Anne Marie Moulin (éd.)

Islam et révolutions médicales

Le labyrinthe du corps

IRD - KARTHALA

ISLAM ET RÉVOLUTIONS MÉDICALES

IRD sur internet : www.ird.fr
KARTHALA sur internet : www.karthala.com
(paiement sécurisé)

Couverture : Quand révolution politique et révolution médicale se conjuguent. Une salle d'opération moderne à Alexandrie. Image tirée d'*Égypte*, ouvrage édité par l'administration du tourisme et de la propagande de l'État égyptien, Maison Al Hilal, Le Caire, 1946.

© IRD et Karthala, 2013
© ISBN (IRD) : 978-2-7099-1721-6
ISBN (Karthala) : 978-2-8111-0850-2

Anne Marie Moulin (éd.)

Islam
et révolutions médicales

Le labyrinthe du corps

IRD
44, bd de Dunkerque
13000 Marseille

KARTHALA
22-24, bd Arago
75013 Paris

Remerciements

Tous mes remerciements aux collègues et amis du CEDEJ qui ont dans la tourmente aidé la parution de cet ouvrage.

Merci à Charles Becker pour ses relectures.

INTRODUCTION

Se repérer dans le labyrinthe du corps et de l'Histoire

Anne Marie MOULIN

Ce livre collectif ne résulte pas d'un colloque unique situé dans le temps, il rassemble des communications échelonnées au cours de ces dernières années, qui transmettent quelque chose de l'instable actualité du monde musulman et du vent des révolutions. Dans sa diversité, il témoigne que l'Islam est mobile et varié, et que dans les pays musulmans le progrès scientifique, politique et moral n'est ni irréversible ni hors de portée, mais comme ailleurs à la fois porteur d'espérances et fragile. Discours et pratiques de santé expriment les aspirations et les transformations des sociétés. La santé est un bon observatoire pour pressentir les révolutions ou prendre leur mesure, pour peu qu'on l'explore en profondeur, sans se borner à des observations superficielles faisant jouer à l'Islam un rôle d'écran ou de facteur de confusion.

Les deux décennies que nous venons de vivre ont vu paraître plus de livres traitant de la menace de l'Islam que de l'évocation ou la recherche de solutions communes entre Orient et Occident. *Faut-il avoir peur de l'Islam ? L'Islamisme en face*, etc, autant de titres qui témoignent d'une conjoncture dominée par l'idée du « choc des civilisations », l'angoisse, la peur, le désir de vengeance et la méconnaissance de l'Autre. Ces dernières années ont assisté à un déferlement de violence dans le monde arabe et musulman, qui a vu sur son sol se dérouler plusieurs guerres d'une violence inouïe, je pense au Liban et au conflit irano-irakien, mais aussi aux deux guerres du Golfe et à la croisade anti-terroriste conduite par l'Occident en Afghanistan et en Irak, sans parler de la Palestine. L'ère postmoderne ressemble à un nouvel Âge des Ténèbres qui cherche un flambeau pour éclairer sa nuit.

La majeure partie de la recherche en sciences sociales s'est portée sur le front de l'étude politique des pays. Le domaine de la santé m'est apparu comme un choix alternatif judicieux pour suivre autrement les transformations et les aspirations des sociétés arabes et musulmanes, et déchiffrer différemment le sens des évolutions, en faisant appel à une anthropologie

du corps, qui est nécessairement *une anthropologie de la continuité* entre les hommes, et entre le passé et le présent, une anthropologie qui constitue le fil d'Ariane dans le labyrinthe de l'Histoire.

Parler de santé, c'est poser la question de la médecine moderne, de sa place et de son impact. On entend couramment par là un ensemble de diagnostics et de traitements reposant sur l'examen des patients, les analyses biologiques au laboratoire et une imagerie performante aux techniques venues des sciences physiques. Cette médecine moderne revendique une augmentation sans précédent de la longévité et une diminution de la morbidité, y compris dans les pays tardivement industrialisés[1]. Elle est actuellement pratiquée sur toute la planète, néanmoins avec des variations considérables, liées à une inégalité de moyens et à la diversité des contextes locaux.

Une méthode simple pour aborder les sociétés musulmanes d'aujourd'hui consiste à rechercher comment ses membres, là comme ailleurs, aspirent à des soins médicaux performants tels que ceux dont la trompette de la renommée a diffusé les bienfaits, désireux avant tout d'alléger leurs souffrances et leurs handicaps. Soif d'avancées techniques et fierté de partager l'aventure des découvertes scientifiques se conjuguent pour faire de la santé un espace commun et consensuel qui diffère de l'arène politique dominée par des schismes et des conflits difficiles à résoudre. Mais aussi dans un même temps et sans contradiction, jaillit le désir de trouver un sens aux souffrances et de reconstituer un projet d'Être au monde, avec les ressources humaines et culturelles localement disponibles. En avance sur les revendications d'une citoyenneté partagée et responsable que nous voyons émerger un peu partout dans le monde arabe, la médecine représente d'ores et déjà une plateforme possible d'espoirs, d'interrogations et de revendications communes entre Orient et Occident. C'est dans cet esprit que nous avons rassemblé des contributions diverses, unies par un même effort pour rendre intelligibles les pratiques médicales en terres d'Islam, du XVIIIe siècle à nos jours. Oublions le débat toujours renaissant pour ou contre l'orientalisme, la dénonciation d'un orient de pacotille conforté par l'idéologie coloniale opposée à une recherche des authenticités culturelles[2]. Enterrons, là au moins, la hache de guerre.

L'islam, au cours de ces dernières années, a participé à un vaste mouvement de recomposition des identités et de fabrication de nouveaux liens entre nationalités, religions et styles de vie, dans le prolongement du bouleversement opéré par la chute de l'empire ottoman et l'émergence des États-nations[3]. Il serait souhaitable à l'avenir de replacer ce qui se passe

---

1. Hygiène ou médecine ? Sur la controverse récurrente sur le rôle de la médecine dans la diminution de la mortalité et des maladies infectieuses, voir l'ouvrage qui a marqué une génération, *Némésis médicale, L'expropriation de la santé* d'Ivan Illich (1975), Paris, Seuil, 1981.

2. Sans partager pour autant l'assimilation de l'orientalisme à une vision impérialiste et coloniale (cf. l'ouvrage classique d'Edward Said, *Orientalism*, New York, Vintage, 1979).

3. Olivier Roy, *La nouvelle Asie centrale ou la fabrication des nations*, Paris, Seuil, 1996.

au Maghreb et au Moyen-Orient dans une histoire plus globale, de faire une comparaison, par exemple, avec les pays émergeant des décombres de l'Union soviétique, dont un certain nombre sont d'ailleurs de « culture » musulmane[4]. De regarder aussi dans la direction d'autres pays comme le Japon, sur lequel à maintes reprises les Arabes ont eu les yeux fixés[5] : ils considéraient, à tort ou à raison, le Japon du Meiji comme un modèle harmonieux et enviable de conciliation d'une culture ancienne et de la modernité scientifique et technique[6]. Mais la considération d'un nombre, même limité, de pays a confirmé ici l'intuition que l'hybridité entre tradition et modernité est la règle et non l'exception.

S'aventurer dans le labyrinthe du corps humain, où la maladie figure si l'on veut le Minotaure, c'est rechercher les indices et les difficultés d'une modernité fluctuante dans ses critères et ses contenus, loin des dichotomies convenues. À la fin des années 1970, l'idée d'une médecine « islamique » ne venait guère à l'esprit des intellectuels arabes. En Tunisie, en Algérie, au Maroc, les élites dénonçaient vigoureusement les restrictions de l'accès de tous à la médecine moderne pendant la colonisation et le petit nombre de praticiens diplômés[7]. L'essentiel paraissait de mettre sur pied le plus rapidement possible un système de santé susceptible de couvrir les besoins des populations et de les faire accéder au niveau atteint par les pays dominants. En Égypte, l'offre de santé faisait partie du programme nassérien, et ancrait dans l'imaginaire du peuple l'idée d'un droit au bien-être corporel. Certains des nouveaux maîtres des pays du Golfe, comme le sultan d'Oman, élisaient la modernisation du système de santé comme une assise de leur légitimité. D'autre part, une généalogie commune de la médecine en Orient et en Occident, se réclamant des maîtres Hippocrate et Galien, Rhazès et Avicenne, renforçait la légitimité de la médecine moderne, projetée sur un horizon universel.

Cependant, ces dernières années, des déceptions politiques et sociales en tous genres ont favorisé la nostalgie d'une tradition religieuse identitaire, et la revendication, sinon d'une médecine islamique, du moins d'une façon islamique de pratiquer la médecine, qui rétablirait spécificité et suprématie. En 1983, le journaliste pakistanais Ziyauddin Sardar publiait

---

4. Ludek Broz, Conversion to Religion ? Negotiating continuity and discontinuity in contemporary Altaï, Conversion after Socialism : *Disruptions, modernisms and technologies of faith in the former Soviet Union*, Mathijs Pelkmans, New York, Berghahn, p. 17-37.

5. Alain Roussillon, Identité et modernité. *Les voyageurs égyptiens au Japon (XIXe-XXe siècles)*, Paris-Arles, Sindbad/Actes Sud, 2005.

6. Cette reconstruction du Japon a d'ailleurs été contestée par des historiens qui ont montré que le Japon traditionnel avait été à tort assimilé à la vision samouraï qui n'était qu'un des modèles historiques possibles du passé, cf. Margaret Locke, *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*, Berkeley, University of California Press, 1993.

7. Voir par exemple en Tunisie Mahmoud Materi, « L'assistance médicale pendant cinquante ans de protectorat », *La Voix du Tunisien*, Tunis, 11 mars 1930, et *Itinéraire d'un militant*, Tunis, Cérès, 1992 ; Anissa El Materi Hached, *Mahmoud El Materi, pionnier de la Tunisie moderne*, Paris, Les Belles Lettres, 2011.

un ouvrage intitulé *The Touch of Midas*[8]. Il se faisait le porte parole d'intellectuels musulmans inquiets de la domination culturelle de l'Occident appuyé sur sa supériorité technique et son pouvoir d'innovation. Il proposait une alternative, l'invention d'une science ressourcée dans un islam exempt des péchés de l'Occident, comme l'absence de respect de la nature et de l'environnement[9]. Mais cette angoisse devant le dévoiement du progrès technique et l'inégalité sociale n'est-elle pas largement partagée entre Orient et Occident ? En Occident non plus, la médicalisation n'a pas tenu toutes ses promesses, soit que l'émergence de nouvelles épidémies ait nargué les espoirs d'éradication des grands fléaux, soit que tous les citoyens restent loin de bénéficier des progrès techniques, soit enfin que les traitements modernes aient fait oublier la complexité des plaintes et la globalité de la souffrance.

Renvoyant dos à dos ceux qui en tiennent pour l'irréductible spécificité de l'islam et ceux qui la nuancent ou la dissolvent, les hérauts d'une histoire mondiale qui ne ferait que commencer et ceux d'une Apocalypse à nos portes, ce livre s'intéresse au corps, objet commun de science et néanmoins toujours vécu par un sujet à la première personne. C'est dans le labyrinthe du corps, va pour la métaphore, que nous allons trouver un fil conducteur pour sortir de l'impasse historique des rapports des pays musulmans avec le reste du monde. Ce livre parle de l'islam, non comme une culture spécifique établissant une barrière et une différence irréductible, mais comme une modulation de problèmes largement communs aux uns et aux autres, à l'intérieur et à l'extérieur du Dar el-Islam.

Cultures diverses, certes, que celles du corps en Islam, celle des Bédouins du Prophète, des cours et des cités du premier Islam, des continents où il s'est propagé et de ceux où les migrants l'ont étendu. Le corps moderne en Islam, c'est l'enjeu et l'objet de ce livre qui espère encourager l'exploration d'aspects peu défrichés, sans parler de la diversité des pays, qui n'a pu ici qu'être effleurée, mais l'Islam revendique une vision universelle qui unifie la communauté, au nom d'une culture « commune quoique variable... »[10], dit la juriste tunisienne Amel Aouij-Mrad. Notre ouvrage se limite à la Tunisie, l'Égypte, l'Iran, le sultanat d'Oman, l'Algérie, le Maroc, la Somalie, la Mauritanie, laissant hors champ de vastes pans du monde musulman comme une grande partie de l'Afrique subsaharienne, l'Indo-

8. Ziyauddin Sardar éd., *The Touch of Midas. Sciences, Values and Environment in Islam*, Manchester, Manchester University Press, 1984. L'Occident est comparé au roi Midas, condamné dans la légende à voir tout ce qu'il touche changé en or et voué par conséquent à mourir de faim et de soif.

9. L'historien australien Roy MacLeod commentait favorablement l'ouvrage et son programme, tout en formulant quelques objections sur la spécificité des valeurs morales et politiques propres à une science islamique : Eastern and Western Approaches, *Nature*, 1985, 314, 293-294.

10. Amel Aouij-Mrad, L'impact de la religion sur la conception et la mise en œuvre du droit à la santé : le cas de la Tunisie, *Islams et Santé*, Laurence Kotobi et Anne Marie Moulin (éd.), *Sociologie et Santé*, 2010, 31, p.27-47.

nésie et d'autres pays encore. Nous espérons cependant avoir réussi la gageure de tracer une épure du labyrinthe du corps que nous avons entrepris d'explorer, avec des repères utilisables dans un horizon élargi. Par horizon élargi, nous entendons non seulement les autres territoires musulmans ou à majorité musulmane, mais les pays à minorité musulmane comme la plupart des pays d'Europe, à commencer par la France, pour une réflexion commune sur les ingrédients de la modernité médicale.

Dans l'exploration du labyrinthe du corps, le trajet historique n'est ni simple ni linéaire. Si les techniques de diagnostic et de traitement progressent, les mêmes questions fondamentales se reposent inlassablement. Les croyances en l'enfant endormi et les méthodes de procréation assistée, apparemment aux antipodes et opposables comme l'archaïsme et la modernité, se réfèrent également au désir d'enfant dans différents contextes, où la ruse technique fait écho à la ruse juridique. Aussi n'y a-t-il rien non plus de surprenant de voir qu'au moment même où le scanner magnétise les esprits et s'impose comme une référence commune au Yémen, en Iran et aux États-Unis, la foule afflue aux tombeaux des saints pour demander la guérison. La déconvenue relative vis-à-vis de la médecine « scientifique » n'est pas propre aux pays d'Islam, comme l'atteste la multiplicité en Europe des médecines dites alternatives, dont des mouvements charismatiques à visée thérapeutique et maniant l'exorcisme. C'est pour cela que sont associés ici des textes portant sur l'interaction entre savoirs que l'on pourrait être tenté de trier a priori entre traditionnels et modernes. Le passé est sans cesse réinvesti et réinventé au fur et à mesure que le présent nourrit de nouvelles espérances.

Dans l'étude du « labyrinthe » que représente le corps, nulle théorie médicale unitaire n'a réussi à s'imposer, scellant un code de conduite et un arbre décisionnel définitifs. La plupart des individus bricolent en fait un ensemble de croyances et de représentations hétérogènes. Ils combinent diversement les itinéraires thérapeutiques. Le dialogue qui se poursuit entre médecine et religion suggère que le corps peut être habité par des germes et/ou des démons, selon la version adoptée. D'ailleurs, rares sont ceux qui font leurs choix de manière de bout en bout cohérente. L'imagerie, réputée faire du corps un objet transparent, ne comble pas les attentes de ceux qui tentent une exploration des profondeurs d'une autre nature, inspirée par des courants de pensée fort divers, de la psychanalyse[11] au soufisme.

C'est mon travail d'historienne de l'immunologie qui m'a suggéré l'image du labyrinthe et de ses abysses. Au XIXe siècle, l'immunité servait de métaphore pour désigner la protection contre les infections, quelque chose de relativement simple : organisme contre microbes, rencontres de molécules, anticorps contre antigènes. Puis l'architecture de l'immunité s'est étendue à tout le corps humain avec l'apparition d'un système appelé système immunitaire, investi d'une fonction permanente et vitale, avec de

11. Fethi Benslama, *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*, Paris, Aubier, 2002.

multiples circuits et de nombreuses boucles de régulation[12]. L'immunologie, science du système immunitaire, a été projetée au premier plan de l'actualité avec le sida, affection virale s'attaquant au cœur du dit système. Pourtant, en dépit de sa modernité tapageuse, elle n'entre pas en contradiction absolue avec les anciennes conceptions du corps comme la théorie humorale. Celle-ci, avec ses quatre humeurs (sang, phlegme et les deux biles noire et jaune) s'est maintenue sans interruption sous différentes formes pendant deux millénaires, en Orient comme en Occident. Elle essayait aussi à sa manière d'interpréter les vicissitudes d'un corps baigné de liquides, en équilibre toujours instable au sein du macrocosme. Il y a là analogie, à la fois formelle et sémantique, avec le corps décrit par les immunologistes comme un réseau de cellules et de récepteurs en permanente interaction, avec des voies compliquées de signalisation. Des correspondances peuvent d'ailleurs être retrouvées avec d'autres visions du corps comme celle de la médecine indienne ou chinoise (explorant elle aussi de la surface à la profondeur à travers la prise des pouls)[13].

En Occident, la dissection a joué un rôle décisif dans l'histoire du savoir médical, au point de fonctionner comme métaphore de tout le travail intellectuel[14]. « Ouvrez quelques cadavres, et vous verrez dissiper l'obscurité », c'est l'exhortation de Bichat citée par Michel Foucault. « Elle m'arrache des larmes », disait mon maître Georges Canguilhem en fermant les yeux, et j'entends encore l'intonation de sa voix. La dissection guidait le regard dans le tréfonds des organismes en s'aventurant, couche après couche, plan après plan, toujours plus loin. Elle s'avérait en même temps toujours décevante, de par l'inaptitude du cadavre à fournir la raison ultime du vivant, de la morphologie à signifier la physiologie, des différents plans de coupe à proposer un modèle unique de fonctionnement, perceptible d'un seul coup d'œil et permettant d'espérer maîtriser la maladie. L'Orient n'avait pas ignoré la dissection comme le prouve entre autres l'œuvre d'Ibn Nafis au XIVe siècle[15]. Mais l'étape anatomique s'y est officialisée au XIXe siècle, au moment des retrouvailles entre savoirs européens, arabes et persans, avec intégration des abondantes données provenant de plusieurs siècles de dissection et de médecine opératoire sur les cadavres[16].

---

12. A.M. Moulin, *Le dernier langage de la médecine*, Paris, Presses universitaires de France, 1991.

13. Patrick Triadou, L'examen clinique et l'élaboration du diagnostic selon le Neijing Quanshi. Commentaire du Siwen datant de l'époque des Qing, *Méridiens*, 1994, 103, p.11-39; chapitre sur la médecine chinoise, dans Philippe Meyer et Patrick Triadou, *Leçons d'histoire de la pensée médicale*, Paris, Odile Jacob, 1996.

14. Rafael Mandressi, *Le regard de l'anatomiste. Dissections et invention du corps en Occident*, Paris, Seuil, 2003.

15. Ibn al-Nafîs, *Commentaire de l'anatomie du Canon d'Avicenne*, traduit par Amor Chadli et Ahmed Ezzine Barhoumi, Tunis, Simpact, 2006.

16. Voir par exemple, *Corrélations anatomo-fonctionnelles et imagerie de l'encéphale*, A. Lahlaidi et M. Jiddane (éd.), Rabat, Ibn Sina Éditions, 1996 (version trilingue arabe-anglais-français).

Aujourd'hui, il existe des méthodes plus douces que la dissection pour s'aventurer dans le labyrinthe du corps humain. La biologie instruit le diagnostic *in vivo* par de nombreux indices. Les techniques d'imagerie qui fournissent une série d'instantanés de l'intérieur du corps jouissent d'une grande popularité, en raison de leur caractère rapide, indolore, et bénin, ou du moins supposé tel[17]. Le corps demeure pourtant un labyrinthe dont l'exploration n'a pas épuisé les mystères. La causalité simple des affections (type « un germe, une maladie ») a fait place, au lendemain de la « révolution pastorienne » liée à l'essor de la microbiologie, à un mécanisme multifactoriel associant de nombreuses composantes en un cocktail mal défini[18]. La complexité des facteurs comme des stades des maladies échappe encore à une complète élucidation[19].

L'ouvrage collectif qui suit s'inscrit donc dans une anthropologie de la continuité entre passé et présent, Orient et Occident, pour son enquête sur le corps humain dans quelques pays musulmans d'aujourd'hui : comment le protéger, le comprendre, le guérir ?

1. Protéger les corps

La protection du, ou plutôt des corps, passe par la lutte contre les épidémies. En Occident, l'avènement de la santé publique a été marqué aux XVIIIe et XIXe siècles par le développement des « statistiques vitales » (démographie) et l'imposition d'un nouveau type de contrôle sur le corps des sujets, dont la vaccination obligatoire (contre la variole) a été le prototype[20]. Cependant, ces préoccupations étaient loin d'être absentes dans le monde musulman.

Salvatore Speziale est historien des épidémies au Maghreb. Il montre ici, sur la base de ses recherches dans les archives tunisiennes, que le souci de la santé publique a marqué, avant la colonisation, l'émergence des États musulmans modernes, prenant leurs responsabilités et soucieux de leurs prérogatives. Les essais de réforme, qui ont marqué plus ou moins simultanément la Méditerranée musulmane, en Turquie, en Égypte, au Maghreb, n'ont pas été le résultat des seules influences et pressions extérieures, et n'étaient peut-être pas inexorablement voués à l'échec[21].

---

17. A.M. Moulin et Jean-Louis Baulieu, L'imagerie et la nouvelle fabrique du corps humain, *Médecine/Sciences*, 2010, 26, 11, p. 993-998.

18. A.M. Moulin, Causalité, *Dictionnaire de la médecine*, D. Lecourt éd., Paris, PUF, 2004, p. 446-450.

19. *Social Determinants of Health, Assessing Theory, Policy and Practice*, Sanjoy Bhattacharya, S. Messenger and C. Overy, New Delhi, Orient Black Swan, 2010.

20. Dorothy Porter éd., *Health, Civilization and the State*, London, Routledge, 1999.

21. Odile Moreau, introduction, *Réforme de l'État et réformismes au Maghreb (XIXe-XXe siècles)*, Odile Moreau éd., Paris, L'Harmattan, 2009.

En Tunisie, c'est habituellement du bey Ahmed (1837-1855) que les historiens tunisiens datent le début d'une réforme de l'administration, qui n'a pas abouti, en raison de l'incompréhension de l'entourage et des résistances des grandes puissances. Salvatore Speziale propose une trajectoire qui vient de loin avec un débat entre dirigeants « réformateurs » et « traditionnalistes[22] ». Le souci s'impose au souverain, d'une population nombreuse et en bonne santé, comme un devoir en tant que berger de son troupeau (*raya*) ou même médecin de ses sujets[23]. La fabrication de l'État moderne (*dawla*), selon la tradition illustrée par les dynasties successives, comporte la formation d'une administration spécialisée prenant en charge la supervision des affaires et la protection des intérêts publics. Ces derniers incluent logiquement les aspects sanitaires, notamment aux frontières et dans l'intérieur du pays en cas d'épidémies, et la gestion des hôpitaux, fondations pieuses auxquelles sont alloués des *waqfs* (biens de mainmorte comparables à ceux du clergé français avant la Révolution).

Le bey Hammouda (1759-1815), que présente ici Salvatore Speziale, est contemporain d'autres souverains réformateurs, Mohammed Ali en Égypte et Mahmoud II dans l'empire ottoman. Modernisation rime alors avec occidentalisation. Des médecins européens s'installent et enseignent dans les capitales du Caire et d'Istanbul. Mais si la modernisation passe souvent par l'appel d'experts occidentaux, il ne s'agit pas seulement d'un transfert, mais d'une appropriation des outils de la science, une renaissance que la « médiation européenne » facilite sans plus[24].

La science médicale européenne est d'ailleurs loin d'être unanime tant sur l'origine de la peste que sur les moyens de la combattre. Dix ans après la mort de Hammouda bey en Tunisie, en 1827, le Dr Antoine Barthélemy Clot a été embauché par Mohammed Ali, pacha d'Égypte, pour réformer l'hygiène de l'armée égyptienne et finalement fonder l'École de médecine du Caire[25]. Clot s'oppose fortement aux théories admettant la contagiosité de la peste. Il leur préfère celle du « foyer » : la peste naitrait dans le sol, d'un mélange de miasmes atmosphériques et de saleté. Il prône en conséquence avant tout l'amélioration de l'hygiène, mais là se heurte au pacha qui, comme Hammouda bey avant lui, vit la peste comme un état de siège contre l'ennemi. Les quarantaines en Égypte, notamment dans le port d'Alexandrie, non seulement ne sont pas démantelées mais renforcées, car le pacha est sensible au moyen de contrôle et à la démonstration de puis-

22. Leila Temime-Blili, Réformes politique et vie privée à la cour beylicale de Tunis au XIXe siècle (1830-1881), *Réforme de l'État et réformismes au Maghreb (XIXe-XXe siècles)*, Paris, 2009, p. 91-116.

23. S. Gubert, *Le maitre dans tous ses états. Sujétion, théologie politique et royauté. Dynastie mérinide (VIIe-IXe-XIIIe-XVe siècles)*, thèse, Paris, EHESS, 2004.

24. Pascal Crozet, *Les sciences modernes en Égypte. Transfert et appropriation (1805-1902)*, Paris, Geuthner, 2008, p. 155.

25. A.M. Moulin, L'esprit et la lettre de la modernité égyptienne. L'enseignement médical de Clot bey, *La France et l'Égypte à l'époque des vice-rois 1805-1882*, D. Panzac et A. Raymond (éd.), *Cahier des Annales islamologiques*, IFAO, 2002, 22, p. 119-134.

sance qu'elles représentent à ses yeux. En 1832, Mohammed Ali essaie même de remanier le Conseil sanitaire d'Alexandrie[26], où siègent de droit les consuls étrangers, selon le modèle courant autour de la Méditerranée[27], en le peuplant exclusivement de fonctionnaires égyptiens. Sa tentative fait long feu et finalement échoue, avec le retour des grandes puissances au sein du conseil, qui bloquent les projets de grandeur du pacha. On peut au passage entrevoir dans cette nationalisation avant la lettre une préfiguration de ce qui se passera avec Nasser sur le canal de Suez en 1956, un siècle et demi plus tard.

L'adoption de la vaccination jennérienne par les souverains d'ici et d'ailleurs représente un autre moyen que les quarantaines de protéger les populations contre les pestilences. Soutenu ardemment par son inventeur anglais Edward Jenner, le vaccin a fait rapidement le tour de l'Europe et même du monde, y compris l'Orient musulman[28]. L'historienne Sylvia Chiffoleau décrit les étapes de son adoption, et les difficultés rencontrées, liées non seulement à la résistance des populations à l'intervention autoritaire de l'État mais aux aléas d'une technique difficile à mettre en œuvre. Elle évoque les modifications induites dans les mœurs par une pratique bouleversant les schémas sociaux de l'espace et du temps, et imposant peu à peu le modèle d'un corps investi et marqué par la médecine[29]. Le terme de calendrier vaccinal est aujourd'hui tellement entré dans les mœurs que nous n'en mesurons plus l'audace : le calendrier n'est-il pas frappé au sceau du religieux, la naissance du Christ, l'hégire, le repos du dimanche ou du sabbat ?

Depuis le début du XIXe siècle, la contrainte sanitaire a fini par imposer la vaccination en dépit des résistances. Mais l'Histoire ne dit jamais son dernier mot. Des interrogations nouvelles émergent avec la complication croissante des stratégies vaccinales. Les mesures collectives apparaissent comme un carcan à ceux qui mettent en avant la singularité des organismes individuels : par exemple, à la diversité des individus, génétique et autre, répondrait mieux une vaccination « à la carte », adaptée au style de vie et à la constitution de chacun. La crise de la pandémie grippale de 2010 travaille les esprits : sur la foi des nouvelles connaissances, ne faut-il pas réfléchir sur une nouvelle stratégie face aux épidémies ? Et les stratégies imposées globalement par les institutions internationales correspondent-elles aux besoins locaux des pays ?

---

26. N.E. Gallagher, *Egypt's Other Wars : Epidemics and the Politics of Public Health*, Syracuse University Press, Syracuse, 1990. LaVerne Kuhnke, *Lives at Risk : Public Health in Nineteenth-Century Egypt*, Berkeley, University of California Press, 1990.

27. Sylvia Chiffoleau éd., *Politiques de santé sous influence, Afrique, Moyen-Orient*, Paris, Maisonneuve et Larose, 2005.

28. A.M. Moulin, La vaccine hors d'Europe. Ombres et lumières d'une victoire, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2001, 185, 4, p.785-795.

29. A.M. Moulin, Les vaccins, l'État moderne et les sociétés, *Médecine/Sciences*, 2007, 23, 4, p.428-434.

Ces interrogations, stridentes dans les pays occidentaux, se font aussi entendre ailleurs, de la Russie au Yémen. La stratégie vaccinale avait jadis été retenue comme ligne de conduite universelle par l'OMS, à la Conférence internationale d'Alma Ata, au Kazakhstan, en 1978, qui a été le chant du cygne de l'URSS. Elle est aujourd'hui appuyée par de grandes fondations internationales comme celle de Bill Gates, qui promeut l'implantation des vaccins les plus récents comme celui contre le cancer du col en Égypte. Ces aides humanitaires suscitent des remous sur des choix imposés aux pays qui auraient pu retenir d'autres priorités.

La trajectoire de la santé publique n'est donc nullement exempte de méandres et de renversements, qui amènent à réfléchir sur les façons de faire d'aujourd'hui, en comparaison avec celles du passé. Quarantaines et vaccins ont ainsi retrouvé récemment une actualité avec les maladies émergentes, elles-mêmes liées à l'unification de la planète. Comme tout ce qui a trait à la globalisation, la santé sans frontières dans un espace où circulent les germes est d'ailleurs un thème qui ne manque pas d'ambivalences inquiétantes. L'espace des microbes est aussi l'espace nu du marché et du déploiement des multinationales dans le domaine de la santé comme ailleurs. Il faut repenser, à nouveaux frais, la lutte contre les épidémies, en se gardant d'un triomphalisme facile et des sortilèges d'une vérité unique, nécessairement bonne pour tout le monde[30].

Prévenir la maladie pour conserver l'état de santé, c'était le but affiché de la médecine arabe et persane, par le biais d'un de ses maîtres les plus respectés, Avicenne dans son *Canon*. Cette médecine pluriséculaire n'avait pas grand chose de spécifiquement musulman tout en s'inscrivant dans un contexte imprégné de religion. Comment comprendre la contribution de l'Islam à l'histoire de la médecine ?

Interpréter le corps

Que dit l'Islam sur la médecine ?

Il existe dans le Coran, texte révélé par Dieu à son Envoyé Mohammed au VIe siècle après J-C, peu de passages directement relatifs à la santé et à la maladie et encore moins à la médecine. Cependant, le jeûne du mois de Ramadan et la prière font partie, avec la profession de foi (*shahada*), le pèlerinage à la Mecque (*hajj*), et l'aumône légale ou *zakat*, des cinq piliers de l'islam, et l'un et l'autre s'adressent au corps. Les tabous alimentaires, avec le refus des viandes non égorgées et l'interdit du porc, sans atteindre la minutie du code juif de la *kacherouth*, s'intègrent dans la vie quotidienne. La prière surtout, cinq fois par jour, est encadrée de multiples prescrip-

30. Frédéric Keck, *Un monde grippé*, Paris, Flammarion, 2010.

tions quant à l'état de pureté du fidèle, interrompu par les principales fonctions physiologiques (miction et défécation, coït et menstruation...)[31] qui imposent des ablutions codifiées, sans parler du bain hebdomadaire recommandé (nuit du vendredi). Toute sortie de liquides organiques par les orifices naturels remet en cause la pureté, ce qui peut déclencher, chez certaines personnes doutant de leur état de grâce, des crises d'angoisse et des rites compulsifs. La toilette (soins des cheveux et de la barbe[32], épilation[33]) fait l'objet de multiples indications où des commentateurs ont pu voir les prémices d'une hygiène moderne.

L'Islam est considéré traditionnellement comme une religion moins rigoriste et ascétique que le christianisme, plus attentive aux besoins physiologiques, notamment à la sexualité, peu soucieuse d'imposer des idéaux impossibles qui risqueraient d'engendrer des désordres. De nombreux commentateurs insistent sur la facilité de la religion au quotidien : pas de privations excessives, un souci du corps et de son plaisir reconnu et légitimé.

Le prophète n'était pas un simple chamelier ; par sa famille et ses alliances matrimoniales, il possédait de puissants appuis claniques et des traditions controversées suggèrent même qu'il savait lire. Les éléments médicaux du Coran sont cependant en petit nombre : parmi eux, la valeur thérapeutique du miel, attestée par la sourate des Abeilles[34]. Le miel est resté dans la plupart des sociétés musulmanes un aliment très recherché pour sa valeur nutritive, son arôme et ses effets sur les infections de la gorge et des poumons.

Mais plus que le Coran, ce sont les *hadiths*, aphorismes attribués au Prophète, collectés et authentifiés par des chaines de transmission de témoins (*silsila*), qui constituent pour la vie quotidienne le texte de référence. Ils forment avec le Coran ce qu'on appelle la *sunna*. Les *hadiths* ont été compilés par six auteurs chez les sunnites, quatre chez les chiites (les nombreux tomes de Boukhari et Muslim sont consultables aujourd'hui sur Internet). Ils fournissent, en prenant le Prophète comme modèle, de multiples indications sur l'hygiène et les soins du corps. Parfois contradictoires entre eux, ils ont alimenté des controverses entre écoles juridiques. Par exemple, certains *hadiths* suggèrent un fidéisme ou l'abandon (*tawakkul*) à la volonté de Dieu et au destin fixé par lui. Mais la plupart encouragent les malades à rechercher activement la guérison, fût-ce avec l'intercession des saints (*wali*). Un *hadith* inlassablement cité proclame qu'il n'y a pas de maladie sans remède, ce qui ouvre grande la voie à l'innovation thérapeutique. Plus généralement, nombreux sont les *hadiths*

31. Z. Maghen, *Virtues of the Flesh. Passion and Purity in Early Islamic Jurisprudence*, Boston, Brill, 2005.

32. F. Aubaile-Sallenave, Les soins de la chevelure chez les musulmans au Moyen Âge, *Actes du IIIe Colloque international, Les Soins de Beauté*, Nice, 1987, p.348.

33. A.M. Moulin, La « Question du Poil » en islam, in M.-F. Auzépy et Joël Cornette (éd.), *Histoire du Poil*, Paris, Belin, 2011, p.47-70.

34. Le Coran, sourate des Abeilles (Sourate 16).

encourageant la quête de la science, « du berceau à la tombe » et « jusqu'en Chine », etc. Les progrès des sciences, grâce à l'intelligence qui est un don fait par Dieu à l'humanité, sont donc parfaitement légitimes. En Orient comme en Occident musulman, l'enseignement dans les mosquées-universités a inclus pendant des siècles la lecture et le commentaire des œuvres de maîtres respectés comme Zahrawi (Abulcasis), Ibn Rouchd (Averroès), Ibn Sina (Avicenne).

La médecine du Prophète a commencé à être mise par écrit au IXe siècle, à l'époque abbasside, pour trouver une forme véritablement codifiée au XIVe siècle par Ibn al-Qayim[35] et plus tard par Suyuti[36]. Elle comporte des éléments empruntés à la vie du Prophète, des conseils d'hygiène, des recettes, des listes de plantes. À l'égard de cette médecine, l'historien (et sociologue) Ibn Khaldoun dans ses *Prolégomènes* écrits au XIVe siècle, s'était montré assez critique dans un paragraphe souvent cité[37], où il la réduisait à la reprise d'usages datant des Bédouins d'Arabie au VIIe siècle, sans commune mesure ou lien direct avec l'essor formidable des sciences dans les siècles ultérieurs. Mais la médecine du Prophète, loin de représenter un reliquaire intouchable, est en fait un corpus hétérogène élaboré dans la longue durée : quand on y regarde de plus près, il se trouve avoir intégré des apports préislamiques et surtout des éléments de la médecine médiévale gréco-arabe, manifestant clairement l'influence des théories humorales du corps.

Chez les chiites, il existe une littérature analogue à la Médecine du Prophète, attribuée aux imams qui ont assuré la succession à partir d'Ali, le gendre de Mahomet, jusqu'au douzième imam qui a disparu, on dit qu'il s'est « occulté » (il reviendra un jour instaurer le règne de Dieu). Les conseils de l'imam Reza, assassiné en l'an 203 de l'Hégire, dans une lettre acceptée par les lettrés comme authentique, sonnent familiers aux lecteurs d'Hippocrate[38]. Le corps est baigné par des humeurs qui changent selon les saisons. Tout l'art du médecin consiste à rééquilibrer le composé humain, en faisant appel aux qualités contraires des aliments (chaud/froid) et aux émonctoires naturels (purgatifs, laxatifs, vomitifs) et médicaux (saignées, ventouses et vésicatoires).

Chez les chiites comme chez les sunnites, la médecine prophétique est donc bien autre chose qu'une collection de recettes des bédouins du Hijaz. Ses versions les plus récentes, en vente dans toutes les librairies du monde

---

35. Ibn Qayim al-Jawziyah, *Al Tibb al-Nabawi, The Prophetic Medicine*, Cairo, Dar al-Fikr al-Arabi, 1984. Ibn Qayim était un disciple d'Ibn Taymiyya. qui est considéré comme une source d'inspiration majeure pour les traditionnalistes d'aujourd'hui. Il est mort à Damas en 1350. Voir par exemple *L'authentique de Ibn al-Qayim. La Médecine du Prophète*, Tawbah, 2010 (maison d'édition en ligne).

36. Al Suyuti, *La médecine du Prophète*, Alger, Al Bouraq, 2004.

37. Ibn Khaldoun, *Prolégomènes*, édition et traduction par le baron de Slane, Paris, Imprimerie impériale, 1863, t. III, p. 164.

38. *Il trattato aureo sulla medicina attributo all'imâm 'Ali al-Ridâ*, édité par Fabrizio Speziale, Palermo. Offici di Studi medievali, 2009.

arabe et sur les marchés, offrent, à travers le comportement canonisé du Prophète, un guide de vie adaptable à chacun, en fonction des ressources locales. Elle ne saurait tout uniment être opposée à une médecine « scientifique » dont elle porte elle-même la trace, pas plus qu'on ne saurait opposer science et religion.

Religion et médecine

Cependant, on peut s'interroger sur le statut réciproque de la médecine et de la religion. Certains *hadiths* établissent à la fois un parallèle et une complémentarité entre la religion, science des âmes, et la médecine, science des corps. Ce parallèle est démenti ailleurs. À l'avènement de l'Islam, les sciences existantes, non islamiques par définition, furent dénommées anciennes, c'est-à-dire préislamiques, tandis que les sciences religieuses prenaient le nom de sciences nouvelles. La révélation mohammedienne assigne au temps une origine et une polarité. Le passé est rejeté comme *jahiliyya,* l'ère de l'ignorance.

Aujourd'hui, religion et médecine se présentent parfois dans une relation inverse, assignant un sens différent à tradition et modernité. La médecine serait modernité par essence, constamment tirée par le désir d'innovation, dans l'espoir du progrès. L'avancée des technologies permettrait un diagnostic toujours plus précis des défaillances des organes, susceptibles d'être réparés et même remplacés. Le dépistage des maladies, toujours plus précoce, se déplacerait vers la conception. L'espoir s'éveille d'une maîtrise d'une génération sans erreurs, et aussi d'une restauration du corps jusque dans l'extrême vieillesse. Chaque technique nouvelle dévalorise puis efface celle qui l'a précédé. « La technique est privée de passé; elle efface ses traces au fur et à mesure qu'elle avance, et n'a en vue que l'outil à venir, plus performant »[39]. L'idée d'un progrès chronophage, abolissant sa trace comme le dit si bien Paul Ricœur, rend difficile la thésaurisation d'une expérience, d'un savoir-faire ancien peu à peu dévalorisé et tôt oublié car non transmis avant de devenir intransmissible.

En contraste, la religion représenterait des valeurs fondatrices, un message immuable. L'Islam tient les faits et gestes du Prophète comme un modèle pour toutes les générations à venir dans un temps sacralisé et clôturé par un jugement dernier, à l'exact opposé d'une science en progrès sans limites. Les conditions de l'alliance de Dieu et des croyants[40] ont été formulées dans un texte sacré qui annonce dans l'avenir la disparition de la division entre *Dar al-Islam* et *Dar al-Harb*, comme la division à l'intérieur de la communauté entre ceux qui suivent le droit chemin et ceux qui

39. Paul Ricœur, *La critique et la conviction*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p. 151.

40. Pour des positions similaires dans le christianisme, voir Jean-Marie Lustiger, *Le choix de Dieu, Entretiens avec Jean-Louis Missika et Dominique Wolton*, Paris, Éd. de Fallois, 1987.

en dévient. Dans ce contexte, l'innovation peut devenir difficile à légitimer. Une solution peut consister à retrouver dans les arcanes du Livre saint les prémisses des découvertes les plus récentes telles le code génétique ou les avancées de la biologie moléculaire, comme le fait une abondante littérature très populaire.

Abordant les rapports entre médecine et religion, l'historien Hormoz Ebrahimnejad montre qu'exhumer les inventions de la biologie moderne dans le Coran pour assurer la conformité religieuse de la science contemporaine est loin de constituer la solution ou même le seul compromis acceptable. Il a dépouillé de nombreux documents détaillant le fonctionnement des hôpitaux au XIXe siècle, au moment du mouvement réformiste sous les shahs Qadjar[41]. La médecine est loin d'avoir rompu ses amarres avec la religion quand l'école moderne (Polytechnique) de *Dar el-Fonûn* a été fondée sous le shah Naser-ed-Din, à Téhéran en 1851 : l'École de médecine a commencé à fonctionner avec des *hakims* persans imprégnés de la médecine de Galien et d'Avicenne. Hormoz Ebrahimnejad relate la formation composite de ces médecins qui n'ont pas perçu la nouvelle anatomie et la nouvelle physiologie comme subversives à l'égard de la religion.

En Égypte, sous Mohammed Ali, l'histoire s'est déroulée de manière un peu différente. Si les lettrés de la mosquée d'al-Azhar ont joué un grand rôle en fournissant des traducteurs des ouvrages européens et des candidats aux écoles modernes d'ingénieurs et de médecins, ils ont été progressivement tenus à l'écart du mouvement scientifique, en particulier à l'époque de l'occupation anglaise. Après l'indépendance, à la période nassérienne, sous l'impulsion d'un ministre de l'Éducation nationale moderniste, le célèbre écrivain aveugle Taha Hussein[42], le problème s'est reposé de l'accès des religieux aux sciences modernes. Il y avait là un enjeu important pour les *ulemas* qui avaient perdu la possibilité d'exercer des fonctions exigeant la connaissance du monde moderne comme les règles juridiques internationales et le droit des affaires, et se retrouvaient détenteurs d'un savoir sans guère de prise sur le monde. Les grandes familles tendaient désormais à envoyer leurs rejetons dans les écoles étrangères et les universités modernes. Des réactions tumultueuses à al-Azhar eurent lieu en 1961, lorsque le texte préparatoire à la réforme de l'enseignement égyptien osa critiquer la vénérable institution :

> « Al-Azhar n'a pas su trouver le chemin qui l'aide à participer au mouvement de renouveau qui le mette en accord avec son siècle... Ses diplômés sont encore aujourd'hui des hommes de religion (*rijâl al-Din*)

41. Hormoz Ebrahimnejad, *Medicine, Public Health and the State: Patterns of Medical Modernization in Nineteenth-Century Iran*, Leiden, Brill, 2004.

42. La cécité liée au trachome était alors un véritable fléau en Égypte. Les aveugles voient ce qui reste invisible aux autres. C'est la métaphore proposée dans son autobiographie par un avocat français né à Alexandrie en 1906 et devenu aveugle, Jean Dideral, *Égypte mes yeux mon soleil*, Paris, Éditeurs français réunis, 1969.

> qui ne s'attachent qu'à peine de manière utile aux sciences de ce monde. Or l'islam, dans sa réalité première, ne fait pas de différence entre la science de la religion (*din*) et la science de ce monde (*dunya*)... Chaque musulman doit être à la fois un homme de religion et un homme du monde »[43].

Après avoir hésité, Nasser choisit finalement de développer au sein même d'al-Azhar des cycles de pharmacie, de médecine, d'ingéniérie, destinés à faire de l'*azhari* un étudiant comme les autres, se consacrant aux sciences naturelles dans l'intention de faire advenir un monde d'ici bas conforme à la *chari'a* et d'harmoniser les deux mondes, *din wa dunya*[44].

Les ulemas d'Al Azhar ne sont pas unanimes dans leur appréciation de cette réforme. Certains réalisent la difficulté de dominer aujourd'hui l'ensemble des savoirs et craignent d'être à la fois de piètres théologiens et de mauvais scientifiques, et de perdre de vue leur objet principal. Le pari demeure d'accéder à un savoir spécialisé utile à la société d'aujourd'hui, tout en maintenant que la religion a son mot à dire sur toute activité humaine.

Au cours du temps, les sciences religieuses ont tendu à être assimilées à la tradition, en un sens conservateur et élogieux, tandis que l'innovation devenait suspecte. À l'époque contemporaine, ce sont au contraire les sciences naturelles, invoquant la rupture avec un Moyen Âge présenté comme obscurantiste, qui se sont positionnées comme le symbole et le vecteur de la modernité.

Interpréter le corps. Le droit

Une fameuse sentence, souvent rabâchée, énonce la fermeture des portes de *l'ijtihad* ou interprétation de la Loi. Elle aurait eu lieu, suivant les uns au terme des quatre premiers califats, selon d'autres après la fixation des quatre écoles juridiques de l'Islam, soit au xe siècle, De fait, malgré les condamnations répétées des innovations (*bida'a*) dans la *chari'a*, une grande partie des juristes de l'Islam se consacre toujours à l'adaptation de prescriptions soi-disant intangibles à des situations inédites, en raisonnant par analogie avec ce qui est déjà contenu dans les ouvrages de *fiqh* ou droit islamique[45].

---

43. Cité par Malika Zeghal, *Les gardiens de l'islam. Les oulémas d'Al Azhar dans l'Égypte contemporaine*, Paris, Presses de Sciences Po, 1996, p. 122.

44. Nicolas de Lavergne, De l'école coranique à l'université d'Al-Azhar, *L'Égypte au présent. Inventaire d'une société avant Révolution*, Vincent Battesti et François Ireton (éd.), Paris, Sindbad, 2011, p. 641-655.

45. Nombreux exemples dans *Droit et Culture*, 2010, 50, Corinne Fortier, éd., consultable en ligne http://droitcultures.revues.org/1923.

Le dispositif du droit, a en effet, toujours manifesté une certaine plasticité, y compris dans des domaines qu'on aurait pu imaginer verrouillés, comme la protection de la filiation légitime[46]. Un bon exemple est le thème de l'enfant endormi, dont traitent ici deux anthropologues, Joël Colin[47] et Corinne Fortier. Il a toute la respectabilité d'une tradition qui remonte à l'imam Malek, l'un des fondateurs de l'école juridique qui porte son nom.

Le Coran ne porte pas d'indication précise de la durée de la grossesse, mais parlant de la mère et de l'enfant, il dit que: « Sa mère l'a porté et enfanté avec peine. Depuis le moment où elle l'a conçu jusqu'à l'époque de son sevrage, trente mois se sont écoulés » (Coran, 36, 15). Les juristes musulmans en ont déduit que la durée minimale de la grossesse était de six mois (six plus 24), mais se sont divisés sur la durée maximale, de neuf mois à deux voire quatre ans. Jusqu'à aujourd'hui, des reconnaissances d'enfants « tardifs » ont été prononcées par les juges saoudiens. Une interprétation bienveillante, bien loin d'y voir une absurdité contrevenant à l'évidence, décèle la sagesse des ulémas, devant le châtiment encouru par les femmes adultères. Le juriste palestinien Sami Aldeeb Abu-Sahlieh voit même dans ce laxisme une « revanche des femmes »[48]. Un roman de Tahar ben Jelloun fait état d'une femme qui ayant trompé son mari pendant son séjour à l'étranger vit dans l'angoisse d'être démasquée: heureusement l'enfant de l'amour ne ressemblera à personne.

Toutes les histoires ne se terminent pas aussi bien. On peut se demander à cet égard si la loi civile, instaurant ces dernières années un délai de grossesse qui ne dépasse pas un an, en Égypte ou au Maroc par exemple, en se référant à la seule science biologique, n'a pas fait violence au secret des femmes, en mettant fin à la ruse conjuguée des juristes et du sexe féminin. Une telle alliance reste pourtant possible: en matière de viol, les juristes égyptiens autorisent la réfection de l'hymen et le mensonge au mari, alors même qu'ils se refusent à légiférer sur la pratique des tests prénuptiaux (dépistage du VIH et de l'hépatite), sous prétexte que la « sincérité » fait partie de l'éthique conjugale en islam, et que les époux doivent se faire part mutuellement de leurs « tares » éventuelles (à supposer qu'ils les connaissent, ce qui n'est pas toujours le cas !).

En France, le débat autour de la loi sur la levée du secret des inséminations avec donneur fait état d'une sorte de droit à la « vérité » des intéressés, en s'appuyant sur les bénéfices d'une révélation des facteurs de risque héréditaires. Les prouesses des biologistes remettent en cause l'ancienne sagesse des juristes s'en tenant au fond à l'adage: « *Pater is est quem nuptiae demonstrant* ». La revendication du « droit de savoir », suit celle de l'autonomie des individus vis-à-vis des contraintes du groupe. Le

---

46. Corinne Fortier, Le droit musulman en pratique: genre, filiation et bioéthique, *Droit et culture*, *op.cit.*, p.15-40.

47. Auteur de *L'enfant endormi dans le ventre de sa mère. Étude anthropologique et juridique*, Perpignan, Presses universitaires de Perpignan, 1998.

48. Sami A. Aldeeb Abu-Sahlieh, L'éthique sexuelle en droit musulman et arabe, cas de l'Égypte, passé, présent et avenir (manuscrit communiqué par l'auteur), 2000.

libéralisme post-moderne pèse en faveur de cette extension du droit de savoir et engage dans une voie qu'on peut dire expérimentale, aux conséquences en partie inconnues[49].

En terres d'Islam, la multiplication des méthodes de fécondation *in vitro*, admises pourvu que le donneur de sperme soit le mari, a aussi entraîné une révolution. Elle a fait prendre conscience à quel point la fabrication d'un enfant était un événement socialement construit. Bien loin de fermer la bouche aux religieux, les innovations de la biologie contemporaine les incitent à donner du sens à un processus qui n'est jamais « naturel » de part en part. Le développement d'une bioéthique, suscité par une réflexion sur les nouvelles techniques, a été l'occasion pour eux de prendre la parole et de se positionner sur la scène locale et internationale[50]. En 2000, une femme chirurgien, le Dr Wafa Fageeh, a effectué à l'hôpital du roi Fahd de Djedda la première greffe d'utérus sur une femme stérile[51]. L'utérus a dû être enlevé après trois mois, mais cette première (ou presque) de la transplantation sur le sol sacré de l'Arabie s'est inscrite dans l'espace global, où elle a été longuement discutée du point de vue technique et éthique, de ses conditions de possibilité, un écheveau passionnément discuté à la Mecque comme à Londres et Georgetown.

Le mufti et le médecin

La morale médicale a été représentée pendant des siècles par le serment d'Hippocrate, qui a symbolisé la respectabilité de la profession. Tous les pays musulmans ont élaboré une version de ce serment, par exemple en Égypte au moment de la fondation de l'école du Caire et dans la plupart des pays musulmans à des dates échelonnées au long du XXe siècle avec l'ouverture des facultés de médecine respectives (Beyrouth 1867, Damas 1912, Tunis et Rabat 1961, Sanaa 1985, Mascate 1986, etc.).

Au moment du procès de Nuremberg, les abominations des médecins nazis ont amené à douter de ce préjugé d'honorabilité et à faire appel à des juristes pour réfléchir plus précisément sur les conditions morales de l'exercice de la médecine. L'exploration du passé a révélé bien des manquements à la morale dans la recherche expérimentale, en Europe comme aux États-Unis[52].

Cette remise au zéro du compteur de l'histoire négligeait le fait que pendant des siècles, de nombreux aspects éthiques de la médecine avaient

---

49. Marie Gaille, *La valeur de la vie*, Paris, Les Belles Lettres, 2010.

50. A.M. Moulin, Bioéthique en terres d'Islam, *Bio-éthique et cultures*, Paris, UNESCO, Vrin, 1991, p. 85-96.

51. W Fageeh *et al.*, *Transplantation of the Human Uterus International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 76, 3, 245-251

52. Christian Bonah, *L'expérimentation humaine, discours et pratiques en France, 1900-1940*, Paris, Les Belles Lettres, 2007. Sonia Shah, *Body Hunters, Testing New Drugs on the World's Poorest Patients*, The New Press, 2006.

été discutés, tels qu'avortement et contraception, responsabilité du médecin, rapports avec le patient, expérimentation humaine, limites de la vie et de la mort etc. La présentation d'un nouveau départ de l'éthique reflétait toutes sortes de préoccupations dont le choc des abominations nazies n'était qu'une composante : la nécessité d'épuration mais aussi la consolidation du pouvoir médical, la confiance en le progrès scientifique, renforcée par le succès éclatant du premier antibiotique, la pénicilline, à partir de 1944.

L'éthique, rebaptisée bioéthique, a d'abord privilégié les nouvelles technologies qui semblaient retoucher radicalement la nature, comme la transplantation d'organes et les méthodes de procréation assistée, puis a élargi son champ d'application à d'autres domaines. Les comités d'éthique locaux se sont alors multipliés, au point de constituer aux États-Unis une bureaucratie indépendante surplombant la profession médicale. Le manuel anglo-saxon de Beauchamp et Childress (1979) a énoncé des principes passés en bréviaire : « *benevolence, non-malevolence* », autonomie du malade, évaluation de la relation bénéfice/risque, recueil du consentement informé etc, sur lesquels se sont alignés un grand nombre de comités en Europe et même de par le monde. En France, en 1983, le Comité national avait d'abord pour mission d'ouvrir un espace de discussion intéressant les différentes familles de pensée avant de formaliser sa démarche sous forme d'Avis[53]. Dans le domaine international, l'éthique s'est particulièrement intéressée aux essais cliniques impliquant la coopération entre plusieurs pays et a formulé des directives imposées aux équipes[54].

À leur tour, les pays musulmans se sont mis à élaborer leur jurisprudence[55]. Une floraison de textes et de comités a vu le jour. Il y avait un défi à relever pour affirmer la contribution de l'Islam à la moralisation de la profession médicale et des pratiques de santé. La Tunisie a constitué son comité national d'éthique en 1994 avec une revue, l'Égypte en 1996, le Maroc et la Jordanie en 1999, l'Algérie en 2007[56]. Ces comités tendaient à être avant tout peuplés de médecins. C'est une biologiste marocaine, Nouzha Guessous-Idrissi, qui a longtemps présidé le comité international de bioéthique de l'UNESCO[57]. Devançant ces comités à l'occidentale, s'étaient développées des instances musulmanes internationales, où les religieux avaient la majorité, telles que le Conseil de l'Académie de jurisprudence de la Ligue islamique mondiale, rattaché à la Ligue créée en 1962 à La Mecque, et l'Académie internationale de jurisprudence, dépen-

53. A.M. Moulin, Medical Ethics in France, *Theoretical Medicine*, 1989, 9, p. 271-285.

54. *Genre, inégalité et religion*, Charles Becker éd., Paris, AUF-Éditions des Archives contemporaines, 2007.

55. A.M. Moulin, Bioéthique en terre d'Islam, *Éthique et Cultures*, UNESCO, réédité dans *Sociologie et Santé*, 1991, p. 85-96.

56. Abdelhafid Oussoukine, Le comité d'éthique algérien face à la concurrence bureaucratique et religieuse, *Journal international de bioéthique*, 2007, 18, p. 1-2.

57. Nouzha Guessous-Idrissi, L'UNESCO et l'éducation et la formation de la bioéthique, *Journal International de Bioéthique*, 2010, 21.

dant de l'Organisation de la Conférence islamique, créée en 1969 et située à Djedda.

Cependant, longtemps avant ces institutions modernes, les religieux exerçaient un magistère spirituel et tentaient de résoudre les cas de conscience concrets de leurs fidèles, proches en cela des confesseurs des siècles passés comme des psychanalystes occidentaux[58], qui proposent aussi à leurs fidèles une thérapie spirituelle qui les réintègre dans leur société. Sandra Houot, anthropologue juridique, souligne la profonde parenté entre les avis des comités d'éthique en Occident et les *fatwâs* qui se traduisent en français d'ailleurs par le même mot, avis. La saisie des questions, posées par un fidèle, un groupe ou même une institution, s'opère comme pour un comité d'éthique. La *fatwâ*, « outil légal à valeur non légiférante », selon la formule de Sandra Houot, joue un rôle important dans la société où, largement diffusée, elle participe à l'élaboration d'une véritable jurisprudence. En se référant aux textes fondamentaux tout en faisant preuve d'un réel pragmatisme, le mufti fournit une « éthique en contexte » qui prend en compte les réalités et les besoins des fidèles[59].

Pour illustrer le fonctionnement de la bioéthique en pays musulman, Sandra Houot a élu le mufti le plus connu de la région, le syrien Sa'id Ramazan al-Bûti. Ce cheikh, d'origine modeste et d'ascendance kurde, après des années de formation à al-Azhar, a progressivement accédé au rang d'arbitre religieux de la société, et a su se tailler, dans un pays difficile comme la Syrie, une place protégée. Par ses positions restrictives envers le droit des minorités (comprenons la sécession kurde), faisant preuve d'une grande souplesse à l'égard d'un état autoritaire, il a acquis une certaine marge de manœuvre. Modéré en politique, il a condamné le terrorisme, usant de formules exécratoires à l'égard de ce qu'il assimile à un suicide déguisé et considère comme une violence illégitime contre des non-combattants[60]. Le cheikh vient régulièrement faire des conférences en France, invité par des responsables de mosquées. En revanche, comme il ne parle ni anglais ni français, et n'a pas été traduit dans une langue occidentale, son audience est limitée à la sphère arabophone. Il traite pourtant des mêmes problèmes que les membres du Comité national d'éthique français, que Dominique Memmi appelle joliment « les gardiens du corps »[61].

Écrivant régulièrement dans le journal *Tabibuka* (Votre médecin), revue de vulgarisation médicale, largement diffusée au Moyen-Orient, Bûti se confronte aux questions de ses lecteurs. Il est sensible à la représentation

---

58. Fathi Benslama, *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*, Paris, Aubier, 2002.

59. Sandra Houot, La réflexion bioéthique, un laboratoire pour penser le droit des minorités (fiqh al-Aqalliyyât)? *La fatwâ en Europe, droit de minorité et enjeux d'intégration*, Michel Younès (éd.), Lyon, Profac, 2010, p. 174-202.

60. Sandra Houot, *Sens et médiation : contribution du magistère du cheikh syrien, Sa'īd Ramadān al-Bûtī, à une compréhension de l'islam contemporain*, thèse d'anthropologie, Paris III, 2009.

61. D. Memmi, *Les gardiens du corps, Vingt ans d'éthique en France*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

de la maladie comme une épreuve envoyée par Dieu, ce que les catholiques appellent des « rendez-vous de la grâce ». Mais face à ses interlocuteurs désirant bénéficier des ressources de la médecine moderne : traitement de la stérilité, greffe d'organes, changement d'identité sexuelle, il se montre soucieux de concilier l'islam avec leurs aspirations. En même temps il s'interroge sur la responsabilité d'une société qui ne fournit pas à ses membres les moyens matériels de mener une vie décente et conforme aux exigences naturelles (*fitriyya*) : l'âge du mariage est indûment retardé, en raison du chômage et de l'incapacité des jeunes gens d'assumer les frais d'une famille. Face aux innovations, Al-Bûtî conduit sa réflexion suivant les méthodes éprouvées de la casuistique, guidé par onze principes qui permettent de trancher entre le licite et l'interdit. C'est dans l'espace intermédiaire entre ces deux pôles, que se situent en effet la plupart des technologies médicales innovantes. Al-Bûtî rappelle le grand principe « la nécessité lève les interdits », tout en lançant un « avis de tempête »[62] en pilotant dans cette zone dangereuse.

Le clerc représente donc un courant fort de la pensée islamique contemporaine, dans son désir d'intervenir dans tous les domaines de la vie privée et publique, et de trancher sur les innovations. Mais à la différence de Tariq Ramadan et de l'imam de Bordeaux, Tariq Oubrou[63], il refuse d'envisager un droit spécifique pour les musulmans en position de *dhimmis*.

Le cas d'école se pose de la préférence donnée par le malade à un médecin de sa confession. Si les souverains se sont régulièrement attachés des médecins étrangers[64], les religieux ont déploré cet état de fait à plusieurs reprises, au cours de l'Histoire. Les juristes musulmans se sont indignés que la science stagne dans la communauté et ont rappelé la supériorité morale du médecin musulman. En Occident, à plusieurs reprises des papes ont déconseillé ou même interdit le recours aux médecins juifs, rompant d'ailleurs avec un fréquent usage de leurs prédécesseurs. Le problème de la communauté de religion entre médecin et malade se repose régulièrement pour être résolu à nouveaux frais. Dans le labyrinthe du corps, le croyant peut se faire guider par la double autorité d'un juriste religieux et d'un médecin, croyant ou incroyant mais scientifiquement compétent. Il existe parmi les ulémas une grande diversité d'avis à cet égard, entre la mise en garde frileuse contre les glissements dangereux et la priorité absolue donnée à une science œuvrant pour le bien des croyants. Il est loisible de puiser des arguments pour les méthodes de procréation assistée aussi bien que pour les transformations chirurgicales du corps dans les considérations d'Ibn Qutayba au IXe siècle comme dans les œuvres

62. Hervé Chneiweiss et Jean-Yves Nau, *Bioéthique : Avis de tempête*, Paris, Alvik, 2003.

63. Tariq Oubrou, *Profession Imam*, Paris, Albin Michel, 2009.

64. A.M. Moulin, *Le Médecin du Prince, Voyage à travers les cultures*, Paris, Odile Jacob, 2010.

d'Avicenne et de Razi, cherchant avant tout à porter remède aux troubles de leur patient et se tenant à l'écoute de leurs doléances[65].

Modifier le corps

La fréquence et l'ampleur des modifications du corps se sont évidemment accrues avec les progrès de la technologie. La demande sociale ne porte pas seulement sur l'amélioration des soins et des traitements, elle comporte aussi des demandes plus intimes, touchant aux possibilités et aux modalités d'engendrement, à la réfection et aux transformations du corps, pour répondre à des impératifs personnels, vitaux ou non, qui peuvent être esthétiques, sexuels, etc.

La position théorique de l'Islam vis-à-vis de l'intégrité du corps est très proche de celle du christianisme, en ce qu'elle répugne à modifier l'œuvre du Créateur. Cependant, la médecine et en particulier la chirurgie sont appelées à intervenir dans l'intérêt du malade. En autorisant l'intervention de l'homme de l'art sur la base du principe que la nécessité lève les interdits, la jurisprudence musulmane a ouvert le champ des interventions et aussi celui de la qualification bioéthique.

L'Occident s'enorgueillit d'avoir énoncé « les droits de l'homme », depuis 1781 et 1789, dans des proclamations successives, des droits qui ont tendu à devenir de plus en plus concrets et concernent aujourd'hui le corps humain : droit à la santé, protection de l'intégrité physique..., on parle même maintenant de « droit à la procréation ». Al-Bûtî ne parle guère de « droits de l'homme », connotés « Siècle des Lumières » et comme tels liés au matérialisme athée, il préfère se référer à la « dignité » de l'homme, qui découle directement de la sacralité de la Création. Un rapprochement est à faire à cet égard avec la position du défunt cardinal Lustiger, archevêque de Paris, qui revendique de faire passer les « droits de Dieu » avant ceux de l'homme, ou plus exactement de déduire les seconds des premiers.

Une bataille juridique qui dure encore a opposé dans plusieurs pays, et en particulier en Égypte, partisans et opposants de différentes interventions qui modifient le corps : sont envisagées principalement ici la transplantation d'organe et le changement de sexe. Le juriste anthropologue Baudouin Dupret montre que le débat se situe dans une opposition entre l'indisponibilité du corps et la justification thérapeutique des activités médicales, garantie par la loi, et décrit les subtils renversements des arguments disponibles de part et d'autre.

---

65. Ibn Qutayba et al, *Al-Jins 'inda al-'Arab, Nûsûs mukhtara* (La sexualité chez les Arabes, textes choisis), Beyrouth, 1997, trois volumes.

Mais avant d'envisager les interventions audacieuses qui ont été rendues possibles par les progrès de la science, une question se pose : à quelles conditions le concept de dignité humaine (*karama*) s'accommode-t-il de deux pratiques anciennes qui ont couramment lieu dans tout ou partie de la population musulmane, l'excision et la circoncision ? La circoncision, bien qu'elle ne fasse pas partie des piliers de l'Islam, est en général considérée comme obligatoire par les musulmans. L'excision, dont l'aire géographique ne coïncide pas avec celle de l'Islam, fait au contraire l'objet de vives controverses. On verra qu'il est en même temps difficile de disjoindre complètement leur discussion.

Excision et circoncision

Pourquoi, en effet, rapprocher deux opérations qui n'ont pas le même statut ni la même extension dans l'Islam ? La circoncision est de règle pour tout musulman de sexe masculin. Dans l'empire ottoman, jusqu'au XIXe siècle, elle était imposée aux convertis et donnait lieu à des festivités importantes[66]. L'excision féminine, elle, est limitée à l'Égypte et à une partie de l'Afrique subsaharienne, la corne de l'Afrique et l'Indonésie. Les musulmans du Maghreb ne la connaissent pas. En revanche, elle est pratiquée dans des populations chrétiennes en Égypte, au Soudan et en Éthiopie. Malgré ces différences, il est difficile de traiter séparément de ces opérations qui, selon les cas, sont vues comme des « mutilations » ou des perfectionnements du corps.

L'excision féminine a été longtemps à peine signalée par les voyageurs. Selon les pays, elle intervient à des périodes différentes, dès la naissance ou le plus souvent à la puberté, ou encore avant le mariage. Les témoignages la concernant ont été redécouverts en Europe sous l'influence d'ouvrages comme *Les blessures symboliques*, de Bruno Bettelheim[67]. À l'époque où j'étais interne en médecine, tout mon hôpital découvrit le sujet à travers la thèse de notre collègue le chirurgien soudanais Mirghani[68], et pendant les nuits de garde on se passait de main en main les trois cent pages du texte. Dans le grand public, l'excision a émergé avec le rapport de la journaliste Fran Hosken en 1978[69]. Elle suscite depuis lors un déluge de littérature, tant l'excision fascine et dérange à la fois. En Égypte, c'est le congrès international du Caire sur la population et le déve-

66. Bartholomé et Lucile Bennassar, *Les chrétiens d'Allah. L'histoire extraordinaire des renégats (XVIe-XVIIe siècles)*, Paris, Perrin, 1989.

67. B. Bettelheim, *Les blessures symboliques. Essai d'interprétation des rites d'initiation*, Paris, Gallimard, 1971.

68. El Sayed Mirghani el Sayed, *De la pratique de la clitoridectomie, nymphectomie, vulvectomie et infibulations rituelles chez les petites filles dans certains pays d'Afrique et d'Asie*. Thèse de médecine, Paris, Université Descartes, 1973, n° 118.

69. Hosken Fran (1978), *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*, Lexington, MA, WIN News, 2e édition 1979.

loppement, en 1994, qui a posé la question sur la scène publque et l'a lancée à la tête du président Mubarak qui niait en avoir jamais entendu parler. L'OMS a consacré un budget à la communication concernant « les mutilations sexuelles féminines », qui bénéficient même d'un acronyme (FSM) dans le sabir humanitaire international. Un comité d'enquête a été constitué officiellement en Égypte.

La circoncision contraste avec l'excision en ce qu'elle est rarement discutée comme mutilation sexuelle, pour un ensemble de raisons allant de sa moindre dangerosité à son acceptation par le judaïsme de façon très majoritaire[70]. Pourtant, et les variantes étendues de la circoncision qui existent, par exemple dans la péninsule arabique, signalées par Wilfred Thesiger[71], en font foi, il existe une symétrie frappante entre circoncision masculine et excision féminine. Dans la langue arabe, le terme employé est souvent le même, *khitan* ou *tahara* qui veut dire aussi purification.

Au xe siècle, le médecin andalou Zahrawi, dans son traité de chirurgie, le *Tasrih,* a noté que la circoncision n'est pas une opération « naturelle », au sens habituel d'intervention répondant à une urgence, mais n'est qu'une coutume : il applique à la circoncision la distinction grecque entre *thesei* et *phusei,* convention contre nature. Il mentionne la possibilité d'hémorragie grave au moment de l'opération : aussi lui attribue-t-on parfois la découverte de l'hémophilie[72].

La longue histoire des versions scientifiques des avantages et méfaits de la circoncision est passionnante pour qui veut réfléchir sur la vérité médicale. En Europe, la circoncision des garçons (et à un moindre degré l'excision des filles) a été recommandée contre la masturbation tout au long du XIXe siècle. Ceux qui veulent tirer Moïse ou Mahomet du côté des grands hygiénistes, ont depuis longtemps insisté sur la protection offerte par l'ablation du prépuce contre le cancer de la verge et les maladies sexuellement transmissibles. Aujourd'hui, selon les auteurs, le smegma, sécrétion contenue dans ses replis, est accusé d'héberger les virus, en particulier le virus VIH, ou au contraire célébré comme un enduit protecteur. Les études épidémiologiques récentes[73] qui ont abouti à la recommandation par l'OMS de la circoncision comme mesure préventive de la transmission du VIH n'ont pas, à mon sens, porté suffisamment attention aux nombreux biais des études menées en Afrique du sud, notamment aux différences de comportement qui peuvent modifier considérablement l'ex-

70. Roland Tomb, *La circoncision : les enjeux éthiques*. thèse de doctorat en éthique, Université d'Aix-Marseille II, 2009.

71. W. Thesiger, *Le désert des déserts*, Paris, Plon, 1976 ; *The Last Nomad : one Man's Forty Year Adventure in the World's Most Remote Deserts, Mountains and Marshes,* New York, Dutton, 1980.

72. Des hémorragies survenues lors de la circoncision de frères plus âgés doivent appeler à la prudence.

73. Bertran Auvert *et al.*, Randomized Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for the Reduction of HIV Infection Risk : the ANRS 1265 Trial, *PLoS Med.*, 2005, 2, 11, p. 1112-1122.

position des sujets au risque d'infection[74]. La décision de l'OMS, alliant probablement considérations diplomatiques et économiques, a soulevé de nombreuses protestations[75]. En effet, si rien de tel n'a été recommandé en Europe, à la suite des recommandations, des campagnes de circoncision ont eu lieu en de nombreux pays d'Afrique. Les remous autour de ces starétégies discutables ont conduit à réfléchir sur la notion nouvelle d'« autonomie génitale »[76].

Du côté de l'excision, l'anthropologue Nicole Sindzingre a justement souligné qu'elle recouvre des pratiques très diverses[77]. L'opération va de la simple entaille ou ablation du clitoris (excision « *sunna* ») à la circoncision dite pharaonique, qui associe l'ablation totale du clitoris, l'exérèse d'une partie des grandes lèvres avec avivement de leurs surfaces et suture à gros traits pour rétrécir l'orifice vaginal (au point de gêner la miction), et assourdir le bruit en cascade du jet, manque de discrétion jugé peu conforme à l'esthétique féminine. L'excision est tirée du côté d'une régulation et même d'une répression du désir sexuel de la femme, jugé insatiable, et là se perd toute ressemblance avec la circoncision qui, libérant le membre viril de ses adhérences préputiales, souligne au contraire sa puissance.

Actuellement, l'aire géographique de l'excision tend à se restreindre, mais peut s'étendre dans certains cas, comme dans les territoires en guerre du Soudan[78] ou plus récemment le Kurdistan irakien libéré qui jusque là ignorait la pratique, sous l'influence des prêcheurs d'Ansar al Sunna, une confrérie salafiste. Au Yémen où elle est loin d'être la règle, elle est parfois pratiquée à la demande sur des fillettes jugées « exubérantes » au moment de la puberté[79].

Si on connaît assez bien les risques des mutilations féminines associés à l'excision : blessures du périnée et de l'urètre, incontinence et dyspareunie, infections et problèmes obstétricaux, on connaît moins bien leurs conséquences sur la sexualité. Des anthropologues refusent de considérer l'excision comme une extirpation au sens propre du désir. Certes, il existe un discours répandu autour de la frigidité désespérante des femmes. En

---

74. Sur la controverse, C. Perrey, A Giami *et al.*, De la recherche scientifique à la recommandation de santé publique : la circonsicion masculine dans le champ de la prevention du VIH, *Sciences Sociales et Santé*, 2012, 30, 1, p.5-38 ; M. Garenne, La circoncision masculine médicale comme outil d'une politique sanitaire, le marketing de la science, *Sciences Sociales et Santé*, 2012, 30, 1, p.39-46.

75. M. Garenne, Male Circumcision and HIV Control in Africa, *PLoS Med.*, 2006, 3, 1.

76. *Genital Autonomy. Protecting Personal Choice*, George C. Denniston, F.M. Hodges, M.F. Milos (éd.), 2010, Dordrecht, Springer Science+Business Media B.V.

77. N. Sindzingre, Le plus et le moins. À propos de l'excision, *Cahiers d'Études africaines*, 65, 171, p.65-75.

78. Ellen Gruenbaum a décrit comment la tribu des Zabarna a adopté l'excision pour s'afficher comme pieux musulmans aux yeux de ses voisins arabes Kenana, The Islamic Movement, Development and Health Education : Recent Changes in the Health of Rural Women in Central Soudan, *Social Science and Medicine*, 1991, 33, 6, p.637-645.

79. Observation d'Anne Regourd en Hadramaout.

Égypte, les parfumeurs vendent de nombreuses crèmes lubrifiantes, nécessitées par l'ablation des glandes annexées au vagin. Ailleurs, arguant de la nature cérébrale de l'orgasme, les psychiatres confortent l'idée que le désir et le plaisir des femmes défient l'opération. Impossible de se prononcer à la place des femmes vivant l'excision, sans considérer le sens que ces pratiques revêtent pour elles[80].

De nos jours, certains musulmans, en Égypte et ailleurs, se mobilisent contre une coutume jugée préislamique, donc non islamique. L'interprétation des textes sacrés fait l'objet d'exégèses contradictoires. Ainsi, le *hadith* souvent invoqué « Effleurez, et n'épuisez point ! » serait en faveur d'une forme limitée, accueillie favorablement par une partie de l'opinion somali, comme le montre Mohamed-Abdi Mohamed. Alors que la circoncision reste un pilier de la vie sociale et une étape indiscutée de l'enfance chez les musulmans, l'excision est rejetée majoritairement par les modernistes de tous bords.

Circoncision et excision prennent néanmoins fondamentalement sens par rapport à la distinction des deux sexes, fondamentale dans l'espèce humaine. Mentionnée dans le Coran, « Je vous ai créé homme et femme » (« *mudhakkar wa mouannath* »), elle va de pair avec une asymétrie dans la chronologie de la Création, assurant l'antériorité et la domination de l'homme sur la femme comme sur la nature : la femme est issue secondairement de l'homme, de ses lombes ou de son côté.

D'autre part, l'imperfection de la division des sexes, voire la possibilité d'un troisième sexe, constituent un défi auquel les civilisations ont diversement répondu. La circoncision, tant masculine que féminine, peut être vue comme une pratique complétant une opération divine restée incomplète. L'excision débarrasse également la femme de tout vestige d'ambigüité sexuelle, facilitant, croit-on, la fécondité ou l'accomplissement de son destin physiologique. Au cours de la période embryonnaire, la médecine décrit un itinéraire commun de la formation des organes sexuels qui s'orientent vers l'un ou l'autre sexe, sous l'effet d'hormones génétiquement déterminées[81]. Mais cette surdétermination reste incomplète. À la naissance, le canal de Wolff représente chez la femme un reliquat masculin, tout comme le canal de Muller chez l'homme le vestige d'un utérus. Comme le prépuce est l'équivalent des grandes lèvres, le clitoris est le reliquat du pénis chez la femme. Les anatomistes signalent la fréquence de l'hypertrophie clitoridienne : des clitoris pendants, rappelant un sexe masculin, entrevus dans l'intimité du hammam, jettent le trouble chez les femmes et alimentent les fantasmes des jeunes enfants qui y sont admis[82].

---

80. Anne Raulin, Problèmes éthiques d'une recherche en sciences sociales : l'excision et sa présence en France, *Cahiers internationaux de sociologie*, 1990, 68, p. 159-171.

81. Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life : Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, Chicago, University of Chicago Press, 2006.

82. Voir à cet égard le film de Férid Boughedir, *Halfaouine, L'enfant des terrasses*, film tunisien réalisé en 1990.

Mohammed-Abdi Mohamed, géographe somalien, a participé à une enquête sur l'excision dans son pays et donne ici une description détaillée des pratiques. En Somalie, l'excision s'accompagne d'infibulation réitérée après l'accouchement, dans le but de resserrer les parois du vagin pour aiguiser le plaisir de l'homme qui n'aime pas flotter dans un conduit élargi. La valorisation de l'acte comme test de la vaillance féminine et garantie de sagesse rend délicates les interventions extérieures. L'excision est intégrée à l'itinéraire normal des jeunes filles et la tentative de l'interdire s'est avérée difficile dans le contexte tourmenté de la Somalie.

En Égypte, la question n'est pas non plus réglée. Les touristes qui prennent chaque été le chemin du pays s'étonnent d'apprendre que l'excision toucherait encore une bonne partie de la population féminine. Nayra Atiya l'a décrite dans la société copte dans un document datant de 1994, *Khul-Khaal. Five Egyptian women tell their stories*[83], mais l'excision a beaucoup régressé ces derniers temps. C'est une ONG copte qui a organisé en 2009 de véritables manifestations où des Égyptiennes et des Égyptiens ont défilé dans la rue avec des pancartes disant NON (*Lâ!*). Suzanne Moubarak avait officiellement encouragé l'association. Ces manifestations de rue, exceptionnelles dans la vie politique égyptienne jusqu'en janvier 2011, avaient donc certainement été autorisées sinon encouragées par le gouvernement soutenu par une partie des azharis, sans qu'il se risque pour autant à l'interdire dans les faits. Des gynécologues prônent une excision symbolique pour satisfaire les familles, un choix qui est loin de faire l'unanimité parmi les militant(e)s.

Aujourd'hui, le débat sur l'excision est plus virulent que jamais. Les actions d'éducation et de communication encouragées par l'OMS peuvent être vues comme une tentative occidentale d'imposer des normes sans chercher à comprendre la signification des coutumes locales. Barkahoum Ferhati, anthropologue, a mené deux enquêtes parallèles en Algérie et au Soudan. Au Soudan, terre d'excision, où les ONG œuvrent pour l'extirpation des « mauvaises habitudes », et en Algérie où elle montre que si l'excision proprement dite n'existe pas et n'a jamais, semble-t-il, existé, il y a des pratiques qui peuvent être vues comme symboliquement équivalentes. Lié cette fois au tabou de la virginité, un rituel de fermeture à la puberté et d'ouverture au moment du mariage, utilise la clé ou le métier à tisser, sur le thème du verrouillage/déverrouillage. Ce dispositif magique est connu en Occident. Dans une très ancienne tradition familière aux historiens de l'Ancien Régime et aux folkloristes, le « nouement de l'aiguillette » provoque l'impuissance chez l'homme et des rituels sont requis pour défaire le maléfice[84]. Le lecteur découvrira la proposition de Barkahoum Ferhati pour résoudre le passage de la fillette à la femme, en respectant à la fois l'intégrité du corps et les exigences de la société.

---

83. Cairo, American University at Cairo Press, 1984.
84. P. Darmon, *Le tribunal de l'impuissance*, Paris, Seuil, 1979.

Ces opérations corporelles renvoient donc à un ordre double, un ordre naturel de la dualité des sexes et un ordre social opposant le désir masculin triomphant à un désir féminin qui doit être discipliné. Les modifications du corps permises ou même encouragées représenteraient un perfectionnement de l'œuvre du Créateur. Ce précédent peut donc être invoqué dans le combat que mènent certains pour l'admission plus large des modifications du corps, notamment dans la sphère sexuelle.

Aussi est-il particulièrement étonnant de suivre la décision de justice, que relatent Slah ed-Din Ben Abid et Hamadi Redissi, juristes, dans un pays comme la Tunisie, qui a été particulièrement innovant dans son adaptation du droit à la société moderne (interdiction de la polygamie, légalisation de l'adoption). En 1993, un tribunal tunisien a rejeté une demande de changement de sexe. Dans le *dar al-Islam*, la *chari'a* fait en général partie de la constitution des États, soit comme la source exclusive du droit (cas de l'Arabie saoudite ou même de l'Égypte si l'on en croit Al Azhar) ou figure seulement comme l'une des sources du droit (cas de la Tunisie). Au sein d'un État réputé moderniste et pro-occidental, c'est finalement la *chari'a* qui a nourri l'argumentaire pour refuser de prendre en compte la demande de changement de sexe du plaignant. C'est d'autant plus surprenant que comme les deux juristes l'expliquent, la *chari'a* n'apparaît qu'en quatrième position dans les sources du droit, et c'est par élimination successive des autres sources que les juges ont pu se servir des dispositifs seuls jugés pertinents pour trancher sur le cas qui leur était soumis.

La science médicale des Arabes n'ignore pourtant pas les cas d'hermaphrodisme (*khuntha*), qui plaident contre un ordre naturel jugé satisfaisant. La société n'ignore pas non plus l'éventail des comportements sexuels. Derrière les proclamations de l'interdit de l'homosexualité, le péché de Loth dans le Coran (d'où l'appellation des invertis « *louthi* » en arabe), l'analyse des sociétés musulmanes relève non seulement une tolérance de fait de l'homosexualité, thème fréquent d'une poésie arabe très appréciée et enseignée dans les écoles (comme les poèmes érotiques d'Abou Nuwas au IXe siècle), mais un jugement moral nuancé. De plus, l'adoption du terme global d'homosexualité pour désigner le sexe entre hommes ne correspond pas à la catégorie multiséculaire de beaucoup de sociétés urbaines musulmanes depuis le Moyen Âge, où seule la pénétration passive est dénigrée et même parfois condamnée[85]. À cet égard, la relation amoureuse entre hommes s'inscrit dans un modèle éducatif qui se rapproche du couple de la Grèce classique[86].

On peut se demander si la condamnation de l'homosexualité et de la masturbation en milieu musulman au XIXe siècle, signalée par exemple dans la littérature médicale en Inde[87], n'a pas été influencée par les posi-

85. Khaled el Rouwayheb, *L'amour des garçons en pays arabo-islamique, XVIe-XVIIIe siècle* (2005) Paris, EPEL, 2009.

86. Henri-Irénée Marrou, *L'Éducation dans l'Antiquité*, Paris, Seuil, 1948.

87. Guy Attewell, *Refiguring Unani Tibb. Plural Healing in Late Colonial India*, New Delhi, Orient Longman, 2007.

tions de la littérature occidentale à la même période. D'autre part, l'existence d'individus « intermédiaires » qui jouissent d'un statut à part est attestée dans plusieurs sociétés musulmanes. Par exemple, l'anthropologue norvégien Fredrik Barth[88] a décrit dans la ville de Souhar en Oman les *khanith*, des jeunes hommes qui, vêtus d'une tenue aisément reconnaissable, une *dishdasha* de couleur pastel aux manches courtes, ne se marient pas et peuvent fréquenter des femmes non apparentées, ce qui est exorbitant dans une société où la ségrégation est stricte. Ils peuvent aussi, à un certain moment, retourner à la condition masculine habituelle et perdre leurs privilèges. Le livre a scandalisé mais n'a fait que singulariser, au sultanat d'Oman, une pratique de transsexualité qui connaît des équivalents dans la plupart des sociétés du Golfe et sur le continent indien (*khanith* au Pakistan). Il s'agit la plupart du temps de « travestis »[89] mais la pratique peut s'accompagner de mutilations comme la castration (*hijra*)[90]. En Indonésie, les *waria* et les *banci* sont des transsexuels qui occupent une place importante dans le monde du spectacle et le commerce du sexe, ils ont été les premières cibles de l'épidémie de sida[91]. Cependant, l'Islam officiel condamne les emprunts de vêtements à l'autre sexe, en vertu du *hadith* : « Abû Hurayra a rapporté : Dieu maudit les hommes qui s'habillent comme des femmes et les femmes qui s'habillent comme des hommes[92] ». Le rapprochement est manifeste entre le changement de vêtement et le choix du partenaire sexuel.

Le chapitre de Hamadi Redissi et Slah ben Abid, à propos d'une action intentée pour changement d'état civil, montre l'hésitation des juges entre le recours à une expertise médicale et l'emprunt de catégories morales qui autorisent l'exécration, au nom d'un ordre établi qui est à la fois naturel et social. Le grand intérêt de cet article est d'analyser le fonctionnement de la justice, dans un pays, la Tunisie, qui passe pour avoir profondément et irréversiblement modifié le droit traditionnel. L'enseignement d'un tel chapitre est double, et c'est pour cela qu'il figure au titre de l'histoire du droit à cette place dans le livre. Le jugement qui déboute Sami(a) de ses prétentions à changer d'état civil, montre bien l'erreur de croire tel ou tel développement irréversible : ni la science ni les mœurs ne suivent dans leurs transformations un axe unidirectionnel avec cumul permanent des connaissances. En France, jusqu'en 1992, les juges se retranchaient derrière l'expertise médicale pour débouter ceux qui essayaient de modifier leur état civil. Les médecins experts, de leur côté, ne tenaient compte que

88. Fredrik Barth, *Culture and Society in an Omani Town*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1983.

89. Evelyn Blackwood, Sexualities : Transsexualities ; Michelle Lee Guy, Sexualities : Transvestism, *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures, Family, Sexuality, and Health*, Brill, Leiden, 2006, p. 411-417, 418-420.

90. Zia Jaffrey, *Les derniers eunuques. En Inde avec les Hijras*, Paris, Payot, 2001.

91. Elisabeth Pisano, *The Wisdom of Whores, Bureaucrats, Brothels and the Business of Aids*, New York, Fragranta, 2008.

92. Sûnân, Abû Daoud, livre 32, n° 4087.

de leurs constats d'une anatomie « naturelle », avant toute retouche chirurgicale. En revanche, à la maternité, les médecins n'hésitaient pas devant les cas d'ambiguité sexuelle (par exemple, les cas de mosaïque génétique XX et XY pouvant associer un ovaire et un testicule) à transformer un enfant en « fille », plus facile à présenter socialement. On a vu émerger récemment des revendications de la part d'adultes qui se rebellaient contre un sexe imposé à la naissance. Le droit français a évolué sous la pression des mœurs et des exigences de liberté individuelle. Ce qui montre bien la plasticité du droit et les ressources qu'il offre à des changements, dont la signification n'est pas donnée d'avance.

Les modifications du corps, en particulier des organes sexuels, sont donc susceptibles d'être rediscutées au nom de la modernité, soit qu'on s'appuie sur les précédents que constituent indéniablement circoncision et excision, soit que la plasticité de l'ordre social, dont les sociétés musulmanes ont jadis fourni maint exemple, soit invoquée en faveur des choix personnels. Dans le monde d'aujourd'hui, c'est en Afrique du sud que la législation a été le plus loin dans l'autorisation des modifications sexuelles volontaires. Il y a une explication historique à ce choix. La législation du nouvel État a accordé le droit d'échapper à un déterminisme naturel jugé inacceptable, en souvenir d'un temps encore proche où les hommes étaient enfermés dans un ghetto en fonction de la couleur de leur peau et autres caractères biologiques[93].

Après les cas d'espèce décrits par Mohamed-Abdi Mohamed, Barkahoum Ferhati, Hamadi Redissi et Slah Ben Abid, Baudouin Dupret, anthropologue juridique, revient sur la casuistique des juges égyptiens déployée à propos de l'excision, la réfection de la virginité, la transplantation et les interventions pour changer de sexe. Dupret illustre la virtuosité avec laquelle les juristes utilisent le dispositif de la Loi (avec un grand L, dont il s'explique) pour admettre ou rejeter l'atteinte à l'intégrité physique. La scène judiciaire est le lieu d'incessantes turbulences. Un bon exemple, la législation sur le prélèvement d'organes de cadavres, en gestation depuis des années, a été votée en 2010. Elle est considérée comme une alternative bienvenue à la pratique croissante du don d'organes (entendons vente) avec donneur vivant, favorisée par l'extrême pauvreté des Égyptiens et l'existence d'un important « vivier » de réfugiés. Mais les interrogations des religieux étaient loin d'être la seule cause des atermoiements. L'organisation du prélèvement d'organes sur cadavres représente une charge considérable, en termes de budget et de mobilisation de spécialistes, et la pratique actuelle du don sur le vif s'accommodait bien jusque-là du désengagement de l'État en matière de santé, avec la multiplication de cliniques privées qui réalisent des greffes au profit des plus fortunés et des touristes d'un nouveau genre qui débarquent en Égypte, las d'attendre sur la liste d'attente de leurs pays d'origine. Il est probable que l'organisa-

93. Thamar Klein, Intersex and transgender activism in South Africa, *Liminalia*, 2009, 3, p. 15-41.

tion du prélèvement sur cadavres, requérant moyens et formation de spécialistes, ne sera pas immédiatement opérationnelle. Dans l'Égypte en ébullition, elle pourrrait fournir idéalement un bon exemple de réforme, mais il y a tant d'autres priorités sur la scène médicale.

