



HAL
open science

Santé, Médecine et Société dans le monde arabe,
Elisabeth Longuenesse

► **To cite this version:**

Elisabeth Longuenesse. Santé, Médecine et Société dans le monde arabe, : Héritages et enjeux. Elisabeth Longuenesse. Santé, médecine et société dans le monde arabe, L'Harmattan, 15 p., 1995, Comprendre le Moyen-Orient. halshs-00361027

HAL Id: halshs-00361027

<https://shs.hal.science/halshs-00361027>

Submitted on 12 Feb 2009

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.

Elisabeth Longuenesse (dir.)

Santé, Médecine et Société dans le monde arabe

Paris, L'Harmattan/Lyon, Maison de l'Orient Méditerranéen, 1995

Résumé

Dans le monde arabe, comme dans de nombreux pays du Tiers-Monde, les difficultés économiques et sociales grandissantes provoquées par les politiques de libéralisation économique, et la montée des courants islamistes qui en sont pour une large part la conséquence, se traduisent dramatiquement dans le champ de la santé. La revendication du droit à la santé s'est aujourd'hui généralisée, traduisant une mutation profonde des représentations de soi. Dès le 19^e siècle, avec la pénétration étrangère, la situation sanitaire, comme la pratique de la médecine, subissaient des transformations radicales, qui se sont accélérées avec la domination coloniale, puis à l'indépendance. Aborder la question de la santé et de la médecine dans les sociétés arabes aujourd'hui met en jeu toutes les dimensions du social et doit mobiliser toutes les disciplines des sciences sociales, si l'on veut la comprendre comme phénomène total, dans l'ensemble de ses aspects historiques, culturels, sociaux, politiques, économiques.

C'est un tel croisement des regards que propose cet ouvrage, avec des contributions de Sylvia Chiffolleau, Brigitte Curmi, Mohamed Dernouny, Miloud Kaddar, Elisabeth Longuenesse, Anne-Marie Moulin, Daniel Panzac, Daniel Rivet, Floreal Sanagustin, Amina Shabou.

Introduction

Santé, Médecine et Société dans le monde arabe

Héritages et enjeux

A l'heure où le sida fait des ravages, où resurgissent des épidémies que l'on croyait disparues, tandis que guerre et malnutrition se conjuguent aux catastrophes naturelles et font encore mourir des millions d'hommes, de femmes et d'enfants de par le monde, que l'urbanisation incontrôlée et les transformations des modes de vie apportent leur lot de souffrances nouvelles, le monde arabe, s'il ne connaît pas les situations dramatiques de l'Afrique Noire, n'est pas à l'abri de ces maux, anciens et nouveaux. En outre, comme dans de nombreux pays du tiers-monde, les difficultés économiques et sociales grandissantes provoquées par les politiques de libéralisation économique, et la montée des courants islamistes qui en sont pour une large part la conséquence, se traduisent dramatiquement dans le champ de la santé. Aborder la question de la santé et de la médecine dans les sociétés arabes aujourd'hui met en jeu toutes les dimensions du social, et mobilise toutes les disciplines des sciences sociales.

La définition de l'état de santé d'une population en cette fin de 20^e siècle, « état de bien-être physique et moral », se réfère à des normes définies par l'OMS et reprises généralement par les ministères de la santé, qui sont en fait la traduction d'aspirations nées de l'évolution des sociétés modernes et de la place de l'individu dans ces sociétés, et rendues possibles par les progrès de l'hygiène et de la médecine.

Or la référence de cette « modernité » est celle des sociétés industrielles développées, tandis que la majorité des sociétés de la planète connaît des modes de vie et des systèmes de valeur différents, et que les maux et les modèles des sociétés industrielles côtoient ceux des sociétés traditionnelles, produisant à leur tour des formes nouvelles que les institutions et les pouvoirs existant ont du mal à maîtriser.

L'histoire, en nous faisant le récit de l'apparition et du développement des maladies, de leurs déplacements, parfois de leur extinction, en nous restituant les conditions et les facteurs qui ont favorisé ces évolutions, qui semblent les expliquer, en nous relatant les efforts des hommes pour s'en protéger, nous rappelle comment ces derniers ont d'abord subi, puis progressivement appris à maîtriser, des événements qui, loin d'être strictement naturels, étaient souvent la conséquence de l'évolution des sociétés. *L'anthropologie*, en s'attachant au sens que les hommes donnent à leurs actes,

autant qu'aux événements qu'ils vivent, dévoile le caractère relatif, et éminemment social, de toute forme de savoir et de pratique, de même que l'absence de frontière nette entre connaissance savante et savoir profane.

