'organisme par l'air devait être insignifiante par rapport à la quantité susceptible d'y pénétrer par l'absorption d'eau contaminée par des égouts ».

diarrhée, ainsi que l'élimination de vibrions cholériques dans les selles pendant une semaine. Il convient de mentionner encore un autre sceptique, le grand historien épidémiologiste Charles Creighton, qui, en 1894 encore, tentait de ridiculiser la « théorie microbienne » du choléra.

Mais revenons à la première Conférence sanitaire internationale. Au début des travaux, l'un des délégués autrichiens proposa de rayer de l'ordre du jour la question du choléra pour la raison qu'il s'agissait d'« une maladie purement épidémique » et qu'il ne serait par conséquent d'aucune utilité de recourir contre elle à des mesures quaranténaires considérées comme efficaces dans les cas de la peste et de la fièvre jaune. Cette opinion fut énergiquement appuyée par plusieurs délégués, y compris ceux de la France et du Royaume-Uni, tandis que d'autres délégués soutenaient l'opinion opposée.

Pour trancher la question, la Conférence constitua un comité comprenant quatre médecins et trois agents consulaires. Ce comité ne se borna pas à condamner comme inutile l'isolement des passagers amenés par des navires infectés, mais déclara une telle pratique regrettable, étant donné qu'il convenait au contraire de disperser les passagers par tous les moyens possibles. Les mesures quaranténaires, dans le cas du choléra, étaient considérées par le comité comme « impossibles et illusoire, dangereuses même dans certains cas, et contraires au but que l'on se propose ». Toutefois, des mesures quaranténaires contre le choléra et d'autres maladies furent prévues dans la convention à laquelle aboutit la Conférence.

Les arguments invoqués contre la quarantaine dans le cas du choléra pourront paraître étranges à des esprits modernes; à l'époque, cependant, des termes tels que « épidémique », « contagion » et « infection » n'avaient encore nulle part une signification précise et leur sens variait considérablement d'un auteur à l'autre. On estimait très généralement que les maladies « épidémiques » ne se manifestaient que là où certaines conditions de climat et de sol se trouvaient réalisées et qu'elles s'attaquaient simultanément à un grand nombre de personnes sans qu'il y eût transmission d'un individu à l'autre. Au mot « infection » s'attachait l'idée de la transmission de la maladie d'une personne atteinte à une personne saine par une exhalation toxique ou miasme, tandis que par « contagion » on entendait la transmission, par contact direct ou indirect, d'un *materies morbi* qui, selon les uns, était un agent vivant, ce que d'autres contestaient. Pour Jacob Henle, l'un des représentants les plus influents et les plus progressistes de la science médicale de son temps, le véhicule de la contagion était une substance vivante qui se présentait d'abord comme un miasme et prenait sa forme définitive après passage dans l'organisme humain. Il classait les maladies « épidémiques » en : i) maladies miasmiques (paludisme), ii) miasmatico-contagieuses (exanthèmes, choléra, peste, grippe) et iii) contagieuses (syphilis, gale, rage). Les contagions étaient, selon lui, soit « volatiles » et véhiculés par l'air ambiant, soit « fixes » et transmis par contact physique. Bien que les vues de Henle fussent, comme il l'admettait lui-même, uniquement conjec-

turales, elles encouragèrent de nombreux essais d'examen microscopique de substances provenant de malades. Pendant l'épidémie de choléra qui sévit en Angleterre en 1849, plusieurs chercheurs prétendirent avoir découvert l'organisme pathogène et, la même année, un médecin français décela des vibrions dans des déjections alvines ressemblant à de l'eau de riz, sans cependant suggérer qu'il y eût une relation de cause à effet entre ceux-ci et la maladie. Dans le rapport sur l'épidémie de 1854 en Angleterre, dont il a été question précédemment, on trouve l'affirmation selon laquelle « des vibrions sont constamment présents dans les selles blanchâtres des malades de choléra ». Le rapport contient un certain nombre de planches colorées montrant ces formes d'agents vivants, ainsi que d'autres, révélées par l'examen microscopique d'eau provenant de puits, de conduites ou d'égouts. Il fallut toutefois attendre une autre génération pour acquérir les connaissances et les techniques nécessaires à l'évaluation des observations ainsi accumulées.

Tel était l'état des connaissances médicales lors de la réunion de la première Conférence sanitaire internationale et pendant les trente années qui suivirent. Les délégués appartenant au corps médical n'avaient en réalité à apporter aux débats que de pures hypothèses, d'ailleurs souvent contradictoires, aussi n'est-il guère étonnant que les résultats aient été si minimes.

