



HAL
open science

Des pèlerins et des épidémies : recomposition des flux “ dangereux ” sur la mer Rouge et le Golfe

Sylvia Chiffoleau

► **To cite this version:**

Sylvia Chiffoleau. Des pèlerins et des épidémies : recomposition des flux “ dangereux ” sur la mer Rouge et le Golfe. *Arabian Humanities*, 2016, Circulations dans la péninsule Arabique pendant la Première Guerre mondiale, 6, <10.4000/cy.3051>. <halshs-01419876>

HAL Id: halshs-01419876

<https://shs.hal.science/halshs-01419876v1>

Submitted on 20 Dec 2016

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.



HAL Authorization

Des pèlerins et des épidémies : recomposition des flux « dangereux » sur la mer Rouge et le Golfe

Résumé :

Le pèlerinage à La Mecque, considéré comme vecteur majeur d'épidémies, fait l'objet d'un contrôle sévère de la part des puissances coloniales depuis le XIX^e siècle. Mais durant la Première Guerre mondiale, il devient aussi une arme de propagande et les politiques coloniales s'en trouvent définitivement changées. Elles sont désormais moins guidées par la peur des épidémies, et visent davantage la protection des pèlerins. Il est vrai que de façon paradoxale, alors que les épidémies sévissent partout ailleurs durant le conflit, elles disparaissent ont disparu du Hedjaz. Les politiques sanitaires mises en œuvre sur le pourtour de la péninsule dans les années précédant la guerre et le système de contrôle exercé sur les pèlerins ont semble-t-il permis de circonscrire les maladies infectieuses à certains foyers. C'est dans ce contexte de changement d'échelle du risque épidémique que se recomposent après-guerre les attributions respectives et les liens entre communauté internationale, puissances coloniales et États-nations en construction.

Summary :

The pilgrimage to Mecca, considered as the main vector of epidemics, was subject to strict control by the colonial powers since the XIXth Century. But during the First World War, the pilgrimage became also a propaganda weapon, and the colonial policies changed radically. They were less guided by fear of epidemics and more geared towards the protection of pilgrims. Paradoxically, while epidemics were rampant elsewhere during the conflict, they had disappeared from the Hijâz. The health policies implemented in the Middle East and the Arabian Peninsula during the years before the war as well as on the Red Sea quarantine device against Muslim pilgrims may have permitted the anchoring of infectious diseases in circumscribed foci. It is in this context of changing scale of epidemics that the respective responsibilities and relationships between international community, colonial powers and the nascent nation-states are recomposed.

Mots-Clés

Pèlerinages, La Mecque, Irak, épidémies, empires coloniaux, système international, Première guerre mondiale, Chérif /Husayn, Ibn Sa'ûd

Keywords

Pilgrimages, Mecca, Iraq, epidemics, colonial empires, international system, World War I, Sharif /Husayn, Ibn Sa'ûd

Introduction

Au XIX^e siècle, « l'unification microbienne du monde »¹ commencée à l'époque moderne prend une ampleur sans précédent. Le choléra, sorti pour la première fois en 1826 de son foyer originel indien, revient à maintes reprises envahir le monde par vagues épidémiques successives. Ce danger partagé motive d'ailleurs les premières expériences de politique coordonnée au niveau international, lequel est encore limité à la seule Europe et à son partenaire obligé, l'Empire ottoman. C'est en effet sur le territoire de celui-ci, le plus proche de l'Europe, que se concentrent les menaces épidémiologiques, venues souvent de plus loin. Le vecteur privilégié de la diffusion des maladies infectieuses est le mouvement des hommes, surtout lorsqu'ils se déplacent en masse. Or les deux voies de circulation qui enserrent la péninsule Arabique, le Golfe et la mer Rouge, constituent un espace d'intenses circulations, formées pour beaucoup des pèlerins qui se rendent à La Mecque et, dans une moindre mesure, vers les villes saintes chiites de l'Irak. Le diagnostic de dangerosité sanitaire des pèlerinages a suscité la mise en place, sur la mer Rouge, d'un dispositif de contrôle très strict. Les mesures sont en revanche beaucoup plus souples dans le Golfe, contrôlé par les Britanniques attentifs à assurer la liberté de leur navigation commerciale. Lors de la Première Guerre mondiale, qui freine de façon drastique les flux de pèlerins, la peste et le choléra disparaissent définitivement du Hedjaz, alors même que les épidémies sévissent de façon dramatique partout ailleurs. Il s'agira ici de tenter de comprendre ce paradoxe et le lien qui s'établit entre les deux phénomènes. En prenant en considération des

¹ LE ROY LADURIE, 1973, p. 629. Argument repris et décliné par HUBER (2006) dans sa relecture des conférences sanitaires internationales de 1851 à 1994.

dimensions politiques inscrites hors du champ sanitaire, à l'échelle locale, régionale et internationale, on verra que cette disparition repose sur des causalités multiples.

Le moment où s'opère cette transformation s'inscrit dans une temporalité de la guerre qui s'étend, pour la région, de la guerre italo-turque, en 1911-1912, à la conquête saoudienne du Hedjaz, en 1925. Avant d'entrer dans cette séquence longue, qui est aussi celle au cours de laquelle se produit l'événement majeur de la disparition de l'Empire ottoman, on reviendra brièvement sur la façon dont, au XIX^e siècle, la communauté internationale naissante a façonné l'espace de circulation des pèlerins compris entre l'Égypte et la Perse, de façon à bloquer l'entrée éventuelle des épidémies en Europe. Puis on s'arrêtera sur les pèlerinages pendant la guerre mondiale et sur la façon dont ceux-ci ont induit une transformation profonde des politiques coloniales du pèlerinage, appelées à avoir à leur tour un impact sur les conditions sanitaires. On examinera enfin la façon dont, dans un contexte de reflux du risque épidémique, les ultimes tentatives d'ingérence directe des Européens se heurtent à une logique de fond de nationalisation des enjeux sanitaires et laissent place finalement à de nouvelles formes de *soft power* sous le parapluie international.

I.) Le voyage à La Mecque, mondialisé et colonisé

1.) Les politiques coloniales du pèlerinage à La Mecque

Au milieu du XIX^e siècle, l'espace de circulation des pèlerins musulmans, jusqu'alors dessiné par les voies caravanières, commence à se dilater considérablement grâce à la navigation à vapeur. À partir des années 1870, stimulé par l'ouverture du canal de Suez, l'accès maritime au pèlerinage connaît un succès grandissant, notamment parmi les musulmans d'Asie du Sud et du Sud-Est qui peuvent désormais s'affranchir des contraintes des vents de mousson et venir à La Mecque plus nombreux, plus vite et à un moindre coût.

La mobilité des pèlerins était restée jusqu'au milieu du XIX^e siècle une affaire strictement musulmane, organisée par le pouvoir ottoman pour les provinces centrales de l'islam², et par les souverains moghols et malais en Inde et en Insulinde³. Mais au moment où la navigation à vapeur augmente de façon considérable les flux de pèlerins, ceux-ci sont devenus dans leur grande majorité des

² FAROQHI, 1994 et BARBIR, 1980.

³ PEARSON, 1994 et TAGLIACOZZO, 2013.

sujets coloniaux. Les empires coloniaux s'attachent alors, avec plus ou moins de détermination et de contraintes administratives, à contrôler les mouvements du voyage à La Mecque. À travers leur gestion de ce voyage, on peut d'ailleurs observer la diversité des politiques coloniales, mais aussi certaines formes de mimétisme⁴.

Les autorités coloniales des Indes néerlandaise considèrent le séjour à La Mecque comme un facteur favorisant les révoltes dans le territoire colonial. Aussi imposent-elles dès 1825 l'acquisition d'un passeport spécial, et la nécessité, pour les candidats au voyage sacré, d'obtenir un certificat attestant qu'ils ont non seulement les moyens d'effectuer le voyage aller et retour, mais également d'entretenir décemment leur famille durant leur absence. Ces conditions de ressources obligent bien des candidats au voyage sacré à s'endetter, parfois de façon considérable⁵. Moyennant quoi, à la veille de la guerre, les pèlerins des Indes néerlandaises sont les plus nombreux à se rendre au pèlerinage.

En Algérie, les autorités coloniales font également de la détention des moyens nécessaires à la réalisation du voyage l'une des conditions d'obtention du passeport, une autre étant d'avoir un profil irréprochable au regard des exigences coloniales. Une législation très restrictive en ce sens, adoptée en 1894, s'applique également à la Tunisie. Plus encore, par crainte de voir leurs sujets musulmans influencés, durant le voyage sacré, par les discours panislamistes alors en vogue, les autorités françaises multiplient les interdictions de pèlerinage, en avançant l'argument des dangers sanitaires liés à la fréquence des épidémies dans la région⁶. Les années d'interdiction, de nombreux pèlerins se rendent malgré tout au Hedjaz en « clandestins », c'est-à-dire sans passeport et en violation de la législation, ce qui leur vaut des poursuites judiciaires au retour⁷.