Ces dimensions sont souvent oubliées et constituent l'angle mort, le point aveugle, des analyses des *politiques*, alors que ceux-ci font plus que jamais de la santé un argument de légitimité, et un aspect essentiel du projet de société qu'ils offrent à leurs administrés ou à leurs concitoyens. De même, le mot d'ordre d'ingérence humanitaire ne véhicule-t-il pas, plus ou moins explicitement, la justification d'un modèle de société ? D'où l'intérêt majeur de la question de la santé pour les politologues, pour ce qu'elle révèle comme enjeu de pouvoir dans les relations entre État et société. Mais la surenchère à laquelle se livrent les responsables politiques et les gouvernements pour développer, dans des directions parfois contradictoires, des systèmes de santé qui se veulent de plus en plus performants, où se côtoient structures communautaires et unités de pointe, se heurte à des réalités culturelles, psychologiques, sociales, qui en limitent l'efficacité et sont sources de gaspillages parfois énormes. Les politiques sont ainsi confrontées à des *contraintes économiques* de plus en plus pesantes, autant dans les pays industriels que dans les pays en voie de développement, au fur et à mesure que croît la demande, stimulée par les progrès des performances techniques. Le problème des coûts, que les économistes s'efforcent de rationaliser, pose en fait celui des modalités de la prise en charge, de l'identification des partenaires intervenant dans cette prise en charge, qu'ils soient publics ou privés, économiques ou institutionnels et de la part que les ménages et les individus sont prêts à supporter. Or ce problème renvoie à la *logique sociale* sous-jacente et à la manière dont les uns et les autres, patients, professionnels, État, financeurs, conçoivent la nécessaire harmonisation des intérêts catégoriels et de ceux de la société. A travers les systèmes de santé, le sociologue lira l'évolution des institutions et des rapports sociaux, des relations entre médecins et patients, du statut des professionnels de santé, etc.

Ainsi, les approches des différentes disciplines apparaissent-elles à la fois singulières, autonomes et complémentaires, si l'on veut comprendre la santé comme phénomène total, dans l'ensemble de ses dimensions, historiques, culturelles, sociales, politiques, économiques. Les limites auxquelles se heurte l'analyse des uns, ne peuvent en effet être dépassées qu'en recourant au croisement des regards.

Ce que nous avons tenté dans cet ouvrage, c'est justement de proposer un tel croisement de regards. Il ne s'agit en aucun cas d'épuiser le sujet, de traiter pour l'ensemble des pays concernés, de l'ensemble des questions posées ; mais, partant de l'hypothèse d'une communauté de destin fondée sur une relative similitude des héritages et des évolutions, il nous a semblé intéressant de regrouper des contributions de spécialistes de disciplines différentes, susceptibles d'apporter des éclairages complémentaires, et d'enrichir la vision de

l'ensemble. Toutes les contributions ici réunies sont le fruit de recherches originales en cours dans un domaine où les recherches françaises sont peu développées et le cloisonnement plus grand qu'ailleurs. Les insuffisances et les lacunes qui pourront apparaître sont le reflet de ces limites, et nous espérons que cette première expérience contribuera à les réduire.

1. Médecine et maladies : héritages et représentations

Dans le domaine de la santé (comme dans celui de l'éducation) on ne peut comprendre les difficultés actuelles, les comportements contradictoires, les décalages entre discours et pratiques, les exigences des populations et l'impuissance des politiques, sans prendre en considération la multiplicité et la diversité des héritages et des références, et la façon dont aujourd'hui ils affleurent, resurgissent ou impriment les attitudes des individus et des groupes.

Santé et maladies renvoient d'abord à un ensemble de représentations et de perception de soi, s'inscrivant dans une expérience globale de la vie et du monde. L'existence d'une tradition savante suppose une première dissociation entre représentations populaires et représentations des clercs, entre le point de vue des populations, fondé sur un savoir pratique, et celui des hommes de science que sont les médecins. La médecine moderne, née au 19^e siècle, a introduit une nouvelle rupture épistémologique, mise en lumière par les travaux de Foucault. Mais cette rupture dans le champ de la connaissance faisait écho elle-même à une révolution radicale dans la représentation de l'individu et de sa place dans la société, née au 18^e siècle, et que la Révolution Française a inscrite dans le droit et dans les institutions.

C'est aussi ce bouleversement dans les représentations de soi et dans les manières de penser que la pénétration occidentale puis la colonisation introduisent, *volens nolens*, dans la souffrance et la douleur, au sein des sociétés colonisées. Rivet, étudiant les conditions de médicalisation de la société marocaine à l'époque coloniale, conclue son texte en soulignant le changement radical qui apparaît dans les comportements en quelques générations ; il va jusqu'à parler de « frontière anthropologique », entre les Marocains du début du siècle et ceux d'aujourd'hui qui, dit-il, « ont adopté ce souci de soi-même et ces pratiques corporelles élémentaires caractérisant le « procès de civilisation » que l'Occident a mis des siècles à assimiler ».

Mais ce nouveau « souci de soi », cette revendication du « droit à la santé » n'interdisent pas le recours à des pratiques médicales diverses. Cette diversité, que l'on retrouve dans de nombreux pays orientaux où coexistent des

traditions médicales d'origines différentes¹, s'explique autant par l'attachement aux traditions que par les déficiences des systèmes de santé. Aujourd'hui, la référence à une médecine dite « islamique » brouille encore un peu plus le paysage.