La deuxième Conférence sanitaire internationale, qui ne comprenait pas de délégués médecins, se réunit à Paris huit ans plus tard, en 1859, et siégea pendant cinq mois. Un nouveau projet de convention recueillit l'adhésion de la majorité de délégués, mais on ne devait plus en entendre parler par la suite. La troisième Conférence sanitaire internationale, qui se tint à Constantinople en 1866 et dura sept mois, marqua un progrès en ce sens qu'un accord y fut réalisé sur plusieurs questions techniques, encore que certaines conclusions auxquelles elle aboutit se fussent plus tard révélées scientifiquement fausses.

Les délégués furent unanimes à estimer que le choléra existait à l'état endémique dans l'Inde et nulle part ailleurs et qu'il s'agissait d'une maladie transmissible. Il fut également reconnu à l'unanimité, avec une abstention, que l'air était le principal véhicule de l'agent pathogène. On admit cependant que

l'eau paraît, selon les observations faites principalement en Angleterre par le D<sup>r</sup> Snow et en Allemagne par le D<sup>r</sup> Pettenkofer, contribuer, dans certaines circonstances, au développement du choléra dans une localité.

Les délégués furent unanimes à déclarer que ce sont « principalement les voies respiratoires et très probablement aussi les voies digestives » que l'agent pathogène — contagé, germe ou miasme — utilise pour pénétrer dans l'organisme. La Conférence était donc loin de s'être fait une idée claire de la nature du choléra et de la voie par laquelle il se propage.

Le 1<sup>er</sup> juillet 1874 se réunit à Vienne la quatrième Conférence sanitaire internationale, qui mérite une mention particulière: elle ne dura qu'un mois, c'était

la première Conférence sanitaire internationale tenue depuis l'ouverture du Canal de Suez en 1869, et la délégation allemande comprenait deux délégués illustres, Alexandre Hirsch et Max von Pettenkofer, dont le second devait, dix-huit ans plus tard, prouver, en exposant sa vie, la foi qu'il avait dans ses théories erronées sur le choléra.

Les délégués des vingt et un pays représentés passèrent en revue les recommandations scientifiques de la conférence tenue précédemment à Constantinople et aboutirent unanimement aux conclusions suivantes: le choléra existait à l'état endémique dans l'Inde et était toujours importé dans les autres pays; il était toujours transmis par des hommes provenant d'un lieu infecté; il pouvait aussi être transmis par des « effets à usage »; les cadavres de personnes mortes du choléra devaient être considérés comme présentant un danger; l'air était le véhicule principal de l'agent pathogène, mais les déclarations selon lesquelles il y aurait eu transmission par l'air à des distances d'un ou de plusieurs milles n'étaient pas probantes; l'agent pathogène cessait rapidement d'être actif lorsqu'il était exposé à l'air frais; bien que l'on ne connût aucun moyen sûr et spécifique de désinfection, la Conférence admettait la grande utilité de mesures d'hygiène telles que l'aération, les lotions profondes, le nettoyage, etc., combinées avec l'emploi de substances considérées alors comme désinfectantes. La Conférence ne put réaliser l'unanimité sur les questions suivantes: transmissibilité de la maladie par les aliments, les boissons, les animaux et les marchandises; durée de la période d'incubation; possibilité de recourir à l'une ou l'autre des méthodes connues de désinfection avec chance de détruire l'agent pathogène ou d'atténuer son activité. En ce qui concerne la quarantaine, les vues concordèrent dans l'ensemble, sans qu'il y eût unanimité sur tous les points.

Le fait sans doute le plus saillant de cette conférence fut la présentation d'un projet de commission internationale permanente des épidémies, soumis par le Dr A. Proust, membre de la délégation française, qui devait défendre cette idée pendant de nombreuses années encore. La Conférence recommanda à l'unanimité la création d'une telle commission et proposa d'en établir le siège à Vienne. La commission devait être formée de médecins désignés par les gouvernements participants et elle aurait été appelée à s'occuper de questions « purement scientifiques », en s'attachant principalement à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie du choléra. On envisageait pour commencer de faire porter les recherches sur les précipitations atmosphériques et sur les conditions telluriques dans les régions de la Méditerranée orientale et de la mer Noire, sur l'épidémiologie du choléra à bord des vaisseaux et dans les ports et sur la période d'incubation de la maladie.