De leur côté, les autorités anglo-indiennes, s'appuyant sur une déclaration de la reine Victoria de 1858 garantissant la liberté du culte et la non-ingérence des autorités coloniales dans les affaires religieuses, n'imposent aucune restriction au départ en pèlerinage. Elles redoutent en effet que toute mesure administrative, comme celle d'imposer des conditions de ressources ou même d'obliger les pèlerins

⁴ SINGARAVELOU, 2013.

⁵ TAGLIACCOZZO, 2013.

⁶ Sur la politique française du pèlerinage, voir CHANTRE 2012 et CHIFFOLEAU 2015.

⁷ THENAULT, 2012, p. 54-55.

à posséder un billet aller et retour, ne soit perçue comme une entrave à l'exercice de la religion et ne suscite des révoltes. En conséquence, beaucoup de ces pèlerins, partis sans ressources suffisantes, se retrouvent bloqués et démunis au Hedjaz. Ces « indigents » (*destitute*) doivent être rapatriés par le consulat britannique à Djedda, grâce à l'aide financière des réseaux de solidarité de musulmans indiens⁸.

Les politiques adoptées dans chaque pays et les moyens de transports mis à la disposition des pèlerins pèsent de façon différentielle sur le volume des flux de chaque « nationalité ». À la veille de la Première Guerre mondiale, les arrivées par mer à Djedda atteignent près de 100 000 pèlerins, alors que les caravanes, qui subsistent encore dans la péninsule, n'amènent plus au pèlerinage qu'environ 20 000 pèlerins venus des provinces périphériques du Hedjaz⁹.

Pèlerins débarqués à Djedda en 1913 d'après le rapport du commissaire du gouvernement de l'Algérie¹⁰.

| « Nationalité » : | |
|--------------------------------------|--------|
| Tunisiens et Algériens ¹¹ | 5459 |
| Indiens et Afghans | 12 425 |
| Boukharistes sujets russes | 7448 |
| Javanais et Malais | 34 685 |
| Persans | 3204 |
| Chinois | 9 |
| Hadramis et Mascatis | 1335 |
| Soudanais et Africains | 6698 |
| Marocains | 2659 |
| Égyptiens | 12 678 |
| Hedjazis et Yemenis | 2663 |
| Arabes de l'Irak | 758 |

⁸ Sur le pèlerinage indien, voir MISHRA, 2011 et SLIGHT, 2012.

⁹ Ces chiffres ne sont qu'indicatifs, les statistiques réalisées à l'arrivée à Djedda depuis le début des années 1870 demeurant peu précises et le nombre total des pèlerins présents à Arafat reposant sur une évaluation *de visu*. Les rapports des agents et consuls britanniques et français indiquent parfois des chiffres assez différents pour une même année.

¹⁰ Rapport du commissaire du gouvernement à bord du « Gergovia » sur le voyage à la Mecque en 1913, Archives du MAE, La Courneuve, Correspondance politique et commerciale /Turquie NS 148.

¹¹ Après une série d'interdictions, le pèlerinage des Maghrébins est autorisé cette année-là et organisé par les autorités coloniales.

| | |
|---------------------------|-------|
| Syriens | 3131 |
| Tripolitains | 29 |
| Anatolites et Rouméliotes | 3527 |
| Autres | 206 |
| Total | 96924 |

2.) Le contrôle sanitaire des flux de pèlerinage

En 1865, une terrible épidémie de choléra se répand dans le monde au retour des pèlerins de La Mecque. La rapidité et l'extension de la contagion ont été favorisées alors par les nouveaux moyens de transport, ~~le chemin de fer et surtout la navigation à vapeur~~. Lors des deux pandémies précédentes, en 1826-1836 et 1840-1855, le choléra avait pénétré en Europe par voie terrestre. Partant du Bengale, il était passé par Hérat et Mashhad, autre lieu de pèlerinage, avant de pénétrer en Russie par les territoires situés à l'est de la mer Caspienne. Mais lors de la troisième conférence sanitaire internationale, réunie à Istanbul en 1866¹², les délégués jugent qu'il « n'y a pas lieu de songer sérieusement à l'institution, dans ces pays barbares, de mesures propres à (...) arrêter l'extension du choléra »¹³. Ils s'attardent en revanche sur le cas de la péninsule Arabique, bordée de ses deux bras de mer étroits destinés à la circulation maritime, qui leur apparaît comme un terrain plus maîtrisable.

Dans leur grande majorité, les pèlerins de la Mecque, désormais désignés comme les plus importants vecteurs potentiels des épidémies, passent par la mer Rouge. Lors de la conférence de 1866, deux autres axes sont également désignés comme dangereux : le delta du Sha/t/t al-'Arab et Bassora (seul port de la Mésopotamie) et, surtout, la route reliant Téhéran à Bagdad, via Kermâncâh et le poste frontière de Khanaqîn, qui constitue alors la principale voie commerciale entre la Perse et l'Empire ottoman. Sur cette dernière, circulent notamment les flux de pèlerins chiites se rendant à Nadjaf et Karbala, et qui transportent de nombreux cadavres destinés à être enterrés à proximité des imams martyrs. On estime à 60 000 le nombre des pèlerins se rendant alors dans les villes saintes d'Irak, depuis

¹² Les deux premières conférences s'étaient réunies à Paris en 1851 et 1859.

¹³ CONFERENCE SANITAIRE INTERNATIONALE, 1866, p. 9.

la Perse surtout, et à 5 à 6000, voire 8000, le nombre de cadavres transportés chaque année¹⁴.

L'Empire ottoman avait mis en place sur la frontière turcopersane, dès les années 1840, une ligne de défense sanitaire, avec notamment des lazarets établis à Bassora et Khanaqîn. Pour renforcer ces mesures, la conférence de 1866 invite la Perse à créer sur le modèle ottoman son propre système sanitaire, qui comprendrait des stations sanitaires sur les points stratégiques, notamment les ports du Golfe, et serait piloté par un Conseil de santé mixte, comme celui dit « de Constantinople », c'est-à-dire formé de délégués persans et européens. Un Conseil de santé est bien créé à Téhéran, mais il ne se réunit que de façon sporadique, la Perse demeurant rétive à toute ingérence internationale dans ses affaires intérieures¹⁵.

En ce qui concerne la mer Rouge, les conférenciers de 1866 mettent au point, en accord avec les Ottomans, un système de défense visant les seuls pèlerins de La Mecque. À l'entrée de la mer Rouge, un lazaret est établi sur l'île de Kamarân, où tous les navires dits « à pèlerins » en provenance de l'Asie sont interceptés sur leur trajet vers Djedda, leur état sanitaire inspecté et les pèlerins éventuellement placés en quarantaine si le choléra est détecté parmi eux. Le berceau d'origine du choléra étant au Bengale, en Inde, il s'agit de tenter de bloquer l'entrée de la maladie au Hedjaz. Au terme du pèlerinage, les pèlerins qui repartent vers le nord, c'est-à-dire vers la Méditerranée, sont à leur tour contrôlés dans un lazaret situé à al-Tûr, au sud de la péninsule du Sinaï. Ce second verrou vise, au cas où le choléra aurait passé la barrière de Bâb al-Mandab au sud de la mer Rouge et se serait déclaré au Hedjaz durant les cérémonies du pèlerinage, à empêcher son extension, en Égypte d'abord, mais surtout en Europe. Les conventions sanitaires internationales adoptées à partir des années 1890 confirment ensuite le rôle prophylactique de ces deux verrous sanitaires.

Leur importance est jugée telle que les lazarets de la mer Rouge bénéficient d'un important train de modernisation à la fin du siècle. À cette époque, le retour de la peste réactive les craintes ancestrales. Lors d'une nouvelle conférence sanitaire internationale réunie en 1897 pour tenter de faire obstacle à la terrible maladie, le

¹⁴ Chiffres cités par LUIZARD, 1991, p. 163 et p. 165 et confirmés pour les années 1910 par IZZEDDINE, 1912, p. 21.

¹⁵ Archives du MAE, La Courneuve, fonds des Unions Internationales (UI), série s (police sanitaire), carton 445 : dossier « Conseil sanitaire de Téhéran et mesures sanitaires dans le Golfe persique ».

dossier du Golfe revient à l'ordre du jour. Mais le projet, proposé par la France, de fonder une station sanitaire dans la région d'Hormuz, qui serait le pendant du lazaret ottoman de Bassora et formerait ainsi le même type de dispositif à double verrou que celui établi dans la mer Rouge, est repoussé par les Britanniques qui dominent à 90 % la navigation dans ces parages¹⁶.