Dans la réalité, ces diverses traditions ne sont pas considérées de la même manière par les uns et par les autres, mais les frontières entre les diverses formes de savoirs ne sont pas étanches. Si la tradition arabe savante ne s'est pas complètement perdue, elle est d'une certaine façon sortie du champ savant, pour tomber dans le domaine de la médecine empirique que les médecins d'aujourd'hui, formés dans les facultés de médecine, considèrent avec un certain mépris, alors même qu'ils sont de plus en plus nombreux à revendiquer un retour à l'islam. A l'heure où les courants islamistes tiennent le haut du pavé, nombreux sont ceux, parmi les médecins comme dans le grand public, qui parlent de redécouvrir une « médecine islamique », qui répondrait à la fois aux besoins et aux valeurs de la société arabe. Cette médecine islamique, enracinée dans une tradition nationale authentique, s'opposerait à la médecine occidentale, fondée sur des valeurs étrangères. Or une telle opposition a peu à voir avec une réalité infiniment complexe, où se croisent et se côtoient plusieurs traditions, d'origine diverses, ayant toutes connu des formes d'adaptation originale au monde moderne et à ses contradictions. Médecine populaire, médecine prophétique, médecine empirique, médecine arabe, biomédecine, renvoient à des pratiques et des modèles, adoptés concurremment ou complémentaires par les populations en fonction des circonstances, des possibilités, mais aussi des moyens dont elles disposent. Quant à la médecine islamique, il s'agit une fois de plus d'une idée moderne, réinterprétant un héritage du passé à partir de problèmes d'aujourd'hui.

En effet, dédaignant la « médecine prophétique » fondée sur un mélange de traditions populaires et religieuses, la médecine arabe classique s'appuyait principalement sur la tradition scientifique grecque, et secondairement indienne. F. Micheau et D. Jacquart² rapportent que Rhazès, « le Galien des Arabes », qui a exercé au tournant du 9^e et du 10^e siècle, rejetait toute forme de prophétisme et considérait les religions comme contraires à la vérité, car hostiles à la recherche scientifique. S'il n'a certes pas été suivi aussi loin dans sa critique de la religion par ses successeurs, ceux-ci, dont Avicenne fut le plus prestigieux et le plus connu en occident, ont développé une méthode d'observation scientifique,

¹ La diversité des recours thérapeutiques n'est en effet pas spécifique au monde arabe. Le phénomène est plus saillant encore en Extrême-Orient, où les deux types de médecine, traditionnelle et moderne, sont très différentes alors que dans le monde arabe, elles ont une certaine filiation.

² Jacquart (Danièle) et Micheau (Françoise), *La médecine arabe et l'occident médiéval*, Paris, 1990, p.68

totalelement indépendante de toute forme de pensée religieuse. *Floréal Sanagustin* en présente ci-après les grandes lignes.

Le déclin progressif de cette médecine savante, laissera le champ libre à une médecine populaire fondée sur un mélange de traditions antéislamiques, dont la médecine dite « prophétique » n'était qu'un courant parmi d'autres. Il est en effet important de souligner que l'islam, en tant que tradition religieuse, n'avait que peu à voir avec la tradition médicale savante, pas plus qu'avec la tradition populaire, même si les autorités religieuses ont pu trouver dans le Coran, ou plus encore dans la *sunna* prophétique, des recommandations concernant les usages du corps, l'hygiène ou la manière de se soigner ; et bien sûr, prodiguer les principes éthiques en rapport avec la vie et la mort.

De la même manière, derrière le discours de certains islamistes d'aujourd'hui, qui affirment la nécessité d'une science islamique, la référence scientifique et professionnelle des médecins eux-mêmes, ainsi que le souligne *Sylvia Chiffolleau*, n'est autre que celle de la médecine moderne, nulle part remise en cause. A l'inverse, parler de médecine islamique peut aussi, paradoxalement, amener à la médecine moderne une clientèle a priori effrayée par la dimension trop techniciste de cette dernière. Le « retour à l'islam » renvoie ainsi à la fois à un problème social et à une dimension éthique, et n'a rien à voir avec la persistance du recours à certaines pratiques médicales traditionnelles. Les raisons de cette diversité sont en effet multiples et complexes et pour une grande part l'expression, dans le domaine de la santé, autant « des disparités sociales que des discontinuités culturelles »³.

En effet, et ce n'est pas seulement vrai des campagnes, les patients continuent à recourir à des praticiens divers, qui s'appuient pour certains sur la référence rationaliste de la médecine arabe classique, tandis que d'autres renvoient à des traditions orales préislamiques. Ce recours peut certes être fondé sur des raisons culturelles, sur la plus grande proximité ou disponibilité de ces praticiens à l'égard des problèmes d'une population peu scolarisée ; elle est souvent aussi la conséquence, ainsi que le souligne *Mohamed Dernouny* pour le Maroc, autant que *Floréal Sanagustin* pour la Syrie, de l'imparfaite médicalisation des campagnes, et de l'impossibilité pour les catégories les plus pauvres de la population d'accéder aux structures de santé modernes, bien plus qu'un choix véritable.