La Conférence sanitaire internationale suivante, qui se réunit à Washington en 1881, fut la première à laquelle participèrent les États-Unis d'Amérique et l'unique conférence de cette série qui se tint dans l'hémisphère occidental. Une autre proposition fut cette fois présentée, qui visait la création d'une agence sanitaire inter-

nationale permanente de notification. Cette agence devait posséder deux bureaux, l'un à Vienne, chargé de rassembler et de diffuser les informations provenant d'Europe, d'Asie et d'Afrique, l'autre à La Havane, qui devait accomplir la même tâche pour les Amériques. Il fut aussi question de créer en Asie un troisième bureau. Le budget annuel de l'agence devait être établi par l'Autriche-Hongrie et par l'Espagne (Cuba était alors possession espagnole), qui feraient ensuite connaître aux gouvernements participants le montant des contributions qu'ils auraient à verser. Le fait que le projet mettait l'accent sur l'idée de notification présente de l'intérêt, car il indique que l'on se convainquit de plus en plus de l'importance d'un système international sûr d'informations épidémiologiques.

Mais le fait le plus remarquable de cette conférence fut un événement véritablement historique, et qui pourtant passa presque inaperçu. Le délégué espagnol chargé de représenter Cuba et Porto-Rico n'était autre que Carlos Finlay qui, lors des débats sur la fièvre jaune, soutint que les précautions sanitaires généralement recommandées se fondaient sur des conceptions de la maladie en complet désaccord avec de nombreux faits observés. Il déclara que les opinions contradictoires des partisans et adversaires de la théorie de la contagion étaient les unes et les autres plus ou moins justifiées, mais qu'il fallait, pour les concilier, chercher « une troisième condition indépendante ». Cette condition était

la présence d'un agent dont l'existence soit complètement indépendante de la maladie et du malade, mais nécessaire pour transmettre la maladie d'un individu atteint de fièvre jaune à l'homme sain.

Finlay ajouta les remarques suivantes :

Ceci, dira-t-on, n'est qu'une hypothèse; et c'est bien ainsi que je l'entends. Mais elle me semble plausible et a du moins le mérite d'expliquer un certain nombre de faits qui sont restés inexplicables par les théories actuelles. Il ne m'en faut pas davantage, puisque je n'ai d'autre but que de démontrer que si mon hypothèse, ou quelque autre analogue, venait à se réaliser, toutes les mesures que l'on prend aujourd'hui pour arrêter la fièvre jaune resteraient inefficaces, car on aurait combattu les deux premières conditions, au lieu de s'en prendre à la troisième, en essayant de détruire l'agent de transmission ou de le détourner des voies par lesquelles il propage la maladie.

C'est ainsi que fut rendue publique, pour la première fois, la brillante théorie de Finlay sur le rôle d'un vecteur intermédiaire dans la transmission d'homme à homme d'une maladie épidémique. La même année, Finlay donna lecture à l'Académie des Sciences de La Havane d'une communication dans laquelle un moustique, qui devait être connu ultérieurement sous le nom de *Aedes aegypti*, était spécifiquement désigné comme l'agent de transmission de la fièvre jaune. Ce travail se heurta toutefois à l'incrédulité générale, avant d'être définitivement confirmé, dix-neuf ans plus tard, en 1900, par la Commission de la Fièvre jaune de l'Armée des États-Unis.

D'autres conférences sanitaires internationales eurent lieu en 1885 (Rome), 1892 (Venise), 1893 (Dresde), 1894 (Paris) et 1897 (Venise); chacune d'elles aboutit

à une convention de portée limitée sur le choléra ou la peste. Les divergences de vues sur les problèmes scientifiques s'étaient progressivement atténuées, mais on ne peut pas en dire autant des désaccords dus au désir de sauvegarder des intérêts nationaux.

Il ressort de cet aperçu rétrospectif que les progrès furent très lents pendant ce premier demi-siècle d'hygiène publique internationale. Il ne pouvait d'ailleurs guère en être autrement aussi longtemps que la science médicale n'avait pas découvert les principes fondamentaux sur lesquels reposaient les problèmes en discussion. De plus, les buts et l'orientation de l'action sanitaire internationale étaient très élémentaires et très limités. Ces premières conférences sanitaires internationales furent dominées par deux préoccupations majeures, dont l'une était d'écarter toute entrave au commerce et aux transports, et l'autre d'assurer « la défense de l'Europe » contre les maladies pestilentielles d'origine exotique. Comme le déclara Edouard Sève, représentant de la Belgique à la Conférence de Washington de 1881 :

Le premier point qui frappe dans l'examen de la partie de ces documents qui traite de l'hygiène internationale, c'est que jusqu'à présent on n'a guère compris sous ce nom que les recherches faites en commun par les divers gouvernements de l'Europe pour s'opposer à la marche envahissante de quelques maladies épidémiques et particulièrement du choléra.

C'est dans la seconde moitié du siècle que l'hygiène publique internationale devait parvenir à sa maturité en réalisant l'idéal de l'universalité et en se fixant les vastes objectifs humanitaires dont elle s'inspire aujourd'hui.

---