

Les premières organisations sanitaires internationales

L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

En 1903 s'ouvrit à Paris la onzième Conférence sanitaire internationale, qui se donna pour tâche immédiate et essentielle de reviser les quatre conventions antérieures et de les fondre en un instrument unique, la Convention sanitaire internationale de 1903, dont les dispositions se rapportent à la fois au choléra et à la peste. Toutefois, ce que cette conférence eut peut-être de plus remarquable, c'est qu'elle se tint à une époque où des lumières nouvelles avaient été projetées sur les trois maladies épidémiques — le choléra, la peste et la fièvre jaune — qui, pendant presque toute l'histoire de l'hygiène publique internationale jusqu'à cette date, étaient demeurées enveloppées d'une obscurité que des discussions prolongées et des enquêtes épidémiologiques laborieuses n'étaient pas parvenues à percer, ou ne l'avaient fait que faiblement. Pour la première fois, on possédait un ensemble de faits scientifiquement établis et universellement admis au sujet des trois maladies et de leurs modes de transmission, qui sont entièrement différents. En ce qui concerne le choléra, les controverses sur les problèmes fondamentaux posés par cette maladie avaient cessé avant la fin du dix-neuvième siècle et le Président de la conférence put faire cette déclaration, peut-être un peu optimiste: « La prophylaxie du choléra est connue; elle est réduite à sa plus simple expression ».

En 1894, Kitasato et Yersin, qui travaillaient indépendamment l'un de l'autre, découvrirent le bacille de la peste et, trois années plus tard — l'année où se réunit la dernière Conférence sanitaire internationale du dix-neuvième siècle — Ogata démontra la présence de ce bacille chez des rats infectés de peste. C'est néanmoins en 1903 que, pour la première fois, les membres de la Conférence se trouvèrent en mesure de faire œuvre efficace grâce à la connaissance qu'ils avaient désormais du rôle du rat dans la transmission de la peste et de celui de *Aedes aegypti* dans la propagation de la fièvre jaune.¹ Une communication personnelle du Colonel

¹ La fièvre jaune n'a toutefois pas été incluse dans les dispositions de la Convention de 1903, exception faite d'une recommandation invitant les pays atteints par cette maladie à adapter leurs règlements sanitaires aux dernières données scientifiques relatives au mode de transmission de la maladie et, surtout, au rôle joué par les moustiques à cet égard.

W. C. Gorgas les mit au courant des travaux de la Commission de la Fièvre jaune de l'Armée américaine et de la campagne organisée par la suite en vue d'extirper *Aedes aegypti* de La Havane.

La première Conférence sanitaire internationale du vingtième siècle marqua également un tournant dans l'étude scientifique des maladies épidémiques. Un grand nombre des problèmes fondamentaux qui se posaient avaient été résolus, mais il restait à traduire les découvertes scientifiques en mesures concrètes d'hygiène publique. Une proposition de la délégation française visant la création d'un office international de santé fut accueillie favorablement et une commission des voies et moyens fut chargée de présenter un rapport à ce sujet. Après avoir étudié la documentation disponible sur les six bureaux internationaux déjà existants — qui s'occupaient respectivement de la propriété littéraire et industrielle, des services postaux et télégraphiques, des chemins de fer et des poids et mesures — la commission recommanda à une forte majorité la création d'un office sanitaire international, qui serait constitué sur le modèle du Bureau international des Poids et Mesures et aurait son siège à Paris. Lors de la discussion des fonctions de l'office envisagé, de nombreuses délégations insistèrent pour que celui-ci ne s'immisce en aucune façon dans les affaires nationales. En revanche, comme le déclara l'un des délégués, appelé à devenir le premier président du Comité permanent du nouvel office, le nouvel organisme devrait avoir un caractère réellement international et, par conséquent, être strictement indépendant du pays dans lequel il aurait son siège. L'aide qu'il apporterait aux administrations sanitaires nationales, même à celle des petits pays, serait morale, non matérielle. « Sa prudente intervention, sous forme d'avertissement et de conseil, exciterait chaque pays à améliorer l'organisation de ses services d'hygiène publique. » Le soin était laissé au Gouvernement français de soumettre aux États représentés à la Conférence, quand il le jugerait opportun, des propositions formelles en vue de la création d'un office sanitaire international et une disposition fut introduite à cet effet dans l'article 181 de la Convention sanitaire internationale de 1903.

Quatre ans plus tard, le 9 décembre 1907, les délégués de douze États,¹ dont neuf pays européens, signèrent l'Arrangement de Rome qui prévoyait la création à Paris d'un Office international d'Hygiène publique (OIHP). Le nouvel organisme devait être placé sous l'autorité et le contrôle d'un comité formé de délégués des Gouvernements Membres et il était stipulé dans les Statuts organiques de l'OIHP que ces délégués seraient les « représentants techniques » de leur pays. Ce terme fut d'ailleurs interprété largement, car si la plupart des premiers membres du « Comité permanent » avaient une formation médicale, plusieurs étaient des diplomates. Les États qui n'avaient pas signé l'Arrangement de Rome avaient la possibilité d'y adhérer ensuite, sur leur demande, en acceptant de ce fait l'obligation de

¹ Belgique, Brésil, Egypte, Espagne, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Portugal, Russie, Suisse

contribuer au budget de l'OIHP et en obtenant le droit d'être représentés au Comité permanent. Les Statuts organiques de l'OIHP stipulaient que celui-ci ne pouvait s'immiscer en aucune façon dans l'administration des différents États et proclamaient son indépendance à l'égard des autorités du pays dans lequel il était situé. Ils lui assuraient d'autre part le droit de correspondre directement avec les administrations sanitaires nationales.

L'OIHP avait pour mission principale de communiquer aux États participants des informations de caractère général intéressant la santé publique, et spécialement des renseignements sur les maladies transmissibles — notamment le choléra, la peste et la fièvre jaune — ainsi que sur les mesures prises pour les combattre. Il était également appelé à proposer des améliorations aux conventions sanitaires internationales et à publier un bulletin mensuel. La langue officielle de l'OIHP et de son bulletin devait être le français.

Pour s'acquitter de ces diverses tâches, l'OIHP devait avoir à sa tête un Directeur et un Secrétaire général, nommés tous deux par le Comité permanent et consacrant tout leur temps à leurs fonctions; il devait posséder en outre le personnel requis pour ses travaux. Aucune disposition n'était prévue concernant la répartition géographique du personnel. Il appartenait aux États Membres de choisir eux-mêmes celle des six catégories dans laquelle ils désiraient être inscrits, les États de la catégorie supérieure devant contribuer au budget sur la base de vingt-cinq unités en disposant de six voix, tandis que ceux de la catégorie inférieure, dont la contribution était fixée à trois unités, ne disposaient que d'une voix. Dans la pratique, toutefois, ce système de vote ne fut pas appliqué.