Il reste que les représentations populaires mêlent souvent allègrement références religieuses, ici musulmanes, et croyances plus ou moins magiques : mais le pèlerinage de Lourdes ne draine-t-il pas chaque année, en France même, des centaines, voire des milliers de malades, dans l'espoir de guérisons miraculeuses, là où la médecine a échoué.

³ Camau (Michel) et alii, *État de santé, Besoin médical et enjeux molitiques en Tunisie*, Paris, 1990, p.13

Or le plus intéressant est peut-être de s'apercevoir que l'opposition entre logiques explicatives, fondées sur des causes matérielles ou sur des causes magiques, ne renvoie pas à un clivage médecine moderne/médecine traditionnelle : *Amina Shabou* montre que les deux ordres d'explication coexistent déjà dans la médecine traditionnelle. Cette complémentarité rend ainsi possible l'adoption de la médecine moderne, et son intégration dans le système de représentation de populations qui n'en continueront pas moins, dans certains cas, en fonction de l'origine attribuée au mal, à recourir aux désensorceleurs. Certains symptômes peuvent relever de l'un ou de l'autre type d'explication, et ce sera alors l'efficacité des soins qui tranchera la question de l'origine du mal. Il n'y a donc pas d'incompatibilité radicale entre les différents systèmes, mais bien complémentarité. *Floréal Sanagustin* montre de même comment la médecine empirique de tradition avicennienne a pu emprunter certaines pratiques à la médecine moderne. Inversement, à l'heure où les médecines douces font de plus en plus d'adeptes en occident, comment être surpris que les patients arabes manifestent une préférence pour des pratiques moins agressives et plus respectueuses de leur histoire et de leurs conditions d'existence que celles qu'on leur propose dans des systèmes de soins souvent surchargés, mal équipés, et où les conditions d'accueil sont particulièrement déficientes.

Les anthropologues nous rappelle par ailleurs le rôle central des femmes dans les soins du corps au sein de la société traditionnelle — et les contributions de *Mohamed Dernouny*, comme d'*Amina Shabou* en témoignent, chacune à leur manière ; or le développement de la médecine scientifique les exclue, les dépossède du pouvoir conféré par le contrôle de la vie, bien plus, les aliène, en les rendant dépendantes du pouvoir médical. En même temps que le rôle et l'identité de la femme, c'est bien sûr tout un système de représentations et de relations sociales qui est en jeu, particulièrement dans les milieux populaires, qui ont moins que d'autres accès aux signes et aux bienfaits de la « modernité ». C'est en ce sens que, comme le souligne Mohamed Dernouny, « la remobilisation de pratiques ancestrales » peut aussi traduire « le procès que ces couches sociales font à l'institution moderne ».

2. Médecine, ouverture au monde moderne et colonisation

La médecine moderne naît à la fois d'une transformation du regard médical et d'une nouvelle mission attribuée au médecin dans la société. Réhabilitation de l'observation clinique et développement des sciences expérimentales d'un côté, médicalisation de la société, de l'autre, dans le double but de libérer l'homme et de le faire accéder au bonheur, et d'améliorer l'état des populations et de la société. Elle est donc inséparable des mutations politiques et sociales nées des révolutions qui mettent fin en Europe aux systèmes d'ancien régime.

A la même époque, l'empire ottoman, confronté au développement des échanges, en même temps qu'à la pénétration économique et aux tentatives hégémoniques des puissances européennes, prend brusquement conscience de son retard et tente de le rattraper par une politique de réformes promulguées par le haut. Mais il sera pris de vitesse par l'Europe et c'est souvent de l'extérieur que viendront finalement se greffer les changements décisifs.

La transformation du paysage sanitaire au 17^e et surtout au 18^e siècle avait été pour une large part le résultat des transformations socio-économiques et du développement des échanges et des voies de communications à l'échelle mondiale. C'est ainsi que la fièvre jaune arrive d'Amérique et débarque en Espagne en 1803 et que le choléra arrive d'Inde en 1831... en passant par La Mecque, où il provoque une hécatombe et sème l'épouvante⁴. En Europe, le mouvement d'industrialisation provoquant l'afflux de populations rurales dans les villes, dans des conditions d'insalubrité croissante, favorise aussi la propagation des maladies. L'époque moderne s'annonce donc à la fois comme un moment de développement de nouveaux fléaux, de mise en place des institutions qui permettront d'organiser la lutte contre ces fléaux, et enfin de découvertes scientifiques qui, dans un second temps, assureront une victoire (quasi?) définitive contre les maux que l'époque a suscités.