Les débats juridiques relatés avec minutie par Baudouin Dupret font entrevoir une dimension sociologique du droit, reflétant la norme de moralité en vigueur dans la société, sur laquelle s'appuient implicitement les juristes, et dont ils sont parfois les otages. Ce consensus sur la « publication du privé », comme Dupret l'appelle en citant Jean-Noël Ferrié, est susceptible de bouger avec les mutations de la société comme de la science. On l'a bien vu en France. La pratique du donneur vivant avait été délaissée au nom de l'argument scientifique posant l'équivalence entre un organe vivant ou « mort », elle est revenue en faveur[94], avec un argument tout aussi prétendument scientifique, avançant cette fois la supériorité d'un organe de donneur vivant. Le revirement a clairement été influencé par l'évolution des mœurs vers l'émancipation des individus, jugés majeurs et responsables de leurs choix, même aventureux.

Des évolutions imprévisibles peuvent ainsi survenir dans les sociétés musulmanes contemporaines, en rapport avec le travail de la « civilisation des mœurs », pour reprendre l'expression de Norbert Elias[95]. Par exemple, certains féministes musulmans font valoir contre cet attachement à une identité duelle du masculin et du féminin le dogme de la *tawhid*, ou dogme de l'unité. Entendu généralement de l'unité divine (il n'y a de Dieu que Dieu), il peut aussi s'entendre de l'*umma,* de la communauté, qui devrait ignorer toute distinction de classe, d'ethnie, de couleur, et de... sexe. C'est là une position originale pour le moment limitée à un petit groupe d'intellectuels, mais qui illustre la plasticité d'une culture trop facilement dénigrée pour sa subordination de la femme[96].

Guérir le corps

Les nouvelles techniques médicales ont permis une réparation et un remodelage du corps sans précédent. Mais revenons à la guérison des malades ordinaires.

---

94. M. Gabolde and A.M. Moulin, French Response to « Innovation ». The Return of the Living Donor in Organ Transplantation, *Innovations in Health and Medicine*, J. Stanton (éd.), London, Routledge, 2002, p.188-208.

95. Norbert Elias, *La civilisation des mœurs* (1939), Paris, Calmann-Lévy, 1973.

96. La source de ces considérations est rapportée par les féministes à Ismaïl El Faruqi, *Al-Tawhid, its Implication for Thought and Life*, Hemdon, Va, IIII, 1992. Voir notamment Sherine Hamdy, Science and Modern Islamic Discourses, Overview, *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures*, Leiden, Brill, 2006, vol.3, Family, Body, Sexuality and Health, p.360-365.

La période des indépendances a vu converger les vœux des peuples vers une amélioration de la santé en termes « modernes » : plus d'hôpitaux, de médecins et de soins ! Nombre d'états comme l'Égypte nassérienne ou la Tunisie de Bourguiba, plus tard la Syrie et le Jordanie, ont trouvé une source de légitimité dans l'amélioration de la santé publique et individuelle, qui jusqu'alors dépendait beaucoup de l'organisation communautaire.

Ces dernières années, une société de marché s'est mise en place, qui s'efforce de se conformer à des normes islamiques fortement présentes dans l'ambiance urbaine et rurale : d'où de nombreux compromis mal résumés par un conflit entre tradition et modernité. De même que la tenue islamique et le voile sont réinvention d'un vêtement qui n'a jamais été celui des contemporains du Prophète[97], une santé moderne s'élabore qui emprunte à différents usages passés et présents selon une formule originale.

Trois formes de médecine « sous influence » religieuse, sont ici présentées, un dispensaire islamique, le traitement par la *rouqiya* ou lecture du Coran, et la « médecine soufie ». Elles associent des préoccupations spirituelles au souci de porter remède aux maladies courantes. Elles entretiennent toutes un rapport avec la science contemporaine, et par bien des aspects leur déroulement offre des analogies avec l'exercice de la médecine officielle.

Une option médiane se présente avec l'exercice de la médecine à la moderne dans un cadre islamique, caractérisé par la ségrégation des sexes et l'insistance sur la moralité de l'équipe, qui n'offre sinon guère de différences avec le centre de santé géré par l'État égyptien, comme le montre Aurélien Turc, dans son croquis alerte des structures de santé d'un quartier du Caire, où il a mené une enquête à la suite d'un projet de rénovation urbaine. La pratique des centres de santé patronnés par des islamistes s'inscrit dans une réislamisation de la vie quotidienne, qui offre une amorce de solution aux difficultés personnelles[98] et à l'incurie des services publics. La réponse aux demandes de la société[99] fournit d'ailleurs de façon récurrente une interprétation du succès des Frères musulmans et de leur victoire électorale en 2011.

Apparemment en marge de la médecine « moderne », le traitement par la lecture du Coran (*rouqiya*) constitue un recours thérapeutique populaire selon une logique qui n'est pourtant pas aux antipodes de la clinique « scientifique ».

---

97. Beth Baron, Unveiling in Early Twentieth Century Egypt : Practical and Symbolic Considerations, *Middle Eastern Studies*, 1989, 25, 3, p. 370-386.

98. Gilles Kepel, *Le prophète et Pharaon*, Paris, La Découverte, 1984.

99. Patrick Haenni, *L'islam de marché*, Paris, Karthala, 2005.

La réinvention de la rouqiya

Fatima Zohra Cherak, anthropologue, a mené une enquête en Algérie, en Égypte et aussi en France à Marseille, car la *rouqiya* s'est répandue dans les pays d'immigration.

La *rouqiya* se réclame de l'imitation du Prophète et s'appuie sur un grand nombre de *hadiths* attribués notamment à Aicha, en dépit de l'existence de « contre-*hadiths* » qui la contestent[100]. Elle renvoie à la compréhension de la maladie comme possession par un ou plusieurs djinns (esprits). Nous vivons dans un monde d'esprits. Ne dit-on pas que le nourrisson crie de douleur à sa naissance, parce que le démon lui décoche un coup de pied[101] pour l'expédier dans le vaste monde ? Chaque homme a un invisible compagnon (*qarina*) de main droite[102] et de main gauche : à l'ange gardien protecteur s'oppose un démon tentateur. L'existence des djinns est mentionnée explicitement dans le Coran, et constitue donc un acte de foi. Il existerait des djinns païens et musulmans, et même juifs et chrétiens. Les djinns sont sexués, bien qu'en majorité de sexe masculin, ce qui expliquerait que la plupart des possédés soient des femmes. Ils occupent des lieux inhabités ou maléfiques (fosses communes, toilettes, marécages). Errant au milieu des hommes, ils s'emparent d'eux dans leurs moments de faiblesse ou de transition physiologique : à la naissance, à la puberté, pendant l'accouchement. Installés dans le corps de leurs victimes, ils se manifestent sous forme d'actes incongrus ou violents et de troubles du comportement. La folie en arabe se décline comme *madroub* (frappé), *majnoun* (envoûté), *maskoun* (habité), *memsous* (touché), sous-entendu par un djinn.

Les pratiques d'exorcisme se retrouvent dans une aire islamique très vaste[103]. En Iran du sud, elles visent les génies de la Famille du Vent (*Ahl e-Hava*), répartis entre païens et musulmans[104]. À Djibouti, chez les musulmans Afar, le diagnostic de possession repose sur la capacité de femmes illettrées de parler des langues inconnues d'elles. Modernité oblige, certains guérisseurs Afars présentent leur rituel contre les djinns comme une protection contre l'invisible, comme se laver les mains protège des microbes « Chaque chose a ses négligences, tu sais qu'il y a du vibrion, que si tu ne respectes pas les règles, le vibrion peut t'attaquer. Pour le *shaytân*, c'est pareil, ils te guettent tous les deux »[105].

---

100. Le terme y figure vingt neuf fois. La sourate 72 du Coran s'appelle Les Djinns.

101. C. Fortier, Le lait, le sperme, le dos, et le sang ? Représentations physiologiques de la filiation et de la parenté de lait en islam malékite et dans la société maure de Mauritanie, *Cahiers d'Études africaines*, 2001, 40 1, 161, p.97-138.

102. Voir le film tadjik, *L'ange de l'épaule droite*, 2002, de Djamchid Ousmonov.

103. Vincent Crapanzano, *The Hamadsha, a Study in Moroccan Ethnopsychiatry*, Berleley, University of California Press, 1973.

104. Kaveh Safa, Reading Saedi's Ahl-e Hava: Patterns and Significance in Spirit Possession Beliefs on the Southern Coasts of Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1988, 12, p.85-111.

105. Yves Vernon, *Possession et Islam chez les Afar de la République de Djibouti : à propos du Eynassi*, manuscrit non publié, 1997.

À la différence du Christ, le Prophète n'a pas expulsé les démons. En revanche, la sacralité du Coran a donné lieu à de nombreuses utilisations du texte à des fins prophylactiques, versets calligraphiés portés sur soi ou arborés sur les murs ou encore ciselés sur des bols dits de santé (*tassât as-sihha*), dont il existe toute une variété, de l'Algérie à l'Afghanistan[106].

La *rouqiya* ne fait pas l'unanimité dans la communauté. La magie ou captation des forces surnaturelles a sa place légitime dans l'Islam, pourvu qu'elle se fasse sous le regard et avec la permission de Dieu tout-puissant[107]. Ce qui veut dire qu'il y a une magie licite et une magie qui ne l'est pas, proche de la sorcellerie et condamnable comme telle. Les rituels contre la maladie doivent respecter des formes canoniques qui les différencient de la magie illicite. Le *râqi*, comme le montre Fatima Cherak, est en compétition avec tous ceux qui pratiquent la *hadhra*, la convocation des esprits: les *shawafas* (« celles qui voient »), diseuses de bonne aventure, les *talebs* qui gagnent leur pain en écrivant des amulettes. Il évite tout soupçon de familiarité avec les possédées en exigeant la présence de leur *mahram* ou tuteur pendant les séances, ou en privilégiant les rituels collectifs qui ne prêtent pas à équivoque. Il existe, en effet, une longue tradition de dénonciations de pratiques sexuelles entre les patientes et leurs exorcistes (de certains *pir* pakistanais aux membres de l'ordre *bektachi* en Turquie).

Le terme de *rouqiya* lui-même est ambigu. En Égypte, désignée depuis Hérodote comme le pays de la magie, il a été associé au XXe siècle à la *tibb ar-roukka*, un ensemble de recettes populaires pour se soigner ou prévenir la maladie. *Roukka* pour certains désignerait une quenouille, pour d'autres serait une corruption du terme de *rouqiya*. À l'époque de Nasser, sous ce nom, le folkloriste Ahmed Amin dressa un catalogue de croyances qui n'étaient pour lui que des superstitions, pour sauvegarder ce qui devenait, à l'image de ce qui se passait dans les pays musulmans de l'Union Soviétique, un patrimoine culturel[108], C'est en rupture avec ce temps des esprits forts et de l'espérance en l'État providence, que s'observe aujourd'hui la reviviscence des traitements religieux.

En Égypte, il existe un cérémonial thérapeutique traditionnel qui diffère de la *rouqiya*, le *zar* (terme probablement d'origine amharique) ou transe facilitée par la musique (tambourins). Le *zar* est affaire de femmes[109], même si des malades masculins peuvent s'y trouver mêlés; toléré par les religieux, il ne s'effectue jamais dans une mosquée, mais toujours chez un

---

106. Anne Regourd, Deux coupes magico-thérapeutiques, biens de fondation pieuse (nord du Yémen): transmission du savoir et efficacité, *Coran et talismans. Textes et pratiques magiques en milieu musulman*, Constant Hames éd., Paris, Karthala, 2007, p.309-346.

107. Constant Hamès, La notion de magie dans le Coran, Coran et talismans. Textes et pratiques magiques en milieu musulman, C. Hamès, Paris, Karthala, p.17-47.

108. Emmanuelle Perrin, Ahmed Amin, Tibb ar-Rukka, Figures de la santé en Égypte, M. Fintz, A.M. Moulin et S. Radi (éd.), *Égypte Monde arabe*, CEDEJ, 2007.

109. Sophie Ferchiou, La possession, forme de marginalité féminine, *Être marginal au Maghreb*, Fanny Colonna, éd., Paris, CNRS, 1993, p.191-200.

particulier. Il est conduit par une femme mûre, la *cheikha,* qui se charge d'interroger la patiente ou plutôt son djinn possesseur, pour connaître son identité, et les faveurs qu'il exige en échange de son départ du corps: par exemple, porter telle ou telle couleur, respecter tel tabou alimentaire, sacrifier un animal. Le but est d'instaurer avec le djinn des rapports apaisés et de rétablir l'ordre social et surnaturel.

Par bien des côtés, la *rouqiya* rappelle le rituel du *zar*, mais reste dans l'orthodoxie. Interdite en Algérie dans les mosquées, elle s'y pratique ouvertement en Égypte. L'afflux actuel de patients traduit certainement la détresse des populations insatisfaites de la médecine officielle. Mais elle marque aussi une revendication identitaire qui s'accorde avec les convulsions postérieures au 11 septembre. Le monde musulman est tenté de se replier sur les témoignages de l'élection divine, qu'il oppose à l'humiliation et aux déchirements dont il est victime. Comme me l'a dit un jour un chauffeur de taxi cairote, nous sommes pauvres et malheureux, mais nous avons Dieu pour nous.

La « clinique » de la rouqiya

Les *râqis* décrits par Fatima Cherak (comme les instituts des médecines alternatives en Occident) opèrent dans des *'iyadas,* cliniques ayant pignon sur rue. L'exercice de la *rouqiya* y rappelle néanmoins la pratique de la médecine européenne par son organisation: publicité, cartes de visite, affichage d'horaires, y compris bien sûr la perception de prix d'une « consultation ».

Mais le rapport avec la science médicale va plus loin. D'abord avec la médecine arabe médiévale avec des pratiques qui, attestées par la Médecine du Prophète, n'en appartiennent pas moins à la tradition savante commune à Orient et Occident. Les soignants par le Saint Coran font en effet appel à des plantes connues depuis Dioscoride et Ibn al-Baytar, mais aussi à des méthodes adjuvantes comme la saignée ou la purge dont l'efficacité s'explique par la théorie humorale, le corps humain étant formé de fluides en déséquilibre permanent. Cette théorie a longtemps été influente en Occident. Au début du XIXe siècle, François Broussais, chef d'une célèbre école médicale, tint la pléthore ou surcharge de l'organisme pour cause de tous les maux, des « attaques » (hémiplégies), à la goutte et aux maladies de peau et étendit encore les indications de la saignée classique.

La lecture du Coran est parfois associée à des aspersions d'eau froide. On se souvient de l'émotion suscitée en France par la mort d'une jeune turque, immergée dans l'eau froide par un thérapeute et sa famille. Mais il ne faut pas remonter loin dans l'histoire de la médecine occidentale pour retrouver des thérapeutiques par le « choc », du traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme, qui valut à Werther von Jauregg le prix Nobel en 1927, à la cure de Sakel (choc insulinique) et à l'électro-

choc pour soigner des maladies mentales, en particulier les dépressions graves. La méthode de Brand, balnéation froide répétée des malades atteints de fièvre typhoïde, fut à l'honneur jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, avant l'arrivée des antibiotiques. Toutes ces thérapeutiques ont compté des guérisons. Certes, nous ne sommes plus à l'âge de Broussais, et la théorie humorale aurait disparu. Voire..., il subsiste de toute façon le besoin d'une image globale de ce qui se trame quotidiennement à l'intérieur du corps, intégrable à nos pensées[110]. L'anthropologue David Napier, spécialiste de Bali, a proposé de comparer le système immunitaire à une moderne « démonologie »[111].

Mais il existe une parenté encore plus immédiate entre la *rouqiya* et la médecine moderne. Elle réside dans le partage d'une compétence « clinique »[112]. Le *râqi*, lorsqu'il interroge sur les douleurs et autres signes: céphalées, vertiges, mal de dos, fourmillements, jambes lourdes, oppression thoracique, angoisse..., ressemble à n'importe quel praticien dont ces plaintes sont le pain quotidien, à la consultation[113]. Les troubles du sommeil qui justifient en France la prise d'anxiolytiques par plus de 20 % de la population, viennent au premier plan. Un *râqi* décrit par Fatima Cherak s'intéresse aux ronflements pénibles et incrimine une *djinna* venant s'asseoir sur le thorax du patient. Pour ces troubles banaux mais socialement gênants, récemment associés au risque d'apnée, la médecine propose, depuis quelques années, des traitements chirurgicaux.

En Europe, à la fin du XIXe siècle, la possession a fait l'objet d'un bras de fer entre la médecine laïque et le magistère ecclésiastique[114]. Beaucoup de troubles (anesthésie cutanée, convulsions, paralysie), basculèrent alors de la sphère du religieux (possession) à celle de la science (hystérie). Plusieurs neurologues dont le célèbre Bourneville y virent l'occasion d'en finir avec les entités démoniaques dont la religion avait peuplé l'univers. Le sort des malades dépendait ainsi des mains entre lesquelles ils tombaient. Jacques Maître a excellemment décrit comment la malheureuse « Madeleine » (un pseudonyme), jusqu'alors connue à Montmartre pour sa charité, avait été conduite lors d'un épisode délirant aux urgences de la

---

110. A.M. Moulin, Multiple Splendor, the one and many versions of the immune system, *Singular Selves. Conceptual Issues and Historical Debates in Immunology*, A.M. Moulin and A. Cambrosio (éd.), Amsterdam, Elsevier, 2001, p. 218-243.

111. David Napier, *Foreign Bodies: Essays in Performance, Art, and Symbolic Anthropology,* Berkeley, University of California Press, 1992; Penser vaccinologiquement: une sélection qui n'est pas vraiment naturelle, *L'Aventure de la vaccination*, A.M. Moulin éd., Paris, Fayard, 1995, p. 409-422.

112. Comparer avec la pratique du guérisseur par la *rouqiya* en Lorraine Moussa Khedimellah: Une version de la *rouqiya* de rite prophétique en France. Le cas d'Abdella, imâm guérisseur en Lorraine, *Coran et talismans. Textes et pratiques en milieu musulman*, C. Hamès éd., Paris, Karthala, 2007, p. 384-408.

113. Dr Stéphanie Becquet, *Journal d'une médecin généraliste*, Paris, Le Cherche-Midi, 2010.

114. De nos jours, l'exorcisme figure encore dans les attributions des évêques catholiques, bien qu'ils en fassent à notre connaissance un usage exceptionnel.

Salpêtrière. Là le docteur Janet se chargea d'elle[115]. Il l'étiqueta « paraphrénie » et fit d'elle l'héroïne d'une longue observation, publiée sous le titre *De l'angoisse à l'extase*[116], où ses fantasmes mystiques et sexuels étaient froidement disséqués. Le dossier de béatification fut pour toujours remisé. Comparons ce triste destin à celui de Sainte Thérèse de Lisieux, une religieuse protégée par l'ombre du Carmel où elle tissa sa doctrine mystique de la petite voie. Elle put opposer son désir d'envol au Paradis aux traitements de son médecin (inefficaces contre une probable tuberculose). Elle fut canonisée quelques années après sa mort, sans que la psychiatrie se mêle de la nature de ses relations avec sa mère morte, son père malade et ses sœurs rentrées dans le même couvent qu'elle[117].

La possession n'occupe guère le clergé catholique d'aujourd'hui. Ce sont plutôt les « sectes » ou les mouvements charismatiques au sein des communautés chrétiennes, qui privilégient quelque chose qui ressemble à la délivrance des possédés, au cours de procédures communes comme l'imposition des mains, l'aspersion d'eau bénite... Au sein de l'église copte d'Égypte, les pratiques d'exorcisme ne sont pas rares. Un récent manuel écrit par un psychiatre copte fait figurer le Christ guérisseur sur la première page, et traite longuement de possession et d'exorcisme[118]. « L'influence qui guérit » demeure un thème de prédilection chez les praticiens ralliés à une forme de médecine s'appuyant sur la culture locale[119]. La part du psychique et du religieux dans la gestion de la maladie fait l'objet d'interrogations passionnées. Il existe une demande à cet égard à travers les frontières, qui se traduit par exemple dans l'internationalisation de la médecine soufie.

La médecine soufie

Comparée aux centres de santé islamiques et aux officines de *rouqiya*, la médecine soufie dont parle ici Jean-Yves Moisseron occupe une place à part dans le vaste continuum des thérapeutiques d'inspiration religieuse. Le mouvement soufi, attesté depuis le début de l'Islam, embrasse des écoles extrêmement diversifiées, que l'on peut résumer dans une approche mystique, fortement axée sur l'interaction avec la présence divine et l'in-

---

115. Jacques Maître, *Une inconnue célèbre : Madeleine Lebouc (Pauline Lair Lamotte) 1863-1918*, Paris, Anthropos, 1993.

116. Pierre Janet, *De l'angoisse à l'extase*, Paris, Alcan, 1928.

117. Maxence Van der Meersch, auteur de romans médicaux, a consacré une biographie qui a fait scandale à *La petite Thérèse*, Paris, Albin Michel, 1947. Voir Jean-François Six, *Thérèse de Lisieux, son combat spirituel, sa voie*, Paris, Seuil, 1998 et surtout Jacques Maitre, *L'orpheline de la Bérézina, Thérèse de Lisieux, (1873-1897). Essai de psychanalyse socio-historique*, Paris, Éditions du Cerf, 1995.

118. Dr Adel Zaki, *Des âmes souffrantes* (*Nufûs muta'lima... Min yahtadhinahâ* ?), Patriarcat copte, Gianaclis, 2003.

119. Tobie Nathan, *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob, 1998.

sistance sur l'unicité de Dieu. Le soufisme a inspiré nombre de confréries[120] comme les Mevlevi à Konya en Turquie, qui ont rayonné à travers le monde. Il a été tour à tour encouragé ou contré par les gouvernements locaux, inquiets de leur influence (Turquie kémaliste, Tunisie sous Bourguiba), hostiles à leur hétérodoxie (Arabie saoudite) ou soucieux de ménager de puissantes confréries qui s'avèrent d'importants acteurs économiques.

Jean-Yves Moisseron ne prétend pas épuiser le vaste sujet de la médecine soufie, avec son exemple de la Naqshbendi et de la Chichtiya. La confrérie Naqshbendi, originaire d'Asie centrale comme la Chichtiya, a essaimé aujourd'hui aux États-Unis et en Europe et accueille des convertis ou des sympathisants recherchant un équilibre intérieur avec la communauté et le cosmos, à travers des techniques de concentration, de méditation et de prière. Elle a développé des réseaux et s'est saisie des outils de la modernité : certains centres soufis n'ont rien à envier à des laboratoires de recherche par leur équipement informatique et leurs relations internationales. Le mouvement soufi abrite un dialogue renouvelé entre Orient et Occident, à propos de la quête commune d'équilibre physique et mental. Le dialogue est illustré par des noms comme celui de René Guénon qui vécut et fut enterré au Caire en Égypte[121].

Jean-Yves Moisseron a surtout traité d'un soufisme tourné vers l'Occident, situé par exemple dans des sites périphériques comme Chypre, mais aussi délocalisé sur la toile où l'on peut consulter tous les grands textes classiques, édités ou réédités par des maisons aux références parfois insaisissables. En Égypte, le gouvernement égyptien jusqu'à présent décourageait les associations dans la société civile, soumises à un contrôle tatillon de l'administration. Les confréries jouissaient, elles, d'un statut ambigu, entre bénédiction officielle et surveillance rapprochée. Il reste à observer, sinon prédire, l'évolution des mouvements soufis, après les événements de janvier 2011. Y aura-t-il libération d'un espace public de négociation et d'expression des besoins et des demandes des peuples et des individus, où le soufisme aurait un rôle accru ? La mouvance soufie pourrait aujourd'hui représenter un exemple possible de gouvernance « islamique » au sens large, distincte des partis traditionnels (les Frères Musulmans) et des groupes radicaux (salafistes). Y aura-t-il par ailleurs émergence d'associations de malades, créant une nouvelle « biosocialité » décrite dans d'autres pays du Tiers-Monde[122], à propos, non pas tant du sida comme en Afrique subsaharienne que par exemple des hépatites qui dominent la pathologie ces dernières années ? La médecine soufie pourrait par ailleurs s'inscrire dans l'esquisse d'un système médical pluraliste comme celui qui se met

---

120. Les *ordres mystiques dans le monde musulman des origines à aujourd'hui*, A. Popovic et Gilles Veinstein (éd.), Paris, Fayard, 1996.

121. René Guénon, *Orient et Occident*, Paris, Payot, 1924.

122. Paul Rabinow, Artificiality and Enlightenment, From Sociobiology to Biosociality, *Cultural Anthropology*, 1996, 3, 4, p.91-111.

en place discrètement en Europe, avec le remboursement de certaines formes de médecine alternative par des assurances privées, écornant le monopole de la médecine officielle.

Avec les techniques de la médecine soufie, il s'agit d'une forme d'exploration du labyrinthe du corps, encourageant les expériences des fidèles, pourvu qu'ils soient fermement « reliés » (*rabita*) à leur guide spirituel. On verra dans la dernière partie de l'ouvrage que les techniques modernes de l'imagerie médicale proposent de leur côté une avancée jugée décisive dans le labyrinthe du corps, qu'elles illuminent à leur façon, alimentant ouvertement le mythe du corps transparent.

La remontée dans l'histoire commence dans les premières pages avec l'organisation de la santé publique en Tunisie, au temps de Hamouda pacha. Il y sera question de police des frontières et de contrôle sanitaire international. Si le vocabulaire des quarantaines sonne aujourd'hui désagréable et obsolète, il faut se rappeler la fragilité des barrières contre les épidémies, à l'heure de la globalisation, et la façon dont la menace des pandémies fait renaître aisément dans les populations et les gouvernements les réflexes de l'isolationnisme et de la recherche d'un bouc émissaire. L'exemple développé par Salvatore Speziale en ce début du XIXe siècle illustre aussi bien la modernité du bey de Tunis que la part d'archaïsme de nos politiques antiépidémiques actuelles, quelle que soit la sophistication de leurs dispositifs.

Les révolutions politiques (comme les révolutions scientifiques) amènent inlassablement à reformuler – et renégocier – le rapport entre tradition et modernité médicales.

PREMIÈRE PARTIE

PROTÉGER LES CORPS

1

Naissance de la santé publique en Tunisie au temps de Hammoudah Pacha (1782-1814)[1]

Salvatore SPEZIALE

Remontée dans le passé sanitaire tunisien

La plus grande partie de l'historiographie existante sur la santé publique en Tunisie et dans les autres pays musulmans de la Méditerranée a toujours considéré le début de la colonisation et du protectorat comme marquant le tournant décisif dans le domaine sanitaire[2]. C'est-à-dire 1830 pour l'Algérie, 1881 pour la Tunisie, 1882 pour l'Égypte, 1911 pour la Libye et 1912 pour le Maroc. Ce point de vue strictement européocentrique et fortement colonialiste implique en fait une évaluation imprécise de l'impact du colonialisme, qu'il soit français, italien ou anglais, sur l'état de santé de ces régions africaines. Pour mieux comprendre le rapport entre colonisation et santé publique, il faut, à mon avis, étudier plus en profondeur le passé sanitaire de chaque pays.

On peut déjà remonter aux années 1830 comme la période où une nouvelle politique sanitaire s'est imposée à l'évidence dans chaque pays du Maghreb[3]. Une politique motivée par la nécessité d'une lutte plus

---

1. Ce chapitre est une version enrichie de l'article « Le désordre sanitaire tunisien aux temps de Hammoudah Pacha (1782-1814), *Revue d'histoire Maghrébine*, 32, 117, 2005, p.123-135.

2. Rappelons ici seulement quelques ouvrages: le numéro spécial de *La Tunisie Médicale*, publié en mai 1931 à l'occasion du cinquantenaire du protectorat français en Tunisie; *Médecine et médecins de Tunisie de 1902 à 1952*, Tunis, Société des Sciences Médicales de Tunisie, 1952; les articles du docteur Bertholon parus dans la *Revue Tunisienne;* les ouvrages du docteur L. Raynaud sur l'Algérie française et le Maroc; les écrits du docteur Henry P., J. Renaud sur le Maroc; les articles d'Alberto Ciotola et Lino Piazza sur les conditions sanitaires de la Libye fasciste.

3. Parmi les ouvrages et les articles publiés sur le sujet: Speziale S., *Oltre la peste. Sanità, popolazione e società in Tunisia e nel Maghreb (XVIII-XX secolo)*, Cosenza, Pelle-

« rationnelle » contre les épidémies, se met alors en place, sous l'influence du modèle européen. En effet, les années 1830 voient la montée d'une stratégie sanitaire visant à intégrer la Méditerranée ottomane dans le système de prévention existant depuis longtemps en Europe. Elle se caractérise par l'instauration d'un réseau dense d'observateurs dans chaque région, l'activation des échanges de renseignements et la création de structures sanitaires (lazarets, hôpitaux) dans les ports et les grandes villes. Bref, elle présente tous les atouts de la médecine préventive occidentale.

Mais ce qui se passe dans les années 1830 n'est pas totalement nouveau. En particulier, dans le cas spécifique de la régence de Tunis, mais aussi dans celui des autres pays d'Afrique du Nord, bien avant cette date on retrouve plusieurs exemples de prise en compte des problèmes sanitaires, de la part des représentants du pouvoir. La double conjoncture des années 1830 en Algérie – invasion française[4] et invasion du choléra[5] – peut ainsi être envisagée comme un facteur de catalyse des menées diplomatiques des États européens, d'un côté, et des aspirations des souverains locaux, de l'autre. Il ne s'agit pas d'un tournant absolument imprévu, mais d'une accélération dans un processus de très longue durée : les préoccupations sanitaires s'imposent désormais à l'attention de toutes les catégories sociales dans le milieu européen, et se développent dans le milieu arabe.

Si l'on remonte au XVIIe siècle, les sources documentaires font beaucoup défaut et ne permettent point d'avancer des hypothèses bien fondées. Ce n'est qu'à partir du XVIIIe siècle que les documents révèlent clairement l'existence d'interventions beylicales fréquentes dans le domaine de la santé publique[6] et de la prévention sanitaire maritime et terrestre[7]. En

---

grini, 1997, p. 572. Le premier ouvrage scientifique important sur la santé publique dans la régence de Tunis dans ces années est celui de Gallagher N.E., *Medicine and Power in Tunisia (1780-1900)*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983. En 2011, l'historien tunisien Husayn Boujarrah a publié en arabe une thèse sur la peste et le débat entre les autorités religieuses et politiques au Maghreb, du XIVe au XVIIIe siècles, sans référence à la littérature occidentale sur le sujet.

4. L'invasion de l'Algérie entraîne la création du premier conseil sanitaire (de type militaire) de toute l'Afrique du nord, au lendemain du débarquement des troupes françaises.

5. Cette maladie épidémique déclenche des actions des gouverneurs des pays d'Afrique du nord ainsi que la création des conseils sanitaires (de type consulaire).

6. Par exemple, pendant l'épidémie de peste de 1705, le bey Muhammad « sortit de Tunis, fit entourer son camp de chameaux avec des gardes pour empêcher toute communication extérieure ». Peyssonnel J.A., *Voyage dans les Régences de Tunis et d'Alger*, Paris, La Découverte, F. Maspero, 1987, p. 146 (1re édition : Peyssonnel J. A., Desfontaines R.L., *Relation d'un voyage sur les côtes de Barbarie fait par ordre du roi*, Paris, Dureau de la Malle, 1838, t. I, p. 480, t. II, p. 385). L'auteur ajoute qu'en temps de peste les musulmans « rendent aux malades les secours et les services ordinaires ».

7. Sur ce sujet, il existe une documentation très volumineuse mais éparpillée dans des dizaines de fonds d'archives. Voir par exemple : Archives Nationales Tunisiennes. Série Historique, cartons 66-69 (ANT.SH.66-69) mais aussi les fonds de la correspondance consulaire française, anglaise, espagnole, italienne, autrichienne..., les fonds sanitaires des ports de Marseille, de Livourne, de Malte et de Venise.

général, il s'agit de mesures d'urgence et d'ordres donnés de temps en temps par le bey, accueillis avec beaucoup d'incompréhension et d'opposition dans le peuple[8].

Mais quelque chose change avec le règne de Hammoudah Pacha (1782-1814). Ce bey qui est toujours évoqué pour ses qualités politiques, pour le renforcement du gouvernement central, pour l'impulsion qu'il a donné au commerce, peut aussi être commémoré pour sa prise de position face aux problèmes sanitaires de son pays.

Pour justifier ce jugement, il est nécessaire de discuter en profondeur l'action de Hammoudah Pacha dans plusieurs domaines sanitaires en Tunisie. De cette façon, il devient possible de donner une réponse à la question fondamentale: est-il oui ou non l'auteur d'une tentative de réforme complète, ou s'est-il contenté de réorganiser quelques secteurs voire de prendre de simples mesures plus ou moins durables, plus ou moins efficaces ?

Les mesures sanitaires extraordinaires: la peste de 1784-1785

Les premières actions sont des mesures de prévention sanitaire de type extraordinaire, c'est-à-dire des mesures qui, décidées dans des situations extrêmes, demandent une exécution énergique et immédiate.

Deux années après le début de la régence de Hammoudah Pacha, son pays est mis à dure épreuve par la terrible épidémie de peste de 1784-1785[9]. En sus des mesures de quarantaine imposées aux navires provenant de l'étranger avant même le début du fléau et des précautions d'ordre personnel prises lors des prodromes de l'épidémie[10], le bey ordonne des dispositions qui font beaucoup réfléchir sur l'influence que le milieu euro-

---

8. Il est important de rappeler les mesures prises contre la peste de Marseille en 1720 (Archives Nationales Françaises. Affaires Étrangères. Série B-I. Carton 1130 (ANF. AE-B-I/1130). Tunis, mars 1721-mai 1722. Consul français au ministre des affaires étrangères à Paris), à l'occasion de la peste de Tripoli de 1733 (Archives de la Chambre de Commerce de Marseille. Série J. Carton 1420 (ACCM/J.1420). Tunis, 6 juin 1733. Consul français aux membres de la Chambre de commerce de Marseille), pendant la peste d'Alger de 1743 (ACCM/J.1425. Tunis, 8 Juillet 1744. Consul français aux membres de la Chambre de commerce de Marseille), pendant l'épidémie de peste de Zarzis en 1767-1768 (Voir aussi Ibn 'Abd al-'Aziz Hammudah, *Le livre du Pacha*, traduction française, Paris, 1935, p.328), lors de l'épidémie et de la disette de 1776-1777 (Gallagher N.E., *Medicine and Power...*, *op.cit.*, p.52).

9. L'épisode est raconté par le chroniqueur Ibn Abī al-Dhiyāf Ahmad. Cf. *Ithâf ahl al-zamân bi-akhbâr mulûk Tunis wa ahd al-amân*, 8 tomes, Tunis, 1963-66, t.III. Voir aussi Gallagher N.E., *Medicine and Power...*, *op.cit.*, p.25-26.

10. Le bey empêche ses sujets de s'approcher de lui en installant une barricade dans la salle des audiences du palais du Bardo; il interdit la coutume du baisemain et il ne

péen – consuls et médecin personnel du bey en tête – exerce sur ce souverain. Il ordonne que les vêtements et les hardes appartenant aux morts de peste soient brûlés, que les maisons des pestiférés soient isolées pour plusieurs semaines ; que les cadavres des étrangers décédés de la maladie soient lavés directement dans leurs cimetières hors de la ville et soient enterrés à plus d'un mètre de profondeur ; enfin, que tous les malades soient enfermés dans les magasins des potiers[11]. Il s'agit des mêmes mesures que celles qui depuis plusieurs siècles sont ordonnées par les autorités sanitaires européennes pour circonscrire la propagation des terribles épidémies de peste qui frappent le vieux continent. Pour se borner à l'Europe du XVIIIe-XIXe siècles, ces mesures sont par exemple appliquées à Marseille en 1720, à Messine en 1743, à Malte en 1813 et enfin à Noja de Bari (Noicattaro) en 1815-1816[12]. Leur application dans la régence de Tunis et surtout l'attention portée aux étrangers font bien comprendre la volonté de contrôle de l'espace autour de la capitale et la conviction de la nature exogène et contagieuse de la maladie[13]. Or il s'agit d'un des points

---

reçoit pas de lettres qui n'aient été purifiées auparavant avec du vinaigre. Gallagher N.E., *Medicine and Power...*, *op.cit.*, p.25.

11. Cette prise de position contraste avec l'épisode d'application rigide du protocole européen en cas de peste, qui déclenche une sorte de guerre entre Tunis et Venise en 1781. Quand la peste sévit en Égypte en 1781, le bey 'Alî ordonne aux caïds que tous les bâtiments venant de ce pays soient repoussés et renvoyés à Tunis pour faire la quarantaine. Un bâtiment vénitien, nolisé en Égypte par des marchands sfaxiens, est renvoyé à Tunis par le caïd de Sfax, suite à la présence de cas de peste. Malheureusement, le bâtiment est détourné à Malte où il est brûlé avec toutes les marchandises. La requête de dédommagement de la part des marchands est appuyée par le nouveau bey Hammoudah, et le refus du gouvernement vénitien entraine une longue guerre qui se termine en 1792. On peut donner l'interprétation suivante : face aux intérêts économiques de ses sujets, le nouveau bey est amené à mettre de côté ses idées contagionnistes et son approbation des mesures utilisées en Europe.

L'épisode du bateau vénitien peut être relu du point de vue des consuls européens mais aussi du point de vue tunisien exprimé par la chronique de Abū al-thana' sidi Mahmūd ibn Sa'īd Maqdīsh Nuzhat al-anzār fi a'jīb al-tawārikh wa'l akhbār. Voir Nallino C.A., « Venezia e Sfax nel secolo XVIII secondo il cronista arabo Maqdîsh », in « Venezia e Sfax », *Raccolta di scritti editi ed inediti*, vol. III, Roma, 1941, p.345-402.

12. Sur l'aire de la peste, Biraben J.N., Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens, 2 tomes, Paris, Mouton, 1975. Pour l'empire ottoman (1750-1850), Leuwen, Peeters, 1985, p.659. Pour le Maghreb, S. Speziale, *op.cit.* Pour Panzac D., *La peste dans l'Empire ottoman*, p.316 et *op.cit.*, Messina, Mesogea, 2005, p.213. Pour une perspective intéressante sur le rétrécissement de l'aire de la peste selon une diagonale allant du nord-ouest au sud-est, voir Restifo G., *Peste al confine. L'epidemia di Messina del 1743*, Palermo, EPOS, 1984, p.223 ; et du même : *Le ultime piaghe. Le pesti nel Mediterraneo (1720-1820)*, Milano, Selene, 1994, p.316.

13. Des mesures semblables sont ordonnées par le pacha de Tripoli pendant la peste de 1797. Archives Nationales Françaises. Consulat de Tripoli de Barbarie. Carton 29 (AEF. C.TR/29). Tripoli, 2 avril 1797. Consul français au citoyen Charles de la Croix, ministre des relations extérieures. Toutefois, dans la population musulmane des pays d'Afrique du nord, comme dans le reste de l'empire ottoman de façon plus générale, on ne relève pas de dénonciation de la propagation volontaire de la peste. Cette crainte reste cantonnée à l'histoire de la mentalité chrétienne. La plupart des musulmans ne croient pas à la contagion et il n'y a donc pas de persécutions d'individus suspects, des « untori », « oigneurs de peste »

de discussion les plus fascinants et les plus controversés qui soient dans les débats « scientifiques » du XVIIIe et aussi du XIXe siècle.

Mais ces mesures imposées se heurtent à une forte opposition populaire, essentiellement pour trois raisons. En premier lieu, le peuple a confiance dans les pratiques médicales traditionnelles qui n'accordent aucune valeur aux mesures quarantenaires et sanitaires restrictives; en deuxième lieu, le peuple suit, dans ses grandes lignes, le code de comportement dicté par la religion musulmane en cas de peste, qui implique une attitude face à la maladie et à la mort fort éloignée des précautions proposées par le modèle occidental[14]; en troisième lieu enfin, il considère ces mesures comme une atteinte à la propriété, dont le seul résultat visible, à court terme, est l'appauvrissement des familles des malades.

Des ulémas se font les interprètes du mécontentement populaire et de la nécessité en tant que croyants de se résigner à la maladie et à la volonté de Dieu. Le bey soumet alors le problème à l'attention du mufti et du plus âgé des ulémas. La réponse ne lui est pas favorable: il ne faut pas infliger un double fardeau à la population en ajoutant une perte matérielle à la perte des parents. La seule alternative indiquée, si l'on tient à imposer les mesures sanitaires en question, est de rembourser les familles de la perte matérielle subie. Unique concession au pacha qui se trouve ainsi contraint de retirer ses ordres[15].

Cet épisode inspire toute une réflexion sur l'œuvre de pénétration scientifique opérée par les Européens. Il s'agit d'un processus de longue haleine qui emprunte deux voies. Premièrement, une voie indirecte: l'observation de l'attitude envers la peste affichée par la communauté européenne face aux épidémies. Cette attitude se révèle aux yeux des musulmans à travers une série de pratiques respectées scrupuleusement par les étrangers dans tous les pays arabes: l'isolement immédiat dans les fondouks (hôtelleries) dès les premiers signes de peste dans la ville; l'éloignement des malades qui sont amenés à l'hôpital des Trinitaires, la pratique des « désinfections » des effets par fumigations et immersion dans le vinaigre. Deuxièmement, une voie directe: les efforts de persuasion déployés par les représentants diplomatiques auprès de la famille beylicale et de son entourage. Efforts symbolisés par la figure du médecin européen du bey et du bey du camp, le chef de l'armée.

À ce propos, il est intéressant de rappeler un épisode qu'on peut qualifier de théâtral, raconté par le proconsul anglais Henry Clark. Il s'agit de la première thèse de médecine sur la vaccination contre la variole selon la méthode européenne, que le médecin du bey présente à Hammoudah Pacha en 1801:

---

comme dans toutes les villes, les villages et les campagnes d'Europe à chaque épidémie. Voir par exemple: Preto P., *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Bari, Laterza, 1988, p. 251.

14. Sublet J., « La peste aux rets de la jurisprudence. Le traité d'Ibn Hajar al-Asqalânî sur la peste », *Studia Islamica*, XXXIII, 1971, p. 141-149.

15. Ibn 'Abi al-Dhiyāf Ahmad, *op.cit.*, t. III, p. 14-15.

> « The first dissertation you sent on the cowpox was delivered to the Bey and explained to him by his physician, he neither understands it nor cares two pence about it, and ridicules the idea of inoculating a cow with matters extracted from the hoof of a horse to be afterwards applied to a human being and adds that: "che il Console inglese è sempre matto e morirà matto" »[16].

Quoiqu'en cette circonstance la réaction du bey ait été négative, il est important d'imaginer des dizaines de scènes semblables, qui se sont déroulées pendant toute la durée de son règne. Ce n'est que de cette façon qu'on peut concrètement comprendre la portée de l'action européenne. Toutefois, il s'agit d'une influence qui reste, pour le moment, limitée au plus haut niveau de la société, le bey et sa cour, et qui ne s'adresse pas encore au reste du pays. Mais après les congrès de Vienne (1815) et d'Aix-la-Chapelle (1819), apparaît une troisième voie : celle des pressions diplomatiques qui jour après jour se font progressivement plus fortes et plus arrogantes.

Plus de trente ans après, lors de la terrible épidémie de peste de 1817-1821, l'exemple de Hammoudah Pacha est suivi par un autre membre de la dynastie husaynite, le bey Mahmoud (1814-1824). Mais les conditions d'accueil dans le milieu populaire des mesures sanitaires entreprises à cette dernière occasion, fort différentes, sont révélatrices de changements importants survenus entre temps dans la société[17]. Au début de l'épidémie, les mesures ordonnées par le bey Mahmoud rencontrent une opposition populaire semblable à celle rencontrée par Hammoudah Pacha pendant la peste de 1784-1785. Mais bientôt, l'opposition entre le bey et le peuple se transforme en une opposition entre deux factions bien caractérisées : un parti contagionniste et un parti anti-contagionniste. Cela signifie que les conceptions sanitaires européennes ont pénétré, hors des murs du palais du bey, dans les milieux du pays les plus ouverts à l'Occident. L'action du bey Hammoudah en 1784 doit donc être considérée comme un épisode avant-coureur d'importants développements à long terme.

---

16. « La première thèse que vous avez envoyée touchant la vaccine fut remise au bey et dument expliquée à lui par son médecin. Mais il n'y comprend rien et s'en fiche éperdument, il se moque de l'idée d'inoculer une vache avec de la matière prélevée sous le sabot d'un cheval pour être ensuite appliquée à un être humain » et il ajoute « que le consul anglais a toujours été fou et mourra fou ». La dernière phrase est en italien dans le texte parce que le médecin du bey est italien et le bey utilise lui-même cette langue pour communiquer avec les Européens. Public Record Office. Foreign Office. Fonds 77 Tunisia. Carton 4 (PRO.FO.77/4). Tunis, 24 juin 1801. Proconsul Henry Clark au consul Perkins Magra. Il faut rappeler que la vaccination sera introduite et rendue obligatoire par le bey Ahmad (1837-1855) dans l'armée.

17. Sur cet épisode voir aussi : Gallagher N.E., *Medicine and Power...*, *op.cit.*, p.32, et Speziale S., *Oltre la peste*, *op.cit.*, p.177-178. Pour comprendre la lenteur de ce type de pénétration culturelle dans d'autres milieux populaires, voir l'exemple de la peste qui sévit dans le Maroc français en 1911 (AEF, Nouvelle Série, Maroc/407). Les troupes d'occupation doivent affronter l'opposition des populations à des mesures prises pour empêcher la propagation de l'épidémie. Plus d'un siècle est pourtant passé...

Les mesures ordinaires : la prévention maritime

Le deuxième point qui attire l'attention concerne les mesures ordinaires. C'est-à-dire les mesures de prévention sanitaire qui sont appliquées avec plus ou moins de régularité, en dehors des bouleversements du contexte sociopolitique par des événements exceptionnels comme épidémies et guerres. La première impression ressentie en abordant ce sujet est que l'opposition, si forte à l'intérieur d'un pays encore peu assujetti au pouvoir central au début de « l'Âge d'or »[18] de Hammoudah Pacha, se révèle moins vive en ce qui concerne la prévention maritime.

Mais une mise au point préalable est nécessaire. Malgré le renforcement de la présence de la marine tunisienne au niveau international et malgré les troubles de l'époque révolutionnaire et napoléonienne dans le vieux continent. le commerce reste encore en bonne partie entre les mains des commerçants européens[19] et des commerçants venant des autres pays de l'empire ottoman. On peut donc supposer que, surtout dans le cas des premiers, il est plus facile d'appliquer des mesures de prévention notamment comme les quarantaines.

Dans ce domaine, Hammoudah Pacha, suivant l'exemple de ses prédécesseurs, ordonne aux gouverneurs des villes portuaires de renvoyer les « provenances » (marchandises) infectées, impose la quarantaine aux navires suspects dans un endroit situé au large de l'avant-port de La Goulette. Il fait désinfecter les marchandises et interner les passagers dans le lazaret de l'ilot de Chikly[20].

Le témoignage du médecin Louis Frank est éclairant à ce sujet. Il raconte qu'au début du XIXe siècle tous les navires qui arrivent à *La Goulette* trouvent « un aga qui est chargé de vérifier les lettres des capi-

---

18. Sur le règne de Hammoudah Pacha voir Cherif M.H., « Hammuda Pacha Bey et l'affermissement de l'autonomie tunisienne », *Les Africains*, VII, 1977, p. 103-128. Cherif M.H., « Pouvoir beylical et contrôle de l'espace dans la Tunisie du XVIIIe siècle et des débuts du XIXe siècle » in *Annuaire de l'Afrique du Nord*, Paris, Éditions du CNRS, 1985, p. 49-61. La dénomination « Âge d'or » peut être acceptée en ce qui concerne le succès – partiel et à court terme – enregistré dans le domaine du commerce international, mais surtout parce que le pouvoir central s'impose alors dans toute l'étendue du pays. Mais il s'agit au contraire d'un « Âge de fer », si on considère les fléaux qui frappent le pays à la même période. Pour se borner aux plus importants, citons l'épidémie de peste de 1784-1785 qui se prolonge avec des cas sporadiques jusqu'en 1788, la peste qui sévit de 1794 à 1801, la forte épidémie de variole de 1796 à 1799, la disette de 1802 à 1804, celle de 1805-1806 qui s'accompagne d'une épidémie qui n'est pas clairement identifiée.

19. Pendant le règne de Hammoudah Pacha, le commerce tunisien se renforce aux dépens de l'Europe qui est bouleversée par les guerres napoléoniennes. Après la mort de Hammoudah Pacha (1814), le congrès de Vienne (1815) et d'Aix-la-Chapelle (1819), et la terrible épidémie de peste de 1817-1821, l'Europe rattrape les positions perdues. Voir les ouvrages de Mohammed-Hedi Cherif déjà cités et aussi Chater K., *Dépendance et Mutation Précoloniale : La Régence de Tunis de 1815 à 1857*, Tunis, Publications de l'Université de Tunis, 1984, p. 660.

20. Peyssonnel J. A. et Desfontaines R. L., *op.cit.*, t. II, p. 56.

taines qui arrivent, de lui en donner immédiatement connaissance, et de ne laisser descendre personne à terre, lorsque le navire vient d'un pays suspect de peste ». Louis Frank ajoute que ce fonctionnaire militaire « surveille également toutes les marchandises qui sont portées à Tunis, et interdit l'entrée des articles prohibés comme le vin, l'eau-de-vie et les liqueurs. Sa vigilance s'étend également à tous les objets de sortie, et principalement sur tous les passagers, qui ne peuvent s'embarquer sans une permission spéciale du Bey »[21]. Contrôle des patentes de santé, inspection des marchandises d'importation et d'exportation, surveillance des passagers à l'entrée et à la sortie. Tous ces éléments dénotent un niveau embryonnaire d'organisation quarantenaire et une politique de surveillance de la propagation des épidémies.

Au cours des années suivantes, tout le service quarantenaire devient toujours plus réglementé et vers 1816, juste deux années après la mort de Hammoudah, le nouveau bey Mahmoud impose aux navires une taxe fixe pour les dépenses de quarantaine, sur la base de la durée de leur séjour. Chose intéressante : la quarantaine est imposée à tous les navires, que leur patente soit nette ou « brute » (*brutta*), indiquant une épidémie dans le pays de provenance[22].

On peut supposer qu'au temps de Hammoudah Pacha il y avait aussi une taxe mais qu'elle n'était pas imposée régulièrement ou n'était pas aussi lourde que la nouvelle taxe du bey Mahmoud, puisqu'elle n'a pas suscité de réaction de la part des marchands européens. En revanche, ces derniers porteront plainte auprès du bey Mahmoud pour plusieurs raisons : d'un côté, ils considèrent que cette taxe est une entrave au commerce, qui s'ajoute à la durée de la quarantaine, de l'autre, ils émettent de fortes critiques sur la qualité du service effectué[23] ; enfin, ils se plaignent toujours des différences de traitement quarantenaire entre navires ottomans et navires européens et entre navires européens de nationalités différentes[24]. En tout

---

21. Frank L., Marcel J.J., *Histoire de Tunis*, Tunis, 2e éd., Bouslama, 1979, p.8 (1re éd., AA.VV., *L'Univers, histoire et description de tous les peuples : Tunisie*, par L. Frank et J. J. Marcel, Algérie par E. Carette, États tripolitains par F. Hoefer, Paris, Didot, 1850).

22. PRO.FO.77/10. Tunis, 29 Janvier 1819. Consul R. Oglander à Earl Bathurst. « Under the name of "Quarantine Charges" the Bey has also within the last two or three years laid on a tax of 25 to 80 piastres (according to its longer or shorter duration) on each ship arriving in the port of Tunis, although the bill of health be clean and there be no sign of any sickness in the port from whence she came » (« Sous le nom de charges de quarantaine, le bey a aussi au cours des deux ou trois dernières années imposé une taxe de 25 à 80 piastres (en fonction de la durée de son séjour) à chaque navire arrivant au port de Tunis, même si la patente de santé est nette et s'il n'y a aucun signe de maladie dans le port de provenance »).

23. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze. Carte Viesseux. Cassetta 145, 2 (BNCF. C142, 2). Journal de la peste de 1818-1820. Neppi Modona (éditeur), *Giampietro Viesseux. La peste de Tunis (1818-1819)*, Firenze, Gabinetto Scientifico Letterario, 1979, p.103. Gallagher Nancy Elisabeth, « Colonial Enthousiasts and Plague in Tunis (1818-1819) », *Revue d'Histoire Maghrébine*, 33-34 juin 1984, p.49-54.

24. Speziale S., « Navigation et prévention sanitaire maritime au Maghreb en temps de peste (début XVIIIe-début XIXe siècle) », Actes du VIIIe Symposium International d'Études

cas, l'imposition d'une taxe apparait synonyme de la continuité du service et de sa régularité, et le bey Mahmoud ne reviendra pas là dessus: le parcours tracé par Hammoudah Pacha ne s'arrête donc pas[25].

Le personnel médical indigène: pratique de l'art et trasmission du savoir

Le troisième domaine de la santé publique où l'on peut faire l'hypothèse d'une politique d'intervention pendant le règne de Hammoudah Pacha est celui de la pratique de la médecine et de la transmission du savoir scientifique en milieu indigène.

Comme le docteur Louis Frank l'affirme et quelques historiens reprennent ses dires[26], il existe dans la ville de Tunis de la fin du XVIIIe au début du XIXe siècle une corporation qui compte au moins 25 médecins avec licence de pratiquer la médecine, sous la direction de *l'amin al-atibbah* (le chef des médecins)[27]. Cette affirmation va contre l'opinion des contemporains d'une transmission du savoir sans contrôle en Tunisie et surtout d'une pratique de la médecine sans contrôle[28]. En revanche, pour l'appuyer, deux faits dignes d'attention doivent être rappelés. Premièrement, la délivrance des *ijâzah* (licences) signées par l'*amin* après l'examen du candidat médecin et lors du renouvellement du document, après plusieurs années[29]. La pratique est sûrement ancienne, bien que les exemplaires les plus anciens conservés aux Archives nationales tunisiennes ne remontent qu'à la date de 1818[30]. Deuxièmement, le précieux témoignage du médecin Giuseppe Passeri, qui décrit les leçons de médecine, chirurgie et phar-

---

Ottomanes sur *La marine et les routes commerciales ottomanes*, Zaghouan, FTERSI, 15-19 octobre 1998, *Arab Historical Review for Ottoman Studies*, 2000, 21, p. 121-133.

25. Cette politique d'intervention en matière de prévention sanitaire maritime est poursuivie par les successeurs du bey Mahmoud. En 1835 est créé le Conseil Sanitaire de Tunis. Sur ce sujet voir ANT.SH.66-69. Voir aussi les ouvrages de Lucette Valensi, Nancy Elisabeth Gallagher et Salvatore Speziale.

26. Gallagher N. E., *Medicine and Power...*, *op.cit.*, p. 17-18 et Gallagher N.E., « "The Arab Medical Organization in Ninenteenth Century Tunisia" », *Revue d'Histoire Maghrébine*, 3-4 juin 1975, p. 145-149.

27. Frank L., *op.cit.*, p. 137; Gallagher N.E., *Medicine and Power...*, *op.cit.*, p. 17; Speziale S., *Oltre la peste...*, *op.cit.*, p. 184-187.

28. Voir Frank L., *op.cit. p. 138*; Abbé Poiret, *Lettres de Barbarie (1785-1786)*, Paris, Le Sycomore, 1980, p. 133 (1re édition: *Voyage en Barbarie ou Lettres écrites de l'ancienne Numidie pendant les années 1785-86*, Paris, 1789).

29. Voir Dinghizli B., « Aperçu rétrospectif sur l'exercice de la profession médicale et de l'Assistance médicale en Tunisie avant l'occupation française dans ce pays », *La Tunisie Médicale*, édition spéciale, mai 1931, p. 177-183; Gallagher N. E., *Medicine and Power...*, *op.cit.*, p. 17.

30. ANT.SH.66/794. Ce carton contient plusieurs exemplaires de *ijâzah* délivrées à partir de 1818.

macie, données au *maristan* (hôpital) de Tunis, auxquelles participent les musulmans et les juifs moresques. Leçons qui ont lieu sous la direction de l'*amin al-atibbah* et d'un autre médecin, généralement un renégat européen[31].

Le même auteur rapporte enfin l'existence d'un décret beylical publié vers 1813-1814 par Hammoudah Pacha, hautement significatif. Selon ce décret, tous les médecins tunisiens et les médecins juifs en particulier, pour obtenir l'autorisation (licence) de pratiquer l'art médical, doivent passer un examen sous la supervision des médecins européens. Mais le docteur Passeri ajoute que l'application de ce dernier décret n'est pas bien observée, au moins pendant la période de son séjour dans la régence de Tunis, qui a lieu à la fin de la deuxième décennie du XIXe siècle[32].

Le personnel médical étranger : nombre et position des médecins et réglementation de la pratique

Une dernière confirmation de la sensibilité de Hammoudah Pacha aux problèmes sanitaires et de son intérêt pour les solutions provenant de la médecine « d'outre-mer » est la présence toujours plus visible de médecins européens dans la régence et particulièrement à la cour. Un nombre important de médecins européens, italiens et français en majeure partie, exercent l'art médical de manière plus ou moins durable auprès du bey et du bey du camp pendant la *mahallah* (la récolte des impôts), auprès des notables du pays et aussi à la direction du *maristan* de Tunis[33]. D'autres médecins restent seulement pour quelques années : ils viennent en mission ou en voyage de formation. Il suffit de rappeler en passant le génois Dionisio Mendrici, le vénitien Michele Cimba, les français Gay et Frédéric Lombard et le belge-français Louis Frank, mais la liste est en fait beaucoup plus longue[34].

---

31. Passeri G., *Della Peste col ragguaglio della Peste di Tunisi avvenuta negli anni 1818 1819 e 1820 e Lettera sullo stato della medicina in quel regno del Dott. Giuseppe Passeri, Membro Corrispondente della Società delle Scienze Arti e Belle Lettere di Macon*, Firenze, Jacopo Balatresi, Siena, Onorato Porri, 1821, p.92-93.

32. Passeri G., *op.cit.*, p.93. L'auteur ajoute qu'en tout cas, aux médecins indigènes serait concédé un exercice limité de la profession, sous la direction des médecins européens.

33. Leur nombre va toujours croissant à partir des années 1820 et l'immigration continue sans aucune interruption jusqu'à l'indépendance du pays.

34. Speziale S., « Medici italiani e istituzioni sanitarie nella reggenza di Tunisi a metà Ottocento, *in* Vanzan Paladin (éd.) Actes du colloque international Medicina musulmana in Italia (Venise, 1994), "Per una storia della presenza italiana in Tunisia : medici, agenti sanitari, infirmieri, farmacisti e levatrici dal XVI al XX secolo, Finzis, éd., *Mestieri er professioni degli Italiani di Tunisia, Métiers et professions des Italiens de Tunisie*, Tunis, Finzi, 2003, p.220-247.

À propos de tous ces médecins, le docteur Passeri a écrit dans ses mémoires une note d'un intérêt considérable : à partir des années 1813-1814, le gouvernement publie un décret aux termes duquel quiconque vient de l'Europe dans l'intention d'exercer la médecine, la chirurgie ou la pharmacie dans la régence de Tunis, doit passer un examen et montrer ses diplômes à une commission composée d'une sélection de médecins européens résidents, sous la présidence de l'*amin al-atibbah* et du médecin personnel du bey[35]. Une commission mixte donc, où le représentant de la médecine arabe traditionnelle partage la fonction la plus importante avec le représentant de la médecine étrangère. Une commission en tout cas où la prédominance de l'élément exogène est assurée. Cette disposition reste en vigueur dans les années 1820 sous le règne du bey Mahmoud, quand le médecin Passeri – selon ses mémoires – soutient un long et sévère examen de la part du médecin du bey Secondo Zola de Brescia[36].

À partir de ces mêmes années, on rencontre un nombre toujours plus élevé de médecins italiens et français dans les positions clefs du contrôle sanitaire des navires. Ils sont placés juste à côté des autorités militaires, les *aghas*, et des gouverneurs, les caïds, avec lesquels ils entrent dans une sorte de collaboration – parfois pacifique, parfois conflictuelle – au cours des décennies suivantes. Parmi les médecins-contrôleurs, un des premiers est le médecin napolitain Luigi Sabetti, employé à La Goulette, l'avant-port de Tunis. Il s'est exilé du royaume de Naples, à la suite des mouvements insurrectionnels de 1820[37]. La déclaration de la fin de l'esclavage par les Européens en 1816 est sûrement un des facteurs qui poussent un grand nombre de médecins et pharmaciens, qui ont fait leurs études dans une faculté européenne, ou bien simplement des praticiens sans diplôme, à s'installer dans la Régence en suivant la vague de l'émigration populaire. Mais cette explication ne suffit pas. On peut supposer qu'était bien connu en Europe le bon accueil réservé aux médecins sur la rive sud de la Méditerranée.

Conclusion : Réforme en profondeur ou mesures temporaires ?

À partir d'une comparaison fondée sur des documents d'archives significatifs et malgré le peu de bibliographie existante, il a été possible de

35. Passeri G., *op.cit.*, p.92.

36. Passeri G., *op.cit.*, p.94-95. Selon ses mémoires plusieurs médecins venus d'Europe n'ont pas passé l'examen.

37. Il Michel E., *Esuli italiani in Tunisia (1815-1861)*, Milano, Istituto per gli Studi di Politica Internazionale, Varese, Industrie Grafiche A. Nicola et C., 1941, p.79, 146, 315. Voir aussi : Cannaviello V., « I rivoluzionari irpini del 1820 esuli nella Tunisia », *Annuario del R. Liceo-Ginnasio di Avellino*, 1931-32, Avellino, Premiato Stabilimento Tipografico C. Labruna, 1933, p.16-17.

repérer dans la Tunisie précoloniale les traces d'une politique cohérente portant sur des mesures sanitaires, la pratique de la médecine et la transmission du savoir scientifique. Maintenant, s'agit-il d'une vraie tentative de réforme générale du système sanitaire, peut-être interrompue par la mort prématurée du bey Hammoudah, ou s'agit-il seulement d'une série de mesures temporaires et indépendantes les unes des autres ? Il est difficile de répondre avec certitude. On pourrait sûrement tomber d'accord avec la première hypothèse si l'on disposait d'autres sources documentaires pour appuyer les renseignements fournis par le médecin Giuseppe Passeri, notamment à propos de l'institution des commissions d'examen.

En tout cas, l'existence des *ijâzah* peut déjà être considérée comme une preuve plus ou moins fiable de l'existence d'une organisation embryonnaire ancienne qui se maintint au XVIIIe comme au XIXe siècle. Avec la réserve, bien entendu, qu'en dehors de cette organisation, il faut imaginer, coexistant avec elle, tout un monde de praticiens – médecins, chirurgiens, pharmaciens, herboristes, sages-femmes – sans licence. En fin de compte, le fait que la licence la plus ancienne remonte à 1818 peut être raisonnablement expliqué par les aléas de la conservation des documents. De plus, l'attention aux questions de prévention sanitaire, tant maritime que terrestre, attribuée à Hammoudah Pacha, est abondamment attestée[38]. Enfin, le vif intérêt du bey pour la médecine européenne est à la fois fondé sur la documentation disponible et corroboré par la présence continuelle de médecins étrangers auprès des plus hautes autorités de la Régence.

Mais, au delà de la problématique « Réforme ou pas réforme ? », on ne peut douter d'un fait essentiel : avec Hammoudah Pacha, le domaine sanitaire devient un centre d'intérêt primaire du gouvernement. Ce bey hérite de ses prédécesseurs mais renforce une politique d'intervention qui ne se termine pas avec son long règne, mais est au contraire continuée par ses successeurs. En effet, à partir de la régence de Hammoudah Pacha et jusqu'aux années 1830, elle ne subit aucune interruption vraiment importante. Il suffit de rappeler, par exemple, les mesures prises pendant l'épidémie de peste de 1817-1821 et l'importance toujours croissante donnée au personnel médical européen au sein des structures tunisiennes à partir des années 1820.

Un dernier élément de réponse découle de la transformation des équilibres économiques et politiques méditerranéens au profit des Européens. La médecine européenne semble s'imposer au regard des gouverneurs musulmans comme un des éléments qui ont permis le saut opéré par les puissances chrétiennes. D'où la tentative de leur part de s'approprier des nouvelles connaissances et des techniques modernes occidentales de manière pragmatique, et de les appliquer directement dans le domaine de la prévention sanitaire et de l'amélioration de l'armée.

---

38. En dehors des documents cités dans ce chapitre, il en existe beaucoup d'autres éparpillés dans les correspondances des consuls français, anglais, espagnols, autrichiens et des États italiens avec leurs ministères des Affaires étrangères respectifs.

C'est avec cette visibilité croissante des représentants du pouvoir beylical dans le domaine sanitaire qu'on arrive à la constitution d'un conseil sanitaire de type consulaire dans les années 1830. À partir de cette date, commence une autre phase de l'histoire sanitaire tunisienne et maghrébine qui, comme celle de Hammoudah Pacha, a été sous-évaluée par l'historiographie coloniale et post coloniale. Il s'agit d'une phase de rationalisation de la lutte contre les épidémies, de contrôle de l'activité médicale, une phase qui va apporter toutes sortes de changements d'ordre culturel, psychologique et aussi matériel.

2

Un siècle de vaccination antivariolique en Égypte (1827-1927)

Politiques de santé publique et pédagogie de la modernisation

Sylvia CHIFFOLEAU

La vaccination antivariolique possède une dimension emblématique dans l'histoire médicale. En Europe, elle constitue la première opération de médecine préventive à grande échelle. C'est le cas également en Égypte où elle inaugure la mise en place d'une structure moderne de soins et participe à l'élaboration d'un dispositif de santé publique. L'histoire de la vaccination antivariolique est donc un épisode incontournable pour restituer la genèse de la santé publique[1]. Dans un pays comme l'Égypte, pauvre, victime de pathologies nombreuses et qui ne connaît guère la dimension collective de la maladie, même si les mesures prophylactiques ne sont bien sûr pas inconnues de la médecine arabe, la vaccination constitue un test politique délicat pour l'autorité qui la met en place.

En l'espace d'un siècle, l'expérience de la vaccination accompagne l'histoire politique de l'Égypte et les transformations du pouvoir, d'abord quasi-indépendant vis-à-vis du suzerain ottoman, puis colonial, enfin national. Elle révèle ainsi les dimensions idéologiques qui sous-tendent les choix en matière de santé publique. On assiste en effet, au cours de cette période, à un glissement d'une conception de la vaccination pour l'individu vers une vision collective, glissement qui accompagne la construction de l'État moderne égyptien. Enfin, elle constitue le lieu où, sans doute pour la première fois, un pouvoir « laïque » vient empiéter sur le domaine du pouvoir magico-religieux, voire maléfique, dont relève traditionnellement la maladie, pour imposer une méthode scientifique, désa-

1. Selon une démarche proposée par D. Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

cralisée. Dans un environnement où la maladie et les soins relèvent de la sphère privée, la vaccination antivariolique initie un changement fondamental dans la mesure où c'est l'État, dans sa version moderne qui se met en place au début du XIXe siècle, qui l'élabore, la prend en charge et l'impose.

La santé publique, en instituant, dans un cadre étatique, de nouvelles normes et de nouvelles institutions, contribue à imposer et diffuser de nouveaux types de comportements, à modifier la perception qu'ont les individus de la place de leur corps singulier dans la structure sociale et plus généralement son rapport au monde. On tentera de donner ici quelques indices de ces changements, notamment par rapport aux notions d'espace et de temps[2].

L'espace, et singulièrement l'espace de la ville[3], se trouve affecté par l'intrusion de nouvelles institutions sanitaires qui modifient non seulement la structure de la ville, mais également les usages de celle-ci.

Le Caire du début du XIXe siècle demeure une ville traditionnelle qui cède partiellement, dès l'époque de Muhammad 'Alî, à une certaine forme de modernisation. L'un des traits essentiels de cette modernisation est l'émergence d'espaces publics. Dès lors, la ville « ne s'organise plus autour du noyau familial et de son espace qui est l'impasse, mais à partir d'espaces délimités et entretenus par une collectivité abstraite qui garantit leur ouverture à tous »[4]. À ces nouveaux espaces publics, physiquement perceptibles dans la ville (places et jardins publics, avenues etc.) font écho ce que l'on pourrait nommer des espaces collectifs, limités à l'enceinte d'un bâtiment *ad hoc*, destinés à offrir un service public spécifique. C'est bien sûr, entre autres, le cas du système de santé. En mettant en place des politiques publiques, l'État cherche, en s'appuyant sur des groupes de médiateurs, à canaliser la souffrance et le malheur biologique vers ces

---

2. Ce type de questionnement s'inspire en partie des travaux de Bernard Lepetit. Si la notion d'espace a donné lieu à de nombreux travaux portant sur le monde arabo-musulman, celle de temps demeure aujourd'hui à peine effleurée. À noter cependant une synthèse de l'évolution du rapport aux variables spatio-temporelles dans l'Algérie coloniale : O. Carlier, « L'espace et le temps dans la recomposition du lien social : l'Algérie de 1830 à 1930 », *Urbanité arabe. Hommage à Bernard Lepetit*, Paris, Sindbad, Actes Sud, 1998, p. 149-224.

3. La ville est un milieu particulièrement perméable au changement. D'abord, la santé publique n'a aucune autonomie locale : elle est impulsée du centre, de la capitale ou d'Alexandrie, et c'est dans ces deux villes qu'elle s'exerce de la façon la plus cohérente et la plus efficace. Ensuite, la ville est un espace complexe, la population et les activités qui la caractérisent sont plus variées qu'en milieu rural ; l'adaptation à de nouvelles pratiques sociales s'y fait en principe de façon plus aisée. Enfin, c'est avec les progrès de l'urbanisation que « le besoin se (fait) de plus en plus sentir de synchroniser le nombre croissant des activités humaines et de disposer d'un réseau de repères temporels dont l'extension régulière puisse servir de cadre de référence », N. Elias, *Du temps*, Paris, Fayard, 1996, p. 62.

4. R. Ilbert, « Le miroir des notables », *L'espace du public. Les compétences du citadin*. Colloque d'Arc et Senans, 8-10 novembre 1990, Plan urbain, Éditions Recherches, p. 106.

lieux spécifiques où s'exerce la médecine officielle, désormais considérée comme seule légitime.

Ces structures nouvelles implantées dans la ville imposent à leur tour des contraintes de temps inédites puisque leurs activités s'inscrivent dans des horaires fixes. Elles contribuent ainsi à diffuser une nouvelle conception du temps, moderne, laïque, parcellisé, compté. L'acte vaccinal lui-même, par sa capacité d'anticipation, participe à cette modification de la notion de temps, à qui il impose un nouveau rythme perçu intimement dans le corps : on passe d'une conception magico-religieuse à une perception plus « scientifique » et profane. La vaccination antivariolique se présente ainsi comme l'instrument précoce et largement diffusé d'une pédagogie de la modernisation qui tend à imposer un nouvel ordre social.

Premier temps : une mesure collective pour protéger l'individu (1827-1890)

La vaccination antivariolique : une mesure pionnière en matière de santé publique

L'Égypte se distingue par l'antériorité de son expérience vaccinale en regard de la plupart des autres pays du Sud. Certes la vaccination jennérienne a pénétré en Chine et en Indochine[5], ou dans l'Inde colonisée par les Anglais[6], dès les premières années du XIXe siècle. Cependant, les mesures vaccinales y sont demeurées limitées, ponctuelles, et n'ont pas fait l'objet d'une politique globale et généralisée avant le dernier quart du siècle. En Algérie, le service de la vaccination n'est fondé qu'en 1847 et n'a connu d'abord qu'un destin éphémère puisque l'obligation de la vaccination a été levée en 1858, face à l'ampleur de la résistance populaire[7]. C'est également en 1847 qu'un médecin français fonde un premier service public de vaccination en Perse[8]. Or à cette date, on enregistre en Égypte les premiers témoignages d'une soumission volontaire, sinon enthousiaste, à l'opération vaccinale. D'ailleurs, l'effort fourni depuis plus de deux décennies commence alors à porter ses fruits. À partir de 1850, la population de l'Égypte, jusque-là stagnante, entame une croissance régulière et

5. A. Ki-Che Leung, « Variolisation et vaccination dans la Chine prémoderne (1570-1911) » et A. Guénel, « La lutte antivariolique en Extrême-Orient : ruptures et continuité » in A.M. Moulin (éd.), *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996, p. 67-70 et 92-94.

6. D. Arnold, *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1993.

7. Y. Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale. Écoles, médecines, religion (1830-1880)*, Paris, Maspero, 1971.

8. L.D Kotobi, « Approche socio-anthropologique de la vaccination : l'exemple iranien », in A.M. Moulin (éd.), *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996, p. 390-408.

continue[9]. Même si son rôle a peut-être été surestimé, la vaccination a contribué pour une part à cette évolution démographique qui résulte également de la disparition de la peste et d'une amélioration globale des conditions sanitaires.

L'originalité de l'expérience vaccinale égyptienne s'inscrit plus largement dans le projet modernisateur initié par Muhammad 'Alî Pacha, qui gouverne l'Égypte de 1805 à 1847. Le but de ce dernier est moins de réaliser le développement économique du pays que d'imposer le pouvoir de sa dynastie face au suzerain ottoman. Son projet s'appuie donc d'abord sur la puissance de son armée, et c'est bien au profit de celle-ci qu'il décide d'implanter en Égypte un système de santé de type moderne[10]. Plus tard étendu à l'ensemble de la population (1841), ce premier service de santé publique s'inscrit dans le processus de mise en place d'un État moderne dont les prérogatives portent sur des domaines de plus en plus divers, selon un mode radicalement nouveau reposant sur l'émergence d'un corps de fonctionnaires[11], auquel appartiennent les médecins.

C'est un médecin français, Antoine Barthélemy Clot[12], qui répond à l'appel de Muhammad 'Alî et s'embarque pour l'Égypte en 1825 afin d'y fonder un système de santé nouveau, sur le modèle occidental. Or à cette date, la santé publique connaît déjà en France « une légitimité à la fois institutionnelle et académique »[13]; Clot-Bey a donc à sa disposition un bagage technologique et scientifique qu'il va s'attacher à implanter en Égypte. L'Égypte constitue en effet pour lui un pays vierge, un fascinant laboratoire où tester la médecine moderne en pleine expansion, qu'il va toutefois chercher à adapter aux contraintes particulières du pays[14]. Par ailleurs, dans un contexte de mise en place de l'appareil étatique, il lui est loisible, dans une certaine mesure, d'adapter les structures administratives en cours de construction aux impératifs de son projet.

Le défi lancé à la médecine moderne par un pays comme l'Égypte est particulièrement stimulant. La santé y est déplorable et la médecine arabe, déclinante depuis l'Âge d'or du Moyen Âge, n'est guère en mesure de faire face efficacement aux conditions sanitaires. Clot-Bey entend donc bien apporter la preuve éclatante de la supériorité de la médecine occidentale, dont il est convaincu, et cela en dehors de toute contrainte coloniale, ce qui constitue un autre aspect de l'originalité du transfert de la médecine moderne en Égypte.

---

9. D. Panzac, « Endémies, épidémies et population en Égypte au XIXe siècle », *L'Égypte au XIXe siècle*, Paris, GREPO, Éditions du CNRS, 1982, p.83-100.

10. K. Fahmy, *All the Pasha's Men. Mehmed Ali, his Army and the Making of Modern Egypt*, New York, Cambridge University Press, 1997.

11. G. Alleaume, « La naissance du fonctionnaire », *Peuples méditerranéens*, n° 41-42, *Égypte, Recompositions*, octobre 1987-mars 1988, p.67-86.

12. A.B. Clot ayant obtenu le beylicat en 1831, il est plus connu sous le nom de Clot-Bey, par lequel il sera désigné dans la suite.

13. D. Fassin, *L'espace politique de la santé...*, p.244.

14. D. Panzac, « Médecine révolutionnaire et révolution de la médecine dans l'Égypte de Muhammad Ali. Le Dr Clot-Bey », *REMMM, 52-53*, 1989, p.95-110.

Dans l'Égypte de la fin du XVIIIe et du début du XIXe siècle, quatre fléaux principaux déciment la population. La peste, si fréquente en Égypte qu'on a pu la croire originaire des bords du Nil, la dysenterie, c'est-à-dire toutes les maladies gastro-intestinales, le trachome, enfin la variole, reviennent sans cesse sous la plume des observateurs étrangers qui soulignent l'ampleur des ravages causés par ces maladies. Dans la partie consacrée à la pathologie égyptienne dans la *Description de l'Égypte*, M. de Chabrol insiste sur le cas de la variole : « La petite vérole, si longtemps funeste à nos contrées, continue ses ravages en Orient... Elle est terrible en Égypte et s'y présente d'une manière bien plus effrayante qu'en Europe. Les enfants en bas âge échappent rarement à sa malignité »[15]. Un quart de siècle plus tard, lorsqu'il arrive en Égypte, Clot-Bey est à son tour frappé par « l'effroyable mortalité » due à cette maladie qui « n'enlève pas moins chaque année de cinquante à soixante mille enfants »[16], ce qui représente une ponction énorme sur une population estimée alors à un peu plus de quatre millions d'habitants

Or la variole peut désormais être combattue grâce à une méthode réputée sûre, celle de l'inoculation de la vaccine, mise au point en 1796 par le Britannique Edward Jenner à partir du *cow-pox* (variole bovine), méthode qui a rencontré un succès immédiat en Europe. Muhammad 'Alî, toujours attentif aux progrès réalisés sur la rive nord de la Méditerranée, est rapidement convaincu des bienfaits de cette nouvelle pratique préventive. Dès 1819, un décret prévoit d'introduire la vaccination des enfants dans l'ensemble de la société[17]. En 1821, pour tenter d'enrayer une mortalité particulièrement élevée chez les conscrits soudanais enrôlés dans l'armée égyptienne, Muhammad 'Alî a recours aux services d'un médecin français demeuré en Égypte après l'Expédition de Bonaparte, le docteur Dussap, pour vacciner contre la variole les troupes stationnées en Haute-Égypte[18]. En fait, cette mesure n'eut guère d'effet sur la mortalité des Soudanais qui périssaient surtout de « nostalgie ». En revanche, elle eut des conséquences fâcheuses durables, dans la mesure où les paysans de Haute-Égypte l'associèrent au marquage des futurs conscrits, ce tatouage qui distinguait les enfants destinés à être plus tard enrôlés dans l'armée du vice-roi. En 1824, sur un avis du consul général de France, plusieurs médecins français sont encore engagés par Muhammad 'Alî pour se rendre à travers le pays vacciner les enfants et former les barbiers de village à la nouvelle technique. En 1826 enfin, un autre médecin français est envoyé pour une mission similaire dans le Fayoum[19]. Si les opérateurs sont des occidentaux, seuls alors en mesure de maîtriser et d'enseigner la tech-

15. M. de Chabrol, « Essai sur les mœurs des habitants modernes de l'Égypte », *Description de l'Égypte* : *État moderne* II, 2e partie, Paris, 1822, p. 382.

16. Clot-Bey, *Mémoires*, Le Caire, IFAO, 1949, p. 157.

17. L. Kuhnke, *Lives at Risk. Public Health in Nineteenth-Century Egypt*, Berkeley, University of California Press, 1990, p. 113.

18. *Ibid.*, p. 113.

19. *Ibid.*, p. 114.

nique, l'initiative d'introduire la vaccination reviendrait au vice-roi, ainsi que l'idée d'utiliser la compétence médicale des barbiers pour la diffuser sur l'ensemble du territoire.

Si Clot-Bey n'est donc pas lui-même à l'origine de cette expérience, comme il l'affirme pourtant, il a assuré son organisation de façon efficace et durable, convaincu que la vaccination jennérienne pouvait jouer fort efficacement un rôle d'avant-poste de la médecine moderne en Égypte. La variole fait partie, aux yeux des Égyptiens, de ces grands fléaux qui relèvent de la volonté divine ; les Européens savent quant à eux s'en prémunir par la vaccine et Clot-Bey est parfaitement conscient de la valeur exemplaire de cet « agent toujours victorieux »[20].

Dans le courant de l'année 1827, deux ans après son arrivée en Égypte, il entreprend « de trouver des moyens plus efficaces pour répandre abondamment le bienfait de la vaccine dans toutes les classes de la population égyptienne »[21], dans le cadre des structures relevant du Conseil général de Santé récemment créé par ses soins. Ce Conseil est d'abord destiné à coordonner le service médical de l'armée ; c'est donc vers elle que se porte l'attention de Clot-Bey. Ainsi, « la vaccination fut pratiquée sur l'ensemble des hommes sous les armes, ainsi que sur leurs femmes et leurs enfants qui vivaient avec eux dans les camps. D'un autre côté, sur les vaisseaux, dans les arsenaux, dans les écoles, dans les fabriques et un peu partout où il y avait une réunion d'hommes, la vaccination fut rendue obligatoire. »[22] L'ambition de Clot-Bey est bien, en imposant l'obligation et la généralisation, de proposer une véritable, et première, mesure de santé publique.

Pour faire face au manque de praticiens, dont la formation débute tout juste à l'École de médecine d'Abou-Zabel, près du Caire, fondée cette même année 1827, Clot-Bey reprend à son compte l'idée d'utiliser les barbiers pour répandre la vaccination. La technique vaccinale est simple en effet, en tout cas accessible à des individus déjà rompus à la pratique des saignées, scarifications et autres opérations de petite chirurgie. Des médecins sont donc envoyés dans les provinces pour former les barbiers ; certains de ces derniers suivent même au Caire un cycle de formation à l'École de médecine. Pour motiver leur zèle, Clot-Bey propose de leur allouer la somme d'une piastre pour chaque vaccination dont le succès est constaté après une période d'incubation de huit jours. Enfin le Conseil de Santé, qui siège au Caire, est chargé de leur fournir la quantité de vaccin nécessaire.

Malgré cette ébauche d'organisation, une épidémie de variole se déclare à Chabîn al-Kûm, dans la région du Delta, en 1836. Face à cette nouvelle offensive, le gouvernement égyptien décide de mieux coordonner les efforts en créant un Comité central de vaccination, formé des membres

---

20. Clot-Bey, *Introduction de la vaccination en Égypte en 1827. Organisation du service médico-hygiénique des provinces en 1840. Instruction et règlements relatifs à ces deux services*, Paris, Victor Masson et fils, n.d., p. IV.

21. Clot-Bey, *ibid.*, p. 9.

22. *Ibid.*, p. 10.

du Conseil général de Santé, et Clot-Bey rédige à cette occasion un fascicule intitulé *Instruction sur la vaccination*, publié en 1837, auquel est joint un *Règlement pour la propagation de la vaccine en Égypte et dépendances*[23].

Le dispositif mis en place par Clot-Bey en 1837 demeurera quasi inchangé jusqu'à la fin du siècle. Il faut en effet attendre 1890 pour qu'une nouvelle législation sur la vaccination soit édictée par le pouvoir colonial anglais. Lorsqu'il quitte définitivement l'Égypte en 1858, Clot-Bey entend bien assurer la pérennité de son œuvre dans le pays. Sans doute dès l'avènement d'Ismâ'îl, monté sur le trône en janvier 1863, il rédige ou rassemble une série de Mémoires dans lesquels il passe en revue son œuvre en Égypte[24]. Adressé directement au nouveau khédive, ce document l'exhorte à poursuivre dans la voie tracée au cours du second quart du XIXe siècle :

> « Je suis persuadé, écrit-il, que vous vous occuperez de tout ce qui peut favoriser la médecine en Égypte et que vous maintiendrez les institutions médicales qui ont fonctionné si admirablement sous votre aïeul ; que, par conséquent, vous veillerez sur l'amélioration de l'École de médecine qui est la base du service de santé [...] Enfin, je termine en disant que le plus grand moyen que l'on puisse employer pour sauvegarder la santé publique, est de préserver la population des maladies infectieuses et des épidémies qui la déciment si souvent. Pour cela, il faut établir, dans le pays, les lois hygiéniques que j'ai eu soin de retracer parfaitement, dans le *Trésor de la Santé*[25] et dans tous les ouvrages que j'ai publiés en Égypte »[26].

Ismâ'îl, fasciné par l'Occident et ses méthodes modernes de gestion, n'est sans doute pas resté insensible à l'appel de Clot-Bey. Certaines infrastructures sanitaires, fermées sous le règne du vice-roi Abbas (1848-1854), ouvrent de nouveau leurs portes. Par ailleurs, une élite médicale égyptienne, formée par Clot-Bey et ayant approfondi sa formation grâce à des missions scolaires en France, commence à émerger au cours de ces années. Ainsi, en 1863, l'année même de l'accession d'Ismâ'îl au trône de l'Égypte, Muhammad al-Baqlî, qui avait fait partie de la mission scolaire

---

23. Pour une analyse de ces textes, voir *infra*.

24. Clot-Bey, *À son Altesse Ismail Pacha, vice-roi d'Égypte. Divers Mémoires par Clot-Bey*, Paris, Victor Masson, s.d.

25. Ouvrage de « médecine populaire » rédigé par Clot-Bey, traduit en arabe et édité en 1835, à 10000 exemplaires. Ce manuel était destiné aux barbiers, aux cheikhs, aux oulémas, et de façon générale à tous les lettrés qui pouvaient en diffuser le contenu auprès d'une population largement analphabète. Il est difficile de mesurer l'impact réel de cet ouvrage. Selon Clot-Bey, il y aurait eu plusieurs rééditions après celle de 1835. Lors de la réorganisation du système de santé en 1856, Clot-Bey propose d'en relancer la distribution. Il semble, selon S. Jagailloux, que ce projet n'ait jamais été réalisé : S. Jagailloux, *La médicalisation de l'Égypte au XIXe siècle (1798-1918)*, Paris, Éditions Recherche sur les Civilisations, 1986, p. 88.

26. Clot-Bey, *À son Altesse Ismail...*, p. 6.

envoyée à Paris en 1832 et avait acquis dans la capitale française une solide formation de chirurgien, prend la direction de l'École de médecine où il demeure pendant une période de seize ans[27]. De même, toute une génération de médecins égyptiens ayant directement reçu l'enseignement et les principes scientifiques défendus par Clot-Bey accède à des postes de responsabilité. Dans le domaine de la santé, l'influence de Clot-Bey semble donc avoir été pratiquement continue, même de façon indirecte, de son arrivée en Égypte en 1825 jusqu'à l'occupation anglaise en 1882[28]. Dans une compilation des règlements sanitaires en vigueur en 1866, on retrouve, reprises exactement dans les mêmes termes, les *Instructions sur la vaccination* publiées par Clot-Bey en 1837. Le dispositif de la vaccination perdure donc de façon quasi inchangée pendant la plus grande partie du XIXe siècle, même si son fonctionnement effectif est soumis à bien des aléas.

Cette continuité ne doit pas masquer en effet les faiblesses d'un système de santé très centralisé, et par là même soumis aux incertitudes du pouvoir. Le khédive Abbas s'est peu soucié de maintenir le dispositif de santé publique mis en place sous Muhammad 'Alî. Par ailleurs, en 1858, la changeante législation organisant le système de santé égyptien se décide pour un rattachement de ses deux sections, quarantenaire et médicale, au sein d'une Intendance générale sanitaire dont le siège est à Alexandrie, rattachement qui ne sera remis en cause qu'en 1881. Or cette fusion provoque un déséquilibre de plus en plus net en faveur du service quarantenaire. Les prérogatives de ce dernier, dirigé à partir de 1860 et pendant près de vingt ans par Colucci-Bey, un médecin italien qui favorise l'immixtion de plus en plus grande des étrangers dans le système, ne cessent d'augmenter au détriment de la section consacrée à l'hygiène publique et à la santé proprement dite[29]. En raison de l'intérêt presque exclusif porté à la lutte aux frontières contre les épidémies d'une part, et de la crise financière que connaît alors l'Égypte, d'autre part, les institutions de santé, et notamment les hôpitaux de province, connaissent « une situation déplorable ». Dans le domaine médical, le règne d'Ismâ'îl apparaît comme une période paradoxale au cours de laquelle on assiste, d'une part, à la formation, autour de l'École de médecine, d'une élite médicale autochtone, à la fois académique et libérale, mais, d'autre part, à une dégradation du système de santé publique, malgré une amélioration par rapport à la situa-

27. Biographie de Muhammad 'Alî al-Baqlî, *Journal de l'Association médicale égyptienne*, n° 1, 1935, p. 38-41.

28. Clot-Bey n'a cependant pas le monopole du discours médical. Il doit en effet faire face à de violentes oppositions de la part d'autres représentants du corps médical, tant en raison de sa personnalité quelque peu envahissante que pour ses convictions médicales. Son anticontagionisme, notamment, lui attire les foudres de la partie adverse, en particulier certains médecins italiens, également fort influents dans le pays.

29. D. Néroutsos-Bey, *Aperçu historique de l'organisation de l'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte, siégeant à Alexandrie, depuis sa fondation en 1831 jusqu'à la fin du règne du khédive Ismail en 1879*, Alexandrie, Imprimerie A. Mourès, 1880.

tion sous le règne d'Abbas. Dans ce contexte, si la vaccination parvient à se maintenir, elle est très loin d'être généralisée, d'autant qu'au-delà des aléas politiques, et malgré l'existence de textes normatifs, elle se heurte à l'incompréhension de la population.

