



**HAL**  
open science

## Le premier internationalisme européen fut sanitaire

Sylvia Chiffolleau

► **To cite this version:**

Sylvia Chiffolleau. Le premier internationalisme européen fut sanitaire. Par ici la sortie !, 2020. halshs-03082060

**HAL Id: halshs-03082060**

**<https://shs.hal.science/halshs-03082060>**

Submitted on 18 Dec 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Le premier internationalisme européen fut sanitaire**

Sylvia Chiffolleau, CNRS/LARHRA

### **L'Europe du XIX<sup>e</sup> siècle a connu une actualité dramatique des épidémies ; celles-ci l'ont poussé à échafauder les premières expériences de politique internationale**

Successivement en 1834, 1839 puis 1845, Philippe Ségur-Dupeyron est envoyé en mission par le gouvernement français pour enquêter sur les conditions sanitaires des pays du pourtour de la Méditerranée, et évaluer les menaces que la peste, toujours présente en Orient, fait peser sur l'Europe. Grand commis de l'État, alors secrétaire du Conseil supérieur de santé, Ségur-Dupeyron est également l'un des fondateurs de la *Revue des Deux Mondes* et un fin connaisseur et analyste du commerce international et de son histoire. Les trois rapports qu'il remet au ministère de l'Agriculture et du Commerce au retour de ses missions dessinent les contours encore flous d'un projet de construction d'une politique de santé publique internationale qui serait compatible avec les transformations économiques du temps.

Il y dresse d'abord une géographie du risque que les conquêtes coloniales commencent à modifier. La Turquie et l'Égypte demeurent à risque élevé, mais l'Algérie désormais française, ainsi que la Grèce rentrée récemment dans le giron de l'Europe, devraient être selon lui traitées comme des nations « civilisées » et leurs provenances maritimes admises en libre pratique. D'autre part, il en appelle pour la première fois à une réunion « de députés de tous les pays qui bordent la Méditerranée » afin d'harmoniser les règles quarantaines en usage dans les pays européens. Il faudra toutefois attendre 1851 pour que cette réunion ait lieu.

Les épidémies sont depuis toujours perçues comme un risque partagé. On sait intuitivement qu'elles voyagent avec les hommes et les navires puisque ce sont souvent les ports qui sont contaminés en premier. Aussi, au XV<sup>e</sup> siècle, après le traumatisme de la Grande Peste, Raguse (actuelle Dubrovnik) puis Venise, qui sont alors les cités européennes les plus actives dans le commerce avec l'Orient, mettent en place des quarantaines maritimes. Celles-ci constituent une innovation en ce qu'il s'agit d'isoler non plus seulement les malades avérés, comme c'était le cas de longue date pour les lépreux, mais des personnes apparemment saines, suspectées néanmoins de pouvoir véhiculer la maladie puisque provenant de lieux où sévit la peste. Un système totalement empirique en l'absence de connaissances sur les mécanismes de la contagion, mais d'une certaine efficacité ; c'est par défaut de quarantaine, sur la base d'une patente frauduleuse, que le Grand Saint-Antoine, un bateau marseillais en provenance de Syrie, provoque en 1720 la dernière incursion meurtrière de la peste en Europe.

Depuis le XVI<sup>e</sup> siècle, toutes les nations européennes ont en effet suivi l'exemple des cités de l'Adriatique. Les littoraux européens sont hérissés de lazarets, vastes bâtiments en maçonnerie qui immobilisent à leur arrivée depuis les provenances suspectes d'Orient, non seulement les hommes, mais également les marchandises. Ils sont gérés par de puissantes administrations sanitaires, municipales ou nationales, qui chacune impose ses propres dispositions et règles, notamment concernant la durée de la quarantaine. Celle-ci peut même être poussée jusqu'à l'arbitraire et utilisée comme arme politique dans les fâcheries entre États. Quand elle vise ainsi l'humiliation des nations concurrentes, la mesure est considérée comme un abus inadmissible, proche des procédés de guerre. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que les flux commerciaux s'intensifient, les

quarantaines sont de plus en plus critiquées. De Rousseau à Casanova, bien des voyageurs célèbres ont raillé leurs méthodes lourdes et contraignantes et leur cérémonial jugé d'un autre âge.