Si l'empire ottoman ne connaît pas les maux de l'industrialisation et de l'urbanisation, il est touché comme le reste du monde par l'expansion des épidémies. Or, dans la première moitié du 19^e siècle, la lutte contre les épidémies connaît d'importants succès en Europe grâce à l'introduction des lazarets et quarantaines, alors que l'Afrique du Nord et le Levant sont encore régulièrement hantés par la peste. Plus que les progrès de la médecine, c'est en fait ceux de l'administration sanitaire qui distinguent un monde de l'autre. Le tournant, ainsi que le souligne Panzac, se manifeste surtout par la prise en main par l'État de la question sanitaire, lorsque « la lutte contre la peste prend désormais place parmi les responsabilités de l'État, et s'intègre à sa structure administrative »⁵. Preuve s'il en était besoin que santé et médecine ont partie étroitement liée avec le développement de l'État moderne.

Dès 1830 cependant, l'influence occidentale en matière sanitaire et médicale devient massive. Des conseils sanitaires sont créés à Istanbul, au Caire, à Tunis. Paradoxe significatif, que rappelle *Anne-Marie Moulin*, les pays européens voient alors d'un fort mauvais œil la mise en place de mesures qui menacent leurs intérêts commerciaux. Au début du 19^e siècle, les conceptions médicales sont encore très semblables en Europe et dans l'empire ottoman. Pourtant déjà, les concepts divergent, les médecins européens s'appuient

⁴ Zeghidour (Slimane), *La vie quotidienne durant le Pèlerinage à La Mecque*, Paris, 1990

⁵ Panzac (Daniel), *La peste dans l'empire ottoman*, Leuven, 1985, p. 456

désormais sur la méthode expérimentale pour analyser les causes des maladies, tandis que les médecins musulmans se limitent à l'observation empirique⁶.

Cependant, depuis le 18^e siècle, les médecins européens ont été introduits dans les cours des beys et des sultans, malgré la désapprobation populaire, et leur présence est une des manifestations de la pénétration européenne. En effet les médecins représentent en même temps souvent les intérêts occidentaux, et plus particulièrement ceux des marchands, manifestant ainsi l'importance de la situation sanitaire pour le développement du commerce. Des écoles de médecine sont créées, sur le modèle français, avec des médecins français à Istanbul, où le Docteur Fauvel, dont *Daniel Panzac* retrace l'histoire dans cet ouvrage, jouera un rôle éminent pendant 20 ans... et surtout au Caire, grâce au célèbre Clot Bey⁷.

La colonisation⁸ développe jusqu'à la caricature ce double mouvement contradictoire.

D'un côté, elle provoque des bouleversements sociaux et économiques, et une aggravation dramatique des conditions sanitaires de la population, sous l'effet conjugué des déplacements de population et de la précarisation des conditions de vie, en particulier en milieu urbain. Au Maroc, *Daniel Rivet* montre comment l'afflux de travailleurs, autant que leurs conditions précaires d'existence, l'urbanisation incontrôlée et le développement des bidonvilles, favorisent la diffusion du typhus, devenu « symbole du Maroc nouveau » ! En Algérie, *Anne-Marie Moulin*, à propos du paludisme, rappelle comment le développement des moyens de communications, facilitant les brassages de populations, favorise du même coup la transmission de la maladie.

De l'autre, responsable du développement des fléaux, la colonisation se donne pour mission de les adoucir comme elle peut. Yvonne Turin montre ce phénomène étonnant qui a vu les médecins suivre immédiatement les conquérants de l'Algérie, médecins militaires certes, mais qui se sont dès les premières années, c'est-à-dire dès 1832, donné pour mission de soigner aussi les indigènes⁹.

⁶ Gallagher (Nancy), *Medicine and Power in Tunisia, 1780-1900*, Cambridge University Press, 1983, p. 56

⁷ Jagailoux (Serge), *La médicalisation de l'Égypte (1798-1918)*, Paris, 1986 et Kuhnke (LaVerne), *Lives at Risk, Public Health in Nineteenth Century Egypt*, Berkeley, 1990

⁸ Rappelons que la conquête de l'Algérie démarre en 1830, pour s'achever en 1847, avec la reddition d'Abd el Kader. La Tunisie est occupée en 1882 et le Maroc en 1912. L'Angleterre occupe l'Égypte en 1882, tandis que Liban, Syrie, Jordanie, Palestine et Irak sont placés sous mandat français et anglais au lendemain de la seconde guerre mondiale.

⁹ Turin (Yvonne), *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale, École, médecine, religion, 1830-1880*, Paris, 1971

En développant et en multipliant les services de santé, le colonisateur offre de fait les moyens d'une lutte contre les épidémies qui prouvera rapidement son efficacité ; action éducative, changements des mentalités, seront suivis de l'émergence d'un nouveau rapport au corps, donc à l'idée même de santé et de soins.

C'est que la médecine est d'emblée, plus encore que l'instruction, considérée comme un vecteur de civilisation. Les médecins nous rappellent ainsi à quel point la conquête coloniale, malgré les violences qui l'ont accompagnée, a été portée par une idéologie qui était celle des lumières et du progrès, se voulant, au nom de valeurs universelles, bien naïvement certes, hypocritement parfois, au service de l'humanité.