Le budget annuel fut fixé dans les Statuts organiques à 150 000 francs français — somme qui ne pouvait pas être dépassée sans le consentement des puissances signataires. La conférence de Rome décida toutefois que les contributions des États qui adhéreraient ultérieurement à l'Arrangement pourraient servir à élever le niveau du budget.

La première session du Comité permanent de l'OIHP s'ouvrit le 4 novembre 1908 au Ministère des Affaires étrangères de la République française. Toutes les puissances signataires, sauf trois,¹ étaient représentées et la réunion comprenait en outre des délégués de l'Inde britannique, de la Serbie et de la Tunisie.

Ainsi la composition initiale du nouvel Office international d'Hygiène publique reflétait, dans une grande mesure, l'évolution qui avait mené à la création de cet organisme, aboutissement de plus d'un siècle de collaboration des États européens dans les questions de santé. M. Camille Barrère,² qui présida la séance inaugurale

¹ Brésil, Pays-Bas, Portugal

² La participation de M. Camille Barrère à l'œuvre d'hygiène publique internationale couvre la longue période qui s'étend de la septième Conférence sanitaire internationale tenue en 1892, pendant laquelle il dirigea la délégation française, à la treizième Conférence sanitaire internationale, tenue en 1926, dont il fut le Président. Il avait également présidé, en 1903 et en 1911-1912, les onzième et douzième Conférences sanitaires internationales et, en 1907, la Conférence de Rome.

de la première session du Comité permanent, salua en effet la création de l'OIHP comme le fruit non seulement de « la rencontre de la science et de la diplomatie », mais encore « d'une longue et persévérante collaboration européenne ». Dans le discours que le Professeur Rocco Santoliquido, le premier Président du Comité permanent, prononça lors de son élection, il fit ressortir que l'une des tâches importantes de l'OIHP serait d'assurer la diffusion d'informations sur les maladies exotiques qui « constituent ou peuvent constituer une menace permanente contre les États civilisés ». L'OIHP reçut par conséquent, à ses débuts, une orientation principalement européenne,¹ encore que l'adhésion de quelque soixante pays à l'Arrangement de Rome devait lui conférer en définitive un caractère plus nettement international.²

A sa première session, le Comité permanent fut appelé à prendre des décisions dans plusieurs importantes questions administratives, telles que l'adoption de son Règlement, l'élection d'un Directeur et d'un Secrétaire général, l'effectif et les catégories de personnel à recruter et le choix de locaux appropriés pour le siège de l'Office.

Une question provoqua des divergences d'opinions considérables : le Directeur devait-il posséder une formation médicale ? Une motion tendant à ce que les candidatures de médecins soient seules prises en considération fut énergiquement combattue par le Président, et aussi par M. Camille Barrère, ce dernier déclarant qu'une telle restriction serait contraire à « l'esprit qui a présidé à la Convention, qui a voulu célébrer les justes noces de la diplomatie et de la médecine » ; la motion, dit-il, équivalait à proposer un divorce, et il en découlait que l'OIHP serait un organisme purement médical. Lors du vote, une forte majorité se prononça en faveur de la thèse de M. Barrère mais, par la suite, la procédure à appliquer pour la présentation des candidatures souleva, elle aussi, certaines difficultés. Plusieurs délégués, qui ne s'attendaient pas à la nomination d'un Directeur et d'un Secrétaire général dès la première session, demandèrent que les élections soient différées jusqu'à ce que tous les Membres aient eu la possibilité de présenter des candidatures et que les vacances de postes aient été rendues publiques. Mais cette motion fut également écartée et, le 9 novembre 1908, le premier Directeur fut élu en la personne de M. Jacques de Cazotte, le candidat non médical de M. Barrère, et le seul dont le nom eût été soumis au Comité.

Le Comité passa alors à l'élection d'un Secrétaire général et le choix se fixa sur le Dr H. Pottevin, un Français lui aussi, à qui la direction de l'OIHP devait échoir ultérieurement. Il fut procédé, plus tard, à la désignation des membres du personnel, qui se composa d'un chef de bureau, de deux traducteurs-rédacteurs, d'un comptable, d'un archiviste et de deux gardiens de bureau.

¹ Il est fait mention ailleurs (p. 31) des organisations régionales établies dans d'autres parties du monde.

² Les Membres n'étaient pas tous des États souverains.

Le bâtiment proposé au début pour recevoir l'OIHP fut jugé insuffisant; lors de sa deuxième session, en avril 1909, le Comité permanent se réunit au siège « provisoire », dans l'immeuble sis 195, boulevard Saint-Germain, qui devait abriter l'OIHP pendant quarante ans.

Le règlement du Comité permanent de l'OIHP prévoyait une session annuelle ordinaire en octobre, éventuellement une deuxième session en avril, et une ou plusieurs sessions extraordinaires à d'autres époques de l'année, qui seraient convoquées sur l'initiative du Président ou à la demande du tiers au moins des membres du Comité. Toutefois, outre les sessions ordinaires régulières d'octobre, l'usage s'établit de tenir en avril ou en mai une session dite « extraordinaire », mais qui était d'une égale régularité, et ce rythme fut maintenu jusqu'au moment où la guerre empêcha la réunion de la session ordinaire de 1914.

Les premières années d'existence de l'OIHP furent marquées non seulement par de grands progrès scientifiques mais aussi par le développement des professions appartenant au domaine de la santé publique — deux facteurs grâce auxquels des améliorations révolutionnaires purent être apportées à la lutte contre d'importantes maladies transmissibles. Il n'existait pas alors, entre l'homme de science et l'administrateur de la santé publique, de distinction nette comme celle qui devait résulter de la spécialisation toujours plus poussée des années ultérieures. C'est pourquoi — et aussi parce que le Comité permanent était relativement restreint — les discussions de questions techniques furent plus aisées et plus fructueuses: les procès-verbaux des premières séances du Comité donnent une excellente vue d'ensemble de l'état des sciences de la santé publique à l'époque. Comme les matières sur lesquelles portaient ces discussions se trouvaient également traitées dans le Bulletin mensuel de l'OIHP, celui-ci constitua pendant quelques années une source d'information unique sur toute une série d'importantes questions touchant la santé publique.

Le premier problème technique d'intérêt majeur que devait étudier le Comité avait trait à la destruction des rats à bord des navires et aux moyens de bloquer leur passage du navire à la terre ferme et dans le sens inverse. Le D^r H. Pottevin, Secrétaire général, avait été chargé de préparer un rapport d'ensemble très complet sur les méthodes appliquées, rapport dont la lecture occupa la totalité d'une séance d'après-midi, lors de la session d'octobre 1909. Le rapport rencontra l'approbation générale; toutefois, la proposition ayant été faite de le publier, la question de savoir dans quelle mesure cette publication engagerait les responsabilités de l'OIHP souleva une longue discussion. La déclaration du Président assurant que l'OIHP ne prétendait pas faire « de la science officielle » ne réussit pas à apaiser les inquiétudes. Il fut décidé, en définitive, que les épreuves du rapport seraient communiquées à tous les délégués et qu'il serait tenu compte de leurs observations pour l'établissement du texte final destiné à l'impression. Ainsi se trouvait posée une question de principe qui, plus de quarante ans après, devait être discutée à maintes reprises par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif.

