

Documenter la santé en guerre : l'Internationale sanitaire interalliée, 1915-1919

ANNE RASMUSSEN

Résumé

Confrontés aux crises épidémiques que les conditions sanitaires de la Grande Guerre exacerbent, les pays de l'Entente se dotent d'un organe de coopération scientifique en matière d'hygiène de guerre, la Commission sanitaire interalliée, qui fonctionne de 1916 à 1920 sous la tutelle de l'administration française. Tout en émanant de la tradition des conférences sanitaires du XIX^e siècle, cette instance collaborative en diffère en faisant de la démarche scientifique (statistiques, expérimentation) et du partage d'expériences la clé de voûte de son action durant le conflit.

Mots-clés : Santé publique – Sciences – Épidémies – Internationalisme – Première Guerre mondiale.

Abstract

Documenting Public Health during War: The Sanitary Internationale among Allies, 1915-1919

In response to the epidemic crises that were worsening under the poor sanitary conditions of World War I, the members of the Entente Alliance set up a sanitary commission, an allied health commission, which worked under French administration from 1916 to 1920. While this collaborative project originated in a tradition grounded in the diplomatic sanitary conferences of the 19th century, it differed from this tradition by grounding its actions during the war on scientific approaches (statistics, experimentation) and on the sharing of war experiences.

Keywords: *Public health – Science – Epidemics – Internationalism – First World War.*

En temps de guerre comme en temps de paix, le contrôle des maladies infectieuses pose le problème de l'articulation entre les échelles, du local au global, des événements critiques – les épidémies, au premier chef –, et

les échelles variées de la régulation de ces phénomènes¹. Cette régulation a recours à des catégories d'analyse, des outils politiques de santé publique et des échanges de savoirs dont l'expérience se fait en deçà ou au-delà du niveau national. L'histoire de l'émergence de la régulation sanitaire internationale est assez bien connue. Le point de vue des acteurs, qu'il émane des institutions ou des experts hygiénistes engagés dans l'action, a précédé les travaux d'historiens consacrés à la construction d'un cadrage international des problèmes de santé publique au XIX^e siècle et à l'avènement dans l'entre-deux-guerres de nouvelles arènes issues du règlement des conflits². Tous ont cependant largement contourné le moment 14-18 en tant que tel, interprété le plus souvent comme une parenthèse : l'interruption des relations internationales aurait entravé le cours de la régulation sanitaire et tari l'échange d'informations et l'élaboration de normes communes. Et pourtant, la Première Guerre mondiale a, d'évidence, occasionné des conditions plus que favorables à une circulation infectieuse accrue par-delà les frontières : concentration des hommes en masse, incorporation des nouvelles classes, transferts de populations à une échelle sans précédent – troupes, soldats

¹ Anne Rasmussen est professeur à l'Université de Strasbourg – Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe (SAGE, UMR 7363), Fellow USIAS-FRIAS 2015-2017

² Norman Howard-Jones, *Les bases scientifiques des conférences sanitaires internationales 1851-1938*, Genève, OMS, 1975 ; René Lacaille, *L'Hygiène internationale et la Société des nations*, Paris, Éditions du Mouvement sanitaire, 1926 ; Adrien Proust, *La défense de l'Europe contre le choléra*, Paris, G. Masson, 1892 ; André Chantemesse et Frédéric Borel, *Frontières et prophylaxie (hygiène internationale)*, Paris, Doin, 1907 ; Sylvia Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012 ; Céline Paillette, « Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923 », *Monde(s)*, n° 2, 2012, p. 235-256 ; Alison Bashford (dir.), *Medicine at the Border: Disease, globalization and security, 1850 to the present*, Londres, Palgrave Macmillan, 2006 ; Paul Weindling (dir.), *International Health, Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995 ; Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Health Organisation*, Berlin, Peter Lang, 2009.

permissionnaires ou démobilisés, rapatriés, civils déplacés des zones occupées – autant de circonstances propres au surgissement d'un phénomène pathologique hors norme. L'enjeu hygiéniste devient pour les belligérants un impératif catégorique qui s'exprime aux nouvelles échelles des phénomènes que la guerre suscite, tandis que la conflictualité entre blocs nationaux recompose les acteurs de la régulation, Entente contre Puissances centrales.