La menace de la peste oblige cependant à adopter des mesures concrètes dans le Golfe. En 1896, le gouvernement du shah confie au consulat général anglais de Bûshehr et à des médecins mis à disposition par le gouvernement des Indes la direction d'un service sanitaire dans les ports du Golfe, lesquels sont équipés de matériel de désinfection¹⁷. Des postes sanitaires sont également établis sur les frontières de l'Afghanistan et du Baloutchistan¹⁸. En 1904, à l'occasion d'une terrible épidémie de choléra, le Conseil de santé de Téhéran est rétabli, offrant une caution internationale au jeune service sanitaire persan. Mais dans les faits, la mainmise des Britanniques sur la sécurité sanitaire du Golfe est patente, ce qui leur permet de conserver la qualification de navires « ordinaires » à tous les bâtiments circulant sur le bras de mer, y compris ceux qui transportent des pèlerins. Toute la navigation dans le Golfe est ainsi soumise aux stipulations des conventions sanitaires internationales, bien plus libérales que le régime spécial appliqué aux pèlerins musulmans dans la mer Rouge. La conférence sanitaire internationale de Paris de 1911-1912 entérine ce dispositif en confiant aux autorités des ports de la région le soin d'appliquer la réglementation conventionnelle.

Faire des pèlerins de La Mecque un « groupe à risque » assujetti à un régime sanitaire spécial dans la mer Rouge a permis à la communauté internationale de libérer par ailleurs les flux du commerce. Durant la seconde moitié du XIXe siècle, la question sanitaire a été un enjeu majeur des relations internationales, soumise aux « grands jeux » des puissances coloniales¹⁹. La guerre va contribuer d'une part à modifier les politiques coloniales à l'égard du pèlerinage, et d'autre part à changer le sens de la relation sanitaire en l'inscrivant dans un cadre nationalisé, sous le parapluie international.

¹⁶ CLEWOW, 12 août 1916, p. 291.

¹⁷ Note sur la défense de la Perse contre la peste, 1894-1903, par le Dr Schneider, Téhéran, 30 août 1903. Centre des archives de Nantes (CADN), fonds des Unions Internationales (UI), série s (police sanitaire), carton 627.

¹⁸ Règlement des postes sanitaires des frontières de l'Afghanistan et du Beloutchistan, CADN UI/s 536.

¹⁹ CHIFFOLEAU, 2012.

II.) Le pèlerinage à La Mecque dans la guerre²⁰

1.) Le pèlerinage entravé au début du conflit

Les guerres du XIX^e siècle avaient assez peu affecté les flux du pèlerinage. Le blocus italien des côtes du Yémen, en 1911-1912, dispositif d'appoint de la conquête de la Cyrénaïque ottomane par l'Italie, donne un premier coup de semonce. S'il ne gêne pas le pèlerinage égyptien qui traverse la mer Rouge plus au nord, l'accès au lazaret de Kamarân, dans le détroit de Bâb al-Mandab, est en revanche entravé par les Italiens, ce qui entraîne une baisse des arrivées depuis l'Asie. Le chiffre des pèlerins enregistrés à Kamarân s'élève à seulement 40 274 en 1912, contre 52 000 l'année précédente²¹.

Avec la Première Guerre mondiale, la perturbation est profonde et durable. En 1914, la station de Arafat, point culminant des rituels du pèlerinage, doit avoir lieu le 28 octobre. La plupart des pèlerins venant des Indes britanniques et néerlandaises, qui ont coutume d'arriver au Hedjaz longtemps avant la date du pèlerinage, a entrepris le voyage antérieurement à la déclaration de guerre ; le premier bateau chargé de pèlerins est arrivé à Djedda, en provenance de Java, le 5 avril. Cette année-là, le chiffre des pèlerins venus des seules Indes néerlandaises dépasse les 35 000, un record dans les annales du pèlerinage. Les Égyptiens en revanche, qui ont un trajet bien plus court et qui partent peu de temps avant le début des cérémonies, ne sont que 415 à faire une demande de passeport de pèlerinage, un chiffre dix fois inférieur au nombre habituel²². La guerre, qui ne sévit pourtant alors qu'en Europe, se révèle dissuasive. De son côté, la France décrète à nouveau l'interdiction du pèlerinage.

C'est au moment même où a lieu le pèlerinage que l'Empire ottoman entre dans le conflit aux côtés des Empires centraux. Les relations diplomatiques sont aussitôt rompues avec les pays de l'Entente et les consulats européens de Djedda ferment leurs portes. Le sultan-calife lance un appel au *jihâd*, suivi seulement au Hedjaz par une poignée de pèlerins indiens²³. Les autres cherchent à quitter la région au plus vite, mais seuls 3000 des 12 000 pèlerins indiens présents parviennent à obtenir un

²⁰ L'espace où circulaient les pèlerins et cadavres chiites étant devenu la ligne de front turco-russe, ces mouvements sont interrompus durant toute la guerre.

²¹ Dépêche du consulat sur le mouvement des pèlerins à Kamaran en 1912, CADN, Hodeïda 21.

²² « Hajj report for the year 1914-15 », *Record of the Hajj*, vol. 4.

²³ Low, 2007, p. 146.

billet de retour. Les autres se voient condamnés à rester sur place et à vivre sans ressources dans un contexte difficile d'inflation et de pénurie alimentaire. Afin de leur venir en aide et prouver ainsi que le gouvernement britannique « is a true friend of the Muslims and of the Islamic faith »²⁴, le vice-roi des Indes lance une opération de sauvetage, exfiltrant avec l'aide des compagnies britanniques de navigation, protégées par la marine de guerre, les milliers de pèlerins encore présents, et promet de continuer à assurer l'approvisionnement de la province, qui dépend essentiellement de l'Inde. Les pèlerins des Indes néerlandaises, qui ont dû également être rapatriés dans des conditions difficiles, ne sont plus autorisés, à partir de l'année suivante, à se rendre en pèlerinage, jusqu'à la fin du conflit. Certains, peu nombreux, enfreindront l'interdiction, comme en témoignera la présence chaque année, entre 1916 et 1918, de quelques pèlerins des Indes néerlandaises dans les navires en partance pour le pèlerinage depuis Bombay.

Dès l'entrée en guerre de l'Empire ottoman, dans la crainte d'une attaque turque, le lazaret d'al-Tûr est évacué par son personnel et ses équipements mis à l'abri²⁵. C'est au lazaret de Suwâkîn, établi en 1902 sur les côtes soudanaises afin de contrôler les flux de cabotage du pèlerinage, que les pèlerins de retour du Hedjaz sont dirigés pour subir l'inspection sanitaire. En juin 1915, les Britanniques prennent à l'armée ottomane l'île de Kamarân, où se trouve le lazaret destiné aux provenances d'Asie. Les deux verrous sanitaires de la mer Rouge, qui servent désormais de relais pour les troupes britanniques, perdent ainsi pour un temps leur vocation à contrôler les pèlerins. Il est vrai que ceux-ci sont très peu nombreux en cette année 1915. La plupart des pays ont soit interdit le pèlerinage, comme la France, soit l'ont fortement déconseillé, comme la Grande-Bretagne qui élude une interdiction explicite en mettant en avant l'absence de transport disponible. L'Égypte, qui refuse de décréter une interdiction mais qui est confrontée à la coupure des communications, par voie de terre ou de mer, avec le Hedjaz, préconise l'ajournement, avis légitimé par une fatwa spécialement émise par le grand mufti. Ceux qui voudraient partir en dépit des dangers encourus doivent laisser en dépôt une forte somme destinée à couvrir les frais de leur rapatriement s'ils se trouvaient

²⁴ « Hajj report for the year 1914-15 », *Record of the Hajj*, vol. 4, p. 352.

²⁵ Dépêche du consulat d'Alexandrie, 12 novembre 1914, La Courneuve UI/s 439.

en difficulté au cours de leur voyage²⁶. Le dispositif est effectivement dissuasif puisqu'aucun pèlerin égyptien ne s'embarque depuis Suez, seul port autorisé. Toutefois, en décembre 1915, au terme du pèlerinage, 187 pèlerins pauvres reviennent en Égypte via Suwâkîn ; ils avaient franchi clandestinement la mer Rouge en voilier pour se rendre au Hedjaz²⁷.