A la même session, le Directeur fut en mesure de faire rapport sur les neuf premiers mois d'activité de l'OIHP. Des études avaient été entreprises non seulement sur la dératisation, mais encore sur de nombreuses autres questions: la fièvre jaune, la peste, le choléra, le paludisme, la tuberculose, la fièvre typhoïde (notamment sa prophylaxie par la vaccination), l'ankylostomiase, la méningite cérébro-spinale, la maladie du sommeil et la destruction des insectes vecteurs. Cependant, dès les premiers jours, l'OIHP montra qu'il ne s'intéressait pas qu'aux seules maladies transmissibles: il étendit son action aux domaines de la salubrité des denrées alimentaires, de la construction et de l'administration des hôpitaux, de l'hygiène scolaire et de l'hygiène industrielle. Au programme de la session d'octobre 1909 fut ajoutée la question de la standardisation biologique, mais l'on convint qu'en cette matière l'OIHP limiterait tout d'abord ses études à l'antitoxine diphtérique.

Si l'OIHP s'abstint de toute activité directe dans ces divers domaines, il joua du moins le rôle de bureau international d'information et constitua, pour les dirigeants des services de la santé publique de différents pays, un forum où pouvaient être discutés des problèmes scientifiques et pratiques. Les recommandations formulées à la suite de telles discussions et la documentation insérée dans le Bulletin mensuel à l'appui de ces recommandations fournissaient aux gouvernements des principes directeurs et des indications claires et autorisées pour la solution de questions encore douteuses et sujettes à controverse.

Lorsque l'ouverture des hostilités, en 1914, vint suspendre les travaux du Comité permanent, le bilan de son activité s'établissait de la manière suivante. Il avait effectué le travail de revision de la Convention sanitaire internationale de 1903, qui aboutit à la signature, en 1912, de la douzième Convention sanitaire internationale; celle-ci était la première à inclure la fièvre jaune parmi les maladies quaranténaires.

Le Comité avait aussi recommandé (1910) aux gouvernements de donner la priorité, dans leurs efforts pour éviter l'introduction de la peste, à la destruction des rats et de leurs ectoparasites dans les ports et à bord des navires. En 1910 également, le Comité permanent attira l'attention des gouvernements sur la nécessité d'une entente internationale pour l'adoption d'étalons de sérums, vaccins et produits microbiens. Au cours de ces premières années, les recommandations ci-après furent encore adressées aux gouvernements: les administrations sanitaires centrales ne devraient pas laisser aux autorités locales la responsabilité exclusive du contrôle des eaux potables et des eaux résiduaires (1913); la déclaration des cas de tuberculose ouverte et des décès par cette maladie devrait être obligatoire (1913); la vaccination antityphoïdique devrait s'ajouter aux mesures prophylactiques traditionnelles prises contre la fièvre typhoïde (1914); la déclaration et la surveillance ou l'isolement des cas de lèpre devraient être obligatoires (1914). Ces recommandations, loin d'être formulées à la légère, étaient le fruit d'études et de discussions fondées sur des données fournies par de nombreux pays. Au cours des cinq années de guerre,

toutes les activités se trouvèrent nécessairement suspendues, à l'exception de la publication du Bulletin, qui continua à paraître régulièrement.

Lors de la première session qui suivit la guerre, le Président du Comité permanent, le Professeur Rocco Santoliquido, non content de ce très honorable bilan des cinq premières années d'activité de l'OIHP, formula pour l'avenir un certain nombre d'idées nouvelles qui, plus de trente ans après, devaient encore être qualifiées d'innovations. La principale garantie, dit-il, de la sécurité internationale à l'égard de la maladie résidait dans la santé publique intérieure de chaque unité nationale. L'idée d'une barrière contre la contagion avait fait son temps et le concept quarantenaire devait être considéré comme une superstition de la science ancienne. Il fallait circonscrire et éteindre les foyers endémiques de maladies transmissibles et une telle action présupposait un développement considérable et rationnel des services nationaux de santé publique. Les mesures sanitaires devaient être adaptées aux circonstances locales et ce qui convenait à une grande ville n'était pas réalisable dans une petite communauté rurale. Mais il ne suffisait pas de développer et de réorganiser les services sanitaires. Il fallait faire admettre aux masses la nécessité des mesures prises. Pour cela, elles devaient les comprendre, et cette compréhension ne pouvait être obtenue que par l'éducation de la population.

C'est ainsi que, le 3 juin 1919, se trouvèrent formulés pour la première fois dans une réunion intergouvernementale les principes qui sont devenus depuis lors une pierre angulaire de l'action sanitaire internationale.

L'ORGANISATION D'HYGIÈNE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS

Vingt années de paix inquiète devaient s'écouler avant que la deuxième guerre mondiale vint anéantir les efforts constructifs tentés sur le plan international. La conception plus radicale et plus dynamique de l'action sanitaire internationale qu'avait préconisée le Président du Comité permanent lors de la première session d'après guerre de ce comité, en 1919, semblait annoncer une ère nouvelle pour l'OIHP, tant en ce qui concerne l'orientation de ses activités que leur expansion.¹ Or, dès la session suivante, c'est-à-dire moins de cinq mois plus tard, tout espoir de cet ordre était devenu illusoire.

L'élément décisif qui intervint pour limiter le développement de l'OIHP fut l'insertion, dans l'article XXIII du Pacte de la Société des Nations, des dispositions du paragraphe *f*), où il était stipulé que les Membres « s'efforceront de prendre

¹ Quant au Professeur Santoliquido, dont le mandat de Président avait expiré, il démissionna du Comité permanent pour mettre son énergie, en qualité de Conseiller technique des Services internationaux de Santé publique, au service de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge nouvellement formée, qui devait entreprendre, dans l'Europe dévastée par la guerre, une large action d'assistance médicale et de reconstruction.

des mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies ». A la deuxième session que tint après la guerre le Comité permanent, en octobre 1919, le nouveau Président, le Dr O. Velghe, fit connaître que, sur l'invitation que lui avait faite le 15 juillet le Ministre de l'Hygiène de Grande-Bretagne, il avait assisté, à Londres, à une réunion officielle, au cours de laquelle devaient être examinées la portée et les incidences de cet article du Pacte, ainsi que d'autres portant sur le même sujet. A cette réunion participaient également des délégués de la France et des Etats-Unis d'Amérique, ainsi que des représentants de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et le Dr H. Pottevin, en sa qualité de Secrétaire général de l'OIHP. La réunion s'était ouverte le 29 juillet et avait terminé ses travaux le lendemain, les parties représentées ayant recommandé de maintenir en fonctions l'OIHP, peut-être sous un nom différent et avec des statuts quelque peu modifiés, et de le placer sous l'autorité de la Société des Nations. Cette proposition reçut l'approbation générale du Comité permanent.