Comment l'événement d'échelle globale que la guerre constitue a-t-il participé d'une reconfiguration des échelles de la régulation de la santé publique ? On fera ici l'hypothèse que le conflit favorise le passage d'un régime international de régulation des crises sanitaires, qui se préoccupait de contrôle aux frontières et accouchait de conventions – un régime « diplomatique » –, à d'autres formes de régulation. Celles-ci mettent en valeur la production et l'échange d'informations dans un cadre scientifique, et la comparaison documentée de situations locales et nationales. Qualifions ce régime de « transnational » au sens où, dans le domaine sanitaire tout autant que dans d'autres secteurs de la vie sociale, la traversée de la Grande Guerre fonde des communautés d'expériences partagées, caractérisées par de nouveaux modes d'affiliation et de cohésion au-delà de la nation, comme Jay Winter l'a souligné³.

Une commission interalliée pour une « unité de front » prophylactique

Dans le domaine sanitaire, plusieurs coups de semonce alertent en 1915 les services de santé nationaux sur l'enjeu stratégique majeur que constitue le risque infectieux. Sur le front occidental, l'épidémie de fièvre typhoïde met hors de combat une partie des contingents français et anglais. Sur le front

³ Jay Winter, « L'histoire de la Première Guerre mondiale : le moment transnational », in Jay Winter (dir.), *La Première Guerre mondiale. Vol. 1 : Combats*, Paris, Fayard, 2013, p. 9-19.

oriental, le typhus exanthématique frappe des unités russes, autrichiennes, allemandes et s'installe dans les empires centraux, où il infeste particulièrement les camps de prisonniers. La Serbie connaît une épidémie critique en 1915, et fait craindre à son alliée, la France, le développement de foyers aux points où les troupes serbes battant en retraite sont débarquées, à Bizerte et Marseille, où arrivent aussi des prisonniers austro-hongrois contaminés. À Gallipoli, les conditions très difficiles de la bataille des Dardanelles sont exacerbées par ce qui est immédiatement perçu, côté allié, comme une possible catastrophe sanitaire favorisée par le terrain infectieux⁴. En 1915 encore, la diphtérie et la méningite cérébro-spinale montrent des taux de morbidité supérieurs à ceux du temps de paix, tandis qu'un pic de rougeole touche les populations civiles.

Alors que la guerre s'installe dans la durée, le ministère de l'Intérieur français milite pour la reprise entre alliés du cours interrompu de l'action de l'hygiène internationale, en lui assignant pour but premier la mise en commun d'informations sur les maladies transmissibles dans les armées et sur l'expérience prophylactique des alliés. La France entend s'appuyer sur l'Office international d'hygiène publique (OIHP), siégeant à Paris, dont le président du comité permanent, le médecin et conseiller d'État Rocco Santoliquido, directeur général de la Santé publique du royaume d'Italie, est sollicité à cette fin en décembre 1915 par le ministre des Affaires étrangères, Aristide Briand – ce qui est facilité par l'entrée en guerre de l'Italie aux côtés des alliés en mai 1915.

Cependant, pour les administrations françaises instigatrices – Service de santé militaire (SSM) et ministère de l'Intérieur notamment –, il ne s'agit pas de perpétuer, en temps de guerre, l'activité de nature juridique et scientifique de l'OIHP. Une reconfiguration, tant organisationnelle qu'intellectuelle, est jugée indispensable dans les circonstances du conflit. À la lenteur du cours habituel de la diplomatie de la santé publique, dont

⁴ Voir Jenny Macleod, *Reconsidering Gallipoli*, Manchester, Manchester University Press, 2004.