Normes et pratiques sociales

Le règlement sur la vaccination, édicté en 1836 par les membres du Conseil général de Santé et publié l'année suivante en annexe de l'*Instruction sur la vaccination* de Clot-Bey, dessine la première ébauche d'une organisation qui se fondra, à partir de 1841, dans le système civil de santé, lequel se maintiendra, sans changements majeurs, y compris sous l'occupation anglaise. Cependant une incertitude demeure quant à sa valeur juridique réelle. Selon L. Kuhnke, le règlement qui figure dans les archives du ministère de l'Instruction publique (dont relève alors le Conseil de Santé) est identifié comme étant seulement le résultat de délibérations du Conseil[30]. Clot-Bey, quant à lui, y fait souvent référence comme un texte normatif.

Le texte fait néanmoins émerger la figure du vaccinateur dont l'action doit couvrir l'ensemble du territoire. Les vaccinateurs en chef ont en effet pour fonction de « parcourir les provinces de l'Égypte », de vacciner eux-mêmes, d'enseigner la technique « aux chirurgiens attachés aux Écoles des Provinces, aux chirurgiens barbiers des villes et villages » et d'assurer la liaison avec un Comité central de vaccination formé des membres du Conseil de Santé et installé au Caire. Chirurgiens et médecins des Écoles, des hôpitaux et de l'armée sont également tenus de vacciner dans ces établissements. De même les quelque 2500 barbiers exerçant dans les villes et les villages, ces derniers touchant « une piastre de prime pour chaque vaccination dont le succès aura été constaté ». Par ailleurs, le texte fixe les modalités de contrôle de l'opération. Chaque vaccinateur doit consigner dans un registre particulier le nom des individus vaccinés, la date de la vaccination et le résultat obtenu. L'authenticité de ces registres doit ensuite être certifiée par le cachet des *Cheikhs al-balad*, *mamours* et *moudirs*, c'est-à-dire les représentants de l'autorité locale, et les registres doivent être régulièrement adressés par les *moudirs* au Conseil de l'Instruction Publique. Enfin, le règlement organise la chaîne d'approvisionnement du vaccin, obtenu en Europe par l'intermédiaire des consuls puis fourni gratuitement par le Comité de Santé aux vaccinateurs des provinces ainsi qu'aux officiers de santé du Soudan et des provinces ottomanes occupées par l'armée égyptienne.

Sans doute certains aspects de ce texte deviennent caduques dès 1840. Le Conseil de Santé du Caire n'a qu'une existence éphémère, la hiérarchie médicale du système civil de santé – médecins en chef des provinces,

30. L. Kuhnke, *op.cit.*, note 20, p.216.

médecins de district – se substitue au réseau des vaccinateurs, et l'armée égyptienne se retire des provinces ottomanes, ce qui explique sans doute qu'il n'apparaisse plus dans la compilation des textes législatifs sanitaires de 1866[31]. Cependant, le principe de la vaccination est désormais admis et indiscuté et figure toujours, dans la foisonnante réglementation sanitaire organisant le système de santé, comme l'une des tâches essentielles des médecins et de leurs auxiliaires, les barbiers.

Si le règlement de 1836 fixe bien les attributions des différents acteurs intervenant dans le domaine sanitaire, il n'y est fait aucune allusion au principe de l'obligation, pourtant théoriquement au fondement du dispositif mis en place par Clot-Bey. En fait, et ceci semble confirmer la faiblesse juridique du règlement de Clot-Bey, ce sont les Codes pénaux qui renferment les mesures punitives prises en cas de manquement, mesures applicables aux parents qui omettent de soumettre leurs enfants à la vaccination, aux autorités locales qui n'assurent pas leur fonction de contrôle[32] ou aux médecins et barbiers qui ne remplissent pas leur tâche.

La précision du règlement et l'affirmation de sa vocation à organiser un nouveau service ne sauraient suffire à assurer l'efficacité du dispositif, alors que les vaccinateurs mobilisés à la base ne connaissent rien à la technique de la vaccination. Dès 1827, Clot-Bey prépare donc un dessin accompagné d'un texte décrivant les états successifs du bouton variolique jusqu'au quinzième jour suivant la vaccination, document produit « en cinquante exemplaires pour être distribué aux principaux médecins vaccinateurs ». Cette plaquette se révèle vite insuffisante, tant pour informer les professionnels de santé que pour faire tomber les réticences des autorités religieuses, Clot-Bey publie alors en 1837, à l'occasion de la création du bureau central de vaccination, une *Instruction sur la vaccination*, traduite en arabe et « destinée aux officiers de santé arabes et aux personnes étrangères à la médecine » ainsi qu'aux « médecins européens afin qu'ils puissent veiller à ce qu'elle soit suivie par les chirurgiens du pays placés sous leurs ordres ».

Cette *Instruction* décrit d'abord le vaccin chez la vache « afin que si le hasard le faisait rencontrer, on pût le reconnaître, ce qui serait une découverte bien précieuse pour le pays », puis le vaccin et son évolution chez l'homme, en précisant qu'il existe une fausse vaccine, « éruption anormale qui ne préserve pas de la petite vérole ». Le texte s'étend ensuite sur la manière de pratiquer la vaccination, de préférence chez les enfants âgés de quelques mois, à l'aide d'une lancette ou, à défaut, d'une aiguille, en pratiquant trois piqûres à chaque bras. Si la plupart des vaccinations se font alors de bras à bras, Clot-Bey détaille également la manière de recueillir, de conserver puis d'employer le virus vaccin, selon les techniques alors en vigueur en Europe. Il préconise l'usage de deux petites plaques de verre

31. Il existe cependant une traduction arabe de ce texte, datant de 1843.

32. Dans les villages, les cheikhs sont tenus d'obliger les parents à présenter leurs enfants à la vaccination.

collées l'une à l'autre par de la cire, entre lesquelles le vaccin est enfermé, ou de deux plumes d'oie encastrées l'une dans l'autre, ou encore de tubes capillaires en verre, bouchés par de la cire à leurs extrémités[33].

L'*Instruction sur la vaccination* rédigée par Clot-Bey est claire et détaillée ; elle reste cependant exclusivement technique. Placé devant l'urgence de former *ex nihilo* plusieurs centaines de vaccinateurs, il insiste sur les aspects concrets de la vaccination, mais néglige de la doter d'un sens en développant le principe de la prévention et se contente d'affirmer, dans un bref préambule, que « la vaccine est un préservatif infaillible de la petite vérole ». Cette lacune, ainsi que l'absence d'une campagne d'information auprès de la population, qui se voit imposer une mesure incompréhensible, en outre quelque peu agressive, ont contribué à déclencher la résistance à la vaccination, observée tant de la part des populations que de celle des autorités locales.

Les médecins égyptiens, même rapidement et imparfaitement formés, du moins dans les premières années, ne semblent pas avoir eu de réelles difficultés à se familiariser avec une technique simple, de surcroît abondamment décrite par Clot-Bey. En raison de son caractère emblématique de la médecine moderne, la vaccination est placée de manière réitérée au centre des devoirs du praticien. Sandwith, l'un des premiers médecins britanniques à s'impliquer dans le système de santé égyptien, à la suite de l'occupation du pays, cite cependant, dans l'un de ses ouvrages, un auteur rapportant que les médecins avaient alors coutume de falsifier les registres de vaccinations et que l'un d'entre eux fut pour cela condamné aux galères, en 1848[34]. Charles Cuny, dans la thèse de doctorat qu'il soutint à Paris en 1853 après avoir servi de nombreuses années dans le service civil de santé égyptien, va plus loin et fustige le système de l'Intendance sanitaire qui encourage toute la hiérarchie médicale à tricher pour masquer les maladies infectieuses, notamment la peste. Selon lui, « les prétendus résultats en statistiques obtenus par l'établissement des registres de l'État civil pour les décès et les naissances sont complètement faux ; les données couchées sur ces registres ne sont que le fruit de l'imagination et du mensonge »[35]. En revanche, dit-il, « comme je m'en suis assuré par moi-même dans mes tournées d'inspections trimestrielles, les registres de vaccinations sont d'une exactitude inattaquable. En les collationnant avec ceux de l'État civil, j'ai chaque fois vu, par moi-même, dans chaque village, des enfants vaccinés vivants, qui n'étaient pas inscrits ailleurs que parmi les vaccinés »[36]. Ainsi, l'acte vaccinal semble bien établi dans la routine des pratiques médicales dès le milieu du XIXe siècle. Cuny insiste sur cet aspect

33. Ces techniques sont consignées dans un ouvrage publié à Paris en 1856, *le Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes*, par Adde-Magras de Nancy, ouvrage connu en Égypte puisqu'il est présent à la bibliothèque de l'Institut d'Égypte.

34. E. M Sandwith, *Medical Diseases of Egypt*, Londres, 1905, p. 133.

35. Ch. Cuny, *Propositions d'hygiène, de médecine et de chirurgie relatives à l'Égypte*, Thèse de médecine, Paris, 1853, p. 12.

36. *Ibid.*, p. 15-16.

sans doute réel, même s'il faut y voir aussi une façon de valoriser sa propre action en Égypte, et son rôle central de diffuseur de la vaccination :

> « Jusqu'à présent, l'établissement de médecins sanitaires dans la moyenne et la haute Égypte n'a eu d'autre résultat certain que la propagation de la vaccine ; les bienfaits de l'heureuse invention de Jenner sont maintenant appréciés par les habitants. J'ai pu la propager dans toutes les localités, sans exception, de ces vastes contrées, depuis Beni-Suef jusqu'à la deuxième cataracte, et plus de 700 barbiers, instruits par mes soins, y exercent actuellement et transmettront à leurs fils l'art d'inoculer cet infaillible et innocent préservatif de la variole »[37].

Si l'on ne repère pas, dans la littérature de l'époque, de traces tangibles de refus de la part des barbiers, qui trouvent dans la vaccination à la fois une source de rémunération[38] et une forme de valorisation, il n'en va pas de même d'autres acteurs sociaux qui semblent avoir manifesté une certaine mauvaise volonté devant l'obligation de présenter les enfants à la vaccination. Ainsi Cuny rapporte qu'il a dû faire appel au vice-roi pour assurer la protection des barbiers vaccinateurs battus par les villageois ou emprisonnés par les autorités locales[39]. En 1865 encore, Colucci-Bey, président de l'Intendance générale sanitaire d'Égypte, souligne que :

> « Les derniers rapports parvenus à l'administration sur la marche du service dans la Haute Égypte, sont peu satisfaisants [...]. Il y a mollesse, indifférence et peut-être même mauvais vouloir de la part de bon nombre des autorités locales »[40].

Ces dernières partagent en effet les réticences de la population. L'analphabétisme, très répandu, à commencer par les barbiers, soulève par ailleurs des problèmes très concrets quand il s'agit de faire face aux obligations administratives. Cet analphabétisme qui jette un doute sur l'importance des écrits de Clot-Bey, destinés en priorité à ces individus. Le manque d'informations des uns et des autres ne saurait être comblé par les visites trop brèves et épisodiques des médecins inspecteurs sanitaires.

Les résistances les plus fortes émanent de la paysannerie et reposent sur un malentendu remontant aux toutes premières expériences en matière de vaccination. Les fellahs de Haute-Égypte ont en effet, on l'a vu, gardé le souvenir de la vaccination des troupes en 1821, et assimilent la cicatrice vaccinale à un marquage destiné à reconnaître les futurs conscrits. Or la

---

37. *Ibid.*, p. 24.

38. Les versements semblent cependant avoir été irréguliers, ce qui a pu contribuer à réduire le zèle des barbiers, S. Jagailloux, *op.cit.*, p. 71.

39. C. Cuny, *Mémoire sur les services rendus par M. Cuny en sa qualité de médecin, depuis l'année 1837 jusqu'en 1851, qu'il a servi le Gouvernement égyptien*, cité par L. Kuhnke, p. 116.

40. Colucci-Bey, *Compte-rendu des travaux pendant les années 1860 à 1865*, Alexandrie, Imprimerie du journal *L'Égypte*, 1865, p. 34.

conscription constitue l'une des grandes menaces pour le fellah dans la mesure où elle enlève au travail de la terre des bras jeunes et vigoureux. Cependant, l'efficacité avérée de la vaccination entame peu à peu ces résistances et, dès le début des années 1840, on enregistre des cas de présentation spontanée d'enfants à vacciner dans les hôpitaux ou auprès des médecins itinérants. À cette date, il est vrai, la hantise de la conscription a reculé. Lors du traité de Londres, les puissances européennes ont imposé une forte diminution des effectifs de l'armée égyptienne. Lorsque Charles Cuny quitte l'Égypte en 1851, il remarque que la population est beaucoup moins hostile à l'initiative du gouvernement qu'à son arrivée en 1837, même si l'adhésion est loin encore d'être générale.

Si ces résistances sont à mettre au compte de l'ignorance et de la peur face à une opération perçue comme étrangère ou menaçant les valeurs religieuses de soumission au destin, elles dérivent également des imperfections de la méthode vaccinale. La lymphe importée peut être détériorée lors du voyage ; les méthodes de conservation du vaccin préconisées par Clot-Bey, déjà aléatoires en Europe, se révèlent peu adaptées au climat chaud de l'Égypte. La vaccination de bras à bras, si elle résout en partie le problème de la conservation, perd de son efficacité au cours de la chaîne vaccinale et comporte également des dangers, en particulier la transmission de la syphilis, maladie répandue en Égypte. Enfin, l'absence de revaccination systématique (l'immunité ne dure pas toute la vie) entraîne à terme une réapparition de la maladie qui sème le doute dans des esprits déjà sceptiques.

Malgré l'investissement important de Clot-Bey dans la diffusion de la vaccination jennérienne, ses propres conceptions médicales constituent finalement un obstacle. En effet, Clot est un anticontagioniste convaincu. Il ne renvoie jamais, dans ses écrits, la nécessité de la vaccination à la menace de l'épidémie ou de la contagion. Destinée à tous les enfants en bas âge, il s'agit d'une opération de prophylaxie individuelle, d'une obligation qui pèse sur chacun sans que soit jamais explicitée la dimension collective. Il insiste ainsi sur le fait que :

> « Tout père, toute mère, tout parent qui néglige de procurer ce bienfait à ses enfants, à ses proches, manque à ses devoirs les plus sacrés presqu'au même degré que celui qui leur refuserait des aliments et des vêtements. En pareille matière rien ne peut servir d'excuse, car Dieu ne veut pas qu'on néglige les moyens qu'il nous offre pour notre conservation »[41].

Mais il n'évoque jamais le risque pour la communauté d'une extension de la maladie par contagion. On est loin, avec Clot-Bey, de la « pédagogie » de l'épidémie tentée par certains médecins des Bureaux arabes en Algérie au milieu du XIXe siècle. Bertherand préconisait la vaccination des

41. Clot-Bey, *Instruction sur la vaccination*, Alexandrie, Imprimerie du commerce, 1837, p.2.

Algériens uniquement en temps d'épidémie afin de « frapper les sens par un résultat palpable et provoqué surtout en temps opportun [...]. Une invasion épidémique doit seule, peut seule, leur en démontrer la nécessité et vaincre leur méfiance ». Il s'opposait en cela à son confrère Agnely qui, lui, entendait imposer la vaccine en tout temps et en tout lieu, sans avoir à la justifier, car elle relève de la « civilisation » qui ne saurait être refusée[42]. Les louables efforts du transmetteur de la médecine moderne en Égypte n'ont pu compenser cette lacune fondamentale dans son raisonnement, *a fortiori* dans un environnement largement analphabète.

Ce manque d'information et de réflexion sur le sens préventif et collectif de la vaccination est d'autant plus fâcheux que l'Égypte ne semble guère avoir eu d'expérience de l'inoculation de la variole, antérieurement à la vaccine. On a coutume de s'appuyer sur la description de Dominique Larrey, chirurgien de Bonaparte lors de l'Expédition d'Égypte, pour supposer la pratique de la variolisation répandue dans le pays. Larrey remarque en effet que « l'inoculation est connue en Égypte jusqu'aux sources du Nil, et son usage remonte aux temps les plus reculés. Cette opération est désignée en arabe sous le nom de *takhlyseh el-gidry*, ou l'achat de la petite vérole »[43]. Il fait ensuite la description de l'opération, effectuée par des matrones : « elles prennent une petite bandelette de coton, qu'elles appliquent sur les boutons de la petite vérole en suppuration ; ensuite elles la posent sur le bras de l'enfant qu'elles veulent inoculer, après l'avoir bien lavé et essuyé »[44]. Cette description est lacunaire puisqu'elle n'évoque pas la plaie nécessaire à l'inoculation ; Larrey rapporte peut-être un simple récit qui lui a été fait et qu'il généralise abusivement. En fait, il est probable que cette technique n'était pratiquée que par les Bédouins et restait inconnue de la majorité des fellahs de l'Égypte. Ch. Cuny note que « L'inoculation de la variole avait lieu avant celle du cow-pox chez les Arabes nomades des déserts arabiques et aux oasis. La vaccine, parmi eux, a été acceptée avec enthousiasme, et s'y est propagée d'une manière générale et surprenante »[45]. Dans sa minutieuse description des coutumes de l'Égypte moderne, Edward W. Lane[46] n'y fait aucune allusion et Clot-Bey affirme lui-même que « l'inoculation variolique y était inconnue »[47]. D'ailleurs, contrairement à ce qui s'est passé en Algérie ou en Inde, où l'inoculation était répandue, l'introduction de la vaccine jennérienne en Égypte ne s'est pas accompagnée d'un travail de délégitimation de la variolisation et de lutte contre elle.

---

42. Y. Turin, *op.cit.*, p.339-341.

43. D. Larrey, « Notice sur la chirurgie et la médecine des Égyptiens », *La Description de l'Égypte : État moderne* I, p.519.

44. *Ibid.*

45. *Propositions d'hygiène, de médecine et de chirurgie relatives à l'Égypte*, thèse de médecine, Paris, 1853, p.25.

46. E.W Lane, *Manners and Customs of the Modern Egyptians*, London, East-West Publications (1836), rééd., 1978.

47. Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, p.IV.

Lorsqu'elle est imposée à l'Égypte à partir du second quart du XIXe siècle, la vaccination antivariolique apparaît ainsi dans toute sa nouveauté et son audace. Elle vise non pas à soigner une affection déclarée, mais à inoculer à un individu bien portant une maladie destinée à en empêcher ultérieurement une plus grave. Il s'agit là d'une opération mentale difficile à concevoir. Or, pas plus que les paysans français ou algériens, les fellahs d'Égypte ne sont en mesure de se « projeter dans le futur et les raisonnements abstraits »[48]. De plus, la vaccination jennérienne est bien éloignée des thérapeutiques savantes et traditionnelles du monde arabo-musulman, qui préconisent avant tout la purge ou la saignée pour évacuer le sang corrompu des varioleux[49].

La vaccination antivariolique constitue sans doute en Égypte une mesure pionnière, une expérience exemplaire en matière de santé publique. Cependant, son introduction sous la diligente responsabilité de Clot-Bey n'est pas allée sans heurts et sans obstacles. Imperfections de la technique, information insuffisante et inadaptée, résistance d'une population d'autant plus réticente qu'elle n'était pas préparée à une telle mesure préventive par la pratique antérieure de l'inoculation, soumission de l'opération aux aléas de fonctionnement d'un système de santé extrêmement centralisé, tout suggère un processus moins harmonieux que Clot-Bey ne l'affirme dans ses écrits. Pour ce dernier en effet, l'introduction de la vaccination antivariolique constituait l'une de ses réussites les plus éclatantes en Égypte. Mais la survalorisation par Clot-Bey de la vaccination revêt un aspect éminemment idéologique, lié à la fois à son efficacité réelle et à son instrumentalisation par l'État égyptien pour faire accepter la médecine moderne dans le pays. La lutte contre les maladies respiratoires et gastro-intestinales, de fait beaucoup plus meurtrières que la variole, impliquait des mesures d'hygiène, d'assainissement et d'éducation sanitaire visant des changements radicaux de comportement, que le système de santé publique, encore balbutiant et peu fortuné, n'était pas en mesure de réaliser pleinement. De nombreuses mesures d'hygiène ont été décrétées au cours de cette période (éloignement des cimetières, assèchements des marais...), elles étaient insuffisantes pour enrayer la pathologie dominante.

Mais si l'on ne peut nier l'usage idéologique de la vaccination, il demeure vrai qu'en Égypte « ce service était poussé si loin que l'Europe, en pleine civilisation, ne possédait rien de mieux »[50].

Malgré ses faiblesses et ses lacunes, l'œuvre de vaccination entreprise au XIXe siècle présente un bilan globalement positif. Si le système de santé est impuissant à toucher l'ensemble de la population, la proportion malgré tout assez importante de personnes immunisées a permis de modérer sensiblement les ravages de la maladie. Dans les années 1870, le taux de

48. O. Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècle)*, Paris, Anthropos, 1994, p. 132.

49. I. Perho, « The Prophet's Medicine. A Creation of the Muslim Traditionalist Scholars », *Studia Orientalia, 74*, 1995, p. xx.

50. Clot-Bey, *Introduction de la vaccination..., op. cit.*, p. 23.

mortalité par variole est devenu très faible[51]. Mais, parce que l'immunité n'est pas universelle, en l'absence de campagnes de revaccination, des flambées épidémiques réapparaissent dans les années 1890. Cette recrudescence alarme les autorités anglaises qui occupent le pays depuis 1882, et les incite à redoubler d'efforts pour imposer la vaccination antivariolique.

Deuxième temps de la vaccination : une mesure généralisée pour le salut de la collectivité (1890-1927)

La vaccination au service de la médecine coloniale

Le rattachement, après 1858, des deux services quarantenaire et médical à une institution unique, l'Intendance générale sanitaire, avait entraîné progressivement une quasi paralysie de l'ensemble du système. Malgré la prépondérance accordée par l'Intendance au service quarantenaire, les consuls déploraient le manque de crédibilité internationale de l'Égypte dans la surveillance des épidémies aux frontières, et le service médical intérieur était totalement négligé, faute de moyens financiers et de compétences médicales, plus volontiers orientées vers la pratique privée et les carrières académiques[52].

Face à cette situation jugée déplorable, le gouvernement égyptien désigne, en octobre 1880, une commission chargée de réorganiser le système de santé. Sur la base du rapport produit par cette commission, un décret en date du 3 janvier 1881 opère la séparation des deux services. L'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte, qui prend désormais le nom de Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire, siégeant à Alexandrie, est « chargé(e) d'arrêter les mesures à prendre pour prévenir l'introduction en Égypte, ou la transmission à l'étranger, des maladies épidémiques et des épizooties »[53]. Un Conseil de Santé et d'Hygiène publique, basé au Caire et rattaché au ministère de l'Intérieur, est quant à lui chargé de la direction et de la surveillance des services sanitaires. L'administration égyptienne a cependant bien peu le loisir de développer cette dernière structure.

En occupant le pays en 1882, les Anglais ne remettent pas en cause la séparation des deux services, désormais acquise, mais modifient dès février 1884 la législation de 1881, transformant le Conseil de santé en

---

51. D. Panzac, « Endémies et épidémies... », *art.cit.*, p.89.

52. S. Chiffoleau, *Médecines et médecins en Égypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical*, Paris/Lyon, L'Harmattan/Maison de l'Orient Méditerranéen, 1997.

53. Article premier du décret du 3 janvier 1881 réorganisant l'Intendance générale sanitaire d'Égypte sous la dénomination de « Conseil sanitaire maritime et quarantenaire », *Bulletin des Lois et Décrets*, 1881, p.13.

une Direction des Services sanitaires et d'Hygiène publique. On passe ainsi d'un conseil, organisation collégiale formée de douze membres, chargée de proposer « au gouvernement l'adoption de tous les règlements à édicter et de toutes les mesures à prendre dans l'intérêt de la santé et de la salubrité publique »[54] à une organisation monocéphale où le directeur a tout pouvoir, lequel directeur est britannique.

L'administration coloniale ne bouleverse pourtant pas le système de santé lui-même, mais se glisse dans le schéma dessiné par Clot-Bey un demi-siècle auparavant, en l'étoffant et le modernisant. L'encadrement sanitaire du territoire affecte toujours une structure pyramidale. Au sommet, les inspecteurs divisionnaires, britanniques, « ont sous leurs ordres tous les agents du service médical de leur circonscription [...] et sont responsables de la bonne marche du service »[55]; le personnel subalterne est composé des inspecteurs de province et des médecins de district[56], Égyptiens pour la plupart, ainsi que des barbiers qui continuent à jouer leur rôle d'auxiliaires médicaux dans les villages. Leur contribution au système de santé demeure d'ailleurs primordiale, en raison du nombre volontairement limité par le pouvoir colonial de diplômés de l'École de médecine du Caire. De 1896 à 1915, la moyenne annuelle du nombre de diplômés s'élève à quinze, chiffre tout à fait dérisoire en regard des besoins du pays.

Si les structures de l'administration sanitaire égyptienne ne changent guère au cours des premières années de l'occupation anglaise, la discipline médicale connaît en revanche à cette époque une évolution radicale. La découverte du rôle des germes dans la genèse des maladies bouleverse les pratiques médicales et la prévention. D'une part, l'examen bactériologique permet de désigner individuellement les porteurs d'agents pathogènes, qu'ils soient sains ou malades; d'autre part, la théorie des germes balaye définitivement les conceptions miasmatiques et aéristes si chères à Clot-Bey, même si celles-ci subsistent dans les représentations et les pratiques populaires. Il n'est plus possible, dès lors, d'occulter la dimension collective de la maladie. Le pouvoir colonial anglais, peu soucieux avant 1918 de développer le service médical intérieur, va surtout utiliser les technologies nouvelles de la bactériologie pour lutter contre les maladies infectieuses et bloquer leur éventuelle extension vers l'Europe. Le dispositif quarantenaire, modernisé et rendu plus efficace[57], devenu la priorité

54. Article 4 du décret du 3 janvier 1881 instituant le Conseil de Santé et d'Hygiène publique, *Bulletin des Lois et Décrets*, 1881, p.5.

55. Article 2 du décret du 15 février 1884.

56. Autrement appelés « médecins de markaz ». Le *markaz* est une unité administrative correspondant à un district; la ville chef-lieu est à peu près l'équivalent d'une sous-préfecture. En province, il n'y avait pas de médecins en exercice dans les villages. Depuis la ville de *markaz* où ils étaient en poste, les médecins de l'Administration sanitaire sillonnaient le district et contrôlaient le travail des barbiers qui exerçaient au niveau des villages, pratiquant la vaccination et tenant à jour les registres d'État civil.

57. A.M. Moulin, « Révolutions médicales et révolutions politiques en Égypte (1865-1917) », *REMMM, 52-53*, 1989, p.111-122.

des Anglais en matière de santé publique en Égypte, est ainsi mis au service de la lutte contre la menace, désormais mieux comprise mais toujours présente, de la contagion.

Oui, la variole est une maladie contagieuse. Plus qu'aucune autre maladie, elle peut être combattue, dans la mesure où on connaît un remède pour la prévenir. Cependant, contrairement à la peste et au choléra, son danger n'est pas tant dans sa capacité à franchir les frontières en direction de l'Europe où elle sévit également, que dans les ravages qu'elle continue de faire parmi la population locale. Dans la logique économique qui sous-tend l'expérience coloniale britannique en Égypte, elle est préjudiciable aux hommes et à la production. Or il suffit de généraliser un simple geste vaccinal pour en venir à bout. Dans un système de santé intérieur modeste et sans moyens financiers, la vaccination antivariolique, efficace et peu coûteuse, continue ainsi à jouer un rôle médical au premier plan, cette fois placée au service de la médecine coloniale.

Greene Pacha, nommé directeur de l'Administration des Services sanitaires à la fin de 1884, remarque d'emblée que « la vaccination obligatoire (est) négligée ou pratiquée d'une manière défectueuse et inefficace »[58]. Quelques mois avant sa nomination, une décision du conseil des ministres, en date du 17 juillet 1884, avait établi une amende de 50 piastres pour « ceux des parents qui auraient manqué de présenter leurs enfants à la vaccination aux jours et heures fixés à cet effet »[59], amende convertie en une peine d'emprisonnement de cinq jours pour les personnes qui seraient dans l'impossibilité de s'en acquitter. Une note de Greene, adressée au conseil des ministres le 6 Moharrem 1303, propose, « dans le but de sauvegarder la santé publique et de prévenir une épidémie de petite vérole », d'étendre cette amende aux parents « qui négligeraient de soumettre, une semaine après la vaccination, leurs enfants à l'examen des médecins chargés de ce soin à l'effet de constater si l'opération a réussi »[60]. Une seconde note, datée du 21 août 1887, suggère de punir la récidive du double de la peine prévue dans la décision de juillet 1884[61]. L'insistance mise par Greene pour prévoir des moyens de contrainte auprès de la population souligne à quel point l'acceptation de la vaccination est loin encore d'être générale. Par ailleurs, ce n'est plus tant sur les intermédiaires sociaux que pèse la pression des autorités médicales, que sur les parents eux-mêmes. Le principe de la contagion désormais admis, chacun est individuellement responsable vis-à-vis de la collectivité.

Cette nouvelle conception de l'obligation et de la responsabilité trouve une traduction juridique dans le décret sur la vaccination adopté le 17 décembre 1890. Il s'agit de la première législation spécifique depuis le

---

58. Cité par S. Jagailloux, *op.cit.*, p. 128.

59. Archives Nationales Égyptiennes (ANE), *nithâra al-dâkhiliya* (Administration de l'Intérieur), carton G/10/2, lettre du 6 Moharrem 1303.

60. *Ibid.*

61. ANE, Note au Conseil des Ministres en date du 21 août 1887, *nithâra al-dâkhiliya*, carton G/10/2.

règlement édicté par Clot-Bey en 1837. La vaccination obligatoire demeure gratuite. Elle ne concerne que les nouveaux-nés qui doivent être présentés au vaccinateur, médecin ou barbier, dans un délai de trois mois suivant la naissance. Une seconde visite dans les sept jours suivant l'opération permet d'en vérifier le résultat. En cas de réussite, il est délivré aux parents, sans frais, un certificat de vaccination. Dans le cas contraire, l'opération doit être répétée tous les deux mois, jusqu'à l'obtention d'un résultat positif. En cas de manquement ou d'infraction, l'article 7 prévoit des amendes de 10 à 100 piastres et des peines d'emprisonnement allant de 24 heures à une semaine, la peine étant « appliquée proportionnellement à la durée du retard apporté à l'observation des prescriptions ».

Les Britanniques font montre en Égypte d'une audace qu'ils ne sauraient manifester en Inde à la même époque. L'ancienneté de la pratique vaccinale en Égypte, malgré ses imperfections et ses lacunes, leur permet d'imposer cette obligation à une population somme toute relativement bien socialisée à l'opération. En Inde, malgré une pratique de l'inoculation répandue dans certaines régions, les craintes d'une rébellion contre la vaccination sont telles que le pouvoir colonial anglais n'impose l'obligation que progressivement à partir de 1880, et avec prudence puisque l'ensemble du pays n'est pas encore couvert en 1950[62]. Il est vrai aussi que la population égyptienne est plus homogène que celle de l'Inde. Les pratiques administratives anciennes, rationalisées par les Anglais, permettent un comptage et un contrôle relativement efficaces de cette population, à l'exception des Bédouins qui s'obstinent à échapper aux recensements et aux enregistrements. En 1891, les Britanniques adoptent un *Décret relatif aux naissances et aux décès*, renforçant le dispositif d'enregistrement mis en place à l'époque de Muhammad 'Alî.

La législation de 1890 sur la vaccination antivariolique est également applicable aux étrangers résidant en Égypte. Or ceux-ci sont régis par un statut particulier, celui des juridictions consulaires et des Tribunaux mixtes, et les lois égyptiennes ne leur sont en principe pas applicables. Cependant, en matière de santé publique, cette exception pose problème. Ainsi, on avait pu déjà constater dans le passé que la variole était fréquente dans certaines demeures d'Européens, en particulier Maltais et Grecs, dont le niveau de vie était à peine meilleur que celui des Égyptiens des classes pauvres. Au retour d'une mission envoyée en Europe en 1862 pour « l'étude des sciences médicales et de la vaccination », une délégation de l'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte avait conclu à la nécessité d'étendre aux Européens le règlement sur la vaccination[63]. Mais les Égyptiens n'avaient pu fléchir les grandes puissances. En ce sens, la réglementation de 1890 sur la vaccination constitue une première victoire dans ce

62. D. Arnold, *op.cit.*, p. 155.

63. Colucci-Bey, *Compte-rendu des travaux de l'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte pendant les années 1860 à 1865*, Alexandrie, Imprimerie du Journal *L'Égypte*, 1865.

domaine, bien antérieure à la suppression des Tribunaux mixtes dont le fonctionnement continue longtemps encore à entraver l'unification de la législation égyptienne. L'année suivante par exemple, en 1891, les Puissances mettent en échec un projet de loi sur le contrôle des pharmacies privées, qui autorisait les agents de l'Administration sanitaire à pénétrer dans les officines. Or celles-ci appartiennent en grande majorité à des étrangers. La défense de la propriété privée constitue l'argument du refus, mais la vaccination relève quant à elle du bien public. Malgré les protestations émises par les étrangers, Greene, directeur du Département de santé et initiateur de la législation, ne cède pas et crée ainsi un précédent, marquant une brèche dans le double système juridique de l'Égypte.

Avec l'occupation anglaise, la vaccination antivariolique connaît non seulement un renforcement juridique, mais également une modernisation technique. Le vœu émis par Clot-Bey de découvrir en Égypte même le *cow-pox* de la vache ne s'étant pas réalisé, c'est l'usage de la vaccine humaine qui est répandu dans tout le pays, avec les dangers, notamment de transmission de la syphilis, qui en découlent. En 1896, bien postérieurement à l'Europe, un Institut de la vaccine est fondé au Caire. Il est désormais possible, à partir de la lymphe de deux veaux importés de Montpellier, de fabriquer localement un vaccin de qualité sensiblement constante et de couvrir les besoins des structures gouvernementales comme ceux des médecins privés.

Cependant, les problèmes de conservation et de transport à travers le pays continuent de se poser. Clot-Bey s'était contenté de reproduire les usages européens de la plume, des tubes et des plaquettes de verre; avec pragmatisme et ingéniosité, les Anglais adaptent la technologie locale aux contraintes de l'acte vaccinal. Dans toutes les unités administratives du territoire, sont fournies des *gullah*[64] spéciales, destinées à remplacer l'usage de la glace pour la conservation du vaccin. Ces *gullah* contiennent un cylindre bouché dans lequel est placé le vaccin, l'eau est ensuite versée dans la jarre, autour du cylindre interne; l'évaporation de l'eau assure le refroidissement de l'ensemble. Les barbiers reçoivent, par l'intermédiaire des officiers de santé, un tube de vaccin produit à l'Institut du Caire, lui-même placé dans une boîte en bois pour le transport. À l'arrivée au village, celle-ci doit être remplacée par une petite boîte de fer blanc, laquelle est placée dans l'eau d'une *gullah* dont on a supprimé la membrane trouée du goulot[65]. Cependant, ces vaccins ne demeurent guère longtemps actifs et les barbiers, dans les zones rurales, continuent à pratiquer la vaccination de bras à bras. Le stockage en chambre froide, à partir de 1915, permet de la supprimer définitivement. Par contre en ville, notamment dans la capitale, le vaccin est stable et de bonne qualité dès la fin du XIXe siècle.

La vigilance des Anglais, alliée aux progrès techniques, permet enfin une réelle généralisation de la vaccination antivariolique chez les nouveaux-

64. Petites jarres de terre cuite utilisées partout pour la consommation d'eau.
65. Department of Public Health, *Departmental Orders*, 26 janvier 1918.

nés. Sandwith remarque que seules 28 496 vaccinations avaient été réalisées en 1883, contre 406 856 en 1903. Les chiffres des annuaires statistiques donnent un taux de vaccination des nouveaux-nés autour de 95 %, au cours de la période 1900-1915. Cependant, en l'absence de revaccination, dont Greene s'était fait vainement le défenseur dès les années 1880, des épidémies réapparaissent environ tous les cinq ans, incitant les autorités politiques de l'Égypte à entreprendre des campagnes générales de vaccination.

Épidémie, colonialisme et réformisme

En février 1919, une nouvelle épidémie se déclare et se poursuit toute l'année. On recense 7 895 cas, dont 1 569 dans la seule ville du Caire qui compte alors 761 500 habitants. En 1920, 3 004 cas de variole sont encore enregistrés, mais l'épidémie est enrayée dès la moitié de l'année grâce à une campagne nationale de vaccination, la première de ce genre, lancée en 1919 pour s'achever au début de 1921.

S'appuyant sur la structure pyramidale du vieux système de santé créé par Clot-Bey, l'administration sanitaire aux mains des Anglais privilégie, dans cette vaste opération, les zones rurales, principal réservoir de main-d'œuvre pour la production cotonnière. Les *omdahs*[66] et les *cheikhs al-balad* sont mobilisés pour tenir le compte de la population ; les vaccinations sont faites par les barbiers et les *tamourgui* (infirmier ou aide sanitaire) sous le contrôle des médecins de *markaz*. Les habitants des villes provinciales, *bandar*[67] ou *markaz*, n'ont, semble-t-il, pas été concernés. Au Caire cependant, pour faire face à la virulence de l'épidémie, 83 466 habitants sont vaccinés. L'ensemble des fonctionnaires, soit 13 832 personnes, est également vacciné sur les lieux mêmes de travail, par des médecins envoyés par l'administration sanitaire. Un total de 97 298 Cairotes a été soumis à l'opération, soit 12,7 % de la population de la capitale. Dans l'ensemble du pays, ce sont six millions de personnes qui ont été vaccinées[68]. Le recensement de 1917 chiffrant la population totale à 12,6 millions d'habitants, la vaccination aurait touché près de 50 % de la population globale. Dans le contexte de l'urgence, la proportion de vaccinés entre capitale et province s'est inversée par rapport à l'époque de Clot-Bey.

L'année 1921 enregistre le chiffre le plus bas de cas de variole depuis 35 ans, ce qui prouve la réussite de la campagne nationale de vaccination. Mais l'épidémie qui est survenue l'année même de la révolution nationale

---

66. Sous l'occupation anglaise, le *omdah* est un représentant de la communauté locale dont la fonction est à peu près équivalente à celle d'un maire.

67. Le *bandar* pourrait correspondre au chef-lieu de département ; il s'agit à l'époque des 14 villes principales d'Égypte.

68. Dr Ahmed Hilmy Bey, *La variole en Égypte. Son histoire et les moyens de lutter contre elle* (en arabe), Le Caire, Imprimerie nationale, 1933. Dans cet ouvrage, A. Hilmy fait le récit détaillé des deux campagnes de vaccination de 1919-1921 et 1925-1927.

conduite par le Wafd, a permis de souligner le retard pris par l'Égypte dans le domaine médical. Pourtant, au début du XIXe siècle, elle avait été pionnière en matière de vaccination. Clot-Bey en avait décrété l'obligation dès 1827, très longtemps avant les pays européens. Ceux-ci ont à présent largement rattrapé leur retard dans ce domaine. En Angleterre, la vaccination antivariolique est obligatoire depuis 1867, bien que cette obligation soit inégalement respectée. Elle le devient en Allemagne vingt ans plus tard, et en France à partir de 1902. L'obligation porte dans tous les cas également sur la revaccination. Pour les nationalistes égyptiens, la persistance des épidémies de variole, comme tous les autres signes du retard médical dans le pays, sont à mettre sur le compte de la négligence des Anglais qui, fort regardants chez eux dans ce domaine, se sont montrés plus laxistes en Égypte. C'est donc à l'aune des exemples européens que les nationalistes égyptiens mesurent la nécessité et l'urgence de la réforme de leur pays; riches du savoir et de l'expérience accumulés pendant la période coloniale, ils se proposent de les utiliser pour mettre en œuvre un projet de société endogène[69].

L'indépendance, même partielle, acquise en 1922, permet au corps médical égyptien d'investir les postes de responsabilité de l'Administration de santé publique, d'où ils tentent d'impulser une politique de santé plus dynamique, malgré les entraves liées aux difficultés économiques. Fin 1923, le docteur Ahmed Hilmy Bey est nommé directeur du Département des épidémies à l'Administration de Santé. Le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Alexandrie, internationalisé depuis 1897, continue à mener la lutte contre l'introduction des épidémies dans le pays et les éventuelles fuites vers l'Europe. Le petit département attaché à l'Administration de Santé est chargé, quant à lui, d'empêcher les méfaits des épidémies, notamment de variole, à l'intérieur même du pays.

Lors d'une épidémie de variole, qui débute fin 1925 et s'aggrave en 1926, Ahmed Hilmy lance à son tour une campagne nationale de vaccination, convaincu de l'efficacité de ce type d'entreprise puisque cette dernière épidémie s'avère beaucoup moins virulente que la précédente (2677 cas contre 10899 en 1919-21). Hilmy se montre cependant critique vis-à-vis des méthodes employées précédemment par les Anglais. Selon lui, les limites de la campagne de 1919-21 sont dues à quatre problèmes principaux qu'il convient de résoudre. La campagne ne doit tout d'abord pas se limiter à la moitié de la population du pays, mais couvrir absolument tout le monde, sans la moindre exception, du nouveau-né au vieillard, avec un effort particulier en direction des Bédouins[70]. Les *omdahs* et les cheikhs mobilisés pour le recensement de la population à vacciner doivent

69. Sur ce retournement du savoir colonial voir A. Roussillon (éd.), *Entre réforme sociale et mouvement national. Identité et modernisation en Égypte (1882-1962)*, Le Caire, CEDEJ, 1995.

70. L'engouement des Bédouins pour la vaccination, souligné par Cuny, semble avoir fait long feu. Les observateurs de l'époque notent souvent la réticence des gens des tribus à se plier aux directives gouvernementales.

être remplacés par des employés compétents de l'administration de la statistique. Le système de contrôle de l'opération par les inspecteurs de santé doit être amélioré; au cours de la campagne de 1919-1921, des étudiants en médecine non encore diplômés avaient été engagés pour cette tâche. Enfin, les barbiers doivent disparaître, progressivement remplacés par des médecins. Ce dernier point, central dans le programme d'Ahmed Hilmy, reflète les aspirations égyptiennes à un réel renforcement du pouvoir médical. Les Anglais, cantonnant pour l'essentiel la médecine à une tâche routinière de surveillance des maladies infectieuses, avaient largement utilisé les barbiers, formés et rémunérés, notamment pour pratiquer la vaccination en milieu rural[71]. Les Égyptiens entendent quant à eux revaloriser la pratique médicale de base et dissocier cette discipline phare de la modernisation d'une dimension traditionnelle, voire folklorique, dans laquelle la maintient la survivance de la fonction des barbiers.

Faute de personnel médical en nombre suffisant[72], c'est pourtant ce dernier objectif de Hilmy qui est le plus difficile à atteindre. La campagne de 1926-27 ne réalise pas en effet toutes les ambitions de Hilmy et emprunte encore largement aux principes qui avaient guidé la précédente. Grâce cependant à la création, en 1924, de deux postes d'inspecteur de la vaccination, pour la Basse et la Haute-Égypte, ainsi qu'au découpage progressif des *markaz* en régions médicales, tendant à limiter la population contrôlée par un seul médecin de markaz à 30000 individus au lieu de 70000, le contrôle sur les barbiers, dont on ne peut encore se passer, s'effectue de manière plus étroite et plus efficace. La campagne de vaccination proprement dite est précédée d'un recensement de la population par une équipe composée d'un expert de l'Administration de Santé et d'un responsable local sachant lire et écrire, ou du moins connaissant bien les habitants. Ces équipes opèrent au niveau des quartiers urbains et des districts ruraux. Elles inscrivent tous les noms sur un cahier blanc fourni par l'Administration qui doit être signé, une fois rempli, par le cheikh ou le *omdah*. En moyenne, 3000 personnes par jour et par équipe sont recensées. La vaccination, annoncée par crieur un jour à l'avance, est ensuite effectuée à l'intérieur des maisons, et non plus dans des tentes ou le long des cordons sanitaires. Selon Hilmy, ce système est certes plus contraignant pour le vaccinateur, mais aussi plus efficace. Il permet en outre d'approcher les femmes. On procède pour cette opération de façon aussi systématique que pour le recensement. La date de vaccination est inscrite en face des noms sur le cahier blanc, et les personnes absentes doivent se rendre chez le médecin le soir même ou au plus tard le lendemain. Les médecins vaccinateurs doivent également opérer un contrôle permanent. Présents sur le terrain, ils doivent vérifier les bras dans toutes les occa-

71. Au début du XXe siècle, les barbiers touchent une piastre par vaccination réussie, soit la même somme que leur avait attribué Clot-Bey.

72. À partir de 1923, la formation s'accélère à la Faculté de médecine. Le nombre de diplômés est en moyenne de 85 par an au cours de la décennie 1923-33, ce qui reste insuffisant pour réaliser les ambitions sanitaires des réformistes.

sions (dans les maisons, au marché, à la sortie de la mosquée, les femmes au bord des canaux etc.) et être toujours équipés de façon à vacciner ceux qui ont échappé à cette mesure. Les inspecteurs se rendent également dans les tribus où ils doivent convaincre les chefs de l'utilité et du caractère inoffensif de l'opération qui est effectuée, en ce qui concerne les femmes, par une matrone de la tribu, après une brève formation. Enfin, un effort particulier est consenti à l'information; des prospectus sont diffusés dans l'ensemble du pays, expliquant les dangers de la variole et les bienfaits de la vaccination, information complétée par les interventions directes des vaccinateurs. D'ailleurs, Hilmy note qu'il n'y a pas eu de réaction négative de la part de la population au cours de cette campagne[73], bien que la vaccination demeure suspecte puisqu'on lui prête parfois des cas de méningite. Elle semble toutefois, à cette date, acceptée, sinon réellement comprise par la population. Grâce à cette mobilisation, et à l'accélération de la production de vaccin à l'Institut du Caire, 900 000 personnes sont vaccinées fin 1925, puis 7 millions l'année suivante et 6,7 millions en 1927, soit 14,6 millions de vaccinations effectuées au cours de cette période. Hilmy conclut à une bonne réussite de l'opération et ne déplore que quelques lacunes au Caire et à Alexandrie[74].

Cette campagne qui a lieu tout juste cent ans après l'introduction de la vaccination obligatoire par Clot-Bey, marque un tournant dans l'histoire de la méthode en Égypte. Pour la première fois, la vaccination s'est étendue à toute la population, quel que soit l'âge. D'ailleurs, cette campagne brise effectivement le rythme quinquennal des épidémies. Dans le contexte réformiste de l'entre-deux-guerres, qui cherche à briser le cercle vicieux de l'arriération de l'Égypte, enfermée dans le triangle sinistre de la misère, l'ignorance et la maladie, elle apparaît comme une victoire de la santé publique, un objectif accessible dans l'immensité de la tâche à accomplir. La bourgeoisie moderniste égyptienne, désormais aux commandes du pouvoir politique, s'attache en effet à rapprocher la masse de la population de son propre niveau, de sa représentation de la « civilisation ». Or le fossé est immense; la tâche est ardue, voire impossible, et l'Administration de Santé bien modeste en regard des besoins. Aussi est-elle souvent tentée avec des moyens autoritaires, justifiés par l'urgence et l'ampleur de la tâche à accomplir. Déjà en 1896, le chroniqueur d'une revue de vulgarisation médicale, genre fort répandu à l'époque, relevait avec une pointe d'admiration mêlée d'étonnement, une expérience menée au Texas. Lors

---

73. Quelques années plus tard, à l'occasion d'une nouvelle épidémie en 1933, 'Abd al-Wâhid al-Wakîl, l'un des pionniers de la médecine de santé publique égyptienne, note que « the public, fortunately, is quite agreable to this kind of immunisation, a fact plainly shown by the commendable revaccination of 1926 », 'Abd al-Wâhid al-Wakîl, Éditorial du *Journal de l'Association médicale égyptienne*, n° 3, mars 1933, p. 182.

74. Alexandrie a un statut particulier dans la mesure où elle possède une municipalité. C'est précisément en raison de son indépendance administrative que la seconde ville d'Égypte a en partie échappé au plan général de vaccination de la campagne de 1926. C'est d'ailleurs à Alexandrie que se déclarera l'épidémie de variole suivante, en 1933.

d'une épidémie de variole dans cet État, le gouvernement américain, après avoir décrété la vaccination générale, avait envoyé la police pour contraindre, y compris sous la menace des armes à feu, la population réticente à se rendre dans les centres de vaccination, afin de « conserver la santé de ces gens contre leur gré »[75]. Les campagnes de vaccination dans l'Égypte des années 1920-1940 sont ainsi l'occasion de contraindre la population à se plier aux normes de la santé publique, certes apparemment sans grande violence. Autre fait positif, si ces campagnes, d'une grande ampleur, réclament une organisation méticuleuse et cohérente, ce qui prouve l'efficacité de l'Administration de santé, elles demeurent relativement peu coûteuses. Hilmy calculant à 3 millièmes de livre le coût d'une vaccination, il estime que l'Administration de santé peut supporter seule, sur son budget normal, le poids financier des campagnes de vaccination et les inscrire dans un programme continu[76]. Ainsi les campagnes de vaccination ont non seulement le mérite d'être l'une des rares mesures de santé publique capable d'englober toute la population, mais elles sont aussi une opération financièrement réalisable par un État peu nanti, ce qui permet à celui-ci de se manifester avec éclat sur la scène de la santé publique, domaine dans lequel il est resté longtemps absent, et de souligner ainsi sa nature altruiste.

Ce sont sans doute les avantages, tant médicaux qu'idéologiques, attachés à l'acte vaccinal, qui incitent le gouvernement égyptien à adopter, dès 1931, une loi sur la vaccination préventive pour le choléra, la peste, la diphtérie et la variole, malgré les doutes pesant sur l'efficacité de certains de ces vaccins. Dans son premier article, la loi oblige à réaliser une vaccination préventive sur tout individu en contact avec une personne ayant contracté l'une de ces quatre maladies ; l'article deux donne la possibilité au ministre de l'Intérieur de décréter la vaccination de l'ensemble de la population en cas de survenue d'une épidémie. C'est en vertu de cette loi qu'est conduite une nouvelle campagne de vaccination antivariolique, en 1933, toujours sous l'autorité d'Ahmed Hilmy, campagne qui se poursuit jusqu'en 1935 et a été suivie, à partir de 1937, d'une revaccination progressive, gouvernorat par gouvernorat, qui s'achève en 1940. Cependant, malgré les appels réitérés d'Ahmed Hilmy, très influencé par la loi française de 1902, le principe de la revaccination n'est toujours pas inscrit dans la loi et la vaccination de routine des nouveau-nés, désormais généralisée, ne s'effectue qu'une fois, sans rappel.

Malgré ses imperfections et les lacunes de son organisation, la technique vaccinale a été pratiquée en Égypte depuis une date précoce et de façon continue pendant un siècle, contribuant ainsi à améliorer l'état de la santé publique, notamment en milieu urbain, tout en participant à la diffusion de nouvelles valeurs et de nouveaux types de comportements.

---

75. *Tabîb al-'â'ila* (le médecin de famille), n° 10, 1896, p. 188.
76. A. Hilmy, *op.cit.*, p. 28.

Vaccinations des villes et des champs : l'impact différentiel de la modernisation médicale

Un milieu urbain propice à l'encadrement médical

Si la vaccination antivariolique n'a sans doute pas eu d'emblée l'impact que ses promoteurs lui ont prêté, elle a néanmoins contribué à modifier certains comportements et singulièrement les rapports de la population égyptienne à l'espace et au temps. À la fonction nouvelle du vaccinateur est en effet associé un lieu spécifique. Au village, les barbiers « établissent un jour fixe dans la semaine et chargent les cheykhs-beled de leur amener, dans un local établi, les enfants qui doivent être vaccinés »[77]. En milieu urbain, la spécialisation spatiale est plus poussée. En 1837, l'année même où est fondé le service de la vaccination, l'École de médecine d'Abou-Zabel est transférée au Caire, sur son site actuel de Qasr al-Aini. Le poumon médical du pays quitte donc la périphérie lointaine pour s'installer aux portes mêmes de la capitale. La même année, Ibrâhîm Pacha, le fils de Muhammad 'Alî, fonde un hôpital civil à l'Azbakiyya. Désormais, le service médical n'est plus réservé à la seule armée mais disponible aussi pour l'ensemble de la population urbaine. Ce recentrage sur le Caire incite Clot-Bey à « soumettre à la vaccination toute la population de cette ville »[78]. Un bureau central de la vaccination est donc créé au nouvel hôpital de l'Azbakiyya. C'est là qu'est établi le dépôt du vaccin alimenté chaque année, selon Clot-Bey, « au moyen de 15000 inoculations pratiquées sur les enfants, dans la seule ville du Caire »[79]. Ce bureau central est également chargé de conditionner et d'envoyer par la poste, « avec les précautions les plus grandes possibles », le vaccin destiné aux médecins et barbiers de province. Par ailleurs, les femmes du peuple peuvent se présenter « deux fois par semaine » à l'école d'accouchement, pour y faire vacciner leurs enfants. Il en est sans doute de même au bureau installé à l'hôpital de l'Azbakiyya.

En 1845, suite à la création du service civil de santé, ces deux premières structures *ad hoc* sont complétées par des dispensaires implantés dans quatre des huit arrondissements du Caire. En 1848, la capitale compte désormais dix divisions administratives (les huit quartiers anciens, auxquels s'ajoutent les faubourgs de Boulak et du Vieux-Caire), chacune étant pourvue d'un bureau de santé[80]. Le service médico-hygiénique du Caire est placé sous la responsabilité d'un médecin chef qui supervise l'en-

---

77. Intendance générale sanitaire d'Égypte, *Règlements sanitaires autorisés par le gouvernement de S.A. le vice-roi d'Égypte en vigueur au premier janvier 1866*, Alexandrie, Imprimerie du Journal, *L'Égypte*, p. 117. Il ne s'agit vraisemblablement pas d'un lieu *ad hoc*, mais plutôt de la demeure du barbier ou celle du cheikh.

78. Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, *op.cit.*, p. 22.

79. *Ibid.*, p. 22.

80. *Ibid.*, p. 30.

semble des bureaux d'arrondissement. Chacun a en principe un personnel formé d'un médecin, chef d'arrondissement, et « d'un nombre suffisant d'aides médecins et d'infirmiers et d'une accoucheuse »[81]. Deux fois par jour, des consultations gratuites y sont données et le bureau a en outre la charge d'effectuer l'examen des cadavres des personnes décédées dans l'arrondissement, d'enregistrer les naissances, de pratiquer les accouchements et la vaccination. Les registres des consultations externes des quatre premiers dispensaires, portant sur la période comprise entre décembre 1845 et décembre 1847, ont été conservés. Un total de 21 468 patients a été examiné au cours de ces deux années[82]. Le Caire compte alors une population d'environ 260 000 habitants. Si la fréquentation des dispensaires apparaît bien sûr modeste, elle n'est cependant pas négligeable pour une toute première expérience de ce type. Quant aux classes supérieures, elles reçoivent dans un premier temps la visite de jeunes filles, élèves de l'école d'accouchement, qui peuvent pénétrer « dans les harems et les maisons particulières où les médecins ne sont pas admis »[83], puis elles sont prises en charge par la médecine privée qui se développe à partir de 1860.

Un décret de 1856, signalant l'ouverture d'un nouveau centre de vaccination dans les locaux de l'École de médecine de Qasr al-Aini et avisant la population de ne faire vacciner les enfants que dans ces deux stations autorisées (c'est-à-dire Qasr al-Aini et l'Azbabiyya, l'école d'accouchement ayant vraisemblablement fermé entre-temps), semble indiquer que les dispensaires urbains avaient disparu dans les années 1850, sous le règne d'Abbas. Ils font cependant leur réapparition, cette fois définitivement, lors de la décennie suivante, puisqu'on en trouve un dans chacune des onze divisions administratives que compte la capitale en 1866. Malgré les aléas de leur fonctionnement, ces modestes structures médicales du premier XIXe siècle ont permis d'offrir un service de proximité qui constitue, pour les habitants des quartiers populaires du Caire, un premier apprentissage d'un service de santé, destiné à promouvoir les principes de la médecine moderne, localisé dans un lieu spécifique et organisant son travail sur un rythme biquotidien, compris dans des horaires précis.

L'Égypte du XIXe siècle est encore largement dominée par une conception religieuse du temps. Cette conception n'est elle-même pas monolithique, mais résulte de l'accumulation de plusieurs « temps sociaux »[84] hérités de la profondeur de l'histoire du pays et de la multitude des influences étrangères qui l'ont traversé. L'Égypte ancienne, à qui il revient d'avoir créé l'un des tout premiers calendriers de l'humanité, a légué aux générations suivantes un calendrier agraire dans lequel le fellah vient encore aujourd'hui largement puiser. Sur ce fond ancien, s'est ensuite

81. *Ibid.*, p.29.
82. L. Kuhnke, *op.cit.*, p. 143.
83. Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, p.23.
84. G. Gurvitch, « La multiplicité des temps sociaux », *La vocation actuelle de la sociologie*, t.II, Paris, PUF, 1963, p.325-430.

greffée la conception musulmane du temps, établie sur un calendrier lunaire formé de 12 mois de 28 jours. Chaque mois compte quatre semaines, chaque semaine sept jours ; le jour, lui-même divisé en heures de soixante minutes, commence le soir à l'apparition de la lune. Un tel comput présente de grandes affinités avec la mesure du temps en Occident, ce qui explique le succès de l'industrie des montres et des horloges dans les classes supérieures de l'Empire ottoman[85]. Muhammad 'Alî, en fondant un système administratif moderne, dont relève le service de santé, calque celui-ci sur une conception du temps empruntée à l'Occident. Dispensaires et écoles offrent ainsi leurs services deux fois par jour, en matinée et l'après-midi. Ces innovations demeurent bien sûr marginales et l'Égypte du XIXe siècle continue dans son ensemble à fonctionner selon le calendrier lunaire et religieux : les termes des loyers sont payés par lune et non par mois, la vie du souk est réglée sur le rythme des prières et les vacances des Écoles supérieures sont données, non pas encore l'été, mais au cours du mois de Ramadan. Toutefois, les héritages et les emprunts successifs ont fini par atteindre une complexité telle que, dès le premier tiers du XIXe siècle, un almanach est imprimé annuellement sur les presses de Boulaq. Il prend en compte l'année solaire, commençant et terminant avec les équinoxes, et donne les correspondances des jours et des mois musulmans, coptes, syriaques et européens. Il marque les étapes du soleil dans le zodiaque ainsi que l'heure du lever du soleil, de son zénith et de son coucher. Il donne la liste des principales fêtes religieuses des Musulmans et des Coptes. Enfin, à la manière du calendrier égyptien et des *anwâ'*, il comprend toute une série de notations et de conseils pratiques[86]. Une synthèse, en somme, de la multiplicité des temps et des computs qui se croisent alors en Égypte, à laquelle s'ajoute désormais un temps administratif qui rythme, entre autres, le système de santé.

La ville est ainsi un milieu d'avant-garde pour l'apprentissage d'une nouvelle conception du temps. Mais la ville est aussi, par la complexité même de sa structure, plus favorable que le milieu rural à l'encadrement médical[87]. En effet, la structure urbaine offre un atout par rapport à l'habitat plus dispersé de la province, celui de permettre une meilleure maîtrise du territoire. Le Caire du premier XIXe siècle est encore largement structuré par les *hara*, ces quartiers rassemblant jusqu'à 150 familles, fermés la nuit par des portes supprimées lors de l'Expédition d'Égypte. Il s'agit d'un « ensemble de résidences où la vie s'organise de manière communautaire

85. D. Landes, *L'heure qu'il est : les horloges, la mesure du temps et la formation du monde moderne*, Paris, Gallimard, 1987.

86. E.W. Lane, *Manners and Customs of the Modern Egyptians*, London and the Hague, East-West Publications, 1978, p.222. Les *'anwâ*, hérités du comput des anciens Arabes, sont des almanachs dans lesquels sont consignés, jour après jour, le lever et le coucher des étoiles ainsi que de nombreux renseignements, notations et prescriptions concernant l'agriculture, la santé, les fêtes.

87. En France, à l'inverse, l'encadrement administratif des populations urbaines semble plus lâche qu'en milieu rural. Cf. O. Faure, *op.cit.*, p.127.

et où le contrôle social est le fait du groupe des habitants »[88]. Dans ces espaces privés, rassemblant un nombre restreint de personnes, l'information circule aisément. Par ailleurs Muhammad 'Alî, s'inspirant du modèle de division administrative imposé par les Français lors de l'Expédition de Bonaparte, a divisé la ville en huit arrondissements, dénommés *thumn* (huitième)[89]. Les cheikhs de huitièmes, en contact direct avec la police, étaient chargés de rédiger des rapports et servaient d'intermédiaires entre les cheikhs de *hara* et les autorités. En Égypte, contrairement à l'Europe, la rationalité administrative, qui permet un meilleur encadrement territorial des populations, ne s'est pas encore accompagnée, au XIXe siècle, du relâchement de la fonction des intermédiaires sociaux qui constituent des courroies de transmission efficaces entre la population et les autorités.

C'est sans doute en partie grâce à cet encadrement humain que, dans la première moitié du XIXe siècle, la vaccination antivariolique a été plus répandue, et surtout de façon plus durable, en milieu urbain, et singulièrement dans la capitale, qu'en province. L'insistance de Clot-Bey pour couvrir cette dernière, les moyens déployés et l'ingéniosité mise à trouver des solutions efficaces, sont proportionnels à la difficulté que doit rencontrer une telle entreprise à la périphérie. La ville, avec son découpage administratif qui englobe une population encore relativement peu nombreuse, et sa structure sociale traditionnelle offrant des relais sur lesquels les autorités peuvent s'appuyer, a constitué un milieu favorable à l'introduction d'une technologie médicale nouvelle. Clot-Bey rapporte que 15000 vaccinations étaient pratiquées annuellement sur les enfants de la seule ville du Caire (pour une population d'environ 260000 habitants), contre 80000 pour l'ensemble de la province (l'Égypte compte alors à peu près 4,5 millions d'habitants)[90]. La proportion est donc assez nettement supérieure dans la capitale. Au cours des périodes où la faiblesse de l'État central entraîne un déclin du système de santé, ce dernier ne parvient d'ailleurs à maintenir ses activités qu'en milieu urbain. Ainsi, Sandwith remarque qu'en « 1883, la vaccination n'était pratiquée par les médecins du gouvernement que dans les 14 villes principales de l'Égypte ; 28496 vaccinations ont été faites cette année-là, représentant 72% des naissances en ville, mais tous les districts de campagne étaient livrés à eux-mêmes »[91].

88. R. Ilbert, « Le miroir des notables », *L'espace du public. Les compétences du citadin*, Colloque d'Arc et Senans, 8-10 novembre 1990, Plans urbains, Éditions Recherches, p. 105.

89. A. Raymond, *Le Caire*, Paris, Fayard, 1993, p. 299.

90. Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, *op.cit.*, p. 22.

91. Sandwith, *op.cit.*, p. 134.

Diversification et inégalité de l'offre médicale

Au cours d'une histoire séculaire ou elle a d'abord été uniquement destinée aux nouveau-nés, puis à l'ensemble de la population en cas d'épidémie, la vaccination antivariolique a bien sûr évolué dans les représentations et les pratiques des Égyptiens. Ainsi, la place croissante occupée par la médecine privée, laquelle se voit reconnue par la législation de 1890, constitue un changement majeur au cours du dernier tiers du XIXe siècle. L'article 3 de la loi de 1890 admet en effet explicitement le droit de pratiquer la vaccination des médecins privés ; le système de santé publique n'a donc plus le monopole de l'opération.

Depuis le boom cotonnier des années 1860, l'Égypte a assisté à l'arrivée de médecins privés étrangers, dont le nombre s'accroît encore après l'occupation anglaise. Médecins grecs, russes, européens, aux diplômes parfois douteux, s'assurent la clientèle des communautés étrangères, mais également celle de la bourgeoisie égyptienne convertie aux valeurs médicales de l'Occident. Pour cette bourgeoisie, la vaccination est devenu un acte volontaire, dont elle a intégré à la fois l'obligation et l'utilité. Ses exigences individuelles de bien-être ont rejoint les prescriptions de l'État imposant un engagement collectif dans l'acte vaccinal. Par ailleurs, les enfants sont largement scolarisés, or il y a vraisemblablement une vérification du carnet de vaccination dans les écoles.

La médecine privée est quasi-exclusivement urbaine, et concerne surtout les deux villes principales du pays. Un décompte des praticiens privés effectué par les Anglais en 1918 donne 328 médecins privés au Caire, 203 à Alexandrie, puis 23 à Port-Saïd, une quinzaine dans les villes principales du Delta, et seulement 3 ou 4 dans celles de la Moyenne et de la Haute-Égypte[92]. Dans la capitale, comme probablement dans les autres villes, l'implantation de ces praticiens privés suit étroitement la géographie sociale des quartiers.

La modernisation du Caire, initiée par Muhammad 'Alî, s'est considérablement accélérée depuis le règne du khédive Ismâ'îl. Celui-ci, visitant la France lors de l'exposition universelle de 1867, s'émerveille du Paris en cours d'haussmanisation et décide de faire du Caire une ville à l'égal des cités européennes. La principale réalisation de ce projet modernisateur consiste en la création, à la limite occidentale de la vieille ville, d'un nouveau quartier inspiré du modèle parisien, où les larges percées sont ponctuées de vastes places publiques et bordées d'immeubles cossus pourvus souvent du confort moderne emprunté à l'Occident. Dès lors, un écart se dessine entre les quartiers anciens, sous-équipés et bientôt abandonnés par la population bourgeoise en quête d'une amélioration de ses

92. Enquête menée en 1918 par une Commission nommée pour « l'étude des mesures à prendre pour l'organisation future de l'Administration de l'Hygiène publique en vue de renforcer son efficacité », ANE, *nithâra al-dâkhiliya*, carton B/2/2.

conditions de vie, et les quartiers récents, au tissu aéré et pourvus d'équipements urbains (adduction d'eau, transports en commun...). Lors de l'occupation anglaise, les enjeux urbains sont déjà clairs et la colonisation ne fait finalement qu'entériner et creuser la séparation entre les deux parties de la ville[93].

Au début du XXe siècle, une évolution définitive s'est opérée dans la capitale égyptienne en ce qui concerne l'accès aux soins. Désormais, deux types de pratique médicale coexistent, et donc deux types d'offre de vaccination. Le premier, dans le secteur privé, suppose une démarche volontaire de la part du patient. L'autre type dépend du système de santé publique et repose sur une certaine forme de contrainte[94]. Il touche les milieux populaires, mais le contrôle sur cette population peu scolarisée n'est guère aisé ; les relais traditionnels commencent à se disloquer sans être encore remplacés par d'autres structures intermédiaires comme l'école. L'implantation de ces deux types d'offre médicale recoupe la division sociale de la ville. Les bureaux de santé, qui étaient au nombre de onze en 1866, sont passés à seize en 1928. La plupart sont dans le périmètre de la vieille ville ou dans des quartiers moins centraux mais très populaires (Bulaq, Chubra ou encore Hélouan). Mais on n'en trouve aucun à Daher, Faggala ou Hilmiyya, *a fortiori* à Zamalek ou Garden City, dans les quartiers, précisément, où s'installe la population aisée. En revanche, l'implantation des médecins privés est presque exactement inverse. Ils ne sont qu'une petite poignée dans le centre ancien ; quelques-uns sont installés sur les axes de transition comme la rue Muhammad 'Alî. Mais, dans leur majorité, ils ont choisi les zones d'urbanisation récente et la présence de la médecine libérale atteint des sommets dans certains quartiers (Daher, Faggala)[95].

Au « pouvoir d'injonction » exercé à travers la législation sur la vaccination, qui trouve une expression autoritaire dans les campagnes nationales, s'ajoute, avec le développement de la bienfaisance, un « pouvoir d'influence »[96]. En effet, au début du XXe siècle, et plus encore à partir des années 1930, la croissance du mouvement caritatif vient nuancer la dichotomie sociale entre les deux modes d'offre de soins. Des représentants de la bourgeoisie s'impliquent dans le travail social, qui inclut des interventions à caractère médical, et viennent épauler le rôle pédagogique des médecins de santé publique, lesquels ont de bien trop nombreuses tâches

93. R. Ilbert, « Note sur l'Égypte au XIXe siècle : typologie architecturale et morphologie urbaine », *Annales Islamologiques*, t. XVII, Le Caire, IFAO, 1981, p. 343-357.

94. Il est difficile cependant d'évaluer la rigueur réelle avec laquelle est appliqué le système des amendes prévues par le loi de 1890.

95. *Listes officielles des Médecins, Vétérinaires, Dentistes, Sages-Femmes, Pharmaciens et Aides-Pharmaciens exerçant leurs professions en Égypte au 31 décembre 1922*, Le Caire, Imprimerie nationale, 1923.

96. Distinction empruntée à Philippe Braud, « Du pouvoir en général au pouvoir politique », in M. Grawitz et J. Leca, *Traité de Science Politique* I, Paris, PUF, 1985, p. 348 et suiv.

pour pouvoir s'y consacrer efficacement. Depuis le début du XIXe siècle, certains groupes de la population égyptienne, en particulier les élèves formés dans les Écoles professionnelles, ont subi un apprentissage particulier des nouveaux usages du corps. Ainsi, en 1832, le règlement des Écoles publiques précise que les élèves des écoles primaires et préparatoires prennent leur repas à la turque, alors que ceux des Écoles spéciales le prennent à l'européenne, c'est-à-dire avec chaises et table. De même, ces derniers dorment dans des lits munis de draps et de couverture, alors que les premiers conservent l'usage local des nattes[97]. Ce sont également ces élites sociales qui, dès 1848, adoptent des comportements malthusiens[98], puis se rendent volontairement chez le médecin, entre autres pour recevoir la vaccination antivariolique. Ce sont encore ces mêmes groupes qui, dans le dernier quart du XIXe siècle, adoptent le costume européen et équipent leurs demeures de salles de bain. Or ces modifications des comportements ne sont pas seulement le signe d'une occidentalisation ; ils reflètent aussi un changement de rapport au corps. Celui-ci sort partiellement de son enveloppe magico-religieuse, une partie de ses mystères cède aux assauts de la médecine ; il est aussi un bien que l'on se doit de conserver. Dans le cadre de la bienfaisance, les notables et bourgeois égyptiens, épaulant le projet étatique de la période réformiste, lequel entend diffuser les principes de la « civilisation », cherchent à guider le peuple vers les valeurs dominantes de celle-ci, notamment en ce qui concerne les mesures sanitaires. Les dispensaires caritatifs font leur apparition, offrant les services de la médecine moderne, en général gratuitement, services accompagnés d'un effort d'éducation sanitaire.

Comme la médecine privée, la bienfaisance est essentiellement un phénomène urbain. Les structures de soins qu'elle engendre viennent s'ajouter à l'ensemble du dispositif d'offre de soins, public et privé. Depuis 1837, date de l'implantation des deux premiers hôpitaux du Caire, le quadrillage de la ville par les structures sanitaires n'a cessé de se resserrer. La présence de ces bâtiments, dispensaires ou cabinets de clientèle, participe à un processus d'apprentissage du souci du corps et de la santé, dans un contexte désacralisé. Ces structures affichent presque partout dans la capitale la présence médicale, qu'elle soit publique ou privée, signe visible du pouvoir que la médecine moderne a désormais acquis, même si toutes les catégories sociales ne sont pas prêtes encore à s'y rendre volontairement. Au début du XXe siècle, c'est encore sur injonction administrative que la majorité des malades est conduite, par la police, à l'hôpital. Il est vrai que l'isolement de l'hôpital constitue la principale peur et la cause essentielle de rejet du système de santé moderne par les Égyptiens ; l'opé-

97. « Règlements approuvés par le Ministre de l'Instruction Publique », in *À son Altesse Ismail Pacha, vice-roi de l'Égypte*. Divers Mémoires par Clot-Bey, Paris, Victor Masson, s.d.

98. G. Alleaume et P. Fargues, « La naissance d'une statistique d'État. Le recensement de 1848 en Égypte », *Histoire et Mesure*, *XIII*, n° 1-2, 1998, p. 147-193.

ration vaccinale est quant à elle plus anodine et suscite moins de résistance. Mais le mouvement est désormais amorcé et l'État égyptien considère la population urbaine suffisamment rompue à la démarche de soins et à la contrainte des horaires pour lui proposer des créneaux extrêmement étroits pour la pratique de la vaccination. Ainsi, en 1928, la vaccination antivariolique est pratiquée chaque jour, sauf le vendredi, alternativement dans les différents dispensaires publics de la capitale, de 10 à 11 heures du matin[99]. On imagine pourtant la difficulté, pour une population qui ignore encore en grande partie la montre et l'horloge, à se montrer ponctuelle.

Apprentissage de la maîtrise d'un temps parcellisé, compté, importante présence du corps médical et des structures de soins, proximité des catégories supérieures occidentalisées : la ville demeure un lieu privilégié pour produire une pédagogie de la modernisation. Le fossé qui la sépare en ce sens du monde rural n'est pas parvenu à se combler depuis le XIXe siècle. Certes la vie de la campagne n'est pas restée inchangée depuis des siècles. Elle connaît par exemple un raccourcissement des distances, grâce aux transports modernes ; ses paysages et ses techniques agricoles se transforment avec les progrès de l'irrigation ; enfin un premier exode rural s'amorce. Cependant, la présence du médecin y est fugitive, il n'existe toujours pas, dans les villages, de lieu spécifiquement consacré à la pratique de la médecine et la contrainte des horaires demeure largement inconnue. C'est ce « retard » du monde rural, et son coût en termes de morbidité et de mortalité, qui préoccupe les Anglais puis les initiateurs égyptiens de la réforme sociale. Ces derniers ont finalement conçu des « combinats sociaux » pour les villages égyptiens, rassemblant un représentant de chaque profession moderne (médecin, ingénieur, enseignant...) dont la tâche est de faire franchir rapidement aux ruraux la distance qui les sépare des normes de la modernité, lesquelles ont été généralement acquises en ville par une socialisation progressive. Mais l'État égyptien s'est une nouvelle fois trouvé confronté à l'étroitesse de ses moyens financiers, ainsi qu'à un déficit de volonté politique, et seules quelques dizaines de ces centres ont vu le jour avant la Révolution de 1952. C'est peut-être aussi faute de pouvoir offrir au monde rural une médecine au quotidien que l'État s'attache tout particulièrement à l'englober de façon exhaustive dans les campagnes générales de vaccination.

La réussite de ces campagnes, manifeste dans le monde rural, est cependant moins évidente dans les grandes villes. Ahmed Hilmy note qu'en 1927 des lacunes ont été remarquées au Caire et à Alexandrie, où un certain nombre de personnes ont échappé à la vaccination générale. La population de ces deux villes commence en effet à grossir et le système médical, pourtant relativement performant et implanté depuis longtemps, éprouve de plus en plus de difficultés à intégrer les populations nouvelles ou les habitants des « échèches », ces poches d'habitat précaire enkystées dans tous

99. *The Kingdom of Egypt*, ouvrage publié à l'occasion du Congrès international de Médecine Tropicale et d'Hygiène, Le Caire, Government Press, 1928, p. 113.

les quartiers des villes. Les conséquences de la sous-intégration de nombreuses zones des quartiers anciens, ainsi que des nouveaux quartiers d'habitat populaire, apparue au début du xxe siècle[100], commencent à se faire sentir au niveau de l'encadrement médical. Cette sous-intégration urbaine s'ajoute aux préoccupations des réformistes dans les années 1940[101], mais ils ne parviennent pas plus qu'en milieu rural à enrayer le maintien de la misère et de la maladie. Avec l'explosion urbaine des années 1950, ces populations se trouveront aussi distantes du système de santé, et des normes de la « civilisation », auxquelles rêvaient les réformistes, que la plupart des ruraux.

Considérée comme une démarche prophylactique individuelle, ou au contraire comme un outil préventif destiné à protéger la communauté tout entière, la vaccination antivariolique a largement été propagée par les pouvoirs successifs de l'Égypte, même si au cours d'une histoire séculaire elle a connu des périodes de relâchement. L'acte vaccinal a en effet un impact fort ; il est efficace le plus souvent. D'autre part, issue d'un procédé relativement peu coûteux, la vaccination peut être diffusée sans trop de difficultés à l'ensemble de la population, ce qui est un objectif idéal, mais rarement atteint par la plupart des autres mesures de santé publique. Ces qualités expliquent sans doute en partie la propension des systèmes de santé faibles à en faire largement usage, de façon plus ou moins autoritaire, dès lors qu'il y a un minimum d'acceptation de la part de la population. Après la conférence tiers-mondiste d'Alma-Ata (1979), déplorant un taux de mortalité infantile particulièrement élevé, malgré le développement du réseau de santé publique depuis la révolution de 1952, l'Égypte s'engage encore résolument, avec l'aide des organismes internationaux, dans un programme élargi de vaccinations (PEV), qui parvient en quelques années à faire baisser des deux tiers ce taux de mortalité. Elle poursuit ainsi une recherche de légitimité à travers l'acte vaccinal, inaugurée dès l'époque de Muhammad 'Alî.

Pionnière dans le domaine de la santé publique, la vaccination antivariolique a contribué à produire en Égypte des structures spatiales et un rythme temporel inédits, participant ainsi à l'apprentissage de nouveaux comportements, d'un nouvel ordre social. Cependant, si pour partie au moins des classes supérieures, son sens et son utilité ont été intériorisés, pour les classes populaires, la vaccination relève essentiellement d'une démarche obligée. L'État initiateur de cette mesure a manifesté à travers elle son autorité, mais l'obligation, elle-même généralement acceptée, n'a pas pour autant radicalement modifié les interprétations et les représentations du corps et de la maladie qui relèvent encore largement d'un univers magico-religieux.

---

100. R. Ilbert, « Égypte 1900, habitat populaire, société coloniale », in K. Brown (éd.), *État, ville et mouvements sociaux au Maghreb et au Moyen-Orient*, Paris, L'Harmattan 1989.

101. A. Roussillon, « "Comme si la ville était divisée en deux". Un regard réformiste sur l'urbain en Égypte au tournant des années 1940 », *Genèses, 22*, mars 1996, p. 18-39.

DEUXIÈME PARTIE

COMPRENDRE LE CORPS

3

Le dialogue entre religion et médecine en Iran au XIXe siècle

HORMOZ EBRAHIMNEJAD

L'itinéraire d'un Mehdi Malek-Afzali[1], au tournant du XXe siècle, est tout à fait remarquable. Il était né en 1879 à Ardakân près de Yazd, au sein d'une famille de religieux. Il avait étudié à Ispahan les sciences religieuses avec l'ayatollâh Brujerdi[2] et la médecine avec Hâj Mirzâ Mohammad Bâqer, clerc comme lui et comme lui versé en médecine. En 1903, il s'en vint à Téhéran étudier en français la médecine moderne dans le Département de médecine de l'École Polytechnique (*Dar el fonûn*) fondée en 1851. En même temps, pour gagner sa vie, il exerçait la médecine traditionnelle. En 1907, il reçut son diplôme et cumula dès lors le titre moderne de docteur avec celui, traditionnel et honorifique, de *Boqrâtol-hokamâ*, qui peut se traduire littéralement l'Hippocrate (Boqrat) des médecins[3]. Avant la réforme des institutions médicales en Iran, les titres honorifiques de Prince des médecins (*Malek ol-atebbâ)*, Confident des médecins (*E'temâd ol-atebbâ*), Épée des médecins (*Seyf ol-atebbâ*), Souverain des docteurs (*Soltân ol-hokamâ*), Santé de l'état (*Sehhat ol-dowleh*) étaient attribués par les princes aux médecins de haut rang et marquaient la différence entre médecins reconnus et charlatans. La même année, au plus fort de la lutte entre les partisans d'une constitution, qui venaient d'obtenir la

1. La famille Malek-Afzali est parente de l'ancien président de l'Iran, Mohammad Khatami. Je suis reconnaissant à Mr Nezamod-din Boqrat, fils du Dr Boqrâtol-hokamâ, pour m'avoir communiqué tous ces renseignements ainsi qu'une copie du manuscrit de son père.

2. Hâj Aqâ Hoseyn Tabâtabâ'i (1875-1960), de la célèbre famille des Tabâtabâ'i, est né à Brujerd. À la fin de ses études primaires, il vint à Ispahan étudier le *fegh* (jurisprudence religieuse) et la philosophie. Il devait devenir plus tard la première autorité religieuse en matière de droit shi'ite, avec le titre officiel de « Source de l'imitation » (*marja'-e taqlid*) et vécut toute sa vie dans la ville sainte de Qom. En sus de ses livres sur les sciences religieuses et la logique, il écrivit aussi un traité sur les purgatifs (*Monzajât-e mariz*). Cf. 'Ali-Akbar Dehkhodâ, *Loghatnâmeh,* vol.3, p.46-56.

3. Cf. Sur le sujet lire ma communication « Médecine et politique dans l'Iran Qâjâr », présentée à la *Fourth Conference on Iranian Studies*, Paris, 6-10 septembre 1999.

création du premier parlement iranien, et le parti de la réaction, il quitta l'agitation de Téhéran et se retira dans la province du Khorassan, à l'est de l'Iran. Il s'installa à Nichapur où il devait être plus tard nommé représentant local du Comité national pour la protection de la santé (*Majles-e hefzos-seheh-ye dowlati*), il y pratiqua la médecine jusqu'à sa mort, survenue en 1965.

Dans un manuscrit daté de 1942, qui ne se présentait d'ailleurs pas comme un livre de médecine, il dénonçait les effets pernicieux de la consommation de viande et d'alcool. Dans le premier chapitre, s'appuyant exclusivement sur des auteurs occidentaux: Pline l'Ancien, le philosophe Rousseau, le zoologiste Cuvier, le physiologiste Flourens, Armand Gautier le chimiste dénonciateur des « toxines alimentaires », il démontrait, sur la base d'analyses médicales, que la consommation de viande était dangereuse et entraînait un décès prématuré[4]. Il ouvrait d'ailleurs ce chapitre par une citation de Sénèque, philosophe du Ier siècle après Jésus-Christ: « l'homme ne meurt pas, il est tué ». Dans le second chapitre, c'est en renvoyant à la fois à la médecine moderne et aux *Hadiths* (traditions dérivées de la vie du Prophète et du Coran), qu'il mettait en lumière la nocivité de l'alcool[5]. Incarnant ainsi les deux visages de la formation médicale, traditionnelle et moderne, l'Hippocrate iranien, loin de s'élever contre la saignée et les ventouses, reconnaissait leur utilité pour éliminer le sang corrompu, et se bornait à dénoncer les instruments malpropres utilisés pour la circonstance[6].

Un exemple comme celui de notre « Hippocrate » qui, au seuil du siècle, poursuivit alternativement une carrière amphibie de médecin et de religieux et délaissa l'habit religieux pour se consacrer à l'étude de la médecine moderne, pourrait être indéfiniment multiplié. On peut prendre aussi l'exemple du Dr Nosratollah Kasemi, né en 1908, qui choisit de poursuivre des études médicales au lieu de devenir mollah comme il avait eu initialement l'intention de le faire[7]. Tous ces personnages illustrent l'exercice conjoint de la médecine et de la religion sous les Qajar et aussi

---

4. Le manuscrit ne porte pas de titre. Il est possible que cette position végétarienne ait ses origines dans la philosophie zoroastrienne. Les régions de Yazd et de Kerman, respectivement au centre et au sud-est de l'Iran, sont encore des régions où les zoroastriens sont nombreux et conservent leurs temples. Sur la philosophie végétarienne du zoroastrisme, cf. Laurence Ossipow, *La cuisine du corps et de l'âme*, Paris et Neuchâtel, Institut d'ethnologie et Maison des sciences de l'homme, 1997, p.37 sq.

5. La bibliothèque du Dr Boqrâtol-hokamâ contenait 330 manuscrits arabes et persans, offerts par son fils suivant ses dispositions testamentaires à la bibliothèque d'Astan-e Qods à Machad, et 42 ouvrages imprimés de médecine en français, comprenant notamment le *Guide-formulaire de thérapeutique* de V. Herzen, Paris, sans date; *La thérapeutique clinique*, de H. Huchard, Paris, 1909, *Les agents physiques usuels, climato-thérapie, hydrothérapie...*, d'A. Martinet, 1909.

6. Entretien avec Nezamod-din Boqrât, juin 1999, Nichapur.

7. Mohammad Mehdi Movahhedi, *Zendeginâmeh mashâhir-e rejâl-e pezeshki-ye mo' âser-e Iran*, 1371/1991, Téhéran, p.36-37. Voir aussi Mohammad Taqi Mir, *Pezeshkân-e nâmi-ye fârs* (Les médecins du Fars), 2e édition, université de Chiraz, 1363/1984.

la conversion des religieux à la profession médicale, qui s'opéra de façon croissante à la fin du XIXe siècle. À partir de la deuxième moitié du XIXe siècle, en Iran, on assiste donc à la fois au divorce et au maintien de l'union de la religion et de la médecine (moderne), phénomène qui, en dépit de son importance, n'a pas été vraiment exploré jusque là[8]. Ce chapitre porte avant tout sur les origines théoriques de ces changements.

Comment expliquer en effet ces changements, caractérisés par la diminution de la place de la religion dans la médecine, au moment même où l'influence politique de l'« establishment » religieux, je n'ose pas dire l'Église, allait grandissant dans la vie politique et dans la société ?[9] Pourquoi et comment ce changement s'opéra-t-il ? S'agit-il de l'introduction de la « médecine moderne », répandue comme une mode parmi les élites en Iran ? En ce cas, comment expliquer le paradoxe qu'au même moment l'influence des religieux grandit en politique et dans la vie sociale ? Était-ce le résultat du mouvement conduit par des savants comme Seyyed Jamâlod-din (Afghani) en Iran ou des hommes politiques comme Mohammad 'Abdu en Égypte ? Pour eux, la solution à l'arriération des pays musulmans consistait à adopter d'une main la science et la technologie occidentales et de l'autre à renforcer la religion et réanimer le califat pour consolider l'ordre social et politique[10]. Était-ce dû tout simplement à des raisons pratiques, à savoir la supériorité de fait de la médecine moderne ? Mais la médecine occidentale du XIXe siècle, à supposer qu'elle ait fait montre d'une supériorité incontestable, était loin d'être répandue en Iran comme elle l'était, par exemple, dans la Russie voisine[11]. De plus, sa supériorité était loin de s'imposer, vu les nombreux échecs rencontrés tout au long du XIXe siècle dans sa lutte contre les épidémies. D'un autre côté, la médecine traditionnelle était profondément enracinée dans la société iranienne où elle bénéficiait de débouchés économiques, d'un soutien politique et d'une légitimité religieuse.

La séparation de fait des institutions médicales de l'establishment religieux indique le passage d'une pensée médicale d'obédience religieuse à

---

8. Pour plus ample discussion des facteurs intellectuels ou institutionnels sous-tendant la relation entre médecine et religion, voir mon article : « Theory and Practice in Nineteenth Century Persian Medicine : Intellectual and Institutional Reforms », *History of Science, 28,* 2000, p. 171-178.

9. Sur le pouvoir croissant des clercs chi'ites aux XIXe et XXe siècles, Hamid Algar, *Religion and the State in Iran : 1785-1906*, Berkeley, University of California Press, 1969 ; du même, « The Oppositional Role of the Ulama in Twentieth-Century Iran », *Scholars, Saints and Sufis*, N.R. Keddie (éd.). Berkeley and Los Angeles : University of California Press, 1972 ; Said Amir Arjomand, *The Turban for the Crown : The Islamic Revolution in Iran*, Oxford, Oxford University Press, 1988.

10. Sami Zubaida, *Islam, the People and the State : Political Ideas and Movements in the Middle East* (éd.). Tauris, London, New York, 1993 ; A. Hourani, *Arabic Thought in the Liberal Age 1798-1939*, Oxford University Press, Oxford, 1982.

11. La médecine européenne moderne se développa rapidement en Russie au début du XIXe siècle. En Géorgie, passée récemment sous le contrôle des Russes, un hôpital militaire moderne fut créé en 1805 et prospéra dans les décennies qui suivirent au point de contenir au milieu du siècle plusieurs centaines de lits.

une médecine fondée sur l'observation clinique et anatomique. Cependant, l'analyse de ces transformations, à mon sens, ne doit pas identifier médecine « moderne » à médecine « scientifique » et pas davantage médecine « traditionnelle » à médecine « non scientifique ».

Science et religion en Iran

La question des relations entre la religion et la science en général et la médecine en particulier remonte à fort loin. Au XIXe siècle, dans l'Iran des Qajars, cette relation apparaît néanmoins sous un nouveau jour, étant donné l'engagement politique croissant de l'establishment religieux, concomitant avec l'influence croissante des sciences occidentales. À cette époque, l'introduction de la science moderne, coïncidant avec la croissance du pouvoir des mollahs, a entraîné un changement important dans les relations entre religion et médecine, tant au plan des idées que des institutions. J'avance ici l'hypothèse que la doctrine religieuse élaborée pendant tout le Moyen Âge pour intégrer les acquis de la médecine grecque au savoir islamique a fini par devenir, dans le contexte fort différent du XIXe siècle, la cause principale de la scission définitive entre médecine et religion jadis si intimement liées dans la littérature connue sous le nom de médecine gréco-islamique.