Peut-être est-on fondé à se demander ici pourquoi l'on crut devoir charger la Société des Nations des questions d'hygiène alors qu'on disposait déjà, en l'OIHP, d'une organisation intergouvernementale représentant l'aboutissement de quelque soixante-dix années de coopération internationale dans le domaine sanitaire. On ne trouve dans les procès-verbaux publiés aucune raison expresse pour justifier le fait, mais les facteurs qui vont être énumérés ont sans aucun doute joué un rôle important à cet égard. Tout d'abord, le désir général de coordination commençait à se manifester. Comme le déclara un ancien membre de la Commission de la Société des Nations de la Conférence de la Paix, il était manifestement souhaitable que la Société constituât un organisme central assurant la coordination des activités internationales de tout ordre. Conformément à ce principe, l'article 24 du Pacte de la Société des Nations stipulait: « Tous les bureaux internationaux antérieurement établis par traités collectifs seront, sous réserve de l'assentiment des Parties, placés sous l'autorité de la Société ».

Un autre facteur était le déplorable état de santé qui régnait dans le monde vers la fin de la guerre et immédiatement après. La débâcle sanitaire des pays dévastés laissait le champ libre aux maladies pestilentielles, qui prenaient un développement inconnu depuis des générations. En Pologne, près d'un quart de million de cas de typhus étaient enregistrés en 1919 et, la même année, plus de 1 600 000 cas en Russie. On craignait de voir non seulement le typhus, mais aussi le choléra, se répandre et s'établir dans d'autres parties de l'Europe. A cela s'ajoutait l'impression causée par la grande pandémie de grippe de 1918-1919 qui, d'après les estimations, avait été responsable de la mort de quinze millions de personnes.

Devant l'ampleur et l'urgence des problèmes sanitaires de l'après-guerre, l'OIHP, avec son personnel restreint et son budget modeste, paraissait très mal équipé pour entreprendre l'œuvre héroïque de reconstruction qui s'imposait à toutes les nations du monde.

Telles étaient les circonstances dans lesquelles, à la demande du Conseil de la Société des Nations, une Conférence internationale d'Hygiène fut convoquée¹ à Londres, où elle tint ses assises du 13 au 17 avril 1920. Cinq pays seulement — la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Japon et les Etats-Unis d'Amérique — y étaient représentés. La Belgique et le Brésil, qui avaient été également invités, se trouvaient empêchés par suite d'un changement de dates. Des représentants de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et de l'OIHP participèrent aux débats avec droit de vote intégral.

La Conférence recommanda au Conseil de la Société des Nations de créer, dans le cadre de la Société des Nations, une organisation internationale permanente d'hygiène comprenant un comité exécutif, un secrétariat international de l'hygiène et une commission générale, cette dernière devant être composée de délégués des pays membres de la Société des Nations et de pays non membres mais représentés au Comité permanent de l'OIHP. Sous réserve de l'assentiment des puissances signataires de la Convention internationale de Rome de 1907, l'OIHP devait « faire partie » de la nouvelle organisation internationale d'hygiène, sa Constitution devant être modifiée en conséquence. Ce plan fut approuvé par le Conseil de la Société des Nations au cours du mois d'août suivant et aussi, dans ses lignes essentielles, par la première Assemblée de la Société des Nations, en décembre. A ce moment, il avait été décidé que le « comité exécutif » envisagé serait un « comité technique », dont la plupart des membres seraient nommés par la commission générale. Mais la commission générale elle-même ne pouvait être instituée qu'une fois obtenu l'assentiment de tous les gouvernements signataires de la Convention de Rome.

Il y a lieu de relever ici que, si la Conférence internationale d'Hygiène convoquée à Londres avait primitivement pour objet d'élaborer des propositions en vue de la constitution d'une organisation internationale permanente d'hygiène, le Conseil de la Société des Nations, dans une résolution adoptée le 13 mars 1920, avait invité la Conférence à « prendre sur elle par avance, à cette réunion, la tâche de l'organe permanent qui serait éventuellement constitué par la Société des Nations; à s'occuper d'urgence de l'épidémie de typhus en Pologne et à soumettre au Conseil des plans en vue d'une action concertée des gouvernements... ». Le Conseil de la Société des Nations priait en même temps la Conférence d'inviter le Gouvernement polonais à fournir des renseignements sur la situation. En réponse à cette invitation, la Pologne avait envoyé une délégation conduite par son Vice-Ministre de l'Hygiène, le D^r W. Chodzko, ainsi que le D^r L. Rajchman, qui devait devenir l'année suivante le Directeur médical de la nouvelle organisation internationale d'hygiène.

La Conférence, dans son « Rapport adressé au Conseil de la Société des Nations sur les mesures à prendre pour prévenir la diffusion de l'épidémie de typhus en

¹ En vertu d'une résolution du Conseil de la Société des Nations en date du 13 février 1920

Pologne », avait déclaré que « la prévention du typhus en Pologne et l'extension de cette maladie à d'autres pays que la Pologne est une question qui exige de la façon la plus urgente une action officielle internationale concertée ». En outre, elle estimait que la Société des Nations était « la seule organisation investie de la puissance et de l'autorité suffisantes pour prendre effectivement les mesures nécessaires ». La Conférence approuvait entièrement les mesures déjà appliquées avec une grande efficacité par les autorités polonaises, mais estimait indispensable de fournir à celles-ci des moyens supplémentaires, pour un montant de plus de trois millions de livres sterling.

La situation était telle qu'il devenait impérieux d'envisager des arrangements provisoires permettant à la Société des Nations de commencer son œuvre d'hygiène sans attendre que chacun des gouvernements-membres de l'OIHP consente à ce que l'Office soit entièrement subordonné à la Société des Nations — pour être inévitablement absorbé par elle. En conséquence, le Secrétaire général de la Société des Nations, le 11 mars 1921, proposa par écrit au Président du Comité permanent la constitution immédiate d'un comité technique provisoire composé de délégués des quatre Etats représentés à titre permanent au Conseil de la Société des Nations, de cinq membres du Comité permanent de l'OIHP, d'un délégué de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et d'un représentant de l'Organisation internationale du Travail. Cette proposition fut catégoriquement repoussée par le Comité permanent lors de sa session d'avril. Dans une lettre en date du 27 avril, le Président du Comité permanent fit part de cette décision au Secrétaire général de la Société des Nations, en ajoutant que

la communication, par M. le représentant de la France, d'une dépêche d'après laquelle le Gouvernement des Etats-Unis ne peut consentir au rattachement à la Société des Nations d'aucun organisme international dont il fait partie, a beaucoup influé sur l'opinion des délégués.