Si la traversée latérale de la mer Rouge n'est plus possible, à part pour les voiliers et un vapeur italien qui assure une liaison entre Suwâkîn et Djedda, les navires continuent à y circuler du Nord au Sud, dans un sens et dans l'autre. Or, comme les bateaux dits « à pèlerins », certains d'entre eux transportent le choléra. C'est le cas du *Pei-Ho*, un navire français réquisitionné par l'État français pour transporter des troupes d'Indochine et des ouvriers indigènes depuis Saïgon. Il se présente à Suez en mai 1916 avec la maladie à bord, qui a déjà fait 12 victimes parmi ses 2500 passagers depuis que le navire a quitté son escale de Colombo. Ce type de bateau, dit « ordinaire » pour le distinguer des navires transportant des pèlerins, lesquels sont assujettis à un régime sanitaire spécial à al-/Tûr, est en principe inspecté à la station sanitaire des Sources de Moïse, près de Suez, où il peut éventuellement être astreint à quarantaine. Cela aurait dû être le cas du *Pei-Ho*, mais la station des Sources de Moïse est alors occupée par les troupes anglaises. Le navire est repoussé à al-/Tûr, où le lazaret est rouvert dans la précipitation et une équipe médicale envoyée sur place. Au terme d'une quarantaine de 25 jours, au cours de laquelle 80 nouveaux décès ont encore lieu, le navire est déclaré sain et peut reprendre la mer²⁸. D'autres transports de masse font ainsi leur apparition dans la mer Rouge lors de la guerre, et sont soumis au régime autoritaire jusque-là réservé aux pèlerins. Les *fallâ/h-s* (paysans) égyptiens employés à la construction des canalisations d'eau en Palestine sont également soumis par les Britanniques à des mesures d'épouillage de masse particulièrement sévères afin de combattre le typhus²⁹.

²⁶ Circulaire du ministère de l'Intérieur égyptien annexée à la dépêche politique du Caire du 30 juillet 1915, CADN, Maroc 676.

²⁷ *Annual Statistical Report*, Ministry of Interior, Department of Public Health, Egypt, 1915.

²⁸ Rapport du Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Égypte, PV du 2 mai 1916, La Courneuve, fonds UI/s 439.

²⁹ HARRISON, 2004, p. 154.

2.) Les pèlerinages, une arme de propagande³⁰.

L'année 1916, marquée par la révolte arabe, relance dans des conditions inédites le pèlerinage, quasi interrompu l'année précédente. Le chérif /Husayn s'engage à en garantir la sécurité, tandis que, de son côté, le gouvernement anglais décide d'aider les musulmans de ses possessions à se rendre au Hedjaz, considérant qu'il « n'est point, en effet, de meilleur moyen de propagande que de permettre à nos sujets musulmans de constater eux-mêmes et sur place la rupture qui vient de se produire entre le chérif de La Mecque et le sultan de Constantinople »³¹. Au Caire, la cérémonie de départ du *mahmal*, ce palanquin hérité d'une tradition remontant aux Mamelouks qui symbolisait la puissance politique des souverains musulmans, a lieu avec un éclat particulier, en présence du sultan d'Égypte. Les communications étant rétablies entre les deux rives de la mer Rouge, le précieux palanquin est ensuite transporté de Suez à Djedda à bord d'un bateau de guerre anglais, avec une escorte de 500 hommes ainsi que des armes destinées à l'armée chérifienne. Un millier de pèlerins égyptiens seulement est autorisé à s'embarquer pour le Hedjaz, le gouvernement égyptien ne disposant que de deux vapeurs pour assurer le transport³². L'Inde envoie de son côté un contingent de plus de deux mille pèlerins et les Africains, qui profitent pleinement de la liberté de circulation retrouvée sur la mer Rouge, constituent jusqu'à la fin de la guerre, avec les habitants de la péninsule, l'un des principaux contingents du pèlerinage.

La France n'a qu'un rôle secondaire sur le théâtre des opérations au Moyen-Orient, mais elle entreprend elle aussi de faire du pèlerinage une arme de propagande. Il s'agit en effet d'effacer la mauvaise image laissée par des années de politique d'interdiction. Outre la mission militaire envoyée au Hedjaz pour appuyer la révolte arabe³³, le gouvernement français dépêche une mission dite « politique », composée de sept notables musulmans des trois pays du Maghreb et de l'AOF. Elle est chargée de procéder à l'achat d'une hôtellerie à La Mecque, destinée à héberger à l'avenir les pèlerins maghrébins pauvres, et de convaincre le chérif des bonnes

³⁰ Le sultan Abdülhamid II avait précédemment utilisé le pèlerinage à La Mecque comme arme de propagande en faveur du panislamisme. Voir CHANTRE 2013.

³¹ Cité dans un télégramme du ministère des Affaires étrangères à divers postes, 21 juin 1916, La Courneuve, Correspondance politique et commerciale A – Guerre 1914-1918, affaires musulmanes, 1681.

³² Dépêche de l'ambassadeur de France en Égypte à MAE, 15 septembre 2015, Archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence, Arabie-Affaires politiques, C 967 d.4.

³³ BREMOND, 1931 et LE PAUTREMAT, 2006.

intentions de la France à l'égard de ses sujets musulmans. L'initiative ne plaît guère aux Britanniques qui y voient une manœuvre visant à concurrencer leur domination de plus en plus patente sur le Hedjaz³⁴. Les deux missions embarquent néanmoins à Suez à bord d'un croiseur français qui les conduit à Djedda. Elles sont dirigées par le colonel Brémond, chargé de remettre au chérif une subvention d'un million deux cent cinquante mille francs en or et des présents pour un montant de cent mille francs³⁵.

Par ailleurs, un convoi de 600 pèlerins, dûment encadrés par les autorités coloniales et protégé par des patrouilleurs français et britanniques, est envoyé du Maghreb au Hedjaz à bord d'un paquebot spécialement affrété, l'*Orénoque*. Leurs frais de pèlerinage sont pris en charge par l'enveloppe de propagande du ministère des Affaires étrangères. Au terme du pèlerinage, lors des fêtes du sacrifice à Mînâ, les troupes chérifiennes jouent la *Marseillaise*, et on crie 'Vive la France !' à La Mecque : « les temps ont bien changé », note avec satisfaction le colonel Brémond³⁶. L'opération, espèrent les autorités françaises, aura permis aux musulmans de mesurer « l'affectueuse sollicitude de la France à l'égard de l'Islam »³⁷. Elle est considérée comme un succès.

L'année suivante, puis en 1918, le même type de pèlerinage officiel est organisé par la France, réduit à quelques dizaines de participants venus du Maghreb et à une poignée de soldats « indigènes » stationnés au Moyen-Orient. Des subsides destinés au chérif, un peu moins importants qu'en 1916, sont confiés aux délégations. En 1918, l'*Orénoque*, qui transporte également des soldats et des munitions, est escorté par deux torpilleurs et précédé d'une canonnière britannique pour faire face aux risques de guerre sous-marine, devenus très élevés. Le pèlerinage français est de nouveau accueilli avec les honneurs par le chérif, mais ses effectifs apparaissent bien dérisoires en comparaison des 1450 pèlerins indiens et des 600 Égyptiens venus avec l'aide du gouvernement britannique³⁸. Dans son entreprise de propagande, la Grande-Bretagne profite pleinement de son expérience dans le domaine du transport maritime. Depuis longtemps, les compagnies

³⁴ Dossier « Hôtellerie de La Mecque », La Courneuve, CPC/Guerre-Affaires musulmanes 1710.

³⁵ BREMOND, 1931.

³⁶ Brémond à Briand, 19 octobre 1916, Archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence, Arabie-Affaires politiques, C 967 d.4.

³⁷ Cité par LE PAUTREMAT, 2006, p. 28.

³⁸ « Pèlerinage de La Mecque 1918 », rapport de M. de Mazières, commissaire du Gouvernement, CADN Maroc 204.

britanniques (comme par ailleurs les compagnies néerlandaises) ont mis leurs compétences, acquises dans les autres formes de transport de masse (travailleurs et migrants), au service du pèlerinage, offrant toutefois des conditions de confort fort médiocres³⁹. La France en revanche n'a guère investi jusqu'alors dans l'économie du pèlerinage. Le colonel Brémond comprend bien les atouts potentiels de cette migration religieuse annuelle. Il déploie, dans le cadre de sa mission, une activité qui va bien au-delà de son rôle militaire. Il entreprend par exemple de monter une bibliothèque à Djedda, « qui servirait de centre intellectuel et de moyen de propagande » pour la France coloniale⁴⁰, grâce à des ouvrages qui lui sont envoyés d'Algérie et de Tunisie. Il cherche à nouer des relations commerciales durables avec le Hedjaz, notamment autour de l'exportation des peaux issues du sacrifice de Mîna⁴¹. Sa posture volontariste est révélatrice du changement qui s'opère alors chez certains acteurs de l'administration coloniale, visant à s'appuyer sur le Hedjaz plutôt que d'en fermer la porte aux croyants des possessions françaises. Mais son enthousiasme n'est pas partagé par tous ; la France finit par reconnaître la prépondérance de la Grande-Bretagne au Hedjaz et se tourne vers ses projets d'occupation de la Syrie encouragés par les accords Sykes-Picot.

