



HAL
open science

Les ‘servitudes sanitaires’ : comment l’Europe a mobilisé l’Empire ottoman pour se protéger des épidémies

Sylvia Chiffolleau

► To cite this version:

Sylvia Chiffolleau. Les ‘servitudes sanitaires’ : comment l’Europe a mobilisé l’Empire ottoman pour se protéger des épidémies. Les dossiers de l’IFEA, 2021, 10.4000/books.ifeagd.3664 . halshs-03505295

HAL Id: halshs-03505295

<https://shs.hal.science/halshs-03505295>

Submitted on 2 Jan 2022

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.

Les 'servitudes sanitaires' : comment l'Europe a mobilisé l'Empire ottoman pour se protéger des épidémies.

Le 23 juillet 1851 s'ouvre à Paris la première conférence sanitaire internationale. Cette rencontre inédite marque le lancement d'un internationalisme essentiellement limité alors aux principaux pays d'Europe. Onze d'entre eux, qui ont des intérêts commerciaux en Méditerranée, ainsi que l'Empire ottoman, ont répondu à l'invitation de la France. Après l'offensive traumatisante du choléra qui est venu rappeler à l'Europe, en 1831, qu'elle n'était pas à l'abri du risque épidémique, il s'agit de s'atteler à une réflexion commune, en croisant diplomatie et science, afin de parvenir à lutter efficacement contre les épidémies. C'est la première fois que l'on se réunit autour d'une table de négociations internationales pour traiter d'autre chose que du règlement d'un conflit armé.

Les pays européens ne parviennent toutefois pas à élaborer au cours de cette rencontre, ni durant les suivantes¹, une politique commune qui s'appliquerait à leurs propres territoires. Mais ils se mettent en revanche d'accord pour désigner l'Empire ottoman tout à la fois comme le lieu principal de la menace, en raison de sa proximité avec l'Europe, et comme une solution possible pour bloquer les épidémies avant qu'elles ne déferlent sur l'Europe. La construction, dans le cadre nouveau des conférences, de cette « question sanitaire d'Orient » va entraîner une ingérence européenne de plusieurs décennies dans les questions sanitaires de l'Empire ottoman. C'est cette emprise, ses modalités, et les résistances opposées par l'Empire ottoman qu'aborde cette contribution.

I- La question sanitaire d'Orient

La peste, après avoir en vagues successives ravagé le monde durant des siècles, avait disparu d'Europe depuis son ultime incursion à Marseille et en Provence en 1720. Elle continuait toutefois à sévir de façon très meurtrière dans l'Empire ottoman et en Égypte² ; c'est ainsi que l'armée de Bonaparte s'était heurtée à sa cruelle réalité durant l'Expédition d'Égypte. Afin d'éviter que la peste encore présente sur la rive orientale de la Méditerranée ne revienne hanter la vieille Europe, celle-ci s'en protégeait grâce à un système empirique de quarantaines mis en place depuis le Moyen Âge dans les ports accueillant les navires en provenance d'Orient. Hommes et marchandises étaient isolés le temps supposé nécessaire pour qu'ils ne répandent pas la maladie. Le système reposait sur l'intuition de la nature contagieuse de la peste, nullement prouvée alors.

L'arrivée du choléra au début des années 1830 relance l'actualité des épidémies et la nécessité de s'en protéger. Toutefois, l'antique système des quarantaines se trouve désormais très critiqué. Il entrave en effet les flux commerciaux, en plein développement depuis la fin des guerres napoléoniennes et l'apparition de la propulsion à vapeur. Dans les milieux économiques et politiques européens, se fait jour un mouvement qui va devenir de plus en plus influent et qui vise à diminuer les temps de quarantaine dans les ports européens afin de maximiser les profits du commerce international.