Par suite de cette décision, deux organisations internationales d'hygiène autonomes devaient exister côte à côte pendant trente ans — l'une à Paris, l'autre à Genève.

Quoi qu'il en soit, malgré l'impossibilité où se trouvait l'OIHP de collaborer avec la Société des Nations, un Comité provisoire d'Hygiène de la Société des Nations se réunit pour la première fois — et la dernière — à Paris, du 5 au 6 mai 1921. Il était composé de délégués des quatre membres permanents du Conseil de la Société des Nations — France, Grande-Bretagne, Italie et Japon — et de délégués de l'Organisation internationale du Travail et de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. Or, à peine la session ouverte, deux de ses membres, l'un et l'autre également membres du Comité permanent de l'OIHP, contestèrent la légalité de la constitution du Comité provisoire d'Hygiène, qu'ils estimaient ne pas être conforme à celle qu'avait prévue le Conseil de la Société des Nations dans la résolution qui donnait naissance à ce comité.

Après discussion, les membres du Comité décidèrent que « le Comité ne leur « permettait » pas de remplir le programme qui avait été tracé ». Cette décision fut incorporée dans une résolution qui fut adoptée à l'unanimité et qui recommandait au Conseil de la Société des Nations de constituer un nouveau comité provisoire d'hygiène « et de procéder à de nouvelles démarches auprès de l'OIHP en vue d'obtenir de celui-ci qu'il se fasse représenter, au moins à titre consultatif, dans le Comité provisoire d'Hygiène ». Telle fut la brève histoire du premier comité d'hygiène que devait établir la Société des Nations !

Le 22 juin, le Conseil de la Société des Nations adopta la recommandation du comité avorté tendant à la création d'un nouveau comité; celui-ci tint sa première session du 25 au 29 août sous le nom de Comité provisoire d'Hygiène de la Société des Nations. Ce nouveau comité était composé, à une exception près, de tous les membres du premier, avec cinq membres de plus, qui, tous, faisaient également partie du Comité permanent de l'OIHP. Sur un nombre total de douze membres, sept étaient aussi membres du Comité permanent.

Toutefois, les complications juridiques qui avaient entravé les débuts de l'œuvre d'hygiène de la Société des Nations eurent une conséquence importante. A l'origine, la participation de la Société des Nations à la composition du comité technique provisoire devait reposer sur des considérations d'ordre purement politique, en ce sens que le comité devait être composé de délégués des quatre Etats représentés à titre permanent à son Conseil, les autres membres, en dehors des délégués de l'Organisation internationale du Travail et de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, étant eux aussi des délégués gouvernementaux choisis parmi les membres du Comité permanent de l'OIHP. Lorsqu'il convint de la création du Comité provisoire d'Hygiène, le Conseil de la Société des Nations avait également décidé « de demander aux Membres d'entrer dans ce comité en raison de leur compétence technique et non de leur nationalité ». En d'autres termes, il avait « voulu s'assurer le bénéfice de l'opinion personnelle de ces experts qui... ne représentait pas nécessairement le point de vue officiel de leurs gouvernements respectifs ».

Le Secrétaire général de la Société des Nations avait précisé que les membres du nouveau Comité provisoire d'Hygiène, qui avaient été « invités à titre privé »,¹ avaient « été choisis par le Conseil » à la majorité des voix « parmi les membres du Comité de l'Office international d'Hygiène publique ». Il ajoutait que le Conseil de la Société des Nations avait « voulu ainsi éviter que le Comité d'Hygiène ne fasse double emploi avec le Comité de l'Office international d'Hygiène publique ».²

Le Comité provisoire d'Hygiène tint ses deuxième et troisième sessions en octobre 1921 et en mai 1922, période au cours de laquelle le premier noyau du

¹ Dans le texte anglais des procès-verbaux, le terme employé est « unofficially ».

² Ce passage n'indique pas la composition du Comité d'une manière exacte, car celui-ci comprenait aussi des membres n'appartenant pas au Comité permanent de l'OIHP.

personnel de la Section d'Hygiène avait été constitué. Toutefois, dès la quatrième session, tenue en août 1921, le mot « provisoire » fut supprimé et le Comité fut désormais connu simplement sous le nom de « Comité d'Hygiène » de la Société des Nations.

Quels qu'aient pu être ses mérites intrinsèques, le principe qui consistait à instituer un comité permanent d'experts de l'hygiène siégeant à titre personnel ne fut apparemment à l'origine qu'un moyen d'obtenir une collaboration fonctionnelle, sinon officielle, entre le Comité permanent de l'OIHP et la Société des Nations. Il n'a pas survécu à l'établissement de l'Organisation d'Hygiène sous sa forme définitive; néanmoins, on devait ultérieurement retrouver un principe analogue dans la constitution du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé.

Cette situation anormale se prolongea jusqu'à une date avancée de l'année 1923, mais le 30 janvier de cette même année le Conseil de la Société des Nations décida de constituer une commission mixte spéciale, « composée, en nombre égal, de membres du Comité d'Hygiène de la Société des Nations et de l'Office international d'Hygiène publique », qui aurait « pour mission de préparer un projet de constitution de l'Organisation permanente d'Hygiène de la Société des Nations ». La Commission mixte, qui comptait seize membres, se réunit le 27 mai 1923 et termina ses travaux le 2 juin. La moitié de ses membres avaient été désignés par l'OIHP, qui les avait choisis parmi ceux du Comité permanent; l'autre moitié comprenait des délégués du Comité d'Hygiène de la Société des Nations. Toutefois, sur ces huit derniers membres, quatre étaient également membres du Comité permanent de l'OIHP, bien que nommés à titre personnel. La participation des membres désignés par l'OIHP était subordonnée à la condition de « n'accepter aucune proposition qui entraînerait une modification de la composition et des attributions du Comité de l'OIHP ».

Dans son rapport, la Commission mixte recommandait que l'Organisation permanente d'Hygiène de la Société des Nations fût composée des organes suivants: 1) un conseil général consultatif d'hygiène; 2) un comité d'hygiène; 3) une section d'hygiène du Secrétariat de la Société des Nations. Comme le Comité permanent de l'OIHP devait non seulement faire fonction de Conseil général consultatif d'Hygiène, mais aussi rester autonome et conserver « son siège à Paris sans aucune modification de sa composition et de ses attributions », le plan proposé n'était guère qu'une nouvelle formule sanctionnant une situation par essence incommode. Le Comité d'Hygiène devait être composé du Président du Comité permanent de l'OIHP et de quinze autres membres, dont neuf seraient « choisis nominativement pour trois années par le Comité de l'OIHP », les six autres étant nommés pour la même durée par le Conseil de la Société des Nations après consultation avec le Comité d'Hygiène. Les membres désignés par l'OIHP devaient être choisis « de telle façon que chaque État siégeant en permanence au Conseil de la Société des Nations » ait obligatoirement un représentant au Comité d'Hygiène. En outre, le Comité d'Hygiène pouvait

s'adjoindre « au maximum quatre assesseurs experts d'hygiène », ces assesseurs étant choisis par le Conseil de la Société des Nations sur la présentation du Comité d'Hygiène. Ainsi, le Comité d'Hygiène devait comprendre au total vingt membres, dont dix désignés par l'OIHP, six par le Conseil de la Société après consultation avec le Comité et quatre par le Comité lui-même.