l'agenda est réglé statutairement à raison d'échéances pluriannuelles, doit succéder la réactivité d'une information en évolution permanente et adaptée à l'urgence. Au caractère civil de l'Office, composé des représentants techniques désignés par les États, doit se substituer une formation mixte civile et militaire dont la composante savante est centrale. En témoigne par exemple la composition de la délégation française, du directeur de l'Institut Pasteur, Émile Roux, au spécialiste de la typhoïde de la faculté de médecine, André Chantemesse, en passant par Louis Vaillard, médecin général inspecteur, grande figure pastorienne du Val-de-Grâce⁵. À la composition de l'OIHP, sur le mode de la représentation diplomatique d'avant-guerre, dont la liste des treize États membres fondateurs reflétait un demi-siècle d'activité des conférences internationales, doit succéder une organisation entre alliés qui intégrerait de nouveaux membres jusqu'à restés en dehors de la diplomatie sanitaire⁶. L'Allemagne et l'Autriche-Hongrie étant demeurées extérieures à l'Office, la question de leur exclusion ne se pose pas ; en revanche, l'adhésion avant la guerre de la Bulgarie (1909) et de la Turquie (1911) soulignait l'inadéquation du cadre de l'OIHP à la confrontation des nouveaux blocs. Enfin, l'objet même de l'OIHP, strictement voué au contrôle aux frontières de la triade épidémique du XIX^e siècle – choléra, peste et fièvre jaune –, et surtout préoccupée de défense du continent européen, doit laisser place à un programme différent et plus vaste, dicté par le conflit. La démarche présuppose, dans ses

⁵ Composition de la délégation française en 1916 : Émile Roux, Albert Robin, Louis Vaillard et Jules Simonin pour le ministère de la Guerre ; Ernest Mosny, Louis Martin et le médecin général Jan, pour le ministère de la Marine ; Jules Brisac et André Chantemesse pour le ministère de l'Intérieur.

⁶ Belgique, Brésil, Égypte, Espagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Russie, Suisse, lors de la création de l'OIHP en 1907 ; s'y ajoutent : Inde britannique, Pérou, Tunisie en 1908 ; Australie, Bulgarie, Mexique, Perse, Serbie, Suède en 1909 ; Algérie, Argentine, Canada en 1910 ; Turquie en 1911 ; Bolivie, Chili, Norvège en 1912 ; Danemark, Monaco, Uruguay en 1913 ; Indochine française en 1914 ; Archives du Service de santé des armées (SSA), 589, lettre du ministre des Affaires étrangères au président du comité permanent de l'OIHP, 11 décembre 1915.

attendus mêmes, qu'il existe un nouvel objet des hygiénistes – la prophylaxie de guerre –, doté de ses terrains et de ses données propres, qu'il est nécessaire de documenter spécifiquement.

Le projet français aboutit à la formation d'un nouvel organisme, la Commission sanitaire interalliée⁷. Dès janvier 1916, les gouvernements belge, britannique (incluant des représentations indienne, canadienne, néo-zélandaise), serbe, italien et russe adhèrent au projet français et nomment des délégués de leurs administrations respectives de la Guerre, de la Marine et de l'Intérieur, en proportion variable selon les États. Des délégués portugais font leur entrée en juin 1916, japonais en septembre 1916, roumains en février 1917 – des admissions successives qui reflètent pour partie la chronologie des entrées en guerre. La session de 1918 intègre des délégués des États-Unis, de Chine, et pour l'Empire britannique, d'Afrique du sud et d'Australie. Alors que les Américains étaient absents de l'internationalisme sanitaire du XIX^e siècle, et n'avaient fait qu'une modeste apparition à la conférence de 1912, à la faveur de l'introduction de la fièvre jaune dans le champ d'application des conventions, leur entrée en lice dans la Commission sanitaire interalliée est significative des nouveaux rapports de force qui vont s'imposer après 1918 dans la sphère de la santé.