C'est précisément à ce moment-là que l'Empire ottoman, suivant l'exemple donné quelques années auparavant par le vice-roi d'Égypte Muhammad Ali, entreprend d'établir sur ses littoraux une barrière de défense contre les épidémies. Jusqu'alors les épidémies n'avaient pas suscité de politique spécifique dans la région, ce qui inspirait aux Européens un jugement sévère à l'égard du supposé fatalisme des musulmans. En

¹ Quatorze conférences sanitaires internationales ont eu lieu de 1851 à 1938, dans différentes capitales européennes ainsi qu'à Istanbul en 1866 et à Washington en 1881.

² D. Panzac, *La peste dans l'Empire ottoman, 1700-1850*, Leuven, Peeters, 1985.

mars 1838, dans le contexte des Tanzimât, le grand divan décide la création d'un système quarantenaire, inspiré de l'antique méthode européenne. Dès l'année suivante, un dispositif constitué de quelques lazarets principaux et d'une série de postes sanitaires secondaires est établi le long des côtes de l'Adriatique et sur la rive orientale de la Méditerranée. L'ensemble est géré par une institution créée *ad hoc*, le Conseil supérieur de santé de l'Empire ottoman, plus connu sous le nom de Conseil de santé de Constantinople. Tout comme son pendant fondé en 1831 à Alexandrie par Muhammad Ali, ce conseil est formé en partie d'étrangers, des médecins résidant dans l'Empire ottoman ainsi que les consuls des neuf puissances européennes représentées alors à Istanbul. Leur participation est rendue nécessaire par les dispositions des Capitulations en vigueur en Égypte et dans l'Empire ottoman. Les conseils sanitaires nouvellement établis doivent en effet avoir recours à un droit de taxation pour assurer leurs propres dépenses et les frais de l'organisation du service quarantenaire, et se garantir un droit de visite à bord des navires étrangers de façon à surveiller l'exécution des règlements qu'ils sont chargés d'édicter. Même si l'expertise européenne a largement été mobilisée par l'Égypte et l'Empire ottoman pour mettre en place les modalités pratiques de ce dispositif de protection contre les épidémies, il est né en dehors de toute injonction extérieure, sur la base de la seule volonté politique de Mohammed Ali et du sultan Mahmoud II.

Si la France a été à l'initiative de la première conférence sanitaire internationale de 1851, c'est aussi parce qu'elle est très active dans le champ des travaux scientifiques sur la peste d'Orient et le choléra. De nombreux médecins français sont établis en Égypte et dans l'Empire ottoman, auxquels viennent d'ajouter, à partir de 1847, des médecins sanitaires d'Orient, officiellement établis par la France dans les principaux ports et villes du Levant (Istanbul, Alexandrie, Le Caire, Beyrouth, Smyrne et Damas) pour contribuer à la surveillance sanitaire de la région. Ce faisant, la France initie un principe appelé à s'affirmer et qui vise à « transporter sur la rive orientale, c'est-à-dire au point de départ, les précautions qu'autrefois on ne prenait qu'à l'arrivée »³.

Cette nébuleuse médicale, dont les travaux sont relayés en France par l'Académie de médecine, confirme une géographie du risque épidémique qui désigne prioritairement l'Égypte et Istanbul comme foyers de peste⁴ puis de choléra. Elle s'inscrit également dans un courant qui remet désormais en question la vieille intuition de la contagiosité des maladies épidémiques pour défendre une posture dite anticontagionniste, laquelle incrimine plutôt les milieux malsains comme terreau favorable au développement spontané des épidémies. Les intérêts commerciaux et les orientations scientifiques majoritaires⁵ convergent désormais, ce qui permet d'envisager la mise en pratique de l'idée de diminuer les temps de quarantaines en Europe même pour les provenances d'Orient, dès lors que l'Empire ottoman, et par ailleurs l'Égypte, pourront garantir des conditions sanitaires satisfaisantes dans les ports de départ, ce qui apparaît possible grâce au dispositif quarantenaire récemment établi sur leurs littoraux.

³ Lecture de M. Méliér au nom de la commission de la peste, séance du 9 mai 1848, *Bulletin de l'Académie de médecine*, T. XII, p. 989.