Cette organisation compliquée fut approuvée par l'Assemblée de la Société des Nations en septembre 1923. Toutefois, en 1934, un comité fut institué pour étudier la constitution et le fonctionnement des commissions de la Société des Nations et le Comité d'Hygiène retint spécialement son attention. Dans les conclusions formulées à la suite de cette étude, le comité en question s'exprimait ainsi :

L'Organisation d'Hygiène a un caractère particulièrement complexe, car il a fallu adapter et coordonner ses activités avec celles de l'Office international d'Hygiène publique...

Le Comité d'Hygiène était décrit comme « trop nombreux et trop peu maniable pour remplir les fonctions de commission consultative... en ce qui concerne les travaux courants », tout en étant « insuffisant pour remplir les fonctions d'une conférence générale ». En conséquence, le Conseil de la Société des Nations autorisa, en septembre 1936, une modification de la constitution du Comité d'Hygiène, qui ne devait désormais compter que douze membres, au nombre desquels le Président du Comité permanent de l'OIHP, qui était Vice-Président de droit, les autres membres étant nommés pour trois ans par le Conseil de la Société des Nations.

L'Office international d'Hygiène publique conservait sa fonction, en grande partie nominale, de Conseil général consultatif d'Hygiène de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations.

L'ACTION SANITAIRE INTERNATIONALE ENTRE LES DEUX GUERRES MONDIALES

Il ressort de ce qui précède que la structure administrative sur laquelle a reposé l'action sanitaire internationale pendant les vingt années d'entre les deux guerres était l'aboutissement d'une situation inextricable. L'OIHP était relié officiellement à la Société des Nations, en ce sens que son Comité permanent faisait fonction de Conseil consultatif général d'Hygiène de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, mais, néanmoins, il demeurait une organisation sanitaire internationale distincte et entièrement autonome, ayant son siège et son secrétariat. A la première session du Comité provisoire d'Hygiène, tenue en août 1921, la crainte avait été exprimée que l'Assemblée de la Société des Nations ne sanctionnât pas l'établissement d'une nouvelle organisation d'hygiène si l'OIHP continuait d'exister indépendamment. C'est pourquoi, de l'avis du Professeur Léon Bernard, il était souhaitable

« de montrer d'une façon générale la différence plutôt que la communauté des fonctions des deux organisations ».

C'est plus ou moins dans cet esprit que l'OIHP et l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations continuèrent à exister parallèlement. La plus ancienne des deux institutions conserva et, dans une certaine mesure, développa ses fonctions traditionnelles, tandis que la plus récente faisait œuvre utile dans d'autres directions en élaborant de nouvelles méthodes et en étendant l'action sanitaire internationale à de nouveaux domaines.

L'une des principales activités à laquelle se consacra l'OIHP dans les premières années d'après guerre fut la révision de la Convention de 1912. Ces travaux aboutirent à la Convention sanitaire internationale de 1926, qui non seulement portait à cinq le nombre des maladies figurant sur la liste des maladies dites pestilentielles en y ajoutant la variole et le typhus, mais conférait à l'OIHP un rôle plus actif dans la lutte internationale contre la propagation des épidémies. Désormais, les pays devaient aviser l'OIHP dès qu'il se produisait un cas de peste, de choléra ou de fièvre jaune ou qu'apparaissait le typhus ou la variole sous la forme épidémique. A son tour, l'OIHP devait transmettre télégraphiquement ces renseignements à tous les pays qui, par leur situation géographique ou leurs relations maritimes, se trouvaient en danger. Auparavant, l'OIHP n'était renseigné que très tardivement à ce sujet par la publication des statistiques officielles.

Sur la base de ces notifications, l'OIHP établissait un communiqué hebdomadaire qui était incorporé dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* de la Société des Nations. En octobre 1931, la possibilité de radiodiffuser les notifications fit l'objet d'une longue discussion au Comité permanent, qui estima toutefois que cette méthode ne se prêtait pas à une application générale. Aux termes de la Convention de 1926, l'OIHP était aussi chargé de recueillir régulièrement auprès des gouvernements certains autres renseignements qui, une fois reçus, étaient classés méthodiquement et publiés ensuite dans l'*Annuaire sanitaire maritime international*. Plus tard, il fut décidé de faire paraître deux autres publications: un *Relevé annuel*, relatif à la dératisation des navires et des ports, et un *Répertoire sanitaire maritime international*.

En 1928, une Commission du Pèlerinage fut instituée pour examiner le rapport établi chaque année par le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Égypte sur le Pèlerinage de La Mecque. Ce Conseil était au nombre des organisations régionales auxquelles l'OIHP déléguait certaines fonctions.¹ La même année, le Comité permanent décida d'aborder une question qui prenait de jour en jour une importance croissante, à savoir l'établissement d'un règlement de quarantaine applicable à la navigation aérienne. En 1932, les travaux étaient terminés et une

¹ Voir p. 31-34.

Convention sanitaire internationale pour la Navigation aérienne était élaborée. Elle fut signée par douze pays l'année suivante et entra en vigueur en 1935, lorsque dix pays l'eurent ratifiée.

Si la principale mission de l'OIHP consistait à contrôler, avec l'aide de sa Commission de Quarantaine, l'application des mesures internationales de quarantaine et à améliorer les techniques utilisées pour leur mise en œuvre, son activité s'étendait à d'autres domaines encore, notamment à l'application de l'Arrangement de Bruxelles de 1924 relatif au traitement des maladies vénériennes chez les gens de mer, à la standardisation internationale du sérum antidiphthérique et à la lutte contre l'abus des stupéfiants. En outre, elle se procurait auprès de ses États Membres des renseignements sur de nombreux autres sujets et les publiait dans son Bulletin mensuel.

L'une des premières questions qui retinrent l'attention de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations fut la situation critique créée par les épidémies que la guerre avait entraînées à sa suite, spécialement l'épidémie de typhus qui éclata en Europe orientale. Elle constitua une Commission des Épidémies qui fut envoyée auprès des autorités sanitaires des pays atteints afin de leur donner des avis. Bien que ces épidémies fussent en régression vers 1922, le Service de Renseignements épidémiologiques de l'Organisation d'Hygiène continua à recueillir et à publier des données qui permettaient de se faire une idée de la situation mondiale concernant les maladies épidémiques les plus importantes du point de vue international. Étant donné la fréquence relative de ces maladies en Asie, l'Organisation d'Hygiène créa en 1925 son Bureau d'Extrême-Orient, faisant ainsi une réalité d'une proposition qui avait été formulée pour la première fois à la Conférence sanitaire internationale de 1881, soit près d'un demi-siècle auparavant.