Au printemps 1916 siège la première session plénière de la Commission qui se réunit presque quotidiennement pendant un mois. Avant de se séparer, elle institue un bureau permanent « de centralisation alliée » composé d'un délégué de chaque nation participante, auquel il est demandé de résider à Paris. Siégeant dans les locaux de l'OIHP, boulevard Saint-Germain, le bureau se réunit tous les mois jusqu'en 1919 afin de « suivre le mouvement médical des armées belligérantes ». Il est conçu comme une centrale de renseignements, sollicitant les services de

⁷ Dite aussi Commission sanitaire des pays alliés.

santé, collectant leurs données et leur redistribuant⁸. Quatre sessions plénières d'une durée d'un mois se tiennent entre 1916 et 1919, et une ultime session plus légère en janvier 1920⁹. Chaque réunion mensuelle du bureau permanent donne lieu à des travaux qui prennent forme dans des rapports de synthèse, comparant les données des situations sanitaires nationales. S'y ajoutent les rapports sur des questions intéressant l'état de la santé publique de leur pays respectif que les délégués du bureau doivent faire parvenir le 10 et le 20 de chaque mois. Il s'agit donc d'un suivi décadaire du mouvement sanitaire dans le camp allié. Toute l'information produite a un caractère « strictement secret » et ne peut être divulguée sans l'aval de la Commission quand bien même des unités militaires alliées en réclament la communication.

Quoique interallié dans sa composition et ses attendus, le nouvel organisme est placé sous les auspices du ministère des Affaires étrangères français. Le SSM français y joue le rôle de « pouvoir exécutif », accentuant la relation organique entre l'organisme interallié et sa tutelle française, et perpétuant ainsi la nature du lien qui unissait l'OIHP à la France¹⁰. Les sessions plénières sont d'ailleurs ouvertes, jusqu'en 1918, sous la présidence du secrétaire d'État français au SSM, Justin Godart. Comme l'OIHP, la Commission n'a que le pouvoir de donner des avis, et non de s'immiscer dans l'administration des États. Son importance réside, d'une part, dans la reconstitution d'une arène internationale aux dimensions du bloc allié : organisme de centralisation de données épidémiologiques, mais plus encore de partage d'expériences sanitaires aux fins de réaliser, selon une formule maintes fois répétée, « l'unité de

⁸ Archives SSA, 589, le sous-secrétaire d'État au SSM (SSESSM) au président du Conseil, ministre des Affaires étrangères, 8 avril 1916.

⁹ Les sessions débutent les 15 mars 1916, 21 février 1917, 11 février 1918, et en mars 1919.

¹⁰ Archives SSA, 538, minute du SSESSM au ministre des Affaires étrangères, 26 novembre 1918.

front dans le domaine de l'hygiène¹¹ ». Parmi ses objectifs prioritaires figure aussi le recueil d'informations sur la situation pathologique du camp adverse¹². Elle se fonde, d'autre part, sur la reconnaissance d'un lien singulier et critique entre problème infectieux et guerre : la relation entre « les organismes » et les milieux. Si la France est la tête de pont de la Commission, c'est, souligne Godart, parce qu'elle est « le sol, sur lequel piétinent et se battent des millions d'hommes, auquel s'ajoutent les souillures qui font pulluler les germes mauvais¹³ ».

Un programme d'action : documenter, comparer, expérimenter

Contrairement à la diplomatie de l'hygiène internationale d'avant-guerre, la Commission sanitaire interalliée n'a pas eu pour objet la défense prophylactique aux frontières, ni la réglementation de la circulation des hommes. Son objet, pour reprendre les termes de Justin Godart, est « l'échange des idées, la communication des expériences¹⁴ ». Elle se voue à une œuvre théorique et s'auto-désigne comme « grand état-major scientifique interallié » qui s'appuie sur deux fondements : les statistiques et le laboratoire¹⁵. Cette affirmation de soi est importante : les membres de la Commission au travail se pensent comme un réseau d'experts, qui établissent, sur les bases scientifiques de plusieurs disciplines, une communauté internationale de partage de savoirs nationaux sur les maladies infectieuses.