Historiquement parlant, le terme de « science », de même que le terme générique de savoir humain ne saurait s'appliquer exclusivement à la science moderne, contrairement à la thèse de l'anthropologie classique. Dans son ouvrage sur le système social des Azandé, Evans-Pritchard par exemple distinguait la croyance (en les sorciers et la sorcellerie) du savoir (sur les maladies et les symptômes)[12]. Il est sans aucun doute arbitraire et inacceptable, d'un point de vue historique, de déclarer scientifique le seul point de vue de la médecine moderne, et non scientifique celui de la médecine traditionnelle, parce qu'il n'existe aucun critère objectif et universel permettant de distinguer ce qui est scientifique de ce qui ne l'est pas, au cours d'une période donnée de l'histoire de l'humanité, et aussi parce que ce que nous appelons science moderne est précisément né de ce que nous appelons science traditionnelle[13].

---

12. E. Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford, Oxford University Press, 1937, p.21, 482, 494-5, cité par B. J. Good, *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997, p.11-13.

13. La bibliographie sur le sujet est considérable: voir par exemple *Science, Reason, and Rhetoric*, Henry Krips, J.E. Mc Guire, Trevor Melia (éd.), University of Pittsburg/ Universitäts Verlag Konstanz, 1995; P.K. Feyerabend, *Knowledge, Science and Relativism*, Philosophical Papers, vol.3, John Preston (éd.), Cambridge, Cambridge University Press, 1999; Jan Golinski, *Making Natural Knowledge: Constructivism and the History of*

La question se pose du sens du terme science pour les Anciens quand ils divisaient les sciences en préislamiques et islamiques. Au cours de l'histoire des pays musulmans, par exemple, *'elm* (science ou savoir) peut signifier selon les cas science religieuse ou séculière, islamique ou non islamique, fondée sur l'inspiration céleste ou l'expérience humaine, même si ce qui est religieux ou islamique a la préférence de toute évidence sur ce qui est séculier ou non islamique. Toutes les espèces de savoir sont de l'*elm* de différentes venues[14]. Bien que pour nous, la médecine moderne implique certainement plus d'objectivité dans le traitement que la magie ou la guérison par la foi, tout traitement absolu des concepts de « science » et « non science » revient à créer des univers incommunicables ou incommensurables. Si une telle séparation existait vraiment, tout changement ou toute évolution aurait été impossible.

C'est la même perception de la division entre scientifique et non scientifique qui a conduit les chercheurs à des méthodes opposées. D'un côté, il y a ceux qui comme Evans-Pritchard, Charles Webster et Keith Thomas maintiennent que la médecine scientifique a grandi en importance aux XVIIe et XVIIIe siècles, au détriment de la magie et de la guérison par la foi. De l'autre, Byron Good, Ludmila Jordanova et d'autres encore, insistent davantage sur les « formes symboliques » et les « modes de pensée » que sur la « rationalité » ou la « science », sans nier pour autant les progrès de la médecine moderne par rapport aux techniques traditionnelles de guérison. Il arrive à mon avis à ces derniers de sous-estimer le rôle de la « rationalité de la science » dans le progrès médical[15]. Par exemple, il est difficilement soutenable que, si Razi (850-932) n'avait pas été au fond de lui sceptique à l'égard de la théologie, la magie et la religion, il aurait quand même su en fin clinicien décrire avec exactitude la petite vérole. Cela ne signifie pas prendre position pour la médecine moderne contre la médecine traditionnelle; quelle que soit la méthode adoptée pour étudier l'histoire de la médecine, on ne peut ni ignorer les changements ou les progrès du savoir médical ni récuser la totalité des traditions.

Dans la médecine islamique, le lien entre religion et médecine est explicite dans le terme même de *tebb* (médecine) qui veut dire guérison, traitement mais aussi sorcellerie, magie, enchantement. Le mot dérive de la racine *tbb* qui peut se vocaliser de trois façons :

Science, Cambridge, Cambridge University Press, 1999; R. Porter and A. Wear (éd.), *Problems and Methods in the History of Medicine*, Beckenham, 1987; Ludmilla Jordanova, « The Social Construction of Medical Knowledge », in: *The Society for the Social History of Medicine*, vol.8, 1995, p.361-381; David Harley, « Rhetoric and the Social Construction of Sickness and Healing », *ibid*, 1999, vol.12, p.407-435.

14. Pour un ouvrage classique décrivant les différentes branches du savoir, de la magie aux sciences positives, voir l'œuvre au XIVe siècle de 'Allâmeh Shams od-din Mohammad b. Mahmud Amoli, *Nafâyes ol-fonun fi 'arâyes ol-'oyun* (Les branches précieuses de l'apprentissage dans les sources quintessentielles du savoir), éditées par Hâj Mirzâ Abol-Hassan Sha'râni, Bibliothèque Eslâmiyeh, 3 vol., Téhéran, 1958.

15. R. Horton and R. Finnigan (éd.), *Modes of Thoughts. Essays on Thinking in Western and Non-Western Societies*, London, 1973.

– *tebb* s'entend de quelqu'un de versé sur tous les sujets, *tabib* qui en dérive désigne une personne de compétence universelle dans toutes les sciences et tous les arts ; *tabib*, médecin, peut aussi se dire *tabb* ;

– *tebb* renvoie à la pratique de la médecine ;

– *tubb* est un nom de lieu[16].

Au sens premier, *tbb* renvoie surtout à une habileté surnaturelle dans n'importe quel domaine : par exemple, l'usage d'un talisman pour la transmutation des pierres en or, qui a reçu le nom de *kimiyâ*, d'où vient le terme de chimie, ou encore l'art des traitements médicaux. Selon un auteur persan anonyme, le *tabib* ou « physicien », au sens ancien du mot[17], est une personne qui calme et rassure l'esprit du malade[18]. Mohammad Hosein b. Mohammad Hâdi Aqili, la plus haute autorité en Iran et en Inde au XVIIIe siècle, dans son *Esprit de la Médecine (Kholâsat ol-hekmat)*, indique que *tebb* veut dire talent naturel, charisme et compétence générale dans les sciences et les techniques et que, dans le langage des « physiciens », il désigne la science du corps humain à l'état de santé et de maladie[19]. Bien que ces définitions se recouvrent partiellement, elles comportent donc trois facettes : l'aspect magique incluant la sorcellerie (*sehr*), la perspicacité (*kiâsat*) liée au talent naturel, et la science (*'elm*), fruit de l'étude et de l'expérience.

La dimension magique a dominé le savoir médical en Iran avant l'Islam. Zoroastre (vers 650-550 av J-C) qualifie ses ennemis, le *Divân*, de *Jâdouyân* ou sorciers, et combat leur sorcellerie à l'aide de sa propre magie. Après avoir été, à l'instigation de ses ennemis, emprisonné par Goshtasp-Shah à Balkh, il dut seulement sa libération au fait qu'il réussit à guérir par sa magie et ses prières le cheval noir adoré de Goshtasp-Shah, qui était tombé malade[20]. Dans un passage de la *Vendidad*, un des textes parvenus jusqu'à nous du *Zandavesta*, trois sortes de médecines sont distinguées : la médecine « par le couteau », la médecine par les herbes, et la médecine par le Verbe divin, cette dernière étant, selon la *Vendidad*, la meilleure[21].

Les sources religieuses de ce qui est connu sous le nom de « médecine islamique » sont le Coran et les Traditions du Prophète. Cependant dans le Coran, il n'existe pas de chapitre particulier sur le savoir médical, en dehors de quelques remarques d'ordre très général, dispersées en diffé-

---

16. Ibn Qayyim, *Medicine of the Prophet*, édité par Penelope Johnstone, Islamic Text Society, Cambridge 1994, p. 104-105.

17. En anglais, physician veut encore dire médecin.

18. *Resâleh dar tebb*, anonyme, Bibliothèque Vaziri à Yazd, n° 2428.

19. Mohammad Hosein b. Mohammad Hâdi al-'Aqili al-'Alavi, *Kholâsat ol-hekmat* (Résumé de Médecine), écrit en persan in 1782, lithographie éditée à Bombay en 1261/1845, p. 1-2.

20. Zartosht-e Bahrâm, *Zarâtosht-Nâmeh* (Livre de Zarathoustra), Bibliothèque Nationale, St. Pétersbourg, P.H.C 11, fol. 149-153.

21. James Darmesteter, *Le Zend Avesta*, cité par Abbas Naficy, *La médecine en Perse des origines à nos jours*, Paris, Véga, 1933, p. 13.

rents versets. La médecine islamique s'est élaborée au cours de plusieurs siècles d'expansion de l'Islam dans les pays non musulmans. La littérature médicale attribuée au Prophète ou aux Imams a été fabriquée à titre posthume en adoptant ou en incorporant les théories médicales des pays conquis, dominées par l'humorisme des Grecs.

Les sciences ne se développèrent pas uniformément dans le temps dans les différents territoires de l'Islam, de l'Espagne à l'Asie centrale et l'Inde. Sous les premiers califes, Abubakr, 'Omar, 'Othmân et 'Ali, qui régnèrent pendant trente ans après la mort du prophète (632), la culture arabe des origines était encore prépondérante tandis que sous les Omayyades (661-758) puis sous les Abbassides (750-1258), l'élément persan, byzantin et indien joua un rôle croissant dans le développement de l'administration et des sciences[22]. Cependant, une fois la ferveur religieuse des Bédouins arabes un peu retombée, avec l'expansion du califat et au contact de pays à la civilisation plus avancée, l'islam se trouva dans l'impossibilité de s'épanouir sans incorporer les savoirs faires des pays conquis. À cette fin furent élaborés des instruments théoriques et institutionnels.

Les semences de la médecine humorale grecque germèrent dans les pays musulmans au sein d'un nouveau milieu culturel et intellectuel. Mais la croyance coranique originale établie dans ses grandes lignes durant la première période de l'Islam, ne fit pas de place à la connaissance humaine du corps comme à un savoir de plein droit. En médecine comme dans les autres domaines, l'Islam n'admet pas un statut séparé pour l'intellect humain, le Coran englobant toutes choses. « Toute la médecine humaine est assujettie aux dogmes de la religion et à la nature qui reflète directement la sagesse du Créateur qui est aussi le Guérisseur Suprême, un de Ses Noms étant al-Shâfi, celui qui guérit »[23]. Le credo du rejet de toute littérature ne reposant que sur le savoir humain, a pu conduire à l'incendie des bibliothèques au début de l'islam, au temps du Prophète et sous les premiers califes. La subordination de l'intelligence humaine aux dogmes de la religion laissa une marque profonde sur l'histoire de la médecine, que j'envisage plus loin.

---

22. Pour une synthèse sur la formation de la civilisation islamique, voir Ira M. Lapidus, *A History of Islamic Societies*, Cambridge University Press, 1991 ; William L. Cleveland, *A History of the Modern Middle East*, Westview Press, 1994 ; Albert Hourani, *A History of the Arab People*, Cambridge, 1991 ; G.H.A. Juynboll (éd.), *Studies on the First Century of Islamic Society*, Carbondale, Ill., 1982.

23. Seyyed Hossein Nasr, *The Medicine of the Prophet* d'Al-Jawzi, *op.cit.*, préface, p.xix.

Aspects intellectuels de la relation entre religion et médecine

Le lien intellectuel entre religion et médecine était donc double en Iran. Le premier lien était en rapport avec le fonds de croyances en des causes surnaturelles, recouvrant à la fois magie, astrologie et religion. Le second tenait à l'entreprise de conciliation de la médecine grecque avec la religion musulmane.

Religion et magie

Au XIXe siècle, les ouvrages rendant compte de ces liens consistaient en un large éventail de textes où le religieux et le médical se recoupent à différents niveaux. Ils se référaient presque tous au pouvoir de guérison de la foi, et tous les manuels de prières revendiquaient le pouvoir de guérir[24]. Des prières (*ad'ia*) étaient explicitement écrites dans l'intention de guérir des maladies spécifiques : par exemple, la prière pour protéger le corps du choléra ou pour guérir ce dernier, ou la prière pour guérir la lèpre. La récitation de certaines prières, associée à l'application sur les yeux de poussière collectée sur les tombes de saints ou à son absorption dans un peu d'eau, était censée guérir toutes les maladies. Sâveji est un médecin qui écrivit en 1853 un *Guide des médecins pour le traitement des maladies épidémiques*. Selon un texte anonyme formant la deuxième partie de son ouvrage, les Prières (*Ad'ia*), la majorité des prières est supposée douée d'effets sur toutes sortes de maladies[25].

Des ouvrages sur la pharmacopée associaient couramment pharmacie et magie. Par exemple, l'auteur d'un traité propose une recette pour différents remèdes de la pharmacopée ordinaire, en spécifiant que ces remèdes doivent être pris à des heures précises fixées par l'astrologie et certains jours de la semaine. Ou encore : en les absorbant le malade doit réciter tel ou tel verset ou telle ou telle prière[26]. L'objet du savoir médical, le corps, ne reflète-t-il pas l'état et la composition de l'univers ? Chaque organe était relié à un des douze astres incarnant les quatre tempéraments en fonction des quatre saisons de l'année[27].

Les conseils d'hygiène présentaient habituellement un caractère religieux ou magique accentué, au point d'être considérés par les croyants

---

24. Cf. La prière du Centurion rappelée dans la messe des chrétiens : « mon Dieu, ne dis qu'une parole et je serai guéri ».

25. Traité anonyme, annexé à l'ouvrage de Fakhr al-Hokamâ va Zobdat al-Attebâ Hâji Mirzâ Musâ Sâveji, *Dastur al-atebbâ fi 'alâj al-vabâ* (Guide des médecins pour le traitement des maladies épidémiques), lithographie, 1269/1852-53, Téhéran, Parlement.

26. Traité de la pharmacopée, PNC 417, Bibliothèque Nationale de St Pétersbourg, fol. 43-55.

27. Traité anonyme de médecine, recensé dans le catalogue sous le titre de *Ketâb-e tebb*, Bibliothèque de l'Institut Oriental, St Pétersbourg, fol. 10-11.

plus ou moins comme des prières, et s'ils étaient habituellement observés en raison de leur efficacité médicale, ils correspondaient quelquefois à des interprétations entièrement religieuses ou magiques. Se frotter la peau au bain, par exemple, servait, en éliminant la saleté, à chasser Satan du corps[28]. Ou encore les sources minérales chaudes qui prenaient leur source dans les Enfers, se voyaient non seulement refuser des effets curatifs mais encore attribuer une influence maléfique sur le corps[29]. Inversement, la saleté était comprise comme un symbole du péché, et la prière comme une opération de propreté, d'où la connotation proprement religieuse de *ghosl*, prendre un bain avant la prière[30].

La question des affections somatiques et psychiques, ou des causes naturelles et surnaturelles de la maladie et de la guérison, était discutée à différents niveaux dans les textes religieux aussi bien que médicaux. Quoique les textes médicaux envisagent de préférence les traitements naturels et physiques, et que les livres de prières proposent des traitements faisant appel au surnaturel pour les maladies somatiques, dans tous les cas, la guérison définitive était reconnue comme par essence d'origine religieuse ou divine, parce que les maladies sont envoyées par Dieu et que leur connaissance véritable échappe finalement aux docteurs. D'où le *hadith* du Cinquième Imâm de la Chi'a, Mohammad Baqer (677-732), selon lequel, si les sourates *Hamd* et *Qol hovallâ*[31] restent sans effet sur la maladie, rien ni personne ne pourront en venir à bout[32] L'auteur de *Meftâh al-shafâ* (La Clé de la guérison), texte probablement recopié en 1848, cite le Prophète disant qu'« à moins d'implorer la guérison du Coran, on ne guérit jamais d'une maladie »[33]. Un autre *hadith* affirme que l'Ange Gabriel a appris au Prophète une prière dont la récitation, répétée soixante dix fois tout en soufflant sur l'eau de pluie recueillie en avril[34], dispense du recours au docteur et élimine toutes les maladies des organes, des veines et des os, et va jusqu'à effacer toutes les maladies enregistrées sur les « tablettes » du destin (*Lawh-e mahfuz*)[35].

Si l'on en croit les livres de prière, la nature divine ou surnaturelle de la guérison était donc considérée comme allant de soi. Comment le

---

28. Eitham Karim, *Resâleh-ye dallâkiyyeh*, fol. 23b.

29. *Ibid.*, fol. 7b.

30. Mohammad b. Majlesi Esfahani, *Hadiqat ol-mottaqin*, (XVIIIe siècle). La date de l'écrit n'est pas mentionnée mais sur le premier folio une annotation indique que « ce livre, l'année 1146/1734, se trouvait entre les mains de Mohammad Ali » (manuscrit persan, Wellcome Trust Library).

31. Coran, Sourate 1.

32. Sâveji, *Ad'iya* (Les prières).

33. Dans son livre des Prières, Sâveji renvoie à un texte, *La Clé de la Guérison* (*Meftâh al-shafâ*), qui est probablement de Mirzâ Mohammad Kâzm b. Mohammad Sâ'eb, copié en 1265/1848, car le contenu se rapproche du genre *Zâd al-Mosâferin* (Viatique) et l'auteur y est surnommé « le plus grand des savants » (*A'zam al-Ulema*)...

34. La pluie tombe en *Nisân*, le premier mois du calendrier hébreu, qui correspond à peu près au mois d'avril.

35. Sâveji, *Ad'iya*.

discours islamique médico-religieux pouvait-il dès lors expliquer les nombreux cas où le croyant malade meurt, en dépit de toutes les prières ? La réponse était que, si l'orant a vraiment la foi, sa prière est certainement exaucée. Cependant, les effets curatifs des prières peuvent être visibles ou non. Dans le premier cas, les malades font directement l'expérience de l'efficacité du traitement magique. Quand la maladie ne semble pas guérie, c'est qu'en réalité le malade n'a pas conscience de la guérison qui pour une raison donnée lui reste cachée[36]. Ce qui illustre la parfaite inscription du discours médico-religieux dans l'ordre social qu'il contribuait à maintenir.

À côté de cette interprétation de type religieux ou magique, il y avait place pour deux interprétations contradictoires de la guérison par la prière. Selon la première qui peut être considérée comme une anticipation de la psychiatrie moderne, le médecin s'efforce de guérir la maladie en faisant appel au mental et en s'appuyant sur les croyances du patient. Avicenne reconnaissait une relation directe entre maladie du corps et problèmes psychiques[37]. La médecine ancienne se réfère constamment à cette relation. Un Ibn Qayyim, par exemple, pensait que la connaissance du cœur et des « esprits circulants » fournit la base des traitements physiques et, de celui qui ne possède pas ce savoir, il disait que, même s'il savait traiter le corps, il ne serait jamais que « médecin à moitié »[38].

Ces théories de la guérison étaient à même de fournir une explication rationnelle des traitements magiques ou religieux des maladies[39]. Le médecin Sâveji, par exemple, abordant les causes psychiques des maladies, tenait que les mouvements des « esprits », le souffle ou les facultés psychiques ont une direction centrifuge ou centripète et se divisent en mouvements soudains ou progressifs. Par exemple, le mouvement centripète rapide détermine peur et panique, le mouvement lent entraîne un état dépressif. Par temps d'épidémie, quand la majorité du peuple est effrayée, les esprits[40] s'introduisent rapidement à l'intérieur du corps et à cause de leur mouvement accéléré, la surface du corps se refroidit, l'intérieur du corps devient chaud et envoie du phlegme bouillant dans le cœur. C'est

---

36. Traité anonyme, *Ad'iya* (prayers), manuscrit persan, A. 159, Institut Oriental, St Pétersbourg, fol. 1.

37. M. Nadjmabadi, *Târikh-e tebb dar Iran* (Histoire de la médecine en Iran), *op.cit.*, p.593.

38. Ibn Qayyim, *op.cit.*, p.108-109.

39. Cette interprétation rationnelle des relations entre le corps et l'âme rappelle tout à fait ce qui se passa dans l'Angleterre du XVIIIe siècle où dans le cas d'un médecin amateur, Dyer, de Bristol, le traitement par l'électricité reposa sur l'idée que le feu était la force motrice de l'univers. « La guérison électrique ranimait les esprits animaux et écartait les obstacles à la vie, au cours d'un processus pouvant être mis en parallèle avec l'éveil spirituel de l'individu par la grâce ». Cf. Jonathan Barry, « Piety and the Patient : Medicine and Religion in 18th Century Bristol », *Patients and Practitioners : Lay Perceptions of Medicine in Pre-industrial Society*, Roy Porter (éd.), Cambridge University Press, 1985, p.145-176.

40. Au sens cartésien d'esprits animaux, particules matérielles en mouvement dans le corps.

pourquoi, quand le choléra éclate, les êtres psychologiquement faibles sont le plus à risque de le contracter[41]. En conséquence, le traitement de fond du choléra est le traitement psychique auquel l'auteur consacre onze pages de son *Dastur al-atebbâ* (Guide des médecins pour le choléra)[42]. Un autre mollah médecin, Astarabadi, aux préoccupations religieuses similaires, souligne de même que la peur est la vraie cause du choléra et sans trop approfondir, conseille aux malades de s'en remettre à la religion[43].

Dans l'Islam chiite, le culte des saints, comme dans l'Europe médiévale, était si répandu que même encore aujourd'hui, dans beaucoup de villages et de villes d'Iran, on trouve des châsses des *Imam-zâdehs* (descendants mâles ou femelles d'un des douze Imams de la shi'a), douées d'un pouvoir miraculeux. De nos jours, un tel pouvoir est même attribué à la châsse de feu l'Imam Khomeini, père de la République islamique, située près de la route qui relie Téhéran à la cité sainte de Qom, environ 150 km au sud de Téhéran. Ces saints jouissent d'un pouvoir de guérison à des degrés divers (fonction de leur niveau de parenté avec les principaux Imams) sur les maladies incurables et constituent encore pour beaucoup de gens le dernier recours quand tous les traitements médicaux ont échoué.

Il est très révélateur que cette fonction de guérison de la religion ou des saints Imams soit discrètement remise en question par un des médecins traditionnels, mais soucieux de modernité, dans la seconde moitié du XIXe siècle, qui écrivit un traité sur la création de l'hôpital (moderne). Malheureusement, nous ne connaissons pas son nom. Bien qu'il se réfère fréquemment à l'éthique religieuse comme critère de la morale professionnelle des docteurs, il attribue la guérison non pas aux sanctuaires, mais à l'hôpital. Dans une phrase qui pourrait être ironique, notre anonyme énonce que l'hôpital est l'endroit où les prières (pour la guérison des maladies) reçoivent l'accueil divin le plus favorable, qui était jusque là une prérogative des sanctuaires des saints Imams ou des Imam-zâdehs. Il explique ensuite rationnellement pourquoi, comment et dans quelles conditions spirituelles, une prière est exaucée. L'argument peut se résumer: au moment de la maladie, le tempérament du corps est corrompu et l'unité ou l'harmonie entre le corps et l'âme perdue. L'âme qui, en période de bonne santé, était immergée dans les plaisirs matériels, met fin à son attachement à la matière corrompue et renforce son lien avec les êtres spirituels et incorporels. Si dans cette situation de purification, un malade se met en

41. Cette explication est tout à fait en concordance avec la part faite, à la même époque, en France, dans la physiopathologie du choléra, à la « peur bleue » qui est restée synonyme du choléra et correspond à la description clinique d'un malade livide, véritable cadavre vivant, par suite de la déshydratation galopante qui fait toute la gravité de la maladie, voir P. Bourdelais et O. Faure, *Une peur bleue. Histoire du choléra en France*, Paris, Payot, 1987.

42. Hâji Mirzâ Musâ Sâveji, *Dastur ol-atebbâ...*, *op.cit.*, p.22-32.

43. Astarabadi, *op.cit.*, fol.5-7.

prière, ses vœux se verront réalisés. Le malade dit sa prière, selon notre auteur, pour bénir ceux qui ont construit l'hôpital (dans le cas précis, l'État), mais aussi pour sa propre guérison. Il faut noter ici la représentation que se fait l'auteur de la prière et de sa fonction à la fois religieuse et médicale, nouvelle dans le discours de l'époque[44]. Autrement dit, l'hôpital dont la fonction reconnue est de traiter les malades en leur assurant confort corporel et matériel, des remèdes et des soins de la part de médecins spécialistes, est finalement conçu comme un simple instrument de l'efficace des prières récitées pour guérir les maladies (*mahall-e ejâbat-e do*).

Le second lien intellectuel entre religion et médecine résidait dans la tentative des érudits musulmans de concilier la religion avec le savoir d'origine extra-islamique.

Intégration de la médecine grecque

Puisque le Coran était censé couvrir tous les aspects du savoir, il n'était théoriquement pas besoin de sciences. Cette idée fut fermement implantée dans les premiers temps de l'Islam, au Ier siècle de l'Hégire, qui commença en 622 AD, en particulier sous les Omeyyades, organisés selon un système politique régnant dans les régions les moins développées d'Arabie. Cependant, sous les Abbassides, qu'une révolution dans l'est de l'Iran amena au pouvoir, une culture plus cosmopolite l'emporta. Les Abbassides s'inspirèrent, à bien des égards, de la cour sassanide de l'Iran préislamique. Dans ce nouveau contexte, avec les progrès des sciences et des arts se développant dans des parties fort différentes du vaste empire islamique, la référence exclusive des Bédouins arabes au Coran ne pouvait plus se suffire.

Afin de légitimer les différentes branches du savoir humain au sein de la communauté, les sciences furent divisées en *'olum-e avâyel'* (sciences « premières », c'est-à-dire préislamiques) comme la philosophie, les mathématiques, la médecine, la musique..., et *'olum-e avâkher'* (les sciences « ultimes » c'est-à-dire islamiques) comme les *hadith*, la *shari'at* ou loi religieuse, la jurisprudence, le commentaire du Coran, la théologie, etc.[45].

Cette reconnaissance philosophique des sciences était largement sous-tendue par des expériences historiques antérieures. Même avant l'Islam, le Moyen-Orient était un carrefour pour le transfert de savoirs entre Orient et Occident. Envoyés d'ambassade, missionnaires, réfugiés, prisonniers de guerre et marchands ou voyageurs contribuaient tous à la circulation

---

44. Manuscrit anonyme persan, écrit vers 1850, dont le titre au catalogue est *Resâleh dar khosus-e ta'sis-e mariz-khâneh* (Traité sur la fondation de l'hôpital), Téhéran, Bibliothèque du Parlement, n° 550, p. 28-29.

45. Allâmeh Shamsod-Din Mohammad b. Mahmud-e Amoli, *Nafâyes ol-Fonun fi 'arâyes ol-'oyun* (Les branches précieuses de l'apprentissage des sources du savoir) édité par Hâj Mirzâ Abol-Hasan She'râni, Bibliothèque Eslâmieh, 3 vol., Téhéran, 1337/1958, p. i, 16.

des textes[46]. La reconnaissance des religions préislamiques, c'est-à-dire le zoroastrisme, le judaïsme et le christianisme, comme monothéistes et appartenant à la même grande famille spirituelle, pouvait servir de base à la reconnaissance du savoir des sociétés non islamiques.

La médecine était considérée comme une science séculière et non islamique, avec toute l'ambigüité manifeste envers les sciences premières *avâyel* (préislamiques). La voie était donc ouverte à l'opposition religieuse à ces sciences, autorisant sporadiquement une bouffée de fanatisme religieux contre les médecins et les philosophes comme Ebn-e Sinâ, accusés d'apostasie ou d'athéisme (*zandeqa*). Ghazâli (1058-1112) enseignait que l'étude de la science devait être rejetée « parce qu'elle conduit à la perte de la foi en l'origine du monde et de la Création »[47]. Comment, dans ce contexte, la médecine pouvait-elle être admise comme savoir de plein droit et objet légitime d'apprentissage par le croyant ?

La construction du discours médical pouvait cependant contribuer à la réconciliation. Différents aphorismes tissaient une analogie entre l'enfer et la maladie ou entre le paradis et la santé. De même que la religion aide les croyants à éviter l'enfer et à se rapprocher du paradis, de même la médecine élimine la maladie et préserve la santé. Un auteur anonyme déclarait : « les hommes sont sauvés de l'Enfer par la science de la *shari'at* et des maladies par la science médicale »[48]. La solution consistait à associer étroitement religion et médecine. Soit en intégrant les sciences religieuses au cycle d'études médicales : au XVIIIe siècle, selon Aqili, la première des dix qualités morales et scientifiques requises pour un médecin était de posséder la science de la jurisprudence et des *hadith*. Soit en procédant à l'inverse, c'est-à-dire en incorporant le savoir médical à la religion[49]). Cette deuxième solution est représentée par la littérature dite de la Médecine du Prophète (*Tebb al-nabi*), *Tebb al-a'emma* (Médecine des Imams), *Resâleh-ye zahabiyya* (Livre d'Or)[50] et le *Zâd al-mosâferin* (Viatique) ou encore *Ketâb-e enqelâb-e ruh* (Livre de la circulation des esprits dans le corps)[51], où la médecine humorale était associée à des préceptes religieux.

Tous ces ouvrages reposaient en fait sur la théorie humorale ou la médecine grecque. Tous les Dits du Prophète et des Imams étaient compris

---

46. Un ouvrage très utile est Scott L. Montgomery, *Science in Translation : Movements of Knowledge, Through Culture and Time*, Chicago, University of Chicago Press, 2000.

47. Cyril Elgood, *A Medical History of Persia*, p. 352.

48. Traité anonyme sur la médecine, figurant dans le catalogue *Ketâb-e tebb*, Bibliothèque de l'Institut Oriental, St Pétersbourg, fol. 10-11.

49. Aqili, *Kholâsatol-hekmat* (Résumé de médecine), Bombay, 1261/1845, Lithographie, p. 6.

50. Ce livre, attribué à l'Imâm Rezâ, le huitième Imâm des chi'ites, était supposé avoir été écrit autour de 832 AD.

51. *Ketâb-e enqelâb-al ruh fi-al badan va qarâr al-mavâze'*, 996/1588, Bibliothèque de l'Institut Oriental, St Pétersbourg, B 837.

à travers des théories humorales[52]. Par exemple, Ibn Qayyim justifiait le *hadith* du Prophète sur la fièvre en se référant à Galien et Razi[53]. Ailleurs, commentant des *hadiths* du Prophète qui différaient voire se contredisaient, il invalidait ceux selon lesquels Mohammed n'aurait pas cru en la contagion[54].

À l'extrême, il était loisible d'attribuer directement des théories humorales au Prophète et aux saints. Astarabadi, un mollah médecin, admonestait les docteurs qui ne faisaient pas de différence entre tempéraments bilieux, flegmatiques, mélancoliques et sanguins. Il allait jusqu'à soutenir que les écrits de médecins comme Sheikh ol-Ra'is (Ebn-e Sina) s'inspiraient des principes de la médecine édictés par le prophète Édris, et transmis par d'autres prophètes jusqu'à Mohammad qui les avait perfectionnés[55].

Le *hadith* « *al-'elmo 'elmân, 'elmol-abdân va 'elmol-adyân* », (La Science est duelle, science du corps et science de la religion), attribué au Prophète, s'interprétait en fonction de la sensibilité religieuse des docteurs. Habituellement, il servait de preuve que les religieux peuvent légitimement prétendre au savoir médical. Pour certains, le fait que dans ce *hadith*, le terme *badan* (le corps) précède la mention de *din* (la religion), indiquait que le Prophète attribuait plus d'importance au savoir médical qu'à la science religieuse et donnait le pas aux médecins sur les religieux[56].

Avec l'introduction des sciences européennes au cours de la seconde moitié du XIXe siècle, les intellectuels iraniens, coincés entre leur attrait pour la science moderne et l'emprise de leur éducation traditionnelle, tendirent à associer les deux à divers degrés, tout particulièrement dans les domaines de ce qu'on appellerait aujourd'hui les sciences sociales, et bien sûr la médecine. Dans des sciences comme la physique, les mathématiques et l'astronomie, l'association entre modernité et tradition ne revêtit pas la même ampleur qu'en médecine. La différence est sensible quand on compare les manuels de médecine à ceux de physique, mathématiques ou astronomie, écrits pour le cursus de *Darol-fonun*, l'école moderne Polytechnique créée dans la seconde moitié du XIXe siècle[57]. Cependant en médecine ce modèle ne devait guère survivre à l'ancrage croissant dans la microbiologie. En revanche, dans le domaine des huma-

---

52. Ibn Qayyim, *Medicine of the Prophet*, p. 19-20.

53. *Ibid.*, p. 113-116. Sur la contagion dans l'Islam, Lawrence I. Conrad, A Ninth-Century Muslim Scholar's Discussion of Contagion, Lawrence I. Conrad and Dominic Wujastyk (éd.), *Contagion : Perspectives from Pre-Modern Societies*, Ashgate, p. 163-177.

54. *Ibid.*, p. 113-116.

55. Astarabadi, *op. cit.*, fol. 2-3 ; voir aussi l'appendice de ce chapitre.

56. Abu-zin Kahhâl, *Sharâyet-e Jarrâhi* (Les conditions de la chirurgie), 1855, UCLA, Los Angeles, MS. 61 (I), fol. 2.

57. Voir par exemple *Javâherol-hekmat Naseri* (Les joyaux de la médecine), traduction du cours enseigné par le Dr Tholozan, et *Javâherol-tashrih* (Les joyaux de l'anatomie), dû au Dr Mirzâ Ali, formé à la faculté de médecine de Paris et professeur de médecine à *Darol-fonun*, lithographie, 1887, Téhéran, et les *Osul-e 'elm-e fizik* (Fondements de la science et de la physique), écrits par 'Ali-Khan, professeur d'artillerie et de physique à la même école, Téhéran, 1295/1878, lithographie.

nités, la sociologie moderne et les sciences politiques continuèrent à approvisionner la pensée religieuse en explications rationnelles et « scientifiques »[58].

Stratégies institutionnelles

Les aspects institutionnels et non plus seulement intellectuels des relations entre religion et médecine, surtout le contrôle de l'éducation par les religieux, eurent une influence importante sur l'islamisation des sciences *avâyel*.

Comme il ressort des *Nafâyes ol-fonun* (Abrégé des sciences) de Shamsod-din Mohammad b. Mahmud-e Amoli, le curriculum des *madrasa* (écoles) couvrait toutes les sciences, y compris la religion, les mathématiques, les sciences naturelles, la géométrie, la médecine, la musique, l'astronomie, l'histoire, la littérature, la grammaire, la science de l'interprétation du Coran, la science des lettres (*'elm-e horuf*), etc.[59]. La pratique de la médecine par les religieux était chose courante en Iran. Quand un religieux peu instruit ne pouvait pas assurer un traitement médical convenable, il pouvait encore faire un médecin passable (*do'â*) en écrivant sur un morceau de papier une prière pour guérir telle ou telle maladie. Il n'était donc pas surprenant de voir la lecture des livres de médecine parfois systématiquement conseillée aux étudiants en théologie. Sur la couverture d'un manuscrit, *Zobdatol-Qavânin al 'Alâj* (Des règles du traitement), le possesseur le dédiait et le recommandait aux étudiants ès sciences religieuses (*talabeh-ye 'olum-e diniyeh*)[60]. À l'inverse, ceux qui se spécialisaient dans les sciences non religieuses, devaient pourtant étudier aussi les sciences religieuses, à l'exemple du futur docteur Mirzâ Ali, le traducteur des livres des médecins français y compris un ouvrage d'Augustin Grisolle au cours de la seconde moitié du XIXe siècle. L'association des sciences naturelles, des mathématiques et des sciences divines (*'olum-e elâhiyyeh*), au cours du cycle des études supérieures, n'était pas seulement due à une vision du monde influencée par Aristote[61]. Les sciences religieuses dotaient les érudits d'un cadre moral et culturel qui leur permettait d'exercer et d'appliquer leur savoir dans la vie sociale et professionnelle.

---

58. Je pense ici à des érudits modernistes comme le regretté Ali Shariati, considéré comme le père de la Révolution (islamique) de 1979 et à Mehdi Bâzargân, le premier ministre de l'Ayatollâ Khomeini.

59. Shamsod-din Mohammad b. Mahmud-e Amoli, *Nafâyes ol-fonun fi 'arâyesol-'oyun*, Téhéran, 1958.

60. *Zobdatol-Qavânin al 'Alâj*, 1228/1813, UCLA, MS, 21.

61. L'influence d'Aristote ne s'exerça pas seulement par l'intermédiaire de savants classiques comme Avicenne. Il fut aussi étudié directement dans l'original grec, comme dans le cas d'Asghar Hosein b. Gholâm Ghowth qui traduisit en persan en 1801 un traité d'Aristote sous forme de questions et réponses, intitulé *Resâleh-ye mâbâl*, à partir d'une étude comparée du texte grec et de sa traduction arabe (manuscrit de la Wellcome Library, WMS. Per. 121 (E).

Cela s'opérait principalement dans le cadre de la jurisprudence islamique (*feqh*), étudiée par tous les étudiants, y compris les étudiants en médecine, qui traitait de questions non seulement religieuses, mais aussi et surtout sociales, économiques et politiques. Compte tenu de l'islamisation de l'enseignement, toute réforme du système d'instruction devait tenir compte des ressources scientifiques existantes et même en faire usage.

La réforme de la littérature médicale commença sous l'héritier présomptif Abbas-Mirzâ (1789-1833), au début du XIXe siècle, qui encouragea la traduction de textes médicaux fondamentaux du latin et de l'anglais. Les livres de Paracelse furent traduits au moins par trois fois selon trois versions différentes. La première, d'après une version arabe, parut en 1810, due à un auteur anonyme qui l'intitula « La médecine moderne fondée sur la chimie » (*Tebb-e jadid-e kimiyâ'i*)[62]. La seconde, probablement en 1820, de Abdol-sabur Khu'i, prit pour titre « La composition des essences » (*Morakkabât-e jowhariyyeh*). Dans l'introduction, Khu'i expliqua l'efficacité des drogues chimiques et montra les risques de la médecine par les herbes. Il écrivit aussi en 1827 une *Resâleh-ye âbeleh-kubi* (Traité sur la vaccination)[63], traduction du livre du médecin anglais le Dr Cormick, *L'inoculation de la petite vérole et la nécessité d'universaliser son usage*[64]. Une troisième traduction de Paracelse revint en 1836 à Mohammad Ali (Fâni) b. Mollâ Eskandar Shervâni. Elle avait pour titre cette fois « La chimie qui guérit » *(Kimiyâ'-e shafâ)*[65]. Ces ouvrages remettaient en question les fondements mêmes des théories humorales. En même temps, des médicaments fondés sur les extraits (*jowhar*) des herbes entrant dans les remèdes simples ou composés étaient importés et menaçaient le marché local grâce à leur efficacité relative et probablement aussi parce que les Européens qui possédaient des dispensaires ou pratiquaient la médecine en Iran, les distribuaient gratuitement afin de se faire bien voir et de promouvoir leur cause. Par exemple, le Dr Collins, visitant l'Iran en 1895-6, nous informe que le sergent britannique Glover qui vivait dans un village à Abâdeh, au sud de l'Iran, où une station de télégraphe avait été établie, avait ouvert un dispensaire qui contenait plus de trois cent médicaments différents et gagna une véritable réputation locale pour son habileté à arracher les dents[66].

Pour contrer l'introduction des remèdes occidentaux et l'autorisation de leur emploi sur le marché, Mirzâ Mohammad Taqi Shirâzi, médecin

---

62. Anonyme, *Tebb-e jadid-e kimiyâ'i*, traduction d'un texte arabe écrit par Sâleh b. Nasrollâ al-halabi, en 1669. Manuscrit persan, Bibliothèque de l'Institut Oriental, St Pétersbourg, C 1612.

63. 'Abdol-sabur Khu'i, *Ta'limnâmeh yâ Resâleh-ye âbeleh kubi* (Enseignement et traité de la vaccination), lithographie, Tabriz, 1245/1829.

64. Laurence Kotobi, Approche socio-anthropologique de la vaccination: l'exemple iranien. A.M. Moulin éd., *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1995, p.390-408.

65. Mohammad Ali Fâni b. Mollâ Eskandar Shervâni, *Kimiyâ'-e shafâ*, 1252/1836, manuscrit persan, UCLA, MS65.

66. E. Treacher Collins, *In the Kingdom of the Shah*, London, Fisher Unwin, 1896, p.110, 162, 276.

de haut rang à la cour[67], écrivit en arabe un *Traité des essences*. Plus tard, un de ses élèves, Astarâbâdi, dans son *Traité sur le choléra*, écrivit que les essences contenues dans les remèdes introduits par les Européens étaient nocives pour le corps pour deux raisons. D'abord parce qu'elles étaient altérées lors de leur extraction des produits naturels, ensuite parce qu'elles étaient produites sous un climat différent de celui de l'Iran et par conséquent ne convenaient pas au tempérament local[68]. Cependant, Shirâzi, placé en haut de la hiérarchie, et Astarâbâdi, mollah de moindre importance, se trouvaient au contact de médecins ayant reçu une formation moderne, iraniens comme européens. Par exemple Shirâzi participa, aux côtés du médecin français le Docteur Désiré-Joseph Tholozan, au Conseil de Santé créé par ordre du Shah, au début de l'épidémie de choléra de 1860[69].

Mais en dépit des efforts des médecins traditionnels, les nouveaux remèdes continuèrent à circuler sur le marché iranien, en premier lieu parce que l'opposition rencontrée était plus idéologique que scientifique et que le rejet, loin d'être catégorique, était modulable. Il n'est ainsi pas surprenant de voir que, par exemple, tant Shirâzi qu'Astarabadi recommandaient certains remèdes européens comme le sel d'Epsom (*namak-e farangi*), le sel des « Francs » (les Occidentaux), la poudre effervescente, *jush-e shirin* (bicarbonate de sodium) et la quinine[70]. D'un autre côté, l'importation de remèdes nouveaux venus d'Europe, voire leur fabrication en Iran, menaçaient les docteurs locaux et les pharmaciens, d'un point de vue économique. C'est pourquoi les pharmaciens modernes se voyaient habituellement limités à fournir les clients européens ou quelques Iraniens instruits. Les boutiques traditionnelles d'apothicaires (*'attari*) se maintinrent prospères à travers tout le XIXe siècle. Quand, vers la fin du siècle, l'allemand Schwerin, à la tête du département de pharmacie de Dârolfonun, ouvrit une pharmacie de détail à Téhéran, il se heurta à une violente opposition de la part du public[71]. L'influence de la tradition était encore telle qu'en 1939, quand Charles Oberlin, doyen de la Faculté de médecine à l'Université de Téhéran, qui venait de s'ouvrir, inaugura la chaire de pharmacie, le cursus inclut éclectiquement la pharmacopée galénique, la chimie pharmaceutique, l'étude des « simples » aussi bien que la chimie organique, la biochimie, etc.[72]. En même temps que les médicaments, beaucoup d'autres produits tels que tissus, sucre, papier, etc., étaient

67. Auteur de plusieurs traités de médecine, en particulier sur le choléra, la peste et sur la différence entre choléra et cholérine, cf. Hormoz Ebrahimnejad, « Un traité d'épidémiologie de la médecine traditionnelle persane: *Mofarraq ol-heyze va'l-vabâ* de Mirzâ Mohammad-Taqi Shirâzi (ca. 1800-1873) », *Studia Iranica*, 1998, 27, p. 83-107.

68. Astarâbâdi, *op.cit.*, fol. 3.

69. Mohammad Râzi Kani Fakhrol-atebbâ, *Meftâh ol-amân* (La Clé de la sécurité), 1279/1862-63, manuscrit persan, Bibliothèque Nationale, Téhéran, p. 3.

70. Cf. *Safineh-ye Nuh* (L'Arche de Noé), fol. 7.

71. Sâdeq Sajjâdi, « Drugs », *Encyclopedia Iranica*, vol. VII, p. 559.

72. *Ibid.*, p. 560.

importés. À la différence des médicaments, la consommation de vêtements importés de Manchester rencontra peu ou pas d'opposition du tout, à cause des liens du remède avec les puissantes institutions de la médecine traditionnelle.

Au milieu du XIXe siècle, nous avons vu que des réformes institutionnelles avaient été entreprises par Mirza Taqi-Khan Amir-Abir, premier ministre réformiste de Naser od-Din-Shah (1848-1896), avec la création de l'école moderne de *Darol-fonun* et d'un hôpital militaire[73]. Dans l'Iran des Qajars, modernisation ne signifiait pas simplement introduction des sciences et des méthodes européennes. Dès ses étapes initiales, elle comportait plus d'aspects nouveaux institutionnels que d'idées neuves. En un sens, elle visait aussi à la renaissance de la science traditionnelle, tombée en décadence. Le Prince Aliqoli-Khan E'tezâdos-saltaneh (1819-1881)[74] fut le premier directeur de Dârol-fonun (Polytechnique) en 1858. Un an plus tard, il fut nommé « ministre des sciences ». C'est pendant sa direction et avec son appui que le premier et aussi le groupe le plus nombreux d'étudiants (42) fut envoyé à Paris. Il prit aussi la responsabilité d'introduire le télégraphe et l'imprimerie (*châp-khâneh*) et publia plusieurs journaux. Comme le Dr Mirzâ Ali le rappelle dans un traité de 1880, le prince E'tezâdos-saltaneh, en tant que ministre chargé des sciences, voulait promouvoir (*ehyâ*) à la fois les sciences anciennes et modernes[75]. E'tezâdos-saltaneh était lui-même un savant qui devait laisser plusieurs ouvrages dont un où il réfutait les principes de l'astrologie ancienne et qualifiait de superstition la coutume de consulter les astres avant d'entreprendre un travail[76].

La combinaison de la tradition et du modernisme se retrouve dans presque tous les ouvrages scientifiques de la période. Dans son livre sur les Éléments de Physique, Ali-Khan, professeur d'artillerie à Dârol-fonun, soulignait que Nâserod-Din-Shah propageait à la fois les sciences anciennes et modernes[77]. En conséquence, la création de l'école moderne signifiait l'introduction des sciences nouvelles au même titre que la réorganisation de l'enseignement traditionnel, sous une forme différente des écoles d'autrefois (*madrasas* ou *maktabs*). La modernisation impliquait la promotion des sciences, sous une forme à la fois moderne, à l'européenne, et traditionnelle, à l'iranienne. C'est pourquoi les médecins traditionnels se voyaient conviés à participer au mouvement. Ils étaient invités à publier leurs idées sur les épidémies et les mesures de prophylaxie. L'un d'eux

---

73. Il est resté dans l'Histoire sous le nom de Amir Kebir, le grand prince (appellation d'un quartier de Téhéran).

74. Mehdi Bâmdâd, *Sarh-e hâl-e rejâl-e Iran* (Biographie des hommes politiques iraniens), vol. 3, p. 442-448.

75. Dr Mirzâ Ali Hamedâni, Préface de la traduction persane de *Amrâz-e asabâni*, (Les maladies nerveuses), d'Augustin Grisolle, lithographie, Téhéran, 1297/1880, p. 4.

76. *Ketâb-e mostatâb-e falakos-sa'âdeh*, lithographie, Téhéran 1862.

77. Ali-Khân, *'Osul-e 'elm-e fizik* (Principes de Physique), lithographie, Téhéran, 1295/1878, Introduction.

écrivit un manifeste pour la création d'un hôpital public moderne. Il plaidait pour la fondation d'un hôpital où les docteurs acquerraient une expérience clinique et conseillait en même temps aux étudiants en médecine de lire les ouvrages classiques comme le Canon d'Avicenne, le *Kâmelossana'a* de Majusi, etc.[78].

Tensions entre l'institution médicale et les religieux

Comme on vient de le voir, du Moyen Âge à la fin du XIXe siècle, le système d'enseignement iranien a reposé sur une vision englobante du savoir et de la science. À l'intérieur de ce système, la majorité des gens instruits, religieux de métier ou non, étudiaient assez la médecine pour être à même de revendiquer une certaine compétence dans le domaine. Râzi (1149-1209), théologien, philosophe et médecin, a incarné ce courant[79]. L'attitude des savants envers la scolastique comme envers la science reflétait d'abord la curiosité. Aiguillonnés par cet intérêt, ils essayèrent, inégalement, d'étudier et de comprendre les sciences modernes quand les contacts avec les pays européens s'accrurent à partir de la fin du XVIIIe siècle. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, se manifeste cette dynamique scientifique éclectique, illustrée par la traduction de l'ouvrage d'Aristote (sur la chaleur et le froid chez l'animal) en 1801, de Paracelse en 1810, de Cormick sur la vaccination en 1820, et de Grisolle, Tholozan et autres (sur l'anatomie pathologique) dans les années 1880 et plus tard. L'introduction de tous ces ouvrages par des médecins qui avaient suivi l'enseignement traditionnel, entraîna une sophistication plus grande du savoir médical et la séparation de la médecine des autres branches du savoir, dont les sciences religieuses (*'olum-e elâhiyeh*) intégrées jusque là par les docteurs.

Concurremment, se poursuivait un mouvement de laïcisation de la science, relâchant la chaîne unissant la médecine à la religion. La dynamique en était triple.

Le chi'isme se constitua comme religion d'État sous les Safavides. En dépit de l'effort de conciliation des sciences *avâyel* avec l'Islam, l'orthodoxie religieuse, à différents moments, déclencha ou activa les hostilités contre les hommes de science. L'émigration des médecins en Inde, sous les Safavides, ne fut pas motivée seulement par des raisons financières ou politiques, mais se fit aussi sous la pression des religieux[80].

---

78. Manuscrit persan anonyme, sans date, écrit vers 1850, Bibliothèque du Parlement, Téhéran, 81 p.

79. Cyril Elgood, *A Medical History of Persia*, *op.cit.*, p.219-220.

80. Sur cette émigration: Nayyer Wasti, « Iranian Physicians in the Indian Sub-Continent, in: *Studies in History of Medicine*, New Delhi, vol.II, n° 4, p.264-283.

Le second facteur de laïcisation fut le patronage des médecins par le pouvoir séculier qui relâcha le contrôle exercé par les ulemas sur la médecine.

Le troisième facteur fut la vernacularisation de la médecine grâce à la traduction des livres de l'arabe en persan. Ce courant commença avec la défaite du califat et se compléta avec la chute de Bagdad en 1256 sous les coups des Mongols. Ceux-ci utilisèrent le persan comme langue officielle. Ces changements politiques accentuèrent la persanisation de la médecine, inaugurée par la compilation représentée par l'Encyclopédie médicale de Gorgâni, rédigée vers 1110. Le dessein de Gorgâni, comme il le déclarait lui-même, était de dépasser le cercle étroit des érudits connaissant l'arabe et d'aider les étudiants en médecine à améliorer leur compréhension et leur pratique de la médecine. Au cours des siècles qui suivirent, l'aspiration à l'amélioration du savoir médical devint un véritable leitmotiv pour presque tous les docteurs qui, en écrivant en persan, visaient à populariser le savoir médical.

La persanisation n'était pas seulement une question de langue; elle comportait aussi des conséquences médicales. Par exemple, le *Thesaurus* ou Trésor de Gorgâni, écrit en persan, est « animé » par des observations physiologiques et pathologiques, dispersées dans le texte, tandis que le Canon d'Avicenne est jugé « de lecture très ennuyeuse »[81]. Vernacularisation signifiait la traduction en persan des termes ou des textes arabes, la multiplication de petits ouvrages et de résumés en persan: après Gorgâni, aucun médecin n'a plus laissé d'ouvrage volumineux comme le *Hawi* (*Continens*) de Râzi ou le *Canon* d'Avicenne. Pendant cette période, quantités de « Résumés » (*Kholaseh*), de manuels du type « Problèmes médicaux fondamentaux » (*Masâyel-Zaruri*) ou Abrégé de notions utiles (*Jâme' ol-Favâyed*) d'Ussofi firent l'objet de copies[82]. La littérature médicale en langue vernaculaire était plus accessible aux laïcs ou aux amateurs, et les dispensait de fréquenter les écoles religieuses pour apprendre l'arabe.

Cependant, le principe coranique du refus de reconnaître l'être humain comme source de savoir, et la persistance de la médecine magico-religieuse à travers les siècles continuaient à impliquer l'intervention continuelle de Dieu et du surnaturel, déboutant les médecins dans leur tentative

---

81. C. Elgood, *op.cit.*, p.218.

82. À elle seule, la Bibliothèque Wellcome possède 29 manuscrits du *Jâme'ol-Favâyed*. et la collection des manuscrits persans médicaux à la bibliothèque de la Faculté de médecine à l'UCLA, Los Angeles, détient 15 copies. Les ouvrages de Râzi ou d'Avicenne ont été beaucoup moins utilisés. Il n'y a qu'une seule copie du Canon d'Avicenne à la bibliothèque de Wellcome, et encore il s'agit d'un résumé de 280 pages. Dans toutes les bibliothèques possédant des manuscrits persans médicaux, se trouvent beaucoup plus de Trésors de Gorgâni en persan que de *Canons* d'Avicenne en arabe. De même, il y a plus de commentaires sur le Canon ou de *Qânuncheh* (petit Canon) que de *Canons* complets. Pour une rapide revue des sources dans ces deux bibliothèques, F. Keshavarz, *An Analytic and Descriptive Catalogue of Persian Manuscripts*, 1985, Wellcome Trust, et L. Richter-Bernburg, *Persian Medical Manuscripts at the University of California*, Los Angeles, Undena Publications, 1978.

de comprendre les forces à l'œuvre dans la nature. Plusieurs siècles d'efforts de la part des savants de l'Islam pour concilier les sciences *avâyel* (préislamiques) avec la religion s'écoulèrent sous la pression de l'idéologie islamique, durcie par moments sous l'influence de facteurs politiques. L'entreprise avait pour but de promouvoir les croyances de l'Islam et non la science. Discutant l'origine du savoir médical au XVIIIe siècle, 'Aqili distinguait deux écoles principales :

– la première tient que le savoir est inspiré par Dieu seul (*elhâmiya*) ; Hippocrate, Galien et les poètes grecs auraient été membres de cette école. 'Aqili, citant les versets coraniques : « *va 'allama âdama al-asmâ' kollahâ thom 'arazahom 'alâ al-malâ'ekat* » (Dieu enseigna les noms de toutes choses à Adam puis les dévoila aux anges), les commente en disant que l'être humain n'est pas capable de comprendre la science médicale sans l'aide de l'inspiration divine[83].

– la seconde école considère que le savoir médical, comme les autres sciences, repose sur l'intelligence humaine. Ses membres, comme Pythagore, sont appelés *estenbâtiya* ; ils considèrent que la science s'acquiert par l'expérience.

En conséquence, durant la période de la scolastique islamique, la médecine, loin de constituer un corpus indépendant avec une dimension matérialiste, resta fondamentalement enracinée dans le raisonnement magique et surnaturel. Or tant que la médecine fondait l'étiologie des maladies sur l'influence des mouvements célestes sur les humeurs, elle restait en bonne harmonie avec la religion pour qui le corps renfermait les secrets de Dieu, dérobés à l'entendement humain. Mais dès lors qu'elle s'aventurait à l'intérieur du corps, elle séparait son objet d'étude de l'univers céleste. L'intervention de la dissection, à la base de la nouvelle médecine, était sacrilège et ne pouvait recevoir l'approbation de la religion. Cependant, comme la religion et la médecine et d'autres branches du savoir faisaient partie du même cadre de pensée, la séparation entre médecine er religion revêtit différentes formes : soit conflit direct comme dans le cas de Shirazi et d'Astarabadi, soit conversion à la médecine moderne, comme dans le cas du Dr Boqrâtol-hokamâ évoqué au début du chapitre, soit amalgame des médecines traditionnelle et nouvelle, qui devint la règle au tournant du siècle.

Ces différents conflits interférèrent dans la littérature médicale de la seconde partie de la période Qajar. Dans le traité écrit pendant l'épidémie de 1892 par Astarâbâdi, médecin animé d'un zèle religieux, on peut repérer à la fois l'antagonisme entre religion et médecine moderne et des traces d'un amalgame éclectique.

Vers la fin du XIXe siècle, la médecine moderne avait pris solidement position dans les institutions, mais sa défaite devant le choléra de 1892 fournit une fois de plus à la religion et à la médecine traditionnelle des

83. Mohammad Hosein b. Mohammad Hâdi Aqili, *Kholâsat al-Hekmat* (Résumé de médecine), écrit en 1782, lithographie 1261/1845, Bombay, fol. 287.

arguments dirigés en général contre le modernisme et les médicaments européens. Les contradictions internes des traités de Kani[84] ou d'Astarabadi comme « L'Arche de Noé » (*Safineh-ye Nuh*) montrent que la problématique théorique et pratique de la médecine moderne était réinvestie par la médecine traditionnelle. Si Astarabadi, par exemple, critiquait la médecine et les remèdes venus d'Europe comme la quinine, responsables, selon lui, de l'émergence de nouvelles maladies, non sans contradictions, dans les lignes qui suivaient, il conseillait la quinine parmi les remèdes à utiliser pour le traitement du choléra. Ailleurs, il utilisait la terminologie moderne, en particulier le terme de *fisologia* (physiologie) pour parler de la préservation de la santé et celui d'*atologia* (pathologie) pour la prévention de la maladie[85]. Il était tentant d'introduire les concepts galéniques dans la médecine moderne, à la fois pour tenter de la comprendre et pour donner à la médecine traditionnelle un vernis de science moderne que l'auteur appelait « *'elm-e motekaffel* » (science coûteuse)[86]. Astarabadi croyait que la cause des épidémies était le péché, et le choléra une punition ordonnée par Dieu. Une fois l'épidémie survenue, le devoir religieux du croyant consistait avant tout à se soumettre à la volonté de Dieu. En vertu de quoi l'auteur divisait son traité en deux chapitres. Le premier, (La prière) (*do'â*), était un texte entre le médical et le religieux, où les malades se voyaient recommander des prières spéciales pour les protéger des épidémies. L'autre chapitre était *davâ*, le traitement, subdivisé à son tour en deux chapitres : la préservation (*hefz*) de la santé et la guérison (*raf'*) de la maladie. Dans le dernier chapitre, apparaissait une contradiction avec le premier, celui des prières, dans la mesure où la guérison de la maladie par le docteur interférait avec la volonté divine. La médecine traditionnelle intériorisait donc le conflit entre foi et science.

L'article d'Astarabadi sur le traitement du choléra fournit ainsi une discussion relativement détaillée sur les réactions de la classe gouvernante et des sujets à l'épidémie de 1892 ainsi que sur l'état de la médecine à la fin du XIXe siècle en Iran[87]. Le traité fourmille de faux sens et de contradictions, mais aussi de détails extraordinairement révélateurs sur l'épidémie et les institutions médicales de l'Iran qajar.

Conclusion

Comme les religieux en Iran avaient la charge exclusive de l'instruction, et que, dans le système en place, le cycle d'enseignement comprenait

84. Mohammad Râzi Kani, *Meftâh ol-Amân*, *op.cit.*
85. Astarâbâdi, *op.cit.*, fol.8.
86. Astarâbâdi, *Safineh-ye Nuh*, fol.6 et 8.
87. Voir appendice.

toutes les sciences, les clercs furent les premières catégories sociales à faire connaissance avec la science moderne, introduite en Iran au XIXe siècle. En conséquence, les clercs, dans leurs relations avec la médecine moderne, ne sauraient être comparés aux religieux d'aujourd'hui qui se consacrent plus aux devoirs religieux et n'assurent plus la formation générale. Leur réaction à la médecine moderne n'était pas politique ou idéologique, mais philosophique et intellectuelle. Cela ne veut pas dire que tous les mollahs tendaient à accepter les principes de la science moderne au détriment de leur credo religieux. Au contraire, à cause du lien épistémologique entre religion et tradition médicale, les clercs durent à un moment faire un choix : soit défroquer, soit garder l'habit en renonçant à leurs prétentions au savoir médical.

En guise de conclusion, j'aimerais rapporter une expérience courante dans la République Islamique. Aux yeux de certains hommes politiques, comme le Dr Velâyati, pédiatre et ex-ministre des affaires étrangères, la tentation était grande, en raison de motivations religieuses, de faire revivre la médecine traditionnelle, afin de chercher à réconcilier médecine moderne et religion[88]. Cette tentative de réconciliation, pour les raisons épistémologiques et philosophiques déjà évoquées, amena le gouvernement islamique à rechercher l'aide des sciences modernes pour sauver la médecine traditionnelle. Autrement dit, cette tentative aboutit à injecter des sciences modernes dans la médecine traditionnelle. Maintenant, la médecine traditionnelle, quoique d'exercice moins fréquent que par le passé, a acquis droit de pratique, mais seulement pour des docteurs munis d'un diplôme en bonne et due forme d'une Faculté de médecine où ils ont étudié et pleinement intégré la médecine moderne.

88. Après que les mollahs aient pris en main la Révolution iranienne de 1979, une série de conférences fut organisée où les bénéfices de la médecine médecine traditionnelle « oubliée » furent rediscutés, dont les actes furent publiés sous le titre « *Majmu'eh ye maqâlât-e tebb-e sonnati dar Iran* » (Recueil d'articles sur la médecine traditionnelle en Iran), 1982. Velâyati, aidé par des historiens de la médecine comme Najmâbâdi, a édité des classiques de la médecine traditionnelle comme *Khoffeh-ye Alâ'i* (La botte d'Alâ'i), et un résumé de la *Zakhira-ye Khârazmshâhi* de Gorgâni.

Document
Extrait de *Safineh-ye Nuh* (L'Arche de Noé),

de Seyfod-din 'Ali b. Mohammad-Ja'far Astarabadi
(appelé Astarabadi dans le texte)

Astarabadi est un bon exemple de mollah médecin au savoir composite articulant religion et une forme de modernité médicale. Il dit lui-même dans son ouvrage qu'il a étudié la médecine avec son père et Sâveji, auteur d'une monographie sur la peste et le choléra » puis avec d'autres maîtres à Karbala, la ville sainte des chiites (située en Irak) mais qu'il n'avait aucune pratique. Dans les années 1865-75, au moment des épidémies de choléra, il se rendit à la consultation d'un dignitaire religieux du sanctuaire et put observer les malades et les morts. Il acquit ainsi une expérience dont il fit part dans ses Œuvres choisies (*Montakhebeh*). En cas d'épidémie, il recommande de migrer dans un endroit salubre, et de purifier l'atmosphère et recommande des règles d'hygiène et de diététique, et l'usage de la thériaque (la vraie, celle faite par les Persans).

Au nom de Dieu, le Clément, le Miséricordieux,

[...] Moi, Seyfod-din Ali b. Mohammad Ja'far Astarâbâdi, j'écris pour la communauté des croyants que, pendant les mois de Rajab et Sha'bân de l'année 1262 (juillet-août 1846), vers la fin du règne du Sultan Mohammad Shah Qajar[89] [...] un choléra sévère éclata dans la ville de Téhéran. Feu mon père, à Dezâshib de Shemirân[90], fut affecté par la maladie et perdit l'appétit[91], (Il survécut pourtant). Les nouvelles de sa santé sont connues par ses parents[92]. Le prince de Herat[93], Jalâlod-din-Mirzâ, envoya un message : « nous sommes [en son palais] une centaine environ ; si nous sommes sauvés du choléra, nous nous convertirons au chi'isme. » [Mon père] répliqua : « vous pouvez venir et rester près de nous ». (Ce qu'ils firent) et tous restèrent sains et saufs et en conséquence se convertirent au chi'isme. C'est parce que les temps étaient religieux et que les petites gens et les nobles observaient également les principes et les règles de la reli-

89. Régna de 1834 à 1848.

90. Au nord de Téhéran, aux confins des monts Alborz.

91. La perte d'appétit était considérée comme un des symptômes du choléra.

92. L'auteur veut dire que son père, un « vrai croyant », est resté sain et sauf grace à sa force spirituelle.

93. Herat était la plus grande cité à l'ouest de l'Afghanistan, d'où le choléra atteignit l'Iran. Les princes d'Herat étaient habituellement alliés ou vassaux du shah d'Iran, puisque Herat était considéré comme faisant partie du Khorasan, province de l'est de l'Iran.

gion et lui obéissaient [à mon père]. [Cependant] l'épidémie s'intensifiait particulièrement à Dezâshib et plus généralement dans d'autres cités et villages, au point qu'en un seul jour trente-deux personnes moururent à Dezâshib, et Allâh-verdi-Beg, le *muhr-dâr* (garde des sceaux) s'enfuit mais mourut en route. Le dernier shah s'enfuit aussi vers Amâsar[94]. En conséquence, mon père, par compassion, m'emmena faire le [tour du village] et nous récitâmes deux *âyatol-korsi* (sourate de la Chaise) et trois (autres) versets (comme) *rabbanâ akshaq 'annâ al-'azâb annâ mu'menun*[95].

De cette époque à nos jours, soit le dix de Moharram 1310 (4 août 1892), le choléra a éclaté plusieurs fois à Téhéran et dans ses faubourgs, à l'exception de Dezâshib. [C'est parce que] les gens ont depuis longtemps arrêté de pratiquer les principes de la religion et le nombre des vrais croyants a considérablement diminué. L'humble [serviteur] que je suis s'activa à l'extrême et de différentes manières [pour promouvoir la religion] mais je ne vois ou entends rien que doutes et objections [vis-à-vis de la religion]. Quand, cette année, la nouvelle de l'extension du choléra dans le Khorasan nous atteignit, un ami cher me demanda de lui communiquer s'il existait un traitement magique à Dezâshib[96]. Je répliquai que c'était peu vraisemblable. En fait, après deux ou trois mois [de l'épidémie du Khorasan], l'explosion de choléra à Dezâshib fut en fait plus importante encore que dans les autres villages. [Mais à nouveau] je vis les gens persister dans leur entêtement au point d'entendre dire un jour qu'onze cadavres puants gisaient dans la rue et que personne ne s'était soucié d'aller les chercher ! Les gens me demandaient de les conduire à la prière publique. Je rétorquai que la prière consiste avant tout à se repentir et obéir aux principes de la religion. Graduellement ils sortirent de leurs maisons, à l'appel de la prière, mais sous d'autres rapports, persistaient dans leur entêtement. Je les admonestai pour s'être obstinés de la sorte contre la volonté de Dieu [...] et avec d'autres admonestations, je rassemblai quelques personnes et les mis au travail. Je vis que les épiceries et les boutiques étaient fermées. Même le boulanger avait déserté et fermé sa boulangerie. J'attirai le gouverneur hors de chez lui sous le prétexte de la prière. Son Excellence Loqmânol-molk, médecin chef de l'État, était devenu ermite et ne recevait plus personne. Le médecin juif avait fui à Dezâshib. Le gouverneur obtint de lui un engagement écrit que s'il ne traitait pas les gens, il devrait quitter le village. Il se mit alors au travail mais que peut une personne seule ? On n'avait pas confiance en ses traitements, quoiqu'il devint évident plus tard qu'il faisait du bon travail !

Sur ces entrefaites, le Prince Ziyâ'od-din-Mirzâ arriva et implora le traitement de son fils contaminé, disant que le [médecin chef] Loqmânol-molk s'était caché. Je décidai de lui écrire une lettre lui expliquant que

---

94. Environ à 30 km au nord de Téhéran dans la montagne (Cyril Elgood, *A Medical History of Persia*, *op.cit.*, p.494).

95. Ces versets étaient portés sur soi ou récités pour prévenir les maladies ou écarter les dangers.

96. *Afsun-e Dezâshib*, allusion à la force spirituelle qui l'avait sauvé du choléra de 1847.

« nos docteurs ne font pas la différence entre le tempérament bilieux, flegmatique, mélancolique et sanguin, et tuent bien des gens. Vous êtes le principal médecin chef de l'État ». Le « sultan des médecins » (Soltânol-hokamâ)[97] s'est enfui, on ne sait pas où il est, et son travail est maintenant de votre responsabilité, sinon nommez Mirzâ Asadolla Kâshi ou Mirzâ Abdol-Karim[98] aux affaires de Dezâshib'. Comme je savais qu'il n'autoriserait pas l'entrée du courrier, je lui portai la lettre moi-même et m'arrangeai pour pénétrer dans sa maison. Là, je trouvai le messager du gouverneur, venu pour l'emmener à sa maison pour traiter son fils. Je m'en allai donc chez le gouverneur sous prétexte de visiter son fils malade. Pendant que je faisais mes prières, Loqmânol-molk arriva. Je lui dis: « vous n'appréciez pas les mérites de votre médecine. Observez l'histoire du dôme des deux Pyramides (*Gonbad-e haramân*)[99]: ce savoir [la médecine] est l'héritage d'Édris et tous les autres prophètes y ont eu recours jusqu'à ce que le dernier prophète Mohammad le perfectionne. Les livres *Tebbol-nabi*, *Tebbol-a'emmeh* et *Tebbol-rezâ* sont tous disponibles et, en fait, la source des médecins comme Ebn-e Sinâ est la véritable tradition des Prophètes. Autrement aucune personne raisonnable ne risquerait sa vie en prenant des remèdes sans en avoir quelque connaissance. [Il est impossible que la médecine moderne comprenne la nature et les tempéraments des remèdes] ». Il tomba d'accord ! Je dis que les Européens raffinaient le *tabâshir*[100] et en extrayaient l'essence. Même si cette essence provient du bambou naturel, d'abord il s'agit d'une matière altérée [...] qui n'est pas la même que la matière naturelle et nous avons besoin d'un Prophète inspiré par Dieu pour nous enseigner ses qualités. Deuxièmement, à supposer que les Européens aient perfectionné leur expérimentation, qu'ils aient complètement compris les bienfaits et les inconvénients de ces essences, et qu'ils n'entraînent aucun préjudice par la fabrication de ces essences au bénéfice des pays étrangers], comparer le climat et les tempéraments[101] d'Europe et d'Iran est une folie qui entraîne, d'après les enseignements de l'expérience et de la tradition, un péché qui noircit et gâte la raison. Les êtres humains ne comprennent habituellement pas ce qu'ils ne connaissent pas ou le savoir caché des autres[102] [...].

---

97. Titre d'un des médecins de cour, nous ne savons pas de qui il s'agissait.

98. Deux médecins.

99. *Gonbad-e haramân*, littéralement le dôme des deux Pyramides. Deux des pyramides d'Égypte sont plus grandes et plus hautes que les autres, on dit qu'elles furent construites par Édris (ou Hermès, le Prophète de Grèce ou d'Égypte qui enseignait les sciences et protégeait du déluge, de la tornade ou de l'orage). Voir *Loghatname Dehkhoda*, vol. 1 et 15.

100. Il s'agit de « lait de bambou », très utilisé en Perse et dans l'empire ottoman, et dont les Européens faisaient usage, cf. le médecin anglais Patrick Russell, An Account of the Tabasheer, *Philosophical Transactions*, 1790, 80, p. 273-283.

101. *Âb-o-havâ va amzejeh-ye farangestân*.

102. Les Européens sont considérés comme incapables de comprendre le savoir médical local, qualifié de « savoir caché », et leurs remèdes sont inefficaces en raison de la différence de climats et de tempéraments entre l'Iran et l'Europe.

Du point de vue de votre humble serviteur, la plupart des maladies qui surviennent en Iran, comme des formes de fièvre tierce[103], cèdent à la consommation de quinine, de sel d'Epsom[104] et de poudre effervescente[105]. Son Excellence Loqmânol-molk approuva entièrement ce que je dis en présence du gouverneur. Il fut en conséquence résolu que les deux docteurs, nommément Mirzâ Asadollâ Kâshi et Mirzâ Abdol-Karim, iraient immédiatement à Dezâshib. J'insistai pour que (Loqmânol-molk) rende visite au fils du Prince Ziyâod-din-Mirzâ. Il dit qu'il ferait un aller et venue de la maison de l'imam qui conduit la prière du vendredi (*emâm-jom'eh*). Nous attendîmes jusqu'à l'après-midi, mais il ne reparut pas et le fils du Prince mourut. J'envoyai des messagers le chercher, mais personne ne savait où il était. Finalement j'allai moi-même à sa maison et on me dit qu'il était parti pour la ville (Téhéran) et que le lendemain deux médecins viendraient.

Le jour suivant [cependant], quelques jeunes du village moururent à cause du manque de médecins. Je retournai et on me dit qu'il serait de retour au soir. Le jour suivant, tôt le matin, je retournai et trouvai porte close, ce qui impliquait que les membres de la maison étaient tous morts ! Nous recourûmes alors de nouveau au médecin juif jusqu'à la fin de l'épidémie et au retour du Shah (Naserod-din)[106].

Un jour, alors que j'allais aux champs, je tombai sur Mojeddod-dowleh[107] qui m'emmena voir son écurie et là je vis Son Excellence Loqmânol-molk vivant [caché dans l'écurie] ! Il demanda avec insistance à Majdod-dowleh s'il avait remis son rapport au Shah. Après l'avoir laissé là, je demandai à [Majdod-dowleh] de quel rapport [le docteur parlait]. Il devint clair que [le médecin chef] Loqmânol-molk avait écrit au Shah que pendant l'épidémie il avait nommé des docteurs dans chaque village et ville (et leur avait ordonné) de visiter chaque maison ; qu'il avait fourni gratuitement au peuple une quantité considérable de remèdes. Il avait écrit qu'il avait déclenché l'opération, au détriment de son propre confort, et demandé au peuple de prier pour la vie bénie de Sa Majesté. [Dans le rapport], il avait mentionné un certain Mirzâ Abdollâ comme docteur de Dezâshib. Je m'enquis de cette personne, mais ne pus trouver personne répondant à ce nom à Dezâshib, sauf quelqu'un dont le nom était bien Hâji Abdolla mais qui avait émigré il y a plusieurs années dans l'empire ottoman et s'il était encore vivant devait vivre dans une des *'atabât* (cités saintes en Iraq). L'autre était Abdolla le gouverneur[108] qui avait fui au

---

103. Ce mot peut se lire « *nobehâ-ye ghalat* » (fièvres irrégulières ou aberrantes) ou peut-être « *nobeh-ye gheb* » (fièvre tierce).

104. *davây-e farangi* (remède européen). Il s'agit de sulfate de magnésie.

105. Tous ces médicaments étaient importés d'Occident ou étaient fabriqués par les Européens en Iran.

106. Au début de l'épidémie, Naserod-Din-Shah, comme les nobles, s'était enfui de sa capitale Téhéran.

107. Un des employés de la cour.

108. Ce gouverneur est probablement le maire de Dezâshib.

commencement de l'épidémie et qui était mort à Ushân[109]. Je fus surpris qu'ils puissent ainsi mentir au Shah ! Il est certain aujourd'hui que si quelqu'un dit quelque chose contre ce que (les nobles) font ou disent, cela n'atteint pas le Shah. Les docteurs reçoivent un salaire considérable et ne prennent pas la peine de traiter les patients ; ils disparaissent [par temps d'épidémie] et [de cette façon] la science médicale va finir par disparaître. Et les historiens écriront sur le sujet et ce destin sera appelé l'histoire de la décadence après la perfection.

On me dit que malgré mes dires cela ne parviendra jamais aux oreilles du Shah. C'est bien dommage que Dieu ait fait don d'un roi si clément à cette époque d'irreligion. Je ne peux le dire qu'au roi en personne. Comme il ne ressemble pas aux anciens rois qui se déguisaient, pour que le peuple puisse se plaindre à lui directement, et comme cette maladie catastrophique est arrivée dans le pays, j'ai écrit un traité intitulé *Safineh-ye Nuh* (L'Arche de Noé) sur l'élimination du choléra et de la peste, divisé en deux chapitres : les traitements médicaux (*davâ*) et les prières (*do'â*).

109. Ushân (Tappeh) était la résidence d'été favorite de l'aristocratie et des princes Qajar, située sur les contreforts des monts Alborz, au nord de Téhéran.

4

La *fatwâ*, un cadre pour la bioéthique contemporaine

Sandra HOUOT

Instrumentalisée et surmédiatisée, la *fatwâ* est perçue par le grand public comme le cadre d'une activité prescriptive à caractère obligatoire et rétrograde[1]. Outil légal à valeur non légiférante, la *fatwâ* est une opinion ou un avis, une consultation juridique, selon les cas à vocation générale ou à caractère individuel. Mais la sphère privée empiète, à bien des égards, sur la sphère publique et réciproquement, en raison des dimensions psychologique, sociale et politique impliquées. Je propose ici dans une démarche anthropologique de considérer la *fatwâ* comme un lieu privilégié d'exercice de la réflexion éthique pour évaluer les pratiques sociales.

Les *fatwâs* retenues dans ce chapitre sont émises par le *cheikh* syrien Mohammed Sa'id Ramadan al-Bûtî, né en 1929, d'origine kurde et de formation traditionnelle azharite, reçue à la célèbre université du Caire. Il compte parmi les figures intellectuelles les plus marquantes du sunnisme contemporain. Ce clerc se singularise par la portée d'un magistère qui dépasse les cadres institutionnels et nationaux syriens proprement dits. Ayant choisi le *compromis acceptable* avec l'État syrien, à la fin des années 1970, al-Bûtî bénéficie d'une grande latitude pour diffuser un enseignement confessionnel à portée sociologique. Si l'on en croit la diffusion de ses ouvrages par la maison d'édition *Dâr al-fikr*, établie à Beyrouth et Damas, mais dont le centre névralgique se situe à Pittsburgh, ou encore les voyages fréquents qu'à la demande de communautés musulmanes le clerc effectue au Maghreb et en Europe occidentale, le champ présent de sa *da'wa*, sa visibilité personnelle va incontestablement de pair avec une grande diffusion de ses idées.

---

1. Merci au Pr. Souami de m'avoir aidée à rendre pleinement le sens en français d'expressions spécifiques au droit musulman, et au Pr. Bormans pour m'avoir communiqué le texte de l'intervention du *cheikh* Bûtî de la 5e conférence de l'Académie de *fiqh* de Jeddah. On se souvient de la *fatwâ* dirigée contre Salman Rushdie, relative à son ouvrage *Les versets sataniques*.

Depuis janvier 1990, ses consultations sont publiées dans un mensuel médical, *Tabîbuka* (Votre médecin). Diffusée au Machrek comme au Maghreb, cette revue a été fondée en 1956 par le docteur syrien Sabrî al-Kabbânî. Elle rend compte des avancées scientifiques et médicales sous une forme vulgarisée, comme l'atteste le sous-titre de la revue « Magazine scientifique et social de la santé « (*Majalla sihiyya 'ilmiyya ijtima'iyya)*. Cette précision est importante car, dans le cadre de l'émission de ses *fatwâs*, Bûtî fait intervenir les trois enjeux de la bioéthique contemporaine, à savoir la science, la société et la religion.

En répondant aux questions de ses solliciteurs, ce spécialiste de la jurisprudence est amené à évaluer les conduites sociales. La *fatwâ* devient alors instrument de renouvellement de la grille de compréhension du droit musulman *(fiqh)* en ce qu'elle réfléchit les répercussions des mutations sociales : tel est l'objet des considérations qui suivent.

La *fatwâ* : lieu d'une éthique en devenir

Articulant la norme juridique et la normalisation des mœurs, la *fatwâ* qui paraît dans le mensuel *Tabîbuka* rend compte du singulier comme du collectif, du profane comme du religieux. Se prononçant sur telle ou telle pratique de l'homme dans le domaine de la biomédecine, elle se situe à la frontière mouvante de la réflexion éthique et de la loi. La *fatwâ* marque une tension entre l'énonciation de principes théoriques régissant des choix pratiques et l'affirmation d'un ensemble de prescriptions concrètes. Retour réflexif sur les valeurs fondamentales, la consultation juridique est la mise en scène de la morale et de l'éthique, dans la mesure où toutes deux traitent « des mœurs, des attitudes humaines et, en particulier, de ce qui règle et justifie les conduites de l'homme, individuellement et collectivement... »[2]. La morale est en rapport avec les phénomènes concrets, des faits, des fonctions sociales et leurs variations au cours de l'histoire, elle s'inscrit dans le relatif :

> « L'éthique, elle, traite alors de ce qui fonde toute morale, des concepts fondamentaux : le bien, le mal, le devoir, l'obligation, et aussi la liberté sans laquelle il n'y aurait que soumission aveugle, passive ou résignée ; elle s'inscrit dans l'universel »[3].

Chez al-Bûtî, l'exercice de la réflexion bioéthique, au demeurant, ne saurait se réduire à l'application de principes transcendant tous les états

2. Georges Balandier, « La demande d'éthique », *Cahiers internationaux de sociologie*, 38, 1990, p.3-10.
3. *Op.cit.*, p.4.

culturels vécus. « Elle est le traitement judicatoire et normatif des actes humains [...], autrement dit une éthique à se faire »[4]. C'est ainsi que s'élabore, dans une tension entre un idéal des valeurs et une réalité des pratiques, la recherche dynamique des normes du vivant, avec des tâtonnements, des variations, des repositionnements.

Les demandes de *fatwâs* formulées par les individus se situent pour la plupart en amont du religieux, dans la mesure où elles correspondent à une quête de sens existentiel. S'exprimant sur les progrès scientifiques récents et les techniques scientifiques nouvelles, al-Bûtî s'interroge sur leur retentissement sur la connaissance ainsi que sur les modifications qu'ils impriment à la représentation que l'homme se fait de son corps, de sa santé, de son avenir personnel et de la qualité du lien social.

La méthode communément utilisée dans la jurisprudence musulmane pour répondre aux questions posées repose sur une démarche inductive. Il m'a semblé déceler une convergence entre le principe général qui définit *l'éthique appliquée*[5] et le mode par lequel l'islam résout les cas particuliers en délivrant des *fatwâs*. Les instruments de la réflexion éthique en Islam sont d'abord les références aux sources scripturaires que sont le Coran, les *hadiths* prophétiques et le consensus de la communauté (l'*ijmâ'*). Si dans la communauté, s'est fait l'accord sur un point, ce dernier devient partie intégrante de la foi, et sa validité ne peut plus être remise en question. La jurisprudence musulmane a, de plus, recours à un instrument auxiliaire, le *qiyâs* ou raisonnement par analogie qui, procédant par extrapolation (*istinbât*) à partir de prescriptions légales du Coran et de la Sunna, permet de résoudre des problèmes nouveaux en faisant usage de solutions utilisées dans le passé.

C'est donc au sein de la méthode juridique traditionnelle que dans un contexte inédit se manifeste le renouvellement des valeurs. Il convient d'adjoindre l'*ijtihâd* ou effort de réflexion personnelle à l'*istislâh*, la recherche de ce qui est correct, salutaire, l'*istihsân*, la poursuite du bien, deux démarches également valorisées par le droit musulman. Ces outils juridiques peuvent amener à légitimer l'emploi du réprouvé (*man'*), en arguant du verset « Dieu n'exige de vous que l'aisé, il n'exige pas de vous le malaisé »[6]. Le cas réel et les contingences de la vie ont donc la capacité de faire jurisprudence. C'est en cela que l'on peut qualifier la démarche du *muftî* d'éthique appliquée, la définition des normes éthiques ayant été formulée préalablement et une fois pour toutes dans la Loi islamique (*al-shari'a*), ainsi que dans les fondements de la jurisprudence islamique (*usûl al-fiqh*). Le *muftî* travaille au contact des enjeux et des conflits de

---

4. Pierre Gire, *Éthique et métaphysique : La question du fondement*, conférence donnée au Centre de Bioéthique de l'Université Catholique de Lyon, le 9 février 1993.

5. Expression empruntée à Sylvain Auroux, *L'Encyclopédie Philosophique Universelle*, « Éthique », p.871.

6. Sourate II, *La Vache*, verset 189. Toutes mes traductions sont empruntées à Jacques Berque, *Le Coran, essai de traduction*, Paris, Albin Michel, 1995.

valeurs. Il les hiérarchise en recourant à des notions propres à la jurisprudence islamique, mais dont la portée en fait outrepasse la sphère culturelle musulmane.

Les prémisses de la bioéthique islamique

En ce qui concerne le corps et la médecine, c'est une réflexion véritablement bioéthique, au sens actuel de réflexions éthiques sur le vivant, qui est observable à travers la *fatwâ*. Celle-ci est par définition une recherche d'essence pragmatique, qui tend à orienter l'action de la société et à retrouver en son sein un consensus à la fois éthique, légal et social. La *fatwâ* illustre la gestion du savoir scientifique par le religieux, avec force arguments développés dans le cadre de la jurisprudence islamique. L'autorité reconnue à cette jurisprudence s'est traduite ces dernières années par la multiplication de conférences éthiques et la mise en place d'organes exécutifs. En janvier 1981, la Conférence de Koweit a inauguré une série de réunions sur l'éthique islamique. Lors de cette assemblée, a été promulgué, parallèlement à la création de l'Organisation internationale de médecine islamique, le Code islamique d'éthique médicale. Les thèmes abordés sont très variés: insémination artificielle, avortement, transplantation d'organes, relation médecin/patient, euthanasie, suicide. Deux comités éthiques permanents sont installés en Arabie saoudite: l'Académie internationale de jurisprudence islamique (Majma' al-fiqh al-islāmī al-duwalî), créée en 1983 à Jeddah par la ligue islamique mondiale et l'Académie de jurisprudence à La Mecque, dépendante de la Ligue islamique mondiale (Rābitat al-'âlam al-islāmī).

A été créé également un Comité permanent des recherches islamiques, installé en Arabie saoudite, qui prononce annuellement des décisions qui font référence en matière d'éthique médicale. Le progrès scientifique est ainsi constamment réévalué au regard de la somme morale de l'islam, comme le confirme le propos d'al-Bûtî:

> « À n'en pas douter, l'évolution des sciences introduit chaque jour son lot quotidien d'éléments novateurs, confirmant ainsi les preuves de l'exactitude (*diqqa*) des principes inhérents à l'islam, dans nombre de domaines intéressant l'humanité dans la diversité de ses aspects sociaux »[7].

La science biomédicale d'aujourd'hui interpelle les religieux dans la mesure où elle engage le devenir de l'homme et de sa communauté. Le médecin est reconnu comme détenteur d'un savoir légitime. Toutefois, les

7. Sa'îd Ramadân al-Bûtî, *Tahdîd al-nasl*, La limitation des naissances, Introduction à la 4e édition, 1988, Maktabat al-Fârâbî, Damas, p.5.

ulémas qui détiennent le pouvoir religieux sont aussi sensibles à l'art et au savoir du médecin comme un mode possible de régulation sociale, à travers la bonne moralité du praticien. Ce dernier est finalement considéré comme un auxiliaire du religieux : si ses compétences diagnostiques et thérapeutiques constituent son savoir propre, c'est sa bonne moralité qui en est le ressort.

La réflexion dans le cadre de la *fatwâ* s'articule autour du principe de droit désigné par *al-maslaha*, l'intérêt public ou le bien-être. Ce principe, entendu au sens du philosophe Ghazâlî (1058/1111), repris par al-Bûtî, est un principe fondamental qui subordonne la solution de problèmes d'ordre général à une fin qui est l'accroissement du bien-être humain, en accord avec les objectifs (*maqâsid*) de la *shari'a*. Le but ultime est avant tout de veiller à la sauvegarde des cinq nécessités vitales (*al-darûrat al-khamsa*), à savoir la religion (*al-dîn*), la vie (*al-nafs*), la raison (*al-'aql*), la procréation (*al-nasl*) et les biens matériels (*al-mâl*)[8]. Outre les nécessités, l'intérêt public recouvre deux catégories : les besoins (*al-hajiyât*) et les embellissements (*al-tahsînât*).

La *shari'a* est à comprendre ici comme un ordre à la fois naturel et transcendant. La dimension transcendante « exprime la limite que la volonté humaine ne devrait pas dépasser, et dont la transgression compromettrait l'ordre des choses... »[9]. Tenant sa force impérative de la volonté de Dieu, la Loi montre la finitude de l'homme en ce qu'il est créature (*makhlûq*) et serviteur (*'abd*) de Dieu. De son côté et fort du dépôt *(al-amâna)* dont Dieu l'a chargé, ce dernier est responsable de l'existence ici-bas, conformément à l'assertion divine qui « (vous) commande de restituer les dépôts à leurs ayants-droits »[10]. C'est ici qu'intervient la question de la dignité (*al-karâma*) humaine. Entendue comme un corollaire anthropologique de l'éthique référée à la transcendance qu'est la *shari'a*, la notion de dignité agit comme un garde-fou à la dénaturation de la loi : elle opère à la croisée des ordres technique, individuel et social.

L'examen par al-Bûtî des cas portant sur la transplantation, la procréation etc. conduit à s'interroger sur le rapport qu'entretient l'homme avec son corps. En est-il le propriétaire ? Les *ulemas* ont tranché à ce sujet. Un consensus (*ijmâ'*) s'est opéré sur l'idée que l'être humain ne saurait être propriétaire de son corps, il n'en est que le dépositaire temporaire. Au nom de sa responsabilité individuelle et collective (*mas'ûliyat al-fard wa mas'ûliyat al-jamâ'a)*[11], il doit s'employer à préserver cette existence. C'est à ce niveau précis qu'apparaît une tension, sinon une contradiction, entre la sauvegarde du caractère sacré de l'être humain et la possibilité d'une violation pour répondre à une demande sociale.

---

8. Henri Laoust, *La Politique de Ghazâlî*, Paris, Paul Geuthner, 1970, p. 177.
9. Jean-Marc Ferry, « Du droit et de l'éthique à la religion », *Projet*, *195*, 1985, p. 167.
10. Sourate II, *La Vache*, verset 58.
11. Mohammad 'Alî al-Bâr, *Al Mas'ûliyat al-tibbiya wa Akhlâqiya al-tabîb*. La responsabilité médicale et la déontologie du médecin, Jeddah, 1993, p. 99.

La transgression de l'interdit de porter atteinte à l'intégrité du corps est tolérée sous certaines conditions en Islam. La possibilité d'avoir recours à un moyen réprouvé (*jawâz al-tadâwî*) se fonde pour l'essentiel sur le verset qui stipule :

> « (Dieu) ne prohibe pour vous que les chairs mortes, le sang, la viande de porc ou dédiée à un autre que Dieu. Qui en consomme toutefois par nécessité, non par insolence, non plus que par transgression, sur lui point de péché »[12].