L'institution, en 1923, de la Commission du Paludisme de la Société des Nations traduisait une conception nouvelle de l'action internationale contre les maladies transmissibles. Jusque-là, on s'était surtout préoccupé d'empêcher la propagation d'une maladie d'un pays à un autre, mais la Commission du Paludisme eut essentiellement pour mandat d'entreprendre une étude et de donner des avis sur les meilleurs moyens de lutter contre le paludisme partout où il sévissait. L'un des principaux résultats de cette étude fut l'introduction du totaquina, produit de remplacement efficace et moins coûteux que la quinine pure.

La même année, l'Organisation d'Hygiène s'engagea dans une voie nouvelle en instituant sa Commission du Cancer, dont les travaux aboutirent, entre autres résultats, à la publication d'une importante série d'exposés annuels sur *Les résultats de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus*. Les autres commissions techniques créées par l'Organisation d'Hygiène comprenaient en particulier celles de la standardisation biologique, de l'habitation, de l'éducation physique, du typhus exanthématique, de la lèpre, de l'enseignement de l'hygiène, de l'hygiène rurale et de l'unification des pharmacopées.

Le choix de certains de ces sujets — spécialement l'habitation et l'hygiène rurale — montre quelle était la largeur des conceptions de l'Organisation d'Hygiène à une époque où les questions sanitaires étaient plus souvent qu'aujourd'hui envisagées d'un point de vue étroit. Mais c'est peut-être par ses travaux sur la nutrition que cette organisation a fait le plus manifestement preuve d'initiative. C'est en 1934 qu'elle décida d'aborder cette question et dès 1936 la Commission technique qu'elle avait instituée l'année précédente publiait son rapport sur les bases physiologiques de l'alimentation. C'est un fait officiellement reconnu que ce rapport a plus largement retenu l'attention que n'importe quel autre rapport de l'Organisation d'Hygiène et après plus de vingt ans il peut encore être considéré comme un document dont l'importance est historique.

Au cours des années qui précédèrent immédiatement la deuxième guerre mondiale, une place de plus en plus grande fut donnée aux maladies sociales, telles que la malnutrition, dans le programme de l'Organisation d'Hygiène, mais une fois de plus la guerre suspendit presque entièrement l'action sanitaire internationale. En juin 1940, le personnel de la Section d'Hygiène ne comptait plus que deux médecins, et il leur fut de plus en plus difficile de se mettre en rapport avec les membres du Comité d'Hygiène. Du fait de l'extension des hostilités, le Bureau d'Orient dut interrompre son activité vers la fin de 1942.

La Section d'Hygiène n'en continua pas moins, dans la mesure où ses ressources limitées le lui permettaient, à répondre aux demandes d'information. Il parut plusieurs numéros du *Bulletin de l'Organisation d'Hygiène*, qui contenaient des études sur certains des problèmes sanitaires spéciaux créés par la guerre. La publication du *Relevé épidémiologique hebdomadaire* ne fut jamais interrompue. En mai 1944, les deux fonctionnaires qui constituaient le noyau de personnel du Service de Renseignements épidémiologiques de la Section d'Hygiène furent transférés aux États-Unis pour former, dans la Section d'Hygiène de l'Administration des Nations Unies pour les Secours et la Reconstruction (UNRRA), une « section de recherche », et ultérieurement pour organiser un Service d'informations épidémiologiques. En janvier 1945, l'UNRRA assumait la responsabilité des fonctions de l'OIHP concernant les conventions sanitaires internationales. L'OIHP fut dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité pendant presque toute la durée de la guerre.

Quand les hostilités eurent pris fin, il fallut de toute urgence aider les pays dévastés par la guerre à lutter contre les épidémies et à rétablir leurs services de santé. Il était clair qu'aucune organisation sanitaire internationale ne serait en mesure d'assumer cette tâche énorme et le Conseil de l'UNRRA, à sa première session, tenue en 1943, avait décidé que l'action sanitaire serait une de ses responsabilités primordiales et fondamentales.

L'UNRRA était une organisation temporaire, créée pour faire face à une situation exceptionnelle, mais sa Section d'Hygiène, par le travail qu'elle accomplit

dans divers domaines — lutte contre les épidémies, application des conventions sanitaires internationales, distribution de fournitures médicales essentielles, aide apportée aux gouvernements de quinze pays pour leur permettre de reconstituer et même d'améliorer leurs services sanitaires — établit le pont indispensable entre les activités sanitaires inter-gouvernementales d'avant la guerre et celles d'après la guerre.

ORGANISMES SANITAIRES RÉGIONAUX

On s'est efforcé, dans les pages qui précèdent, de décrire dans ses grandes lignes l'évolution qui devait aboutir directement, bien que progressivement, à la création d'une organisation centrale et universelle pour l'amélioration de la santé.

Cet exposé serait toutefois incomplet s'il passait sous silence les divers organismes sanitaires régionaux d'origine plus ancienne. Le mérite d'avoir mis sur pied le premier office international de santé doté d'un secrétariat revient aux républiques américaines, qui s'unirent en 1902 pour constituer un Bureau sanitaire international. Ainsi prit corps, plusieurs années avant la fondation de l'Office international d'Hygiène publique, l'institution sanitaire internationale qui, parvenue à sa majorité en 1923, prit le nom de Bureau sanitaire panaméricain (BSP).

Tout en conservant intégralement son autonomie et son statut régional, le BSP devait par la suite collaborer plus largement aux activités sanitaires internationales en rassemblant des informations épidémiologiques sur le plan régional, pour le compte de l'OIHP, en échangeant des informations avec le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Égypte et, plus tard, en coopérant avec l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, sans que les rapports entre les deux institutions eussent d'ailleurs un caractère officiel.

Il est significatif que le BSP ait été créé presque immédiatement après la découverte du mode de transmission de la fièvre jaune — maladie d'une importance extrême sur le continent américain — et après la campagne entreprise ensuite pour extirper la fièvre jaune de La Havane: c'est là une preuve de plus de l'influence stimulante des découvertes scientifiques sur la collaboration internationale dans le domaine de la santé. Depuis lors, les activités visant l'éradication de la fièvre jaune du continent américain — auxquelles collaborèrent d'autres organisations, notamment la Fondation Rockefeller¹ — devaient compter parmi les travaux essentiels du BSP, et il n'est pas exagéré de dire qu'elles représentent l'un des événements marquants de l'histoire de la santé publique internationale. En outre, le BSP, en

¹ En raison du caractère privé de la Fondation Rockefeller, on n'a pas jugé utile de rendre compte dans le présent rapport des activités d'un de ses organismes, l'International Health Board, créé en 1913.

instituant dans ce domaine et dans d'autres des services consultatifs à l'intention des gouvernements, a innové une méthode de collaboration intergouvernementale qui devait être ultérieurement appliquée par l'OMS sur le plan mondial.