¹¹ *Ibid.*, 538, Commission sanitaire (CSI), lettre du président Santoliquido au SSESSM, 11 décembre 1918.

¹² *Ibid.*, 589, CSI, « Quelques documents sur la morbidité dans les armées ennemies », 21 février 1917.

¹³ *Ibid.*, 589, CSI, « Discours de Justin Godart devant la CSI », 13 mars 1917.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Archives SSA, 538, CSI, lettre du président Santoliquido au SSESSM, 11 décembre 1918.

Dans ses débuts, ce partage d'expériences tient de la collation documentaire plus que de la délibération scientifique et la Commission, dépourvue de moyens d'action, ne joue pas le rôle, auquel elle aspire, d'assemblée savante apte à trancher les controverses du moment. Dès 1917, plusieurs initiatives témoignent d'une volonté d'extension du champ d'intervention de la Commission. Ainsi, comme dans les grands congrès scientifiques, la réunion de la session plénière de 1917 inaugure des visites dont le but est de faire éprouver, sur le terrain, la comparaison des expériences. Le 10 mars 1917, par exemple, l'ensemble de la session se déplace à Compiègne pour la visite de l'hôpital 21 – hôpital expérimental qui associe sous la houlette d'Alexis Carrel recherche en laboratoire et soins des blessés, pour y faire l'expérience *de visu* de ses méthodes de stérilisation des plaies de guerre, alors au cœur du débat européen sur la chirurgie de guerre.

L'évolution des objets soumis aux sessions plénières, dont l'ordre du jour est élaboré par le bureau, témoigne de la reconfiguration des problèmes au cours du conflit. Deux grands domaines concentrent les partages d'expérience : d'une part, la gestion des pathologies infectieuses, avec la priorité accordée aux enjeux militaires de la santé publique, plutôt qu'aux populations civiles ; d'autre part, « l'hygiène de guerre », qui recouvre la gestion prophylactique de toute la zone des armées. Lors de la première session, en 1916, la liste des sujets soumis à l'examen témoigne encore de la représentation du péril hygiénique de la fin du XIX^e siècle. Ainsi la « défense de l'Europe contre les épidémies cholériques » est la première question mise à l'ordre du jour, le typhus en est la deuxième, et la variole comme la peste sont au nombre des objets étudiés. De ces risques infectieux, seul le typhus s'avérera de fait d'actualité pendant le conflit. Les priorités de l'heure se dessinent cependant, en particulier la prise en compte de maladies perçues comme émergentes du fait de la guerre, comme la « fièvre intermittente de l'Yser », la fièvre des tranchées, la néphrite aiguë ou la méningite. Du point de vue de l'hygiène de guerre, si les thèmes examinés évoquent classiquement la transformation

qu'exercent les conditions de la guerre sur l'environnement et les hommes – les « modificateurs » d'hygiène, la salubrité des eaux et de l'air –, des thèmes nouveaux traduisent les enjeux sanitaires de la guerre de tranchées : la destruction des nuisibles, l'hygiène des camps, l'assainissement du champ de bataille, où la question des inhumations prend une ampleur imprévue. Sur tous ces sujets, il s'agit de confronter des pratiques et des expériences, et non plus, comme dans la littérature prescriptive, d'édicter des normes pour le temps de guerre.