⁴ C'est précisément à ce moment-là, autour de 1848, que la peste disparaît de l'Orient, pour des raisons mal élucidées, avant son retour à l'extrême fin du siècle. Voir D. Panzac, *op. cit.*

⁵ Si la posture anticontagionniste est la plus audible au mitan du XIX^e siècle, le débat continue de faire rage jusqu'à l'avènement de la bactériologie, dans les années 1880, qui met en évidence les germes à l'origine des maladies infectieuses.

II- Entre collaboration et ingérence : l'externalisation de la barrière quarantenaire en Orient

C'est ce principe qui va guider les débats de la conférence de 1851, et c'est dans la perspective de solliciter sa collaboration que l'Empire ottoman est convié à participer aux négociations. L'un des points principaux débattus lors de la conférence est en effet d'admettre désormais en libre pratique dans les ports européens les patentes nettes⁶ en provenance d'Orient. En raison de la suspicion qui pesait sur l'Égypte et l'Empire ottoman, et en vertu d'un principe de précaution tacite, les bateaux réputés indemnes de risque sanitaire, c'est-à-dire munis d'une patente nette, étaient pourtant retenus en quarantaine à leur arrivée. C'est cette entrave au développement du commerce avec l'Empire ottoman que la conférence souhaite lever, en misant sur la confiance qu'il est désormais possible d'accorder à la Porte en raison de l'établissement récent sur son territoire d'un système de santé « moderne », c'est-à-dire inspiré des modèles européens.

La France, qui défend ce programme libéral, ne parvient cependant pas tout à fait à l'imposer. Au terme de la conférence, le texte adopté soumet la libre admission des provenances d'Orient à toute une série de conditions et il enjoint fermement l'Empire ottoman d'adopter des dispositions strictes visant à améliorer son dispositif sanitaire. Ce raidissement est dû à certains pays d'Europe, surtout ceux qui bordent la façade méditerranéenne, qui demeurent convaincus du caractère contagieux des épidémies, et restent donc attachés à la barrière quarantenaire. L'Empire ottoman manifeste toutefois sa bonne volonté. Son délégué affirme ainsi que « les améliorations proposées [...] seront, de toutes façons, exécutées par le gouvernement ottoman »⁷, lequel signe la convention issue de la conférence de 1851.

Cette convention ne sera toutefois pas ratifiée par la plupart des pays concernés, et une nouvelle conférence se réunie, de nouveau à Paris, en 1859. À cette date, qui fait suite à la guerre de Crimée, l'Empire ottoman se trouve plus lié que précédemment à la domination des puissances européennes. Celles-ci se montrent d'ailleurs plus directes qu'en 1851 et énoncent clairement que l'un des objectifs de la conférence est d'« intervenir dans l'organisation du service sanitaire [de] l'Empire ottoman »⁸. Cette volonté explicite d'ingérence rencontre cette fois une résistance plus ferme de la part du délégué ottoman qui proteste systématiquement contre les nouvelles mesures proposées pour améliorer les garanties que doit offrir l'Empire ottoman à l'Europe. En vain, c'est bien encore un texte d'injonctions à la Porte qui est adopté au terme de la conférence, que le délégué turc refuse d'ailleurs cette fois de signer⁹. La mauvaise volonté affichée par l'Empire ottoman dans l'arène internationale, pour protester contre les accros faits à sa souveraineté sanitaire, ne l'empêche toutefois pas d'agir sur le terrain et de mettre en œuvre certaines des mesures sanitaires préconisées par la conférence.

⁶ Les bateaux devaient obtenir de leur port de départ, puis des ports d'escale, des patentes signifiant l'état sanitaire de ces ports : patente nette pour l'absence de maladie infectieuse, patente suspecte en cas de doute, patente brute en cas de présence avérée de la peste ou du choléra.

⁷ Procès-verbal de la Conférence sanitaire internationale de 1851, séance du 27 novembre 1851.