Ce reflux de l'intérêt français à l'égard du Hedjaz peut se mesurer à l'aune des difficultés rencontrées au retour du pèlerinage officiel de 1918, dont la vocation politique et diplomatique commence à s'estomper. Au terme des cérémonies, les pèlerins maghrébins se trouvent en effet immobilisés à Djedda. Ils voient leurs coreligionnaires égyptiens et indiens quitter rapidement le port, où les attendaient leurs navires, alors qu'il leur faut patienter jusqu'à l'arrivée prévue d'un courrier d'Extrême-Orient. Or celui-ci, porteur de passagers ordinaires, refuse de les embarquer en raison d'une alerte à la peste, qui l'obligerait à faire une quarantaine à al-Tûr dans le cas où il transporterait des pèlerins. Au bout de deux semaines d'attente, les pèlerins maghrébins embarquent finalement à bord du *Saint-Brieuc*, un petit bâtiment qui ne compte que quatre cabines. Les pèlerins doivent purger sept jours de quarantaine au lazaret d'al-Tûr, remis en fonction depuis 1916, mais le commissaire du gouvernement obtient que les 56 notables maghrébins de la

³⁹ MILLER, 2006.

⁴⁰ Brémond à Briand, 7 novembre 1916, La Courneuve, CPC/Guerre-Affaires musulmanes 1708.

⁴¹ La Courneuve, CPC/Guerre-Affaires musulmanes 1705 et 1706.

délégation officielle, « qu'un séjour dans les baraquements du lazaret effray(e) »⁴², restent à bord. Le *Saint-Brieuc* traverse ensuite le canal de Suez, puis stationne à Port-Saïd où son capitaine est informé qu'il doit partir assurer un ravitaillement à Beyrouth. Les pèlerins sont transbordés sur un autre bâtiment, consigné à quai pour des raisons sanitaires, dans l'attente de l'*Orénoque* qui doit leur permettre de poursuivre leur voyage. L'arrivée de celui-ci, le 2 décembre, vient mettre un terme à deux mois de tourments, supportés cependant avec patience par les pèlerins.

Après la guerre, les flux du pèlerinage repartent à la hausse, mais les politiques coloniales en sortent totalement transformées. Même si la politique française demeure malthusienne, il n'est plus question d'interdiction. Il s'agit désormais de mettre en avant la « tutelle bienveillante »⁴³ de la France qui se traduit, à la fin des années 1920, par le choix d'une organisation directe du pèlerinage par les autorités coloniales. De son côté, la Grande-Bretagne, dont la politique libérale produisait un nombre grandissant d'indigents bloqués au Hedjaz, adopte après l'expérience des pèlerinages de guerre une série de mesures de protection à l'égard des pèlerins⁴⁴. Les politiques coloniales du pèlerinage convergent vers l'exemple des Indes néerlandaises, et s'inscrivent désormais non plus dans une optique uniquement défensive, mais dans une perspective d'assistance. Le sens de la relation sanitaire s'en trouve ainsi transformé.

III.) Vers une nouvelle configuration de la relation sanitaire

1.) Un redéploiement épidémiologique

Les grands absents de ces pèlerinages de guerre sont la peste et le choléra, qui avaient pourtant sévi de façon importante à la veille de la guerre. Le pèlerinage avait été hanté par la peste de 1909 à 1911, et le choléra avait été particulièrement virulent en 1908, puis lors de son ultime apparition au Hedjaz en 1912. La seule alerte sur le pèlerinage durant les années de guerre s'est produite lorsque la présence de la peste est détectée en 1918 parmi les soldats égyptiens stationnés à al-Wajh, sur la côte arabique de la mer Rouge. Mais l'alerte est de courte durée et

⁴² Le commissaire du gouvernement pour le pèlerinage à ministre de France au Caire, 26 octobre 1918, CADN Maroc 676. Les domestiques les accompagnant sont quant à eux débarqués pour purger la quarantaine dans le lazaret.

⁴³ Rapport du commissaire du gouvernement général de l'Algérie pour le pèlerinage de 1933, 25 mai 1933, La Courneuve, Hedjaz 60.

⁴⁴ MISHRA, 2011.

aucune extension de la maladie n'a lieu dans la région. Partout ailleurs, en revanche, les épidémies font des ravages.

Alors que le pourtour de la péninsule Arabique avait été longtemps le point d'attention principal de la communauté internationale en raison de sa position intermédiaire entre l'Inde et l'Europe, l'essentiel de la menace épidémique s'est déplacé au nord. Le typhus, qui avait été redoutable durant la guerre des Balkans, revient avec violence dans la région dès 1915, et harcèle les troupes ottomanes sur le front du Caucase, en Syrie et en Mésopotamie. Mais le front du Hedjaz est uniquement touché par la malaria et la malnutrition⁴⁵. D'ailleurs, le vol des convois de ravitaillement est devenu un des enjeux de la guerre au Hedjaz⁴⁶. La région n'est pourtant pas exempte de risques sanitaires. Les troupes qui mènent la campagne britannique d'Aden sont tour à tour attaquées par la dysenterie, la fièvre récurrente et le scorbut, sans compter les maladies vénériennes⁴⁷, mais là encore ni le typhus ni le choléra ne sont signalés.

Après la Grande Guerre, les épidémies ne faiblissent pas. Outre la grippe espagnole en 1918-1919, le typhus demeure présent tout au long de la guerre de libération turque. Le choléra et surtout le typhus sévissent en Perse et sont également particulièrement meurtriers dans la Russie méridionale, d'où ils suivent les flots d'immigrés fuyant les combats de la révolution russe qui convergent vers Istanbul, puis repartent par les Détroits avec les populations grecques quittant la Turquie. La circulation des maladies s'opère désormais principalement par la mer Noire et la Caspienne, et à travers ces vastes espaces terrestres que les conférences sanitaires internationales avaient jadis renoncé à sécuriser.

La forte décrue des flux de pèlerins durant la guerre ne peut expliquer seule l'absence de ces maladies au Hedjaz. En effet, alors que les flux reprennent après-guerre, atteignant même des sommets dès 1927, ni la peste, ni le choléra n'ont plus jamais réapparu au Hedjaz. La séquence de la guerre, caractérisée par une effroyable mortalité due aux maladies dissimule un phénomène de fond tendant à une meilleure maîtrise des maladies épidémiques, qui avait commencé avant la guerre, dans les pays occidentaux mais aussi, dans une moindre mesure, au Moyen-

⁴⁵ ÖZDEMİR, 2008.

⁴⁶ Mission militaire française, compte-rendu du 7 avril au 7 mai 1918, La Courneuve CPC E- Levant (1818-1940), 45.

⁴⁷ CONNELLY, 2005, p. 86-87.

Orient. Le choléra, maladie emblématique du XIX^e siècle, avait poussé les pays européens à développer des politiques sanitaires et d'hygiène, menées selon des modalités diverses dans chacun d'eux, mais qui étaient parvenues à assainir l'environnement de façon à créer des conditions moins favorables à la diffusion des épidémies⁴⁸. Avant la guerre, la révolution bactériologique, la mise en évidence des vecteurs des maladies, notamment la puce de rat pour la peste et le poux de corps pour le typhus, puis, au moment du conflit, la généralisation de la vaccination des soldats, ont ainsi rendus médicalement possible la concentration de millions d'hommes dans les tranchées⁴⁹.

Par comparaison, la situation sanitaire des pays du Moyen-Orient apparaît bien mauvaise, voire dangereuse, aux yeux des observateurs européens. Le Hedjaz et la Mésopotamie, notamment, font figure d'espaces pathogènes. Pointés du doigt, la Perse et l'Empire ottoman font valoir qu'ils sont loin d'avoir les moyens financiers qui ont permis à l'Europe d'atteindre ce niveau de sécurité sanitaire⁵⁰. Le jugement des nations européennes à leur égard est d'ailleurs exagérément sévère. Si, pour défendre le faible espace de souveraineté qui leur reste, la Perse et l'Empire ottoman renâclent face aux « obligations sanitaires »⁵¹ que leur imposent les conférences sanitaires internationales, en refusant symboliquement de ratifier les conventions par exemple, ils se plient aux prescriptions de celles-ci et, de façon générale, n'ont cessé de chercher à se rapprocher des normes sanitaires européennes. Dès le début du XIX^e siècle, l'Égypte et l'Empire ottoman avaient mis en place des systèmes de santé inspirés du modèle européen. Ils avaient, notamment en Égypte, contribué à améliorer l'état sanitaire du pays et à infléchir la mortalité⁵². Mais c'est surtout avec les révolutions constitutionnelles, que ce soit en Perse ou en Turquie, que les gouvernements de ces deux pays ont adopté une posture hygiéniste, visant à agir sur l'environnement, par des mesures d'hygiène, de désinfection et de prophylaxie. Jusqu'alors, les systèmes défensifs basés sur la quarantaine, considérés comme la « microbiologie du pauvre »⁵³, leur était apparu comme la solution la plus réaliste.