La session du printemps 1917 fait désormais une priorité, réaffirmée en 1918, « des affections nouvelles ou d'apparence nouvelle et des affections exotiques, reconnues pendant la guerre » : fièvres et pathologies dites « des tranchées », maladies exotiques suspectées d'importation par les contingents coloniaux, typhus et fièvres récurrentes qui sévissent sur le front d'Orient¹⁶. S'y ajoutent des dossiers relatifs à des pathologies connues, mais qui posent des problèmes nouveaux aux armées par leur caractère massif : ictères infectieux (spirochètose), dysenterie, tétanos, paludisme ou diphtérie. Deux thématiques classiques sont réévaluées par leur impact croissant sur les troupes : la tuberculose et les maladies vénériennes. Là encore, c'est bien le lien avec la guerre, comme facteur favorisant, qui est à l'étude, plutôt que le fléau social qui menace l'ensemble de la société. Enfin un sujet inédit est doté d'une grande importance : celui du « syndrome commotionnel et des troubles mentaux dans les armées en campagne ». S'il est le seul à échapper à la grille de lecture centrée sur le risque infectieux, il est toutefois lui aussi envisagé sous l'angle prophylactique, soulignant l'extension de la nature de la menace « épidémique » à d'autres catégories pathologiques. En 1918, le champ d'étude continue de s'élargir, en s'ouvrant aux problèmes posés par l'alimentation des armées. Le bureau permanent est par ailleurs confronté à la pandémie grippale à laquelle il consacre sa réunion de novembre 1918, et qui constitue le point focal de la session plénière de

¹⁶ *Ibid.*, 589, CSI, programme arrêté par la délégation permanente pour la deuxième session plénière, 1917.

1919. La fin de guerre ouvre à l'étude de l'encéphalite léthargique, envisagée comme nouvelle entité nosologique dont les liens avec la grippe sont en question, et des problèmes sanitaires de la démobilisation et du rapatriement des prisonniers.

Si la Commission se perçoit comme le siège de « grandes assises scientifiques », qui doit nourrir de ses données les arènes traditionnelles de la controverse (congrès, revues, académies), son bureau permanent se montre toutefois au fil du conflit de plus en plus préoccupé d'opérationnalité. Il réclame la possibilité de susciter, sur demande d'une nation membre, des sessions extraordinaires sur des questions d'actualité. L'Italie obtient ainsi la tenue d'une telle session, en juin 1917, consacrée au problème de l'alimentation dans les armées. La session est précédée de l'envoi d'une mission d'étude « d'application pratique¹⁷ » sur la réforme alimentaire à l'œuvre dans l'armée italienne, inspirée de la mission antipaludique que les autorités françaises ont envoyée à Salonique en avril 1917. À son retour, l'enquête est poursuivie sous la forme de questionnaires auprès de toutes les armées alliées. L'intention est de produire, sur une base expérimentale, des données neuves susceptibles de donner à la Commission des ressources qui lui donnent le poids délibératif accru d'une assemblée savante. Cette revendication se fait plus précise à l'annonce de l'entrée en guerre des États-Unis dont la Commission pressent qu'elle va entraîner un nouvel équilibre des organisations de santé publique. Il convient de « provoquer des expériences comparatives » entre des solutions pratiques à des problèmes techniques « de façon à dégager celle qui, au sens absolu, se montrera la meilleure¹⁸ ». La session de 1918 met ainsi à l'ordre du jour des études expérimentales comparatives sur le terrain, relatives à la stérilisation des eaux potables, à l'hygiène des cantonnements par la lutte contre les mouches, les moustiques et les rats, ou encore à la

¹⁷ *Ibid.*, 564, CSI, « Rapport résumé sur les travaux de la troisième session plénière », mars 1918, p. 15.

¹⁸ *Ibid.*, 563, CSI, « Rapport sur les travaux de la délégation permanente de la CSI pendant le mois d'août 1917 ».

destruction des parasites. Le terrain expérimental est choisi dans la xiv^e région (Lyon), où des comparaisons sont menées, sous le regard de délégués alliés, à partir de contingents et d'installations anglais, italiens, français, belges, américains. Il en est rendu compte en août 1918 dans des réunions interalliées tenues localement, à Lyon et Annecy, plaques tournantes du rapatriement des prisonniers et du triage sanitaire qui lui est associé¹⁹. Le rapport final, rédigé en novembre 1918 par le médecin principal français Rieux, établit une comparaison des méthodes nationales et en évalue les mérites respectifs, pour en tirer des conclusions précises ; il traite par exemple de la question de l'épuration des eaux potables, départageant les procédés français par les hypochlorites – ou javellisation – et les procédés anglais, belges et américains par introduction du chlore pur²⁰. À cette date, la Commission se désigne comme « les assises de l'hygiène et de la prophylaxie appliquées », signe du chemin parcouru de l'affirmation théorique vers la pratique²¹.