⁸ Procès-verbal de la Conférence sanitaire internationale de 1859, séance du 28 mai 1859.

⁹ Comme celle de 1851, la convention de 1859 n'a pas été ratifiée. La première convention sanitaire internationale n'est adoptée qu'en 1892

La propension des Européens à faire porter la responsabilité du risque épidémique sur l'Empire ottoman trouve à s'alimenter lors de la quatrième pandémie de choléra. En 1865, le choléra éclate avec une grande violence lors des cérémonies du pèlerinage à La Mecque, décimant un tiers des pèlerins présents. Des pèlerins venus d'Inde, berceau de la maladie, ont probablement contaminé certains de leurs coreligionnaires dans l'espace bondé des villes saintes de l'islam. Rentrant chez eux, les pèlerins des autres régions du monde musulman ont ensuite disséminé la maladie dans les différents ports méditerranéens, avec d'autant plus de facilité que le train et la navigation à vapeur, qui ont commencé à remplacer les caravanes de pèlerinage, accélèrent la rapidité de la contamination. De là, l'épidémie poursuit son voyage en Europe, en Russie, et jusqu'en Amérique.

Les deux pandémies de choléra qui avaient précédemment atteint l'Europe avaient emprunté la voie de la Perse et des ports de la mer Caspienne pour pénétrer en Europe par la Russie. De bien vastes espaces, difficiles à contrôler. Le rôle du pèlerinage à La Mecque dans la diffusion mondiale du choléra en 1865 permet en revanche d'identifier aisément ce qu'on nommerait aujourd'hui un « groupe à risque » dont la communauté internationale naissante va dès lors chercher à contrôler les flux.

Face au choc du choléra de 1865, une troisième conférence sanitaire internationale est convoquée, toujours à l'initiative de la France. Elle se tient cette fois à Istanbul, de façon à marquer la centralité de l'Empire ottoman dans ce contexte épidémique. Il s'agit en effet de pointer de nouveau sa responsabilité dans la diffusion des épidémies, responsabilité rendue plus patente encore, selon les pays européens, en raison du rôle désormais avéré du pèlerinage, et de faire pression sur son gouvernement pour qu'il mette en place les mesures nécessaires pour protéger l'Europe du retour du fléau.

La conférence de 1866 n'aboutit pas plus que les deux précédentes à une législation internationale contraignante. Les dissensions entre pays européens demeurent très vives, sur le plan scientifique, où la nature même du choléra, maladie contagieuse ou non, n'est toujours pas tranchée, et sur le plan pratique, puisque défenseurs et opposants des quarantaines continuent de s'affronter. Toutes les mesures à compétence partagée ou applicables aux pays d'Europe sont d'ailleurs rejetées car considérées comme menaçant la souveraineté de chacun de ceux-ci. La souveraineté de l'Empire ottoman apparaît toutefois moins précieuse à défendre, puisque la conférence fait un pas de plus dans l'ingérence sanitaire. Faute de parvenir à se mettre d'accord pour lutter de façon commune et concertée en Europe même contre les épidémies, les pays européens adoptent lors de la conférence de 1866 des recommandations qui confortent le mouvement d'externalisation de la barrière sanitaire amorcé lors des deux précédentes rencontres internationales. L'argument avancé est que les mesures seront d'autant plus efficaces qu'elles seront prises au plus proche de la présence de la maladie. Un formidable dispositif de contrôle sanitaire des flux du pèlerinage à La Mecque est alors inventé, auquel le gouvernement ottoman est invité à donner « un acquiescement empressé »¹⁰. Si la Sublime Porte s'est montrée bien moins enthousiaste que ne l'espérait ses partenaires européens, elle a toutefois collaboré et activement participé à la mise en place effective de ce dispositif sur son territoire.

Celui-ci consiste en l'établissement de deux formidables « citadelles sanitaires » à l'entrée et à la sortie de la mer Rouge. Les pèlerins venant d'Asie, et notamment d'Inde, susceptibles d'être porteurs du choléra, doivent faire halte sur le trajet maritime vers La

¹⁰ Procès-verbal de la Conférence sanitaire internationale de 1866, séance du 13 février 1866.