⁴⁸ BALDWIN, 2005.

⁴⁹ MCNEILL, 1998, p. 289.

⁵⁰ Voir notamment l'intervention du délégué perse lors de la conférence de 1894. Conférence sanitaire internationale de 1894, p. 165.

⁵¹ Selon l'expression de Camille Barrère, Conférence sanitaire internationale de 1897, p. 192.

⁵² PANZAC, 1982.

⁵³ MIZRAHI, 2003, p. 230.

Désormais, ils sont convertis au volontarisme sanitaire et à la nécessité d'y consacrer des moyens suffisants.

En 1911, l'Administration sanitaire ottomane passe du ministère des Affaires étrangères à celui de l'Intérieur et se voit doté de moyens propres pour promouvoir une réforme sanitaire dans l'empire et améliorer les équipements existants. L'itinéraire professionnel de Qâsim 'Izz al-Dîn (Cassim Izzedine dans les sources en français), devenu Inspecteur général de l'Administration sanitaire ottomane et délégué de l'empire à la conférence sanitaire de 1912, est caractéristique de ce changement d'optique, qui ne consiste pas pour autant à adopter aveuglément les normes européennes, comme en témoignent les divergences qui l'oppose au Dr. Clemow, délégué britannique au Conseil de santé de Constantinople⁵⁴. Qâsim 'Izz al-Dîn est sans doute, comme bien d'autres acteurs de la modernisation ottomane de cette époque, un homme « écartelé entre plusieurs mondes, plusieurs statuts qu'il cherche à articuler au fil d'une même carrière »⁵⁵. D'abord médecin sanitaire ottoman, successivement en poste à Djedda, à La Mecque et à Bagdad, il multiplie les missions de terrain sur les lieux les plus sensibles du point de vue sanitaire. Il promeut la réforme sanitaire au Hedjaz⁵⁶, une priorité à ses yeux, et avance des propositions pour sécuriser l'entrée de Bassora et les flux du pèlerinage chiite à la frontière turcopersane⁵⁷. L'activisme de 'Izz al-Dîn se heurte certes souvent à la pénurie financière du gouvernement jeune-turc, et bientôt à la guerre, mais les mesures sanitaires adoptées à la veille de celle-ci sont d'une ampleur sans doute sans précédent dans l'Empire ottoman.

Durant la même période, la Perse qui, en dépit de la présence ancienne sur son sol de médecins européens, avait préservé une personnalité médicale fortement attachée à sa propre tradition⁵⁸, accélère sa conversion aux normes sanitaires dominantes de l'époque⁵⁹. En 1911, le Conseil sanitaire de Téhéran, rétabli depuis 1904, est doté pour la première fois d'un budget, ce qui lui permet de devenir un organe exécutif, et non plus seulement consultatif. Il s'attache en premier lieu à équiper la frontière nord de la Perse de stations sanitaires pourvues d'étuves pour la

⁵⁴ BULMUS, 2012, p. 152-176.

⁵⁵ BOUQUET, 2014, p. 71.

⁵⁶ IZZEDDINE, 1913.

⁵⁷ IZZEDDINE, 1912.

⁵⁸ EBRAHIMNEJAD, 2004.

⁵⁹ Sur la conversion de la Perse aux valeurs scientifiques modernes, voir SCHAYEGH, 2009.

désinfection des effets et bagages des voyageurs, et de compléter la protection des ports du Golfe avec l'aide de la nouvelle Administration des Douanes. Le transport des cadavres est soumis à une taxe de façon à financer les équipements sanitaires sur la route Téhéran-Bagdad⁶⁰. L'existence même de ce trafic ne fait d'ailleurs plus l'unanimité. Un ouléma réformiste d'Irak, soutenu par une bonne partie de ses pairs, va jusqu'à proposer, au début des années 1910, l'interdiction pure et simple du transport des morts. Les conservateurs sortent vainqueur de la polémique par voie de presse qui s'ensuit, mais l'épisode révèle la façon dont les valeurs traditionnelles sont travaillées par la modernité⁶¹.

Toutes ces initiatives s'insèrent dans un contexte pathologique relativement apaisé. Même si les crises épidémiques sont encore bien présentes et meurtrières, comme la peste au Sistan en 1906 ou l'ultime épidémie de choléra au Hedjaz en 1912, les foyers sont désormais plus circonscrits. L'extension des maladies peut être contenue grâce à des mesures bien rôdées, qui suscitent il est vrai encore des bouffées de révolte de la part des populations, comme ce fut le cas en 1906 au Sistan où les habitants de Nasirabad brûlèrent l'hôpital provisoire et s'en prirent aux membres de la commission sanitaire chargée de mettre en application les mesures de quarantaine, des Européens pour la plupart⁶². Même la terrible épidémie de peste en Inde au tournant du siècle, qui fait douze millions de morts en quelques années, n'a plus de commune mesure avec la mortalité qui sévissait dans l'Occident médiéval et moderne⁶³. En 1897-1898, au pic de l'épidémie indienne, Bombay, une grande ville aux conditions sanitaires particulièrement peu favorables, a enregistré une mortalité de 8 %, alors que Londres avait perdu 16 % de sa population lors de l'épidémie de peste de 1665, et Marseille 40 % de ses habitants en 1720. La guerre a momentanément brouillé ce nouveau profil pathologique, en apportant de nouvelles vagues meurtrières, mais une fois que celles-ci ont reflué, il apparaît de nouveau évident que les épidémies ont changé d'échelle.

2.) Les structures de soins : un vecteur d'influence

⁶⁰ Procès-verbaux des réunions du Conseil de santé de Téhéran pour les années 1909 à 1911, La Courneuve, fonds UI/s 445.

⁶¹ MERVIN, 2000, p. 233-236.

⁶² MOLITOR, 2003.

⁶³ AUDOUIN-ROUZEAU, 2003, p. 156-157.

La convergence des méthodes de lutte contre les épidémies et de promotion de la santé, acquise dès avant la guerre, ne fait cependant pas d'emblée disparaître la méfiance des Européens à l'égard des services de santé des pays de la péninsule Arabique et de son pourtour. Il est vrai que ceux-ci demeurent entravés par le manque de moyens financiers et de personnel. Aussi les puissances européennes rivalisent-elles durant la guerre pour proposer au Hedjaz des structures sanitaires visant à pallier les déficiences locales et qui leur offriraient un vecteur d'ingérence commode et peu contestable.

Depuis que les puissances coloniales ont pris part à l'organisation du voyage sacré de leurs sujets musulmans, elles ont fait de la protection sanitaire des pèlerins un moyen qui leur permet d'avoir un œil sur ce qui se passe dans le territoire sacré de l'islam. Dès la fin des années 1870, le vice-consul britannique en poste à Djedda est un médecin indien, appelé tout autant à informer les autorités britanniques sur les rouages politiques de la province qu'à venir en aide à ses coreligionnaires⁶⁴. De façon plus épisodique, la France fait accompagner les pèlerins du Maghreb par un médecin musulman⁶⁵. Les circonstances particulières de la guerre offrent aux puissances européennes l'occasion de pousser leur avantage, et de poser des jalons pour s'implanter plus fermement dans le territoire sacré, au nom de la protection sanitaire des pèlerins.

Le vice-consulat britannique de Djedda fonctionne à l'année comme dispensaire, mais au moment du pèlerinage, les besoins sont décuplés. Depuis la réforme sanitaire engagée dans la province par Qâsim 'Izz al-Dîn, Djedda est dotée, lors du pèlerinage, d'un hôpital démontable de 100 lits pour les maladies infectieuses. En dépit de ces améliorations, la mortalité est particulièrement importante parmi les pèlerins indiens en 1910. Aussi la Grande-Bretagne envisage-t-elle d'implanter un hôpital à Djedda, projet qui rencontre un fort soutien de l'opinion en Inde⁶⁶. Dès la reprise du pèlerinage, en 1916, la Grande-Bretagne transporte à Djedda de quoi monter dans le consulat une salle de visite et d'opération dotée d'un important matériel. L'Italie, dernière arrivée parmi les puissances musulmanes, confie à son consul le soin de louer une maison pour y installer une infirmerie et un

⁶⁴ ROFF, 1982.

⁶⁵ ESCANDE, 1993.

⁶⁶ Consul général de France aux Indes à Poincarré, 17 juillet 1912, La Courneuve, CPC/Arabie-Hedjaz NS 148.

dispensaire. Brémond, de son côté, fait installer une salle de visite rudimentaire dans le consulat de France et, jugeant que « l'influence d'un dispensaire est très importante », il demande l'autorisation de louer une maison pour en installer un⁶⁷. Mais c'est finalement l'achat d'une hôtellerie que va privilégier la France.