La période qui s'ouvre en 1815 avec la fin des guerres napoléoniennes et la relance concomitante du commerce mondial accélère la remise en cause du système ancestral des quarantaines. Les intérêts commerciaux liés à la navigation internationale sont à la manœuvre. Au Royaume-Uni surtout, pays devenu la première puissance maritime mondiale grâce à la navigation à vapeur. Celle-ci permet de diminuer les temps de trajet, mais l'obligation de la quarantaine annihile à l'arrivée le gain de temps ainsi réalisé. La raison économique donne l'impulsion décisive à une remise en question du système des quarantaines.

On ne saurait toutefois les supprimer purement et simplement dans la mesure où la menace épidémique perdure et même s'intensifie. Si la peste a disparu d'Europe depuis son ultime incursion provençale en 1720, elle vient par vagues régulières désoler les territoires de l'Empire ottoman voisin. Il existe désormais, en ce qui concerne la peste du moins, un régime épidémique différent entre les deux rives de la Méditerranée. Mais de nouvelles maladies font irruption au début du XIX<sup>e</sup> siècle, précisément au moment, et aussi en raison, de l'intensification des flux commerciaux. Elles se jouent de la frontière « civilisationnelle » que l'Europe pense avoir bâtie grâce au progrès et qui la protégerait des fléaux d'antan. La fièvre jaune, venue d'Amérique, ravage la Catalogne en 1821. En 1832, le choléra, sorti d'Inde, son berceau d'origine, fond sur une Europe sidérée qui voit s'écrouler nombre de ses convictions. La maladie revient ensuite à plusieurs reprises au cours du siècle, avec toutefois une violence décroissante. Mais à l'extrême fin du siècle, la troisième pandémie de peste vient rappeler la permanence de la menace épidémique. Le XIX<sup>e</sup> siècle, celui de la modernité triomphante en Europe, connaît une actualité dramatique des épidémies.

C'est pour tenter de dépasser l'aporie entre nécessaire sécurité sanitaire et volonté de libérer les flux commerciaux que les pays européens décident de mettre en commun leurs réflexions. En ce milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, l'ambiance est aux expériences internationales ; la première Exposition universelle a lieu à Londres en 1851. La conférence sanitaire internationale qui se tient la même année à Paris<sup>1</sup>, répondant au vœu de Ségur-Dupeyron, constitue quant à elle une innovation majeure en ce qu'elle est la première structure de négociation diplomatique dans un contexte non conflictuel. Ce n'est sans doute pas un hasard qu'elle ait été suscitée par la question des épidémies. Il s'agit d'évidence d'un problème commun, que la simple rationalité invite à régler de concert, ce que le contexte relativement apaisé de cette époque rend désormais possible. Ce premier internationalisme est toutefois restrictif, il se limite aux principaux pays d'Europe ayant des intérêts en Méditerranée, à la Russie et à l'Empire ottoman. Le nombre limité des participants ne permet pourtant pas d'aboutir à un accord formel.

Il faut en effet attendre 1892 pour que la septième conférence sanitaire internationale aboutisse enfin à une convention contraignante pour les pays l'ayant ratifiée. Les six conférences antérieures, qui ont eu lieu depuis 1851, ne doivent toutefois pas être considérées comme de simples échecs. Elles ont en effet constitué des lieux majeurs pour l'apprentissage des modalités de la négociation et du jeu diplomatique. Au cours du temps, elles ont perdu de leur caractère improvisé, elles se