Mecque dans un lazaret installé sur l'île de Kamaran, située un peu au-dessus du détroit de Bab al-Mandeb, en territoire ottoman. Si la maladie n'est pas repérée parmi eux, ils peuvent continuer leur route vers les villes saintes afin de réaliser le pèlerinage.

Les pèlerins dits du Nord, qui viennent des régions septentrionales de l'islam (Maghreb, Égypte, Anatolie, Levant, Asie centrale et Balkans), peuvent en revanche se rendre directement et sans entrave au Hedjaz. Mais au retour, ils doivent s'arrêter au lazaret de Tor, établi au sud de la péninsule du Sinaï, en Égypte. Établissement situé au plus proche de l'Europe, il est considéré comme l'ultime barrière de protection pour le Vieux Continent et reçoit toute l'attention du contrôle européen.

La longueur de l'arrêt dans ces deux lazarets est fonction de l'état sanitaire de l'Inde et du Hedjaz ; si le choléra, puis la peste lors de son retour à l'extrême fin du XIX^e siècle, sont déclarés présents, la quarantaine peut durer trois semaines, voire plus. Quelle que soit sa durée, prévue jusqu'à l'extinction de la maladie le cas échéant, le scénario comprend toujours à l'arrivée des pèlerins la désinfection des hommes et des bagages, puis l'enfermement sous tente ou dans des huttes, dans des conditions très précaires. Ce système très coercitif est honni des pèlerins. Ceux qui viennent du Sud, soit d'Asie, craignent de ne pas arriver à temps pour réaliser les rituels du pèlerinage, et ceux dits du Nord sont empêchés de rentrer rapidement chez eux au terme des cérémonies.

Aucune autre catégorie de voyageurs n'a été soumise à un contrôle aussi massif et radical, y compris les migrants qui sont pourtant également surveillés, mais de façon plus diffuse et moins intrusive. Par ailleurs, le dispositif sanitaire de la mer Rouge atteint son plein développement au tournant des XIX^e et XX^e siècles, à l'heure où les quarantaines disparaissent partout ailleurs. Dans le reste du monde, les voyageurs dits « ordinaires », c'est-à-dire ceux qui fréquentent les lignes maritimes régulières, ne sont plus retenus en quarantaine mais soumis au « système anglais » de suivi individuel (*tracing*). Dans un contexte désormais post-pasteurien, on mise également sur l'hygiène du milieu et l'assainissement, notamment des villes portuaires. Ce contrôle sanitaire à deux vitesses, qui pèse de façon très lourde sur les pèlerins, et qui, en ce qui concerne ces derniers, est en outre régi par des intérêts étrangers, va être de moins en moins toléré par l'Empire ottoman.

III- L'Empire ottoman à la reconquête de sa souveraineté sanitaire

Les lazarets destinés au contrôle sanitaire des pèlerins de la Mecque sont directement gérés par le Conseil sanitaire d'Alexandrie pour ce qui concerne l'établissement de Tor, et par le Conseil supérieur de santé de Constantinople pour celui situé à Kamaran. En raison de leur composition dite « mixte », mêlant personnel autochtone et représentants des nations européennes, ils sont considérés par ces dernières comme des institutions internationales, alors même qu'aucun statut juridique ne les définit comme telles¹¹. Les conseils de santé jouent de fait un rôle de courroie de transmission pérenne entre le niveau international, représenté par une succession de conférences éphémères, et le niveau local où est mis en œuvre le dispositif de contrôle sanitaire des pèlerins de La Mecque, qui vise avant tout à protéger l'Europe de la menace des épidémies. En charge également de toutes les questions liées aux épidémies, ils constituent une filière d'ingérence dans les affaires sanitaires internes de l'Égypte et de l'Empire ottoman.

¹¹ C'est toutefois ce qui parvient à acter la convention sanitaire internationale de 1892, qui fait du conseil d'Alexandrie une organisation à caractère international.