Les contradictions de la colonisation apparaissent ainsi tout entières dans le rôle de la médecine et des médecins. Les deux textes de *Daniel Rivet* et d'*Anne-Marie Moulin* le montrent bien, qui mettent chacun l'accent sur une facette opposée de leur action. D'un côté, en effet, la médicalisation est un moyen de contrôle social et l'hygiénisme une expression du despotisme colonial : ce que montre le premier à propos du Maroc. Il est vrai que nul part autant que dans ce pays, la médecine n'a accompagné la pacification ; la mise en parallèle des trois pays du Maghreb souligne à quel point l'action des médecins s'est exercée chaque fois dans un contexte différent. Il n'en reste pas moins que la résistance des populations à des mesures qui leur sont imposées de manière disciplinaire est à la mesure de la violence qui leur est faite. Il est d'autant plus remarquable que tant de médecins aient réussi à faire comprendre et admettre le sens de leur action. C'est aussi que l'on trouvait parmi eux des gens de grande valeur et de grande ouverture, qui firent un effort exemplaire de compréhension des populations parmi lesquelles ils se trouvaient.

Dans les pays arabes du Proche-Orient, la domination coloniale a été dans l'ensemble plus tardive, et a trouvé des institutions de formation déjà en place. C'est particulièrement le cas de l'Égypte, où la première école de médecine est créée dès 1827. La politique coloniale a alors, significativement, consisté à réduire le rôle des médecins locaux, cantonnés dans un rôle d'officiers de santé, tandis que les médecins étrangers se réservaient les fonctions les plus prestigieuses. La profession aura donc à s'affirmer contre ces derniers, et la lutte des médecins, comme d'autres professions qualifiées, pour défendre leurs compétences et leurs conditions d'exercice, aura une dimension d'emblée nationaliste¹⁰. Par ailleurs, alors que les Britanniques se préoccupaient avant tout

¹⁰ Voir Chiffolleau (Sylvia), « Le monopole national d'exercice d'une profession libérale : le cas de la médecine », in *Égypte Monde Arabe*, n° 11, 1992 (59-76), ainsi que Moore (C.H.), *Images of Development, Egyptian Engineers in Search of Industry*, MIT Press, 1980, à propos du cas des ingénieurs.

de lutter contre les épidémies, le poids croissant des médecins égyptiens a entraîné un changement du regard médical des épidémies vers les endémies¹¹.

Pour les autres pays du Levant, cette histoire est mal connue, mais le rôle des chrétiens d'un côté, de l'immigration juive de l'autre, créent des situations plus complexes, où les conflits prennent des formes différentes, traversant les sociétés locales. Le rôle des universités de mission, fondées à Beyrouth dans la 2^e moitié du 19^e siècle (Université américaine et Université jésuite) rappelle néanmoins qu'il s'agit aussi d'une confrontation avec l'occident.

3. Les enjeux politiques et sociaux

Le développement de la médecine moderne, on l'a souligné, est concomitant de la formation de l'État moderne, qui introduit une « différenciation d'un espace sanitaire des autres champs de l'activité sociale et sa domination, sous l'égide de l'État, par des spécialistes dûment patentés »¹². C'est la révolution française qui marque un tournant radical, en mettant la médecine au service de l'utopie révolutionnaire, visant à faire disparaître les maux dont souffrent les hommes, produits par une société injuste, dont la maladie est aussi une des traductions. Ainsi, suggère Foucault, la tâche du médecin est-elle aussi politique, et la lutte contre la maladie doit-elle commencer par une guerre contre les mauvais gouvernements : peut-être n'est-ce pas tout à fait un hasard si les médecins ont été nombreux à la tête des partis nationalistes dans un pays comme la Syrie dans les années 50 et 60. Inversement, une fois le changement révolutionnaire acquis, la médecine devient ainsi liée à l'État.

Mais la révolution française introduit un autre principe, contradictoire dans ses effets avec le premier : celui de la liberté absolue d'exercice de la médecine, avec la suppression des corporations. Il faudra un siècle pour trouver le compromis indispensable entre ces deux exigences, et la profession médicale reste traversée par cette contradiction entre logique libérale et nécessité d'assurer les conditions d'accès aux soins pour un maximum de gens.

Au 19^e siècle, les effets de la révolution industrielle, et de l'urbanisation qui l'accompagne, rendent nécessaires l'intervention des autorités pour soigner, et surtout prévenir, et sont à l'origine des premières mesures d'urbanisme et

¹¹ Chiffolleau (Sylvia), *Médecins et médecine en Égypte, Construction d'une identité professionnelle et projet de médicalisation*, EHESS, Paris, 1994 (chapitre 1)

¹² Camau et alii, *op. cité*, p.14

d'hygiène : les médecins sont alors sollicités, dès la fin du siècle, pour contribuer à la définition des mesures nécessaires à assurer l'hygiène publique¹³.