Ce verset trouve son sens plénier en relation avec la règle : « les nécessités l'emportent sur les interdits (*al-darûrât tubîhu al-mahzûrât*) ». La sauvegarde d'une vie unique est exaltée, symboliquement assimilée à celle de l'humanité toute entière dans la sourate : « faire vivre une âme c'est comme faire vivre l'humanité entière »[13]. Il s'agit donc d'une priorité majeure, d'un devoir qui s'impose à tous, *fard kifâya*, conformément à ce qu'a rappelé la Conférence de bioéthique au Koweit en avril 1981.

Le registre de l'interdit (*al-muharram)* est à comprendre en relation avec celui de l'impureté (*najâsa*). Le couple antithétique pureté/impureté est à entendre comme « deux faces d'une même réalité... dans un mouvement dialectique simple où chaque notion a besoin de son contraire pour se concevoir dans la réalité »[14]. Alors que dans l'absolu, l'impur comme l'interdit se situent dans le champ de l'illicite, le raisonnement par analogie permet d'inverser l'interdiction en s'appuyant sur le principe de non-contradiction. Il est facile de l'illustrer par l'exemple de la transfusion sanguine qui fit l'objet d'un avis juridique du *cheikh* al-Bûtî en 1996. À la question : la transfusion sanguine (*naql al-dam),* comme le don d'organe (*al tabarru' bi-l-adâ'),* est-elle frappée d'interdit ?, le *muftî* répond : « Tu dois savoir que toute chose, en principe, est permise. Toutefois, tu devras exclure des généralités les interdits, en t'appuyant sur les textes et les preuves (*adilla*) qui attestent légalement leur interdiction. La transfusion sanguine, à l'instar du don d'organe, ne s'accomplit qu'à la suite du consentement des deux parties (le donneur et le receveur) ; aucun texte, aucune preuve ne les interdisent. Ces actes rentrent dans le registre des œuvres de bienfaisance et des actions humaines louables (*hamîda*) que Dieu a ordonnées en disant : "Bien plutôt entraidez-vous à la piété et à vous prémunir"... »[15].

À la suite d'autres juristes, al-Bûtî admet le sang fait partie des tissus qui se régénèrent, à l'instar de la peau et de la moelle. Une fois séparé du corps, il est généralement perçu comme impur. Toutefois cette aversion culturelle retentit peu sur les pratiques de transfusion. Conformément au

---

12. Sourate II, *La Vache*, verset 173.
13. Sourate V, *La Table servie,* verset 32.
14. Cf. Régis Boyer, *Anthropologie du sacré*, Mentha, 1992, p. 35.
15. Sourate V, *La Table servie*, verset 2.

raisonnement par analogie (*al-qiyâs*), la question de la transfusion sanguine est rapprochée de l'interdit relatif à la consommation de vin en cas de déshydratation. L'analogie des cas semblables (*qiyâs al-ashbâh*) permet le rapprochement entre un cas connu sur lequel a été porté un jugement et un autre qui lui ressemble. Ne pas user d'un traitement interdit, mais permis (*ja'iz*) en cas d'urgence, équivaudrait à un homicide à l'égard d'autrui (*qatal li-l nafs*) ou à un abandon qui conduit à une mort assurée (*ilqâ' biha ilâ-l tahluka*)[16]. Cette position est déduite du verset 29 de la sourate IV, *Les femmes*, qui dit: « Ne vous entretuez pas, Dieu vous soit miséricordieux ».

Le choix de la dignité humaine : entre valeur absolue et limitations du consentement

Compris comme appartenance à l'ordre humain, le droit à la dignité entraîne un impératif de respect à l'égard d'autrui. Les réflexions entamées dans les *fatwâs* sur la dissection et le don d'organe *post-mortem* et de vivant à vivant sont révélatrices du questionnement autour de la notion de dignité attachée à l'intégrité corporelle. Il en va ainsi *De la dissection du cadavre,* (*tashrîh al-mayt*) *et de l'usage de ses organes*. En réponse à la question sur le bien-fondé, (*al-shar'iyya*) du don d'un ou de plusieurs organes *post-mortem*, al-Bûtî tient ces propos:

> « La majorité des juristes s'accorde sur le fait que celui qui s'empare d'une pierre précieuse, puis l'avale, est tenu d'en garantir la valeur à son propriétaire. S'il vient à mourir avant l'expiration du délai de garantie, une laparotomie, afin d'extraire la pierre précieuse, sera autorisée (*jâza*), en supposant que le propriétaire exige sa restitution. Un tel acte signifie que pour le Législateur la récupération du bien matériel usurpé (*al-haqq al-'aynî*) prévaut sur le droit à la dignité (*haqq al-karâma*) dont jouit le vivant comme le mort, quand il y a antagonisme. Ce principe démontré, il est clair qu'une dissection effectuée sur un cadavre humain et qui ne contrevient pas au bien général impérieux (*al-maslaha al-darûriya, al-hâjjiya*) du pays ou de la société, est autorisée. Même si cet acte va à l'encontre du droit à la dignité, il manifeste la prévalence du bien commun qui est de rigueur. Il ressortit de pratiques chirurgicales et médicales qui s'attachent entre autres à sauvegarder la vie du malade, en triomphant de maux susceptibles d'affecter son corps. Elles visent, par ailleurs, à élucider un crime par le recours à l'autopsie. Toutefois, ce principe doit observer la règle juridique bien connue: "les nécessités s'évaluent selon leur propre échelle" (*al-darûrât tuqaddaru bi qadrihâ*). Aussi n'est-il pas permis (*lâ*

16. Al-Ya'qûbî, *Shifâ' al-tabârîkh wa-l-adwâ' al-tashrîh wa naql al-a'dâ'*, Remédier aux maux et soigner par la dissection et le don d'organe, Damas, 1986, p.42.

yajûz) d'outrepasser le cadre de la nécessité et du besoin impérieux (*al-hâja al-mâsa*). Si on pouvait se contenter de la dissection animale, on ne serait pas autorisé à l'étendre à l'être humain. Si l'urgence poussait à disséquer cinq cadavres, augmenter leur nombre ne serait pas autorisé. Si l'autopsie partielle (*al-tashrîh al-juz'î*) suffisait à identifier un crime et son auteur, il ne serait pas permis de la généraliser à la totalité du corps.

Quant à l'avantage qu'un être vivant peut retirer d'un cadavre, nous reprenons ici les conclusions de l'Académie des juristes musulmans, réunie à Jedda du 6 au 11 février 1988, lors d'une session dont il fut un des initiateurs: elles mentionnent que la transplantation d'organe de cadavre sur un être vivant est licite, à la condition que la vie ou une fonction vitale en dépendent et qu'il y ait consentement des héritiers du défunt, ou d'une autorité religieuse, au cas où l'identité de ce dernier est ignorée et où il n'a pas de descendants.

Deux observations sont à considérer:

– Le premier point est la mention du don d'organe par le défunt dans son testament, comme c'est le cas dans les sociétés occidentales. Un tel usage dans la *sharî'a* islamique est nul et non avenu, car l'homme en aucun cas ne possède son corps, qu'il soit vivant ou décédé. Dans ce cas, on ne retiendra que le consentement des héritiers, conformément aux droits moraux (*al-huqûq al-ma'nawiyya)*, les seuls à pouvoir être légués, exception faite chez les hanafites. La dignité du mort, en conséquence, relève des droits cités ci-dessus qui sont l'affaire des descendants.

– Le second point concerne la licéité de la transplantation d'un organe prélevé chez une personne décédée. Les cas de figure mentionnés sont conditionnés par l'interdiction de vendre l'organe: en aucun cas et quelle que soit la situation, les organes humains ne peuvent être soumis à la vente. Si le receveur gratifie les héritiers de récompense, sans condition préalable et sans acte de vente, ce geste relève du domaine de l'*ijtihâd* (effort de réflexion personnelle). À mon avis, la rétribution en argent est licite puisque le greffé (celui qui en a tiré avantage, *al-mustafîd*) l'a récompensé de bonne grâce, sans avoir posé de condition préalable, ni fait la moindre allusion à l'acte.

En tout état de cause et du point de vue de la *sharî'a,* rien n'est à signaler quant au don que l'homme fait de son corps, partiellement ou en totalité, étant donné qu'il ne peut faire don de ce qu'il ne possède pas. Et l'homme ne possède pas son corps au point d'en faire don[17].

Analogiquement, la transplantation équivaut dans le *fiqh* musulman à la permission de consommer de la chair de cadavre humain. La tradition a ainsi rapporté un dire du Prophète qui affirme que « fracturer l'os d'un cadavre revient à fracturer celui d'un vivant »[18]. Vivant ou mort, il doit bénéficier du même respect (*ihtirâm*).

---

17. *Tabîbuka*, avis délivré en avril 1990.
18. Tradition rapportée par 'Ayshâ, Mâlek et Abû Dâwud, cf. al-Ya'qûbî, p. 20.

La transplantation est généralement légitimée dans la *sharî'a* par le verset 36 de la sourate *Le voyage nocturne*: « N'imputez à personne ce dont vous n'avez pas connaissance – l'audition, la vue et le cœur – de ces trois-là on est responsable ». La réflexion des juristes musulmans (*fuqaha*) s'est amorcée à partir du statut du fœtus dans le cas où la mère vient à décéder: faut-il ou non l'extraire du ventre de sa mère[19] ? Fort du principe de droit, le *cheikh* al-Bûtî, à la suite de Ya'qûbî, souligne qu'il est préférable d'endurer un mal partiel (*darar khâs*) pour guérir un mal général (*darar 'âmm)*. La dignité d'un mort importe donc moins que le bénéfice retiré en sauvegardant une vie. Cette position est légitimée par un *hadith* qui exhorte le musulman: « Trouve un remède à toute maladie ». Ce dit du Prophète est interprété en ces termes: « Ne négligez aucun moyen susceptible de guérir, même s'il requiert la transplantation d'organe à partir d'un cadavre »[20].

Le hiatus qui transparaît dans le don de mort à vivant est que le corps n'appartient pas légalement à l'homme, il doit être restitué à Dieu. Le testament qui prouve que le donneur a fait don de son corps n'a aucune légitimité, au regard de la *sharî'a*. Pour contourner la difficulté, les jurisconsultes ont donc rattaché le corps à la catégorie des droits moraux (*huqûq ma'nawiya)*, les seuls à pouvoir être légués. Ainsi le don d'organe peut-il être pratiqué, mais avec l'accord des héritiers.

Si une personne vient à décéder en attendant un donneur, la responsabilité en incombe à la société. Deux intérêts sont en jeu: celui du donneur (*al-mutbari')* et celui du receveur (*al-mustafid*, celui qui en tire parti). Le premier ne saurait faire don de ses organes vitaux, un tel acte étant considéré comme un suicide. Il doit, de plus, l'avoir décidé en toute liberté, sans subir de contrainte morale ou de pressions économiques. Le code islamique stipule qu'aucun avantage n'est offert au donneur pauvre[21].

Cette clause touche à la question de la vente d'organe qui est généralement réprouvée. En revanche, le *cheikh* ne condamne pas la simple gratification, dans la mesure où elle ne saurait être perçue comme le prix du sang (*thamân al-dam)*[22] ou comme le prix correspondant à une valeur marchande. Cette position repose sur la valeur symbolique du don/contre don, qui fait intervenir une réciprocité garantissant l'égale dignité du donneur et du receveur[23]. La transplantation affronte « les représentations mécanistes du corps humain réservoir d'organes et celles de l'échange

---

19. Pour une analyse détaillée des quatre écoles juridiques sur la question, al-Ya'qûbî, p.45-77.

20. Vardit Rispler-Chaïm, *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century,* Leiden, Brill, 1993, p.30. L'auteur s'est fondé sur l'ouvrage en arabe de 'Abd al-Rahmân Mohammed Uthmân éd., Sunan al-Tirmizî, 1964, vol.3, p.258.

21. Cette clause a été mise en place pour éviter que la vente d'organe se développe.

22. Cf. *Al-Tashrîh,* p.107-108.

23. Cf. Marcel Mauss « L'Essai sur le don », *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1950 et David Le Breton, « Des dissections aux greffes », *Diogène*, *167,* 1994, p.101-117.

symbolique et matériel entre les membres du corps social, vivants et morts »[24].

Le corporel au soubassement de ces consultations n'a de réalité qu'envisagé simultanément avec la notion de dignité humaine: polysémique, cette dernière est « un attribut du genre humain et d'origine divine ». Le corporel participe ainsi à la fois du caractère intangible de l'être et de la finitude humaine.

Questionné par un fidèle, al-Bûtî explicite « le statut du bénéfice *(intibâ')* que retire le receveur d'un don d'organe de vivant à vivant ou de vivant à mort ».

1. Le transfert d'organe est autorisé suite au consentement du donneur, si l'organe se régénère, comme la peau, le sang, à condition, toutefois, que le donneur soit en pleine possession de ses facultés.

2. Il est permis de tirer bénéfice d'un organe, en l'extrayant d'un corps qui peut être atteint d'une pathologie, pour le transplanter dans un autre corps, à l'instar du prélèvement de cornée.

3. Le prélèvement d'un organe est autorisé si la vie du donneur ne dépend pas de l'existence de cet organe, tel le cœur, ou que son prélèvement n'entraîne pas l'arrêt d'une fonction vitale comme le prélèvement de la cornée. La greffe de rein, pour sa part, se pratique à la suite du diagnostic de deux médecins intègres qui l'ont formulé par écrit, en certifiant que le donneur peut vivre avec un seul rein, sans que cela entraîne un dommage pour des fonctions vitales.

Les conditions qui autorisent tout prélèvement sont au nombre de trois: le donneur doit être consentant et en pleine possession de ses facultés mentales. Si ce n'est pas le cas (exemple de l'enfant ou du trisomique), son tuteur n'est pas autorisé à décider à sa place, car il agit toujours en fonction de l'intérêt préventif (*al-maslaha al-ihtiyâtiyya*). Il ne lui est donc pas permis d'entraîner celui dont il a la garde dans des entreprises dont les conséquences sont incertaines.

4. Le don d'organe de mort à vivant est permis si la vie du receveur en dépend, ou du moins une de ses fonction essentielles.

La permission est conditionnée par l'authentification du décès. La mort cérébrale n'y suffit pas à elle seule, pas plus que l'accord des héritiers. Au cas où il (le décédé) n'a ni parent ni proche, la condition réside dans l'approbation du responsable des affaires musulmanes de ce pays (le *muftî*).

Le don d'organe post-mortem dans un testament est invalide, au regard de la *sharî'a* islamique. Car l'homme, dans ce cas, léguerait ce qu'il ne possède pas en propre. Faire don des biens que l'on ne possède pas à des pauvres n'a aucun sens. Et l'on sait que l'homme ne possède pas ses organes, en partie ou en totalité. Il en va de même pour la vie dont il a été gratifié par Dieu; elle Lui appartient en propre. C'est en cela que le legs figurant dans un testament n'a aucune valeur. Quant aux héritiers, ils

24. Anne Marie Moulin, « La crise de la transplantation d'organes. À la recherche de la "compatibilité culturelle" », *Diogène, 172*, 1995, p.77.

possèdent le droit d'agréer ou de refuser, car l'incision ou l'ablation pratiquées sur les organes du cadavre vont à l'encontre de sa dignité. Elles dépendent alors du droit des héritiers. Aussi ont-ils le choix, dans ce contexte restreint, d'accepter ou de refuser[25].

La question relative à la transplantation d'organes avec prélèvement sur le cadavre pose le délicat problème du diagnostic du décès du donneur. al-Bûtî refuse de considérer les critères neurologiques, à savoir l'abolition des fonctions cérébrales[26]. Le déni de la mort cérébrale (*mawt al-dimâgh)* comme argument légal revient à dissocier la destruction d'un organe, le cerveau, de la mort d'une personne entendue comme la fin biologique. Pour appuyer sa position, le *muftî* recourt au critère de la défaillance cardio-respiratoire, traditionnellement reconnu dans la jurisprudence musulmane et à son signe par excellence, l'arrêt du cœur (*sukûn al-qalb*). Selon lui, la mort cérébrale n'est qu'un signe avant-coureur d'une mort véritable (*al-mawt al-haqîqî),* par opposition à la mort présumée (*al-mawt al-mutawaqq')*. Le *cheikh* al-Bûtî fait une distinction entre certitude expérimentale (*al-yaqîn al-tadrîbî)* et certitude scientifique (*al-yaqîn al-'ilmî*) : la première relève de la compétence médicale, la seconde du ressort divin et, malgré l'assurance de l'irréversibilité du processus de mort donnée par les techniques modernes, ne prend en compte que le seul arrêt des seules fonctions respiratoires et cardiaques[27].

Al-Bûtî ne saurait remettre en question la transplantation d'organes de mort à vivant en cas de nécessité impérieuse. Il soulève toutefois la question des précautions (*ihtiyât*) morales qui entourent cette opération. La profession médicale est invitée à prévenir toute entorse à la dignité du mort, qui est habituellement indissociable de l'intégrité corporelle, en rappelant que la greffe d'organe de mort à vivant n'est pas seulement l'expression d'une relation interpersonnelle, mais celle d'une éthique sociale. Elle manifeste le don, la solidarité des membres de la Communauté.

La portée du terme dignité, à travers les deux *fatwâ*s qui viennent d'être évoquées, est donc variable. L'exigence absolue du consentement a ses limitations. Dans une volonté de protéger l'homme et le système communautaire, un va-et-vient s'opère entre une dignité élevée en valeur absolue et la relativisation de cette dignité. Inconditionnelle, elle l'est pourtant aussi au regard de la réalité sociale, où le religieux est l'un des référents majeurs.

---

25. *Tabîbuka*, novembre 1990.

26. Conformément aux décisions prises à Jeddah, lors des conférences successives de l'Académie de jurisprudence pour l'entente du monde musulman.

27. *Questions de jurisprudence contemporaine* (*Qadâyâ fiqhiyya mu'âsira*), Damas, Maktaba al-Fârâbî, 1994 (5e éd.), p. 128-131.

Les enjeux du contrôle des naissances

L'expression de contrôle des naissances, utilisée ordinairement en français, renvoie à une politique de santé publique. Dans l'univers mental musulman, *Tahdîd al-nasl* relève essentiellement de la sphère privée. Son sens ne se limite pas au contrôle, il s'étend à la limitation ou mieux à la régulation des naissances. Aux côtés de la socialisation, la régulation des naissances contribue à assurer le maintien et la permanence de la communauté. Mais elle est aussi un lieu de tensions, où se nouent de manière inextricable les aspects psychologiques et sociaux, comme l'atteste le contenu de cette *fatwâ* :

> « Le fondement de la légalité du mariage repose sur la procréation (*al 'injâb*) et la perpétuation des générations (*ibqâ' al-nasl*), valeurs sur lesquelles la société doit veiller. Cette obligation (*wujûb*) se manifeste dans le caractère sacré (*hurma*) de la conduite d'une société par le truchement de l'État et de ses prérogatives dans la limitation (*al-tanzîm*) ou la diminution (*al-'iqlâl*) des naissances. Le Législateur (Dieu), dans le même temps, a autorisé les couples à réduire leur fécondité. Cette décision, inhérente au couple, ne doit subir aucune pression extérieure. Il faut, dès lors, que le couple sache que cette pratique est abhorrée (*makrûh*)...
>
> Cette prescription dictée par la *sharî'a* est une garantie (*damâna*) pour assurer une continuité et un accroissement des naissances. Elle est aussi une disposition pour le couple qui, face aux contingences de la vie, est contraint d'interrompre le cycle de procréation pour une durée déterminée. Cette disposition qui concilie le rôle de la société et le désir des individus ne doit échapper à personne. C'est ce à quoi aspire la *sharî'a* islamique »[28].

Pour être entendu dans son sens plein, ce propos doit être replacé dans le contexte syrien de transition démographique. Lors du dernier recensement de 1994, la population syrienne comptait 14 millions d'habitants, alors qu'elle atteignait 4,5 millions en 1960 et 9 millions en 1981. Depuis l'indépendance, la population syrienne a doublé tous les 21 ans. Cette attitude est allée s'intensifiant avec l'exacerbation du conflit qui oppose la Syrie à Israël. Dans le contexte de la décennie 1970, la démographie était perçue comme une arme « dans la guerre menée contre le sionisme que notre jeunesse doit pulvériser sur l'autel de la liberté »[29]. Le taux de croissance naturelle de la population jusqu'en 1986 était annuellement de 3,3 %. Le taux de fécondité était un des plus élevés au monde, atteignant jusqu'à 7,8 enfants par femme.

À ce rythme de croissance quasi-exponentiel, la population devait atteindre 28 millions en 2015, mais en raison d'une diminution brutale de la croissance naturelle, qui s'est amorcée au début des années 1980, le

28. « La régulation des naissances (*al-nasl*) », *Tabîbuka*, juillet 1992.
29. Mohammed Sayf al-Dîn al-Sibâ'î, *op.cit.*, p. 101.

taux de fécondité n'atteint plus aujourd'hui que 5 enfants par femme. Ce revirement est dû à plusieurs facteurs: la crise économique, l'accès à l'éducation, l'évolution des structures familiales influencées de plus en plus par le modèle occidental[30], alors qu'aucune politique anti-nataliste, malgré des déclarations de principe, n'a vraiment été impulsée. Il a fallu attendre 1993 pour que l'État reconnaisse l'acuité du problème, et que ses actions, bien que timides, aillent dans le sens de campagnes de sensibilisation, sous le couvert de l'Association syrienne de planning familial, en particulier avec la diffusion de brochures sur les moyens de contraception. Il faut noter, au demeurant, que l'article prohibant la publicité ainsi que la vente de produits anticonceptionnels, datant du 22 juin 1949, n'a pas été pour autant supprimé[31].

La position du *cheikh* al-Bûtî sur la question n'est pas sans rappeler celle de l'azharite égyptien Shaltût, dans sa *fatwâ* du début des années 1960[32]. Si le contrôle des naissances, dans les années 1960 et 1970, était perçu par une frange des *ulémas* comme le théâtre d'une conspiration occidentale contre le monde musulman, il n'en va plus de même aujourd'hui. Si la *fatwâ* traduite plus haut met en exergue la concurrence entre l'État syrien et l'autorité religieuse pour présider aux destinées de la société, la question de la régulation des naissances ne saurait être, à notre sens, un point de divergence.

Pour comprendre comment al-Bûtî se positionne, à l'instar de nombreux religieux contemporains, il convient de dissocier dans leurs discours ce qu'ils nomment *tahdîd al-nasl* et ce qu'ils nomment par opposition *tanzîm al-nasl*[33]. Bûtî a expliqué sa position lors d'une conférence tenue en 1992 à Hamâ sur « le contrôle des naissances et le planning familial » (*tahdîd al-nasl wa tanzîm al-usra*). Il en appelle, avant tout, au droit du couple (*haqq al-zawjayn*): même si cet acte engage l'avenir de la commu-

---

30. Pour comprendre dans son contexte la question de la population syrienne contemporaine, voir les analyses de Youssef Courbage, « Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, 1994, 3, p.725-750, et de Fabrice Ballanche, « Les Alaouites, l'espace et le pouvoir dans la région côtière de Syrie: une intégration nationale ambiguë », thèse, Université de Tours, sous la direction de M. Davie, 2000, 800 p.

31. Cf. *Guide d'utilisation et programmes du planning familial (dalîl isti'mâl wasâ'il tanzîm al-usra)* publié en janvier 1994 à Damas, par le Ministère de la Santé avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et de la Communauté européenne.

32. Cf. Donahue John and Esposito John, *Islam in Transition: Muslim Perspectives*, New York, 1982.

33. Majallat al-Azhar 29 (1957-1958), 550-2, cité dans Kate Zebiri, *Mahmûd Shaltût and Islamic Modernism*, Oxford University Press, 1993, p.61-81. Certaines sources et références relatives à notre champ d'étude ont été utilisées par Sakina Boukhaïma, « Avortement, contraception et limitation des naissances en Syrie », *Journal international de bioéthique*, mars-juin 1998, p.95-101. Dans son ouvrage sur *La question de la limitation des naissances*, de 1988, al-Bûtî aurait utilisé le terme de « crime » (*jarîma*) pour déplorer les politiques de contrôle des naissances. La position adoptée par le *cheikh* al-Bûtî, favorable à la limitation des naissances, est explicitée dans *Fiqh al-sîra*, Dâr al- fikr, Beyrouth, 1991 (1re édition 1961), p.307-308, ce qui contredit les conclusions de l'article.

nauté dans son ensemble, le *cheikh* al-Bûtî rappelle que « le principe fondamental (*fitriyya*) du mariage est la procréation. L'individu qui se marie a le devoir de peupler cette terre des créatures qui vénèrent Dieu, autant que faire se peut; de même qu'il doit assumer la mission que Dieu lui a confiée: « C'est lui qui vous a fait croître à partir de la terre et vous la fait mettre en valeur »[34]. Toutefois, cette mission est relativisée par le principe de licence (*rukhsa*) ou « ce que souffle le Législateur en fait d'autorisation aux époux », pour procréer ou ne pas procréer, décider de recourir aux méthodes contraceptives qui sont conditionnées par « l'accord mutuel des deux époux pour arriver à un compromis (*tarakhkhus)* partiel ou entier avec la conjoncture (*al-nâhiyyat al-zamâniyya*). Le moyen utilisé à cette fin est à notifier par un avis médical requérant la présence de deux médecins afin qu'ils corroborent la méthode choisie; celle-ci ne doit entraîner aucune atteinte corporelle (*darar sahî)* ». Le rôle de l'État consiste « à expliquer à tous les couples que toute liberté leur est impartie pour prendre les mesures qu'ils désirent, qu'ils aient ou non l'objectif de procréer ». Al-Bûtî rappelle, par ailleurs, qu'une fraction rigoriste des *ulémas* (*al-mutadiyyîn*) interdit tout moyen visant à bloquer la procréation ou différer la période de la grossesse. Cet acte équivaut, par analogie, au fait d'enterrer vivant (*al-wâdâ)*, par référence à « celle qui est enterrée vivante à la dérobée » (*al-mû'wada al-khafiyya*).

Procréation et limitation des naissances ne sauraient donc relever du contrôle étatique. Il s'agit d'une démarche privée qui appartient au couple seul, même si elle engage l'avenir de la communauté dans son ensemble.

Médicalisation de l'avortement et régulation morale

À propos de l'avortement provoqué, l'éthicien Paul Ladrière note qu'il détient « le statut d'un objet multidimensionnel. Le considérer comme un fait ne suffit pas à satisfaire aux exigences de l'objectivité. Il est aussi, indissociablement, l'expression sociale d'une intention et, comme tel, il est lié à diverses constructions mentales »[35]. À ce titre, en terre d'islam, l'intervention du religieux dans les représentations sociales de l'acte abortif est importante pour étudier les motivations et l'impact de l'acte.

En Syrie, depuis 1949, les articles 527 à 531 du code pénal interdisent tout acte abortif. Les peines prévues dans les articles sont les suivantes:

– Deux mois à deux ans d'emprisonnement additionnés d'une amende de 50 à 250 livres syriennes pour toute incitation à l'avortement ou distribution de produits abortifs.

---

34. Sourate XI, *Hûd*, 61.

35. Paul Ladrière, « La libéralisation de l'avortement », *Revue française de sociologie*, juillet-septembre 1982, *XIII*, 3, p.351.

– Trois mois à trois ans d'emprisonnement pour toute femme qui avorte de quelque manière que ce soit.

– La même peine est prévue pour la personne pratiquant l'avortement, peine commuée à quatre voire sept ans de travaux forcés si la mort survient. Une exception, toutefois, vaut pour l'avortement thérapeutique qui ne doit pas contrevenir à l'article 47 qui régit la profession médicale depuis 1972, où il est stipulé que :

1. L'acte doit être effectué par un gynécologue, en accord avec un second médecin.

2. Un rapport faisant mention de sa nécessité doit être rédigé avant l'acte.

3. Ce rapport, en quatre exemplaires, doit comporter les signatures des médecins, de la patiente, et de son mari ou de son tuteur. L'article 51 de ce même code prévoit la radiation de tout médecin qui contreviendrait à ces dispositions.

Encore aujourd'hui en vigueur, ces articles ne sont pas suivis d'effet dans la pratique. Aussi est-ce dans le contexte d'une inadéquation entre la loi et la réalité de pratiques sociales, que le *cheikh* al-Bûtî donne son avis en 1995, suite à la question d'un solliciteur sur les conditions qui autorisent (*samah*) l'avortement (*ijhâd*) :

> « L'avortement est autorisé, dans la mesure où le couple est consentant, dans un délai ne dépassant pas les six premières semaines, à compter de la date de fécondation. En cas de nécessité (*darûra*), à savoir un danger qui menace la vie de la mère si la grossesse se prolonge, l'avortement est permis (*yajûz*), il est limité temporellement aux trois premiers mois de la grossesse ».

Pour juger de l'acte abortif, al-Bûtî fait intervenir la distinction juridique qui existe entre la « répréhensibilité à caractère licite » (*al-karâha al-tanzîhiyya*) et la « répréhensibilité à caractère illicite » (*al-karâha al-tahrîmiyya*). La distinction permet de laisser toute latitude aux époux pour mettre un terme ou non à une grossesse engagée, jusqu'à la sixième semaine, et pour causes thérapeutiques jusqu'au 120e jour, conformément au contenu du *hadîth* : « Chacun de vous est créé dans le ventre de sa mère : les quarante premiers jours, il se présente sous forme de sperme ; ensuite autant de jours sous forme d'un caillot de sang et autant de jours sous forme d'une masse flasque. C'est alors que l'ange y est envoyé pour y insuffler l'âme »[36]. En d'autres termes, sont différenciés le stade végétatif et celui de l'existence animée, lorsque l'esprit est insufflé.

---

36. Nombreuses sont les traditions et les occurrences coraniques qui abordent la question de la création. *Cf.* Sourates 22, 5/25, 5/23, 12-14/32, 7-9/35, 11/40, 67/75, 36-39. Cf. Sami al-dîb Abu-Sahlieh, *Les Musulmans face aux droits de l'homme, Religion, Droit et Politique*, Bochum, Winkler, 1994, chap. « Avortement et limitation des naissances », p. 42-52.

L'ouvrage d'al-Bûtî *La question de la régulation des naissances*[37] est un plaidoyer en faveur d'une loi positive en accord avec une réalité sociale des pratiques, légitimée par la morale religieuse et la médecine : « Quand l'intérêt de l'humanité se réduit à coucher sur du papier des textes de loi interdisant l'avortement en prônant dans le même temps le contrôle des naissances, quand ces articles de loi sommeillent dans les placards et que les femmes et les médecins coopèrent dans la pratique de l'avortement, à tel point que l'on compte un avortement pour une naissance, dans de telles circonstances, l'apologie de l'humanité et sa défense se transforment en mélopées qui apaisent les âmes en les confinant au rêve »[38]...

Dès lors, se pose le problème du partage entre ce qui doit être régulé par la société et ce qui doit être laissé à la seule préférence individuelle. Le religieux entend disjoindre la méthode anticonceptionnelle, à savoir l'acte préventif *(al-'amal al-wiqâ'î)*, moyen unique de régulation sociale, de l'acte abortif qui relève des moyens thérapeutiques *(al-wasâ'il al-'ilâjiyya)* et dont l'action est curative[39].

Cette question lie étroitement le psychologique et le sociopolitique. Médecins, juristes et jurisconsultes musulmans ont débattu, lors du congrès organisé par le Syndicat des Médecins de la ville de Hamâ', le 7 juillet 1974, sur le thème de » L'avortement à l'articulation de la *sharî'a*, de la médecine et de la loi » (*Nadwâ 'an al-ijhâd bayna-l-sharî'a wa-l-tibb wa-l-qânûn*). Cette rencontre a abouti, en l'espace de trois ans, à la publication de deux ouvrages, l'un de Sa'îd Ramadân al-Bûtî, *Mas'âla tahdîd al-nasl* (La question de la limitation des naissances) et l'autre de Mohammed Sayf al-Dîn al-Sibâ'î, *Al-ijhâd bayna-l-fiqh wa-l-tibb wa-l-qânûn (*L'avortement à la jonction de la jurisprudence islamique, de la médecine et de la loi positive)[40]. À notre connaissance, seul le *cheikh* al-Bûtî a mentionné explicitement cette manifestation. Aucun texte n'a été édité par les instances officielles syriennes. La loi positive, de fait, et au sens ou l'entend le *cheikh* al-Bûtî, doit être orientée par la loi morale dont la religion assoit les principes.

En faveur d'une reformulation légale moralement bonne, l'éthique religieuse appliquée soutient la médicalisation du geste abortif et les prérogatives du corps médical, ainsi que le confirme le passage de cet avis jurisprudentiel délivré par al-Bûtî :

> « [...] La décision est du ressort du médecin, et cela où qu'il se trouve, en faisant abstraction des pressions de la société dans laquelle il vit, qu'il soit musulman ou de toute autre confession »[41].

---

37. *Mas'âla tahdîd al-nasl* (La question de la limitation des naissances), 1988, (1re édition 1976), Maktabat al-Farâbî.

38. *Mas'âla tahdîd al-nasl*, p. 8.

39. Définition donnée dans *Tahdîd al-nasl wa tanzîmuhu* (La régulation des naissances et leur contrôle), discours prononcé lors de la 5e session de l'Académie de *fiqh*, qui s'est tenue à Jeddah en février 1988.

40. Dâr al-Kutub al-'arabiyya, Damas, 1977.

41. *Tabîbuka*, février 1995.

Le corps médical, dépositaire de l'art curatif, est tout d'abord convoqué comme expert. Plus généralement, le médecin est sollicité pour médicaliser un acte abortif qui, malgré son illégalité, est pratiqué couramment, en cabinet privé ou dans les hôpitaux. Même s'ils sont pratiqués dans la semi-clandestinité, les avortements respectent le plus souvent l'échéance des six semaines. Quant aux actes effectués en milieu hospitalier, ils sont déguisés dans les rapports par l'emploi du terme « curetage ». Un avortement provoqué sous anesthésie générale revient environ à 10000 livres syriennes. Sous anesthésie locale, il en coûte 5000 livres syriennes[42].

Outre ses compétences en matière diagnostique et thérapeutique, le médecin devrait être aussi garant de la moralité de l'acte. Ainsi décrite en substance, la posture d'al-Bûtî au sujet de l'activité médicale révèle une double prise en compte : le moment déontologique, soulignant le sérieux du devoir éthique, et le moment téléologique soulignant l'inscription de la visée éthique dans la réalité. En d'autres termes, la déontologie médicale est à entendre comme « une influence morale régulatrice »[43] ; elle trouve son origine dans l'acte de foi personnel du médecin. Le capital scientifique détenu se trouve du même coup converti en crédit moral. La science devient ainsi le support légitime de l'action morale et religieuse des *ulémas* sur la société, en plaçant les praticiens à la charnière d'une pratique proprement médicale et d'une régulation morale des mœurs.

Procréation médicalement assistée et contrôle social des déviances

La réflexion sur la procréation médicalement assistée, dans les académies de jurisprudence islamique s'est amorcée dans la deuxième moitié des années 1980[44]. Cet intérêt s'explique par les enjeux sociaux de techniques où la méconnaissance des limites peut entraîner des dérives. La réflexion entamée par le *cheikh* al-Bûtî sur la biotechnologie de la reproduction s'est amorcée bien avant que le recours à la méthode de fécondation *in vitro* et de ses dérivés ne soit apparu en Syrie, autrement dit au début des années 1990. Ces techniques qui permettent à un couple de combler son désir d'enfant étaient réalisées jusqu'il y a peu dans les cabinets privés, car ce type d'interventions requiert un matériel rare (donc coûteux[45]) voire inexistant

42. Ce qui équivaut approximativement à 300 et 150 euros.

43. Expression empruntée à Auguste Comte, *Système de politique positive*, 1851, p.211.

44. À titre comparatif, le Vatican a fait connaître sa position officielle en 1987 à travers le document : *Instruction sur le respect de la vie humaine et la dignité de la procréation*.

45. L'échelle des prix, à Damas, oscille entre 10000 et 25000 livres syriennes (ce qui équivaut approximativement à 250 et 450 euros).

sur le territoire syrien[46]. Aujourd'hui, des structures hospitalières assurent cette pratique au sein d'unités de fécondation *in vitro*. La réflexion du *cheikh* al-Bûtî, de plus, est à replacer dans le débat éthique universel sur le clivage entre filiation biologique et parenté sociale.

À la question d'un solliciteur qui s'interroge : « l'enfant éprouvette (*tifl al-anâbîb*), fruit du père et de la mère, n'est pas contesté dans le domaine légal, comme nous l'avons lu à plusieurs reprises, si la mère se plaint d'une anomalie utérine qui ne lui permet pas de porter un enfant ou d'être fécondée. L'ovocyte (*buyya*) de la femme est alors fécondé par un spermatozoïde de son conjoint, puis déposé dans l'utérus sain d'une autre femme. Est-ce contraire à la Loi ? », al-Bûtî répond :

> « Je ne peux pas délivrer une *fatwâ* qui autorise l'ovule de la femme à être fécondé avec le spermatozoïde de son conjoint dans un tube, en dehors de l'utérus, puis à être déposé, par la suite, dans l'utérus de l'épouse ou d'une tierce personne, car cette autorisation ouvrirait la voie à moult pratiques qui ne seraient pas régulées par les liens fondateurs de la généalogie. Les conjoints n'ont pas à s'en affranchir, de même qu'ils n'ont pas à prendre de dispositions en ce domaine. Parmi les statuts légaux et connus figure l'obligation de s'opposer (*sadd al-zarâ'i'*) à ce qui pourrait justifier nombre de comportements proscrits »[47].

Le contenu de cet avis montre une réticence envers l'insémination artificielle associée, le cas échéant, à la fécondation *in vitro* et au transfert d'embryon. Dans une conférence sur le thème de la procréation médicalement assistée en 1992 à Hamâ', al-Bûtî explicite sa position :

> « Je ne délivre aucune *fatwâ* concernant la congélation, non plus que pour l'enfant éprouvette, car le climat dans lequel nous vivons ne permet pas d'aborder ouvertement cette question. Si l'on me demande de rendre un avis dans une académie de jurisprudence, dans une revue..., la question ne ressort que du droit personnel (*haqq sharsî*) et du droit des époux (*haqq zawujayn*) ».

Un second avis intéresse la licéité ou l'interdiction de la procréation par recours à l'insémination artificielle.

> « La démarche qui consiste à engendrer en ayant recours à la procréation médicalement assistée est autorisée en situation de nécessité et au sein de liens particuliers tissés entre les époux. On ne détaillera pas davantage ici ce thème »[48].

---

46. Au début des années 1990, l'azote liquide qui permet de conserver du sperme par congélation était indisponible en Syrie, aussi les médecins étaient-ils obligés de se le procurer à l'étranger.

47. *Tabîbuka*, décembre 1996.

48. *Tabîbuka*, avril 1998.

Qu'est-ce à dire ? Tout d'abord, les questions posées par les solliciteurs relèvent de questionnements existentiels situés en amont de la religion. À travers leur demande, ils en appellent à *un ancrage symbolique*. Le *muftî*, de son côté, prodigue des points d'appui, des repères de sens, en sachant que c'est à l'homme, fort de sa culture religieuse, de négocier individuellement, dans le cadre de *maslaha al-nasl* (l'intérêt de la procréation). Ce qui intéresse au premier chef « les liens intergénérationnels qui se tissent et les responsabilités familiales qui en résultent pour les adultes, à l'égard des jeunes, et réciproquement »[49]. À travers ce jeu de questions/réponses se pose le douloureux problème de la stérilité. Source de détresse psychologique, l'infertilité est vécue par les couples comme une cause d'aliénation sociale. Ces paramètres peuvent ainsi expliquer la tolérance finale du clerc syrien à l'égard du recours aux méthodes de procréation médicalement assistée.

La loi qui prévaut pour la majorité est mise à mal dans un cadre qui obéit ici à l'urgence et à la nécessité du couple, à savoir « la peur (*al-khawf*), la crainte (*al-khasiyya*) d'un divorce, avec le diagnostic d'une gynécologue ou d'un gynécologue pieux et consciencieux (*mustâ'min*). Dans ce cas, cet acte est considéré comme un acte chirurgical auquel est contraint le malade », autrement dit l'assistance médicale à la procréation doit répondre à une finalité exclusivement thérapeutique. Seule une *fatwâ* à portée individuelle peut être rendue en pareille circonstance.

> « Les époux en toute conscience ont alors le droit, conformément au droit des époux (*haqq al-zawjayn*), de faire appel à un médecin plus profondément attaché encore aux principes de la loi (*ahdâb al-shar'*). Ce dernier a la possibilité de leur souffler la procédure à suivre. De caractère autorisé (*mubâh*), elle ne doit entraîner aucun préjudice (*darâr*) »[50].

C'est à ce niveau qu'« un pacte de confiance » se dessine entre les époux et le médecin, conformément au devoir de soin (*al-fard al-'ilâjî*). L'épreuve vécue par le couple stérile est ici tout autant prise en compte que l'intérêt général (*al-maslaha al-'âmma*). L'Académie de jurisprudence qui a tenu une session à La Mecque en 1985 a décrété que le désir (*al-hâja*/le besoin) d'enfant d'une femme mariée qui ne peut procréer est légitime. Cette disposition doit être soulignée, car l'accent est mis avant tout sur le désarroi de ne pouvoir enfanter. Dans le cas présent, la jurisprudence islamique traite l'infertilité à l'aune de la nécessité impérieuse (*darûra*) en induisant un contexte d'exception. Lui est donc autorisé tout traitement licite, dont l'opération par insémination artificielle qui consiste à prélever le sperme du conjoint et à le déposer dans l'utérus de son épouse, en recourant à l'insémination intra-conjugale. C'est un acte permis (*jâ'iz*) et légal (*shar'ân*), après qu'ait été déterminé le désir de la femme

49. *Op.cit.*, *Tabîbuka*, avril 1998.
50. Extrait d'une conférence donnée en 1992, *Tifl al-anâbîb*, L'enfant éprouvette.

d'y recourir. L'insémination artificielle n'a de légalité qu'inscrite à l'intérieur du couple (*al-talqîh al-sinâ'î al-dâkhilî*) et à condition que ce dernier ait donné son accord. Elle prévient ainsi « la confusion des descendances (*ikhtilât al-ansâb*) »[51] et le chaos (*al-fawda*), car les relations sexuelles restent circonscrites au sein du mariage légal. L'acte avec donneur de sperme étranger au couple (*sharkhs anbî fî'adûhâ al-tanâsilî*) ne peut être recevable, il est perçu comme une action immorale (*ghayr ikhlâqî*) « qui sème "la confusion dans la filiation" (*fawdât al-nasab*) »[52].

C'est à ce stade que pourrait s'opérer une disjonction (*al-infisâl*) entre les liens de sang et de filiation (*râbita al-abuwa*) considérés comme indissociables (*itihâd*) et assimilés (*indimâj*). Mais si le lien peut être distendu entre la sexualité et la procréation, par rapport à la filiation, l'ordre de la procréation ne saurait être subverti. La filiation doit rester construite sur une logique imitant au plus près la nature. Contrairement à l'Occident où l'« on préfère organiser le secret plutôt que de mettre en péril l'assimilation entre géniteurs et parents »[53], la présomption de paternité est donc ici refusée nettement. Tout d'abord la procréation n'est pas totalement dissociable du rapport sexuel. Même si le lien peut être distendu dans le cadre d'une insémination artificielle intraconjugale par l'absence de relation sexuelle à l'origine de la fécondation, la filiation maternelle, à l'instar de la filiation paternelle, demeure biologique. Est refusée l'insémination artificielle avec donneur, qui contrevient aux règles du droit à la filiation en conduisant à une discordance entre paternité biologique et paternité sociale. L'acte médical, dans ce cas, est assimilé à la fornication (*al-zinâ*) et rapporté à l'entremetteur (*al-dayyût*). Le bouleversement potentiel du lien de filiation suscite cet avis : « L'interdiction des moyens légalement douteux trouve son principe dans la *shari'a* qui oblige à prohiber le recours à ce que l'on nomme aujourd'hui le bébé éprouvette qui ressort de la procréation médicalement assistée, puisque l'usage d'un tel prétexte (*zarâ'i'*) est la porte ouverte à de nombreux interdits dont le plus grave et le plus dangereux est la confusion des origines (*ansâb*) ».

La confusion de la filiation ne saurait se réduire à la seule pratique de l'enfant éprouvette, elle vaut pour toute opération de procréation médicalement assistée, à savoir la fécondation *in vitro* (FIV), le transfert d'embryon (FIVETE) ou la mère de substitution (*al-umm al-hâdina*), toutes ces pratiques étant assimilées les unes aux autres, comme le sous-entendent les propos d'al-Bûtî. Ces opérations sont refusées globalement dans la mesure où le *cheikh* al-Bûtî ne dissocie pas fécondation et gestation. Le lien de la filiation maternelle avec la vie intra-utérine l'emporte indéniablement sur l'origine génétique. La filiation paternelle, en revanche, repose exclusivement sur les données biologiques.

---

51. *Tabîbuka*, septembre 1996.
52. *Op.cit.*, *Tifl al-anâbîb*, L'enfant éprouvette.
53. *Le Monde*, 14-15 mars 1999, Entretien avec Marcela Iacub, p.8.

Conclusion

La restitution de formes contemporaines du débat en matière de bioéthique, à partir du discours d'un *cheikh* sunnite, a donné matière à réflexion sur des thématiques variées. La mise en œuvre d'instruments réflexifs issus du *fiqh* par le *cheikh* Mohammed Sa'id Ramadân al-Bûtî a révélé une démarche qui tient compte d'intérêts en tension perpétuelle, intérêts oscillant entre absolu et finitude.

Évalués à l'aune de leurs implications sociales, les principes éthiques contenus dans les *fatwâs* se présentent comme des critères permettant d'évaluer la légitimité ou l'illégitimité d'une pratique. Ce qui semble conférer un isomorphisme avec un système de droit qui repose lui aussi sur la distinction du licite et de l'illicite. Au demeurant, l'avis juridique qui est un outil de régulation éthique, ne saurait être un véritable cadre de juridiction, en raison de la délicatesse des thèmes traités[54]. Espace d'évaluation, l'avis juridique met en jeu des représentations et des sensibilités culturelles, des jugements et des principes de valeur... Toutes ces données créent le vivier dans lequel puise le musulman pour réaliser ses choix éthiques. On peut ainsi définir la *fatwâ* comme le lieu d'élaboration d'une éthique dynamique, ce qui limite du même coup le formalisme juridique. Cela d'autant plus que la fonction principale du *muftî* est d'éclairer les pratiques de ses coreligionnaires et de leur donner du sens.

Cadre manifeste d'un discours bioéthique moderne, la *fatwâ* n'en est pas moins aussi un instrument légal de la jurisprudence islamique traditionnelle. En l'utilisant pour rendre ses avis, le *muftî* prend part à des préoccupations universellement partagées, suscitées par une inquiétude face à l'innovation technique. L'émission de *fatwâs* participe ainsi au renouvellement de la formulation des problèmes moraux que connaît l'époque contemporaine et à l'essor de la bioéthique.

---

54. Le caractère isomorphe de l'éthique et du droit est développé par François-André Isambert, « La bioéthique à travers ses écrits », *Revue de Métaphysique et de Morale*, 1987, 3, p. 418-419.

5

Au Maghreb, « l'enfant endormi » dans le ventre de sa mère

Joël Colin

Au Maghreb, existe la croyance en « l'enfant endormi dans le ventre de sa mère », le *raged*, le *bou-mergoud*, ainsi qu'il est appelé en arabe dialectal. Selon cette croyance, durant la grossesse, la croissance du fœtus humain peut s'arrêter – on dit alors que l'enfant s'est endormi – puis reprendre ultérieurement, après que l'enfant se soit réveillé. Au Sous marocain, on parle aussi de l'enfant *amexsour*, d'un terme de la langue berbère locale, qui est un passif signifiant « abîmé », « détérioré » et même « malade ». Enfant endormi, enfant malade dans le ventre de sa mère, ces représentations vont de pair avec l'admission de durées de grossesse plus longues que celles communément reconnues par la science médicale moderne. Il s'en faut même parfois de beaucoup puisqu'il est au Maghreb des personnes qui n'admettent pas qu'il puisse y avoir une limite dans le temps à la grossesse, sinon celle décidée par Dieu.

Cette manière de voir les choses illustre un thème cher à l'anthropologie, le thème de la socialisation du corps.

Le corps humain ne reste jamais à l'état de nature. Quand bien même l'homme le voudrait-il, probablement ne le pourrait-il pas, tout simplement parce que son humanité le conduit à une symbolisation qui se manifeste aussi bien dans le langage et dans le rituel que dans sa manière d'appréhender la nature dont fait partie son propre corps. Le corps est un bien naturel, mais ce corps ne fait pas que vivre sur le seul élan qu'impulse son patrimoine génétique. Le comportement corporel qui pourrait être considéré comme naturel, est en fait façonné par la société qui investit le corps, le transforme, y imprime ses valeurs, en fait un support de la culture. La société indique les transformations à lui apporter, ce qu'il convient d'en cacher ou d'en dévoiler. Parfois elle cache sans le dire, à l'image de ces planches anatomiques figurant dans des dictionnaires de jadis et où les parties génitales des femmes et des hommes représentés étaient estompées. Comme la société peut rendre compte du corps, le corps peut lui aussi rendre compte de la société par ses transformations plus ou moins

profondes et durables : circoncision, scarifications, tatouage ou teinture de la peau, taillage des dents, déformation du crâne...

Il en va de la physiologie comme de l'anatomie. La gestation, comme la fécondation ou l'accouchement, se laisse décrire d'un point de vue biologique. La science médicale moderne apporte des réponses aux questions sur l'embryogenèse, le développement du fœtus, la durée du phénomène.

Mais la biologie et la science médicale, pour pertinentes qu'elles soient, ne sont pas aptes, à elles seules, à rendre compte de tous les aspects en jeu dans des phénomènes paraissant naturels au premier abord mais qui, à l'examen, s'inscrivent également dans des contextes psychiques, sociaux et culturels. C'est là que les sciences humaines, à côté de la médecine et de ses différentes spécialités, prennent leur place et observent que le déterminisme biologique s'avère un carcan trop étroit pour l'imagination humaine qui produit des représentations – telle l'enfant endormi – donnant un peu d'espace au jeu social.

Préoccupés de survie tout au long de leur histoire, les hommes et les sociétés n'ont eu de cesse de s'interroger sur la fécondité, de multiplier les rites, les obligations qui permettraient à la fertilité de s'accomplir. Le monde occidental actuel n'est pas en reste lorsqu'il élabore de nouveaux modes de procréation. La médecine moderne permet de connaître, avec chaque jour davantage de précision, le processus de gestation, de la fécondation de l'ovule à l'expulsion du fœtus. Mais ce regard sur la gestation humaine n'est qu'un regard parmi d'autres...

C'est dans cet état d'esprit que l'on peut s'intéresser à la croyance en « l'enfant endormi dans le ventre de sa mère ». Un objet de recherche aussi pointu en apparence s'articule en fait avec les préoccupations essentielles d'une société[1].

Toutes les sociétés éprouvent le besoin de légiférer sur la procréation. Qu'elle soit orale ou écrite, la loi fonde le social en désignant des pères, des fils, des héritiers, en créant des liens de parenté ainsi que les droits et les devoirs qui découlent de le place de chacun. La gestation est cernée par les lois : selon la date de naissance et les durées légales de grossesse admises, on peut présumer le moment de la conception. Ainsi, la filiation paternelle est-elle susceptible d'être établie.

Qu'en est-il en droit musulman ?

Il est intéressant de se pencher sur ce que dit le droit musulman de la durée légale maximale de grossesse. D'abord parce qu'il a permis, dans ses applications, de décider du sort d'un certain nombre de personnes. Mais aussi parce qu'en amont, ce droit est largement fondé sur des usages et que les documents qui le rapportent ont donc non seulement une valeur juridique, mais encore anthropologique.

---

1. Colin Joël, *L'enfant endormi dans le ventre de sa mère, Étude ethnologique et juridique d'une croyance au Maghreb*, Cerjemaf-Presses universitaires de Perpignan, 1998, 384 p., préface de Camille Lacoste-Dujardin.

Les anciens juristes musulmans se sont longuement interrogés sur l'établissement d'une durée maximale légale de grossesse qui, alliée à la présomption de paternité bénéficiant au mari, indiquerait la voie à suivre pour résoudre le problème posé par la naissance d'un enfant dont la mère, au moment de l'accouchement, est veuve ou répudiée: qu'en sera-t-il de la légitimation de l'enfant né dans ces circonstances? La femme accouchée sera-t-elle ou non accusée d'adultère, voire châtiée?

C'est ici que la durée maximale légale de la grossesse intervient pour faire la part des choses et dire ce que sera le sort d'une femme et d'un enfant.

Le droit musulman a admis de longues durées de grossesse. Sur ce point particulier comme dans d'autres domaines, la doctrine juridique fut établie dès les premiers siècles de l'islam. En la matière, elle est caractérisée par la pluralité des opinions: de neuf mois à une durée illimitée en passant par plusieurs valeurs intermédiaires dont certaines – deux ans, quatre ans et cinq ans – sont incontestablement orthodoxes car elles correspondent à des opinions dominantes dans au moins une des écoles reconnues au début du IVe siècle de l'hégire, soit vers l'an 900 de l'ère chrétienne, après que se soit graduellement établi parmi les savants un consensus selon lequel toutes les questions juridiques essentielles avaient été réglées. C'est ce qui fut appelé, selon l'image célèbre, la fermeture de la porte de l'*ijtihâd*, c'est-à-dire la cessation de l'effort intellectuel d'interprétation qui permet la création juridique[2].

Cela passera peut-être pour un paradoxe, mais l'opinion selon laquelle la grossesse ne pouvait durer que neuf mois, n'est revendiquée que par l'école juridique dite « zâhirite », école mineure par le nombre de ses adeptes et depuis longtemps disparue, et qui jamais ne réussit à faire admettre son point de vue à la majorité des musulmans[3]. Au contraire, ce sont les longues durées qui ont prévalu, tant chez les hanéfites que chez les malékites, les chaféïtes et les hanbalites.

Nous nous limiterons à l'examen de la doctrine malékite, car c'est à elle que se réfèrent depuis longtemps la plupart des Maghrébins. Cette école tient son nom d'un juriste de Médine: l'imam Mâlik b. Anas. Mâlik naquit vers l'an 93 de l'hégire, soit en 712 de l'ère chrétienne et mourut en 179/796. On lui doit le *Muwatta'* qui est un recueil de *hadiths*, dires du Prophète Muhammad, et un volumineux ouvrage de droit, la *Mudawwana l-kubrâ,* dont il n'est pas directement l'auteur, mais qui fut écrit par ses disciples, à partir de son enseignement, et qui lui est attribué.

---

2. Cette position théorique de l'islam est en partie contredite par l'histoire. Cet article le montrera plus loin quand seront exposés les choix juridiques concernant la durée de grossesse faits par la Tunisie, l'Algérie et le Maroc, après que ces pays aient accédé à l'indépendance. Plus encore, la réforme du code de statut personnel tunisien de 1956 montre que la porte de l'*ijtihād* est entrouverte.

3. Ibn Hazm al-Andalusi, 384/994-456/1064, le chantre du zahirisme, a exposé la doctrine de son école dans sa *Muhallā*, Le Caire, al-Muniriyya, 1352h, vol. X, p. 315-317.

La *Mudawwana* se présente comme un livre de droit où le disciple, ici Sahnûn, cadi de Kairouan, interroge le maître, Ibn al-Qâsim, juriste égyptien, lequel connut à Médine Mâlik b. Anas. À la même époque, les juristes de l'école hanéfite avaient défini la durée maximale légale de grossesse en se fondant sur un *hadith* attribué à 'Aicha bint Abû Bakr, une épouse du Prophète. Selon eux, 'Aicha avait dit : « L'enfant ne reste pas dans la matrice de sa mère plus de deux ans ». Reprenant cette durée limite du point de vue hanéfite, Sahnûn dans la *Mudawwana* interroge Ibn al-Qâsim et lui demande :

– Qu'advient-il si un homme répudie sa femme et qu'elle accouche plus de deux ans après ? L'enfant est-il oui ou non rattaché à l'époux ?

Et Ibn al-Qâsim de répondre :

– Il l'est, selon le dire de Mâlik, si elle accouche dans les trois, quatre ou cinq ans, et moi-même j'admets le délai de cinq ans. Mâlik disait : « On rattachera au mari l'enfant dont une femme accouche dans les délais semblables à ceux dans lesquels les femmes peuvent accoucher du fait de leur mari »[4].

La réponse à la question de la durée maximale légale de grossesse est donc apportée dès le premier échange sur ce thème et le dialogue entre les deux juristes peut alors se poursuivre afin de préciser certaines modalités. On remarquera que l'argumentation parle des « délais semblables à ceux dans lesquels les femmes peuvent accoucher du fait de leur mari ». Cette phrase est moins sibylline qu'elle en a l'air : elle fait référence à un usage connu à Médine. Il va de soi que ni la *Mudawwana* ni l'école malékite n'ignorent le Coran et la Sunna – ensemble de traditions créées ou approuvées par le Prophète par ses paroles ou ses actes – comme sources matérielles de droit. Il convient cependant d'observer que ce ne sont pas ces sources-là qui sont sollicitées par les malékites pour justifier la doctrine, mais des cas d'espèce attestant d'un usage établi. Dans le domaine médinois, en effet, les exemples ne manquent pas où des opinions favorables à l'admission de grossesses de longue durée s'affirment[5]. Lorsque l'on rapporte à Mâlik les paroles attribuées à 'Aicha et selon lesquelles la grossesse de la femme ne dure pas plus de deux ans, l'imam de Médine s'insurge :

– « Gloire à Dieu ! Qui a pu dire cela ? Vois notre voisine, la femme de Muhammad b. 'Ajlân, elle a porté son enfant quatre années avant d'accoucher ».

De cet enfant, on dira qu'à sa naissance, deux incisives lui étaient déjà poussées. D'un autre enfant, né également après avoir été longtemps

---

4. Mâlik b. Anas, *al-Mudawwana l-Kubrâ*, Beyrouth, Dâr Khâdar et Bagdad, al-Muhannâ Library, s. d., vol. II, p. 442 et 443.

5. Hors des ouvrages de *fiqh*/droit musulman où l'on trouve ces exemples, il existe le cas de Mandhûr b. Zabbân, poète ayant vécu pendant la période charnière antéislamique et islamique. Son histoire est brillamment racontée dans le *Kitâb al-Aghânî, le* Livre des Chants d'Abû l-Faraj al-Isfahânî, analysée et traduite *in extenso* dans Joël Colin, *L'enfant endormi...*, p. 74-77 et p. 283-289.

porté, on remarquera qu'il avait beaucoup de cheveux, d'un autre encore, qu'il riait lors de l'accouchement. Les signes de la naissance sont là qui, interprétés, viennent parfois démontrer l'exceptionnelle maturité du nouveau-né : maturité physiologique de l'enfant qui naît avec un début de dentition ou coiffé d'une chevelure abondante, maturité psychologique de l'enfant qui rit dans des circonstances où les autres enfants ne font entendre que des pleurs et des cris, maturité qui vient accréditer l'idée que ce nouveau-né est conçu depuis longtemps. C'est ainsi que des cas personnels ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de la doctrine. Mâlik b. Anas lui-même était réputé avoir été porté deux ou trois années par sa mère – les textes anciens divergent sur ce point – et il est des savants musulmans pour penser que son propre exemple avait aussi influencé son choix juridique, qui a fini par se cristalliser d'une manière quasiment intangible, par la *Mudawwana*, dans la doctrine malékite.

La pratique judiciaire musulmane malékite peut être illustrée par une *fatwâ* qui est un avis juridique autorisé sur un point de doctrine, délivrée par un mufti[6].

Consignée dans un des plus célèbres recueils maghrébins de *fatwâs*, le *Mi'yâr* de Ahmed al-Wancharīsī, juriste natif de Tlemcen et mort à Fès en 914/1508, elle retrace une histoire survenue pendant le mois de ramadan de l'an 748 de l'Hégire (1340)[7]. Un enfant naquit à Fès et sa mère prétendit qu'il avait été conçu par son mari, lequel avait été porté disparu en 741. Avec l'armée mérinide qui cette année-là fut vaincue, cet homme avait combattu à la bataille de Tarifa, localité du détroit de Gibraltar, face à Tanger. On ne l'avait pas revu depuis cette date, et voilà que sept ans plus tard, son épouse accouchait. Une nouvelle bataille, juridique cette fois, commençait.

La *Mudawwana l-kubrâ* de Mâlik b. Anas, ainsi que nous l'avons vu, fixe une limite de cinq ans à la plus longue durée légale de grossesse. Ce même texte prescrit aussi l'application d'un châtiment – le *hadd*[8] – à la femme qui a eu des relations sexuelles illicites. Ce châtiment pourrait être de cent coups de fouet, voire la lapidation, et dans ce cas, conduire à la mort.

Le juge, embarrassé, et cherchant visiblement à surseoir à l'application de cette peine, était tenu par un texte qui, a priori, s'imposait à lui car contenu dans le livre fondateur de l'école juridique à laquelle il appartenait. Il décida de prendre l'avis de juristes, mais ceux-ci dirent qu'il fallait se conformer à la *Mudawwana* et au délai de cinq ans. Cependant, le juge avait connaissance de l'opinion d'un juriste maghrébin qui vécut

6. L'activité des muftis, qui n'a jamais cessé, contribue à la création du droit et nous fait encore relativiser la théorie musulmane de la fermeture de la porte de l'*ijtihâd*, cf. chapitre de Sandra Houot dans ce volume, traitant des *fatwâs* du Cheikh al-Bûti.

7. Al-Wancharīsī *al-Mi'yâr*, Rabat, Ministère des waqfs et Beyrouth, Dâr al-Gharb al-islâmî, 1981-1983, vol.IV, p.492 et 493.

8. *Hadd*, pluriel *hudûd*, châtiment considéré comme dû à Dieu en sanction de certains actes comme l'adultère, le meurtre, le vol, l'apostasie.

quatre siècles avant lui, Abû l-Hasan al-Qâbisî, lequel considérait comme faible, d'un point de vue juridique, la disposition dans la *Mudawwana* relative à la durée maximale de grossesse. Le juge se rendit alors auprès de 'Abd al-'Azîz al-Qarwî, mufti à Fès et celui-ci lui raconta ce qui était survenu dans leur ville : « Un jour, une femme veuve est arrivée à Fès, lui dit-il, et fit savoir qu'elle était enceinte. Sept années plus tard, elle accoucha d'un enfant dont les gens dirent qu'il ressemblait en tous points au mari décédé. Ce dernier avait laissé d'autres enfants qui reconnurent le nouveau-né pour héritier quand ils virent sa ressemblance avec leur père. Ils furent d'avis de lui donner sa part et n'émirent aucun soupçon à son endroit ».

Le mufti ne remettait pas en cause ces faits et le juge, fort de cette position et de l'opinion d'Abû l-Hasan al-Qâbisî, affilia l'enfant au mari disparu à Tarifa et dispensa sa mère du châtiment.

L'histoire de cette femme de Fès et le jugement qui fut rendu nous apprennent au moins deux choses :

– le problème posé par l'adultère qui peut avoir une solution dans le cadre domestique par l'invocation de l'enfant endormi, nous le retrouvons ici dans le cadre institutionnel du droit musulman et de la justice. Alors qu'il aurait pu s'en tenir à la *Mudawwana*, le juge retient l'idée que la diversité des opinions sur la durée maximale légale de grossesse en droit musulman fait naître un doute et, se référant à un *hadith*, il rappelle ce que le Prophète Muhammad avait dit : *Idra'û l-hudûd bi-l-chubuhât !* Éloignez les châtiments par les doutes !

– cette histoire retrace quelque chose de la réception du droit musulman au Maghreb et de son adaptation au contexte régional. Les études menées à l'époque coloniale montrent en effet que de l'aire culturelle berbère se dégage une nette tendance à admettre des durées de grossesse encore plus longues que celles légalisées à l'époque classique et enregistrées par la *Mudawwana*, voire à ne pas se poser la question de la limite. Notre hypothèse que tend à vérifier la *fatwâ* exposée ci-dessus, est qu'un trait culturel maghrébin s'est intégré dans le droit musulman en entraînant encore l'allongement des durées de grossesse préalablement admises en Orient.

Une autre *fatwâ*, recueillie par al-Wancharīsī, donne à voir les particularités du contexte maghrébin et révèle un nouvel enjeu de la durée de grossesse.

À la mort de son mari, une femme déclara : « Le fœtus que je porte s'est endormi »[9]. Elle tenait encore ces propos quand elle fut demandée en mariage et se maria pourtant. Par des femmes, le second mari fit établir un constat selon lequel son épouse avait ses règles, espérant ainsi prouver qu'elle n'était pas enceinte au moment du mariage. La femme accoucha dans un délai suffisamment long en regard du droit musulman, plus de six mois, pour que l'enfant puisse être affilié au second mari. Cependant,

9. Al-Wancharīsī, *op.cit.*, vol. IV, p. 524.

les déclarations de l'épouse sur le fœtus endormi qu'elle disait porter alimentèrent une controverse : la famille du défunt réclamait l'enfant.

« Pensez-vous que sa déclaration selon laquelle elle était enceinte est en accord avec ce que l'on sait sur les femmes qui portent un enfant endormi en continuant d'avoir leurs règles et que dans ces conditions l'enfant a pour père le premier mari ? », fut-il demandé à al-'Uqbânî, mufti de Tlemcen, dont al-Wancharīsī était un disciple.

Al-'Uqbânî répondit :

« Si jusqu'au moment où a été établi l'acte de mariage, la femme a continué à dire qu'elle était enceinte, le mariage du deuxième homme n'est pas valable et il ne bénéficie donc pas de la présomption de paternité. Dans ce cas, l'enfant est rattaché au premier mari ».

L'exposé de cette *fatwâ* permet de lire les propos tenus par une femme maghrébine de jadis, des propos que rejoignent ceux tenus par des femmes maghrébines aujourd'hui quand elles parlent de l'enfant endormi.

En cette affaire, l'enjeu est fort différent de celui de la *fatwâ* précédente. Là, le problème posé était celui de l'adultère avec ses drames : absence de filiation légitime dans un pays, le Maroc, qui n'admet pas de filiation paternelle naturelle et qui ferait de l'enfant un réprouvé si les faits étaient clairement établis, châtiment que pourrait endurer la mère, honte et déshonneur pour les familles impliquées... Ici, il s'agit toujours de désigner un père, mais il y a l'embarras du choix. Dans cette seconde *fatwâ*, la mère désigne implicitement pour père l'ex-mari décédé, ce que la croyance en l'enfant endormi lui permet de faire, tandis que l'actuel mari revendique l'enfant. Le mufti, dans sa réponse, sans se prononcer explicitement en faveur de la mère, donne raison à celle-ci : ce sont ses déclarations faites avant son remariage qui doivent être prises en compte pour déterminer la filiation de l'enfant.

Intangible, la doctrine malékite le resta jusqu'à la période moderne.

Des dispositions comme celles relatives à la durée de grossesse s'intègrent dans un ensemble juridique que les musulmans nomment « *charî'a* ». La *charî'a*, du point de vue de l'islam, est un ensemble de règles de droit qui sont soit contenues dans le Coran, soit énoncées dans le *hadith*, soit établies par des juristes mais voulues par Dieu. La traduction du terme « *charî'a* » par « loi divine », rend bien compte de la sacralisation d'un ensemble de règles. Si l'intangibilité du droit musulman n'est pas totale – comme nos remarques sur l'*ijtihâd* l'ont laissé entendre – et s'il est admis qu'en dernier ressort ce sont des hommes qui ont écrit les livres de droit – ainsi qu'il en est pour la *Mudawwana* –, l'idée que la loi musulmane est divine concourt néanmoins au conservatisme et l'ensemble législatif concernant la famille musulmane s'est, à travers les siècles, montré particulièrement résistant au changement.

Mais ni le Maghreb ni la terre d'Islam ne sont coupés du monde et, à partir de la seconde moitié du XIXe siècle, le contact de la science religieuse musulmane avec un savoir médical de plus en plus au fait des réalités physiologiques suscita des controverses. Une partie des élites maghré-

bines ne restait pas insensible à la découverte de connaissances nouvelles.

Quand vint le moment des Indépendances, près de douze siècles s'étaient écoulés depuis la formation de l'ancienne école juridique de Médine. La colonisation était passée par la quasi-totalité du monde musulman. Un savoir renouvelé avait gagné les facultés de médecine, de droit et même de théologie: c'est de la plus célèbre université musulmane, al-Azhar au Caire, qu'est issu Muhammad Abû Zahra, juriste contemporain d'obédience hanéfite, qui en termes pondérés en appelait aux nécessaires ajustements. Dans sa biographie de Mâlik b. Anas, il revint sur les circonstances entourant la naissance de l'imam de Médine[10].

À un homme exceptionnel, une naissance exceptionnelle, écrivait en substance le Cheikh Abū Zahra pour expliquer l'attachement des historiographes arabes à rappeler la longue durée pendant laquelle Mâlik aurait été porté par sa mère. Pour autant, Abū Zahra ne prenait plus cette assertion à son compte, pas davantage que les durées de grossesse légalisées par le droit musulman. Il écrivit: « ... Si Mâlik a une opinion juridique qui [...] s'inspire d'informations transmises par des mères ou des propos attribués à certaines femmes d'ancêtres connus pour leur honorabilité, nous, nous ne sommes pas en mesure de faire le même choix ». Abû Zahra choisissait d'opposer aux thèses classiques du droit musulman les connaissances scientifiques auxquelles il adhérait.

Cette manière de voir la grossesse s'est imposée dans les législations nationales aux responsables maghrébins, quelles qu'aient été par ailleurs leurs attitudes vis-à-vis d'autres dispositions du droit (répudiation, polygamie, règles de succession...). La Tunisie, dès l'indépendance en 1956, avait sauté le pas – un an – suivie par le Maroc qui adoptait lui aussi une année, tout en conservant une trace du droit classique par la porte laissée ouverte à des durées plus longues: à compter d'une année après sa répudiation ou le décès de son mari, la femme qui prétend être enceinte peut saisir le juge pour faire reconnaître que son état remonte à l'époque où elle était encore mariée. Le juge, en se reposant sur une expertise médicale, pourra accorder un délai à la femme pour accoucher... L'Algérie, enfin, optait dans son code de la famille (1984) pour une durée maximale de dix mois.

Entrant dans le concert des nations, à côté de références plus ou moins marquées à l'islam, les États maghrébins étaient aussi soucieux de s'inscrire dans la modernité. L'un des prix à payer était l'abandon d'une disposition législative, certes originale et certainement utile, mais ne pouvant plus être admise sans réticence par une partie des populations qui n'aurait pas compris l'existence d'une telle dichotomie entre la physiologie et le droit.

La chronique judiciaire maghrébine, jusqu'à une période récente, fut ainsi peuplée de personnes qui saisissaient leurs tribunaux, invoquant

10. Abû Zahra, *Mâlik*, Le Caire, Maktaba l-anglû l-misriyya, s.d., p. 11 et 12.

l'enfant endormi et les longues durées de grossesse pour justifier et faire aboutir leur action :

– Une femme répudiée déclare être enceinte et obtient du cadi de Sour El-Ghozlane que son ex-mari lui paye une pension de grossesse. Elle n'accouchera que plus de treize mois après la répudiation et le mari répudiateur attaque la décision du cadi devant la Cour d'appel d'Alger (Algérie, 1860).

– Une femme veuve depuis deux ans se remarie et un an plus tard accouche d'un garçon. Le frère du premier mari obtient du cadi que l'enfant soit affilié au défunt (Algérie, 1866)[11].

– Une femme d'Aflou est répudiée en janvier 1913. Elle retourne habiter à la ville voisine de Laghouat et laisse entendre qu'elle est enceinte. Vers la fin de 1916, quatre mois après s'être remariée, elle met au monde un enfant. Quand son premier mari décède en 1929, elle tente une action en justice pour que lui soit reconnue la paternité de son fils : le défunt était riche, et la captation d'un héritage ne semble pas étrangère aux préoccupations de cette femme (Algérie, 1929)[12].

– Un tribunal coutumier berbère au Moyen Atlas examine la demande d'un homme qui a divorcé de son épouse en 1927. Celle-ci, après s'être remariée quatre fois, a mis au monde un enfant. La femme et son dernier époux disent avoir conçu l'enfant ensemble, mais n'obtiendront pas gain de cause : après de longs débats et de nombreuses prestations de serments, le tribunal coutumier affiliera l'enfant au demandeur, celui-là même qui n'était plus marié avec la femme accouchée, depuis au moins sept ans (Maroc, 1935)[13].

Ces situations, aux apparences parfois extravagantes, où la sincérité et le mensonge peuvent avoir leur place, sont parvenues jusqu'à nous car ayant été traitées en justice, elles ont fait l'objet de documents écrits.

Aujourd'hui, ainsi que nous l'avons vu, le droit au Maghreb se refuse à accepter les longues durées de grossesse, mais l'enquête de terrain rend compte de la vivacité de la croyance en l'enfant endormi.

Ainsi Mammat, femme marocaine du Rif, raconta-t-elle son histoire. Âgée d'environ 50 ans, elle est originaire d'une bourgade proche de Nador. Elle se maria jeune à un homme de la région et mit au monde deux filles, Wazna et Maghniya, qui sont aujourd'hui âgées d'une trentaine d'années. Après la naissance de Maghniya, Mammat, avec ses filles, vint rejoindre son mari qui brassait quelques affaires à Tanger. Elle put alors se rendre compte de la pauvreté de sa vie conjugale : mari absent, buveur, fréquentant d'autres femmes, violent.

---

11. Estoublon Robert, *Jurisprudence algérienne de 1830 à 1876*, Alger, Jourdan, vol. III, 1890, p. 26-28.

12. *Ibid.*, p. 41-44.

13. Gaudry Mathéa, *La société féminine au Djebel Amour et au Ksel. Étude de sociologie rurale nord-africaine*, Alger, Société algérienne d'impressions diverses, 1961, appendice, pièce V.

Cet homme disait vouloir d'autres enfants et plus précisément un garçon. Le désir de garçon du mari était notoire et tout à fait normal dans le contexte culturel. Pour les mêmes raisons culturelles, mais aussi pour améliorer sa vie conjugale, Mammat voulait aussi un garçon. C'est une attitude courante, au Rif, au Maghreb et ailleurs, que de penser pouvoir réparer quelque chose de sa vie conjugale en mettant au monde un enfant. Cependant, le temps passait, Mammat cherchait à enfanter mais aucune autre grossesse ne s'annonçait. Cinq années s'étaient écoulées depuis la naissance de Maghniya quand Mammat fut à nouveau enceinte, c'est-à-dire eut, selon sa propre expression, le « ventre pris ». Les quatre premiers mois de grossesse se passèrent normalement. Au début du cinquième mois, Mammat commença à avoir des cauchemars et un jour, elle ne sentit plus l'enfant bouger dans son ventre. « L'enfant s'est endormi »/« *ahnja yittes* », dit-elle. Simultanément, elle eut des douleurs au bas-ventre ; deux jours après elle eut des règles, mais qui étaient anormales, des saignements peu importants qui durèrent les cinquième et sixième mois. À la fin du sixième mois, Mammat eut des règles normales.

Pendant cette période où l'enfant dormait, Mammat était démoralisée ; elle faisait des chutes, était anorexique, avait des bouffées de chaleur. Parce qu'elle allait mal, elle alla vivre quelque temps chez sa sœur sans que son état s'améliore : elle avait chaud, des difficultés respiratoires, la sensation permanente d'étouffer ; elle se mettait près de la fenêtre pour avoir de l'air mais rien ne réussissait ; elle se sentait toujours aussi mal. Elle pensa alors qu'elle était habitée par un esprit. Une femme lui conseilla une méthode pour réveiller l'enfant endormi et c'est cette méthode que Mammat suivit.

Elle prit des sardines dont elle enleva la tête ; elle les ouvrit pour en ôter les viscères et les laver. Les sardines furent consommées normalement mais l'eau du lavage contenant les têtes, les viscères et le sang fut récupérée pour être bue. Après avoir filtré ce mélange, Mammat but de cette eau. Immédiatement, elle eut des vomissements. Le lendemain, elle sentit que l'enfant s'était réveillé « *ahnja yikka* ».

On était alors au début du septième mois de grossesse. Mammat compta encore huit mois avant que son enfant ne naisse : ce fut Xamis. Mammat dit elle-même l'avoir porté quatorze mois.

Les récits de ce genre sont fréquents et témoignent, pour nous, de l'influence du désir d'enfant, dans un contexte où la croyance en l'enfant endormi est admise, sur l'interprétation de faits biologiques qui laisse croire à une grossesse là où il se passe autre chose.

Une disposition législative utile, disions-nous des longues durées légales de grossesse, un trait culturel utile, dirons-nous de l'enfant endormi lorsqu'il vient soutenir une personne dans la vision qu'elle a de sa vie et dans ses rapports avec son entourage.

En étudiant l'enfant endormi, notre présupposé de départ était que si cette croyance existe, si elle conserve sa vitalité malgré l'évolution du droit et des connaissances scientifiques, c'est parce qu'elle a une utilité.

Le Dr Mouloud Lounaouci, médecin de Kabylie, est spécialiste en gynécologie-obstétrique. Dans l'exercice de son art, il est confronté à l'autre savoir, celui de la tradition. Le domaine médical dont il est un spécialiste fut longtemps un domaine strictement réservé aux femmes. Son savoir, qu'il tient des universités, ne peut oblitérer complètement l'autre savoir auquel il n'adhère pas, mais qui rentre en ligne de compte dans sa pratique comme élément de référence pour ses patientes et leur famille.

À l'hôpital de Tizi Ouzou où le Dr Lounaouci a travaillé au service de gynécologie-maternité, la question de l'enfant endormi revient fréquemment. Selon ce médecin, ce sont des « raisons sociales » qui expliquent cette fréquence. Ses observations recoupent les fonctions de la croyance en l'enfant endormi telles que nous les avons rencontrées à travers l'enquête de terrain et l'étude bibliographique.

– Cacher des relations sexuelles adultérines : ce cas de figure est quasiment un « classique » que l'immigration des hommes a largement favorisé. Devenir enceinte alors que le mari est absent, telle est la situation dans laquelle se sont retrouvées des femmes ; faire remonter cette grossesse à l'époque du dernier retour au pays du mari, expliquer sa manifestation relativement tardive par le réveil d'un enfant endormi, puis faire admettre le tout par le mari et la belle-famille, tel est le parcours difficile qu'il leur a fallu accomplir pour traverser une période à hauts risques.

Quand il s'agit d'adultère, explique le Dr Lounaouci, la femme sait bien ce qu'elle dit, elle sait avec qui elle a conçu l'enfant, mais ne l'avoue pas au médecin. En aucun cas, celui-ci ne peut obtenir une attitude franche de sa patiente. Cela est bien normal, car cet enfant endormi dont elle parle vient prendre la place de quelque chose – les conditions réelles dans lesquelles a été conçu l'enfant – dont la femme doit garder le secret sous peine de se condamner.

– Autre cas de figure, aux conséquences moins dramatiques mais graves tout de même : la stérilité. Dans une société où le rôle des femmes est de procréer, l'épouse qui ne met pas d'enfants au monde est dans une situation que fragilisent le risque de la répudiation et les stigmates que peut porter à jamais celle qui a été répudiée pour une telle raison. Là encore, l'enfant endormi est invoqué. Plaçant la femme qui n'enfante pas quelque part entre fertilité et stérilité, c'est une demi-mesure qui peut se prolonger pendant plusieurs années dans l'attente de l'enfant espéré. Le fait d'avoir ses règles est, certes, un handicap pour la femme qui voudrait faire croire à une grossesse, mais il n'est pas insurmontable car on admet qu'une femme puisse être enceinte sans aménorrhée : c'est une vision des choses connue au Maghreb et qui a un équivalent dans un *hadith* recensé dans le *Muwatta'*, le recueil de Mâlik b. Anas, où l'on voit une vieille femme de la *Jâhiliyya* expliquer au calife 'Umar b. al-Khattâb que le sang des règles peut couler sur le fœtus[14]. Mais il est possible aussi que la

14. Aspinion, Commandant Robert, *Contribution à l'étude du droit coutumier berbère marocain ; étude sur les coutumes des Tribus Zayanes*, Casablanca-Fès, A. Moynier, jugement, n° 13, p. 233-238.

femme manifeste des symptômes – aménorrhée, nausées, vomissements, ventre ballonné – et que, dans son désir d'enfant, elle se soit convaincue d'être enceinte alors qu'elle ne l'est pas. Cette dernière attitude concerne jusqu'à des femmes ménopausées qui n'arrivent pas à admettre que leur rythme physiologique a changé et qu'elles ont perdu leur fertilité d'antan.

Plus que l'ignorance des choses de la physiologie féminine, ce sont, à notre sens, ces « raisons sociales » évoquées par notre médecin, qui expliquent le mieux la vitalité de la croyance en l'enfant endormi. Que l'on pense, en particulier, à la question des relations sexuelles hors mariage. La société et le droit ont ceci de commun qu'ils enregistrent des attitudes extrêmes face à des actes sexuels illicites : la société pousse au crime d'honneur tandis que le droit religieux requiert l'application des *hudûd* parmi lesquelles la flagellation ou la lapidation, prescrites contre l'adultère.

De telles attitudes n'ont pas été sans poser problème. À s'obliger à l'application de peines extrêmes, on finit par se mettre dans des situations dont les défauts sont évidents. Ni les sentiments de honte et d'honneur, ni les devoirs à l'égard de Dieu n'ont réussi à rendre simple et automatique l'application de telles sanctions. « Il peut être difficile pour un père de passer le couteau », disait le Dr Lounaouci. Ce problème survient avec toute loi trop sévère dont l'observation scrupuleuse pourrait être pire que le mal qu'elle voudrait combattre. La situation cependant n'est pas sans issue : tout se passe comme si des modalités contradictoires traversaient la société et le droit, de telle sorte qu'au rigorisme violent et excessif qui se manifeste dans le crime d'honneur et le *hadd*, s'oppose un antidote porteur de détente, l'enfant endormi et les longues durées de grossesse, capable de rétablir l'ordre lui aussi, mais par des solutions apaisantes.

Qu'au nom de la modernité, la classe dirigeante des pays maghrébins ait voulu réformer le droit est compréhensible. Mais elle n'a parcouru alors que la partie la plus facile du chemin si la société continue de voir dans l'enfant né de relations sexuelles hors mariage, un bâtard, dans l'homme et la femme qui ont ces relations, des débauchés. On ne s'étonnera pas que, dans ces conditions, la croyance en l'enfant endormi, parce qu'elle est utile, tout en se heurtant aux connaissances médicales et aux législations actuelles, conserve sa vivacité et parvienne, fût-ce « par la ruse et par exception », ainsi que le dit Camille Lacoste-Dujardin, à tempérer l'oppressive loi masculine en jouant habilement de ses contradictions.

6

Les ruses de la paternité en islam malékite

L'adultère dans la société maure de Mauritanie

Corinne FORTIER

« La ruine de trois choses réside en trois choses (*affat athlâtha fî thlâtha*)[1] : garde au grain qui est épuisé par poignées successives (*'ass az-zabia min saffa*), garde à la monture éreintée par le jeune cavalier (*'ass al-markub min guffa*), garde à la femme perdue par la légèreté de ses mœurs (*'ass al-mra min al-khiffa*) (dicton maure).

Noblesse familiale et contrôle de la sexualité féminine

Cette recherche a été menée dans la société maure de Mauritanie[2] qui est islamisée et arabisée depuis très longtemps. Au XIe siècle, les Almoravides (Murâbitûn) ont poursuivi un processus d'islamisation déjà ancien en introduisant l'islam de rite malékite dans cette région. Entre le XIVe et XVIIIe siècle, des tribus arabes (Banî Hassân) ont accéléré l'arabisation du « pays maure » (*trâb al-bidân*). Au sein de cette société de pasteurs nomades, les individus ont un statut social défini selon une hiérarchie ; celle-ci comprend les nobles, qu'ils soient marabouts (*zwâya, zâwi* au Trarza et *tulba, tâlab* en Adrar et au Hawdh) ou guerriers (*hassân, hassâni*) selon leur tribu d'appartenance (*qabîla*), les tributaires (*znâga, znâgi*), les

1. Dans un souci de simplification de la transcription des mots du dialecte arabe maure ou *hassâniyya*, le souligné a été substitué au point habituel sous certaines lettres comme le h aspiré et les emphatiques (d, s, t, z).

2. À côté de la société maure coexistent en Mauritanie les sociétés peule, soninké, wolof et bambara. Ces sociétés ne font pas l'objet de la recherche présentée ici qui porte exclusivement sur la société maure dont la langue maternelle est un dialecte arabe, le *hassâniyya*.

anciens esclaves (*harâṯîn, harṯâni*), les forgerons (*m'allmîn, m'allam*) et les griots (*îggâwwan, îggîw*). Cependant, depuis la sécheresse de la fin des années 1960, la majorité des nomades se sont sédentarisés et se sont installés massivement dans la capitale.

Dans la société maure, l'honneur (*hurma*) d'une famille noble passe par la sauvegarde de l'honneur de ses filles. Celui-ci réside essentiellement dans le fait qu'elles n'enfantent pas d'enfants illégitimes. Dans ce but, de nombreuses pratiques s'emploient à endiguer le débordement de la sexualité féminine, si redouté. Les fillettes sont tout d'abord excisées le jour de leur nomination, soit sept jours après leur naissance, afin d'empêcher, selon l'explication locale, la croissance de l'organe de leur désir (Fortier, 2012). Pour éviter tout risque d'adultère, elles étaient mariées très jeunes, autrefois dès neuf ans, dans les années quatre vingt dix vers treize ans, soit avant la puberté ou à son début. Cependant, cette pratique du mariage précoce tend aujourd'hui à diminuer, surtout depuis que la promulgation du premier code de statut personnel en 2001, a fixé l'âge minimal légal au mariage à dix-huit ans. De plus, avant que la sécheresse des années soixante ne vienne mettre un terme au gavage des fillettes, l'embonpoint entretenu durant leur vie adulte par des cures de lait, restreignait le déplacement des femmes (Fortier 1998, p.210). Enfin, la vie sous la tente, espace ouvert au regard, rendait difficiles les secrets d'alcôve.

Encore aujourd'hui, si l'immensité de la capitale et les nouveaux moyens de se déplacer facilitent les amours clandestines, la surveillance de la parentèle au sens très large fonctionne. Le contrôle de la sexualité féminine est d'autant plus important que la femme est d'origine noble, comme le dit un proverbe maure: « La fille de bonne naissance n'accouche pas d'un bâtard » (*mint al-halla mâ tfarrak*). La naissance d'enfants illégitimes semble avoir été fort rare dans ce milieu, comparé en particulier à celui d'origine servile.

En effet, l'illégitimité est publiquement reconnue chez les anciens esclaves qui n'ont, du point de vue des dominants, aucun honneur à préserver. Certains ulémas (*'ulamâ'*) locaux discutent à ce propos de la licéité de procéder au rituel de nomination[3] de ces enfants comme c'est l'usage le septième jour, car ce rituel est indissociable de la filiation. Si l'illégitimité chez les anciens esclaves peut être l'objet de discussion publique, elle ne peut l'être chez les nobles; aussi, dans ce milieu, le recueil d'informations sur ce sujet est-il particulièrement délicat. Si, pour étudier l'adultère, la distinction des milieux sociaux est nécessaire, celle du genre (*gender*) se révèle également fondamentale.

3. Pour en savoir plus sur ce rituel de nomination, voir C. Fortier (1998, p.202-203). De même, dans le monde chrétien (Fine 1994, p.312), le prêtre refusait de faire sonner les cloches au baptême d'un enfant illégitime.

Inégalité en adultère : vulnérabilité de la femme non mariée

D'un point de vue juridique, prouver un adultère est quasiment impossible, sauf si le coupable venait à l'avouer. En effet, il y a très peu de chance qu'il puisse avoir été constaté par quatre témoins, comme le demande un verset du Coran (IV, 19) : « À l'encontre de celles de vos femmes qui commettent la Turpitude, requérez témoignage de quatre d'entre vous ! » (trad. Blachère 1980, p. 106).

En outre, le droit malékite (*fiqh*) précise les conditions de validité du témoignage : « Quatre hommes libres, pubères et d'honorabilité testimoniale reconnue, qui attesteront qu'ils ont vu le membre du fornicateur comme le stylet dans le pot à collyre (*shâft al-marwid fî al-kahla*) (Qayrawânî 1968, p. 253-255). Bien qu'exprimé en termes métaphoriques, il est explicite que l'adultère consiste dans l'acte de pénétration. Or, l'exigence de précision d'observation de cet acte pour pouvoir témoigner s'avère improbable dans des conditions réelles.

D'autres exigences irréalistes caractérisent ce témoignage : « Ces témoignages devront être portés au même moment et si l'un des témoins ne parfait pas la description comme il est dit ci-dessus, les trois autres qui l'auront parfaite, encourront la peine légale de l'imputation calomnieuse de fornication (*qadhf*) » (*ibid.*). Ce traité de droit malékite affirme par ailleurs que ceux qui voudraient se livrer à l'accusation d'adultère peuvent eux-mêmes faire l'objet d'un autre type d'accusation, celle de calomnie.