Si l'Empire ottoman a participé à l'ensemble des conférences sanitaires internationales et a pleinement collaboré à l'établissement d'un système défensif qui, s'il protège l'Europe, le protège par la même occasion, il tolère difficilement cette ingérence étrangère qui passe par la voie du Conseil de santé de Constantinople. Le gouvernement du sultan Abdülhamid II (r. 1876-1909), artisan d'une politique panislamique qui vise précisément à mettre à distance l'influence de l'Europe, proteste de façon répétée contre les empiètements et manquements du Conseil sanitaire de Constantinople. Celui-ci est par exemple fustigé pour sa gestion jugée désastreuse d'une épidémie de choléra qui survient à Istanbul en 1893¹². Mais c'est surtout face à la pression financière exercée par les puissances européennes sur le gouvernement ottoman que celui-ci regimbe.

Outre l'incontournable question des Capitulations, la mobilisation des consuls au moment de la création du conseil de santé de Constantinople relevait de la nécessité de s'accorder sur le prélèvement de taxes sanitaires sur la navigation internationale afin de financer les nouvelles mesures quaranténaires. Un premier train de négociations entre la Porte et les délégués des puissances européennes avait abouti à l'adoption d'un tarif de droits quaranténaires dont la perception dans les ports ottomans avait été inscrite, et donc rendue obligatoire, dans la législation adoptée alors par le nouveau conseil. Depuis lors, le tarif est révisé régulièrement par une commission créée *ad hoc* et les fonds dégagés sont directement gérés par le Conseil, en principe sous le contrôle du gouvernement ottoman auquel il doit rendre compte à des intervalles déterminés. C'est aussi cette indépendance financière du Conseil, ainsi que les prérogatives qu'il possède en matière de nomination et de gestion de son personnel, qui fondent aux yeux des puissances européennes son caractère international tacite.

Le gouvernement ottoman est par ailleurs invité à mobiliser des ressources financières propres destinées aux établissements quaranténaires dont il a la charge de l'entretien en vertu des accords passés avec le Conseil de Constantinople. Or, la demande d'un renforcement de la barrière sanitaire sur la rive orientale de la Méditerranée se fait plus pressante au tournant du siècle. À cette date, outre la permanence du choléra qui rôde toujours dans l'espace ottoman, la peste a fait son retour, semant l'effroi partout dans le monde. Le principe et la réalité du transfert sur la rive orientale de la Méditerranée du dispositif quarantenaire sont désormais définitivement acquis ; les quarantaines ont alors quasi disparu d'Europe. L'Empire ottoman est donc fermement invité à renforcer son propre dispositif de lazarets. L'injonction est d'autant plus ferme qu'elle s'inscrit désormais dans le cadre d'une législation internationale. En effet, depuis la conférence de Venise de 1892, les conférences sanitaires internationales parviennent, au terme de leurs réunions, à des conventions censées être contraignantes pour les participants. La convention de Venise de 1892 impose ainsi de nouvelles charges financières à l'Empire ottoman pour financer une partie des dispositifs décidés par la conférence afin de renforcer le contrôle sanitaire en Orient. De façon à protester contre la pression financière dont il est ainsi l'objet, l'Empire ottoman se refuse à ratifier les conventions sanitaires adoptées à partir de celle de 1892, ce qui ne signifie bien sûr pas qu'il s'oppose aux mesures sanitaires elles-mêmes.

L'arrivée au pouvoir des Jeunes-Turcs durcit le ton de la contestation. D'emblée, dans un discours prononcé en 1909, le nouveau ministre des Finances ottoman n'hésite pas à fustiger le Conseil de santé qui se comporte selon lui comme un « État dans l'État »¹³. Les Jeunes-Turcs portent ensuite l'offensive sur le registre financier. Enfermé

¹² Archives ottomanes d'Istanbul, catalogue général : registre 1257 (*Sihhiye*) D 4-G62.