L'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 1949, de l'Accord conclu entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation sanitaire panaméricaine a permis au BSP de s'associer plus étroitement encore à l'action sanitaire internationale, au sens le plus large du terme.

Les quatre autres organismes sanitaires régionaux avaient été constitués au cours du dix-neuvième siècle parce qu'il était devenu nécessaire de réglementer systématiquement l'application de mesures quaranténaires dans la région méditerranéenne. Il ne s'agissait pas d'organisations ayant un secrétariat et des bureaux, mais, en général, de conseils composés de représentants du pays islamique intéressé, d'une part, et des puissances européennes, d'autre part.

Le premier en date de ces conseils fut le Conseil supérieur de Santé de Constantinople, dont les origines sont indiquées dans une note officielle, transmise le 18 avril 1838 par le Gouvernement de l'Empire Ottoman à l'Ambassadeur de France à Constantinople et qui est ainsi conçue :

Le Sultan, guidé par la sollicitude paternelle et l'humanité qui le distinguent, répand toutes sortes de bienfaits sur les sujets qui reposent à l'ombre de son sceptre de justice. Désirant mettre un terme à l'effroi qu'inspire au peuple l'apparition de la peste, Sa Hautesse a ordonné l'établissement d'une quarantaine dans ses États.

L'adoption de ce système est d'un intérêt général, c'est-à-dire qu'elle contribuera au bien-être de l'Empire Ottoman et à la sûreté des relations existantes entre la Sublime Porte et les Cours amies. Une commission spéciale s'occupant du mode d'exécution, des endroits destinés à la quarantaine et des autres objets qui s'y rattachent, les décisions prises seront ultérieurement communiquées par le Ministre de l'Extérieur aux diverses légations.

Les Puissances européennes firent observer alors que l'application, par décision unilatérale, de mesures de quarantaine à leurs navires arrivant dans les ports ottomans serait contraire à certains droits qui leur avaient été concédés par des traités antérieurs. Il était donc nécessaire d'obtenir pour toute mesure de ce genre le consentement du gouvernement du pays dont le navire battait pavillon. Les discussions se poursuivirent et aboutirent à la création du Conseil supérieur de Santé de Constantinople, formé des membres du Conseil ottoman de Santé et de délégués des puissances maritimes qui, le 10 juin 1839, signèrent un accord réglementant le contrôle sanitaire des navires étrangers dans les ports ottomans.

En 1851, année où se réunit la Première Conférence sanitaire internationale, le Conseil comprenait huit fonctionnaires du Gouvernement ottoman, dont quelques-uns étaient des médecins étrangers, et des délégués de neuf puissances européennes : l'Autriche, la Belgique, la France, la Grande-Bretagne, la Grèce, la Prusse, la Russie, la Sardaigne et la Toscane. Des offices de santé — au nombre de soixante-trois — étaient répartis sur l'ensemble de l'Empire Ottoman et placés sous l'autorité

du Conseil; ils comprenaient chacun un « directeur musulman », un « médecin d'une faculté d'Europe », ainsi qu'un nombre variable de subalternes. Les directeurs ne relevaient pas des autorités locales et adressaient directement au Conseil un rapport hebdomadaire. Les médecins des offices de santé, placés sous l'autorité des directeurs, présentaient des rapports sur l'état de santé dans leur circonscription, contrôlaient les mesures d'hygiène et assuraient l'application des règlements sanitaires conformément aux instructions du Conseil. En outre, chaque office de santé avait, dans les principaux districts de sa circonscription, des préposés à la surveillance de toutes les arrivées par terre ou par mer qui faisaient rapport sur l'état de la santé publique dans leur district. Il y avait au total 191 postes d'où s'exerçait l'activité de ces préposés.

Un conseil sanitaire analogue, de composition internationale, fut créé en Égypte en 1843. Il fut connu par la suite sous le nom de Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Égypte ou, en abrégé, Conseil quarantenaire d'Égypte. Ce Conseil, dont le siège était à Alexandrie, tirait son origine d'une Intendance sanitaire créée en 1831 pour protéger le pays contre l'invasion d'épidémies; il était relié à un réseau d'offices de santé établis dans les provinces. Avec l'ouverture du Canal de Suez, les travaux du Conseil prirent plus d'importance; plus tard, il fut reconnu comme bureau régional d'information épidémiologique de l'OIHP. Ses fonctions furent reprises en 1938 par le Ministère de la Santé d'Égypte, mais en 1946 les pays parties à la Ligue arabe qui venait d'être créée décidèrent de lui rendre son statut de bureau régional; en juillet 1949, toutes ses fonctions furent transférées à l'OMS.

Ainsi, avant même la réunion de la première Conférence sanitaire internationale, il y avait déjà dans le Levant un système bien organisé d'informations épidémiologiques fonctionnant sous le contrôle de deux conseils consultatifs internationaux. Le projet de convention sanitaire internationale, élaboré par la Conférence de 1851, contenait des dispositions concernant le développement et le renforcement de ce système, qui subsista sous une forme modifiée jusqu'à la déclaration de la première guerre mondiale.

En 1840, l'Empereur du Maroc délégua aux représentants des puissances chrétiennes à sa cour

l'honorable mission de veiller au maintien de la santé publique sur le littoral de cet Empire, de faire tous les règlements et de prendre toutes les mesures pour atteindre ce but.

Ainsi fut créé le Conseil sanitaire de Tanger, dont la mission principale était d'appliquer des mesures de quarantaine en vue d'enrayer la propagation de maladies épidémiques — spécialement la peste et le choléra — importées par les pèlerins allant à La Mecque ou en revenant. Toutefois, comme il ne disposait que de ressources limitées et qu'il ne recevait pas du pays hôte la coopération nécessaire, le Conseil ne put jamais jouer un rôle efficace en matière de quarantaine internationale. Il disparut au début de la première guerre mondiale.

Le Conseil sanitaire de Téhéran devait connaître un sort analogue; créé « en principe » (selon l'expression d'un auteur contemporain) en 1867, il ne tenait pas de réunions périodiques et n'avait pas de fonds à sa disposition. En 1904, le Shah de Perse promulgua un décret établissant un Conseil sanitaire de l'Empire qui, tout en étant un organisme national, comprenait des représentants du corps médical de certains autres États. Pendant sa brève existence, ce nouveau Conseil communiquait le compte rendu de ses réunions aux légations étrangères et, plus tard, à l'OIHP.

Ces quatre conseils sanitaires différaient par leur composition, leurs fonctions et leur efficacité, et n'étaient guère comparables, de par leur nature, au système régional de l'Organisation mondiale de la Santé. Leur existence même prouve néanmoins que les puissances maritimes reconnaissaient que les seules mesures quaranténaires dans les ports nationaux ne pouvaient suffire à assurer la prophylaxie contre les maladies pestilentielles.