---

<sup>1</sup> De 1851 à 1938, quatorze conférences sanitaires internationales ont eu lieu, dans différentes capitales européennes, ainsi qu'à Istanbul en 1865 et Washington en 1881. Elles duraient plusieurs mois au départ, puis ont été plus brèves par la suite. Les délégations nationales étaient formées de médecins et de diplomates.

sont professionnalisées, on y a peaufiné les règles de fonctionnement de ce type de rencontre, elles ont produit des règlements écrits et des protocoles de discussion, contribué à faire entrer la ratification comme outil du droit diplomatique en construction. Mais elles ont achoppé sur tout ce qui pouvait relever du partage de compétences entre États et se sont épuisées en de vaines et virulentes querelles scientifiques.

Les milieux médicaux et diplomatiques européens sont en effet divisés entre contagionnistes et anti-contagionnistes. Les premiers s'inscrivent dans la longue tradition d'une intuition de la transmission des épidémies d'individu à individu, qui implique, en l'absence de moyens thérapeutiques, la mise en place de barrières physiques, telles les quarantaines, pour en stopper la circulation. Les seconds modernisent la théorie non moins ancienne des miasmes, et avancent que les maladies se développent dans un environnement malsain, par défaut d'hygiène. Le clivage recoupe schématiquement une division géographique, les pays du sud de l'Europe, particulièrement exposés aux risques potentiels venus d'Orient, se rangeant sous la bannière des contagionnistes, les pays du nord, notamment la Grande-Bretagne, défendant des positions anti-contagionnistes, lesquelles, en invitant à agir sur le milieu, disqualifient le système des quarantaines. Les conférences sont la caisse de résonance de ces débats, qu'on ne parvient pas à trancher, ce qui paralyse le processus décisionnel. Les travaux de Louis Pasteur et ceux de Robert Koch, qui isole en 1883 le bacille du choléra, apportent finalement la réponse au mystère de l'origine des maladies : elles sont dues à des agents pathogènes. On peut donc désormais envisager de les combattre avec les armes de la bactériologie, notamment la désinfection et la vaccination. L'innovation est toutefois un peu longue à cheminer, et ce n'est qu'en 1892 que la première convention sanitaire internationale a pu aboutir en s'appuyant sur ces acquis scientifiques.

En dépit de l'absence d'accord formel durant près d'un demi-siècle, et de la permanence des querelles scientifiques, les conférences ont pourtant entraîné de réels effets dans l'espace concret de la santé publique. L'une des motivations à l'origine de ces rencontres était d'harmoniser les mesures quaranténaires dans les différents pays d'Europe, et de les assouplir dans un mouvement d'ensemble. Les conférences n'ont pas su dans un premier temps produire de lois contraignantes pour tous, mais les législations nationales ont néanmoins été influencées par leurs débats, et notamment par la tendance dominante à abaisser les barrières quaranténaires pour faciliter les flux commerciaux. Les États les ont modifiées en conséquence pour donner de plus en plus place à l'*English system*, l'inspection sanitaire et le suivi individuel des voyageurs, qui va s'imposer définitivement après l'avènement de la bactériologie. Mais lorsque l'Europe est mise à l'épreuve de l'épidémie, jusqu'à la fin du siècle, le retour immédiat de peurs ancestrales entraîne un réflexe quarantenaire, certes temporaire.

L'assouplissement général des mesures de police sanitaire en Europe a aussi été rendu possible par l'externalisation de la barrière quarantenaire dans l'espace ottoman. Dès 1851, l'Empire ottoman avait été invité à participer à la première conférence sanitaire internationale. Les sultans modernisateurs avaient d'ores et déjà établi un système de quarantaines maritimes et terrestres, empruntant la formule empirique que l'Europe utilisait depuis le Moyen Âge. Ébauchée par les missions de Ségur-Dupeyron, l'idée de s'appuyer sur le dispositif établi sur la rive orientale de la Méditerranée, de façon à alléger les contraintes sanitaires en Europe même, s'impose dans le cadre des conférences. Pour les délégués européens, il convient de bloquer les épidémies là où elles se trouvent, c'est-à-dire en Orient. Ils invitent donc très fermement l'Empire