¹³ Lettre de l'ambassadeur de France à Constantinople au ministre des Affaires étrangères, 14 août 1909. Centre des archives de Nantes, fonds des Unions internationales, carton 569.

dans des difficultés financières récurrentes, la Porte n'a pas les moyens de faire face aux obligations qui lui ont été imposées par la communauté internationale en ce qui concerne l'entretien des lazarets et la demande de construction de nouveaux établissements, notamment sur la nouvelle ligne de chemin de fer du Hedjaz. Les lazarets ottomans sont jugés obsolètes et insuffisants pour faire face à la menace épidémique, a fortiori dans un contexte de retour de la peste. En revanche, grâce au prélèvement de la taxe sanitaire qui s'applique désormais à une navigation internationale devenue pléthorique, le Conseil de santé possède un fonds de réserve considérable. Au terme de négociations qui ont lieu en marge de la conférence sanitaire internationale de 1912, le gouvernement jeune-turc parvient à un compromis à son avantage en obtenant que soit abandonné le projet d'officialiser le Conseil de santé ottoman, à l'image du précédent du Conseil d'Alexandrie en 1892, et qu'une partie du fonds de réserve de celui-ci soit consacrée aux lazarets de l'empire. En juin 1913, la Porte promulgue une nouvelle loi relative aux taxes sanitaires et à la réfection des lazarets, tout en maintenant son refus d'adhérer aux conventions sanitaires internationales.

En septembre 1914, au moment de son entrée en guerre, le gouvernement jeune-turc abolit unilatéralement les Capitulations, puis il supprime le conseil sanitaire, dont il avait pourtant garanti la pérennité devant la conférence de Paris de 1912. Le Traité de Sèvres prévoit la reconstitution d'un conseil sanitaire international appelé à prendre possession des fonds du précédent conseil, bloqués par les banques européennes durant la guerre, et qui aurait la pleine propriété des équipements sanitaires se trouvant en territoire turc et possédés autrefois par le gouvernement de la Porte. Mais ces projets de subordination à une institution étrangère sont balayés par le mouvement de reconquête mené par Mustafa Kemal. Lors des négociations de Lausanne, les Turcs refusent toute présence étrangère dans le futur système sanitaire turc, qu'ils assimilent à un retour des Capitulations. Ils finissent par obtenir gain de cause et l'article 114 du Traité de Lausanne stipule la suppression officielle du Conseil sanitaire dit de Constantinople et confie à l'administration turque « l'organisation sanitaire des côtes et frontières de la Turquie ». C'est donc un ministère de l'Hygiène purement turc qui est fondé en 1923 et qui met en place, par une loi de 1930, le dispositif sanitaire de la République turque. La Turquie sort ainsi de près d'un siècle de « servitudes sanitaires »¹⁴, alors que l'Égypte doit attendre 1938 pour voir disparaître le conseil d'Alexandrie.

Sylvia Chiffolleau, LARHRA/CNRS

Mots clés : conférences sanitaires internationales, Empire ottoman, peste, choléra, ingérence, souveraineté.

Résumé : À partir de 1851, une série de conférences sanitaires internationales tentent de définir un système coordonné de lutte contre les épidémies. L'Empire ottoman, où la peste et le choléra continuent de sévir, est invité à mettre son récent dispositif quarantenaire au service de la protection de l'Europe, ce qui entraîne une

¹⁴ Procès-verbal de la Conférence sanitaire internationale de 1897, discours de Camille Barrère, délégué français, p. 192.

ingérence des puissances européennes dans un domaine considéré comme régalien, la santé. La pression est d'autant plus forte sur l'Empire ottoman qu'à partir de 1865, les pèlerins de La Mecque sont considérés comme « un groupe à risque » et sont soumis à un système de contrôle renforcé, géré par la communauté internationale naissante. Sans remettre en cause le bien-fondé d'une lutte contre les épidémies, l'Empire ottoman proteste contre cette ingérence, que la Turquie indépendante parviendra à repousser.