D'autres scènes interalliées pour standardiser les procédures

C'est également une instance en mesure de trancher les controverses que le *War Office* anglais réclame auprès du sous-secrétariat d'État au SSM français et du ministère des Affaires étrangères italien, en octobre 1916. Le ministre de la Guerre Lloyd George demande la réunion à Paris d'une grande conférence scientifique, non plus interalliée, mais tripartite, réduite à la France, l'Italie et l'Angleterre. Le vœu anglais est de

¹⁹ *Ibid.*, 564, CSI, « Délégation permanente. Réunions de Lyon et d'Annecy, du 3 au 12 août 1918 ».

²⁰ *Ibid.*, 589, CSI, « Études comparatives sur les procédés employés dans les Armées alliées pour l'épuration des eaux potables, l'hygiène des cantonnements, la lutte contre les rats, les mouches, les moustiques et contre les parasites cutanés de l'homme et des animaux », séance de la délégation permanente du 6 novembre 1918.

²¹ *Ibid.*, 538, CSI, « Session plénière 1918 ».

mettre aux prises les « plus compétents » des chirurgiens et bactériologistes des trois pays et les résultats des « recherches scientifiques de grande importance » menées dans les armées pour étalonner les méthodes de traitement des blessures et des plaies de guerre, et trancher parmi « la grande différence d'opinion » qui s'y exprime pour aboutir à « une entente définitive » sur les principes fondamentaux, sur la base du travail des expérimentateurs²². Dans cette démarche, la préoccupation opérationnelle est première : trancher les différends, déterminer la meilleure méthode et la mettre le plus rapidement possible « à la portée des milliers de majors actuellement en service dans les hôpitaux et les unités médicales du front ». L'horizon intellectuel et la démarche sont différents de ceux que la Commission sanitaire interalliée a privilégiés. Il s'agit de disposer d'une instance dotée de capacité d'action plutôt que d'élargir le champ des études de la Commission. La méthode consiste à mener des expérimentations pratiques sur le terrain, les confronter, les évaluer par une instance experte auto-désignée, et standardiser les procédures par l'adoption d'une prescription unique et de règles de bonnes pratiques qui s'imposent à tous : un guide pour l'action plutôt qu'un cénacle savant.

Pour concurrente qu'elle soit du travail de la Commission, ainsi que l'affirme d'abord Justin Godart, l'initiative du *War Office* est finalement approuvée par la France, au prix de certains aménagements, dont le principal est l'ouverture de cette conférence tripartite à l'ensemble des nations alliées. Ainsi, plus de six mois plus tard, en mai 1917 – ce qui n'augurait pas bien de l'urgence censée en fonder les mobiles –, la « conférence des chirurgiens des pays alliés pour l'étude des plaies de guerre » se tient à Paris. C'est la première d'une série de quatre tenues jusqu'en octobre 1919, dont les comptes rendus *in extenso* sont publiés dans deux volumes des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, distribués dans toutes les formations sanitaires des armées et de l'intérieur.

²² *Ibid.*, 537, lettre de Lloyd George, secrétaire d'État à la Guerre, au SSESSM, 23 octobre 1916.