ottoman à renforcer son système quarantenaire ainsi que les mesures d'hygiène dans les ports de départ. Le sérieux de son action sanitaire est en outre contrôlé par les consuls et les médecins européens en poste dans les principaux ports du Levant. Échelles du Levant, dont certains participent à deux Conseils de santé « mixtes » fondés à Alexandrie et Istanbul. La souveraineté de l'Empire ottoman et de l'Égypte se trouve donc sensiblement tronquée dans le domaine sanitaire.

Ce principe d'externalisation est renforcé à partir de 1865. Cette année-là, le choléra se répand dans le monde à partir du pèlerinage à La Mecque. Sa diffusion est d'autant plus rapide que la navigation à vapeur est désormais largement répandue et rendue plus performante grâce à l'invention de l'hélice à pales. Les pèlerins de La Mecque sont dès lors identifiés comme un « groupe à risque » et deviennent une préoccupation majeure des conférences sanitaires. Là encore, en dépit de l'absence d'accord formel et contraignant, mais sur la base de simples « recommandations », l'énergie internationale, motivée par la visée de protéger l'Europe du risque épidémique, aboutit à la mise en place d'un dispositif quarantenaire spécifique pour les pèlerins. De gigantesques lazarets, gérés par les Conseils de santé « mixtes » d'Istanbul et d'Alexandrie, sont établis sur la Mer Rouge. Au cours de leur voyage sacré, les pèlerins y sont maintenus en quarantaine et soumis à un régime sanitaire bien plus sévère que celui des « voyageurs ordinaires ». Le dispositif atteint sa pleine maturité au tournant du siècle, au moment où les quarantaines disparaissent presque partout ailleurs.

L'action sanitaire internationale concrète ne se porte donc pas en Europe même, mais dans l'Empire ottoman et en Égypte, soumis par ailleurs à la concurrence coloniale, notamment entre la France et la Grande-Bretagne. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le facteur colonial vient parasiter le système international, dont l'émergence est déjà entravée par la défense des souverainetés nationales de pays européens dont certains sont encore en cours de construction. Le paradoxe de ce premier internationalisme est en effet qu'il est concomitant des nationalismes, ce qui contribue à détourner son attention vers les territoires extra-européens. Mais elle ne s'y porte pas partout avec la même acuité.

En ce qui concerne l'Inde, berceau du choléra, les Britanniques refusent toute ingérence dans leur gestion sanitaire de la colonie en général, et des gigantesques pèlerinages qui s'y déroulent en particulier. Par ailleurs, en vertu des principes anti-contagionnistes qu'ils défendent, ils nient toute possibilité d'une circulation du choléra depuis l'Inde. L'occupation britannique de l'Égypte, en 1882, étend le champ d'application du libéralisme sanitaire à la zone du canal de Suez. Or la France, qui conteste cette main mise coloniale sur l'Égypte, souhaite au contraire faire de l'isthme de Suez un solide glacis contre le passage des épidémies, ce qui implique des mesures quarantennaires sévères que les Britanniques refusent. La première convention sanitaire internationale de 1892 est un compromis visant à régler cette question, avec l'aide désormais de la bactériologie qui vient au secours du libéralisme britannique : tous les bateaux, même contaminés, pourront franchir le canal après inspection sanitaire et dès lors qu'ils n'auront aucun contact avec les rives. Là encore, il est remarquable que le premier accord sanitaire international se fasse non pas sur des mesures à prendre en Europe, mais dans un espace tiers, l'Égypte, et grâce à un contexte d'apaisement relatif des querelles coloniales.