Après la guerre, les puissances européennes tentent de pérenniser ces structures afin de fixer des points d'ancrages au Hedjaz. Mais le nouveau roi y voit une atteinte à sa souveraineté - de la même manière que l'entrisme dans les affaires du pèlerinage et dans celles du Hedjaz que pratiquaient avec constance depuis la fin des années 1860 les puissances européennes au nom de l'argument sanitaire avait soulevé la réticence du pouvoir ottoman. Acte hautement symbolique, le gouvernement jeune-turc avait d'ailleurs supprimé, en septembre 1914, le Conseil sanitaire mixte de Constantinople, qui depuis 1838 supervisait les affaires sanitaires ottomanes. En faisant du Hedjaz un royaume indépendant, /Husayn reprend la lourde responsabilité de l'organisation et de la sécurité interne du pèlerinage. Mais la quarantaine qu'il établit à Abû Sa'd, une île au large de Djedda, en remplacement du lazaret de Kamarân occupé par les troupes britanniques, est jugé par les Anglais comme une « farce »⁶⁸. Et dès l'année 1920, les consuls étrangers s'insurgent dans leurs rapports contre la dégradation de la situation au Hedjaz, tant du point de vue sanitaire que de la sécurité, les pèlerins étant victime de multiples attaques de la part des bédouins.

Les déficiences du pouvoir hachémite apparaissent d'autant plus graves que le devoir de protection des pèlerins est désormais au fondement des politiques coloniales du pèlerinage. Aussi, en 1921, le gouvernement des Indes britanniques installe-t-il à Djedda un dispensaire provisoire de 500 lits, animé par une équipe médicale et d'auxiliaires de 46 personnes. Mais le roi, froissé de cette initiative, ordonne le démontage de l'ensemble⁶⁹. En 1923, redoutant la survenue d'une épidémie à l'heure où la peste rôde de nouveau dans la région, le gouvernement égyptien décide d'installer également deux dispensaires, à Djedda et à Médine. Le roi fait aussitôt saisir le matériel et les médicaments, et place l'équipe médicale sous surveillance policière, ce qui provoque une crise politique majeure entre les deux

⁶⁷ De France, ministre de France en Égypte à MAE, 12 décembre 1916, La Courneuve, CPC-Turquie NS 148

⁶⁸ « Report on mission, Djedda 1918 », *Report of the Hajj*, vol 9.

⁶⁹ Rapport de Hassan Daouadj, envoyé de la République, 5 septembre 1921, CADN, Maroc 676.

pays⁷⁰. L'argument de la mauvaise gestion du pèlerinage par /Husayn est finalement mobilisé par Abd al-'Azîz b. Sa'ûd pour légitimer sa conquête du Hedjaz.

3.) La nationalisation des systèmes sanitaires sous le parapluie international

Après une ultime confrontation armée en 1925, qui entrave à nouveau le pèlerinage en ne laissant passer qu'un nombre réduit de pèlerins par le port de Râbigh - celui de Djedda, occupé par ce qui reste des troupes hachémites, étant alors assiégé -, l'ordre wahhabite s'établit sur le Hedjaz. Or, contrairement à /Husayn, 'Abd al-'Azîz b. Sa'ûd voit tous les avantages d'une pacification du pèlerinage qui attirerait un nombre toujours croissant de pèlerins, indispensables à l'économie du pays. Par ailleurs, en améliorant les conditions au Hedjaz, notamment dans le domaine sanitaire, il donne des gages à la communauté internationale, et ce faisant, à la préservation de sa souveraineté. Ibn Sa'ûd inscrit de fait son action dans le contexte profondément renouvelé des relations internationales autour des questions de santé, préparé avant la guerre mais qui s'établit au terme de celle-ci, dans le sillage du grand remuement géopolitique de la région.

En 1907, avait été fondé à Paris un Office international d'hygiène publique (OIHP), première institution sanitaire internationale pérenne, dotée d'un budget rassemblé en commun par ses membres. L'une de ses fonctions principales était de recueillir l'information sanitaire partout dans le monde. L'élargissement des compétences de l'OIHP permettait de casser l'obsession européenne à l'égard des dangers sanitaires associés au Moyen-Orient et à la péninsule Arabique, et singulièrement à l'égard du pèlerinage. Après la guerre, la Société des Nations créa à son tour une Organisation d'Hygiène, vouée d'abord à la lutte contre les épidémies qui ravagent l'Europe. La nouvelle configuration institutionnelle de la santé publique internationale repose par ailleurs sur un principe intellectuel nouveau, qui donne la responsabilité à chaque nation de faire en sorte que les foyers de maladies infectieuses, qui apparaissent encore çà et là, ne dégénèrent pas en épidémie. La lutte contre les maladies épidémiques doit se faire désormais grâce à la bonne organisation des services sanitaires *intérieurs* de chaque pays, « si bien que le pays qui se défend lui-même défend également tous les autres, beaucoup plus

⁷⁰ Rapport du consul de France à Djeddah, 11 octobre 1923, CADN, Maroc 678.

efficacement que ne peuvent le faire toutes les mesures restrictives aux frontières de terre ou de mer »⁷¹.

Au lendemain de la Grande Guerre, l'ingérence internationale directe, qui avait produit le système en vigueur dans la mer Rouge, devient obsolète. Elle est remplacée par une volonté plus diffuse d'agir grâce à l'influence scientifique, appuyée par des technologies éventuellement à vendre. Dans les pays sous contrôle colonial, et parmi eux les mandats nés sur les décombres de l'Empire ottoman, il n'est plus question de privilégier les seules populations européennes dans les politiques sanitaires. Les statistiques publiées désormais par la Société des Nations, qui fait de la santé un indice comparatif de développement, renvoient les autorités mandataires à leur responsabilité à l'égard des populations colonisées⁷². Avant même la fin du conflit, en 1918, la Grande-Bretagne projette de créer un ministère de l'Hygiène en Égypte, qui deviendrait ainsi « l'initiatrice d'une grande réforme sanitaire »⁷³. Les projets concrets ne prendront toutefois de réelle ampleur qu'après le premier traité d'indépendance, en 1922. Le Conseil sanitaire de Téhéran, qui était placé sous la direction d'un Persan depuis 1914, est absorbé en 1921 par le nouveau ministère de la Santé, créé dans un contexte de reflux de la mainmise britannique. En Mésopotamie, où les troupes britanniques avaient été fort malmenées par les maladies durant le conflit, le nouveau pouvoir mandataire établit un service sanitaire, en s'appuyant sur les médecins locaux formés à l'époque ottomane qui reprendront le flambeau à l'indépendance, en 1930⁷⁴. La France fait de même en Syrie et au Liban. Pour valoriser leur action en matière sanitaire, les nouveaux pouvoirs mandataires se plaisent à accuser, en l'exagérant, l'incurie dont avait fait preuve l'Empire ottoman. Pourtant, lors de l'occupation alliée d'Istanbul, les services de santé ottomans ont continué à fonctionner avec le personnel national, sous contrôle allié mais « en toute affectueuse collaboration »⁷⁵. Ce trait affectif semble révéler qu'au-delà des querelles de souveraineté se sont construites au cours des décennies précédentes des normes et des valeurs partagées. Dans ce

⁷¹ Intervention de Rocco Santoliquido, président du comité permanent de l'OIHP, PV de la conférence de 1911-1912, p. 31.

⁷² HARRISON, 2004, p. 145.

⁷³ Lettre de Balfour au président du conseil des ministres, 19 juillet 1918, Archives nationales égyptiennes, Santé b : 2/2.

⁷⁴ Al-DEWASHI, 2008.

⁷⁵ DEJOUANY et BELBEZE, 1925, p. 58.

contexte nouveau où les enjeux de santé sont nationalisés, que ce soit dans le cadre mandataire, en Arabie Saoudite nouvellement créée, ou dans les états qui accèdent alors à l'indépendance, l'Irak et l'Égypte, le niveau international, désormais incarné par des institutions pérennes, ne joue plus qu'un rôle de coordinateur.

Durant toute la seconde moitié du XIX^e siècle, l'espace situé entre l'Égypte et la Perse, avec le Hedjaz comme pivot des circulations des pèlerins musulmans, a été le point de fixation de la communauté internationale naissante, obsédée par la nécessité d'y bloquer les épidémies et d'empêcher ainsi leur passage en Europe. Pour autant, l'ensemble de cet espace n'est pas soumis aux mêmes mesures de protection. La question des pèlerinages chiites, considérée comme une affaire interne entre l'Empire ottoman et la Perse, et en dépit de la répugnance que provoque le transport des cadavres, n'a jamais donné lieu à des injonctions internationales. La présence quasi monopolistique de la navigation britannique dans le Golfe arabo-persique a poussé d'autre part l'Angleterre à décourager toute initiative internationale visant à établir des stations sanitaires dans le Golfe, qui risqueraient d'entraver la navigation commerciale. Seuls les flux du pèlerinage à La Mecque ont été soumis à un dispositif quarantenaire enserrant la mer Rouge. Durant la Première Guerre mondiale, la menace épidémique devient globale et suit tous les déplacements de masse que le conflit suscite ; le pèlerinage à La Mecque perd son caractère d'exclusivité épidémiologique.