Le succès de cette première manifestation consacrée aux pratiques chirurgicales pousse en juillet 1917 le *War Office* à demander, une fois encore aux seules « grandes puissances alliées », la France et l'Italie, la tenue à brève échéance d'une conférence, médicale cette fois, sur le modèle de la précédente. Celle-ci serait dédiée aux nouvelles pathologies de guerre et à la quête de modes communs de traitement et d'évaluation des recherches bactériologiques²³. La réponse du SSM est d'abord une fin de non-recevoir. La Commission sanitaire interalliée, selon Godart, remplit déjà pleinement ce rôle. Tout au plus le *War Office* pourrait-il saisir le ministère des Affaires étrangères français d'une proposition de session extraordinaire à soumettre à la Commission sur toute question médicale nouvelle²⁴. Pour l'administration française, l'enjeu est double : que la France garde la main sur la coordination internationale en matière de santé publique, et que la vocation documentaire, plutôt que prescriptive, demeure l'objectif de toute concertation interalliée. Cinq mois plus tard, Justin Godart fait marche arrière et, se déclarant « mieux instruit du but exact d'une semblable conférence²⁵ », la concède au *War Office* tout en rassurant le ministère des Affaires étrangères : « la création ainsi que les motifs qui l'ont inspirée sont tout à l'honneur de la science française²⁶ ». L'administration française ajoute sa marque au projet britannique : l'élargissement de la conférence à tous les alliés et l'institution de sa périodicité. Les expertises sont réparties entre les organes sanitaires interalliés désormais au nombre de trois – chirurgie de guerre et médecine de guerre pour les deux conférences spécialisées, « épidémiologie internationale » pour la Commission sanitaire interalliée, mais une

²³ *Ibid.*, 589, lettre de Lord Derby, secrétaire d'État à la Guerre, au SSESSM, 25 juillet 1917.

²⁴ *Ibid.*, 589, SSESSM, lettre de J. Godart à Lord Derby, secrétaire d'État à la Guerre, 9 août 1917.

²⁵ *Ibid.*, 589, SSESSM, lettre de J. Godart à Lord Derby, secrétaire d'État à la Guerre, 19 décembre 1917.

²⁶ *Ibid.*, 589, SSESSM, lettre de J. Godart à Stephen Pichon, ministre des Affaires étrangères, 19 décembre 1917.

épidémiologie très englobante dans une commission qui reste fédératrice, puisqu'elle ne revendique rien de moins que la clinique, la prophylaxie, la thérapeutique, la bactériologie et l'hygiène²⁷. L'ensemble de ces cénacles ressemblent davantage à bien des égards aux congrès caractéristiques de l'internationalisme savant d'avant-guerre, qu'aux conférences de la diplomatie sanitaire destinées à accoucher de conventions, soulignant le mouvement d'autonomisation de l'expertise médico-militaire auquel elles prennent part.

En 1919, alors que la cessation des hostilités ne marque pas le retour au calme sanitaire, mais au contraire s'accompagne d'une crise de grande ampleur en Europe orientale, la santé publique est au cœur des enjeux de gouvernance internationale. À Paris, le comité permanent de l'OIHP entend reprendre le cours de l'activité suspendue par les hostilités et annexer le legs de la Commission. Il souligne ainsi, en juin 1919, que la garantie de la sécurité internationale à l'égard de la maladie ne réside plus ni dans les barrières contre la contagion, ni dans les concepts quaranténaires, « superstition de la science ancienne », mais dans « la santé publique intérieure de chaque unité nationale » : « les mesures sanitaires devaient être adaptées aux circonstances locales » et les expériences nationales mises en commun²⁸. Ces propos transcrivent très exactement ce qu'ont été les lignes de force du travail de la Commission interalliée, à l'épreuve de la guerre, et qui s'apparente à un régime transnational de régulation sanitaire, fondée sur des mises en commun de données scientifiquement élaborées et d'expériences partagées. La reconfiguration institutionnelle en matière de lutte contre les maladies infectieuses n'empruntera finalement pas dans les années 1920 la voie de l'OIHP, privilégiant celle de la Société des nations et faisant marquer le pas à l'influence française en matière de

²⁷ *Ibid.*, 564, CSI, « Rapport résumé sur les travaux de la troisième session plénière », mars 1918, p. 16.

²⁸ Cité dans *Les dix premières années de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève, OMS, 1958, p. 21.

santé internationale. Pour autant, l'héritage de la Commission sanitaire interalliée, dont la composante médico-militaire était dominante, devait être, par le biais de l'OIHP, converti du temps de guerre au temps de paix pour trouver, au sein de la SDN un terreau propice à son faire-valoir.