Une fois ce premier accord réalisé autour du règlement d'un point spécifique, les conférences sanitaires internationales qui se réunissent ensuite vont progresser dans l'élaboration d'une législation sanitaire internationale, en principe désormais contraignante puisqu'elle est inscrite dans des conventions. Celle qui clôt la conférence de 1903 fait la synthèse des travaux antérieurs. Elle entérine un régime sanitaire

international de protection contre les épidémies à trois vitesses : l'Europe bénéficie en gros du régime libéral de l'*English system*, le passage du canal de Suez est contrôlé mais non soumis à quarantaine, au contraire des pèlerins de La Mecque qui continuent d'être assujettis à quarantaine en vertu de leur régime sanitaire spécifique. Celui-ci est toutefois allégé au cours du XX<sup>e</sup> siècle, mais il ne sera définitivement aboli qu'à la fin des années 1950.

La nouveauté, au début du XX<sup>e</sup> siècle, est l'institutionnalisation d'un système international qui reposait jusqu'alors sur la réunion épisodique des conférences sanitaires. Selon un vœu émis dès 1874, mais qui achoppait toujours sur la défense crispée des souverainetés nationales et sur l'impossibilité à trouver un accord de partage financier, une structure pérenne est enfin fondée en 1907, l'Office international d'Hygiène publique (OIHP), dont le siège est à Paris. Au sortir de la Première Guerre mondiale et des ravages épidémiques qui l'ont accompagnée, une seconde structure est créée dans le cadre de la Société des Nations (SDN), l'Organisation d'hygiène. Les acquis antérieurs des conférences, et notamment la législation, sont transférés à ces organismes désormais en charge des questions de santé internationale. Le périmètre de leur action s'est alors élargi. D'abord, avec une ouverture vers les Amériques et dans un contexte d'amorce des décolonisations, ils comptent des pays membres bien plus nombreux que le noyau européen des origines du processus. Ensuite, leurs compétences s'étendent à d'autres maladies que la peste et le choléra, ce qui permet de rompre avec l'obsession de l'Orient proche ; là aussi le dispositif devient plus réellement international. Enfin, les méthodes de défense contre les épidémies évoluent. Il est moins question désormais de leur opposer des barrières que de chercher à améliorer les conditions sanitaires à l'intérieur même de chaque pays par des réformes d'hygiène et de santé publique. Un dispositif international désormais placé sous la houlette des experts, et qui s'est montré actif durant l'entre-deux guerres, avant de se fracasser sur la Seconde Guerre mondiale. Il est rebâti à sa sortie dans le cadre de l'ONU. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), officiellement fondée en 1948, récupère tout l'héritage issu d'un long siècle de gestation du système international de santé.

Ce sont les épidémies, ou du moins la volonté de l'Europe de s'en protéger, qui sont à l'origine de la première expérience de politique coordonnée au plan international. En dépit de ses réalisations effectives, ce premier internationalisme sanitaire a longtemps échoué à se muer en droit international. Apparue plus tardivement, la volonté de gérer internationalement des dossiers techniques, tels que le télégraphe ou la poste, a au contraire abouti rapidement à une législation et à l'établissement d'organisations internationales. Fonder une politique partagée de santé publique s'est révélé bien moins aisé. D'abord parce que celle-ci s'exerce sur des humains, et notamment des humains en mouvement, qu'elle cherche à contrôler. Elle convoque par ailleurs les notions de frontières, de souveraineté, révèle les tensions entre niveaux national et supranational, s'articule difficilement à la logique économique.

Ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, marqué par l'arrivée d'une nouvelle vague prévisible d'épidémies, présente un contexte général radicalement différent de celui du XIX<sup>e</sup> siècle. Mais les rouages de la politique internationale grippent lorsqu'ils se frottent aux mêmes questions, y compris dans un espace communautaire européen pourtant exercé de longue date à la diplomatie sanitaire. En situation de crise, la coopération demeure pourtant indispensable. Elle devrait être encouragée, plutôt que sanctionnée financièrement, et aussi chercher elle-même à se réinventer sans cesse, à toutes les échelles de l'action publique.