Par ailleurs, l'expérience des pèlerinages de guerre, utilisés comme arme de propagande par les empires coloniaux, permet d'infléchir les politiques suivies jusqu'alors dans un sens moins défensif et plus orienté vers la protection des individus. C'est également le souci d'apporter plus de sécurité sanitaire à leur population qui motive la Perse et l'Empire ottoman à entreprendre des politiques de santé d'une relative envergure à la veille de la guerre. C'est d'ailleurs sans doute autant à ces politiques hygiénistes qu'à la présence du dispositif quarantenaire que l'on doit, sinon la disparition, du moins la fixation des maladies infectieuses dans des foyers circonscrits. Après la vague meurtrière de la guerre, ce changement de nature du danger épidémique se confirme. C'est d'ailleurs désormais à la responsabilité de chaque pays qu'est confiée, sous la houlette de la législation internationale, la défense sanitaire de son propre territoire. Un tel système rend vite obsolète

l'existence du dispositif défensif dans la mer Rouge. Dès la fin des années 1920, avec la généralisation de la vaccination avant le départ des pèlerins, le lazaret de Kamarân ne fonctionne plus que comme une station sanitaire ordinaire et n'enferme plus les pèlerins. Le système subsiste pourtant jusqu'après la Seconde Guerre mondiale, témoignant de la puissance des peurs longtemps attachées au pèlerinage à La Mecque comme vecteur d'épidémies.

Bibliographie

AL-DIWASHI O. A., *The Professionalization of the Iraqi Medical Doctor in Britain : Medicine, Citizenship, Sovereignty and Empire*, PHD en anthropologie, Harvard University, mai 2008.

AUDOUIN-ROUZEAU F., *Les chemins de la peste. Le rat, la puce et l'homme*, Presses universitaires de Rennes, 2003.

BALDWIN P., *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge University Press, 2005.

BARBIR K., *Ottoman Rule in Damascus, 1708-1758*, Princeton University Press, 1980.

BOUQUET O., « Faut-il encore parler de modernisation ottomane? », AYMES M., GOURISSE B., MASSICARD E. (dir.), *L'art de l'État en Turquie. Arrangements de l'action publique de la fin de l'Empire ottoman à nos jours*, Paris, Karthala, 2014.

BREMOND E., *Le Hedjaz dans la guerre mondiale*, Paris, Payot, 1931.

BULMUS B., *Plague, Quarantines and Geopolitics in the Ottoman Empire*, Edinburgh University Press, 2012.

CHANTRE L., *Le pèlerinage à La Mecque à l'époque coloniale (v. 1866-1940) : France, Grande-Bretagne, Italie*, Thèse de doctorat, Université de Poitiers, 2012.

CHANTRE L., « Entre pandémie et panislamisme. L'imaginaire colonial du pèlerinage à La Mecque (1866-1914), ASSR n° 163, 2013, p. 163-190.

CHIFFOLEAU S., *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Presses universitaires de Rennes/Ifpo, 2012.

CHIFFOLEAU S., *Le voyage à La Mecque. Un pèlerinage mondial en terre d'islam*, Paris, Belin, 2015.

CLEMON F.G., « The shiah pilgrimage and the sanitary defences of Mesopotamia and the turco-persian frontier », paru en quatre parties dans les numéros de *The Lancet* d'août et septembre 1916.

CONFERENCE SANITAIRE INTERNATIONALE, *Rapport sur les mesures à prendre en Orient pour prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe*, Constantinople, Imprimerie du Levant, 1866.

CONNELLY M., « The British Campaign in Aden, 1914-1918 », *Journal of the Centre for First World War Studies*, 2 :1, 2005, p. 65-96.

DEJOUANY A. et BELBEZE L., *Les Alliés à Constantinople. Le service de santé du corps d'occupation français. Son œuvre militaire, médicale et sociale*, Paris, PUF, 1925.

EBRAHIMNEJAD H., *Medicine, public health, and the Qājār state: patterns of medical modernization in nineteenth-century Iran*, Leiden, The Netherlands; Boston, USA, Brill, 2004.

ESCANDE L., « Le gouvernement général de l'Algérie face au pèlerinage à La Mecque (1870-1940) », *Ultramarine* n° 7, juin 1993, p. 3-10.

FAROQHI S., *Pilgrims and Sultans : the Hajj Under the Ottomans*, London, I.B. Tauris, 1994.

HARRISON M., *Disease and the Modern World, 1500 to the Present Day*, London, Polity Press, 2004.

HUBER, Valeska. « The unification of the globe by disease ? The international sanitary conferences on cholera, 1851–1894 », *The Historical Journal* 49 :02, 2006, p. 453-476.

IZZEDDINE C., *Le pèlerinage chiite et l'hygiène*, Paris, Maloine, 1912.

IZZEDDINE C., *Organisation et réformes sanitaires au Hedjaz et le pèlerinage de 1329 (1911-12)*, Constantinople, Imp. Zellich, 1913.

LE ROY LADURIE E., « Un concept : l'unification microbienne du monde (XIV^e-XVII^e siècles) », *Revue suisse d'histoire*, 1973, n° 23, p. 627-696.

LE PAUTREMAT P., « La mission du lieutenant-colonel Brémont au Hedjaz, 1916-1917 », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 2006/1, n° 221, p. 17-31.

- LOW M.-C., *Empire of the Hajj : Pilgrims, Plagues and Pan-Islam under British Surveillance, 1865-1926*, Thesis for the Degree of Master of Arts, Georgia State University, 2007.
- LUIZARD P.J., *La formation de l'Irak contemporain*, Paris, Éditions du CNRS, 1991.
- MCNEILL W.H., *Plagues and Peoples*, New York, Anchor Press 1998.
- MERVIN S., *Un réformisme chiite. Ulémas et lettrés du Gabal 'Âmil (actuel Liban-Sud) de la fin de l'Empire ottoman à l'indépendance du Liban*, Paris-Beyrouth, Karthala-CERMOC, 2000.
- MILLER M. B., « Pilgrims' Progress: The Business of the Hajj », *Past & Present*, n° 191, mai 2066, p. 189-228.
- MISHRA S., *Pilgrimage, Politics, and Pestilence. The Haj from the Indian Subcontinent, 1860-1920*, Oxford University Press, 2011.
- MIZRAHI, J.-D., « Politique sanitaire et impérialisme à l'heure de la révolution pastorienne : le Conseil sanitaire de Constantinople, 1838-1923 », ARBID W. *et alii.* (dir.), *Méditerranée, Moyen-Orient : deux siècles de relations internationales*, Istanbul, IFEA, 2003, p. 221-242.
- MOLITOR L., « La peste au Sistan persan en 1905-1906 », 'Mais comment peut-on être Persan ?' *Éléments iraniens en Orient et en Occident*, Liber Amicorum Annette Donckier de Donceel, Louvain, Peeters, 2003, p. 87-104.
- ÖZDEMİR H., *The Ottoman Army, 1914-1918. Disease and Death on the Battlefield*, The University of Utah Press, 2008.
- PANZAC D., « Endémies, épidémies et population en Égypte au XIX^e siècle », *L'Égypte au XX^e siècle*, GREPO, Éditions du CNRS, Paris, 1982, p. 83-100.
- PEARSON M., *Pious Passengers. The Hajj in Earlier Times*, New Delhi, Sterling Publishers Private Ltd, 1994.
- Records of the Hajj. A Documentary History of the Pilgrimage to Mecca*, vol. 4, 5 et 9, Archives Editions, 1993.
- ROFF W. « Sanitation and Security. The Imperial Powers and the Nineteenth Century Hajj », *Arabian Studies*, n°6, 1982, p. 143-160.
- SCHAYEGH C., *Who is Knowledgeable Is Strong : Science, Class and the Formation of Modern Iranian Society, 1900-1950*, University of California Press, 2009.
- SINGARAVELOU P. (dir.), *Les empires coloniaux, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Points, 2013.

SLIGHT J., « The Hajj and the Raj. From Thomas Cook to Bombay's Protector of Pilgrims », PORTER V. et SAIF L., *Hajj : Collected Essays*, British Museum Research Publication 193, 2013, p. 115-121.

THENAULT S., *Violence ordinaire dans l'Algérie coloniale. Camps, internements, assignations à résidence*, Paris, Odile Jacob, 2012.

TAGLIACOZZO E., *The Longest Journey. Southeast Asians and the Pilgrimage to Mecca*, Oxford University Press, 2013.