Le fait de condamner pour calomnie celui qui, sans preuve, accuse une femme d'adultère trouve sa source dans le Coran (XXIV, 4-5) : « Frappez de quatre-vingts coups de fouet ceux qui accusent les femmes honnêtes (*muhsanât*)[4] sans pouvoir désigner quatre témoins ; et n'acceptez jamais leur témoignage : voilà ceux qui sont pervers, à l'exception de ceux qui, à la suite de cela, se repentent et se réforment » (trad. Masson 1967, t. 2., p. 430).

Par conséquent, d'une part, les conditions requises pour témoigner d'un adultère s'avérant irréalisables, il est quasiment impossible d'établir la preuve de relations sexuelles illégitimes. Et, d'autre part, ceux qui tenteraient de témoigner risquent de subir la punition même qu'ils voulaient voir infliger à ceux qu'ils accusaient. Il faut néanmoins préciser que l'impossibilité de prouver l'adultère ne concerne strictement que les individus de sexe masculin ; car pour une femme, la grossesse qui peut survenir à la suite de relations sexuelles illégitimes, est la preuve tangible de sa faute

4. Pour être *muhsan* il faut être musulman, libre, majeur, doué de raison et avoir contracté un mariage valide. Au sujet de l'analyse de ce terme, voir C. Fortier (2010a, p. 19).

« Ne jetez pas la pierre à la femme adultère »

À l'inégalité sexuelle entre hommes et femmes devant l'accusation d'adultère, s'ajoute une inégalité entre femmes, en particulier entre femmes mariées, ou l'ayant été antérieurement (divorcées ou veuves), et celles qui ne l'ont jamais été. En effet, ces dernières ont moins d'artifices juridiques et sociaux à leur disposition pour dissimuler leur situation.

La femme mariée est considérée en islam au-dessus de tout soupçon, comme le montre cette parole du Prophète ou hadith (*ḫadîth*) : « Évitez les sept périls : la magie, le meurtre d'une âme que Dieu a interdit de tuer sauf pour une juste raison, l'usure, de dévorer injustement les biens de l'orphelin, la fuite au jour du combat et de calomnier les femmes mariées croyantes et insouciantes » (Bûkhârî 1993, t. 2, p.498, par. 1200).

Le Coran (XXIV, 11) menace par ailleurs des tourments de l'enfer[5] les calomniateurs : « Croyants, ceux qui sont venus avec la calomnie sont une petit groupe d'entre vous. Ne croyez pourtant point que cette calomnie soit un mal pour vous ! Au contraire, elle est un bien pour vous. À chacun de ceux qui l'ont colportée, ce qu'il a commis (*kasala*) de péché, et à celui qui, parmi eux, s'est chargé de l'essentiel, un tourment immense ! » (trad. Blachère 1980, p.376-377).

D'après l'exégèse coranique, cette révélation qui dénonce la calomnie répond à l'accusation d'adultère lancée contre la jeune épouse du Prophète, 'Aysha, lorsqu'elle s'égara au cours d'une expédition nocturne (*ibid.*, p.376, note 11)[6]. Selon le récit de l'accusée (Rodinson 1961, p.233), la recherche de son collier perdu aurait été la cause de son « égarement » ; aussi, cet événement est-il appelé euphémiquement « l'affaire du collier ». Elle eut lieu une nuit où les membres du campement étaient affairés à préparer leur départ ; 'Aysha s'était alors éloignée pour satisfaire un besoin vital, puis constatant que son collier s'était détaché, elle était retournée sur ses pas pour le retrouver. Pendant ce temps, ses compagnons de route avaient levé le camp, emportant avec eux le palanquin de l'épouse du Prophète, convaincus que celle-ci s'y trouvait. Un jeune chamelier ayant croisé 'Aysha sur son chemin, l'accompagna le lendemain auprès de son époux. L'incident fit jaser à Médine où l'épouse du Prophète fut accusée d'adultère jusqu'à ce que la révélation coranique, affirmant que la calomnie était un péché, l'innocente.

---

5. Au sujet de l'importance de la crainte de l'enfer chez les musulmans, voir C. Fortier (2005, p.202-204).

6. L'événement se situerait au retour de l'expédition punitive contre les *Muṣṭaliq* en 626 J.C. (Coran, trad. Blachère 1980, p.376, note 11).

Des délais de grossesse salvateurs

Par ailleurs, la croyance au « fœtus endormi » – selon la traduction la plus répandue – peut aussi être un moyen utilisé par une femme mariée, veuve ou divorcée pour masquer une grossesse illégitime. Le retard de la délivrance est expliqué en Mauritanie par une frustration pendant la grossesse. En effet, dans la société maure, la conséquence d'une envie non satisfaite d'une femme enceinte n'est pas l'inscription sur le corps de l'enfant de ce qui a été convoité, comme c'est le cas dans d'autres sociétés maghrébines ou européennes, mais la complication de la délivrance marquée par la temporisation. Le terme maure désignant le fœtus qui tarde à naître est *amakhsûr*. Ce mot dérive du verbe arabe *khasar*, qui signifie perdre (Kazimirski 1944, t.1, p.571)[7]. Cette étymologie s'accorde avec l'usage du mot qui désigne par ailleurs en *ḫassâniyya* l'enfant mort-né. Dans la société maure, il n'est donc pas fait référence à la notion d'endormissement du fœtus.

Par ailleurs, bien que cela n'ait jamais été souligné, l'expression arabe de « fœtus endormi » (*raqada janînî*) ne figure pas dans les ouvrages fondateurs de droit musulman, et *a fortiori* dans le Coran et la Sunna, pour justifier les longs délais de grossesse dont la durée varie selon les rites. Elle n'apparaît que dans des consultations juridiques (*fatâwâ*) marocaines, algériennes, tunisiennes ou andalouses (Colin 1998, p.205).

La réutilisation juridique de cette expression paraît directement inspirée de représentations locales partagées par les membres de la plupart[8] des sociétés arabophones ou berbérophones d'Afrique du Nord où différentes formes dialectales du verbe dormir[9] sont employées pour désigner l'état de l'enfant dans le ventre de sa mère. Le concept de fœtus endormi serait donc inspiré de représentations maghrébines, non partagées par la société maure. En dépit de ce qui est généralement établi, le concept « d'enfant endormi dans le ventre de sa mère » n'est donc pas une notion « arabo-musulmane » qui aurait une origine arabe ancienne, mais est issue de représentations arabo-berbères qui ont inspiré les juristes musulmans du petit Maghreb et de la Méditerranée.

Du point de vue du droit musulman, l'enfant dont la naissance se fait attendre est reconnu juridiquement comme légitime puisque, selon certains juristes malékites, la grossesse peut durer cinq ans (Linant de Bellefonds

---

7. Au Souss marocain, le terme *amakhṯur* est également utilisé dans ce contexte (Colin 1998, p.198).

8. Le Mzab semble faire exception puisque, selon A.M. Goichon (1927, p.179), cette croyance n'y est pas admise.

9. J. Colin (1998, p.206) a relevé les termes de l'arabe dialectal utilisés dans les ouvrages juridiques ou ethnologiques de langue française sur l'Algérie, le Maroc et la Tunisie : *r'âged, râgad, ragged, raged, bû-merígûd, bou-merígoûd*. De même, les termes berbères employés en Kabylie et dans le Souss marocain renvoient à l'endormissement de l'enfant (*ibid.*, p.207-209).

1973, p.36) ou, selon d'autres, sept ans (Charles 1956, p.59). Cette durée de sept ans, la plus longue de tous les rites musulmans[10], est celle qui est admise par les juristes maures. Ce délai maximal de grossesse permet de reconnaître la paternité d'un enfant illégitime d'une femme dont le mari est absent, mort, ou dont elle est divorcée depuis sept ans. Ceci est juridiquement valide, à moins que l'époux n'établisse que, suite à un empêchement majeur (impuberté, voyage), il n'a pu avoir de rapports sexuels avec son épouse durant l'époque légale de la conception (*ibid.*).

Les juristes musulmans ont fait preuve d'un certain humanisme en fixant de longs délais de grossesse qui permettent d'habiller de légitimité des grossesses illégitimes. L'intention des juristes n'est pas explicite dans les textes, mais elle nous est apparue en analysant les pratiques sociales utilisées en Mauritanie pour établir la filiation d'enfants illégitimes dont nous nous sommes apercus qu'elles étaient inspirées du droit musulman.

La procédure du désaveu de paternité

Deux catégories d'enfants illégitimes sont prises en compte par le droit musulman: l'enfant né de relations sexuelles hors mariage (*walad az-zinâ*)[11], d'une part, et l'enfant désavoué (*walad al-mulâ'ana*), d'autre part (Linant de Bellefonds 1973, p.23). En effet, une procédure juridico-religieuse appelée serment d'anathème (*li'ân*) – du mot arabe désignant la malédiction (*la'na*) –, trouvant sa source dans le Coran (XXIV, 6-9), est destinée à permettre au mari d'établir l'adultère de sa femme sans témoins, et ainsi de désavouer l'enfant qui lui est attribué, en vertu de la présomption de paternité attachée au mariage ou en vertu des longs délais de grossesse (Milliot 1953, p.375).

Le Coran (XXIV, 6-9) décrit en détail la procédure du *li'ân*: « Quant à ceux qui accusent leurs épouses, sans avoir d'autres témoins qu'eux-mêmes; le témoignage de chacun d'eux consistera à témoigner quatre fois devant Dieu qu'ils sont véridiques, et une cinquième fois pour appeler sur eux la malédiction de Dieu s'ils ont proféré un mensonge. On détournera le châtiment de la femme, si elle témoigne quatre fois devant Dieu que son accusateur ment, et une cinquième fois pour appeler sur elle-même la colère de Dieu, si c'est lui qui est véridique » (trad. Masson 1967, t.2, p.430).

---

10. Cette durée est plus courte dans les autres rites musulmans sunnites, elle est de deux ans chez les Hanéfites et de quatre ans chez les Hanbalites (Charles 1959, p.59).

11. L'insémination artificielle avec donneur est interdite par la grande majorité des juristes islamiques du fait des problèmes d'adultère et de filiation qu'elle occasionne, en revanche l'insémination intra-conjugale avec le sperme du mari est admise (Moulin 1993, p.15; Fortier 2007, 2010a, 2010b, 2011a).

Selon cette procédure, le mari se rend devant le cadi, lequel doit tout d'abord vérifier si sa prétention est recevable, car elle n'est plus possible lorsqu'il a accepté la paternité de l'enfant expressément ou même tacitement (Milliot 1953, p.389). Il en est ainsi lorsqu'il a cohabité avec sa femme alors qu'il suspectait déjà sa grossesse, ou lorsqu'il a pris en charge lui-même l'accouchement, ou encore lorsqu'il n'a pas immédiatement[12] après la naissance porté son action en désaveu devant le cadi (*ibid.*, p.389-390).

D'après Khalîl (1995, p.245), l'époux prononce quatre fois le serment : « Je jure par Allâh l'unique que j'ai vu cette femme en adultère, ou que sa grossesse n'est pas de mon fait », et il ajoute une formule consistant à appeler sur soi la malédiction divine (*la'anatu allâh*) s'il ment : « Qu'Allâh me maudisse si je suis un imposteur et si j'accuse cette femme injustement ». Le juriste Ibn 'Âsim (1958, p.317, note 394) recommande au juge de souligner la gravité du parjure à celui qui prête serment. Le cadi doit en effet l'avertir que le châtiment terrestre est plus doux que celui de l'au-delà, afin qu'il comprenne que la peine légale de fornication est peu de chose auprès des tourments de l'enfer auxquels il s'expose s'il fait un faux serment[13].

Quand le mari, mis en demeure de prouver l'adultère par son serment, refuse de jurer tout en continuant à affirmer que sa femme est coupable, ou si l'ayant accusée et ayant confirmé ses dires par cinq serments, il a été convaincu de faux serments, le cadi a le droit de prononcer contre lui la peine édictée pour imputation calomnieuse de fornication (*qadhf*), soit cent coups de cravache (*jalda*). Dans le rite malékite, l'accusation d'adultère prononcée par le mari est considérée comme une injure à l'égard de la femme. Par conséquent, le mariage est dissous (*faskh*) *ad vita aeternam*, sans même qu'il y ait eu répudiation (*talâq*), mais non le lien de filiation de l'enfant avec le père (Milliot 1953, p.378).

Lorsque l'époux a prêté serment, soit l'épouse garde un silence coupable, soit elle dément par ses serments ceux de son mari. Dans le premier cas, l'adultère de la femme étant reconnu, elle encourt une peine (*hadd*) de cent coups de fouet édictés par le Coran (XXIV, 2). De plus, l'enfant désavoué est rattaché à sa mère et, par conséquent, aux parents de celle-ci. À l'égard de celui qui l'a désavoué, l'enfant n'a plus aucun droit, en particulier celui à la subsistance et à l'héritage ; néanmoins, certains effets de la filiation demeurent, comme le fait qu'il ne puisse épouser les enfants du père qui l'a désavoué (Linant de Bellefonds 1973, p.46).

Ces prohibitions demeurent « par crainte qu'*en fait* l'enfant ne soit bien l'enfant de celui qui l'a renié », selon l'explication d'un commentateur averti du droit musulman qu'est Linant de Bellefonds (*ibid.*). Il

12. Dans un délai de deux ou sept jours selon les 'ulâmâ' (*'ulâmâ'*) (Milliot 1953, p.390).

13. Cette même recommandation sera faite à l'épouse, lorsqu'elle devra à son tour prêter serment (Ibn'Âsim 1958, p.317, note 394).

semble en effet qu'en dépit de la possibilité juridique du désaveu, les juristes n'en aient pas tiré toutes les conséquences, telle la levée des prohibitions matrimoniales, comme s'ils ne croyaient pas eux-mêmes complètement au désaveu du père, supposant que l'enfant peut toujours être issu biologiquement de celui qui n'est plus son père social. C'est sans aucun doute la crainte de l'inceste, très importante en islam, qui incite les juristes à maintenir prudemment les interdits matrimoniaux malgré le désaveu de paternité (Fortier 2011a). De plus, d'autres effets de la filiation subsistent. D'une part, nul ne peut reconnaître l'enfant qui a été désavoué, ce qui témoigne que sa filiation d'origine n'est pas substituable. D'autre part, celui-ci et l'auteur du désaveu ne peuvent témoigner l'un en faveur de l'autre. Enfin, la peine du talion n'est pas appliquée en cas de meurtre commis par l'enfant sur celui qui l'a désavoué (Linant de Bellefonds 1973, p.46).

Dans le cas où l'épouse répond aux déclarations de son époux par un serment répété quatre fois dans lequel elle déclare: « Je jure par Allâh l'unique que je n'ai pas été vue en adultère par cet homme, ou que je n'ai pas commis l'adultère ou qu'il a menti à mon sujet », à quoi elle ajoute la formule: « Que la colère d'Allâh m'accable si cet homme dit la vérité » (Khalîl 1995, p.245); alors, dans le doute de deux serments opposés, les peines respectives d'adultère pour la femme et de calomnie pour l'homme sont suspendues et la paternité revient au mari (Ibn 'Âsim 1958, p.77). Il est par ailleurs significatif que, dans cette procédure qui peut conduire à établir l'adultère de l'épouse et l'illégitimité de l'enfant, les juristes accordent autant de valeur au serment de la femme qu'à celui de l'homme, ce qui n'est pas toujours le cas dans d'autres domaines du droit musulman, notamment en matière de témoignage où la parole d'un homme vaut celle de deux femmes.

Cependant, cette procédure de désaveu (*li'ân*) est exceptionnelle en Mauritanie, car l'époux préfère ne pas rendre public ce type d'aveu, qui entraînerait un déshonneur non seulement personnel mais familial; le mariage étant le plus souvent réalisé dans un degré rapproché, la famille élargie de l'épouse est aussi celle de l'époux.

Dans le droit malékite, la femme adultère mariée encourt une plus lourde peine que la femme non mariée. La première encourt la peine capitale (*hadd kabîr*) de lapidation (*rajîm*), la seconde la peine mineure (*hadd saghîr*) de flagellation, qui consiste en cent coups de cravache (*al-jalda*), conformément au verset du Coran (XXIV, 2): « Frappez la débauchée et le débauché de cent coups de fouet chacun » (trad. Masson 1967, t.2, p.430).

Cette peine était infligée par certains cadis maures, comme le très renommé Shaykh Wuld Hammuni de la tribu des Laghlâl de Chinguetti, qui a vécu dans cette cité ancienne à la fin du XIXe siècle[14]. Conformément à la différence de peine prescrite dans le droit musulman, la femme non

14. Il mourut en 1318 H., soit 1900-1901 J.C.

mariée recevait par décision du cadi cent coups d'étrivière, tandis que la femme mariée était lapidée à mort par les habitants du lieu, dans un petit puits creusé à cet effet (Leriche 1957, p.460)[15]. Cependant, il semble que ces supplices aient été relativement exceptionnels dans la société maure, la famille élargie de l'épouse comme celle de l'époux, qui souvent se confondent, ayant intérêt à camoufler l'affaire avant qu'elle ne soit révélée au cadi de la localité. Dans la République Islamique de Mauritanie, la loi musulmane (*sharî'a*) fut appliquée temporairement au début des années 1980 en matière pénale[16]. À cette période, les femmes mariées coupables d'adultère étaient flagellées en public dans le stade de Nouakchott.

« Tirer la natte » ou la présomption de paternité

Le cas juridique d'une femme mariée accusée d'adultère[17] reste en principe théorique puisque la présomption de paternité qui s'énonce ainsi en droit musulman : « L'enfant est issu de l'union conjugale (littéralement de la couche) » (*al-walad lil-firâsh*), entraîne que tout enfant a juridiquement pour père le mari de sa mère (*ibid.*, p.24)[18]. Comme le remarque un commentateur avisé du droit musulman (Milliot 1953, p.389) : « En toute autre hypothèse, le mari de la mère est le père de l'enfant, même si l'enfant de parents blancs est nègre, parce que ce peut être par un retour d'hérédité (*al-'irk nazzâ'*) ; même s'il ressemble, d'une manière frappante, à quelqu'un désigné par le père ; même si le mari vient affirmer, sous la foi du serment, qu'il a cessé toute relation sexuelle avec sa femme, bien qu'ayant continué à habiter avec elle, parce que, dit Khalil, en réalité, "il faudrait la nature" ». Le principe selon lequel la paternité d'un enfant revient au mari de la mère est donc irrécusable, quels que soient les arguments invoqués.

À la différence de la maternité qui est rendue visible par la grossesse, la paternité n'est pas un donné sensible de la perception, elle n'existe que reconnue socio-juridiquement. Si la maternité est toujours certaine puisqu'elle est immédiatement observable, il n'en est pas de même de la paternité ; le lien qui unit un individu à son père ne peut être qu'un lien

15. A. Leriche (1957, p.460) remarque que la femme décédée après lapidation était enterrée religieusement, quoique l'imam ne récitât pas de prière funèbre pour elle. Il ajoute (*ibid.*, note 1) que, conformément à la *Mudawwana* d'As-Sahnûn, il n'est pas répréhensible d'assister à son enterrement. Au sujet de la prière funèbre et du rituel funéraire en islam malékite et dans la société maure, voir C. Fortier (2006).

16. La *sharî'a* fut appliquée en matière pénale en Mauritanie de 1980 à 1983, sous le gouvernement du président Haidallah.

17. Quant à l'enfant, il est dans les deux cas rattaché à la famille de sa mère.

18. Il en est de même dans le code civil français (article 132, alinéa 1) : « L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari ».

juridique légitime[19]. Aussi, le droit malékite a-t-il particulièrement développé les conditions permettant d'établir la paternité. D'une part, pour éviter que ne soit attribué au second mari l'enfant d'une femme répudiée ou veuve, qui serait né des œuvres du premier, la femme doit attendre, avant de se remarier, le terme d'une période de viduité (*'idda*). Celle-ci est fixée selon le droit malékite à trois cycles menstruels (*aqrâ*) pour la femme divorcée et menstruée, à trois mois pour la femme divorcée non menstruée, et selon le Coran (II, 234) à quatre mois et dix jours pour la veuve[20] (Qayrawânî 1968, p. 195)[21].

D'autre part, la femme mariée est protégée par l'accusation d'une grossesse illégitime puisque l'enfant né dans les limites minimales et maximales de la grossesse est présumé être l'enfant légitime du mari. Pour signifier que l'enfant né d'un couple marié est toujours attribué à l'époux, les juristes emploient à son sujet l'expression : « l'enfant du lit » (*al-walad lil-firâsh*). Le lit ou la couche, dans le droit musulman comme dans le droit français, sert de métaphore aux relations sexuelles légitimes dans le cadre de l'union conjugale.

Dans la société maure, l'expression utilisée est similaire : « Il a tiré la natte » (*jartu al-hassyra*), à cette adaptation près que dans cette société nomade, la natte fait office de couche. L'implicite de ces deux expressions est néanmoins différent ; si la formule juridique n'évoque aucune suspicion, l'expression maure indique le geste de tirer la natte, c'est-à-dire de l'étendre au-delà de la surface qu'elle est censée couvrir.

En milieu nomade, la natte fait partie du rare mobilier de la tente ; elle est surtout utilisée pour recouvrir la surface intérieure bien qu'elle puisse être avancée à l'extérieur[22]. La tente (*khayma*) désignant également en *hassâniyya* la famille conjugale, l'image de la natte qui est étendue suggère le fait de « couvrir » une naissance hors mariage. Cette expression dialectale est donc équivoque puisqu'elle établit explicitement la légitimité de l'enfant tout en suggérant implicitement le caractère factice de cette légitimation. D'une certaine manière, il en est de même de l'acte juridique de reconnaissance de paternité. En effet, ce jugement n'ayant qu'un caractère présomptif, il peut engendrer le doute (Ould Bah 1981, p. 222)[23].

---

19. Cette évidence est au fondement de notre législation occidentale, dominée par la maxime du droit romain : « La mère est toujours certaine lors même qu'elle aurait conçu dans la promiscuité » (*mater semper certa est etiamsi vulgo conceperit*), tandis qu'il y a une incertitude *a priori* sur la paternité (Zimmerman 1993, p. 206).

20. Par ce délai plus long que les autres, la veuve se montre respectueuse de la mémoire de son mari.

21. « Si un mariage était conclu au mépris de l'empêchement, ce mariage serait nul ; et s'il venait à être consommé, la femme serait éternellement interdite à son mari ; un nouveau mariage ne pourrait plus avoir lieu, même après l'accomplissement des délais normaux de la retraite de continence et la constatation du fait que la femme n'est pas enceinte » (Milliot 1953, p. 292).

22. Au moment de la journée où le soleil décline, les habitants de la tente préfèrent s'installer à l'extérieur sur une natte placée au devant.

23. Comme le remarque Ould Bah (1981, p. 222), en droit musulman, la notion de présomption (*shakk*) engendre l'impossibilité d'affirmer ou d'infirmer ce qui fait l'objet

Vulnérabilité de la femme non mariée

Si la présomption de paternité peut être invoquée par une femme mariée, veuve ou divorcée, elle ne peut l'être par une femme célibataire dont la grossesse prouve manifestement l'adultère (*zîna*). C'est la situation la plus réprouvée socialement que puisse connaître une femme dans la société maure, d'où la difficulté à recueillir des informations sur ce sujet.

Une expression maure, utilisée à propos de la jeune femme non mariée qui se retrouve enceinte, exprime sa marginalisation sociale: « Elle s'est dévoyée » (*makhsurat akhbar*). Pour que ce drame n'ait pas lieu, la mère met ainsi en garde sa fille contre les sollicitations pressantes du sexe masculin: « Il lui demande la honte ici-bas, et l'enfer dans l'au-delà » (*yaṯlabu minha shaynat dunya, u adhâb lakhra*). Il est donc tout à fait honteux pour une femme de répondre aux attentes d'un homme dont l'ardeur est proverbiale: « Plus demandeur qu'un homme » (*aṯlâb min al-jânab*[24]).

Une jeune femme non mariée qui se retrouve enceinte est morte socialement sinon réellement; si sa famille n'arrive pas à la protéger, elle peut abandonner celle qui l'a déshonorée. Dans ce cas, elle est généralement contrainte à s'exiler, quand elle ne disparaît pas mystérieusement. Quelle que soit la cause de cette grossesse illégitime, la jeune femme en payera le prix car elle est toujours considérée comme coupable, y compris lorsqu'elle est victime d'un viol[25] ou de l'incubation d'un *jinn*[26].

Le terme de *jinn* (au pluriel *junûn*), connu dans le Coran, est construit sur la racine JNN qui évoque l'idée de cacher. Les *junûn* désignent des créatures surnaturelles créées de « feu clair », selon le Coran (LV, 14). Dans la tradition arabo-musulmane, ils sont considérés comme incubes ainsi que le montre l'explication de certaines pathologies. Par exemple, la folie est associée à la possession par un *jinn*, comme l'indique le terme arabe désignant le fou: *majnûn*. Dans la société maure, comme dans d'autres sociétés d'Afrique du Nord[27], de l'incubation d'une personne par

---

du jugement. En effet, sur l'échelle de crédibilité des formes de jugement établie par les juristes, la présomption n'occupe que le troisième degré, après la connaissance certaine (*'ilm*) fondée sur une évidence irrécusable (*al-burhân*), et l'opinion (*az-zann*) qui se forme à partir d'indices (*amara*) probants. Cette échelle de valeur comporte quatre degrés, le quatrième étant le *wahm*, qui est encore moins certain que la présomption.

24. *Al-jânab* désigne ici un homme non prohibé avec lequel la femme pourrait s'unir légalement.

25. Le viol semble avoir été tout à fait exceptionnel dans la société maure.

26. La représentation des *jnûn* (en *ḫassâniyya*) par les Maures est très inspirée de leur propre société. Selon la conception locale, les *jnûn* constituent un monde parallèle structurellement semblable au monde des hommes puisqu'ils sont sexués, se reproduisent, vivent en société, sont organisés en tribus, sont hiérarchisés en catégories sociales (forgerons, griots...), obéissent à une religion, et possèdent des troupeaux.

27. C'est le cas par exemple de la société arabophone du Touat-Gourara au Sahara algérien où nous avons recueilli des données sur ce sujet lors d'une précédente recherche.

un *jinn* peut naître un enfant. D'après la théologie islamique, en effet, les *junûn* sont sexués comme les autres créatures, contrairement aux anges.

Les jeunes filles maures qui redoutent durant leur sommeil nocturne d'être pénétrées par un *jinn*, évitent de dormir à la belle étoile, veillant toujours à s'endormir sous un toit, fût-ce le vélum d'une tente. En outre, une expression maure utilisée pour signifier qu'une femme a accouché d'un enfant illégitime, renvoie aux *junûn*: « Elle a trouvé un enfant dans le désert » (*jabrat tfayl fi lakhla*). En effet, si les *junûn* ne sont, jamais directement nommés, de peur de les convoquer par cette nomination même, ils le sont indirectement par la périphrase désignant l'espace désertique (*lakhla*), espace qu'ils sont censés habiter[28]. Ainsi, une naissance illégitime peut-elle être expliquée par l'union de la femme avec un *jinn* qui laisse ici-bas sa progéniture.

Une histoire mythique relatant les conditions de création d'une pièce musicale (*shawr*) maure est à cet égard instructive. Une fille de la grande tribu guerrière des Awlâd Mbârak dans la région du Hawdh dormait sous le ciel étoilé. Soudainement réveillée, elle aperçut un homme qui fuyait. Deux jours après cet événement elle resta traumatisée, et deux mois après, elle découvrit qu'elle était enceinte. Ses parents déshonorés par l'état de leur fille cherchèrent à la faire disparaître. Ils l'emmenèrent en cachette à Zara au Mali afin qu'une famille la prenne en charge. Au bout de trois mois, elle accoucha d'un garçon qui, dès le quatrième mois, atteignit une taille exceptionnelle. Les enfants du village avec lesquels il jouait n'étaient pour lui que des jouets minuscules qu'il manipulait à sa guise. Leurs parents s'en plaignirent au roi de Zara qui expulsa le géant. Lors de son départ, le rythme de sa marche aurait inspiré la musique des griots de la région.

Un mariage *in extremis*

Pour légitimer l'enfant d'une femme non mariée, un artifice juridique est utilisé en Mauritanie lorsque la grossesse est connue précocement. En effet, les juristes musulmans ont non seulement fixé une durée maximale de grossesse mais également, ce qui est moins connu, une durée minimale. Celle-ci, de six mois, est fondée sur la soustraction de deux délais fixés par le Coran: « Sa gestation et son sevrage ont duré trente mois » (XLVI, 15) et « Son sevrage a lieu à deux ans » (XXXI, 14) (Linant de Bellefonds 1973, p.34). Par conséquent, lorsqu'une femme se marie avant les trois premiers mois de la grossesse, l'enfant, né dans les limites minimales de la grossesse qui sont de six mois, est présumé issu de l'union conjugale (*al-walad lil-firâsh*) (*ibid.*, p.26).

28. Les *jnûn* hantent généralement les lieux déserts ou souillés.

L'époux qui devient par ce mariage le père juridique de l'enfant n'est pas nécessairement son père biologique, il s'agit le plus souvent dans la société maure d'un cousin proche, plus particulièrement du cousin parallèle patrilatéral de la femme enceinte, mû par la volonté d'éviter que ce scandale n'entache l'honneur de sa famille. Le cousin obéit alors à une des obligations liées à sa position de parenté, qui est de sauver ses proches du déshonneur en « couvrant » (*yastarha*) sa cousine, selon l'expression locale.

Une telle pratique est proscrite religieusement puisqu'une femme ne peut se marier dès lors qu'elle est enceinte, mais, dans ce cas, la préservation de l'honneur familial prévaut en Mauritanie. En outre, d'un point de vue religieux, ce mariage, bien qu'en principe interdit, peut être ici autorisé (*wâjib*), dans la mesure où il sert un plus grand bien en sauvant la filiation (*nasab*) d'un enfant. Il arrive également qu'un individu, le plus souvent de statut inférieur, accepte contre rétribution d'épouser une femme enceinte. Ce mariage peut être un mariage (*'aqd*) de façade sans consommation suivi d'un divorce, l'essentiel étant de trouver un père juridique à l'enfant.

Mais, la plupart du temps, les femmes se rendent compte de leur grossesse trop tardivement pour sauver leur réputation par un mariage. Ou bien encore, lorsqu'elles s'en aperçoivent à temps, le sentiment de honte (*hishma*) qu'elles ressentent est si profond, qu'elles la garde secrète jusqu'au jour de l'accouchement. Cette dissimulation de la grossesse est facilitée par l'embonpoint habituel des femmes maures (*bidâniyyât*) ainsi que par le port du voile (*malhafa*) qui cache leurs formes épanouies.

Or, il arrive parfois qu'un homme au-dessus de tout soupçon par sa noblesse et sa moralité endosse la paternité d'un enfant qui n'est pas le sien, pour sauver l'honneur d'une femme célibataire qui se retrouve enceinte. Ainsi, la tradition orale maure a-t-elle conservé le geste noble et généreux de Baba wuld Hamdi, grand lettré du Trarza (m. 1315 H/1897-1898 J.C.) de la tribu maraboutique des Idawlhaj (fraction Ahl Talab Ajwad).

Dans le campement de cet homme renommé[29], une femme déclara par ruse (*hâzga*) que le père de l'enfant dont elle attendait la naissance était Baba Wuld Hamdi. Elle savait en effet que celui-ci appartenait à cette catégorie d'hommes de moralité irréprochable, dont les paroles et les actions ne pouvaient être mises en doute. Baba Wuld Hamdi accepta d'endosser cette paternité, et offrit à la femme les biens nécessaires (vaches laitières, argent) à l'entretien (*nafâqa*) de l'enfant qui, en droit malékite, revient au père.

Ce comportement généreux, considéré socialement comme noble, participe d'un code de chevalerie arabe, appelé *murûwwa*, exercé par tout « gentilhomme » envers les plus faibles de la société (femmes, pauvres, vieux, enfants...). Selon B. Farès (1977, p.636-637), la *murû'a* ou

29. À Ayshaya, à l'ouest de Méderdra.

murûwwa est une notion morale employée spécialement à l'époque préislamique et dans les premiers temps de l'islam, pour désigner les bonnes mœurs d'un homme noble. Cette notion ancienne inspire encore aujourd'hui le comportement de nombreux Maures (Fortier 2003, p. 239-240).

D'après les intéressés, le mensonge (*kadhb*) dans ce cas extrême est, du point de vue religieux, autorisé (*wâjib*) puisqu'il est subordonné à une fin supérieure ; préserver la filiation (*nasab*) d'un enfant est en effet l'un des cinq intérêts vitaux (*maqâṯid ash-sharî'a*), énoncé par la loi islamique (*sharî'â*), avec la conservation de la religion (*dîn*), de la vie (*nâfs*), des biens (*mâl*) et de la raison (*'aql*). Ces cinq objectifs supérieurs (*maqâṯid*) doivent être prioritairement sauvegardés selon la loi islamique (*sharî'a*), et ce, même au prix de certaines transgressions.

La reconnaissance de paternité d'enfants de femmes esclaves

Une procédure juridique de reconnaissance de paternité légitime (*istilḫâq*) devant deux témoins est possible dans le rite malékite à certaines conditions (Milliot 1953, p. 392-395). Ces conditions, loin d'être véritablement restrictives, apparaissent plutôt comme des alibis qui donnent une apparence de légalité à une naissance en réalité illégitime. D'une part, pour que cette reconnaissance de paternité paraisse vraisemblable, la différence d'âge entre le père déclaré et l'enfant doit correspondre à l'écart générationnel habituel entre un père et un fils. D'autre part, la reconnaissance serait inopérante si l'enfant avait déjà un père connu, parce qu'elle révélerait l'irrégularité de cette filiation juridique. Enfin, il faut que cette naissance soit le produit d'une union licite, c'est-à-dire qu'elle ait lieu dans le cadre conjugal.

Si cette procédure juridique donne une filiation à l'enfant, elle n'occulte pas l'adultère de la mère, comme pouvait le permettre le recours au mariage. De plus, l'homme qui accepte cette reconnaissance se met également en position d'avouer son propre adultère. Aussi, ce type de procédure était-il surtout destiné dans le droit musulman à la reconnaissance de paternité des enfants de femmes esclaves nés hors mariage, la filiation des enfants de femmes libres ne pouvant être théoriquement établie que dans le cadre matrimonial.

Dans la société maure, la procédure juridique de reconnaissance de paternité concernait dans le passé l'esclave avec laquelle le maître avait eu des relations sexuelles non précédées par un contrat de mariage (*'aqd*), comme l'y autorisait le droit musulman. En outre, le proverbe maure : « Un esclave qui ne t'appartient pas est aussi libre que toi » (*'abid mahu 'abdak ḫarr kifak*) illustre le fait juridique selon lequel un maître n'a de droit que sur ses propres esclaves. Et, le droit sexuel du maître sur sa

propre esclave (*khâdam*) ne s'étend pas à toutes les esclaves de sa famille. Aussi, ne peut-il avoir de relations sexuelles avec une femme esclave qui ne lui appartient pas qu'en l'épousant, c'est-à-dire en ayant l'accord préalable de son maître. Cependant, selon le droit musulman, si le mariage avec l'esclave d'autrui n'est pas illicite (*ḫarâm*), il demeure toutefois un acte blâmable (*makrûh*) (Bousquet 1935, p.45).

La reconnaissance de paternité ne peut avoir lieu en dehors du mariage que s'il s'agit d'une femme esclave dont le maître reconnaît l'enfant. Dans ce dernier cas, l'enfant a les mêmes droits que s'il était issu d'un mariage légitime. En outre, la reconnaissance d'un enfant né d'une femme esclave produit des effets à l'égard de la mère qui, selon l'expression juridique d'usage, est « libérée par le ventre » (*taḫrîr al-baṭan*). Ainsi, la femme servile ayant conçu un enfant de son maître, qu'il soit fille ou garçon, change de statut juridique. Quand elle devient « mère de l'enfant » (*umm al-walad*), sa condition n'est plus celle d'une femme esclave, mais n'est pas encore celle d'une femme libre. Elle ne sera effectivement libre juridiquement qu'à la mort de son maître qui, après cette reconnaissance de paternité, peut toujours utiliser ses services mais ne peut plus l'aliéner (vente...).

De surcroît, cet affranchissement s'étend non seulement à l'enfant conçu par le maître, mais également aux enfants que la femme a eus par le passé ou aura dans le futur, même si leur géniteur est de statut servile (Khalîl 1995, p.430). Ce processus d'affranchissement est une conséquence de l'application de la règle juridique: « L'enfant suit le sort de sa mère pour l'affranchissement, c'est-à-dire qu'il est affranchi quand elle l'est » (Qayrawânî 1968, p.227).

En *ḫassâniyya,* ce n'est pas l'expression de « mère de l'enfant » (*umm al-walad*) qui est utilisée pour désigner le nouveau statut de la femme esclave « libérée par le ventre », mais celle de *jâriyya*. Dans le passé, l'homme qui souhaitait voir s'agrandir sa progéniture masculine (Fortier 2001, p.99), reconnaissait les enfants issus de ses servantes afin de perpétuer sa lignée. À une plus grande échelle, cette stratégie de reconnaissance de paternité pouvait constituer un moyen d'accroître l'importance démographique de sa tribu. Avant la colonisation, l'enjeu était de taille, puisque de nombreuses tribus, en particulier les tribus guerrières et certaines tribus maraboutiques, se livraient de fréquentes batailles.

Mais lorsque la perpétuation de la lignée était assurée, il était courant que les maîtres ne reconnaissent les enfants de leurs esclaves qu'au seuil de leur mort. Cette décision, à ce moment ultime, n'était pas mue par un amour filial soudainement déclaré, mais par la peur que cette non-reconnaissance, qui constitue une faute du point de vue religieux, ne les conduise en enfer. Ainsi, de nombreux enfants, nés de mère esclave et de père d'origine libre, étaient éduqués durant leur enfance comme des esclaves, et vivaient servilement une grande partie de leur vie, jusqu'à ce que leur père les reconnaisse et qu'ils passent alors du statut servile à celui de noble.

La filiation incertaine de l'enfant né d'un mariage secret (*sirr*)

Dans le cas d'une femme libre, son enfant ne peut être légalement reconnu que si elle est mariée. D'un point de vue juridique, l'acte de mariage (*'aqd*) consiste à verser une dot (*sadâq*) au tuteur de la promise, devant un contractant qui récite la première sourate du Coran (*fâtiha*) et en présence de deux témoins (*shuhûd*). Dans la société maure, cette union légitime peut prendre deux formes, une forme officielle et une autre officieuse. En effet, il existe un type de mariage dit secret (*sirriyya*), où le contrat (*'aqd*) n'est pas suivi d'une noce qui le rende public[30].

Ce mariage clandestin est principalement le fait d'hommes déjà mariés qui souhaitent prendre secrètement d'autres épouses. Cette union doit rester secrète (*sirr*), car si l'épouse officielle l'apprenait, elle demanderait inévitablement le divorce ou, du moins, une compensation financière importante. Dans la société maure, où les femmes n'accordent pas à leur époux le droit à la polygamie, pourtant reconnu par le Coran (IV, 3), les hommes utilisent le mariage secret comme un substitut à la polygamie (Fortier 2011b).

Cette forme de mariage secret est considérée par le droit malékite comme viciée : « On évitera de contracter le mariage en secret, même en demandant aux témoins de garder le silence. L'annulation d'un tel contrat est obligatoire » (Ibn 'Âsim 1958, p.59). L. Bercher qui commente la *'Âsmiyya* apporte des précisions à ce sujet (*ibid.*, p.303, note 308) : selon lui, l'opinion juridique qui prévaut est que ce mariage n'est plus annulable s'il s'est écoulé un certain temps depuis la consommation.

En effet, tous les ulémas (*'ulamâ'*) malékites ne sont pas unanimes pour admettre que la clandestinité du mariage soit une cause d'annulation (*ibid.*). Ainsi, de nombreuses décisions juridiques (*hukum*) de juristes maures (*fuqahâ'*) reconnaissent la validité de ce type de mariage. Leur argument principal repose sur la remise en cause du caractère effectivement secret de ce mariage, comme le montre le raisonnement d'un célèbre cadi du Trarza, Muhammad wuld Ahmad Yawra – de la famille maraboutique des Ahl-al-'Aqil de la tribu des Awlâd Daymân –: « Un mariage conclu devant deux témoins ne saurait être qualifié de clandestin, il est donc valable »[31] et « Si après l'acte de mariage, on le tient au secret, cela ne le rend pas vicié ; que l'on se méfie du sens apparent des textes » (Ould Bah 1991, p.107).

---

30. La noce a en effet le rôle de rendre public le mariage, comme l'indique son nom en *hassâniyya*, *tbal*, qui renvoie au tam tam animant la cérémonie de mariage.

31. De même, au sujet du mariage secret, Muhammad Mawlûd, de la famille des al-Fagha Mûsâ de la tribu maraboutique des Idayqûb (Tashûmsha) de la région du Trarza, auteur d'un traité de droit intitulé *al-Kafâf*, cite l'opinion selon laquelle tout mariage auquel deux témoins honorables ont assisté ne peut être qualifié de clandestin (Ould Bah 1991, p.78).

Si ce mariage secret est considéré par la plupart des juristes comme licite, l'enfant qui peut éventuellement naître de cette union sera juridiquement reconnu comme légitime. Par exemple, dans l'histoire évoquant précédemment la reconnaissance de paternité d'un enfant illégitime par un homme renommé (Baba Wuld Hamdi) à la demande de sa mère, l'enfant était en fait issu d'un mariage secret avec un homme de passage[32] dont la femme n'avait plus de nouvelles, jusqu'à ce que celui-ci réapparaisse et réclame la paternité de l'enfant. Ce commerçant en sel[33] ayant déclaré qu'il avait épousé secrètement cette femme lors d'un déplacement, et que les deux témoins présents lors du contrat de mariage (*'aqd*) étaient prêts à confirmer sa déclaration, la paternité de l'enfant lui revint et fut retirée à Baba Wuld Hamdi.

Cependant, ce type de mariage étant, par définition, secret, il arrive que l'homme refuse de reconnaître les enfants nés de cette union. Dans la société maure, l'acte de mariage (*'aqd*) étant le plus souvent oral, la femme ne dispose généralement d'aucun contrat écrit pour faire valoir la légitimité de son union, comme le montre l'histoire précédente où la femme ne pouvant, faute de preuve, recourir au droit musulman (*fiqh*) pour établir la filiation de son enfant, en appela au code (*'urf*) d'honneur (*murûwwa*) d'un homme renommé.

Le seul recours juridique pour la femme qui se trouve dans cette situation est de rechercher les témoins ayant assisté à ce contrat; ce qui se révèle généralement impossible, car il s'agit habituellement d'individus de passage dont elle ignore l'identité ou de compagnons de l'homme qui l'a épousée. Par conséquent, seule la femme qui a exigé, lors de ce type de mariage, un acte écrit, peut, par cette preuve juridique, contraindre celui qui l'a épousée secrètement à reconnaître l'enfant.

Lorsque la procédure juridique de reconnaissance de paternité légitime (*istilhâq*) est accomplie par le père, elle crée un lien de filiation (*nasab*) avec l'enfant; celui-ci possède tous les droits d'un enfant légitime: droit à la subsistance (*nafâqa*), et plus tard à la succession (*tarîka*), ainsi que certains devoirs, comme respecter son père et subvenir à son entretien, si celui-ci est dans le besoin. À cela s'ajoute, quand il s'agit d'une fille, le droit de contrainte matrimoniale (*jabr*) du père, conformément au droit malékite (Milliot 1953, p.399-400).

---

32. Au sujet des rencontres amoureuses clandestines dans la société maure, voir C. Fortier (2004b, p.238).

33. En l'occurrence, il s'agissait d'un commerçant en sel de la tribu des Idayghab qui, sur son chemin vers la saline de Ntarat (à dix kilomètres au sud de Tigant), passa la nuit dans cette localité où il épousa cette femme secrètement afin de légitimer son union sexuelle avec elle.

Abandon et recueil d'enfant

Mais toutes les femmes non mariées n'ont pas la chance de trouver une issue favorable pour elle et leur enfant illégitime, en sorte qu'elles doivent se séparer du nouveau-né. Pour ce faire, les femmes les plus fortunées confient l'enfant à une famille d'une autre région. Si ses membres, généralement d'origine tributaire (*znâga*) ou servile (*harâṭîn*) acceptent de s'occuper de l'enfant, ils reçoivent une rétribution, qui est traditionnellement de deux à trois chamelles. Pour ne pas laisser de traces de ces tractations, les chamelles ne sont pas marquées du feu (*nâr*) de la tribu qui en est propriétaire. L'enfant ne connaîtra alors jamais sa génitrice, ni bien sûr son géniteur, et sera assimilé statutairement au groupe auquel il a été confié.

Quant aux femmes célibataires les moins fortunées, elles n'ont, bien souvent, pas d'autre solution que d'abandonner leur enfant. Les femmes de la *bâdiyya* (désert à pâturage) le laissent en général à l'écart du campement dans un endroit de passage, afin d'être assurées de sa survie. En effet, la première personne qui aperçoit l'enfant est obligée juridiquement en islam, dans un premier temps de le recueillir, et dans un second temps de le remettre aux autorités ou à la communauté musulmane (*jammâ'a*) (Bousquet 1935, p.86).

Dans le cas où ses parents viendraient à le réclamer, ceux-ci devraient établir les preuves de leur relation de parenté avec cet enfant (*ibid.*). Lorsque ses parents restent inconnus, la première personne ayant recueilli l'enfant peut demander au cadi de le prendre en charge, et s'il y a contestation sur ce point, le droit de garde est confié au plus apte. C'est en effet un devoir collectif (*fard kifâya*) pour la communauté musulmane, qui devient une obligation personnelle (*fard 'ayn*) pour celui qui l'aperçoit le premier, de prendre soin d'un enfant que le hasard lui fait trouver (Linant de Bellefonds 1973, p.57).

Le fait de recueillir un enfant trouvé (*manbûdh*) est une forme d'adoption (*at-tabannî*) en droit musulman bien qu'elle n'établisse pas de lien de filiation. Comme l'affirme le Coran (XXXIII, 4) : « Dieu ne loge pas deux cœurs au dedans de l'homme [...] non plus qu'il ne fait un fils de ceux que vous adoptez » (trad. Berque 1990, p.447). Apparue au moment où le Prophète venait d'épouser l'ex-épouse (Zaynab) de son fils adoptif (Zayd), cette révélation mit un terme à l'indignation des partisans du Prophète qui considéraient, selon la coutume préislamique, que cette union était incestueuse (Charles 1956, p.60).

Les effets juridiques de l'adoption sont par conséquent limités au devoir d'éducation ; l'enfant adopté ne porte pas le nom de son père adoptif, et ne devient pas *a fortiori* son héritier[34]. En outre, le mariage entre frère et sœur adoptifs n'est pas prohibé dans la mesure où ils n'ont pas de lien biologique (Fortier 2011a).

---

34. Et réciproquement, le père adoptif n'héritait pas de son enfant adopté si celui-ci venait à mourir en premier.

En arabe, le mot *laqit* connaît deux acceptions; il désigne d'une part l'enfant trouvé, comme le suggère le verbe dont il dérive: *laqata*, qui signifie ramasser par terre, et, d'autre part, il désigne celui dont le père et la mère sont inconnus (Kazimirski 1944, t. 2, p. 1015). La présupposition selon laquelle l'enfant trouvé ne peut être qu'illégitime est également implicite dans l'expression utilisée en *hassâniyya* pour désigner l'enfant trouvé: *farkh*. Ce mot qui signifie littéralement poussin renvoie explicitement à un être sans père, soit à un « bâtard ».

Un autre terme de connotation moins méprisante est utilisé en Mauritanie pour désigner l'enfant pris en charge par la communauté musulmane du lieu: il est appelé « fils de la mosquée » (*awlâd lamsîd*). L'enfant est effectivement placé dans une famille rémunérée grâce à l'aumône (*sadaqa*) des fidèles, recueillie chaque jour à la mosquée, après la prière du début de l'après-midi (*zuhr*). Pour la communauté musulmane, c'est un devoir religieux que de venir en aide à toute personne sans ressources, qu'il s'agisse d'enfants trouvés, de pauvres, d'étudiants, ou d'individus momentanément dans le besoin. Ainsi, afin de sauvegarder la survie et l'éducation de leur enfant, les femmes en difficulté l'abandonnent près de la mosquée de la localité[35].

Ces enfants dont la filiation est ignorée (*majhûl an-nasab*) sont présumés libres et musulmans[36] par le droit islamique (Bousquet 1935, p. 86). Il leur est attribué dans la société maure le prénom d'un homme libre, généralement celui du Prophète Muhammad[37]. Le nom d'un individu en arabe comprenant la mention du patronyme, il est donné à l'enfant trouvé un nom propre quelconque; à moins que celui-ci ne soit substitué par un nom commun indéterminé comme « fils de sa famille » (*wuld Ahlu*) ou « fils de l'homme » (*wuld Râjal*).

Devenus adultes, ces enfants abandonnés ont un statut inférieur dans une société où l'origine généalogique est le référent primordial de l'identité. C'est particulièrement vrai pour les personnes de sexe masculin, comme le montre l'analyse des alliances matrimoniales, révélatrice des différences statutaires. Ainsi, si une femme sans origine peut se marier à un homme noble, la tendance matrimoniale étant hypergamique, il n'en est pas de même d'un homme sans origine qui ne peut épouser qu'une femme de statut inférieur ou égal au sien. Cette tendance connaît des exceptions, en particulier quand l'homme possède un « capital économique, symbolique ou politique »[38], qui sert son groupe d'appartenance. Il

35. A.M. Goichon remarque la même pratique au Mzab (1927, p. 180).

36. Selon le droit malékite: « [...] s'il est recueilli par un musulman dans un village habité, ne fût-ce que par deux familles musulmanes, il est considéré comme musulman; de même s'il est recueilli par un infidèle dans un village où la moitié de la population est musulmane. En ce cas il doit obligatoirement être confié à une famille musulmane. Dans les autres circonstances, on le considère comme infidèle » (Bousquet 1935, p. 86).

37. Certains noms étaient réservés aux esclaves.

38. Ces catégories sont empruntées à Pierre Bourdieu.

accède ainsi à un statut relativement supérieur dans la hiérarchie sociale maure qui lui permet d'épouser une femme de rang noble[39].

En Mauritanie, il n'est pas rare qu'un couple infertile élève l'un des enfants de la sœur de la femme en priorité ou, à défaut de la sœur du mari. Il s'agit le plus souvent d'une fille afin que, plus tard, elle veille à son tour sur ses éducateurs vieillissants. Élever un garçon ne procure en effet aucun avantage de ce type, ni d'avantage d'ordre juridique puisque l'enfant élevé n'a aucun droit de filiation ou d'héritage par rapport à ses éducateurs.

Cette pratique, usitée dans la société maure et dans d'autres sociétés d'Afrique du Nord, s'apparente au *fosterage* qui suppose la préservation de l'identité d'origine de l'enfant[40]. Ce type de pratique porte le nom de *kafâla* dans certains pays musulmans où elle est codifiée juridiquement (Fortier 2010a, p.27). Les réformes législatives de certains pays du Maghreb (Algérie, Maroc) ont par ailleurs permis que l'enfant porte le nom de l'adoptant, mais cette filiation n'en est pas vraiment une, puisqu'elle ne donne pas droit à l'héritage, à la différence de l'adoption plénière autorisée par exemple en Tunisie (*ibid.*).

Infanticide et avortement

Malgré l'existence d'artifices socio-juridiques destinés à sauver les femmes et leurs enfants de l'accusation d'illégitimité, la pratique de l'infanticide perdure en Mauritanie, y compris dans la capitale, comme le montrent les faits divers de la presse locale où des nourrissons sont retrouvés morts parmi des détritus[41]. Si une femme est prise en flagrant délit d'abandon ou d'infanticide, elle est exhibée et lynchée par la population.

L'infanticide demeure évidemment un sujet tabou, bien qu'il soit plus courant que l'avortement dans la société maure. En effet, il semble que traditionnellement l'avortement (*ijhâḏ*) n'ait pas été usuellement pratiqué, à l'exception de certaines tribus du Sahara occidental (*Sahel*) qui connaissaient des plantes abortives[42]. Par exemple, la poudre des feuilles de jujubier, appelée *lakhwâẓ*, est connue pour faire « tomber le ventre » (*itayah al-karsh*), selon l'expression locale. Aujourd'hui, l'avortement médical

39. Ceci est particulièrement vrai à la deuxième génération.

40. Le terme de *fosterage*, dérivé du verbe anglais *to foster* qui signifie nourrir, a été intégré au lexique anthropologique français, faute de traduction adéquate. Au sujet du *fosterage*, voir Jack Goody (1969, p.5-78).

41. Cette pratique de l'infanticide est également connue au Mzab (Goichon 1927, p.180).

42. A. Leriche (1953) cite certaines plantes abortives du Sahara occidental (*Sahel*) comme le *sakrân* (jusquiame, *Hyoscyamus muticus*, p.286), l'*ummjlûd* (*Pergularia tomentosa*, p.289), *mkhaynza* (*Cleome arabica*, p.273).

concerne des femmes aisées de Nouakchott, qui pratiquent clandestinement cette opération à l'étranger[43].

D'un point de vue religieux, il est cependant plus grave de tuer un enfant après sa naissance qu'avant l'accouchement; comme l'indique Ghazâlî (1989, p.90): « Ces deux choses, en effet, sont un attentat criminel contre un être déjà existant; et cela présente également une gradation: le premier degré de l'existence, c'est que le sperme dégoutte dans l'utérus et se mélange avec le sperme de la femme et devienne ainsi réceptif à la vie; détruire cela constitue (déjà) un attentat contre un être existant, si la gouttelette de mélange devient grumeau (*mud'hgha*) et *'alaqa*, l'attentat est déjà plus grave; il l'est encore davantage lorsque l'âme y a été insufflée et qu'il a pris forme humaine; mais le comble de l'atrocité est atteint quand le crime est commis après que le fœtus est né vivant ».

Cette embryogenèse est fondée à la fois sur des versets du Coran (XXII 5 et XXIII 12-14) et sur les traditions du Prophète. Elle est divisée en étapes de quarante jours, passant par le *nuṭfâ* (semence), l'*'alaqa* (caillot de sang) et le *mudgha* (morceau de chair). Un hadith retrace les étapes de ce processus: « L'un de vous demeure à l'état embryonnaire dans le ventre de sa mère pendant une période de quarante jours, puis devient comme du sang coagulé pour une période égale, puis comme une bouchée pendant une période égale. Enfin Dieu envoie un ange chargé d'écrire quatre mots en lui disant: "Écris ses œuvres, sa part de la vie, son terme, et sa destinée, heureuse ou malheureuse", enfin il lui insuffle l'esprit... » (Bûkhârî 1993, t. 2, p.556, par. 1356).

Durant ces trois premières étapes, le fœtus manquant d'âme humaine, la grande majorité des juristes malékites autorisent l'avortement, mais à la fin des cent vingt jours de la conception, le « morceau de chair » doué d'une âme devient un sujet de droit (Fortier 2001, 2007 et 2010a), et toute mort devra être payée d'une compensation (*diyya*), appelée en l'occurrence *ghurra*, qui correspond à la moitié du dixième de l'amende compensatoire d'un homme libre (Qayrawânî 1968, p.249). La traduction de *diyya* par « amende compensatoire » est substituée volontairement à l'expression surdéterminée de « prix du sang » utilisée habituellement. En Mauritanie, « la *diyya* du fœtus » (*diyyat al-janîn*) est fixée traditionnellement à cinq chameaux, soit le dixième de la *diyya* d'une femme libre qui correspond elle-même à la moitié de la *diyya* d'un homme libre, évaluée à cent chameaux (Leriche 1957, p.451).

43. Cette destination est bien souvent Dakar, car c'est la capitale la plus proche de Nouakchott.

Réparation masculine de la faute féminine

Le mariage en islam est l'acte juridique qui légitime les rapports sexuels entre hommes et femmes; aussi tout enfant né en dehors du mariage est-il considéré comme un « bâtard » (*walad az-zinâ*), et ses parents sont assimilés à des « fornicateurs » (*zinâ*). Si l'homme échappe par nature à l'accusation d'adultère, il n'en est pas de même de la femme dont la grossesse est le résultat visible de son acte. Cela est d'autant plus vrai dans une société comme celle des Maures qui semblent avoir très largement ignoré ou refusé la pratique de l'avortement. En outre, la femme adultère perd son honneur et entache également celui de sa famille, car c'est la responsabilité des parents de la femme qui est en cause; ceux-ci sont en effet coupables, d'un point de vue social, de ne pas avoir suffisamment contrôlé les tendances libidineuses de leur fille.

Dans la société maure, les femmes sont par nature du côté du démon (*shaytan*) tentateur, les hommes ne faisant que succomber à leur charme (Fortier 2004a, p.20-21). De même, en islam, les femmes sont du côté du péché, c'est pourquoi la religion a instauré une certaine distance corporelle entre hommes et femmes non prohibés. L'obligation de ne pas toucher l'autre sexe, y compris pour le saluer, de ne pas s'asseoir à ses côtés, de porter le voile pour la femme, sont considérés comme des garde-fous contre l'adultère. Toutefois, le droit musulman offre certaines échappatoires juridiques à la fautive; la présomption de paternité, l'impossibilité de prouver l'adultère, la peine prévue pour calomnie, les délais de grossesse, sont autant de moyens juridiques permettant de protéger la femme mariée.

Le cas de l'adultère dans la société maure, témoigne que la loi religieuse (*shari'â*) est soumise à des usages sociaux spécifiques à chaque société. La femme non mariée étant dans une situation beaucoup plus difficile que celle de l'épouse, le code maure de l'honneur supplée parfois au manque d'artifices juridiques. Mais il arrive aussi qu'elle ait recours à l'infanticide ou à l'abandon, quand elle n'est pas elle-même contrainte à s'exiler avec son enfant.

Dans la société maure où l'idéologie patrilinéaire est primordiale et où le sperme est tout puissant dans la fabrication d'un enfant (Fortier 2001, p.102-110), la filiation est toutefois reconnue comme un fait social qui peut ne pas correspondre à l'engendrement. Car, lorsqu'il s'agit de sauver l'honneur d'une famille, peu importe que l'enfant ait été engendré par un inconnu, du moment que cela reste caché. Chacun feint de l'ignorer, car lorsque les apparences sont sauves, c'est aussi l'honneur de la famille qui est sauvegardé. La formule de J. Pitt Rivers (1983) à propos des sociétés méditerranéennes: « L'honneur se perd par les femmes et s'acquiert par les hommes » s'applique parfaitement à la situation de l'adultère dans la société maure où, grâce à des artifices juridiques ou sociaux, c'est à l'homme de dissimuler la faute dont la femme est considérée comme coupable.

Bibliographie

Bousquet, G.-H., 1935, *Précis élémentaire de droit musulman (mâlékite et algérien)*. Alger-Paris, Soubiron-Geuthner.

Bukhârî, M., 1993, *Le Sommaire du Sahih al-Boukhari (at-Tajride as-Sahih)*. Trad. de F. Chaaban. Beyrouth, Dar al-Kutub al-Ilmiyah.

Charles, R. 1956, *Le droit musulman*. Paris, PUF.

Colin, J., 1998, *L'enfant endormi dans le ventre de sa mère*. Perpignan, Presses universitaires de Perpignan.

Coran, 1967, Trad. de D. Masson. Paris, Gallimard.

– 1980, Trad de R. Blachère. Paris, Maisonneuve et Larose.

– 1990, Trad. de J. Berque. Paris, Albin Michel.

Fares, B., 1993, « *Murû'a* », Art. *Encyclopédie de l'islam*, t. II. Leiden, E.J. Brill et Paris, Maisonneuve et Larose, p.636-637.

Fine, A., 1994, *Parrains, marraines. La parenté spirituelle en Europe*. Paris, Fayard.

Fortier, C., 1997, « Mémorisation et audition: l'enseignement coranique chez les Maures de Mauritanie ». *Islam et Société au Sud du Sahara, 11*, p.85-105.

– 1998, « Le corps pour mémoire. Du giron maternel à la férule du maître coranique ». *Journal des Africanistes*, 68, 1-2, p.199-223.

– 2001, « "Le lait, le sperme, le dos. Et le sang ?". Représentations physiologiques de la filiation et de la parenté de lait en islam malékite et dans la société maure de Mauritanie ». *Cahiers d'Études africaines, 40*, 1, 161, p.97-138.

– 2003, « Épreuves d'amour en Mauritanie ». *L'Autre, Cliniques, cultures et sociétés, 4*, 2, p.239-252.

– 2004a, « "Ô langoureuses douleurs de l'amour". Poétique du désir en Mauritanie ». In M. Demeuldre (éd.), *Sentiments doux-amers dans les musiques du monde*. Paris, L'Harmattan (Logiques sociales, musique et champ social), p.15-25

– 2004b, « Séduction, jalousie et défi entre hommes. Chorégraphie des affects et des corps dans la société maure ». In F. Héritier et M. Xanthakou (éd.), *Corps et affects*. Paris, Odile Jacob, p.237-254.

– 2005, « "Infléchir le destin car la vraie souffrance est à venir" (société maure-islam sunnite) ». In D. Casajus (éd.), *Systèmes de pensée en Afrique noire, 17, L'excellence de la souffrance*, p.195-217.

– 2006, « La mort vivante ou le corps intercesseur ». *Revue du Monde Musulman et de la Méditerranée, 113-114, Le corps et le sacré en Orient musulman*, B. Heyberger et C. Mayeur-Jaouen (éd.), p.229-246.

– 2007, « Blood, Sperm and the Embryo in Sunni Islam and in Mauritania: Milk Kinship, Descent and Medically Assisted Procreation ». *Body and Society, 13*, 3, Special Issue: *Islam, Health and the Body*, D. Tober & D. Budiani (éd.), p.15-36.

– 2010a, « Le droit musulman en pratique : genre, filiation et bioéthique ». *Droit et Cultures, 59*, 1, C. Fortier (éd.), *Actualités du droit musulman : genre, filiation et bioéthique*, p. 11-38.
– 2010b, « Se masturber pour les hommes, montrer son sexe pour les femmes : recueil de sperme et pratiques gynécologiques dans le cadre des Procréations Médicalement Assistées (Islam sunnite-Égypte-France) ». *Sociologie et Santé, 31*, mars, *Islams et santé*, L. Kotobi et A.M. Moulin (éd.), p. 221-232.
– 2011a, « Filiation versus inceste en islam : parenté de lait, adoption, PMA, et reconnaissance de paternité. De la nécessaire conjonction du social et du biologique ». In P. Bonte, E. Porquères et J. Wilgaux (éd.), *L'argument de la filiation*. Paris, MSH, p. 225-258.
– 2011b, « Women and men put Islamic Law to Their Own Use : Monogamy Versus Secret Marriage in Mauritania », *in* M. Badran (éd.), *Gender and Islam in Africa, Rights, Sexuality and Law*. Washington, Woodrow Wilson Press, p. 213-232.
– 2012, « Sculpter la différence des sexes. Excision, circoncision et angoisse de castration (Mauritanie) ». In M. Lachheb (éd.), *Penser le corps au Maghreb*, Paris, Karthala/IRMC, p. 35-66.
Ghazâlî, M., 1989, *Le Livre des bons usages en matière de mariage*. Trad. de L. Bercher et G. H. Bousquet. Paris, A. Maisonneuve.
Goichon, A.M., 1927 et 1931, *La vie féminine au Mzab, étude de sociologie musulmane*. 2 vol., Paris, Geuthner.
Goody, J., 1969, « Adoption in a Cross-Cultural Perspective ». *Comparative Studies in Society and History, 11*, 1, p. 55-78.
Ibn 'Âsim, M., 1958, *'Âsmiyya*. Trad. de L. Bercher. Alger, Institut d'études orientales-Faculté des lettres d'Alger.
Ibn Hanbal, A., 1969, *Musnad* in *Concordance et indices de la Tradition musulmane*. A.J. Wensinck, J.P. Mensing, et J. Brugman (éd.), 8 vol. Leiden, E.J. Brill (en arabe).
Ibn Manzûr, M., (s.d.) *Lisân al-'Arab*, 20 vol., Beyrouth, Dâr Sâdr (en arabe).
Kazimirski, A. de B., 1944, *Dictionnaire arabe-français*, 2 vol., Beyrouth, Librairie du Liban.
Khalîl, M., 1995, *Le Précis*. Trad. d'Harkat Ahmed. Beyrouth, Dar el-Fiker.
Leriche, A., 1953, « Phyto-thérapie maure. De quelques plantes et produits végétaux utilisés en thérapeutique ». *Bulletin de l'IFAN, 23*, p. 265-306.
– 1957, « Des châtiments prévus par la loi musulmane et leur application en Mauritanie ». *Bulletin de l'IFAN, 29*, 3-4, p. 446-463.
Linant de Bellefonds, Y., 1965, *Traité de droit musulman comparé*, 3 vol., Filiation, minorité et incapacité. Paris, Mouton.
Mâlik, I. 1993, Al-*Muwatta'*. Trad. d'Iman Sayad, 2 vol., Beyrouth, Dar el-Fiker.
Milliot, L., 1953, *Introduction à l'étude du droit musulman*. Paris, Sirey.
Moulin, A.M., 1993, « Bio-éthique en terres d'Islam ». *Sociologie Santé, 8*, p. 85-97.

Ould Bah, M., 1981, *La littérature juridique et l'évolution du malikisme en Mauritanie*. Tunis, Publications de l'université de Tunis.
Ould Bara, Y., 1994, *Fiqh, société et pouvoir. La conception de la société et du pouvoir des théologiens-légistes (fuqahâ') mauritaniens*. Nouakchott, IMRS (en arabe).
Pitt-Rivers, J., 1983, *Anthropologie de l'honneur*. Paris, Le Sycomore.
Qayrawânî, M.A., 1968, *Risâla*. Trad. de L. Bercher. Alger, H. Pérès.
Rodinson, M., 1961, *Mahomet*. Paris, Seuil (Points Politique).
Zimmermann, F., 1993 *Enquête sur la parenté*. Paris, PUF.

TROISIÈME PARTIE

TRANSFORMER LE CORPS

7

L'excision et l'infibulation en territoire somali

Mohamed MOHAMED-ABDI

« La morsure du couteau sale et maudit
La déchirure des épines du maraa
Le dos brisé par la position couchée
La brûlure de l'urine.
Mais le pire était à venir !
Le jour de mes noces
Pas de joie ni de danses pour moi
Incapable d'avaler une bouchée.
Mais le pire était à venir !
Le jour de ma délivrance,
On a tranché mes chairs comme de la viande
Impossible de poser l'enfant sur mon ventre
Ma mère est-elle morte ?
Mon père est-il en voyage ?
Non, j'ai été cousue. »

Poème composé par Caambaro, janvier 2001.

En territoire somali (c'est-à-dire en Somalie, à Djibouti, dans la région orientale de l'Éthiopie (Ogaden) et le Nord-Est du Kenya) et dans les quartiers somali des villes de ces deux pays, toutes les femmes sont excisées et 87 à 88 % d'entre elles sont aussi infibulées (Dirie, 1985, p. 17 et 146). Pratique ancestrale, diversement justifiée par celles et ceux qui la vivent au quotidien, jugée barbare par les Occidentaux, l'infibulation fait partie de l'identité somali. Depuis 1998, cependant, peut-être à cause de la guerre civile et de l'intervention accrue des ONG extérieures, des voix s'élèvent, des débats s'instaurent et remettent en cause cette coutume. La BBC en langue somali a proposé un cycle de témoignages de femmes et d'hommes somali sur la pratique de l'excision et de l'infibulation. Le poème cité en exergue est un exemple de ce que l'on a pu entendre lors de ce programme. Son auteur, Caambaro, est une grand-mère d'une soixan-

taine d'années, originaire du Centre de la Somalie, qui, par ces mots, a voulu exprimer son opinion sur l'infibulation.

Cet article intègre des données recueillies sur le terrain en Somalie, en Éthiopie, à Djibouti et au Kenya, auprès de femmes, de jeunes gens des deux sexes, de sages-femmes, d'infirmières, de médecins, de sheikhs musulmans et de chefs traditionnels, depuis 1987, et dans les camps de réfugiés au cours des années 1990. Les dernières informations recensées datent de février 2001. Ces données complètent, parfois contredisent, celles que l'on peut trouver dans la littérature sur le sujet.

Le contexte socioculturel

L'aire culturelle somali s'étend à cheval sur quatre États : la Somalie, la moitié sud de la République de Djibouti, l'est de l'Éthiopie (province de l'Ogaden) et le nord-est du Kenya. À large majorité pastorale nomade et agro-pastorale, la population somali cohabite avec une faible proportion « d'étrangers » d'origine perse, arabe, européenne, désignés par le terme *ka baxsanayaal*, ou encore d'origine bantou, pour la plupart descendants d'esclaves et désignés par le terme *Reer Baarre* (Mohamed-Abdi, 2000, p. 131-147). Parmi ces étrangers, les premiers se rencontrent principalement dans les villes côtières où ils sont liés au commerce tandis que les seconds occupent les terres fertiles de la zone fluviale méridionale.

Bien que la langue somali soit écrite depuis 1972, les Somali sont encore largement de tradition orale. De nombreuses informations circulent de bouche à oreille, traditionnellement par la voix des poètes et des conteurs ou encore par l'intermédiaire des médias (K7 audio et radio).

Du point de vue religieux, les Somali sont musulmans sunnites de rite shafi'ite. De nombreuses confréries ont essaimé sur le territoire somali, les principales étant la Qadiriya, la Ahmediya, la Salihiya et la Dandarawiya. Au cours de la seconde moitié du XXe siècle, deux tendances plus radicales sont apparues, l'une liée aux Frères Musulmans et en relation avec El Azhar (Égypte) et relativement modérée, et l'autre, par comparaison beaucoup plus stricte, la tendance wahhabite. Toutes ces confessions islamiques ont leurs propres centres d'études dont les plus prestigieux et les plus anciens sont : *Qulunqul* et *Tayin* (Ogaden), Mogadiscio, *Bardheere* et *Marka* (sud de la Somalie), *Taleh* et *Sheekh* (nord de la Somalie). Ces centres, à l'exception de ceux de la tendance wahhabite, offrent une formation en langue arabe mais s'emploient aussi à traduire et interpréter les œuvres religieuses en langue somali. Régulièrement et jusqu'à l'éclatement de la guerre civile (1991), des ulémas formés dans ces centres allaient se perfectionner dans les universités religieuses d'El Azhar, de La Mecque ou de Médina, car celles-ci jouissent d'une très grande réputation en milieu somali.

La guerre civile somalienne a bouleversé les structures sociales. Par la force des choses, des femmes ont fondé des associations qui ont travaillé sur le terrain à la sauvegarde des femmes et des enfants. Celles-ci sont à l'origine de la renaissance du mouvement d'émancipation des femmes et du mouvement d'éradication des « mutilations génitales féminines ».

Une opération génitale féminine

L'infibulation est une opération des organes génitaux externes féminins pratiquée essentiellement parmi les populations soudanaises, somali et afar en Afrique du Nord-Est ainsi que par certaines populations du Mali et du Nigeria en Afrique occidentale (Erlich, 1995, p.30; Mirghani, 1973). Elle est souvent présentée comme une forme extrême d'excision. L'une et l'autre sont parfois classées comme « circoncision féminine », pendant à la circoncision masculine.

Circoncision féminine, excision, infibulation : autant de termes à définir.

L'abondante littérature anglo-saxonne utilise généralement l'expression « *female circumcision* » (circoncision féminine), mais celle-ci reste très générique et ne rend pas compte de la complexité des différents types d'opération pratiqués. Ce terme englobe les trois types majeurs retenus par la classification de l'OMS : 1) l'excision *sunna* consiste en l'ablation du prépuce clitoridien et dans certains cas, les plus limités, en une entaille pratiquée sur le capuchon clitoridien; 2) l'excision complète comporte l'ablation totale du clitoris (jusqu'à la racine) et celle, partielle ou totale, des petites lèvres; les limites entre ces deux types d'excision sont assez floues car il existe de nombreuses variantes possibles; 3) l'infibulation, dite aussi circoncision pharaonique, implique l'ablation du clitoris (ablation parfois partielle de ce dernier) et des petites lèvres, l'avivement de l'intérieur des grandes lèvres (la peau est soit grattée jusqu'au sang soit enlevée par fines bandelettes) et leur suture de façon à laisser un orifice vulvaire de taille réduite (Aman, 1996, p.72-74). Bien que le terme infibulation soit peu approprié puisqu'il ne se réfère qu'à l'aspect « suture de la plaie », nous l'emploierons avec le sens qui lui a été donné ici.

Cette classification de l'OMS est somme toute récente. En effet, l'OMS, sollicitée en 1958 par le Conseil économique et social des Nations Unies pour entreprendre une étude sur « les coutumes qui soumettent les filles à des opérations rituelles » (le but étant de mettre fin à ces pratiques), s'était alors déclarée incompétente, du fait que ces pratiques relèvent « de conceptions sociales et culturelles ». Près de vingt ans plus tard, en 1975, l'OMS reconnaissait implicitement que ces pratiques étaient à l'origine de certaines formes de stérilité. Depuis les années 1980, cette organisation milite plus activement à l'éradication des « mutilations sexuelles féminines » (Porgès, 2000, p.56).

En territoire somali, l'infibulation est de loin la plus répandue. L'excision dite *sunna* n'est connue que des populations d'origine arabe présentes sur les côtes et dans les îles Bajun, soit environ 6 à 7 % des femmes ; la clitoridectomie est pratiquée dans des proportions équivalentes à l'excision sunna (Dirie, 1985, p. 146). Quel que soit le degré de l'opération, les Somali utilisent indifféremment les termes *gudmo* (séparation) ou *gudniin* (être excisée), le précisant parfois par *fircooni* (« pharaonique »). On peut s'étonner que le terme *sunna* soit rattaché à l'excision. En fait, un grand nombre d'adeptes de cette pratique sont persuadés que l'excision est recommandée (d'où le terme *sunna*) par la religion islamique. La plupart d'entre eux s'étonnent d'ailleurs qu'elle n'existe pas dans certains autres pays musulmans, par exemple ceux du Maghreb. En revanche, l'expression « circoncision pharaonique » indique plutôt le caractère traditionnel, et éventuellement religieux, de l'infibulation. Certains militants somali contre ces pratiques essaient de faire valoir l'argument que, puisque l'infibulation est pharaonique, elle est antérieure à l'Islam et donc païenne ; par conséquent, il n'y a plus aucune raison de maintenir cette pratique au sein d'un peuple musulman.

Le moment choisi pour l'infibulation

Pour la très grande majorité des femmes somali, l'opération *gudmo* est pratiquée vers l'âge de sept ou huit ans ; les âges les plus extrêmes (et les plus rares) vont de quelques jours après la naissance jusqu'à la seizième année, ou quelques jours avant le mariage. Selon Zoli, gouverneur italien de la province du Jubba, au début du XXe siècle, elle avait lieu vers 11-13 ans dans le Bas- et Mi-Jubba (Zoli, 1927, p. 290.

En règle générale, les opérations réalisées pendant la période néonatale se limitent à l'excision *sunna* ou à la clitoridectomie : les cas d'infibulation sont excessivement rares, du fait des risques importants de décès par hémorragie. En revanche, les opérations pratiquées sur des adolescentes ou de jeunes adultes sont, dans la très grande majorité des cas, des infibulations précédées d'une excision. Elles ont lieu en public et servent à faire la preuve du courage des opérées : elles s'apparentent alors à un rite de passage et aboutissent à court terme (quelques jours, quelques mois au plus) au mariage de l'opérée. C'est ce qui ce produit notamment parmi la caste des chasseurs Boon Aweer présents dans la zone méridionale, entre les fleuves Jubba et Tana.

Lieu et date de l'opération

Les excisions et les infibulations sont rarement collectives en zone culturelle somali. Tout au plus, sont-elles pratiquées simultanément sur deux ou trois enfants proches parentes (cousines, sœurs) et d'âge appro-

prié (Zoli, *op.cit.*). Aman (Aman, 1996, p.69-77) évoque la fête préparée pour ses deux cousines et elle-même. Dans la région interfluviale, on annonce (*digniin*) l'excision-infibulation de la fillette. Une cérémonie est préparée en son honneur; elle reçoit des vêtements neufs et de l'argent. De ce fait, comme elles n'ont pas un caractère rituel social très marqué, l'excision et l'infibulation peuvent avoir lieu indifféremment au cours de l'année, avec toutefois une prédominance pour la saison fraîche (saison des pluies) car la nourriture est plus abondante et permet d'aider au rétablissement des opérées. L'opération est pratiquée à l'aube (Erlich, 1986, p.111; Aman, *op.cit.*), le plus souvent au domicile familial, en présence d'une assistance exclusivement féminine. Dans certains cas, elle a lieu à l'écart [Dirie, 1998, p.69], à l'hôpital ou en consultation externe (Dirie, 1985, p.146). Elle est pratiquée sur des fillettes relativement jeunes et donc vierges, et le plus souvent sans anesthésie. C'est pourquoi il est nécessaire que plusieurs femmes les maintiennent immobiles. Là où l'opération est encore pratiquée sur des adolescentes ou de jeunes adultes, le maintien au sol par des intervenants est jugé non nécessaire puisque l'opérée est « consentante » et doit faire preuve de courage.

Les femmes sont de nouveau infibulées après chaque accouchement. Dans la pratique, il s'agit parfois d'une chirurgie reconstructrice ayant pour but de réparer les déchirures causées lors de l'accouchement. Le plus souvent, cette réinfibulation n'est pas aussi « serrée » que la première (Warsame, Ahmed et Talle, 1985, p. 14). Dans certaines régions, comme l'Ogaden, une femme peut avoir recours à une réinfibulation lorsque son mari doit s'absenter pour une longue période, ou encore après un divorce ou un veuvage (dans certaines régions, on se refait une virginité pour se remarier).

Qui sont les exciseuses ?

Dans la plupart des cas, l'exciseuse (*guddo*) appartient à la caste des *Midgaan*, chasseurs-tanneurs, dont l'une des activités réservées est l'excision-infibulation pour les femmes et la circoncision pour les hommes. Les membres des castes sont méprisés par les Somali qui leur confèrent un statut inférieur. Cette discrimination se manifeste notamment par l'absence de mariages entre les deux communautés somali *Gob* (noble) et *Midgaan*. La tâche de l'infibulation et de la circoncision leur est dévolue car, dits eux-mêmes « impurs », ils ôtent les parties impures du corps du garçonnet et de la fillette, à savoir respectivement le prépuce (*buuryo, balag*) et le clitoris (*kintir*). Contrairement à l'Afrique de l'Ouest où l'excision est pratiquée par les femmes de la caste des forgerons, les *Midgaan* ne sont pas forgerons. Les femmes s'occupent des fillettes et les hommes des garçonnets. Dans les deux cas, l'opération est menée en présence d'une assistance rigoureusement du même sexe que l'opéré. Les sages-femmes traditionnelles (*umuliso*), qui n'appartiennent généralement pas à la caste des *Migdaan*, réalisent aussi ces opérations sur les fillettes. Chez

les jeunes accouchées, elles restaurent le périnée endommagé et éventuellement pratiquent l'infibulation des grandes lèvres.

Dans les villes toutefois, l'opération est parfois pratiquée en milieu hospitalier ou par un médecin, un infirmier, une infirmière ou une sage-femme. Depuis les années 1970, des hommes interviennent donc pour opérer les fillettes. Ces personnes diplômées travaillent avec anesthésie et en général, comme les opérées ne réagissent pas à la douleur, enlèvent beaucoup plus de tissus que nécessaire, causant des dégâts plus importants (Abdalla, 1982, p.21 ; Dirie, 1985, p.23).

Un cas à part : l'infibulation chez les Boon Aweer

Bien que considérés par les Somali comme appartenant à la caste marginale des chasseurs, les Boon Aweer constituent un groupe assez particulier, restreint en nombre mais parlant le somali avec des variantes. À l'époque où je les ai étudiés pendant cinq mois, en 1987 (Mohamed-Abdi, 1998, p.263-294), ils habitaient le sud de la Somalie, entre Kiamboni, Bahdaadho et Kudhaa (région de Holaa Wajeer-Sheer) et dans les villages kényans septentrionaux de Kayuunka, Maangaay, Millimaano et Shuufa. En 1989, ils étaient encore deux mille en Somalie à vivre de la chasse et de la cueillette. Beaucoup avaient déjà rejoint les villes où ils occupaient des emplois subalternes et étaient en phase d'acculturation. Pendant la guerre civile (qui a débuté en 1991), certains sont allés se réfugier dans la zone marécageuse et giboyeuse proche de la côte, à la frontière somalo-kényane.

Parmi ces chasseurs, les garçons ne peuvent avoir d'amie reconnue (au sens de maîtresse : *gashaan*) tant qu'ils n'ont pas acquis le statut de chasseur. Les filles sont en revanche libres d'avoir autant d'amis ou d'amants (*gariyow*) qu'elles le souhaitent, choisis parmi les chasseurs accomplis (*halgan*), et cela jusqu'à leurs fiançailles. Cette période de liberté est le *hammuun bax* ou *hammuun goyn* (« couper la faim »). Si une jeune fille se retrouve enceinte, elle n'est en général pas rejetée. Elle garde son enfant qui est élevé par ses grands-parents maternels. Quand un homme la demande en mariage (*tuugid*) et que son père accepte l'union, elle est officiellement fiancée et perd sa liberté. Elle est alors publiquement excisée et infibulée. Dans la cour de la maison des parents de la jeune fille, les deux familles (celle du fiancé et celle de la fiancée) se placent séparément en rang et se font face. On amène la jeune fille entre les deux et pendant qu'une matrone pratique l'excision et l'infibulation, celle-ci doit faire mine de ne rien ressentir. Pour montrer son indifférence au traitement qui lui est réservé, elle se regarde dans un miroir ou se brosse tranquillement les dents avec une branche de *rummay*[1]. Si elle ne verse pas une seule larme, sa famille l'acclame en poussant des youyous ; dans le cas contraire, c'est la famille

1. Le *rummay*, appelé aussi *caday*, est une brosse à dent traditionnelle, taillée dans des branches fines et assez jeunes de *Salvadora persica L.* Parfois, on utilise aussi la racine de

du fiancé qui se réjouit. La fête des fiançailles a lieu à la suite de cette cérémonie, pendant que la jeune fille se rétablit. Elle dure sept jours. Les futurs époux peuvent se voir, mais n'ont aucun contact intime. Le mariage a lieu quelque temps plus tard. La première nuit, le mari vérifie que la jeune fille est « vierge » c'est-à-dire que la cicatrice est restée intacte. Il l'annonce publiquement. Les festivités se poursuivent sept jours durant. Plus tard, l'époux comme l'épouse peuvent avoir des relations extra-conjugales, souvent avec la complicité de toute la communauté. Le mari jaloux peut provoquer son rival en duel au bâton (*siimba*), afin de laver son honneur.

La liberté sexuelle accordée aux jeunes filles *Aweer* est inhabituelle en zone somali où la femme se doit d'être chaste avant le mariage et fidèle envers son époux. Elle représente peut-être une forme d'hommage rendu aux chasseurs accomplis qui assurent la survie du groupe et qui sont les seuls à bénéficier de ces largesses. Un adolescent apprenti chasseur (*boon yare*) n'est pas considéré comme un homme et ne peut donc fréquenter les jeunes filles. Ce n'est que lorsqu'il a entrepris avec succès sa première grande chasse en solitaire (chasse au grand fauve: lion, guépard, buffle, etc.) et que cette chasse a été reconnue par les aînés qu'il obtient le titre de *halgan*. Ainsi, l'expression *hammuun bax* (couper la faim) renverrait tout aussi bien aux appétits sexuels des jeunes filles qu'à ceux des jeunes chasseurs. Cette période est peut-être aussi l'occasion d'apprendre les gestes et attitudes intimes avant de convoler, une forme d'éducation sexuelle. L'excision-infibulation qui survient au moment des fiançailles et donc pendant ou après la puberté aurait pour but de marquer dans sa chair la jeune fille qui devient dès lors une jeune femme, c'est-à-dire une adulte pouvant assumer les responsabilités d'un foyer. En faisant publiquement preuve de son courage, en supportant sans broncher une douleur particulièrement atroce, l'initiée deviendrait alors l'égale du *halgan*, les *boon aweer* pratiquant l'égalité entre les sexes (une épouse, y compris celle du chef, peut assumer les responsabilités de son époux en son absence).

Gudmo *et statut de l'opérée*

Dans la majorité des cas, l'excision et l'infibulation, de même que la circoncision masculine, sont pratiquées vers l'âge moyen de sept ans. Le même terme somali désigne l'opération génitale, qu'elle soit masculine ou féminine, à savoir *gudmo*. Il signifie séparation et correspond, dans les faits, à une séparation effective des individus de sexe opposé dès lors qu'ils ont subi l'opération.

Les petits enfants jusqu'à l'âge de sept ans sont sexuellement indifférenciés; ils sont *cunug* ou *caruur*: bébé, enfant. Ils sont élevés essentiellement par la gent féminine, en la personne des mères, des sœurs aînées, des

---

cet arbuste, qui contient une quantité plus importante de substances actives (tanins, astringents...).

grands-mères ou des tantes, et les contacts avec les parents masculins sont plus réservés, surtout en présence d'étrangers à la famille. Les effusions démonstratives n'ont lieu qu'à l'intérieur du cercle familial restreint. Les pères sont par ailleurs occupés par leurs activités économiques (commerce, élevage) et donc moins présents que les mères. Jusqu'au moment du *gudmo*, la distinction entre les sexes est très informelle et se marque par la tenue vestimentaire et la coiffure. L'opération *gudmo* modifie radicalement cet état des choses. Le garçonnet rejoint le monde des hommes et la fillette celui des femmes. L'apparence extérieure et l'attitude viennent renforcer la différenciation. Les relations avec le sexe opposé sont marquées dès lors par un très grand respect mutuel. L'éducation des jeunes est prise en charge par les adultes du même sexe. Dans la société traditionnelle, les garçons ne dorment ni ne mangent plus dans la maison maternelle ou en présence de toute autre femme pouvant remplacer la mère. De même, lorsque son père rend visite à sa mère (les hommes pouvant être polygames, ils ne vivent pas en permanence avec leur épouse), la fillette ne dort pas à la maison, mais chez une tante ou une grand-mère. Dans les villes, les maisons ou les appartements sont aménagés de façon à ce que les filles et les garçons, une fois opérés, disposent de « chambres » séparées et à l'écart de celle des parents. Au cours des dix à quinze ans qui suivent, les uns et les autres assimilent les connaissances et savoir-faire qui feront d'eux et d'elles de jeunes adultes (*qaangaadh*) responsables et intégrés au sein de la communauté.

Conséquences

L'excision et l'infibulation ont des conséquences qui vont perdurer la vie durant. À travers les témoignages que j'ai recueillis, plusieurs reviennent constamment, comme une litanie (voir annexe 1).

Les conséquences physiques

Celles-ci peuvent apparaître dès les premières heures (minutes) suivant l'opération ou ultérieurement. L'infibulation, effectuée dans des conditions d'hygiène minimales et par des personnes plus ou moins compétentes, provoque, dans un certain nombre de cas, des infections (*hurgun*) et des hémorragies (*dhiig-bax*), parfois mortelles. Les risques d'hémorragie surviennent aussi ultérieurement, lorsque la jeune femme est défibulée lors de son mariage ou lors de son accouchement (épisiotomie[2]). Les troubles

2. L'épisiotomie est une incision du périnée aminci pendant l'accouchement pour permettre l'issue de la tête. Elle se pratique fréquemment en Occident chez les primipares,

urinaires sont aussi fréquents : incontinence lorsque les sphincters ont été sectionnés, miction douloureuse, rétention d'urine dans les jours suivant l'opération et infections urinaires pouvant affecter les reins. Les règles (*caado*) sont en général douloureuses : le sang, bloqué par l'étroitesse de l'orifice vaginal (*ib*), n'est pas évacué, il forme des caillots (*xinjir*) qui s'accumulent dans l'utérus (*min*), provoquant là encore une infection. Celle-ci est une des principales causes d'infertilité. L'accumulation des caillots peut distendre l'utérus et donner l'illusion d'une grossesse de plusieurs mois.

Le mariage (*guur*) constitue pour ces femmes une autre épreuve. Lorsqu'une jeune fille se marie, le soir des noces est l'occasion de vérifier sa virginité (*gabadhnimo*), c'est-à-dire que la couture n'a pas subi de dommage (volontaire ou involontaire). La vérification est effectuée soit directement par le mari soit par des femmes de sa famille proche, en présence de femmes de la famille de la mariée (notamment dans le nord). Les femmes qui ont procédé à la vérification imprègnent un tissu blanc avec le sang versé lors de la défibulation et le montrent ostensiblement à toute la communauté restée à l'extérieur. Les premiers rapports sexuels (*galmood* : défloration) sont particulièrement éprouvants pour la jeune fille : l'étroitesse de l'orifice, la souplesse atténuée des tissus rendent le coït particulièrement laborieux. Dans certains cas, le problème est résolu par « l'ouverture » (*goyn*) de la jeune fille : le mari déchire la cicatrice de l'infibulation à l'aide d'un couteau (Villeneuve, 1937, p.20 ; Abdalla, 1983, p.24, 106 ; Dirie, 1985, p.45, 74). Cette pratique tend toutefois à disparaître aujourd'hui. Dans certaines régions, cette tâche est dévolue à l'exciseuse (Lewis, 1955, p.53). Dans les villes, on fait parfois appel aux services d'un médecin, d'un infirmier ou d'une sage-femme. Il est recommandé par la tradition, dans tous les cas, que l'acte sexuel soit fréquent après « l'ouverture » afin d'éviter une nouvelle suture de la plaie.