La conquête coloniale arrive dans ce contexte et le conquérant transposera cette idéologie d'une médecine au service d'un meilleur contrôle de la société. La médecine se fera même auxiliaire de la colonisation, outil de civilisation.

Les États indépendants, issus de la lutte de libération nationale, reprennent les idéaux de la révolution française ; mais, héritant de sociétés déstructurées par la domination coloniale, dont la transformation, dans un contexte de dépendance, avait produit des déséquilibres, des distorsions, marginalisé la bourgeoisie et les élites, ils sont poussés à prendre en charge de nouvelles missions, ailleurs dévolues à la société civile. De là leur intervention croissante dans l'économie, et l'attente démesurée des populations à leur rencontre. La santé et l'éducation deviennent les deux symboles du progrès social et sources privilégiées de légitimation d'un État transformé en État-providence : « le droit à la santé n'est pas seulement un droit individuel mais aussi un objectif social et économique en soi, et la santé doit être considérée comme un élément du développement économique et social général »¹⁴. De la Syrie à l'Arabie Saoudite, la santé devient ainsi un droit, que l'État se doit de garantir. L'article 39 des statuts du Parti Baas n'affirme-t-il pas : « L'État doit créer les institutions médicales... satisfaisant aux besoins de tous les citoyens, et leur garantir la gratuité des soins », et l'article 46 de la constitution syrienne « (L'État) protège la santé des citoyens et leur assure les moyens nécessaires à la prévention et aux soins, ainsi que les médicaments »¹⁵. De même, rappelle *Sylvia Chiffolleau*, l'accès gratuit pour tous aux services de santé est garanti par la constitution égyptienne dès 1952.

Parce que la santé, mythe fondateur de l'État moderne, et plus encore de l'« État nouveau », faisait partie de ces changements attendus de l'Indépendance, Michel Camau¹⁶ montre à propos de la Tunisie, comment elle a pu être utilisée par celui-ci à des fins de légitimation. Mais, du même coup, les effets pervers du clientélisme d'État sont très largement à l'origine des distorsions dans le développement du système de santé, de la bipolarisation croissante du secteur public et du rôle croissant du secteur privé. Le cas syrien, analysé par *Elisabeth Longuenesse*, au delà des différences importantes avec la Tunisie, est de même révélateur de contradictions très comparables. Mais il est

¹³ Cf. Goubert, "L'eau et l'expertise sanitaire dans la France du 19^e siècle. Le rôle de l'académie de médecine et des congrès internationaux d'hygiène", in *Sciences sociales et santé*, III, 2, juin 1985

¹⁴ M. Baath, vice-ministre de la santé en Syrie, in *Cahiers du CERMOC*, n°5, p.158

¹⁵ *Ibid.* p.161.

¹⁶ *Op. Cité*

encore plus remarquable que d'autres pays, dont les choix politiques apparaissent à première vue comme radicalement opposés, puisque régis par des États tirant leur légitimité de la fidélité à la tradition plus que de la marche forcée vers le progrès, le développement ou la modernité, aient finalement fondé leur politique de santé sur une philosophie très proche : ainsi de l'Arabie Saoudite, qui proclame que « l'État a le devoir de fournir des soins médicaux gratuitement pour tous ses citoyens, de même que pour les pèlerins », ou de la Jordanie qui, par le biais des systèmes médicaux royaux, assure la gratuité à une proportion croissante de la population¹⁷.

D'où la difficulté particulière à penser la rationalisation économique d'un système de santé sensé offrir à la population un service à la fois sans prix et représentant pourtant un droit élémentaire. Ce principe (selon lequel l'État a l'obligation de garantir un tel service à tous gratuitement), entre inévitablement en contradiction avec la logique qui sous-tend tout système de protection sociale fondé sur le principe de l'assurance ; les différentes manières de gérer cette contradiction traduisent pour chaque pays le compromis qu'ils ont réussi à établir entre choix politiques et possibilités économiques, en tenant compte des héritages du passé¹⁸. Or, aujourd'hui, il devient de plus en plus difficile aux États de tenir leurs promesses ; *Miloud Kaddar* analyse, pour le Maghreb, les urgences et les impasses auxquelles ils sont confrontés.

Inversement, dans les situations de crise comme celle qu'a connue le Liban, ou de lutte de libération, comme en Palestine, la santé devient un enjeu dramatique, avec les besoins en matière de soins entraînés par la guerre et la répression, alors que les infrastructures sont inexistantes ou détruites. Mais l'action sanitaire ou médicale devient du même coup une tâche primordiale des organisations politiques, et des associations qui en émanent. Le cas Libanais analysé par *Brigitte Curmi* est de ce point de vue intéressant : il montre en effet comment se sont multipliées les « ONG » locales pour compenser la paralysie de l'État durant la guerre, et signale la nouvelle difficulté qui surgit, après la guerre, de la volonté de l'État de reprendre les choses en main, et de la situation de concurrence ainsi créée. Mais c'est aussi l'action des organismes internationaux, ou encore celle des ONG, dont on pourrait se demander si l'évidence de la légitimité de leur action ne masque pas souvent une ignorance de la demande réelle des populations et de la réalité des problèmes à l'origine des situations les plus dramatiques, ignorance qui aboutit à des résultats parfois opposés à ceux qui étaient recherchés, ou en tout cas bien différents.

¹⁷ Voir « Systèmes de santé et systèmes de protection sociale dans le monde arabe », in *Maghreb-Machrek*, 138, 1992

¹⁸ *Ibid.* ainsi que *Médecins et Protection sociale, Cahiers du CERMOC*, n°5, 1993

C'est qu'une fois de plus, acteurs et partenaires sont multiples, qui ne donnent pas nécessairement le même sens aux événements ou aux situations, et dont les intérêts ne sont pas toujours congruents : des politiques aux gestionnaires, en passant par les professionnels, et les individus. Les conflits qui ont jalonné l'histoire de la profession médicale égyptienne depuis les années 50 en sont la preuve. En Syrie, où la profession était en outre moins puissante, l'État n'a jamais poussé aussi loin sa volonté de socialisation de la médecine, de sorte que les conflits n'ont jamais été aussi durs ; en revanche, *Elisabeth Longuenesse* montre que si les médecins syriens ont pu jouer un rôle important dans les années 60, ils apparaissent aujourd'hui complètement démobilisés. Ce ne semble pas le cas en Égypte, où les effets pervers de la massification, qu'analyse *Sylvia Chiffolleau* dans ce volume, se sont traduits par une grave dégradation des conditions d'exercice, et du même coup du statut social des médecins, provoquant depuis une dizaine d'année de nouvelles formes de mobilisation sociale et professionnelle.

Dans la tourmente des changements en cours, du désengagement de l'État à la montée de l'individualisme, de la renaissance de l'entreprise privée aux bouleversements des modes de vie, la médecine, comme pratique sociale, voit ses fondements et son statut profondément modifiés. Mêlant dimensions culturelles, sociales, matérielles, elle est aujourd'hui au cœur des remises en cause qui travaillent les sociétés arabes.

Elisabeth Longuenesse

Bibliographie introductive

- Augé (Marc), Herzlich (Claudine) (ed.), *Le sens du mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines, 1983
- Boustani (Rafiq), Fargues (Philippe), *Atlas du Monde Arabe*, Paris, Bordas, 1990
- Camau (Michel), Zaiem (Hedi), Bahri (Hajer), *État de santé, Besoin médical et enjeux politiques en Tunisie*, Paris, Ed. du CNRS, 1990
- Chiffolleau (Sylvia), « Égypte 1990, Le désengagement de l'État et les transformations du système de santé », in *Maghreb-Machrek*, 127, 1990 (84-103)
- Chiffolleau (Sylvia), *Médecins et médecine en Égypte, Construction d'une identité professionnelle et projet de médicalisation*, thèse de doctorat nouveau régime, EHESS, Paris, 1994
- Curmi (Brigitte), Chiffolleau (Sylvia) (ed.), *Médecins et protection sociale dans le monde arabe, Cahiers du CERMOC*, n°5, 1992
- Desjeux (Dominique), Favre (Isabelle), Simongiovani (Joelle), *Anthropologie d'une maladie ordinaire, Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine, Égypte*, Paris, L'Harmattan, 1993
- Foucault (Michel), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963
- Giacaman (Rita), « Health as a Social Construction : the Debate in the Occupied Territories », *Middle East Report*, 161, nov-déc 1989 (16-20)
- Jacquart (Danièle) et Micheau (Françoise), *La médecine arabe et l'occident médiéval*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1990
- Longuenesse (Elisabeth) (ed.), *Bâtisseurs et bureaucrates, Ingénieurs et société au Maghreb et au Moyen-Orient*, Lyon, Maison de l'Orient Méditerranéen, 1990
- Longuenesse et alii, « Systèmes de santé et systèmes de protection sociale dans le monde arabe », *Maghreb-Machrek*, n°138, oct-déc 1992
- Métral (Jean), Mutin (Georges) (ed.), *Politiques urbaines dans le monde arabe*, Lyon, Maison de l'Orient Méditerranéen, 1985
- OMS, Bureau Régional de Méditerranée Orientale, *The Work of WHO in the East Mediterranean Region, Annual Report*, Alexandria, 1990, 1993
- Panzac (Daniel), *La peste dans l'empire ottoman*, Leuven, Peeters, 1985
- Turin (Yvonne), *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale, École, médecine, religion, 1830-1880*, Paris, Maspero, Alger, ENAL, 1971
- Rodinson (Maxime), *Les Arabes*, Paris, PUF, 1979
- Stork (Joe), « Political Aspects of Health », *Middle East Report*, 161, nov.déc.1989 (4-10)
- Zeghidour (Slimane), *La vie quotidienne durant le Pèlerinage à La Mecque*, Paris, Hachette, 1990