Pour l'homme aussi, la nuit de noces et les premières relations intimes peuvent s'avérer traumatisantes : les blessures infligées au gland lors des tentatives répétées et infructueuses sont fréquentes. Il arrive aussi que malgré tous ses efforts, réitérés nuit après nuit, l'époux ne puisse accomplir l'acte. Il développe alors une rage liée à l'impuissance, dont pâtit son épouse qui peut être sévèrement battue ou, par punition, livrée à plusieurs amis du marié qui la déflorent (Abdalla, p.112-13]. Il se détourne alors parfois d'elle et la répudie ou se remarie. Ces réactions particulièrement violentes à l'égard des femmes ne sont cependant pas générales et il semblerait que le viol collectif de la jeune mariée par les compagnons de son époux ait été une pratique très localisée (région de l'extrême sud). Certains auteurs justifient ces réactions comme une forme de perversion liée à l'infibulation : l'époux, du fait de ses mariages répétés avec des jeunes filles ou jeunes femmes « cousues » finirait par développer un

---

lors du premier accouchement, pour éviter que l'irruption rapide de la tête n'entraîne des déchirures plus importantes.

réflexe conditionné et n'éprouverait de plaisir qu'à travers la douleur ressentie par la jeune mariée (Dirie, 1985, p.75 et 131).

La défibulation au moment du mariage est généralement partielle et nécessite donc une intervention lors de l'accouchement (*dhalid, fool*). Les tissus du périnée ayant perdu de leur souplesse ne peuvent s'étirer au moment nécessaire et bloquent le fœtus. L'allongement du travail qui s'ensuit peut avoir des conséquences néfastes pour l'enfant à naître: déformation du crâne du fait d'une pression prolongée sur des tissus résistants, dommages cérébraux par anoxie, décès. Les conséquences sur les organes internes de la mère sont aussi dramatiques: plaies vésico-vaginales, vagino-rectales, etc. La pression de la tête sur les tissus périnéaux durcis par l'infibulation (et parfois les réinfibulations) peut provoquer leur déchirement (*dillaac*) soit vers l'avant, soit vers l'arrière (*isu go'*), ce qui implique ensuite une chirurgie reconstructrice, pas toujours efficace et qui n'est pas toujours possible, notamment lorsque les tissus ont été complètement endommagés. Pour éviter ces problèmes ou les limiter, la sage-femme, en milieu traditionnel comme en milieu hospitalier, pratique une épisiotomie (incision du périnée aminci pendant l'accouchement pour permettre l'issue de la tête). Toutefois, lorsqu'une sage-femme n'est pas disponible en milieu traditionnel, une autre femme vient aider la parturiente et pratique une ou plusieurs incisions du périnée, dans des conditions d'hygiène et d'éclairage déficientes. En général, elle n'a pas les connaissances des accoucheuses et son geste peut avoir dans bien des cas des conséquences dramatiques: lésions du fœtus, lésion des sphincters, hémorragie... L'accouchement peut-être suivi d'une réinfibulation (*dib-u-qodbid, dib-u-dabrid*) justifiée par la « satisfaction du plaisir de l'époux ». Toutes ces manœuvres sont génératrices d'une morbidité maternelle et fœtale accrue (Dirie, 1985, p.47-55 ; Erlich, 1986, p.132-33 ; ASGO, 1999, p.127-33 ; Kouyate, 1999, p.121].

Les conséquences psychologiques

À ces complications physiques s'ajoutent aussi des traumatismes psychologiques. Bien que conditionnées par leur entourage féminin, les petites filles ne sont en général pas prévenues du moment choisi pour l'opération et y sont assez peu préparées. En Somalie aujourd'hui, celle-ci ne s'intègre plus dans un cycle d'initiation communautaire, elle est plutôt pratiquée de façon individuelle. Au début du siècle, dans la région méridionale, selon Zoli, l'infibulation était l'objet d'une cérémonie initiatique et se pratiquait sur des jeunes filles de 11 à 13 ans (Zoli, *op.cit.*).

Certaines femmes évoquent le sentiment d'être morte au moment de l'excision-infibulation, c'est-à-dire d'avoir perdu une partie d'elle-même, qui les rend fragiles et peu sûres d'elles. Nombreuses sont celles qui développent des sentiments d'angoisse, de peur et d'impuissance: angoisse du mariage, de l'accouchement, de la douleur physique liée à l'un ou l'autre

événement. Les conséquences physiques (incontinence, infections, fistules, etc.) sont aussi à l'origine de divorces, et rend leur situation précaire. Cela les pousse à cacher ces problèmes ou à les minimiser, augmentant ainsi leur angoisse. Les frustrations sexuelles sont plus rarement évoquées ou de façon évasive. C'est en effet un sujet tabou. Le sentiment général qui en ressort est que l'acte sexuel procure peu de satisfaction et certaines femmes se sentent donc incomplètes. Chez leur partenaire masculin, l'infibulation a aussi des conséquences psychologiques. La nuit de noces (*aqal-gal* ou *min-gal*) est une épreuve dont il doit sortir vainqueur. Or les mariages sont arrangés et par conséquent les époux se sont rarement rencontrés, sinon jamais encore. De fait, la jeune mariée se débat et la nuit de noces ressemble le plus souvent à une lutte. Cela peut développer chez l'homme un réflexe conditionné d'orgasme lié à la violence de l'acte sexuel (Dirie, 1985, p.75), et alimenter chez lui un sentiment très fort de domination. Certains souffrent aussi d'impuissance (*ciniinimo*) ou d'éjaculation précoce (*biyo bixid dhow*).

Les fondements de la pratique

Interrogés sur l'origine de l'infibulation, les Somali invoquent des raisons fort diverses, parfois contradictoires.

Pour certains, l'excision et l'infibulation ont été inventées pour faire pendant à la circoncision masculine que Dieu (Allah) a recommandée à Abraham. Il fallait que les filles et les femmes aient leur propre rituel de purification pour satisfaire Dieu. Cette idée de purification est souvent évoquée (*halalayn*, « purifier » au sens islamique). Les Somali considèrent en effet que les enfants mâles naissent avec une marque de féminité : le prépuce. De même, selon eux, les filles naissent avec un organe mâle érectile, le clitoris, pouvant blesser l'homme pendant les rapports sexuels et tuer le fœtus à la naissance. L'ablation de ces parties impures les rend pures et aptes à la prière. Cependant, cet argument semble peu recevable en ce qui concerne les femmes. En effet, il y a un demi-siècle encore, une faible minorité d'entre elles accomplissaient les cinq prières rituelles et ce n'est que depuis les années 1970 qu'elles peuvent entrer dans les mosquées somaliennes (espace réservé).

D'autres pensent que l'infibulation est originaire d'Égypte, puisqu'on l'appelle *gudmo fircooni ah* (circoncision pharaonique) et qu'elle a été transmise aux Somali par les populations nubiennes et soudanaises, via la vallée du Nil.

Pour d'autres encore, l'infibulation est la punition infligée par les hommes aux femmes pour se venger de l'affront fait autrefois par la cruelle reine Arraweelo. La légende veut que celle-ci ait tellement détesté les hommes qu'elle fit castrer tous ses sujets mâles, des plus jeunes aux

plus vieux. Son propre petit-fils, conçu dans des conditions assez mystérieuses, échappa à la castration et provoqua sa chute. Les hommes voulurent se venger et imposèrent donc l'infibulation aux femmes. Dans cette optique, il s'agit de soumettre les femmes, ce que tendrait à confirmer le verbe *tolid* qui désigne l'acte d'infibuler, dont le premier sens est « coudre » mais qui signifie aussi « soumettre, contraindre »[3].

Une autre justification est la protection de la virginité des fillettes et des jeunes filles ayant la garde des troupeaux, dans des zones relativement éloignées du domicile.

Les femmes évoquent parfois l'assouvissement du désir masculin: l'étroitesse de l'orifice vaginal rendrait les rapports plus intéressants pour les hommes, ce que ne contestent pas ces derniers. Ainsi, un vieil homme de 70 ans environ, rencontré à Eastlight, le quartier somali de Nairobi, m'a tenu les propos suivants: « Nous, les hommes, on n'aime pas les femmes mouillées, parce qu'il n'y a pas de frottements. Et les femmes ouvertes, c'est pareil, ça ne frotte pas, elles ne sont pas intéressantes ». Toutefois, la défibulation par les voies naturelles n'est pas sans risque pour eux non plus, tant physiquement (blessures du gland) que moralement (échouer la nuit de noces remet en cause la virilité) (Warsame, Ahmed et Talle, 1985, p. 10). Dans le même ordre d'idées, l'excision et l'infibulation sont parfois considérées comme un embellissement: une femme « cousue » serait plus agréable à regarder qu'une femme « ouverte ». Il n'y a d'ailleurs pas pire insulte, en territoire somali, que de dire à une femme « *Waad furan tahay* »: « tu es ouverte ». L'idée de soumission et de contrôle du désir féminin (de la sexualité féminine) est parfois aussi donnée comme justification. Les femmes sont tenues d'être chastes avant le mariage et fidèles à leur époux. Par ailleurs, leur sexualité n'est envisagée que dans le cadre de la reproduction et certains avancent l'idée que « l'infibulation améliore la fertilité des femmes et prévient la mortalité infantile et maternelle » de façon magique ou rituelle (Dirie, 1985, p. 96; Shermarke, 1999, p. 109). Ce qui s'avère non fondé dans les faits.

Comme le faisait remarquer Almaz G. Amlak (Amlak, 1999, p. 102), « dans des sociétés où la venue des enfants est tellement valorisée, il est intéressant de comprendre pourquoi et comment cette tradition qui constitue un facteur avéré de mortalité maternelle et infantile, s'est maintenue ». La question est bel et bien là. Comment et pourquoi l'infibulation, forme la plus sévère d'excision et sans doute créée indépendamment de celle-ci, a-t-elle pu se perpétuer, en dépit du fait qu'elle est source de tant de problèmes, notamment de stérilité ? Un premier élément de réponse est que les liens de cause à effet entre l'infibulation et certaines formes de stérilité n'ont été révélés qu'avec la médecine moderne. De nombreuses femmes somali, aujourd'hui encore, n'établissent pas de relation entre les maux dont elles souffrent et l'infibulation qu'elles ont subie (Hussein,

3. Le mot *tol* (« couds ! ») s'entend aussi de la nation somali, il signifie alors société, groupe de personnes soumises à la même loi.

1995, p.12). Ainsi, la remise en cause de l'infibulation en raison de ses conséquences pathologiques ne pouvait avoir lieu. Il doit y avoir des raisons profondes pour que des mères qui, leur vie durant, subissent plusieurs cycles d'infibulation-ouverture et endurent autant de souffrances, transmettent ce même lot de souffrances à leurs filles. Parmi ces raisons, il y a bien sûr le risque de ne pas pouvoir les marier, le risque de la répudiation pour « mœurs trop légères » établies sur une simple apparence.

Mais ces justifications n'expliquent pas pourquoi les femmes somali ont commencé à pratiquer l'infibulation ou pourquoi celle-ci leur a été imposée. La réponse se trouve peut-être dans l'observation de leur vie quotidienne dans un monde semi-aride, où la conservation de l'eau est un acte vital. En territoire somali, un grand nombre de choses tourne autour de l'antinomie humide/sec (Mohamed-Abdi et Pannoux, 1993). Lorsqu'on veut dire qu'une femme est féconde, on dit qu'elle est humide (*way qoyaan tahay*) alors que stérile ou ménopausée, on la dit sèche (*waa qalashay* ou *way qalalaan tahay*) ou qu'elle s'est tarie comme une source (*way gudhay*). L'eau se dit *biyo* mais ce terme désigne aussi le sperme de l'homme et le fluide vaginal de la femme: c'est la source de toute vie. L'eau et l'humide sont associés à tout ce qui est vivant, tandis que le sec est invariablement relié à la mort. Une anecdote est très connue des Somali: un homme, dépité par la fausse couche de sa femme, se serait exclamé: « C'est de ma faute, c'est moi qui ai placé mes trésors dans une outre [utérus] renversée ». À partir de ces quelques éléments, peut-on faire l'hypothèse que, dans un contexte de climat aride, les ancêtres des Somali aient imaginé de recourir à l'infibulation des femmes pour préserver leur humidité et donc leur capacité à produire des enfants, de nouvelles vies ?

Une coutume face à l'opinion

Les Occidentaux, depuis qu'ils ont commencé à coloniser l'Afrique, connaissent les pratiques d'excision et d'infibulation. Dans la Corne de l'Afrique, les autorités coloniales britanniques, françaises et italiennes n'ont jamais cherché à interdire ces pratiques qu'elles observaient de loin, d'un œil parfois révolté, mais le plus souvent méprisant. Peu de publications évoquaient ce sujet. Leurs auteurs rapportaient le plus souvent des faits de seconde main (recueillis auprès des hommes), sinon des cas qu'il leur avait été donné de voir dans des hôpitaux ou des dispensaires. À quelques rares exceptions près, ils n'avaient jamais assisté à une excision ou une infibulation. Plus tard, les organisations internationales ont gardé le silence, « invoquant le respect des coutumes ancestrales africaines et la non-ingérence vis-à-vis des États concernés » (Porgès, 2000, p.55). Des femmes occidentales, telles Fran Hosken (en 1973) et Benoîte Groult (en 1975), révélèrent au grand public ce qu'elles ont appelé des mutilations

génitales féminines. Les mouvements féministes s'emparèrent du fait et le dénoncèrent, le plus souvent de façon maladroite. En les qualifiant de « barbares, cruelles, sauvages, arriérées... » et en condamnant sans les connaître les cultures qui les pratiquaient, elles déclenchèrent une réaction de repli de la part de celles dont elles défendaient la cause. J'étais étudiant en France à cette époque et j'ai vu plus d'une fois des étudiants et des étudiantes des pays concernés, pourtant très opposés à ces pratiques (dont nous parlions dans des réunions intercommunautaires), arracher les affiches annonçant un débat ou un exposé sur le sujet. C'était une réaction viscérale au sentiment d'agression que les discours féministes provoquaient chez eux. Malgré leur rejet des pratiques coutumières, les jeunes femmes n'étaient cependant pas encore toutes prêtes à évoquer publiquement ce qu'elles avaient vécu : j'avais demandé à une jeune femme somalienne, étudiante, de venir participer à un séminaire en Allemagne où l'infibulation serait évoquée. Sa réaction fut particulièrement virulente : « Mais tu es fou ! Tu veux donc que je vienne parler de moi devant tout le monde ! Je ne vais pas m'exposer comme ça ! ». Elle est partie en claquant la porte et m'en a gardé rancune pendant longtemps.

Des conférences mondiales se sont multipliées au cours des années 1980 et 1990. Un comité inter-africain (CI-AF) a été créé au séminaire de Dakar (février 1984), dans le but de sensibiliser les gouvernements africains aux dangers de l'excision. Ses membres se réunissent régulièrement pour dresser un bilan de ce qui est entrepris concrètement. D'importants jalons ont marqué la dernière décennie du XXe siècle : la Conférence internationale sur la population et le développement (septembre 1994), le sommet de Copenhague (septembre 1995), la Conférence mondiale des femmes à Beijing, en septembre 1995. L'excision et l'infibulation y ont été officiellement reconnues et classées comme « mutilations génitales féminines » ; des appels ont été lancés pour que les États concernés prennent des mesures en vue de les éradiquer. En 1998, l'UNICEF, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) ont lancé un nouvel appel en faveur de l'élimination de ces pratiques. Ces organismes ont décidé que la médicalisation de ces actes, comme moyen d'en atténuer certains aspects néfastes, et le remplacement de l'infibulation par une excision simple (sunna) sont deux mesures inacceptables. Des moyens sont mis en œuvre pour soutenir les pays concernés adoptant une politique d'éradication.

La prise de conscience des dangers de l'infibulation, en territoire somali comme ailleurs en Afrique, s'est faite de façon très progressive. En fait, pendant très longtemps, les maux dont souffraient les femmes n'étaient pas mis en relation avec l'infibulation. Il a fallu attendre le XXe siècle et des études médicales pour que les corrélations soient établies. La plupart du temps, quand une fillette ou une jeune femme venait à mourir lors d'une intervention rituelle sur les voies génitales (infibulation, défibulation, épisiotomie à l'accouchement), sa mort était tue ou cachée et les causes réelles de la mort rarement évoquées. Toutefois, il a pu arriver que le fait

soit dénoncé publiquement. Des témoins aujourd'hui septuagénaires rapportent qu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale, une jeune mariée est morte des suites de sa défibulation. Les parents et le mari voulurent réclamer le prix du sang (somme qu'un meurtrier et son clan doivent verser à la famille proche et au clan de sa victime) à l'exciseuse qui l'avait pratiquée. Celle-ci se retourna contre eux puisque c'était eux-mêmes qui l'avaient fait venir. Une mère, présente à ce moment-là, composa le poème ci-dessous :

> « Ô, femmes inconscientes, qui nous impose cette misère ?
> Une fille a été infibulée, qui lui a imposé cette misère ?
> Selon les rites du Pharaon, qui lui a imposé cette misère ?
> Un crime a été commis, qui nous impose cette misère ?
> La noce s'est achevée dans la mort ».

Ceux qui ont vécu ce drame l'ont relaté aux cours de leurs pérégrinations pastorales et les chantres et poètes de la tradition orale ont pris le relais. Cette histoire est aujourd'hui connue d'une grande majorité de Somali.

Depuis toujours, plus particulièrement dans les zones de contact avec d'autres populations, les Somali savent que toutes les femmes ne sont pas excisées ni infibulées. Mais en général, ils les considèrent avec peu de respect et une certaine frayeur. Par exemple, les femmes des îles Bajun (au sud de la Somalie), qui ne sont pas excisées, sont réputées pour leur appétit sexuel « exacerbé par le climat » (Zoli, 1927, p.314). Des débats timides sur le bien-fondé de l'infibulation existent depuis longtemps. Mais la sexualité et tout ce qui se réfère aux parties intimes du corps étant des sujets tabous, ils ne pouvaient avoir lieu hors de cercles restreints.

Les lois sur la famille (1974) – entre autres : égalité entre les hommes et les femmes (travail, héritage, politique, etc.), protection de la femme et de la famille (interdiction de la répudiation et de la polygamie) – ont amorcé un débat public à l'échelle de la Somalie. Ces lois ont permis une certaine émancipation des femmes, cependant contestée par les religieux. La polygamie et la répudiation ne furent pas abolies dans les faits. Un long cheminement a abouti à la reconnaissance des femmes au niveau politique. Souvent très actives dans les associations caritatives pendant la guerre civile somalienne (1991-2000), elles ont obtenu de siéger au Parlement du Gouvernement de transition constitué à Arta (République de Djibouti), en 2000. Elles y bénéficient de 25 sièges au moins sur 245 ; elles en occupent effectivement 28. À l'époque où les lois sur la famille furent promulguées, des intellectuels, soutenus souvent par des organismes non Somali et dans le cadre d'études menées pour divers ministères, ont eu le courage de publier des livres parlant pour la première fois ouvertement et sans artifices, de sexualité et des conséquences des mutilations génitales. C'est à la demande du ministère de la culture et de l'éducation supérieure qu'ont été édités les livres de Raqiya Haji Dualeh

Abdalla en 1982 « Sisters in Affliction. Circumcision and Infibulation of Women in Africa » et du Dr. Mahdi Ali Dirie en 1985, « Female Circumcision in Somalia: Medical and Social Implications », dont une version somali abrégée fut publiée la même année.

Concrètement, sur le terrain, peu de choses ont été réalisées en vue d'une éradication de l'excision et de l'infibulation à plus ou moins long terme (Laitin D. et Said S. Samatar, 1987, p.86-87; Gaillard S., 1988, p.129). Certaines familles militantes « ont créé leurs propres réseaux, ceux qui ont refusé les mutilations de leurs filles, se sont en effet regroupés dans un quartier... Ces hommes et ces femmes ont été en butte aux attaques du reste de la société, y compris de la police. Ils et elles ont été massivement assassinés et emprisonnés » (Amlak, 1999, p.104). Certains surent ruser pour éviter l'opprobre. Ainsi, une jeune somali de 25 ans environ, rencontrée à Nairobi, m'a confié son histoire: « Nous habitions à Mogadiscio. Ma mère ne voulait pas que je sois infibulée. En fait, elle m'a emmenée assez loin de chez nous chez une femme qui m'a fait une toute petite entaille sur le clitoris. Bref, je pouvais marcher et aller à l'école normalement. Mais les fillettes de mon âge qui avaient été cousues avaient les jambes entravées et avançaient à petits pas en s'appuyant sur un bâton comme les grands-mères. Alors nous avons convenu, ma mère et moi, que je n'irai pas en classe pendant quelques jours. Puis lorsque je fus autorisée à sortir, elle m'attacha les jambes et me donna un bâton. Tout le monde y a cru ». Un certain nombre de fillettes ont ainsi pu, dans la discrétion, échapper à l'opération. J'en ai rencontrée quelques unes, âgées de 21 à 28 ans, qui sont très fières du courage de leurs parents, mais qui se souviennent de l'angoisse d'être découvertes. Elles sont heureuses aujourd'hui de pouvoir parler librement et espèrent que les choses vont évoluer assez vite.

L'écrivain Nurredin Farah, Somali né en 1945 et ayant poursuivi ses études en Grande-Bretagne et en Inde, fut condamné à l'exil par le gouvernement somalien pour avoir dénoncé la pratique dès ses premiers romans (parus en 1968 et 1970) et pour ses positions anti-totalitaires. Le témoignage de Guuleed Farabuur, lycéen dans les années 1970 à Mogadiscio, militant du mouvement d'éradication et vivant aujourd'hui en France (Porgès, 2000, p.70-71), montre bien lui aussi que, malgré l'émergence des mouvements féministes en Somalie, les mentalités ne pouvaient être changées du jour au lendemain.

Quelques années plus tard, Aman (en 1994) et Waris Dirie (1998)[4] publièrent le récit de leur histoire personnelle. Alors que la première adopte une position plutôt ambigue vis-à-vis de l'infibulation, la seconde est beaucoup plus radicale dans ses choix, ce qui lui a vallu de devenir, en 1997, « Ambassadrice spéciale du Fonds des Nations Unies pour la population » (*Le Monde* 2, n° 5, mars 2001, p.23).

---

4. Les dates données ici correspondent à la première publication de ces deux ouvrages, en langue anglaise.

La guerre civile somalienne (1991) a aussi eu un impact décisif. En raison de l'immense drame humain qu'elle a provoqué, de nombreuses associations et organisations non gouvernementales sont intervenues pour apporter de l'aide aux populations civiles en détresse. Dans le même temps, des Somaliens sont allés par milliers se réfugier à l'étranger et se sont dispersés aux quatre coins du monde. Là où d'importantes communautés se sont établies, le problème des « mutilations génitales féminines » s'est posé, tant pour ces communautés que pour les autorités gouvernementales des pays d'accueil. Les Somali qui ne considèrent pas ces pratiques comme des mutilations ni comme des mauvais traitements infligés aux filles (Hussein, 1995, p.9-10], sont confrontés à un dilemme. D'un côté, ils souhaitent s'intégrer dans leur pays d'immigration et doivent donc en accepter les lois, y compris celles interdisant les mutilations sexuelles imposées aux filles; d'un autre côté, ils ont le désir profond de préserver leur culture et leurs coutumes, notamment l'excision et l'infibulation. Quant aux États, ils cherchent à mettre en place des dispositifs sanitaires adaptés (formation du corps médical et des travailleurs sociaux) et un système judiciaire répressif, adapté et efficace, tout en mesurant le risque de voir ces pratiques se poursuivre malgré tout en secret, à l'intérieur de leurs frontières ou hors des frontières, à l'occasion d'un voyage familial par exemple. Cette dernière solution est régulièrement employée. J'ai personnellement rencontré en 1992 dans le district de Garissa (Kenya) un ancien haut fonctionnaire somalien dont la famille s'était exilée au Canada en 1984-85 et qu'il avait rejointe en 1990. Il avait eu l'opportunité de rendre visite avec toute sa famille à des parents vivant au Kenya. Il y fit infibuler toutes ses filles pendant le séjour. Depuis, le Canada a promulgué une loi interdisant de faire sortir des enfants du territoire canadien dans le but de leur faire subir une mutilation génitale (Hussein, 1995, p.13).

Une prise de conscience qui fait débat

Par l'intermédiaire des ONG travaillant sur le territoire somalien et des Somaliens exilés, des idées nouvelles ont pénétré en Somalie et ont permis une plus grande ouverture sur le mode extérieur. La campagne de sensibilisation aux dangers de l'infibulation entreprise en 1997 par les médias djiboutiens (presse écrite, radio et télévision) a été entendue en Somalie. Menée sans sensationnalisme, mais avec un réel souci d'information, et diffusée en langue somali, elle a permis de relancer le débat en Somalie. Des ONG (telles la Norwegian People's Aid) et des organismes internationaux (UNIFEM, UNICEF), en collaboration avec des associations locales comme l'IIDA (ou Women's Development Organisation), la COGWA (Grassroots Women Organisation), la SSWC (Save Somali Women and

Children), etc. œuvrant pour les droits des femmes et des enfants, ont entrepris un travail de fond. Dans les dispensaires, dans les camps de réfugiés, dans les hôpitaux qui ont pu être réouverts, des médecins-gynécologues tentent d'expliquer aux femmes et à leurs maris quand ils sont présents, les complications liées à l'excision et l'infibulation. Ailleurs, les associations et leurs partenaires organisent des débats au niveau local, des ateliers de réflexion, en provoquant des rencontres entre des femmes, des représentants de la société civile et des religieux (février 2000 : ateliers de Marka-Genaale ; novembre 2000 : ateliers de Baydhoba, Garoowe, Bosaaso). Des femmes y parlent de leur expérience, de leur vécu. Souvent, ces rencontres aboutissent à la création de poèmes (voir annexe 2) qui, une fois enregistrés sur des bandes magnétiques, sont diffusés afin d'élargir la réflexion à une audience plus vaste. En décembre 2000 et pendant quelques semaines, le service somali de la BBC a diffusé un programme sur l'excision et l'infibulation. Tous les mardis, la moitié du temps de diffusion était consacrée à des témoignages de femmes (tels celui placé en tête de ce texte) et d'hommes, de médecins, de religieux. Ainsi a-t-on pu entendre, en janvier 2001, une jeune femme nommée Marian prendre ouvertement position contre l'infibulation :

> « Je ne ferai pas la circoncision pharaonique à mes filles. Les quatre ont été excisées Sunna et c'est tout. Avec la pharaonique, il y a trop de problèmes. J'ai fait plusieurs hémorragies dans ma vie, la dernière m'a rendue stérile. Je connais aussi de nombreuses femmes qui ont perdu leur enfant en accouchant et qui sont ensuite devenues stériles. Tout est lié à la sensibilisation des gens. La vulgarisation, parler de ces choses, permettra d'éradiquer ces pratiques. C'est le tabou et le silence des femmes qui ont permis leur maintien pendant si longtemps ».

Comme tous les Somali qui ont accès, d'une façon ou d'une autre, à un poste de radio, ne manqueraient pour rien au monde les nouvelles données par la BBC-Somali, ce programme est largement écouté.

Il ressort de ces débats plusieurs idées contradictoires. Les religieux, par la voix des neuf cheikhs somaliens qui se sont rendus à l'université El Azhar (Le Caire) en septembre 2000 pour étudier le problème de l'infibulation et de l'excision dans les textes sacrés (Coran, *hadiths*), se sont prononcés contre la circoncision pharaonique (excision suivie d'une infibulation) : ils la jugent antérieure à l'Islam, donc païenne et non conforme aux principes islamiques. En revanche, ils préconisent l'excision sunna en se référant au *hadith* désormais célèbre : « Circoncis les [les filles] mais ne va pas trop profond ; il y a plus de lumière sur le visage et plus de joie pour le mari et la femme ». Quant à l'excision sunna qu'ils préconisent, ils ne peuvent accorder leurs positions. Selon les uns, il s'agit d'enlever aux femmes « les parties sensibles », à savoir prépuce du clitoris et clitoris. Pour les autres, l'opération sunna consisterait à faire saigner modérément le prépuce en y pratiquant une entaille symbolique. Tandis

que les premiers voudraient que l'opération de substitution soit obligatoire parce que « sunna », les autres argumentent en répondant que ce qui est sunna n'est pas *farad* (obligatoire), au même titre que le jeûne du Ramadan ou les cinq prières rituelles et doit, par conséquent, rester à la discrétion des familles (Abdullahi N.U., p. 102-106). Un grand nombre des religieux ne souhaitent pas se prononcer. L'ambigüité de la position des religieux favorise la tendance modérée qui voudrait remplacer l'infibulation par une excision *sunna*, qu'elle soit mutilante ou non.

Cependant, la plupart des ONG impliquées en territoire somalien œuvrent pour une éradication totale. Les femmes sont les plus militantes et certaines veulent à tout prix écarter les hommes du débat car ils n'y seraient pas à leur place. Le témoignage d'une femme d'une quarantaine d'années, vivant aujourd'hui à Addis Abeba, recueilli en 1999, illustre bien cette tendance : « J'ai fait exciser une de mes filles en 1994, pendant que son père était au travail. Deux jours après l'opération, il m'a enfin demandé : "Où est ma fille ?". J'ai dit : "À la campagne." Il ne l'a vue qu'après une semaine ». Elle parlait avec un certain mépris de son mari et de tous les hommes qui, selon elle, « sont nuls et ne savent absolument rien, ni de l'infibulation, ni de la naissance, ni de l'éducation des enfants ». Elle a ensuite ajouté : « De toute façon, ici, tout le monde croit qu'une fille non excisée et non infibulée deviendra une prostituée ou sera une fille facile. En la cousant, elle perd sa sensibilité et on est sûr comme ça qu'elle sera vierge au mariage ». Il lui semblait que le combat ne pouvait être mené que par les femmes. D'autres espèrent au contraire la participation des hommes ou au moins attendent d'eux qu'ils définissent clairement leur position vis-à-vis de l'infibulation.

De leur côté, les hommes sont tout aussi partagés. Certains veulent se maintenir en retrait des discussions, arguant du fait que ce sont les femmes « qui mutilent leurs filles » et qu'ils n'ont pas à se mêler de la question. D'autres, au contraire, émettent le vœu d'être partie prenante du débat et des actions entreprises. Selon eux, les choses ne peuvent pas changer sans l'appui des hommes qui peuvent « avoir une influence positive » (Hussein, 1995, p. 11). La majorité des jeunes consultés lors des réunions de sensibilisation, filles et garçons âgés de 14 à 25 ans, se prononcent en faveur de l'éradication de l'infibulation et affirment qu'ils ne la feront pas subir à leurs filles. Le problème sera pour eux de convaincre leurs parent(e)s et aîné(e)s, qui ont le plus souvent autorité sur eux, de ne pas l'infliger aux fillettes en cachette ou en leur absence (lors d'un séjour chez la grand-mère ou la tante, paternelle ou maternelle, par exemple). Des jeunes gens se sont engagés à épouser des jeunes filles non cousues, mais ils risquent là encore de devoir affronter l'œil critique du voisinage et de la famille. Toutefois, on peut espérer que cela leur sera moins difficile qu'à leurs précurseurs des années 1970-1980 (Amlak, *op.cit.*) car depuis les années 1990, à l'initiative de leur famille proche, des fillettes, en nombre non négligeable, n'ont pas été du tout opérées ou n'ont pas été cousues (elles ont subi la seule excision). Au cours des différents ateliers

de réflexion organisés par l'UNICEF, les ONG internationales et les ONG et associations locales, des sages-femmes (exciseuses), convaincues des risques qu'elles font encourir à leurs « patientes », ont renoncé publiquement à pratiquer l'infibulation d'une part et décidé de transmettre, d'autre part, ce qu'elles ont appris lors de ces réunions à un vaste public. Des administrations locales et des chefs traditionnels se sont aussi engagés à diffuser ces informations afin d'amener leurs administrés à renoncer d'eux-mêmes à l'infibulation, en refusant toute mutilation génitale ou en lui substituant l'excision *sunna* (quelle que soit sa forme).

Cependant, bien que le débat soit ouvert, la majorité silencieuse continue aujourd'hui de perpétuer la tradition et c'est elle que tous les acteurs du débat devront convaincre du bien-fondé de leur action.

Conclusion

En conclusion, dans ce chapitre, le caractère complexe de l'infibulation, tant au niveau de la pratique que de ses implications sociales, a été évoqué. Quelle opération mentale se déroule-t-elle d'un bout à l'autre de l'épreuve, chez celle qui inflige comme chez celle qui subit ? Le recours à une analyse sémiotique de ses éléments pris comme fragments d'une structure (cousu/béant, sale/pur, ouvert/fermé, etc..) à laquelle peut se rattacher l'opposition humide/sec, apporte des éléments d'interprétation plutôt que de réponse.

Je me suis surtout intéressé au devenir d'une tradition suscitant l'indignation du monde actuel et objet d'un certain rejet au sein même de la société somali. Au cours des vingt dernières années, cette coutume, jadis perçue comme une extravagance exotique (au même titre que les femmes girafes aux vertèbres dangereusement fragilisées ou l'automutilation volontaire des eunuques en Inde, par exemple) est devenue une source d'embarras pour les défenseurs des libertés individuelles et un prétexte d'intervention pour les responsables internationaux de la santé publique. Certaines recommandations internationales sur la mise en place par les États signataires d'accords sur une législation répressive visant à punir les acteurs de l'excision et de l'infibulation ainsi que les incitateurs (parents, grands-mères, tantes...), ne peuvent aboutir sur le terrain. Elles ne sont pas comprises par les premiers intéressés qui s'insurgent de voir leurs traditions et leur culture bafouées par des instances et des individus extérieurs qui, sans les comprendre, les jugent incorrectes sinon barbares. Certains vont jusqu'à les pratiquer en secret pour ne pas y renoncer.

L'observation sur le terrain montre l'émergence d'un mouvement en faveur d'une mutation vers des pratiques « adoucies » (excision *sunna* en remplacement de l'infibulation) ou d'une éradication totale. Bien que ce phénomène prenne de l'ampleur, il reste encore beaucoup de chemin à

parcourir. La majorité silencieuse n'est pas encore convaincue que les choses peuvent changer et reste dans l'expectative. De fait, ce sont les mentalités qui doivent évoluer en profondeur et, malgré toutes les recommandations et toutes les pressions exercées par les organismes internationaux, cette révolution ne saurait se faire en quelques années, sans la participation pleine et entière de tous les éléments de la société.

ANNEXE I

Témoignage de Marian M., femme somali d'une cinquantaine d'années, recueilli le 18 février 2001 à Nairobi

Marian M. a suivi une école d'infirmière pour devenir sage-femme; elle pratique en plus l'excision et l'infibulation. Elle a vécu à Mogadiscio, dans la zone V (Ogaden), également dans le Baay et Bakool, ainsi que dans la région de Garissa (Nord-Est du Kenya) et à Nairobi (en milieu somali), où elle a le statut de réfugiée.

Je suis née à Qallafo, en Ogaden (Éthiopie). Chez moi, les filles sont cousues de la façon suivante. J'ai moi-même été opérée comme ça. Des femmes tiennent les mains et les jambes de la fille. En général, elle est nue. L'exciseuse se place devant elle, lui écarte les jambes. Avec un rasoir de barbier ou une lame de rasoir, mais parfois avec un couteau, elle rase tout: le clitoris (*kintir*), les petites lèvres (*kintirka balashiisa*), la peau intérieure des grandes lèvres (*bishimo*). Elle jette les morceaux par terre. Ils sont parfois enterrés. Même si l'enfant veut montrer du courage (elle ne devrait pas pleurer), elle hurle quand on met à vif toutes les chairs intérieures des grandes lèvres; elle se débat et il faut que les femmes soient fortes pour la clouer au sol. Parfois, une femme s'appuie de tout son poids sur elle; elle s'évanouit. De toute façon, il n'y a pas d'anesthésie. Il y a toujours beaucoup de sang qui coule et il y a peu de moyen de faire cesser l'hémorragie (*dhiig bax*). Après, on coud avec des épines longues d'acacia qui traversent les (grandes) lèvres de part en part pour les coller. Chaque aiguille est maintenue en place par un lien de coton enroulé en huit autour des deux pointes (*teekal*); elles sont ensuite rattachées les unes aux autres par d'autres liens (*afmeer*). L'opération est terminée mais pour éviter que la plaie s'ouvre, on attache les jambes de la fille avec des cordes ou des lanières de tissus enroulées des hanches aux chevilles. La fille est couchée sur le dos pendant sept jours. Elle peut difficilement uriner. Il arrive aussi que, pour lui apprendre le courage, sa mère la batte si elle pleure en urinant ou si elle se plaint. L'urine brûle les blessures à vif et souvent la fille se retient, parfois plusieurs jours. On va jusqu'à mordre le ventre des filles pour les obliger à uriner et ne pas se retenir. Parce que lorsqu'elles ne peuvent plus se retenir, ça sort si vite que la cicatrice se déchire et il faut tout recommencer. Et c'est encore pire la deuxième fois. L'exciseuse vient vérifier que tout se passe bien et faire des soins. À la campagne, les filles ont parfois des infections (*ablow*). Après quelques jours, les liens des jambes sont un peu desserrés. En général, ils restent en place au moins

une semaine, parfois, un mois. Les filles doivent se montrer très courageuses. J'ai grandi de cette façon...

Je suis venue à Mogadiscio dans les années 1960. L'infibulation y a toujours été pratiquée. Il y a eu une amélioration de la pratique dans les villes grâce à l'anesthésie : les filles souffrent moins. On les coud au catgut ou au fil de nylon, au lieu d'utiliser des épines d'acacia. On retire les fils au bout de sept jours. C'est le médecin, l'infirmier, ou la sage-femme ayant pratiqué l'opération qui retire les fils. Quand l'anesthésie perd de son effet, la souffrance apparaît quand même. L'urine fait toujours aussi mal. Elle guérit, devient une fille (a ses règles). Les règles la font souffrir car le sang menstruel ne peut pas sortir. Parfois, le sang coagule et il se forme des caillots qui obstruent l'étroit passage. Jusqu'à son mariage, ses règles sont douloureuses ; les infections sont nombreuses et s'étendent jusqu'aux reins. Dans les villes, quand les filles se marient, certains époux amènent leur femme à l'hôpital pour qu'une sage-femme ou un infirmier les « coupe », les « ouvre », mais juste un peu. Malgré nos recommandations, les hommes font « ce qu'ils ont à faire » juste après ; les femmes souffrent donc beaucoup. Elle guérit et tombe enceinte. Elle accouche. De nouveau, il y a des problèmes. La nature a fait la femme pour qu'elle puisse accoucher normalement. Mais quand le bébé arrive dans le vagin, la peau de la couture l'empêche de passer. Si la fille n'a pas été excisée ni infibulée, elle a peu de problèmes pour faire son bébé. Mais si elle a été cousue et que l'accouchement se produit brutalement et si en plus, elle est seule, alors la peau peut se déchirer vers le haut et aussi vers le bas (l'anus). Elle peut mourir et le bébé aussi. La fille cousue a besoin d'aide pour accoucher : il faut que la sage-femme dégage le passage vers le haut pour le bébé. À peine sorti, on recoud la femme comme elle était avant. L'excision et l'infibulation créent de nombreux problèmes aux femmes. Même leur utérus tombe malade.

Nous sommes des femmes, mais ce sont les hommes qui nous ont troublées et mises en désordre. J'ai entendu une histoire sur l'infibulation et qui l'explique : c'est un homme non musulman qui a inventé la pratique d'excision et d'infibulation des filles ; c'était avant l'Islam ; cette pratique n'est pas acceptée ni demandée par l'Islam. L'objectif de cet homme était de protéger ses filles des autres hommes et de contrôler leur sexualité. J'ai entendu cette légende comme ça. Mais nous, les femmes, avons appris quelque chose de nouveau. La religion musulmane interdit la pratique de l'infibulation et nous en sommes très contentes. Quant aux hommes, ils disent souvent que l'infibulation n'est pas bonne, mais dans leurs actes, ils disent le contraire...

Les hommes parlent d'abolir l'infibulation, mais chacun d'eux n'aspire qu'à une chose : épouser une fille cousue. Ils parlent de nos souffrances mais nous, les femmes et les filles somali, nous les vivons tous les jours : quand on nous coud, quand on saigne, quand nos maris nous touchent et quand nous accouchons. Nous les femmes, avons un sérieux problème : on nous infibule et on nous dit de ne pas infibuler nos filles, mais quand

elles ne le sont pas, on nous dit qu'elles ne sont pas vierges et les hommes ne les veulent pas comme épouses et ils les répudient. J'aimerais dire aux intellectuels et aux hommes religieux, qu'ils discutent entre eux et qu'ils arrêtent de dire qu'une fille excisée *sunna* n'est pas vierge. Ce serait bien s'ils encourageaient, par des paroles et des actes, la pratique *sunna*. Le mieux serait de faire simplement une intervention *sunna* ou mieux encore, qu'on laisse les choses naturellement comme elles sont. Nous les femmes, nous avons des problèmes avec cette pratique, mais les hommes aussi. Qu'ils se réunissent, discutent et décident une fois pour toutes de ce qui est juste pour tout le monde. C'est mon opinion.

Les exciseuses sont des femmes particulières. En tant qu'exciseuse, je ne pratique que la *sunna*, je n'infibule pas les filles. Les hommes savent que les femmes ont un clitoris et des lèvres, mais ils ne savent pas qu'il y a encore en-dessous, ce qu'on appelle les ailes du clitoris. Pour la *sunna*, on enlève le prépuce du clitoris, mais on ne touche ni aux petites lèvres ni aux grandes lèvres. J'explique aux parents ce que je fais et je leur demande leur avis ; s'ils veulent que je couse, je refuse de le faire. Depuis que j'ai appris que l'Islam n'exige pas l'infibulation, je refuse de la pratiquer. Je ne suis pas une femme de religion, mais je respecte ce que les religieux disent. Mais nous avions une tradition et cette tradition voulait qu'on infibule les filles. Après leur accouchement, il fallait les recoudre et encore plus étroitement, comme pour les rendre encore vierges. Même si une femme a dix enfants, après le dixième enfant, on la recoud. Chez moi (en Ogaden), si l'homme voyage et s'absente plus de sept jours, la femme se fait fermer. Si elle est divorcée, pour se remarier plus facilement, elle se refait une virginité en se faisant recoudre. C'est ce dont je me rappelle de mon enfance. Et c'est encore comme ça aujourd'hui. J'ai une fille de dix ans, je l'ai excisée sunna.

ANNEXE II

Un exemple de poèmes composés pour faire connaître les dangers de l'infibulation

Ce poème a été composé lors d'un atelier de réflexion organisé à Marka en février 2000 par une femme d'âge mûr, qui n'a pas voulu que son nom soit dévoilé. Il a été enregistré sur K7 audio et reproduit pour diffusion.

Ce que l'on cherche à résoudre,
C'est l'infibulation pharaonique
On a réuni toutes les pensées, tous les efforts
Car c'est le malheur de la fille.
Quand elle accouche,
Quand elle se marie, elle est pensive et triste,
Elle n'est pas de la fête,
Car elle appréhende la défibulation,
Ses pensées sont ailleurs.
Mais si les temps changent,
Que Dieu nous guide sur le chemin,
Et puisque notre Livre ne soutient pas ces pratiques,
Alors il nous faut l'abandonner.

Anonyme.

Bibliographie

Abdalla Raqiya H.D., 1983, *Sisters in Affliction, Circumcision and Infibulation of Women in Africa*, London, 1re édition, 1982, 122 p.

Abdullahi Nassih Ulwan [date non précisée], *Tarbiyat el awlad fi al Islam (l'Éducation des enfants en Islam)*, lieu non précisé.

Aman, 1995, *Aman, Histoire d'une jeune Somalie*, Paris, Plon, 1996, 376p.

Amlak A.G., 1999, « Le point sur l'excision dans la Corne de l'Afrique », *Présence africaine, 160*, p.100-108.

ASGO (Association sénégalaise de gynécologie et d'obstétrique), 1999, « IIIe congrès de l'Association sénégalaise de gynécologie et d'obstétrique, Santé de la reproduction et économie de la santé, Mutilations génitales fémines », *Présence Africaine, 160,* p.127-33.

Bisilliat J., 2000, La dynamique du concept de « genre » dans les politiques de développement en Afrique, *Afrique contemporaine, 196,* p.75-82.

Dirie A. Mahdi, 1985, Female Circumcision in Somalia: Medical and Social Implications, Mogadiscio, Faculty of Medicine, 150 p.

Dirie W. et Miller C., 1998, *Fleur du désert, Du désert de Somalie au monde des top-models, l'extraordinaire combat d'une femme hors du commun*, Paris, Albin Michel, 329 p.

Erlich M., 1986, *La femme blessée*, Paris, L'Harmattan, 1995, 323 p.

Gaillard J.-L., 1988, *Somalie, le peuple de Pount*, Paris, L'Harmattan, 141 p.

Groult B., 1975, *Ainsi soit-elle*, Paris, Grasset, 232 p.

Hosken F., 1993, *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*, Lexington, MA, WIN News, 4e édition, 448 p.

Hussein Lula J., 1995, Female Genital Mutilations, Report on Consultations held in Ottawa and Montreal, Document de travail, Ministère de la Justice, Canada, 100 p.

Kouyate Carvalho d'Alvarenga, H., 1999, « L'excision », *Présence africaine, 160,* p.117-126.

Laitin D et Said S. Samatar, 1987, *Somalia, Nation in Search of a State*, Boulder, Westview Press, 198 p.

Lewis I.M., 1955, *Peoples of the Horn of Africa, Somali, Afar and Saho*, London, 200 p.

Mirghani El-Sayed E.S., 1973, De la pratique de la clitoridectomie, nymphectomie, vulvectomie et infibulation rituelles chez les petites filles dans certains pays d'Afrique. Étude clinique des complications observées au Soudan, Thèse de médecine, Paris.

Mohamed-Abdi M et Pannoux S., 1993, « Vie/Mort, Humide/Sec ou comment passer de l'homme à l'arbre » Anthropologie somalienne, Mohamed Mohamed-Abdi éd., Besançon, *Annales Littéraires de l'Université, 495,* p.157-175.

Mohamed-Abdi M., 1998, *Recherches sur une société riche d'une structure complexe : la société somali*, Mémoire de HDR, Besançon, 683 p.
– 2000, « Les bouleversements induits de la guerre civile en Somalie : castes marginales et minorités », *Autrepart,* Variations, *15,* p. 131-147.
Porgès L., 2000, « Un thème sensible : l'excision en Afrique et dans les pays d'immigration africaine », *Afrique contemporaine, 196,* p. 49-74.
Pritchard Z.J., World Health Organization, 1997, *An Integrated Approach to the Fight Against Female Genital Mutilation*, The Fourth IAC General Assembly, Dakar, Sénégal, 17-21 novembre 1997, 13 p.
Salvadori C., 1998, « More than Just an Operation », *Safari*, mars-avril, p. 19-23.
Shermarke Marian A.A., 1999, « Comment comprendre la pratique de la circoncision féminine dans le contexte social canadien ? », *Prisme, 28*, p. 104-116.
Tchak S., 1999, *La sexualité féminine en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 240 p.
UNICEF et Mohl, 1997, Final Report on Communication for Change toward the Eradication of Female Genital Mutilations, Hargeysa « Somaliland », rapport interne.
Villeneuve A. de, 1937, « Les femmes cousues : étude d'une coutume somali », *Journal de la Société des africanistes*, *6*, p. 15-32.
Warsame A., Ahmed S. et Talle A., 1985, *Social and Cultural Aspects of Female Circumcision and Infibulation, a Preliminary Report*, Stockholm, 20 p.
Zoli C., 1927, *Notizie sul territorio di riva destra del Giuba*, Sindicato italiano Arti Grafiche, Roma, 370 p.

8

De l'Algérie au Soudan : voix et voies de la lutte contre l'excision

Barkahoum FERHATI

Mon intérêt pour la présente étude a débuté lorsqu'en 2003, je fus invitée à participer à un colloque organisé par le CEDEJ[1] du Caire. Je poursuivis mon voyage au Soudan pour une mission[2] de prospection sur la possibilité d'une recherche sur les questions des femmes dans une perspective comparatiste. Stimulée par la découverte de la société soudanaise lors de ce premier voyage, je fis plusieurs autres missions[3].

Introduite dans la société soudanaise par les amitiés tissées lors de mes différents séjours, je fus surprise par l'intense activité des femmes à tous les niveaux. Occupant différentes fonctions dans la hiérarchie des administrations et des entreprises, mais aussi vendeuses, restauratrices, *sit el-chai* (« vendeuses de thé » préparant et servant à même le trottoir café, thé ou autre boisson chaude pour les passants et les actifs du voisinage), les femmes s'affairent à toute heure dans les rues de Khartoum. Des activités dont on pourrait penser qu'elles les tiennent éloignées de leur corps. Or l'entretien[4] du corps de la Soudanaise comme le *dukhan* (fumigation), *bkhur* (encens), ou encore la *delka* (massage) sont des pratiques que toute femme soudanaise se doit d'accomplir. Ce sont là des préoccupations

---

1. Colloque « *Native Schedule for the Workshop on Medicine and Modernity in Islamic Countries* » (Médecine et modernité dans le monde arabo-musulman), organisé par Anne Marie Moulin et Khaled Fahmy. Mon intervention s'intitulait « Une lecture d'histoire sociale de la prostitution en Algérie ».

2. Séjours facilités grâce aux soutiens du CEDEJ et de son antenne à Khartoum. Ici je voudrais remercier tout particulièrement Anne Marie Moulin, Bernard Botiveau, Robert Baron et François Ireton, ainsi que le conseiller culturel près l'ambassade de France au Soudan, Jean-Michel Le Dain.

3. En 2004, j'ai effectué une autre mission soutenue par l'ONG française Enfants du Monde – Droits de l'Homme (EMDH), qui m'a permis de suivre son programme au « Centre d'aide aux femmes » de Shikan. Que ses responsables, à Paris et à Khartoum, trouvent tous ici mes remerciements.

4. À l'entretien du corps il faut ajouter le port du *thob*, sorte de voile qui couvre le corps de la femme. Les jeux pour s'en couvrir sont d'une grande élégance.

centrales dans sa vie, à comparer au comportement plus austère des femmes actives algériennes. Cette légèreté, cette liberté et ce côté « solaire » des femmes soudanaises masquent toutefois une réalité grave, une blessure profonde qui, très vite, se révéla à moi : celle de l'excision. Toutes ces attitudes m'ont amenée à un retour sur les réalités de ma propre société musulmane, africaine arabo-berbère, et, par certains côtés, proche de celle des Soudanaises, que je pensais pourtant différente. Alors me revint à moi en mémoire le *rbat*, pratique symbolique algérienne qui procède à la « fermeture » et à « l'ouverture » des fillettes. Au même titre que l'excision, le *rbat* opère, moins gravement, le contrôle de la sexualité des femmes. La comparaison permettrait-elle de mieux comprendre l'excision ?

Mes questionnements sur les liens possibles entre ces deux pratiques furent alors ranimés par le nombre impressionnant d'ONG[5] internationales et nationales se consacrant à la lutte contre l'excision. Ayant pignon sur rue à Khartoum, par comparaison avec l'Algérie où les ONG arrivent difficilement à s'implanter, leur présence et leur activisme m'interpellèrent.

Je propose d'effectuer ici un premier examen des projets mis en place par ces ONG pour lutter contre l'excision et d'en identifier les acteurs, puis de confronter les programmes à la réalité du terrain, dans la « zone squattée » de Shikan, située au nord de Khartoum. Ce faisant, je poserai les questions suivantes : comment la société civile, à savoir les ONG locales et étrangères, envisagent-elles la lutte ? Comment abordent-elles la question de l'excision ? Quelles méthodes et quels moyens utilisent-elles pour lutter contre cette pratique ?

Le site de Shikan

Il existe autour de Khartoum plusieurs sites accueillant des populations fuyant les guerres et les famines. Ce sont les « camps de déplacés » répertoriés comme tels mais aussi les « zones squattées » au statut plus indécis, les premiers établis par l'État, dans l'urgence et sous la pression internationale, dans les années 1980, pour accueillir et contrôler des populations déplacées venant du sud et de l'ouest du pays en raison de la guerre et de la sécheresse[6]. Ces camps se sont peu à peu agrandis pour accueillir toutes sortes de populations et ont parfois « débordé » sur leur environnement. Grâce à l'aide de la communauté internationale, ils ont été plus ou moins dotés d'infrastructures de première nécessité telles qu'écoles, centres de

5. ACF, ADRA, AVSI, CARE, CCM, CAID, COOPI, CORDAID, CSV, GOAL, HAI, HEALTHNET, MSF, OXFAM, etc, pour la plupart originaires de pays occidentaux.

6. 300000 morts pendant la famine de 1984-1985 ; 1988, autre année de famine dans le Sud, fit autant de morts.

santé, points d'eau, etc. Quant aux « zones squattées » laissées pour compte, elles se sont créées plus spontanément, à l'initiative de populations déplacées en détresse, mais aussi pauvres urbains. Ce sont des sortes de ghettos dénués de tout équipement. Devant la carence de l'État et de la municipalité (qui se refusent à entériner un état de fait qui leur échappe), ce sont les ONG internationales et locales qui ont pris en charge ces lieux et leurs populations.

On ne peut imaginer une telle situation en Algérie où toute intervention étrangère est considérée comme une ingérence dans les affaires d'un État souverain. Même si cette position a quelque peu fléchi depuis quelques années, à l'occasion, en particulier, du récent tremblement de terre qui a touché la région est d'Alger, elle diffère beaucoup de celle du Soudan. En effet, après 1988, année marquée par des émeutes populaires contre le régime militaire et son parti unique, le gouvernement algérien a bien, pour calmer les esprits, promulgué une loi accordant enfin la liberté d'expression (loi du 4 décembre 1990). En est sortie une multitude d'associations, le plus souvent subventionnées et contrôlées par l'État[7] lui-même et peu présentes sur le terrain. Quant à l'autorisation d'installation des ONG internationales, elle se fait au compte-gouttes. À l'heure de l'ouverture, on ne compte pas plus d'une dizaine d'ONG[8] ayant reçu une habilitation. La question se pose des enjeux de cette présence internationale et de son degré d'acceptation par le pouvoir politique en place. Il est, en tout état de cause, difficile de comparer deux pays vivant deux situations politiques si différentes.

La plupart des ONG humanitaires s'intéressent aux conditions de vie des femmes et de leur famille. Le « *gender* », concept anglo-saxon par excellence, est au cœur de leur problématique. Des masses financières importantes sont allouées aux divers programmes qui lui sont liés: le micro-crédit, en pleine expansion, sert à soutenir des activités génératrices de revenus (cuisine, artisanat, couture, etc.) permettant aux femmes de se prendre en charge et de se rendre indépendantes; des ateliers de sensibilisation et de formation à la santé (soins de base, hygiène, eau, vaccination, etc.), à l'éducation, aux droits des femmes, à la résolution des conflits, à la construction de la paix, à la lutte contre les « mauvaises traditions » (*al-'adât al-ḏârra* en arabe)[9] telle l'excision, leur donnent les moyens de s'armer intellectuellement.

Shikan est une « zone squattée », érigée spontanément en 1983, peuplée de plus de 200000 habitants venus des quatre coins du pays, avec une

7. Tandis que les journalistes recevaient deux années de salaire afin de leur permettre de lancer des journaux « indépendants ».

8. Principalement le CICR et la Croix rouge française, ainsi que quelques ONG de moindre envergure: Enfants réfugiés du monde, SOS enfants (installées ponctuellement lors des inondations de Bab El Oued en 2000 et du dernier séisme en 2003).

9. Concept introduit par l'OMS. Elles sont dites nuisibles ou encore néfastes. Il s'agit de différencier parmi les traditions qui sont du ressort de la culture celles qui portent atteinte à la santé des femmes et des enfants.

majorité de femmes et d'enfants. Située à 20 kilomètres au nord de Khartoum, elle manque de tout équipement. C'est l'ONG locale Azza, avec le soutien financier et administratif d'ONG étrangères et de bailleurs de fonds internationaux, qui a occupé les lieux pour venir en aide aux populations en détresse. Azza est une association locale de femmes, fondée en 1997. Ses objectifs sont l'amélioration du statut des femmes et leur émancipation, grâce aux programmes de développement et aux activités génératrices de revenus qu'elle lance. L'organisation est constituée d'une assemblée générale de 57 membres, hommes et femmes issus de différentes tendances politiques[10]. Cette assemblée qui renouvelle son comité exécutif tous les trois ans comprend onze membres, pilotés par une présidente élue[11].

Les aides obtenues pour ses projets proviennent des bailleurs de fonds qu'elle sollicite soit directement, soit par le biais d'ONG internationales[12]. Pour la création du centre de Shikan, Azza a été soutenue et aidée dans sa démarches par DED (*German Development Services*), qui est une organisation allemande pro-gouvernementale[13], dont la responsable de projet était une universitaire, et EMDH (Enfants du Monde – Droits de l'Homme)[14], organisation française.

En 2001, ces trois ONG ont pris en charge le site pour l'équiper d'un « Centre de renforcement des capacités des femmes », abritant un service de santé, un jardin d'enfants et des espaces d'accueil des femmes pour des formations et des « campagnes de sensibilisation ». Ce fut, pour moi, un observatoire idéal dans la perspective d'une recherche sur la diversité des populations issues de l'ensemble du pays, sorte de microcosme ethnique, dont le rayonnement lié à son intense fréquentation fait un espace de rencontre et d'échange et de réconciliation entre femmes de toutes origines. J'ai passé la plupart de mes séjours sur ce site. Des liens d'amitié s'y sont aussi créés.

Ce centre constitue une véritable « réussite » à laquelle il a été brutalement mis fin quand, lors de mon dernier séjour en janvier 2005, il fut

---

10. Pendant longtemps, les seules ONG internationales étaient destinataires des financements dont elles assuraient la gestion financière ainsi que la mise en œuvre des projets. Depuis quelques années, les bailleurs délèguent une partie de leurs fonds à des associations locales. Azza fait partie de celles qui ont bénéficié de ces avancées. Ayant l'expérience et la compétence requises, elle a été en mesure de mener à terme ses activités et pourra, à son tour, transmettre son savoir-faire à d'autres acteurs locaux.

11. C'est, aujourd'hui, Hayet Tidjani, de l'université *Al-Ahfad*, responsable au Ministère de l'Éducation nationale, qui en est la présidente. Elle a été élue et réélue pour plusieurs mandats.

12. Fonds social de développement (FSD) de l'Ambassade de France, subventions de l'UNICEF ou du PNUD, « *Bread for the World* », etc.

13. Cette ONG reçoit l'essentiel de ses financements de la coopération allemande.

14. EMDH se bat pour la reconnaissance des droits de l'enfant s'appuyant sur la Convention internationale des droits de l'enfant, adoptée en 1989. Cette organisation s'est installée au Soudan en 1999.

entièrement détruit[15]. Même si mon enquête s'est ainsi trouvée privée de son terrain, j'ai eu cependant le temps d'avoir des entretiens qui m'ont permis de formuler une problématique dont je livre ici les premiers résultats.

Questions de définitions

Le terme d'excision renvoie communément à une coupure du clitoris et des lèvres, parfois accompagnée de la suture de ces dernières laissant un trou permettant l'écoulement des règles et de l'urine. Mais ce vocable recouvre en fait des techniques et des modes opératoires différents.

La communauté internationale, par la voix de l'UNICEF, parle de mutilations génitales féminines (en anglais: FGM, *Female Genital Mutilations*) qu'elle définit comme suit:

> « Les mutilations génitales féminines recouvrent toutes interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou lésion des organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique ».

On distingue au Soudan l'excision « pharaonique », attribuée à la tradition pharaonique, et la « sunnite ». La première, avec infibulation, consiste

15. Lors d'une intervention musclée de la police qui, sans crier gare, a pris d'assaut la zone et son centre pour les raser. Même si la rumeur d'une démolition prochaine circulait quelques temps auparavant, la destruction du site a été particulièrement traumatisante, car aucune préparation pour la prise en charge des populations n'avait été prévue au préalable. Les familles ont eu à peine le temps de rassembler leurs effets que les bulldozers avaient déjà mis à bas les habitations en pisé. Seul le lieu de culte musulman a été épargné lors de cette opération de grande envergure. Les églises n'ont pas reçu le même traitement de faveur ! Le « Centre de renforcement des capacités des femmes » n'a pas été épargné non plus: sans aucune considération pour les sommes importantes investies par les bailleurs de fonds, les autorités n'ont laissé aucune chance à la négociation et ont procédé, sous les yeux incrédules des femmes de Shikan et les miens, sans que nous puissions faire quoi que ce soit, à une sinistre opération de démolition. Mon terrain idéal était à jamais réduit en poussière ! tandis que les femmes et leurs familles étaient éparpillées et transférées sur un lieu éloigné de plus de 50 kilomètres au nord de Khartoum. Il s'agissait là d'une décision politique de l'État et de la municipalité de Khartoum qui entendaient mettre fin au « désordre urbain ». Dans le contexte de la signature de l'accord de paix avec le Sud, de « Khartoum capitale de la culture arabe en 2005 », l'objectif de l'exécution maladroite du programme de démolition des zones squattées était de les remplacer par des zones « planifiées », au nom d'un plan d'urbanisme général... Ces démolitions ont pu profiter à une minorité, théoriquement, celle d'installation la plus ancienne, qui s'est vu offrir la possibilité d'acheter à un prix relativement peu élevé (10 000 SDD soit 36 euros, somme non négligeable au regard des salaires locaux), un terrain pour construire une habitation. Elles ont été désastreuses pour les plus démunis qui se sont vus rejetés encore plus loin à la périphérie !

en l'ablation du clitoris et la suture des grandes lèvres. La deuxième, rapportée à la tradition musulmane des dits du Prophète ou *hadiths*, se limite à l'ablation du clitoris.

L'excision pharaonique comporte l'infibulation ou suture des grandes lèvres après leur coupure. Celle-ci est renouvelée après séparation avec le conjoint (décès, divorce) ou, dans certains cas, après l'accouchement, sous le prétexte que les relations sexuelles sont plus agréables pour l'homme si les femmes sont « opérées » et qu'il n'est pas concevable d'avoir « la vulve exposée ».

La tradition locale soudanaise utilise les termes génériques de *tahara* (purification) ou de *khitan* (circoncision), usités également pour désigner la circoncision des garçons. Outre la distinction entre excision pharaonique et sunnite, d'autres termes sont encore utilisés aujourd'hui, comme *daluka* (tambourin), pour dire que tout est suturé, ou encore « *elizabet* », du nom de celle qui aurait inventé l'intervention se limitant à suturer les lèvres, etc. C'est dire que la pratique est plus que jamais présente et peut prendre des formes multiples.

Notre étude utilisera le terme excision pour simplifier, car il ne s'agit pas pour nous de redéfinir les termes, mais d'analyser les discours autour de la pratique. Le rituel du *rbat*, pratique symbolique algérienne qui, par certains côtés, se rapproche de l'excision telle qu'elle se pratique au Soudan, sera étudié plus loin.

Rituel de l'excision

Au Soudan, la cérémonie peut se dérouler en groupe ou individuellement. En général l'excision est pratiquée entre 5 et 12 ans, avant les règles[16]. La fillette est amenée dans une chambre où sont présentes trois personnes en plus de l'exciseuse. Une personne se tient derrière l'enfant, chargée de lui tenir la tête, de la masser (il s'agit souvent de la mère), deux autres personnes (des tantes le plus souvent) se tiennent à chaque pied de la fillette pour lui maintenir fermement les jambes. Celle-ci est allongée nue sur un lit traditionnel soudanais (*angareb*) fait d'un cadre de bois et de liens tressés sans matelas, les pieds coincés dans des cordages du sommier, jambes écartées. L'exciseuse coupe le clitoris, les petites lèvres et grandes lèvres et relie les deux berges soit par du catgut, soit par des épines d'acacia, puis les jambes de la fille sont liées ensemble pendant trois jours pour éviter que la cicatrice ne s'ouvre.

Après l'opération, la fillette est installée, vêtue d'une robe de coton blanc, sur des lits dont les matelas sont recouverts des tissus précieux du

16. Ann Claudsley, « Women of Oumderman. Life Love and the Cut of Virginity », *Ethnographica*, 1984.

mariage de ses parents, associant ainsi symboliquement mariage et virginité dans l'acte de l'excision. Le soir, la fillette est habillée d'une robe de satin rouge, elle porte des bracelets de perles au poignet pour éloigner le mauvais œil ainsi qu'un collier rouge ou une perle rouge-sang pour prévenir la survenue d'une hémorragie. Les fillettes excisées sont mises dans un lit et les autres enfants dansent et chantent pour eux. Les festivités durent trois jours. La fillette excisée reçoit des cadeaux.

Aujourd'hui la cérémonie reste inchangée, à quelques variantes près, quoiqu'elle se fasse plus discrète ; elle se déroule souvent sous couvert de la circoncision des garçons. L'opération tend également à se dérouler dans de meilleures conditions d'asepsie qui mettent moins en danger la vie des fillettes puisque l'opération est effectuée de plus en plus souvent avec un médecin en clinique, alors que la *daya*, exciseuse et sage-femme, utilise des instruments mal ou pas du tout stérilisés.

Lutte contre l'excision : des discours et des stratégies

Les sciences sociales ont tenté de comprendre les significations de l'excision et d'analyser le traumatisme qu'elle engendre. Pour rendre compte du phénomène, elles ont associé les points de vue de l'histoire, de la religion, de la sociologie, de l'anthropologie, de la psychologie et de la psychanalyse. Les sciences médicales, quant à elles, ont insisté surtout sur les conséquences néfastes de l'excision sur la santé des femmes. Classée récemment parmi les « pratiques traditionnelles nuisibles », l'excision des fillettes et des femmes perdure pourtant dans tous les milieux sociaux, religieux et ethniques[17] du Soudan. On constate même, depuis quelques années, une recrudescence du phénomène malgré tous les efforts consentis. En 1999, à Khartoum, la capitale, les statistiques recensent 89 % de fillettes excisées[18]. Pourquoi un tel attachement à cette pratique qui est une mutilation portant atteinte au corps des femmes et une violence considérable subie par les fillettes et les femmes, malgré la mobilisation quasi-générale pour lutter contre cette pratique ?

Cette mobilisation a été particulièrement forte durant l'année 2004 qui a été décrétée par l'UNESCO « année internationale de la lutte contre les violences faites aux femmes ». L'excision étant considérée comme l'une de ces violences, la mobilisation a été générale au Soudan et à Khartoum, la capitale. Différentes ONG internationales et nationales se sont concentrées sur cet objectif tandis que d'autres se sont créées à cette occasion

17. Les populations du Soudan sont issues de différentes ethnies et pratiquent différentes religions. Aux côtés de l'islam et du christianisme, l'animisme est vivant dans de nombreuses populations.

18. Statistiques effectuées par le ministère de la santé.

pour se joindre au mouvement. Des budgets conséquents ont été octroyés par des bailleurs de fonds du monde entier. Des experts, chacun dans son domaine de compétence, ont été mobilisés. D'importants moyens ont été déployés pour que le message trouve le plus d'échos possible. Des ateliers (« *Workshops* ») dits de sensibilisation, ont été organisés avec la diffusion de films chocs, d'affiches, etc. Les ONG, les confréries religieuses, la société civile ont leur programme propre de lutte contre l'excision. Le pouvoir politique s'est également engagé à lutter contre cette pratique, bien que parfois de manière ambiguë.

Les universités ont également introduit dans leur programme des séminaires relatifs à la lutte contre l'excision. Celle qui retiendra notre attention est l'Université *Al-Ahfad* (« les Descendantes ») pour jeunes filles. *Al-Ahfad* est une université privée réservée uniquement aux femmes, fondée en 1907 par un notable, le *cheikh Babiker Badri* appartenant à une prestigieuse famille d'Omdurman, qui estimait que ses filles avaient droit à l'instruction dans une école. Au sein même de son immense propriété familiale, il en créa une pour ses propres filles, qui s'agrandit au fil du temps pour devenir une des plus prestigieuses universités du pays[19]. *Al-Ahfad* a été à l'avant-garde, s'agissant de l'émancipation des femmes au Soudan. Dans la lutte contre l'excision, son département « *Gender* » réserve un séminaire à la lutte contre les « mauvaises traditions » où l'excision occupe un important chapitre. Des mémoires de fin d'études sont réalisés par les étudiantes sur ce thème. Notons que le fondateur de l'université fut l'un des premiers à braver la pression sociale et à refuser l'excision de ses filles. *Al-Ahfad* a acquis une expérience telle qu'elle est devenu une référence internationale en matière de lutte contre l'excision.

---

19. Aujourd'hui ce sont ses petites-filles et petits-fils qui sont à la tête de cette fondation universitaire unique en son genre. *Al-Ahfad* a adopté l'anglais comme langue d'enseignement depuis sa fondation. Elle l'a conservé quand le régime islamiste a arabisé l'ensemble du système scolaire et universitaire, ce qui lui valut la sympathie et le soutien de la communauté internationale. La plupart des étudiantes sont issues des bonnes familles d'Omdurman, qui paient des frais de scolarité importants. Toutefois, elle réserve des bourses à des jeunes filles démunies de bon niveau scolaire, de Khartoum et de l'ensemble du pays, notamment du Sud. Elle compte environ 4000 étudiantes. Elle a l'estime de la communauté internationale qui salue ses initiatives. Les enseignants, hommes et femmes, sont choisis pour leur niveau parmi les plus reconnus. L'université forme une élite de femmes qui s'insèrent dans le marché de l'emploi sans difficultés. Ainsi, les femmes qui dirigent l'association Azza sont toutes diplômées de cette université. On y trouve également des étudiantes d'autres pays : Comores, Tchad, Nigeria, Palestine, Afrique du Sud, etc. On y enseigne la médecine, la pharmacie, la psychologie, les langues, l'économie, le journalisme, etc. Une bibliothèque dotée de moyens modernes a été tout récemment financée par la reine de Norvège. Plusieurs projets sont en cours, dont un centre hospitalo-universitaire. *Al-Ahfad* édite un journal, *Nisf El Wahd* (« L'unique moitié »), à l'initiative des étudiantes ; il se fait l'écho de ce qui se passe au sein de l'université, mais il est également à l'écoute des préoccupations des femmes, tant politiques que sociales, au Soudan et dans le monde, tandis que son association, *Badri*, intervient sur le terrain en prenant en charge des formations de sensibilisation sur des sujets tels que : construction de la paix, lutte contre l'excision, gender, etc.

On fait appel à elle pour toutes sortes d'intervention sur le sujet. Tous les formateurs que j'ai rencontrés sont ainsi issus d'*Al-Ahfad*.

La lutte contre l'excision n'est pas seulement affaire institutionnelle. Il existe aussi des révoltes individuelles. Certaines personnes s'insurgent à titre personnel contre cette pratique et s'interdisent de la faire subir à leurs propres filles. Des femmes et des hommes n'ont pas attendu la volonté politique pour agir. Certes ce sont des cas isolés, il n'en reste pas moins que les stratégies subtiles auxquelles des époux s'associent doivent être examinées de plus près. Pour ne citer que quelques cas, il y a par exemple celle qui paye le chirurgien chargé de l'opération pour qu'il mette un bout de sparadrap sur la vulve de la petite fille pour faire croire à la grand-mère que l'opération a été effectuée. Ou cet homme, issu d'une grande famille, organise une grande fête comme il est d'usage pour l'excision de sa fille et paye l'exciseuse pour qu'elle exécute le rituel, sans pour autant effectuer l'opération concrètement. D'autres recourent à la violence pour empêcher l'excision de leur fille. Tel menace physiquement sa belle mère avec un couteau ou encore, pour éviter que ses filles ne soient excisées en son absence, déclare en justice qu'il est opposé à l'excision de ses filles et que si jamais un quelconque membre de la famille, fût-ce sa propre mère ou sa belle mère, outrepasse sa volonté, il sera jugé et passible de prison. Ce sont là quelques témoignages que j'ai recueillis et qui montrent qu'une réelle volonté existe pour mettre fin à cette pratique mutilante du corps des femmes.

On ne peut omettre de mentionner l'attitude de Sadek El-Mahdi[20], *Imâm* des *Ansar* (« confrérie » se revendiquant de l'héritage du Mahdi) et chef du parti d'opposition *Umma*, qui eut le courage de dénoncer publiquement la pratique de l'excision et d'annoncer que les filles de sa propre famille n'étaient pas excisées. Il a, à plusieurs reprises, exhorté les adeptes de la confrérie à ne pas la pratiquer car, selon ses termes, elle est « étrangère à la loi de l'Islam ».

Aujourd'hui, moins visible, l'excision est en passe de devenir une pratique presque clandestine, mais reste toujours très vivace.

Campagne de sensibilisation : déroulement d'un atelier

Une campagne de sensibilisation à la lutte contre l'excision à laquelle j'ai assisté, s'est déroulée à Shikan, au « Centre de renforcement des capacités des femmes ». Organisée par l'association Azza, elle a reçu un financement spécifique de l'ONG internationale *Equality Now*[21]. Elle s'est

20. Il a été, à plusieurs reprises, chef du gouvernement soudanais.

21. Cette ONG africaine est basée à Addis-Abeba. Ses programmes visent essentiellement l'amélioration des conditions de vie des femmes.

déroulée sur quatre jours dont deux d'ateliers consacrés à la formation, pour un public restreint, et deux jours de « propagande » auprès d'un plus large public.

Les participants choisis pour recevoir la formation (une trentaine), étaient supposés représentatifs de la population de Shikan. Parmi eux, le pasteur de l'église protestante, le personnel masculin et féminin du centre, les responsables du comité du quartier, des *dayât* (sages-femmes supposées pratiquer l'excision) désignées par le comité. L'imam de la mosquée déclina l'invitation.

Des enfants et des adolescents fréquentant le centre ont également été intégrés dans la formation. Ce sont les enfants du jardin d'enfants et les adolescents surnommés *shammasa*[22] (« enfants du soleil »), enfants des rues qui, dans le cadre de l'alphabétisation, fréquentaient le centre. Ils n'étaient pas prévus dans le programme initial. Des groupes d'artistes[23] peintres femmes se sont également mobilisés pour animer leur atelier. Le groupe des adultes était conduit par des professionnels des deux sexes[24]. Deux docteurs en médecine, un psychologue et un professeur de droit musulman se sont relayés à ces ateliers, tandis que le personnel du centre coordonnait les activités.

Le premier jour de la formation, avec un professeur en médecine, était consacré aux définitions de l'excision, à la description des différentes formes existantes ainsi qu'à celle des maladies causées par cette mutilation. Le psychologue insistait ensuite sur les effets néfastes du traumatisme subi.

La présentation était faite de manière interactive. Les participants étaient interrogés sur ce qu'ils connaissaient de cette « mauvaise tradition ». Les deux animateurs n'ont pas lésiné sur les termes pour montrer à quel point cette mutilation porte atteinte à la santé des femmes, tant du point de vue physiologique que psychologique. Les présentations, remarquables de clarté et de volonté de convaincre des deux animateurs, ont toutefois manqué d'illustrations imagées qui ont été (sciemment ou non ?) omises, peut-être par pudeur.

Les participants ont été ensuite divisés en petits groupes thématiques. Chacun devait discuter d'un thème (religieux, médical, psychologique, etc.) qui lui était attribué, puis déléguer un porte-parole chargé de présenter les conclusions, ce qui devait permettre de savoir si ce qui avait été dit

---

22. Ce terme a été utilisé pour la première fois par des sœurs qui avaient recueilli des enfants et adolescents des rues dans des centres d'accueil pour leur apprendre à lire et à écrire, tout en leur laissant la possibilité de continuer à travailler pour subvenir aux besoins de leur famille (en contradiction avec les lois internationales qui protègent les enfants). Mais devant l'absence de politique de l'État, les religieuses n'avaient pas d'autre choix que de leur donner des moyens de s'en sortir par l'alphabétisation.

23. En particulier, l'association des artistes peintres femmes, dirigée par Taysir Abdelgader Salem.

24. Dr Amel Derdiri, médecin et professeur à l'université *Al-Ahfad*. Dr Aoun Sharif Gassem, psychologue et professeur à l'université *Al-Ahfad*, le professeur Sheikh Mohamed Osman de l'université de la Gezira (Wad Medani).

par les professionnels était bien assimilé. À la fin de la journée était rédigée une motion sur les méfaits de l'excision et des propositions de lutte formulées. Pour encourager les participants, un diplôme fut remis à chacun, accompagné d'une somme de 1 000 dinars soudanais (l'équivalent de 5 euros). Le principe était d'encourager les femmes et hommes à participer à ce genre d'atelier.

Les deux jours suivants, dits de « campagne », ont été organisés en dehors du centre. Une tente (*rakouba*), montée à cette occasion, permettait aux habitants du camp de participer. Aux animateurs précédents s'était joint un chef religieux, professeur à l'université de la Gezira. Ils se sont relayés pour s'adresser à un auditoire plus diversifié et plus nombreux. Hommes, femmes, enfants, résidents ou de passage, étaient en effet là à écouter les discours. Comme lors des ateliers fermés, nos animateurs ont adopté une méthode interactive pour faire participer au mieux l'assistance. Le religieux s'est mis en scène en évoquant l'interdiction faite à sa famille de procéder à l'excision. À travers un véritable cours sur la sexualité devant un parterre de femmes, d'hommes et d'enfants, les trois animateurs se sont succédés à la tribune pour expliquer les méfaits de l'excision. À nouveau, ils ont tenu des discours historiques, médicaux, hygiénistes, psychologiques très explicites. Enfin la parole a été donnée à l'assistance, hommes et femmes posant des questions.

Un petit sketch a été également joué par des femmes et le dernier jour s'est achevé par une fête, animée par des groupes folkloriques connus de Khartoum, regroupant toute la population du camp.

La campagne prit fin avec cette motion : « Tous ensemble contre l'excision sous toutes ses formes ».

Regardons maintenant de plus près les discours des uns et des autres.

Des discours équivoques

Les orateurs ont tenu des discours qui affichent la ferme volonté de mettre fin à cette mauvaise « tradition ». Utilisant une langue directe et des mots clairs pour désigner « toutes ces choses taboues des femmes », ils ont été très explicites au point de me surprendre, ayant le sentiment d'assister à de véritables cours de sexologie comme en Occident. Comment se positionnent-ils vis-à-vis de ces discours ?

Un discours historique qui ravive de vieilles querelles

Le discours historique fait remonter l'excision aux temps des Pharaons pour expliquer l'héritage reçu des Égyptiens, d'où le nom attribué à l'excision dite « pharaonique », héritage non désiré. Les mutilations génitales

remonteraient à l'Antiquité. L'historien grec Hérodote rapporte qu'au ve siècle avant J-C, l'excision féminine était pratiquée par les Égyptiens, les Phéniciens, les Hittites et les Éthiopiens. Mais si les Soudanais appellent l'infibulation « excision pharaonique », celle-ci est nommée en Égypte... « excision soudanaise », ce qui montre bien l'incertitude quant aux origines de cette pratique. Le Soudan n'est pas l'Égypte, insistent les orateurs, s'inscrivant dans une tradition bien connue de mise en cause du voisin ! Les divergences qui opposent l'Égypte et le Soudan sont ainsi réactivées à cette occasion.

Sous le condominium anglo-égyptien[25], le Soudan a interdit l'excision. Les exciseuses (*dayât*), qui sont également des accoucheuses traditionnelles, ont été fermement condamnées par la loi. À Khartoum, elles ont été formées au métier de sages-femmes. En 1946, une école de sages-femmes a été ouverte à Omdurman. On leur a même remis des petites serviettes avec des instruments médicaux pour qu'elles puissent pratiquer l'accouchement dans des conditions d'hygiène acceptable, d'où le surnom qu'elles ont reçues de « *sit shanta* » (« porteuses de serviette »). Cet apprentissage devait les mettre à l'abri du besoin et leur faire abandonner la pratique de l'excision pour leur permettre de se consacrer uniquement à celle de l'accouchement. Cette loi a simplement renvoyé la pratique de l'excision dans la clandestinité et un nombre accru de femmes ont excisé leurs filles à un âge plus jeune. La « boite à outils médicaux » a servi aux *dayât* pour pratiquer l'excision dans des conditions d'asepsie plus convenables. Quant à la condamnation par la loi, elle s'est avérée inopérante car qui oserait dénoncer à l'administration coloniale une *daya*, personnage occupant une importante place sociale, sacralisée par la religion ? Les accoucheuses qui donnent la vie, ne sont-elles pas vénérées par Dieu, comme l'aurait dit le Prophète !

L'application de cette loi fut d'autant plus difficile qu'elle émanait du colonisateur[26]. Les opposants locaux qui aspiraient à l'indépendance du pays ne pouvaient que s'insurger contre toute réforme supposée contraire aux traditions. En Algérie[27], les réformistes ont, de la même façon, mobi-

---

25. De 1899 à 1956, année de l'indépendance, le Soudan fut placé sous une double tutelle britannique et égyptienne, faisant suite à celle dite turco-égyptienne consécutive à l'invasion du pays, en 1821, par l'armée de Méhémet Ali, le vice-roi d'Égypte, et interrompue en 1885, à l'avènement par les armes de l'État théocratique du « *Mahdi* » Mohammed Ahmed puis de son « *Khalifa* », Abdallah, défait par Kitchener en 1898.

26. Hanny Lightfoot-Klein (1989), « The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in an Afro-Arab Islamic Society (Sudan) », *Journal of Sex Research, 26*, 3, p.375-393. L'auteure montre que la violence de l'excision est telle que les femmes se créent des compensations pour atténuer le traumatisme.

27. Les lois de 1871 puis de 1919 sur la naturalisation des indigènes ont été perçues comme une volonté de christianisation. Les réformes de 1930 sur le mariage des Algériennes ont été également contestées, perçues comme une ingérence dans les mœurs et coutumes locales. Les Algériens tenaient à leur statut personnel supposé préserver leur religion et maintenir ainsi leur différence. C'est ainsi qu'ils ont, à l'époque, revendiqué la

lisé les populations indigènes contre le colonisateur dès lors que celui-ci s'attaquait au statut personnel.

En 1956, à l'indépendance du pays, cette loi est restée en vigueur, mais sans effet réel. Sous la pression internationale, le Soudan a réellement adopté, en 1974, une loi interdisant l'infibulation (suture des lèvres des fillettes), mais autorisant la clitoridectomie (ablation du clitoris), appelée communément sunnite, que tous les pouvoirs successifs au Soudan admettent et encouragent. Au mépris de l'opinion internationale, avec l'accord tacite du pouvoir, une clinique s'est même spécialisée dans ce domaine. Sans parler du nombre important des médecins qui la pratiquent en toute impunité.

Un discours religieux ambigu

Le discours religieux est prédominant. Au Soudan, l'Islam est religion d'État et la *chari'a*, depuis 1983, est inscrite dans la loi. Sous la férule de Hassan al-Tourabi, la moralisation de la rue a été des plus radicales et une police des mœurs a été instaurée pour y veiller. Aujourd'hui, le régime d'Omar El Bachir, après avoir écarté son principal idéologue, est à la recherche d'une légitimité et relâche la pression. Une certaine liberté peut être constatée. Le discours insiste sur l'allègement que l'Islam a apporté à l'excision. Le Prophète dans ses dits avait condamné l'excision pharaonique mais toléré la « sunnite ». En l'an 742 de l'hégire, il aurait dit: « Effleurez et n'épuisez point ». Cette phrase a été interprétée comme autorisant l'ablation du clitoris des fillettes. L'excision dite *sunnite* est donc aujourd'hui, présentée comme la norme. Nos orateurs se trouvent ainsi pris en tenailles entre le respect de la tradition religieuse et l'intransigeance de la communauté internationale.

Dans ce débat qui ne faisait aucune place aux autres religions, l'intervention d'un chrétien marqua une note discordante lors de l'atelier. Le jeune pasteur de l'église protestante de Shikan prit la parole pour dire que sa religion interdisait formellement d'infliger des marques sur la créature de Dieu et que sa communauté ne pratiquait pas l'excision. Des études ont cependant montré que les filles chrétiennes du Sud, lorsqu'elles arrivent à Khartoum notamment, se font parfois exciser. Ce peut être là une marque d'intégration sociale, par adhésion et soumission aux pratiques de la culture dominante. Mais cela peut aussi résulter d'une coercition: Efua Dorkenoo, co-auteur du rapport du Minority Rights Group et directrice de FORWARD (un groupe d'aide aux femmes africaines installé en Grande-Bretagne) soutient que, du fait de la guerre civile parce que les intégristes islamiques imposent leurs traditions aux peuples non musulmans du sud,

---

loi de 1905 sur la séparation de l'Église et de l'État tout en bénéficiant des subventions de l'État. À l'indépendance de l'Algérie, la première revendication des Algériens fut l'instauration de l'Islam comme religion de l'État, premier chapitre de la constitution algérienne.

les mutilations féminines sont maintenant pratiquées chez les Nuer et les Dinka, les deux principales ethnies du Sud Soudan où elles étaient auparavant inconnues. On sait, par ailleurs, que certaines tribus chrétiennes pratiquaient et pratiquent encore l'excision.

Le discours de ce pasteur met en avant sa différence. Il souligne les bienfaits de sa religion jusque là brimée par l'Islam religion du pouvoir. En d'autres temps, ce discours n'aurait pu même se faire entendre. Mais à l'heure où l'accord de paix est sur le point d'être signé, un climat de tolérance peut s'instaurer[28].

Un discours économique peu convaincant

Nos orateurs s'essayèrent aussi à la science de l'économie. Au terme d'un calcul très ingénieux, l'économiste établit le budget de l'opération d'excision, qu'il estima très élevé par rapport au revenu des familles. Aujourd'hui, l'exciseuse exige au moins 1 000 dinars soudanais pour son travail tandis que le médecin en demanderait plus de 6 000. Il faut ajouter le coût de la fête à organiser, où il faut faire le sacrifice d'un mouton, acheter de nouveaux habits à la fillette, etc. Il peut s'élever à plus de 100 000 dinars, une dépense exorbitante.

Nos orateurs insistèrent pour dénoncer la futilité de cette dépense qui endette les familles, alors que cet argent pourrait être engagé pour réaliser des projets plus utiles à la famille. Ces considérations valent au demeurant pour la circoncision masculine, mais le parallèle est éludé. En Algérie, les dépenses engagées pour la circoncision dépassent parfois l'entendement : c'est à qui fera la plus grande fête !

Un discours scientifique explicite mais pas suffisamment tranchant

Le savoir scientifique est mobilisé dans cette lutte. Science médicale et science psychologique alternent dans les débats. Lorsque l'une explique les méfaits de l'excision et les troubles pathologiques qu'elle engendre, l'autre développe la question du traumatisme.

La psychologue a abordé une question délicate, celle du désir de la femme (*chahwa*). Sans détours, elle introduisit son discours par cette phrase bien connue : « *lâ hayâ' fi (e)ddin* » (il n'y a pas de pudeur en matière de religion). Citant le Prophète qui recommande aux musulmans d'être attentifs à la *chahwa* de leurs épouses (l'excision est supposée dimi-

28. Cet accord a été signé en janvier 2005. Le chef de la rébellion sudiste, John Garang, a été désigné premier vice-président de l'État soudanais. Il reçut un accueil triomphal à son arrivée à Khartoum, le 9 juillet. Son brutal décès dans un accident d'hélicoptère, trois semaines plus tard, sema la consternation et déclencha de graves incidents interethniques à Khartoum et dans le sud.

nuer le désir sexuel de la femme), notre orateur expliqua que le centre de cette *chahwa* était le clitoris et que son ablation en entraînait la disparition. Une telle explication fait, au demeurant, débat: Klein Lightfoot[29] soutient ainsi que les femmes excisées ont développé d'autres zones érogènes qui leur permettent d'atteindre l'orgasme.

Les médecins insistèrent également sur la stérilité qui peut résulter de l'excision. Enfanter est une des raisons d'être de la femme soudanaise. Ne pas enfanter est un handicap qui mène à la dépression personnelle et à l'effondrement de la famille. L'excision étant justifiée officiellement par la réduction des pulsions sexuelles et la protection de l'honneur féminin, nos spécialistes proposèrent de protéger les fillettes en leur donnant une bonne éducation, notamment religieuse (entendons musulmane) et de pas les laisser sortir seules car le danger vient de l'extérieur. Dans la représentation populaire, l'instinct sexuel des femmes serait lié à la présence d'un ver (*douda*), qu'il faut extraire du corps car dangereux pour la santé. Cette explication est souvent destinée à la fillette pour justifier l'opération. La doctoresse éclaire donc l'auditoire sur l'inexistence de ce ver. En Algérie, le terme *douda* est utilisé pour désigner une fillette ou une jeune fille trop « agitée ». On dit d'elle « *Klatha eddouda* » (le ver la mange) pour dire plus vulgairement qu'elle a le « feu au cul » ou « le diable au corps » ! Pour calmer ce feu, les mamans menacent de frotter un piment sur les parties génitales de la fillette, punition très redoutée.

En Occident, le clitoris connut aussi ses détracteurs. Au cours d'un procès en 1593, un magistrat instructeur découvrit l'existence du clitoris: il l'identifia comme un mamelon du diable, preuve irréfutable de la culpabilité de la sorcière qui finit au bûcher[30]. Au XIXe siècle, les fillettes qui développaient des capacités orgasmiques par la masturbation étaient considérées comme des cas médicaux. Elles pouvaient être traitées par excision ou encore cautérisation du clitoris[31].

La doctoresse suggéra que l'excision a pu être un subterfuge organisé par les femmes pour cacher la perte de virginité. Aujourd'hui, d'après nos orateurs, certaines femmes auraient des mœurs légères. « Se faire ouvrir » et « se faire refermer », au gré de leurs besoins, est une facilité offerte par la science médicale. Les hommes n'y verraient que du feu ! Aussi certaines tribus qui ne pratiquent pas l'excision exigent-elles la preuve de la virginité. Le mouchoir taché de sang de la vierge, exhibé le soir même des noces ou le lendemain, est rappelé comme preuve indéniable de la virginité. Les orateurs exhortent donc les hommes à la vigilance.

En Algérie, on connaît bien cette pratique, véritable épreuve tant psychologique que physique pour la femme, car il faut coûte que coûte montrer, la nuit même des noces, ce fameux mouchoir taché de sang. Il est arrivé que ce mouchoir soit brandi sur les terrasses comme un étendard.

---

29. Hanny Lightfoot-Klein, 1989, *op.cit.*
30. *Ibid.*, p.42.
31. Eva Ensler, *Les monologues du vagin*, Paris, Denoël, 2005, p. 105.

Fort heureusement cette pratique a disparu. On connaît aussi les ruses qui l'entourent ! Aujourd'hui, il devient courant que les jeunes filles, la veille de leur mariage, se fassent « recoudre l'hymen ». Après les accouchements, certaines femmes exigent d'être « resserrées » par l'accoucheur. Dans certaines cliniques, cette opération est automatiquement exécutée. Cela rappelle étrangement l'infibulation de la soudanaise qui, elle aussi, demande la ré-infibulation, après l'accouchement : « *zabit ya doctour* » (resserre bien docteur), est l'expression consacrée, me disait une soudanaise.

La description du *rbat*, pratique « symbolique » algérienne, a suscité beaucoup d'intérêt de la part de mes interlocutrices soudanaises. Constituerait-il un recours pour échapper à la violence de l'excision ?

Une autre voie : l'alternative du *rbat* algérien ?

La virginité de l'Algérienne avant le mariage est une norme fondamentale de la société, manifeste dans les pratiques et les comportements coutumiers. Son corps est surprotégé par la famille, notamment par la mère qui veille sur sa virginité en adoptant les méthodes les plus traditionnelles pour la préserver de tout contact sexuel en dehors du mariage. La virginité est une hantise pour certaines jeunes filles, d'autres pensent à s'en confectionner une nouvelle en cas de besoin, parce que l'homme, disent-elles, cherche toujours la femme vierge, pure, dont il s'autorise le seul initiateur en matière sexuelle.

Le rituel du *tiskar,* de la « fermeture », répond à des désignations locales, différentes d'une région à l'autre. Le *rbat* (nœud, de nouer), est le nom le plus connu tandis que le terme *s'fah* (mur) est connu dans le Constantinois[32] ; quant au *thqf* (empêcher la pénétration), c'est le terme usité dans l'Ouest algérien. La jeune fille le subissant est dite *m'safhâ, marbouta*, ce qui veut dire littéralement « fermée ». La littérature occidentale transmet un rite semblable à la « ferrure », le « ferrage », le « blindage » ou encore le nouement de l'aiguillette, qui empêche la jeune fille d'être pénétrée par un homme, quelle que soit sa vigueur sexuelle, et fût-elle consentante.

Ce rite s'effectue par lecture de phrases magiques. La phrase consacrée est dite par la fillette sept fois de suite : *wald en nas khaït w-ana haït* (le fils des autres est est un fil tandis que je suis un mur). Quelques jours avant le mariage, on refait sur la jeune fille la même opération, mais en répétant sept fois la formule inverse : *wald en nas haït w-ana khaït* (le fils des autres est un mur tandis que je suis un fil). Des instruments tels que le

32. M.S. Belguedj, 1966 *Médecine traditionnelle dans le Constantinois*, Strasbourg, Wettern.

métier à tisser, le cadenas, sont utilisés comme symboles au cours de l'accomplissement du rite.

Le *rbat* se pratique avant la puberté. L'âge idéal serait entre 8 à 10 ans. On emmène la petite fille chez une femme spécialisée dans cette opération (qui peut être aussi effectuée par la mère), la *qabla*, l'accoucheuse algérienne (équivalent de la *daya* soudanaise). Ces pratiques faisant partie de l'intimité des femmes sont tenues secrètes; les hommes sont tenus à l'écart. Ils ne découvriront d'ailleurs le secret que lorsque par un concours de circonstances le marié se trouve impuissant, ne pouvant accomplir l'acte donnant la preuve de la virginité de son épouse. L'honneur de la jeune femme étant mis en doute, on lui fait endosser l'impuissance de l'homme. Pour sauver la situation, on dit qu'elle est *marbouta* et qu'il faut procéder au « *fath* », la « ré-ouverture ». On peut dire aussi que la jeune fille est née un *vendredi* : pour toutes celles qui sont nées ce jour, l'hymen est élastique et ne produit pas de sang preuve de la virginité. La société recourt à ces moyens détournés pour apaiser les tensions. Parfois ces stratagèmes ne sont pas admis, la situation devient alors dramatique, la jeune fille peut être ramenée chez ses parents la nuit même. Aujourd'hui, ces cas sont fort heureusement rares, du moins en milieu urbain. « Se refaire la virginité » est chose courante. Les hommes ne sont pas dupes ! Les salafistes, considérant ces rituels comme relevant de la sorcellerie et non conformes à la religion, les ont bannis. Mais rien n'empêche les mères d'y recourir encore aujourd'hui.

La pratique diffère d'une région à l'autre mais le principe reste le même. Voici quelques exemples que j'ai recueillis.

Dans l'Algérois, on fait acheter un cadenas par un garçon qui n'est pas de la famille. Il doit prendre l'argent de l'achat sans compter ni demander le prix au marchand. Ce cadenas ne doit pas être ouvert en cours de route. Pendant ce temps la fillette est préparée : elle doit être nue, cheveux lâchés. On lui enlève boucles, épingles, collier, bracelets. Elle doit rester debout les yeux fermés. La personne qui pratique la « fermeture » ouvre le cadenas, le place face au sexe de la fillette et le ferme avec ces paroles : « *binti haït* » (ma fille est un mur). Elle passe ensuite le cadenas par en dessous, vers l'arrière, l'ouvre et dit textuellement : « *wald ennass khaït* (le fils des autres est un fil). Par sept fois l'opération est répétée, puis le cadenas est caché ou le plus souvent jeté.

Une autre pratique en milieu rural recourt à la symbolique du coffre et de la serrure. On assoit la fillette préparée dans les mêmes conditions que dans le premier cas. On ferme sous elle le coffre en prononçant la première formule, « ma fille est un mur ». Lorsqu'elle se met debout, le coffre est ouvert avec la deuxième formule, « le fils des autres est un fil ». Et cela sept fois encore.

Dans l'Ouest, à Tlemcen, et partout où l'on fabrique encore des tapis, le métier à tisser est le support de la symbolique. On apporte à la praticienne une aiguille, un balai et un pain rond. La fillette, toujours nue, les yeux fermés, fait sept fois le tour du métier. À chaque fois elle est piquée

avec une aiguille et reçoit un coup de balai. Ensuite la barre du métier est descendue et la fillette la franchit sept fois dans un sens puis sept fois dans l'autre sens.

Dans le Constantinois surtout, intervient un tatouage, une marque indélébile. Sur la fillette toujours préparée dans les mêmes conditions, une légère incision est pratiquée sur la cuisse droite de haut en bas.

Dernière description chez les filles de la tribu des *Reguibet*, dans la Saoura, dans le Sud algérien. La fillette, « pour éviter tout risque d'accident », est attachée, jambes et bras écartés, à quatre piquets fichés en terre. Une plaie est pratiquée sur le clitoris puis recouverte de henné. Dans tous les cas les mêmes formules sont répétées. Cette dernière pratique se rapproche beaucoup de l'excision au Soudan.

La fillette est désormais détentrice de l'honneur de tout le groupe, tout comme sa consœur soudanaise. Elle est exclue définitivement du monde du « dehors » pour être cantonnée dans celui du « dedans ». Elle doit apprendre à faire « les choses des femmes »: cuisine, tissage, et aussi apprendre à rougir et courber l'échine devant les mâles de la famille.

La chasteté psychologique ne suffit pas, puisqu'aucune preuve matérielle, ne vient l'étayer le jour du mariage. En amont, les parents auront mis le plus grand soin à la formation et à la surveillance de la jeune fille, la prévenant ainsi contre tout écart de la norme, quand bien même elle aura déjà subi le « rituel de la fermeture » et ne peut guère se livrer à de véritables rapports sexuels. Tout au plus peut-elle s'adonner à un simulacre de pénétration, ou un simple « *petting* » (flirt avancé) qui ne mettra pas son hymen en danger.

La pratique du *rbat* n'atteint heureusement pas le niveau de l'excision au Soudan. Le marquage du corps de l'Algérienne reste symbolique. On est bien loin de l'excision, me dira-t-on. Pourtant, il est aisé d'identifier des éléments qui autorisent le rapprochement. Je retiens que *rbat* et excision sont étroitement liés au tabou de la virginité, au mariage et à la reproduction, qui rythment la vie de la Soudanaise tout comme celle de l'Algérienne. L'âge du *rbat* est le même que celui de l'excision, il intervient avant la puberté. Individuellement ou en groupe, la cérémonie du *rbat* est discrète et même secrète. Les personnes qui s'occupent de l'opération sont rémunérées par des produits ou des dons ou cadeaux, mais le *rbat* ne nécessite pas une spécialiste comme l'excision.

Alors que toutes les études s'accordent à dire que le Maghreb ignore la pratique de l'excision, je soutiens que le *rbat*, pratique symbolique, représente une forme allégée de l'excision. Je perçois le rite algérien comme « humanisé », moins contraignant, moins blessant, moins traumatisant, moins indélébile que la pratique soudanaise. Naïvement, j'ai pensé, un temps, le proposer comme une alternative à la mutilation de l'excision. Par un pur hasard, cette idée s'imposa à moi, au moment même où un gynécologue[33] d'origine somalienne suggérait au parlement italien une

33. Dépêche de l'AFP, janvier 2003.

alternative de nature symbolique à l'excision, proposant de faire une petite piqûre avec une aiguille fine sur le clitoris de la fillette afin de faire jaillir une goutte de sang. L'opération se déroulerait après avoir passé une pommade anesthésiante. Il n'y aurait ni lésion, ni dommage corporel, ni douleur, mais la tradition serait sauve grâce à ce rite, expliquait-il. Le mouvement féministe italien s'insurgea contre cette proposition, n'admettant aucun compromis, alors que le débat en France tergiversait sur ce point[34].

À l'heure où le monde entier est mobilisé pour l'éradication définitive de l'excision, mon idée en fit sourire plus d'un ! Il n'en reste pas moins que la comparaison de ces deux rituels aide à la compréhension de l'excision et à imaginer le mouvement de l'Histoire.

Conclusion

Les ONG, malgré leurs efforts et leur volonté affichée d'éradiquer l'excision, ne parviennent pas à faire entendre le message de la « tolérance zéro » prônée par les femmes de chefs d'État qui, lors d'un symposium dans la lointaine Genève, se sont réunies pour annoncer un vaste programme de lutte contre l'excision. Des leaders ont été formés et des populations sensibilisées. Mais l'excision persiste, elle investit même de nouveaux terrains : on a vu qu'au Soudan, les filles du Sud, issues d'ethnies ne pratiquant pas traditionnellement l'excision, se font exciser lorsqu'elles arrivent à Khartoum.

Il est vrai que les discours des opérateurs appartenant à des ONG locales ou étrangères, quelque peu éloignés de la culture de ceux à qui ils s'adressent, ne sont guère convaincants, les uns parce qu'étrangers à cette pratique, les autres, issus de l'élite du Soudan central, parce que, se posant en détenteurs du savoir et tranchant de ce qui est bon et de ce qui ne l'est pas, ne paraissent pas eux-mêmes convaincus de leur discours. Le discours religieux, problématique et ambigu, tout comme le discours scientifique, répétitif et sans vigueur, se borne à mettre en exergue le traumatisme et la pathologie liés à l'opération. Quant au discours politique, il tergiverse entre pression internationale et conviction musulmane.

Quant aux confréries religieuses qui comptent un nombre important de femmes parmi leurs adeptes, elles se taisent sur la question. Elles sont, dans l'ensemble, favorables à l'excision sunnite (« *Akhfidh-huna wala tanhakhuna* » : « Effleurez-les sans les endommager »). Altéré par le temps et les

34. L'association GAMS (Groupe de femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) a été créée en 1982, en France justement pour lutter contre les pratiques traditionnelles qui affectent la santé des femmes et des enfants. Comme en France, l'excision est condamnée par la loi, il arrive que les parents amènent leurs fillettes au pays pour les exciser. La pression sociale française est telle cependant que la tendance est fort heureusement à la baisse.

espaces qu'il a traversés, ce dit du prophète n'est-il pas une traduction de notre *rbat* maghrébin ? Alors pourquoi celui-ci ne serait-il pas une alternative à l'excision ? Peut-on penser que les femmes soudanaises soient à ce point insensibles à la violence qu'elles subissent ? Camille Lacoste-Dujardin, dans « Des mères contre des femmes »[35], explique que des mères ayant subi les affres de leur belle-mère les font subir à leurs brus qui les perpétuent à leur tour. Tandis que Hanny Lightfoot-Klein, dans *Prisoners of Ritual*, explique qu'intériorisées ces pratiques deviennent pour la femme « une donnée de sa vie, exactement comme les rigueurs de l'existence, la pauvreté, le manque d'eau et de nourriture, le travail éreintant, la chaleur accablante, les tempêtes de sable, les maladies qui rendent infirme, la douleur que l'on ne peut soulager, et mourir jeune sont des données de sa vie ». Elle parle aussi, ailleurs, de « compensation » à la pérennité de la souffrance et montre que le soin particulier que mettent les femmes soudanaises à entretenir leur corps est une forme de compensation, de même que les rapports « doux et affectueux » qu'entretiendraient les mâles soudanais avec leurs épouses.

On peut penser que l'excision disparaîtra un jour comme disparaissent progressivement les *chulukh*, marques tribales incisées dans le visage des femmes de certaines tribus soudanaises qui les ont longtemps considérées comme une forme d'embellissement, à l'instar du tatouage des femmes dans nos contrées du Maghreb, à la fois thérapeutique et esthétique, qui est passé de mode au point que nos mères essaient aujourd'hui de le faire disparaître par des interventions chirurgicales. Ou encore comme les pieds atrophiés des femmes chinoises, pratique handicapante, interdite par l'état chinois.

À aucun moment la circoncision masculine n'a été mentionnée au cours des débats dont j'ai été témoin. Les textes ne l'ont jamais inscrite à l'ordre du jour de leur combat contre « les traditions nuisibles ». Et pourtant les termes usités en arabe pour désigner la circoncision des garçons sont les mêmes que ceux employés pour les filles. J'ai moi-même essayé, au cours des discussions, de faire un parallèle entre ces deux formes de mutilations. Le discours religieux se fait alors tranchant car l'Islam recommande fortement la circoncision masculine, même si aucun texte coranique ne la mentionne. Au Soudan, le discours médical la soutient sans équivoque. Elle ne peut faire objet de débat.

Quelles que soient les raisons invoquées pour mutiler des millions de jeunes filles, quelles que soient les origines de ces pratiques séculaires, les mutilations des organes génitaux féminins restent aujourd'hui un symbole terrible de l'oppression sexuelle, sociale et économique multiforme des femmes. Les croyances et les traditions sont puissantes et les efforts pour changer ou éradiquer celles qui sont nuisibles doivent faire l'objet de beaucoup d'attention. Les pressions de l'Occident dans ce sens, parfois trop vigoureuses et insuffisamment sensibles au contexte, ont pu être

35. La Découverte, 1985.

perçues comme un acte d'impérialisme. Les efforts pour changer ces pratiques doivent venir de l'intérieur de la culture qui les vit, et ne pas se borner à jouer sur l'appât de l'argent offert par des associations, elles-mêmes insuffisamment convaincues de la véracité de leur discours.

Comment sortir les femmes de cet « emprisonnement » ? Impossible de baisser les bras, sachant que, par ailleurs, certaines personnes conscientes de la violence faite aux femmes, font face à la pression sociale en usant de stratégies individuelles.

Le *rabt* maghrébin, la pratique sunnite d'« effleurement » ou la proposition du docteur somalien évoquée plus haut ne peuvent-elles constituer d'authentiques alternatives, en attendant l'éradication complète de la mutilation des fillettes et aussi, peut-être, celle des garçons ?

Bibiographie

Abdallah R. H. D., 1982, *Sisters in Affliction*, London, Zed Press.

Abdessalam S., 1993, *Le voleur et le visiteur. Analyse de deux systèmes thérapeutiques (le Djinn et le Zar) au Soudan, dans la région de Gézira*. Thèse pour le doctorat d'ethnologie. Université de Paris 7.

Ahmed I.M., Bremer J.J, Mag Zoub M.M.E. Nouri A.M.H., 1999, « Characteristics of Visitors to Traditional Healers in Central Sudan », *Eastern Mediterranean Health Journal, 5,* 1, p.79-85.

Ained-Tabet Chellig, Nadia, 1981, *L'espace féminin en Algérie*, Thèse de 3e cycle en sociologie, Université de Provence Aix-Marseille 1.

Badri, Amna El Shadik

– 1984, « Present Situation of Female Circumcision in the Sudan », *Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children in Africa*. Dakar.

– 1984 « Female Circumcision in the Sudan », *The Ahfad Journal*, vol. 1.

Badri Babiker, 1984, « Female Circumcision in Sudan » Case Studies Presented at the Workshop: African Women Speak on Female Circumcision, Khartoum, 21-25 octobre, Ahfad edition.

Badri Badri Suliman, 1983, « Knowledge and Attitude Towards Female Circumcision Among High School Girls ». Dissertation, Ahfad University College for Women

Badrî Bâbikir Yusuf, sans date, *Târîkh Hayâtî*, 3 vol., Université al-Ahfad, Omdurman.

Basset H, 1922, « Les rites du travail de la laine à Rabat », *Hesperis, 30,* p.18-25.

Bedri Yusuf, 1984, « Ahfad University College for Women: A Sudanese Educational Experiment », *The Ahfad Journal, 15*, p.1-10.

Benkheira Mohamed H., 1984, « Allah, ses hommes et ses femmes. Notes sur le dispositif de sexualité en Islam », *in Dominations et dépendances: situations, Peuples Méditerranéens, 24*, p.35-45.

Benslama Fethi, 1985, « L'énigme du concept de sexe dans la langue arabe », in *Peuples méditerranéens, 33,* p. 155-162.
– 1991, « Le sexe absolu », in *Paradoxes féminin en Islam, Cahiers Intersignes, 2,* 1991, p. 105-124.
Bourdieu et A Sayad, 1964, *Le déracinement et la crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*, Paris, Éditions de Minuit.
Bousquet G. H., 1990, *L'éthique sexuelle de l'Islam*, Paris, Desclée de Brouwer, 1re éd., Maisonneuve et Larose, 1966, p. 103.
Belguedj M. S., 1966, *Médecine traditionnelle dans le Constantinois*, Strasbourg, Wettern.
Boutefnouchet M., 1980, *La famille algérienne. Évolution et caractéristiques récentes*, Alger, SNED.
Boucebci Mahfoud, 1979, *Psychiatrie, société, développement*. Alger, SNED.
Chebel Malek, *Le corps en Islam*, Paris, PUF, 1999.
Cohen Samy, 2003, « Les ONG sont-elles altermondialistes ? », in *Rapport Altermondialistes et société civile internationale*, présenté au Colloque, « Les mobilisations altermondialistes », Paris, GERMM-AFSP, 3-5 décembre.
Daumas, 1988, *Mœurs et coutumes de l'Algérie*, Paris, Sindbad.
Dermenghem Émile, 1954, *Le culte des Saints dans l'Islam maghrébin*, Paris, Gallimard.
Desparmet J., 1918, « Ethnographie traditionnelle de la Mitidja », *Revue Africaine*. Bulletin de la société de géographie d'Alger et de l'Afrique du Nord, p. 62.
Donaldson Lisa, *Female Genital Mutilation and Human Rights. An Essay Examining this Practice in the 21st Century*, http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm, 2005.
Doutté Émile, 1909, *Magie et religions de l'Afrique du Nord*, Alger, Jourdan.
Fanon Frantz, 1959, *L'an V de la révolution algérienne*. Paris, Maspero.
El Dareer, Asma, 1983, *Women Why Do You Weep ? Circumcision and its Consequences*, London, Zed Press.
Ensler Eva, 2005, *Les monologues du vagin*, Paris, Denoël.
Female Genital Mutilation Network, 1999, The Basics, http://www.fgm.org/
Ferrié Jean-Noël 2003, *La démocratisation limitée en Afrique du Nord, de la « société civile » à la participation politique*, Études et documents n° 7, CEDEJ, Le Caire.
Forward USA, 1999, *Female Genital Mutilation,* http://www.forwardusa.org
Gadant Monique, 1991, « Le corps dominé des femmes, réflexions sur la valeur de la virginité (Algérie) », *in Femmes et sociétés, L'Homme et la société, 99-100*, 1991//1-2, p. 37-56
Gaudry Mathéa, 1929, *La femme Chaouia de l'Aurès*, Paris, Geuthner.
– 1961 *La société féminine au Djebel Amour et au Ksel. Étude de sociologie rurale nord-africaine*. Alger, Société algérienne d'impressions diverses.

Heise LL., 1993, « Violence Against Women : the Missing Agenda », in Koblinsky M., Timyan J., Gay J., éd., *The Health of Women : a Global Perspective*. San Francisco, Westview Press.

Hersh Lauren, 1998, Internet, Responsibility @ Campaign.

History of Circumcision, http://www.cirp.org/library/history.

Lacoste-Dujardin Camille, 1985, *Des mères contre des femmes*, Paris, La Découverte.

Lavergne Marc (éd.), 1989, *Le Soudan contemporain*, Paris, Karthala-CERMOC.

Les ONG, médiations politiques et globalisation, *Le Journal des Anthropologues, 94-95*, 2003.

Lightfoot-Klein Hanny, 2005, « Children's Genitals Under the Knife, Social Imperatives, Secrecy and Shame »

– 1991, « Orgasm in Ritually Circumcised African Women », *Proceedings First International Conference on Orgasm*, Prakash Kothari and Rafi Patel (éd.), VRP Publishers, Bombay, India, p. 121-130

– 1989 « The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in an Afro-Arab Islamic Society (Sudan) », *Journal of Sex Research*, *26*, 3, p. 375-393.

Mernissi Fatima, 1979, « Virginité et patriarcat », *Lamalif*, Maroc, 107, juin-juillet.

Naamane-Guessous Soumaya, 1997, *Au-delà de toute pudeur*, Casablanca, Édition EDDIF.

Nègre Micaël 2004, *ONG et autoritarisme au Soudan : l'eau en question*, Le Caire, CEDEJ, 15/20.

Pérouse de Montclos Marc-Antoine, 2001, *Migrations forcées et urbanisation : le cas de Khartoum*, Les dossiers du CEPED n° 63, Centre français sur la population et le développement, Paris.

Plantade-Nedjema, 1988, *La guerre des femmes. Magie et amour en Algérie*, Paris, La Boîte à Documents.

Pitt-Rivers Julian, 1977, *Anthropologie de l'honneur*, Paris, Hachette.

Poussin Alexandre et Sonia, 2000, *Trois ans et trois mois d'aventure*, Paris, Robert Laffont.

Servier Jean, 1985, *Traditions et civilisation berbères. Les portes de l'année*, Monaco, Rocher.

Encyclopedia Universalis, 1999, « Soudan : vers une recomposition du champ politique soudanais », *Revue du Monde Arabe et de la Méditerranée*, 81-82, 1998.

Tillion Germaine, 1966, *Le harem et les cousins*, Paris, Seuil.

Toualbi Noureddine, 1983, *La circoncision. Blessure narcissique ou promotion sociale*. Alger, ENAL.

Toualbi Radia, 1984, Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille algérienne. Alger, ENAL.

Travaux du CAHIER, collectif d'analyse de l'humanitaire international, Équipe Rochelaise.

UNICEF and the Medicalization of Female Genital Mutilation, 1999 http://www.chebucto.ns.ca/~ay813/Profile.html, http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.html

Yacine Tassadit, 1992, « Anthropologie de la peur », in *Amour, Fantasme et sociétés en Afrique du Nord et au Sahara*, Textes réunis par Tassadit Yacine, L'Harmattan-Awal, p. 22-56.

Zerdoumi Nefissa, 1982, *Enfants d'hier. L'éducation des enfants en milieu algérien*.

Worsley, A., 1938, « Infibulation and Female Circumcision : A Study of a Little-known Custom » *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, *45*.

Westermarck Edward, 1921, *Cérémonies du mariages au Maroc*, Paris, Leroux.

9

L'Affaire Samia ou le drame d'être « autre »

Commentaire d'une décision de justice[1]

Hammadi REDISSI et Slah Eddine BEN ABID

Dans un jugement du 22 décembre 1993, la cour d'appel de Tunis a rejeté la requête d'un transsexuel de changer d'état civil. Le jugement, confirmé par une décision de la cour, repose sur l'argument que le changement de sexe résulte d'une opération volontaire et artificielle et ne saurait justifier un changement d'état civil.

Les faits de l'espèce

Ambivalence oblige (celle du prénom personnel du moins), à sa naissance, « il/elle s'est vu attribuer le prénom masculin de Sami. Mais « au fil des jours »[2], il/elle a senti son « Autre » prendre corps. Alors, « il/elle » décide de devenir Samia qui a recours à la chirurgie pour mettre un terme à la cruelle ambigüité. Or cela suffisait-il pour qu'il/elle échappât au destin hasardeux qui, probablement aujourd'hui, doit être encore le sien[3] ? Il fallait interpeller le droit pour restituer son identité au corps.

---

1. Le chapitre est une version modifiée d'un article paru dans le *Journal International de Bioéthique*, 1995, 6, 2, p. 153-159, avec l'autorisation du directeur du Journal, Christian Byk, et des auteurs.

2. Arrêt de la cour d'appel de Tunis. Chambre du premier Président, n° 10298, 22 décembre 1993, *Revue de Jurisprudence et de Législation* (*al-Qadhâ wal-Tashri'*), Tunis, Ministère de la Justice, 36e année, n° 1, janvier 1994, p. 109-122.

3. Expression de style narratif, reprise par les rédacteurs de l'arrêt, et qui nous semble convenir au tragique du récit, banalisé par le droit.

Procédure

Ayant introduit une affaire de changement d'état civil, Sami(a) est déboutée par le tribunal de première instance de Tunis[4]. Il/elle interjette appel. La cour d'appel de Tunis, présidée par son premier Président, rejette sa requête, confirmant ainsi le jugement de première instance.

Les arguments de la cour sur les faits sont les suivants.

Pour la cour d'appel de Tunis, Samir(a) se présente comme une personne qui au préalable n'a pas fourni la preuve de son véritable état. En effet, l'arrêt commence par reprendre les moyens avancés par Sami(a), qui affirme avoir subi une sorte de mutation vers la féminité : « développement des seins »... apparition de poils pubiens de nature féminine ». Puis, à la suite d'une intervention chirurgicale, effectuée en Espagne, en 1989, la description, toujours reprise par la cour, va jusqu'à donner des détails sur la morphologie du sexe de Sami(a), devenue femme ! C'est ce qui ressort, du moins, des rapports du médecin espagnol responsable de la transformation, puis d'un gynécologue tunisien la constatant et attestant de sa réussite.

Mais, dans un deuxième temps, la cour apporte sa propre lecture des faits : si cette constitution féminine de Sami(a) est a priori indiscutable, il lui importe cependant, d'en évaluer la véritable nature. Soumise à une expertise ordonnée par la cour, la thèse avancée par Sami(a) devait se heurter à une opinion différente : c'est plutôt un trouble psychique, et non une prédisposition physique, qui a conduit l'appelant à procéder à une telle transformation, en vue de changer de sexe. L'expert de la cour précise qu'il s'agit là d'un acte « volontaire » ayant abouti à une transformation « artificielle » qui aurait pu être évitée au moyen d'un traitement psychiatrique. Une telle conversion ne pouvant, toujours selon l'expert de la cour, permettre en dernière instance un réel changement de sexe, dans la mesure où l'intervention chirurgicale n'aboutit qu'à l'acquisition des apparences morphologiques du sexe opposé (désiré !) avec le maintien des composantes biologiques et de reproduction du sexe d'origine !

En droit

Les juges d'appel ayant, par cet examen des faits, considéré Sami(a) comme un transsexuel, rappellent que la législation tunisienne n'avait pas encore envisagé cette question. Aussi, ont-ils cru devoir (ou pouvoir

4. Jugement n° 5984 en date du 2 mai 1992. Droit islamique, jurisprudence. « Science qui traite de l'observance des rituels, des principes des Cinq Piliers et de la législation sociale ». Il existe quatre écoles connues sous le nom des quatre écoles juridiques sunnites. De plus, les shi'ites et les kharidjites ont leurs propres écoles. Chaque école possède ses propres traités fondamentaux. Une personne versée dans le *fiqh* est appelée *faqih*.

combler cette lacune en revenant au *fiqh*[5] qu'ils ont considéré comme source principale d'interprétation en matière de statut personnel.

Il est à noter que, dans une affaire similaire, la justice tunisienne avait donné droit à la demande d'un enfant androgyne « naturel », c'est-à-dire dont l'identité sexuelle n'est pas (ou n'a pas été ?) tranchée, et lui a permis le changement d'état civil, du fait que l'anomalie était, précisément, considérée comme naturelle[6].

Mais il faudrait déjà préciser que les deux décisions, aussi bien celle de la cour d'appel de Tunis que celle du tribunal de Ben Arous ne sont pas, comme on pourrait le penser, en contradiction. Car, dans les deux cas, le juge tunisien s'est adossé, en amont, au *fiqh* : dans un cas pour accepter et dans un autre pour refuser le changement d'état civil. Et c'est probablement ici que se situe le nœud du problème[7].

Mais le plus curieux dans l'affaire est que la cour d'appel, en dépit de son recours au *fiqh*, a quand même opéré, à l'intérieur de celui-ci, une confusion des genres, soumettant le cas d'espèce à un dispositif théorique qui, malgré tout, ne confère pas à son argumentation la pertinence dont elle a prétendu se doter.

Enfin, en recourant ainsi au *fiqh*, la cour suggère l'hypothèse selon laquelle l'acte de Sami(a) s'apparente à l'extravagance immorale, quasiment illégale, d'un individu manifestement homosexuel qui a transgressé le code sacré de la sexualité en islam... et l'ordre public ! Il en résulte, pour lui, un déchirement entre deux identités : celle de l'individu-corps et celle de l'individu-droit. Un débat qui se situe au cœur du droit moderne.

Au total, une triste compensation qui a frustré à la fois Sami(a) en tant que plaideur, mais en même temps les tenants de la rhétorique juridique.

Problématique du recours au *fiqh*

À l'origine, une discrète volonté politique a orienté la magistrature tunisienne vers le recours au *fiqh*, immédiatement relayé par la jurisprudence. Or cette démonstration éclatante n'a fait que mettre en évidence la question du statut du *fiqh* dans l'ordre des sources du droit : un problème d'interprétation est ainsi posé au juge. Une querelle qui, au-delà du « stric-

5. Jugement du tribunal de première instance de Ben Arous (Tunisie), n° 621 en date du 28 mars 1990, RJL, n° 2, février 1991, p. 127-133.

6. En effet, il serait erroné de créditer le jugement de Ben Arous d'un quelconque libéralisme, puisqu'en l'espèce, le juge a invoqué les références du droit musulman autorisant la modification de l'état civil de l'androgyne naturel.

7. Publiée notamment in Chérif Mohammed Hedi, *Qawânîn al-Ahwâl al-Chakhsiyya wal-Madaniyya fî Tûnis* (lois du statut personnel et de l'état civil en Tunisie), Sousse, Tunisie, Éditions Tayyib Qâsim, 1987, p. 293-298.

tement juridique » renvoie au débat sur la référence identitaire. Voyons successivement ces trois points.

Premier point. Le décret du 13 août 1956, portant promulgation du Code du statut personnel, a paru au *Journal officiel tunisien*, n° 66, le 17 août 1956. Comparé aux autres législations des pays islamiques en la matière, ce code a été présenté comme étant d'inspiration kémaliste et partant comme ayant provoqué un changement révolutionnaire. Quelques jours avant sa promulgation, une note du secrétaire d'État à la justice en date du 3 août 1956[8] ayant pour objet de situer cette loi fondamentale, porteuse d'audacieuses réformes, révèle pourtant que ce code n'est pas tant le fruit de l'euphorie laïcisante de l'époque, que la reprise d'un projet initié en 1948 par le *mufti*. Le *mufti* représente la plus haute autorité religieuse chargée d'émettre des *fatwâs* ou avis fondés sur la doctrine et le droit religieux. Il était à la tête d'une commission réunissant des magistrats des tribunaux religieux, aux côté des autres membres: professeurs, personnalités du barreau et magistrats des tribunaux judicaires. Situé dans ce contexte, le Code du statut personnel, pourtant revigoré par le modernisme bourguibien, s'inspirait, selon l'auteur de la note, des principes de l'islam et de sa *sharî'a* (loi religieuse).

Cette note, tout en reconnaissant la nécessité d'introduire des dispositions modernes dans le droit de la famille, précise que cette nouvelle orientation ne doit pas contredire les finalités (*maqâsid*) de l'islam. Sans compter que, pour la mise en place du nouveau système judiciaire et compte tenu de la pénurie, la note évoque la nécessité d'intégrer (pour une période transitoire de trois années... !) des diplômés de l'enseignement religieux en qualité de magistrats.

L'aspect caché de l'ambigüité est, ainsi, mis à nu: les changements apportés par le nouveau Code s'adossent en dernière instance à une culture islamique et non à une pensée profane véhiculée par le radicalisme de mouvement pour l'indépendance.

Pour nuancer, nous nous ferions volontiers l'écho du Pr Mohammed Charfi[9] en soulignant qu'une certaine approche a voulu que le législateur se limite à la promulgation des textes innovateurs, « cultivant l'essentiel (mais aussi « l'art du silence et de l'ambigüité ») dans l'espoir de voir « les juges à la hauteur pour achever son œuvre. Force est de constater aujourd'hui que cet espoir a été déçu ». L'implication immédiate suggérée par ce propos est que l'herméneutique du religieux devait avoir préséance

8. M.H. Cherif, *Introduction à l'étude du droit*, Tunis, Éditions du Centre d'Études de Recherches et de publications de la Faculté de Droit et des Sciences politiques et économiques de Tunis, 1983, p.222.

9. Voir notamment Monia Kari, Note à propos d'un texte ambigu: l'article 535 du Code des Obligations et des Contrats, *Revue Tunisienne de Droit*, Tunis, CERP, 1992, p.203-235. Ensuite, la clarification de Kamel Charfeddine, Cours de droit civil, 1re partie (ronéo, en arabe), Tunis, Faculté de Droit et de Sciences politiques, Tunis, 1993-1994, p.63-67.

et autorité. En l'espèce, les juges d'appel n'avaient pas méconnu l'orientation originelle, indiquée dans la note de 1956[10].

Quelques années plus tard, un arrêt de la cour de cassation tunisienne devait établir un principe de jurisprudence constante en la matière[11]. Ici aussi, le Pr Mohammed Charfi ne manquera pas de relever cette dérivation fondatrice consistant pour les « tribunaux tunisiens... (à) contrecarrer l'effort modernisateur du législateur ou du moins (à) interpréter d'une façon conservatrice les dispositions modernistes[12].

En toute logique, le malentendu se propage à un autre niveau où se situent les enjeux majeurs du droit. C'est ainsi qu'est soulevée une polémique à propos des règles d'interprétation énoncées par l'article 535 du Code des obligations et des contrats: « lorsqu'un cas ne peut être décidé par une disposition précise de la loi, on aura égard aux prédispositions qui régissent les cas semblables ou des matières analogues; si la solution est encore douteuse, on décidera d'après les règles générales du droit ».

Ici encore s'est posé un problème d'identification de ces « règles générales de droit »: font-elles référence au *fiqh* comme source d'interprétation, ou alors sont-elles de simples maximes qui ne s'imposent pas au juge? Un débat sur cette question, entre M. Charfi et M.L. Hachem, instauré par les disciples, a pu prendre l'allure d'une controverse.

Encore une fois, l'interprétation exprime cette possibilité toujours ouverte de recourir au *fiqh*.

Plus largement, cette même démarche renvoie au discours sur le fondement de la règle de droit qui, pour les tenants de la tradition, trouve notamment sa justification a posteriori, dans l'argument de l'identité, proposé par l'article 1er de la constitution tunisienne du 1er juin 1959: « La Tunisie est un État libre, indépendant et souverain, sa religion est l'islam, sa langue est l'arabe, et son régime est la République ».

Pour une première approche qui procède d'une vision holiste, cette disposition implique que l'islam nourrit directement la règle de droit applicable à tous et à un chacun. Or, poursuivre cette logique impliquerait le maintien d'une béance dans le système juridico-politique qui autorise, selon l'opportunité, certains gouvernements arabo-islamiques à faire un recours ponctuel à la *sharî'a* qui se trouve, ainsi, mixée à un dispositif juridique, apparemment laïc. L'ascension du mouvement islamique pendant les années 1980, a permis à cette idée de faire un certain chemin et surtout de se faire le liant entre l'ambiguïté originelle et, aujourd'hui, la surenchère islamisante du nationalisme arabe après la guerre du Golfe et d'une certaine modernisation qui dissimule mal la nostalgie du despotisme.

---

10. Cette note a cependant disparu de la nouvelle édition du code, annotée par M.H. Cherif, Tunis, Éditions Dâr al-Mizân lil-Nashr, 2e édition, 1994, 288 p.

11. Arrêt Houriyya, cassation droit civil 3384 du 31 janvier 1966, *Revue de Jurisprudence et de Législation*, 1967.

12. Introduction à l'étude du droit, *op.cit.*, p.94.

Cependant, une seconde approche qui s'énonce en tant qu'alternative laïque, mais surtout effective, considère que l'islam, à travers cette même disposition constitutionnelle, ne représente qu'une référence à l'identité de l'État qui n'implique en rien l'islamisation des règles applicables, lesquelles doivent être maintenues dans le champ de la laïcité sociale. C'est ainsi que l'on peut comprendre, par ailleurs, l'articulation anthropologique de la règle de droit élaborée sous le protectorat français, particulièrement en matière pénale : laïcité de l'espace public avec protection des spécificités ethnico-religieuses, de sorte que le champ du sacré devient culturel, protégé dans les limites requises par le respect de l'ordre public.

C'est probablement le double héritage de ce type de mentalité, de cette laïcité spontanée, qui a pu déterminer un individu comme Sami(a) à opérer sa propre transfiguration, espérant obtenir, par la suite, une transformation conséquente de son statut juridique. Mais le système a réagi pour affirmer la primauté du sacré, ce qui appelle une réflexion sur le type d'équation qui a pu s'établir entre tradition et modernité dans le système juridique contemporain.

Tout d'abord, en toile de fond, nous avons affaire à une *épistémé* classique du droit, parsemée de textes modernes, soit pour organiser l'espace public et impulser une économie attelée à la division internationale du travail (code pénal, code de commerce, code des obligations et des contrats, depuis la présence française), soit pour moderniser le tissu social, en révolutionnant spécifiquement le statut de la femme (code du statut personnel, depuis l'indépendance). Mais de cette savante imbrication, il ressort que les leviers de base de l'émancipation individuelle n'ont pas été actionnés : restrictions législatives aux libertés publiques et, à l'occasion de l'affaire Sami(a) notamment, l'institution du pouvoir se réserve le droit exclusif de régenter la sexualité et le corps en tant qu'interdits fondamentaux, par le recours au *fiqh* et à la loi islamique, si cela s'avère nécessaire.

Le recours au *fiqh* par le juge tunisien, ou la religion comme nature

On aurait bien voulu se laisser tenter par une laborieuse approche définitionnelle du statut réel de Sami(a). On se serait ainsi fourvoyé dans une rhétorique sur le sexe des anges. Sami(a) est-il/elle androgyne, comme il/elle le laisse comprendre, dans la mesure où el/elle affirmait présenter des caractères sexuels du sexe opposé ? Ou, à l'extrême limite, pseudo-hermaphrodite si l'on prend en considération le seuil minimum de ses prétentions, à savoir un individu qui présentait les caractères sexuels secondaires de l'autre sexe ? Compte tenu du débat réel auquel nous convie cet arrêt, ces considérations participent davantage de la question préjudicielle.

Les juges de la cour d'appel ayant, comme cela a été annoncé, décrété que le droit positif était muet sur la question, décident donc de se replier sur le *fiqh*, censé avoir statué sur le cas.

Le droit islamique est une lente construction doctrinale qui repose sur quatre sources fondamentales : le Coran, la *Sunna* (dits et actes du Prophète), l'*Ijtihâd* (l'effort de raisonnement des juristes) et l'*Ijmâ'* (consensus des légistes). Les deux premières sont dites sources objectives tandis que les deux dernières sont subjectives ou humaines.

De son corpus, serré et lapidaire, on peut dégager quatre arguments invoqués par l'arrêt : le Coran, la Sunna, l'insulte aux déviants, et la règle de l'état de nécessité.

Le Coran

Pour fonder sa décision, le juge fait valoir le verset coranique suivant : « Dieu sait ce que porte chaque femelle et la durée de la gestation. Toute chose est mesurée par lui »[13]. Sami(a) aurait forcé la volonté divine qui fixe l'ordre immuable des choses. Nous pensons que le recours à ce verset est inapproprié, d'interprétation erronée et inapplicable au cas d'espèce.

Inapproprié, car si l'arrêt voulait nous convaincre que l'ordre du monde était naturel, harmonieux et cohérent selon un pouvoir divin exclusif, il aurait dû plutôt se reporter aux versets, fort nombreux par ailleurs, qui prouvent que Dieu, un peu comme la nature, ne fait rien en vain. À la limite, toutes les Écritures sont une vision eschatologique du monde.

D'interprétation erronée, du fait que la signification de ce verset est consacrée par l'exégèse (*Tafsîr*) classique comme moderne. En effet, la consultation des livres d'exégèse nous apprend que ce verset signifie que Dieu seul peut connaître l'inconnu, à savoir ce que les matrices des femelles absorbent et le terme de l'accouchement.

On en déduit que ce verset est inapplicable au cas d'espèce, du fait que le sens du verset est clair. Or, la règle d'or en la matière, fixée par le Coran qui organise ainsi sa propre exégèse, est que les versets clairs et fermement établis ne peuvent être sujets, abusivement, à interprétation[14], c'est-à-dire que seuls les versets à caractère symbolique et obscur peuvent faire l'objet d'une lecture herméneutique ; à moins que le juge ne s'autorise de nouvelles règles d'interprétation classique, du reste non invoquées par l'arrêt.

On peut, à la limite, et par simple jeu polémique, retourner l'argument de l'arrêt dans un sens favorable à la démarche de la cour. On supposera qu'effectivement Dieu seul connaît ce que la femelle porte, mais alors, dans ce cas-ci, rien n'empêcherait de penser que Sami(a) a été voulu tel quel par Dieu, c'est-à-dire « androgyne » ou supposé(e) l'être !

---

13. Sourate XIII, 8 (traduction Dominique Masson), Paris, Gallimard, 1967.
14. Sourate III, 5.

La sunna

Le deuxième argument est plus spécifique dans la mesure où il fait référence à l'ambiguïté sexuelle. L'arrêt reprend un Dit du Prophète: « Dieu maudit les hommes qui se prennent pour des femmes et les femmes qui veulent ressembler aux hommes ».

Ce Dit du Prophète est, de toute vraisemblance, véridique, c'est-à-dire authentifié, sous des modes variés, par la plupart des recueils qui eurent pour tâche de vérifier la validité des dits du Prophète, selon une chaîne de garants (*silsila*) reposant sur l'authenticité des rapporteurs de l'information et leur degré de compagnonnage avec le Prophète[15]. Reste la question: à qui le prophète faisait-il référence: à l'homosexuel, au travesti ou à l'hermaphrodite, en termes modernes?

À ce niveau, il est nécessaire de faire une mise au point décisive pour la suite de l'exposé.

Elle porte sur le statut même de l'homosexuel dans le Coran. En effet, le texte condamne sans appel le peuple du prophète Loth, pédophiles invétérés que Dieu fit miraculeusement périr[16]. De même, l'homosexualité, que la langue arabe rend, entre autres, avec le substantif *Liwât*, dérivé de Loth, est qualifiée de « perversion », de « transgression » des frontières de la terre et d'« ignorance »[17].

Dès lors, la question se pose curieusement de savoir pourquoi l'arrêt ne s'est pas adossé à ces versets formels? Et la réponse pourrait être la suivante: la malédiction coranique s'adresse pareillement au pédophile et à l'acte de fornication, qu'ils proviennent d'un homosexuel invétéré ou épisodique. Or, Sami(a) ne s'est pas pressenti(e) en tant qu'homosexuel(le) pour que les magistrats, poursuivant leur logique du recours au *fiqh*, puissent faire état de ces versets. Ainsi, paradoxalement, le Coran est muet sur le cas du travesti ou de la personne sexuellement équivoque. C'est alors que les juges se sont livrés à une étrange rhétorique qui a consisté à assimiler Sami(a) à un homosexuel invétéré en recourant à ce Dit du Prophète qui porte sur l'être pervers, le travesti, qui occupe une zone intermédiaire floue entre le type homosexuel et l'être naturel.

Rappelons les circonstances dans lesquelles ce Dit a été proféré, et le sens à lui attribuer. L'imprécation du Prophète s'adressait à une personne équivoque du nom de Hît, un domestique d'une des femmes du Prophète. Un jour, Hît s'était mis, d'une façon excitante, en présence du Prophète, à louer les avantages d'une femme. Alors, le Prophète, ayant compris certainement qu'il avait affaire à une espèce de créature transformée, l'a littéralement chassé et l'a frappé de la malédiction divine.

Néanmoins, le point de savoir si l'abomination s'adresse à l'homosexuel ou à l'hermaphrodite demeure entier. Pour résoudre le problème,

---

15. Ibn l-Athir, *Jama'al-Usûl fî Ahâdîth al-Rasûl*, vol.6, p.661-663.
16. Sourate VII, 80-84.
17. Sourate VII, 81 ; XXVI, 165-166 ; XXVII, 55.

un détour par la sémantique s'impose. En effet, la langue arabe distingue entre l'homosexuel travesti et l'hermaphrodite. Les deux occurrences viennent de la racine trilitère *kh, n, th*, qui veut dire ployer, pencher, courber, plier avec douceur.

Avec cette différence capitale que le travesti est dit « *mutakhannith* », c'est-à-dire un être pervers qui, par sa volonté libre, une sorte de volonté mauvaise, s'assimile volontairement au sexe opposé. Bref, c'est un être efféminé. En revanche, l'hermaphrodite, toujours par dérivation de la racine trilitère, est dit *khuntha*, c'est-à-dire étymologiquement, un être pourvu à la fois des parties naturelles de l'un et l'autre sexe ou chez qui les parties naturelles sont d'une telle conformation qu'il est difficile de déterminer le sexe qui leur correspond. Sur ce point, le dictionnaire de la langue arabe classique est formel[18]. Or, en injuriant Hît, le Prophète avait employé, selon une variante, le terme « *mutakhannith* », et selon une deuxième version, « ceux qui veulent ressembler et s'assimiler » à l'un des deux sexes opposés. Et par conséquent, la malédiction ne s'adresse qu'à la personne perverse qui s'assimile, délibérément, au sexe opposé.

Le Prophète avait une vision tranchée du mode d'être des deux sexes. Viril, l'homme ne doit pas déambuler, ni porter de la soie ou de l'or, et la femme, pudique, devra éviter de porter les vêtements d'hommes et d'adopter les façons masculines. On en déduit que rien, vraiment rien, n'indique dans l'arrêt que Sami(a) soir un travesti, un efféminé velléitaire, sauf bien entendu cette expertise médicale qui, si elle conforte le juriste dans sa démarche réglée, laisse planer un minimum de doute, désastreux en cas d'erreur. En effet, il suffit qu'un transsexuel exprime la conviction inébranlable qu'il a de lui-même pour relativiser toute démarche inquisitoire à son égard. Il lui suffit de faire la démonstration « de la concordance entre sa biologie d'une part et d'autre part son identité de genre et même son rôle de genre »[19].

L'injure aux déviants

Le troisième argument de l'arrêt se présente de la manière suivante. Après avoir retenu l'injure du Prophète aux homosexuels travestis, l'arrêt poursuit : « or, dit-il, la malédiction ne frappe que le mécréant, l'hypocrite et l'hérétique », pensant ainsi assimiler Sami(a) à l'une de ces trois catégories. Tel quel, cet argument est déconcertant, abusif, voire dangereux. Les raisons en sont les suivantes.

D'abord, un tel raisonnement est déconcertant. En effet, le juge présente cette preuve en disant qu'elle est établie. Mais il n'indique pas ses sources. Or, le droit islamique ignore directement les catégories qu'il invoque en ce sens que l'hérétique, le mécréant et l'hypocrite ne sont pas,

---

18. Ibn al-Mandhûr, *Lisân al-'arab*, lettes kh, n, th.
19. Branlard, J.-P., *Le sexe et l'état des personnes*, Paris, LGDJ, 1993, p.484.

à proprement parler, des catégories juridiques. En effet, tant qu'il traite de l'observance du rite et de la législation sociale, le droit islamique ne réserve qu'une place à peine visible à ce genre de déviances. Par exemple, le *fiqh* qualifie le mécréant d'impur dans le chapitre réservé aux impuretés attachées à l'accomplissement des rites ou encore considère le mécréant, dans le chapitre sur la guerre sainte, comme infidèle justiciable d'un sort à la carte : la mort, la servitude, la libération ou l'échange de prisonniers. Ou bien le *fiqh* désavoue l'hérétique et l'hypocrite qui se refusent, sans raison, à accomplir les rites ou s'écartent de la communauté.

De même, en droit pénal islamique, ces mêmes déviances ne sont guère qualifiées comme crimes ou interdits susceptibles de sanctions pénales comportant des contraintes corporelles dites *hudûd* (limites). Par où on voit combien le juge s'éloigne du cas d'espèce !

Cela ne veut nullement dire que le Coran soit tolérant à l'égard de ces déviations. Bien au contraire, il les condamne et les voue à la géhenne. Nous disons seulement que la discussion de fond sur le statut de l'hérétique, du mécréant, de l'hypocrite, relève d'un tout autre genre que le droit islamique, à savoir la théologie rationnelle (*'Ilm al-kalam*) une science qui fonde la foi dans la raison. Là, le débat porte sur le point de savoir si le coupable de faute grave ou grand pécheur est un croyant, un hypocrite ou un mécréant. Et la réponse varie suivant les écoles théologiques, allant ainsi de la sévérité exemplaire à l'indulgence particulière. Le droit islamique, en revanche, ne prendra en charge ces catégories qu'en aval et à titre subsidiaire, c'est-à-dire quand leurs auteurs accomplissent des rites, rentrent en rapports sociaux d'ordre civil, ou encore en viennent à commettre des actions qualifiées juridiquement et portant sanction pénale publique. On ne voit pas, dans ces conditions, quel crime juridiquement sanctionné par le fiqh Sami(a) aurait commis. Par contre, de nos jours, la littérature islamiste radicale regorge de ce type d'injures employées à tort et à travers à l'égard de tous.

Abusif ensuite, l'argument semble oublier que l'injure, la diffamation, l'abomination, l'imprécation sont des occurrences que le Coran emploie, surabondamment, pour maudire une quantité effroyable de gens parmi lesquels les menteurs, les injustes, les Juifs (dans des circonstances précises liées à des événements circonscrits de son époque), les hypocrites, les mécréants, voire les homosexuels. Pourtant, en aucun cas, l'hermaphrodite ne figure dans cette liste terrifiante.

Dangereuse, enfin, car elle assimile Sami(a) à un mécréant, un hypocrite et un hérétique. Or, aucune de ces trois catégories ne s'applique à lui. Le mécréant est celui qui nie l'existence, l'unicité et les bienfaits de Dieu ; l'hypocrite est celui qui feint, apparemment, de croire en Dieu alors qu'en réalité, il dissimule son incroyance ; l'hérétique ou l'hétérodoxe est un égaré qui s'exclut de la communauté des croyants. Le mécréant et l'hypocrite sont des occurrences coraniques, tandis que l'hétérodoxe est une création politico-théologique, née de la polémique entre les factions politiques en islam. De plus, l'hétérodoxe est une catégorie très large, allant

de l'apostasie à la simple opposition politique ou théologique non officielle. Son emploi par le juge semble pour le moins injustifiée; elle fait de lui, non un juge, mais un gardien de l'orthodoxie idéologique politique. C'est dire qu'on ne voit pas comment quelqu'un qui demande à changer d'état civil pour que celui-ci corresponde mieux à son identité sexuelle, puisse être qualifié par tant de termes injurieux, appartenant à un autre âge !

Le principe de nécessité

Le dernier argument théologico-juridique de l'arrêt nous rapproche plus du droit islamique que les arguments précédents. Il est énoncé de la manière suivante: le consensus des juristes a établi le principe que la nécessité fait loi. Or, Sami(a) ayant délibérément choisi de changer d'identité physique n'a obéi à aucune nécessité extérieure de nature à la forcer à le faire.

L'argument est on ne peut plus clair sur ce que nous avons appelé la religion comme nature. En effet, l'état de nécessité est un principe juridique universel. En droit islamique, il veut dire qu'en cas de force majeure, ayant les caractères conventionnels d'état imminent et grave, on a le droit de contrevenir à ce que Dieu a interdit de faire. Par exemple, manger du porc ou la bête morte, consommer des boissons fermentées sont, non seulement des péchés moralement condamnés, mais en plus parfois assortis d'une sanction pénale. Néanmoins, en cas de nécessité (sécheresse, famine, maladie...) ces interdits, comme l'indique le Coran[20], deviennent licites.

Pour le juge, Sami(a) ne se trouve en aucun cas devant un danger imminent et grave le poussant à choisir un sexe plutôt qu'un autre.

Sans vouloir contester la règle universelle, l'on se demande si la théorie de l'état de nécessité n'est pas un exercice formel de scolastique, inapproprié pour rendre compte de formes modernes de la nécessité: la tranquillité de l'âme, les nouvelles connaissances sur le code biologique, ou un mode différent de l'usage des plaisirs !

En définitive, le juge s'acharne à invoquer des règles et un corpus qu'il applique abusivement à un cas dont il n'a pas la loi. C'est dire combien il est urgent pour le juge d'être à l'écoute du monde nouveau, celui de la percée de la génétique et d'une éthique qui tente de poser des limites à la science sans contrevenir au principe de la liberté.

20. Sourate VI, 145.

Le droit contre la liberté

Si le juge tunisien s'est donné tant de peine pour débouter Sami(a), c'est qu'au fond il conçoit la religion comme une seconde nature à laquelle aucune dérogation n'est permise.

Dans son esprit, ou bien la religion vient confirmer l'état de nature ou bien, à l'inverse, la nature ne peut déroger à la loi religieuse.

Si le Coran est sollicité, c'est parce qu'il conforte l'idée que le cosmos est ordonné selon un équilibre stable et permanent. De même l'injure et la malédiction frappent, d'une abomination presque identique, les négateurs : l'homosexuel qui métamorphose sa nature, le mécréant qui nie la Création divine, l'hypocrite qui dissimule son incroyance et l'hétérodoxe qui s'égare de la communauté de Dieu.

La religion fait fond sur la nature. Tout au plus concède-t-on, en droit, à la nature, en cas de force majeure et de nécessité, de déroger à la loi religieuse, c'est-à-dire, en somme, d'être aussi proche de la loi religieuse que l'est celle-ci avec celle-là !

Bref, le droit islamique, tel quel et tel qu'il est compris par le juge, n'est pas cette pure forme qui fait fond sur la liberté de l'homme, mais, au contraire, une loi d'origine hétéronome, provenant de Dieu et conforme à la nature des choses. Autant dire : le droit contre la liberté !

Pourtant, l'arrêt demeure critiquable aussi bien quand il s'adosse au droit islamique que lorsqu'il se donne une allure moderne. Plus explicitement, le statut de l'hermaphrodite, dans le droit islamique classique n'est pas du tout celui que le juge énonce et le statut moderne du transsexuel ne peut plus être le même que celui de l'âge classique.

Le statut classique de l'hermaphrodite

À la base, l'arrêt estime, à bon droit, que le statut de l'hermaphrodite (*khuntha*) est établi : ce qui a justifié, de sa part, le retour aux sources classiques. Néanmoins, on s'étonnera toujours qu'il n'ait pas rappelé le statut de l'hermaphrodite, effectivement établi par le droit islamique.

Comme nous l'avions remarqué, le Coran maudit l'homosexuel et la Sunna le travesti, sans que les deux sources ne s'expriment ouvertement sur une sanction pénale avérée et formelle. La tradition, depuis, estime que l'homosexualité est un grand péché dont l'auteur, avant même qu'il ne rejoigne la géhenne, mérite la mort ici-bas. On est allé jusqu'à étendre l'homosexualité au fait de prendre une femme par derrière (la sodomiser) ou pendant le cycle menstruel ou dans des postures non conventionnelles... En revanche, le Coran est muet sur la personne qui s'assimile, par artifices, au sexe opposé, et entretient l'ambigüité sur son véritable statut. La Sunna est venue supplanter le Coran pour le maudire. Certains ont cru devoir en déduire, analogiquement, qu'il mérite, lui aussi, un châtiment

semblable à la pédophilie (la mort) ou au crime de fornication hors mariage, dit *zinâ* (cent coups de fouet)[21].

Tel n'est pas le cas de l'hermaphrodite. En effet, le Coran est muet sur son statut: mieux, l'occurrence du terme hermaphrodite (*khuntha*) est inexistante dans le texte. Ce qui, on nous le concèdera bien, n'est pas une mince affaire !

Alors, le droit classique a dû inventer un statut *sui generis*. Il a estimé que l'androgyne, doté, par nature, à la fois des parties génitales masculines et féminines ou asexué (degré zéro du sexe) « ne commet aucune faute ». S'il est absous pénalement, la casuistique s'interroge sur les effets civils de son état, notamment sur son statut juridique et celui de ses ayants droit à l'héritage ; s'il doit prier parmi les hommes ou en rang séparé ; s'il se dévoilera devant les deux sexes ou devant aucun... Sur ce point, les sources sont formelles[22].

Une pareille « libéralité » a de quoi étonner un esprit moderne. En fait, pour autant que nous le sachions, le droit islamique a raisonné par analogie et à partir d'une sorte de *jus naturalis*. Car, tant que l'individu, homme ou femme, fornique avec quelqu'un d'identique à lui-même, ou s'assimile, volontairement, à l'un des deux sexes opposés, il est condamné moralement pour avoir transgressé par son abomination, la loi de la nature divine. Toutefois, s'il arrive que la nature se déforme elle-même, excède, en quelque sorte, ses propres limites, on suspend dès lors le jugement pour ne pas heurter l'inscrutable volonté divine. Le grand partage est alors, en droit classique, entre d'une part la nature et la loi (l'hermaphrodite et la sexualité normale) et d'autre part l'artifice et la déviance (l'homosexuel et le travesti volontaire).

C'est ce qui explique, du reste, le jugement du tribunal de Ben Arous, qui avait donné droit à un changement d'état civil, du fait que l'enfant, à sa naissance, était un androgyne naturel, jusqu'à ce que la partie masculine de son être se soit développée, entre temps, par la grâce céleste !

Paradoxalement, et par un étrange retournement du droit, Sami(a) aurait dû également se trouver moralement absous par cette même loi religieuse naturelle qui maudit l'homosexuel et l'apparenté homosexuel !

Malheureusement, le juge ne semble pas en être convaincu. Refusant de lui étendre les bienfaits de la grâce, il estime, au contraire, que Sami(a) a délibérément choisi de modifier son identité sexuelle naturelle. Après donc l'avoir apparenté à un homosexuel, au regard de la loi religieuse, il lui a refusé le statut d'hermaphrodite. À la limite, ces assimilations dange-

---

21. Al-Dhahbi (XIIIe siècle), *Kitâb al-kabâîr*, Beyrouth, Dâr Ihya al-Turâth al-'Arabî, s.d., p.95-66 et 154-149. A. Bouhdiba, *Islam et sexualité*, thèse de doctorat, Paris V, 1972, vol 1, p.94-119.

22. Abu Gib Saadi, *Al Qâmûs al-Fiqhi* (Dictionnaire de droit), Damas, Dâr al-Fikr, 82, p.124. S Chatti, *Al-Ghurra fî sharh fiqh al-Durra*, Tunis, Matbaat al-Irâda, 1936, p.74-75.

reuses du cas de Sami(a) auraient dû, en toute logique du droit islamique, provoquer la comparution de Sami(a) devant le juge pénal qui, lui, aurait appliqué la *sharî'a* avec toutes ses conséquences.

Le droit moderne et le transsexuel

Le véritable problème auquel se heurte le juge tunisien est le silence de la loi, la loi islamique et la loi positive.

En effet, le droit islamique connaît l'androgyne mais ignore le transsexuel. Comment aurai-il pu prévoir un tel statut, produit de progrès de la science ?

Il nous semble que le juge en était conscient. Malheureusement, il s'est replié sur une position conservatrice. Il n'eut de cesse de réitérer que le demandeur « a modifié d'une façon artificielle et délibérée son sexe » et à ce titre, il le déboute. Certes, l'arrêt ne méconnait pas la jurisprudence française qu'il rappelle, au besoin : l'arrêt de 1975 et le revirement jurisprudentiel de 1992 qui accorde la liberté de changer de sexe. Néanmoins, il estime que la base scientifique et légale de la jurisprudence française n'est guère convaincante. Le juge français a été obligé de se conformer à la Convention européenne des Droits de l'homme et aux mœurs de l'Europe. Or, le juge tunisien, dit-il, comme tout juge, est lié par « l'héritage culturel de sa civilisation et les mœurs de son pays ». C'est ce qu'on appelle, affirme-t-il, « l'ordre public et les bonnes mœurs » qu'il est censé sauvegarder.

Le juge cite, à ce propos, la thèse des doyens Sadok Belaïd et Jean Carbonnier selon laquelle le juge est lié par les valeurs sociales ; mais l'autorité de la doctrine, ici même, n'est d'aucun secours.

En vérité, le juge a adopté une attitude de repli conservateur. Il a peur, comme il le dit lui-même, que la cellule familiale ne soit l'objet d'un doute car Sami(a) ne pourra pas se marier et avoir d'enfants, même si le but du mariage, reconnaît-il, n'est pas la procréation.

Bref, l'héritage culturel joue socialement le même rôle que joue la nature dans le droit islamique. La nature et la culture se conjuguent, toutes deux, pour empêcher la personne de changer de sexe. La religion est prise pour une nature et la culture agit comme si elle était une nature. Et dans les deux cas de figure le résultat est le même : la liberté ne peut transgresser la loi hétéronome.

Il y a là, sans doute, une grande méprise sur le sens à attribuer au droit moderne : fait-il fond sur la liberté autonomie ou sur la nature ou la religion ? Le juge tranche pour la deuxième thèse, celle de l'hétéronomie de la loi. Et c'est dommage pour le progrès du droit, voire même pour cette grande fiction sur laquelle il s'adosse : la culture. Nous sommes d'autant plus à l'aise pour le dire que les êtres sexuellement ambigus, toutes tendances confondues, les homosexuels, les androgynes et les autres, jouissaient, par delà la religion et à son insu, d'une tolérance à faire rougir

un moderne. Le livre de Tifâchi[23] consigne, avec force détails, des anecdotes croustillantes sur ces gens qui vivaient au grand jour, dans la cour royale, les souks et au bain maure, une sexualité qu'on appellerait aujourd'hui désordonnée. Et l'on s'étonnera toujours qu'une littérature si subversive et impudique ait pu être écrite et transmise par des jurisconsultes et des scribes : sauf à imaginer que l'ironie fut la seule manière de résister à l'institution. Toutefois, les efféminés, traqués par le droit, étaient tout de même livrés au bon vouloir du prince qui, à sa convenance et selon ses humeurs, les prenait en sympathie, les libérait, les emprisonnait ou les exécutait.

Il reste un dernier point : jusqu'où la liberté fondatrice, adossée au pouvoir de la science, peut-elle aller ? Problème que pose la bioéthique actuelle. Mais le juge tunisien se tient en deçà de ce type d'interrogation. Attendons qu'il sorte du droit islamique pour en discuter. Le Comité national d'éthique médicale, créé en 1994[24], saura t-il faire contrepoids à la dérive identitaire du juge ?

Pour le moment, Sami(a) est celui par qui le scandale arrive. Sa féminité ostentatoire qu'il a rendue inexorable, défie sans aucun doute un ordre social bégueule dont la mise en scène s'accommode tout au plus de rituels grivois. Il est fort probable que la demande de Sami(a) ne fut point effrayante au point de suggérer la solution du mythe de l'androgyne dans le *Banquet* de Platon : attendre que Zeus le coupe en deux !

23. À Tifachi (XIIIe siècle), *Le délice des cœurs*, Paris, Phébus, 1981, chapitre sur les invertis.

24. Décret n° 94 1139 du 19 septembre 1994, *Journal officiel de la République tunisienne*, 27 septembre 1994.

10

Disposer de son corps

Excision, virginité, transsexualisme et transplantation en droit égyptien

Baudouin DUPRET

C'est au nom d'un impératif religieux que d'aucuns se sont opposés à la proscription de l'excision en droit égyptien, mais c'est en vertu du principe du respect de l'intégrité physique que la justice les a déboutés. C'est au nom d'un impératif de morale sexuelle que l'opération de restauration de la virginité est stigmatisée dans l'espace public égyptien, mais c'est en vertu du droit à retrouver l'intégrité physique que le *mufti* de la République l'a autorisée en cas de viol. C'est au nom de l'impératif du respect de l'intégrité physique que l'opération de changement de sexe a été attaquée en justice, mais c'est en vertu de la constitution de l'hermaphrodisme en pathologie psychologique que le parquet égyptien a considéré que cette opération relevait des dérogations légales au principe de protection de l'intégrité physique du patient. C'est au nom d'un impératif d'intégrité rendant le corps indisponible à son dépositaire que la transplantation d'organes est contestée, mais c'est en vertu du principe de l'intérêt supérieur des vivants que ses partisans la justifient.

L'intégrité physique est donc un principe reconnu, doté de ses éléments constitutifs et de ses dérogations. Ce principe, éminemment centré sur l'individu, n'emporte toutefois pas le droit plein et entier de celui-ci à disposer de son propre corps. Le droit aurait en effet tendance à justifier le principe d'intégrité physique par son souci de protection de la société plus que de la personne, dans une logique où cette dernière n'est pas propriétaire, mais seulement dépositaire de son corps. À ceci près que c'est au regard de la propriété de son corps que le patient est tenu de donner son consentement à toute intervention médicale et que c'est au regard de son intentionalité propre et individuelle que le sujet de droit est tenu pour responsable et justiciable des usages de son corps. Le corps balance ainsi continuellement entre disponibilité individuelle et indisponibilité sociale. C'est à reprendre dans le détail les exemples donnés en exergue et à les

resituer dans la perspective des droits en apparence contradictoire à l'intégrité physique et à disposer de son corps que cet article voudrait s'attacher.

Quand il est question d'intégrité physique

Il s'agit, dans cette section, de brièvement rapporter quatre situations dans lesquelles la notion d'intégrité physique a été débattue dans l'espace juridique et/ou judiciaire égyptien.

La prohibition de l'excision

L'excision a fait l'objet en Égypte, en juillet 1996, d'un arrêté du ministre de la santé (arrêté 261/1996 du 8 juillet 1996) stipulant, dans son article 1er, que « la pratique de l'opération d'excision des filles est interdite, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les cliniques publiques ou privées, sauf dans les cas pathologiques décidés par le directeur du département de gynécologie et obstétrique et sur proposition du médecin traitant » ; et, dans son article 2, que « la pratique de cette opération par des non-médecins est un crime puni conformément aux lois et règlements ». Cet arrêté, qui prohibe ainsi la pratique de l'excision dans les hôpitaux et reproduit une interdiction antérieure faite aux non-médecins, ne constitue qu'une nouvelle mesure dans l'histoire déjà longue et infructueuse des campagnes contre cette pratique. Le nouveau décret du ministre a suscité un débat relativement passionné dans une société où la pratique de l'excision semble encore très répandue. De la même façon que dans l'affaire Abû Zayd[1], bien qu'aucun individu ne soit l'objet désigné de l'action, un groupe de personnes, mené par le cheikh Yûsif al-Badrî, a introduit une requête devant le tribunal administratif du Caire demandant que l'arrêté du ministre soit suspendu et annulé. Pour justifier leur requête, ils invoquèrent plusieurs arguments : la contravention de l'arrêté à l'article 2 de la Constitution qui fait des principes de la *sharî'a* islamique la source principale de la législation ; l'accord des jurisconsultes musulmans (*fuqahâ'*) sur la légitimité de l'excision comme tradition prophétique, dont ils ne discutent que du caractère obligatoire ou recommandé ; l'impossibilité faite au gouvernant de revenir sur une disposition coranique ou sur une règle obligatoire ou recommandée en droit islamique. Dans son jugement

1. Universitaire égyptien, Nasr Hâmid Abû Zayd a fait l'objet d'une procédure en divorce forcé devant les juridictions égyptiennes au motif de l'apostasie qui transparaissait prétendument de ses écrits. Sur le détail de l'affaire et son analyse, cf. Bälz, 1997 ; Dupret et Ferrié, 1997a et 1997b.

du 24 juin 1996, le tribunal administratif a tranché en faveur des requérants. Après avoir discuté de la question de l'excision au regard du droit islamique, s'appuyant entre autres sur une *fatwâ* du cheikh Gâd al-Haqq 'Alî Gâd al-Haqq, le tribunal conclut en fondant sa décision d'annulation sur l'article 1er de la loi 415/1954 qui exige de tous les membres de la profession chirurgico-médicale en Égypte d'être enregistrés en qualité de médecins au ministère de la santé sur les listes du Syndicat des médecins, cet enregistrement étant alors interprété comme autorisation à pratiquer sans restriction la médecine et la chirurgie. Pour le tribunal, seule une loi peut venir restreindre la portée d'une loi antérieure. L'arrêté du ministre n'ayant pas cette qualité, il est dépourvu de toute force.

Le ministre de la santé a fait appel contre cette décision devant la Haute Cour administrative, qui a rendu son jugement le 28 décembre 1997. Comme l'a parfaitement analysé Kilian Bälz, le jugement de la cour s'organise autour de trois questions : la qualité pour agir des requérants quand leur intérêt personnel n'est pas directement mis en cause ; l'étendue du pouvoir du législateur (le ministre ici) à sanctionner des coutumes justifiées par la référence à la *sharî`a* ; le droit à l'intégrité physique et ses éventuelles limites juridiques (Bälz, 1998). Sur la première question, la Cour répète l'exigence d'un intérêt personnel du requérant, mais précise que celui-ci est présumé en matière administrative pour toute personne dotée d'un statut juridique. Ainsi, dans le cas en cause, le fait d'être un Égyptien musulman suffit à reconnaître l'existence d'un intérêt personnel du requérant pour tout ce qui touche à ses croyances. Sur la question de la marge d'appréciation laissée au gouvernant par l'article 2 de la constitution, la Haute Cour administrative suit la distinction opérée par la Haute cour constitutionnelle entre principe de filiation et d'interprétation absolues et principes laissant la porte ouverte au raisonnement[2]. En l'absence de toute règle absolue, le législateur est autorisé et même tenu d'exercer son raisonnement interprétatif (*ijtihâd*) en fonction des conditions de temps et de lieu. S'agissant de l'excision, la question est alors de savoir de quelle nature sont les règles la prescrivant. Il faut à cet égard constater l'absence d'unanimité des jurisconsultes et le caractère faible des traditions invoquées. Il ne peut donc s'agir d'une règle absolue et l'intervention du législateur est de ce point de vue parfaitement légitime. Sur la troisième question, à savoir l'intégrité physique et le droit de la limiter, la Haute Cour administrative rappelle que l'intégrité corporelle exige de protéger le cours normal des fonctions corporelles, de protéger l'ensemble des parties du corps, de ne pas les mutiler et d'éviter les souffrances physiques et psychologiques. Seule une cause de justification permet de limiter ce droit à l'intégrité physique et une telle cause n'existe pas pour l'excision. Ainsi, pour la cour, l'article 1er de la loi 415/1954 n'autorise pas les médecins et chirurgiens à pratiquer l'excision, dans la mesure où une

2. Sur cette distinction entre principes absolus et relatifs, cf. Dupret, 2000b, et Bernard-Maugiron, 1998.

opération chirurgicale n'est autorisée qu'en cas de maladie et doit être réalisée avec l'intention de guérir. De même, pour la Cour, les articles 7 et 60 du code pénal de 1937, qui stipulent, pour le premier, que les dispositions du code n'affectent pas les droits personnels fondés sur la *sharî`a*, et, pour le second, que les dispositions du code ne sont pas appliquables aux actes commis de bonne foi dans l'exercice d'un droit garanti par la *sharî`a*, ne trouvent pas à s'appliquer pour l'excision, dès lors que celle-ci ne constitue pas en droit islamique une obligation, qu'elle soit absolue (*fard*) ou relative (*wâjib*). Au contraire, en vertu de l'adage islamique « ni préjudice ni contre-préjudice », qui veut qu'un tort ne puisse être réparé par la réalisation d'un tort plus important, l'excision est une pratique proscrite par la *sharî`a* aussi bien que par le droit positif.

Viol et restauration de la virginité

Fin octobre 1998, le *mufti* de la République délivra un communiqué (*bayân*), improprement appelé *fatwâ* par la presse, sur le viol et les droits de la femme violée. Quelques jours après, il accorda un entretien à l'hebdomadaire *Rûz al-Yûsif* (26 octobre 1998), dans lequel il confirmait ses positions. Pour le *mufti*, toute femme vierge qui a été victime d'un viol est autorisée à avorter avant le quatrième mois de la grossesse éventuellement consécutive à ce viol. De plus, elle se voit accorder le droit de demander à un médecin de restaurer sa virginité. Enfin, le *mufti* lui reconnaît également le droit de dissimuler ce dont elle a été la victime à son futur mari.

Dans son entretien avec *Rûz al-Yûsif*, le *mufti* justifie sa position en rendant la société responsable du manque de protection suffisante accordée à la sécurité des femmes, déchargeant ainsi la victime de la responsabilité qu'elle assumerait si son environnement n'était pas considéré comme fautif. Pour le *mufti*, « La fille qui a été enlevée et qui a perdu sa virginité suite à son viol a été victime d'un préjudice psychologique et moral important. Elle a été atteinte psychologiquement, ce qui constitue une forme de maladie. Si cela peut la guérir, on doit lui rendre sa vertu et son honneur. Cette obligation repose lourdement sur la société, qui a négligé ses droits, ne lui a pas fait confiance et l'a empêchée de recouvrer ce qu'elle a perdu de par la faute de cette même société. Celui qui a endommagé quelque chose doit le réparer. Cette réparation est acquise par la chirurgie et la restauration de la virginité. Quant à la personne qui a enlevé la fille et l'a violée, il s'est livré à une voie de fait dont la punition est la mort. C'est appliqué à l'article 290 du code de procédure pénale. Il ne peut être pardonné. Il n'y a pas de tromperie dans le fait de rendre [à la fille] sa virginité et dans cette opération chirurgicale. Pas d'objection. Cependant, il y a nécessairement des conditions et des limitations. Cela ne peut être entrepris qu'en cas d'enlèvement et de viol, au sens de l'exercice d'une véritable contrainte dans ce but. Si elle [la fille] était d'accord, alors

on entre dans le domaine de la fraude et de la tromperie. C'est pour cela que cette opération chirurgicale ne doit être réalisée qu'avec l'accord du médecin légiste. C'est lui le responsable et le spécialiste qui peut établir que la fille a été vraiment violée ou non, et ceci doit être enregistré officiellement. Il doit y avoir des conditions spécifiques et des déclarations explicites visant à dire qui a droit à ce type d'opération et qui ne l'a pas ».

Le changement de sexe

Dans cette section, je voudrais décrire deux affaires ayant porté sur une question de transsexualité[3]. La première est celle du classement par le parquet général de la requête introduite par al-Azhar contre des médecins ayant procédé à une opération de changement de sexe. La seconde est celle du rejet de la requête en héritage d'un homme contre son frère ayant subi une opération du même genre.

En 1982, un étudiant en médecine de l'université d'al-Azhar, Sayyid 'Abd Allâh, sollicite une psychologue auprès de laquelle il se plaint de dépression extrême[4]. La psychologue l'examine et conclut à l'existence d'une perturbation de l'identité sexuelle du jeune homme. Après trois ans de traitement, elle décide, faute de pouvoir l'aider à stabiliser son identité masculine, de le renvoyer à un chirurgien pour subir une opération de changement de sexe. Le médecin en réfère à un autre psychologue, eu égard à la gravité de l'opération, et celui-ci formule le même diagnostic. Après un an de traitement hormonal, Sayyid 'Abd Allâh signe une demande formelle d'opération chirurgicale et celle-ci est réalisée le 29 janvier 1988. Ce type d'opération implique de nombreuses conséquences d'ordre administratif et juridique. La première fut le refus du doyen de la faculté de médecine de l'Université d'al-Azhar d'admettre Sayyid aux examens, tout en refusant de la transférer à la faculté de médecine réservée aux femmes. Pour obtenir ce transfert, Sayyid présenta à l'administration de l'état civil une requête en changement de nom. L'université d'al-Azhar, pour sa part, maintint que Sayyid, devenu Sally entretemps, avait commis un crime. En effet, pour l'université, le médecin ayant procédé à l'opération n'aurait pas changé son sexe mais l'aurait mutilé, et cela dans le simple but de permettre à Sally d'entretenir des relations homosexuelles légitimes. Sur ces entrefaites, le représentant du Syndicat des médecins de Giza convoqua les deux médecins ayant procédé à l'opération devant une commission médicale qui décida qu'ils avaient commis une faute professionnelle grave en ne confirmant pas l'existence d'une pathologie avant d'opérer. Le 14 mai 1988, le Syndicat des médecins demanda par lettre au *mufti* de la République, Sayyid Tantâwî, de rendre une *fatwâ* sur la question. Celle-ci, déli-

3. Sur une affaire de transsexualité devant la Cour d'appel de Tunis, cf. Redissi et Ben Abid, 1995.

4. Pour le détail de cette affaire, cf. Skovgaard-Petersen, 1997, p.319-334.

vrée le 8 juin 1988, conclut au fait que si le médecin a témoigné de ce qu'il s'agissait du seul remède possible à la maladie, ce traitement était autorisé. Ce traitement ne peut toutefois résulter du seul désir individuel de changer de sexe, mais doit être la thérapeutique d'une pathologie, décidée par les autorités compétentes[5]. Cette *fatwâ* semble cependant laisser planer un doute sur la question de savoir si l'« hermaphrodisme psychologique » dont était affecté Sayyid constituait une base médicale recevable ou non. Chacun prétendit donc trouver dans ce texte la justification de sa position.

Al-Azhar porta l'affaire le 12 juin 1988 devant les tribunaux, au motif que le chirurgien était passible d'une peine, conformément à l'article 240 du code pénal, pour avoir infligé un préjudice permanent à son patient. Conformément aux règles de procédure pénale, le procureur général entreprit d'instruire l'affaire. Pour ce faire, il recourut à un expert médical. Il ressort des conclusions de celui-ci que, si d'un point de vue purement physique, Sayyid était resté un homme, il ne l'était pas psychologiquement. Le diagnostic d'hermaphrodisme psychologique était donc pertinent et l'opération chirurgicale constituait le traitement adéquat. Selon le rapport, le chirurgien n'avait fait que suivre les règles de sa profession, consultant les spécialistes compétents, réalisant correctement l'opération et n'infligeant pas d'infirmité physique permanente au patient (Niyâba, 1991). Ce dernier pouvait dès lors être considéré comme une femme. Le Syndicat des médecins refusa les conclusions de l'expert et organisa une conférence de presse dans laquelle il fit de l'affaire une question d'intérêt public emportant un choix moral et un choix de société. Sur cette base, le Syndicat s'autorisa à rayer le chirurgien de ses membres et à infliger une amende à l'anesthésiste pour sa participation à l'opération. Le 29 décembre 1988, le Procureur général décida de ne pas donner de suite à l'accusation. Le rapport final confirme que l'opération a été réalisée conformément aux règles du genre. Un an après, le dossier était refermé et, en novembre 1989, Sally reçut un certificat établissant sa qualité de femme. Devant le refus persistant d'al-Azhar de l'admettre à la faculté de médecine pour les femmes, elle introduisit une autre requête devant le Conseil d'État qui, un an et demi plus tard, annula la décision d'al-Azhar et autorisa Sally à s'inscrire dans n'importe quelle université pour présenter ses examens finaux.

Les transplantations d'organe

La question du droit à transplanter des organes d'êtres humains déclarés cliniquement morts est posée depuis plusieurs années en Égypte. Dans un rapport daté du 19 septembre 1993, le parquet général faisait déjà un inventaire des positions en présence. Le débat a par ailleurs été relancé dans le courant de l'année 1999 par le dépôt de deux projets de loi totalement opposés en la matière.

---

5. Pour le texte de cette *fatwâ*, cf. Skovgaard-Petersen, 1997, p.329-331.

Dans son rapport, présenté au nom du parquet général, le conseiller Ahmad 'Abd al-Qawî expose les opinions des tenants et adversaires de la légalisation conditionnelle des opérations de transplantation d'organes ('Abd al-Qawî, 1993). Le rapport expose d'abord l'argumentaire des opposants aux transplantations: « En vertu de [différents] versets, [le cœur] n'est pas seulement la pompe du sang, mais c'est à lui que toute la vie de l'homme et ses fonctions intelligentes sont liées ». Les principaux éléments du raisonnement sont les suivants: « (1) Le corps humain n'est pas la propriété de l'homme, mais la propriété de Dieu [...]. L'homme n'a donc pas le droit d'en disposer pour le vendre, l'acheter, le donner ou le céder [...]. (2) Dire que l'homme peut donner un rein et vivre avec l'autre est contraire aux propos du Très-Haut: "Nous avons créé l'homme dans sa composition la meilleure". (3) L'argument de justification avancé par certains visant à permettre la transplantation d'organes au nom de la règle légale[6] qui veut que la nécessité autorise les choses dangereuses est un argument erroné parce qu'un préjudice résulte effectivement du don et que la règle exige que le préjudice n'entraîne pas d'autre préjudice. (4) La tradition prophétique nous a ordonné de prodiguer des soins; Dieu a institué des remèdes et le musulman doit suivre toutes les voies de traitement médical, mais la transplantation n'en relève pas ».

Le rapport expose également les positions favorables à l'autorisation conditionnelle des transplantations et greffes d'organes. Viennent en premier lieu les *fatwâ* de Dâr al-iftâ', l'administration nationale des avis religieux. Dans son avis du 23 novembre 1989, Dâr al-iftâ' a estimé qu'il était légalement établi que le préjudice majeur éteint le préjudice mineur et que la nécessité autorise les risques. Dès lors, il est permis de prélever un membre d'un homme mort et de le transplanter sur le corps d'un autre homme vivant qui, d'après l'avis d'un médecin, tirerait profit de la partie transplantée, en vertu de l'intérêt prépondérant. 'Alî Gâd al-Haqq, cheikh d'al-Azhar au moment de la rédaction du rapport, a également fait part de son accord avec les recherches jurisprudentielles qui montrent que la Loi (*shar`*) permet la transplantation d'une partie du corps du donateur sur le corps du malade receveur si l'intérêt qui en résulte est plus important que le droit de Dieu (*haqq Allâh*) sur le corps prélevé. Sur la question du prélèvement sur le corps d'un mort, le même cheikh al-Azhar affirme: « Les intérêts des vivants sont ici en conflit avec les intérêts des morts et de leur famille. L'autorisation s'appuie donc sur les règles qui commandent l'autopsie des cadavres. Parmi ces buts qui légitiment l'autopsie, il y a le profit qu'on peut tirer des parties du cadavre pour sauver la vie ou la santé d'un homme. [...] L'intérêt à préserver la vie ou la santé d'un homme l'emporte sur la règle sociale qui interdit de toucher au cadavre. [...] On dit que les membres de l'homme appartiennent aux choses prohibées (*muharramât*) et sanctifiés, mais nous disons qu'il est permis de faire don

6. On utilise la majuscule pour le terme de « Loi » et son adjectif « légal » quand il s'agit de la Loi de Dieu (la *sharî'a*) et des dispositions légales réglementées par « Lui ».

de ce qui est prohibé en cas de nécessité pour maintenir la vie ou protéger la santé, comme il est permis de se nourrir de ce qui est prohibé en cas de nécessité. [...] Dès lors que la règle de la nécessité est une règle générale qui vaut pour toutes les choses prohibées, elle vaut également pour l'utilisation des parties du corps humain, parce que la règle légale générale ou absolue ne peut être particularisée ou limitée sans texte particularisant ou limitatif; il n'existe pas de texte particulier qui interdise de donner des parties du corps d'un homme vivant ou mort, en cas de nécessité ».

Il faut souligner que, dans ce débat, une des questions particulièrement débattues, au-delà du principe même de la transplantation, touche à la détermination de la mort, opposant d'un côté les tenants d'une conception clinique par arrêt des fonctions cérébrales et de l'autre les tenants d'une conception classique par arrêt du cœur.

En 1999, le débat sur les transplantations d'organes a repris, avec le dépôt de deux projets de loi contradictoires. D'une part, le projet déposé par Mamdûh Fawda, qui autorise et codifie le prélèvement d'organes sur les victimes d'accident et les malades dans un état de coma profond atteints de mort cérébrale. Dans ce projet, c'est un comité de trois médecins qui décide de la survenance de la mort clinique et de la possibilité de greffe d'organe. D'autre part, on trouve le projet de Muhammad Khalîl Quwayta, qui prohibe le prélèvement d'organes sur les malades atteints de mort cérébrale et rend passibles tous ceux qui concourent au prélèvement d'organes sur ces malades vivants de la peine prévue pour homicide volontaire. Le projet Fawda a fait l'objet de discussions parlementaires, à l'occasion desquelles l'avis du *mufti* de la République a été sollicité. Ce dernier a marqué son accord à condition que la transplantation ne soit pas l'objet d'une transaction financière et qu'elle constitue un don pur et simple entre parents jusqu'au quatrième degré. Le cheikh d'al-Azhar a également marqué son accord avec le projet. Au moment des discussions au sein du comité de la santé de l'Assemblée du peuple, le débat a toutefois été relancé, avec l'annonce par le ministère de la justice du réexamen du projet de loi. Le *mufti* de la République a aussi fait des déclarations laissant planer le doute sur son acceptation du principe de la mort clinique. Pour l'essentiel, les arguments avancés par les différents protagonistes sont de même nature que ceux qui étaient repris dans le rapport 'Abd al-Qawî. La controverse porte principalement sur la définition de la mort. On notera toutefois que, sous couleur éthique, le débat est fortement marqué politiquement[7].

7. Les uns et les autres s'accusant d'utilisation de la religion à des fins politiques, loin de la conception orthodoxe qu'il convient d'avoir du problème.

Intégrité physique et indisponibilité du corps

L'intégrité physique : éléments de déontologie médicale

En Égypte, la loi 415-1953 sur l'exercice de la profession médicale (*muzâwala mihnat al-tibb*) stipule, en son article premier, que « l'exercice de la profession médicale et la conduite des opérations chirurgicales sont autorisés à tout Égyptien dont le nom est enregistré sur le rôle des médecins au ministère de la Santé et sur le registre du Syndicat des médecins ». Cet exercice, c'est-à-dire le fait de poser un acte médical, est donc limité aux seuls médecins patentés, dans la mesure où l'acte en question est justifié par la réalisation d'un intérêt général. Dans cette mesure-là, il n'y a pas de restriction au droit des médecins à exercer leur profession qui est organisée par une loi autorisant la conduite de toutes les opérations chirurgicales nécessaires pour sauvegarder une vie humaine ou réduire un mal qui l'affecte, sauf exception prévue par la loi. Mais l'exercice de cette profession est étroitement lié à cette finalité, en dehors de laquelle porter atteinte à l'intégrité corporelle d'autrui est sanctionné par le code pénal. En d'autres termes, sauvegarder une vie humaine ou réduire un mal qui l'affecte appartient aux causes permissives (code pénal, art. 7 et 60) qui font échapper à la sanction normalement prévue pour l'atteinte à l'intégrité physique d'autrui (code pénal, art. 240). Le principe est le même en France où « l'action du médecin est justifiée, s'il porte atteinte volontairement à l'intégrité corporelle de son patient, parce que la loi l'y autorise dans la mesure où il poursuit un but thérapeutique » (Penneau, 1996, p.3).

La doctrine égyptienne définit l'acte médical (*'amal tibbî*) comme « tout acte nécessaire ou souhaitable pour l'exercice par le médecin de son droit à exercer la profession médicale ». Plusieurs conditions sont de ce fait exigées pour qu'un acte puisse être considéré comme médical: que celui qui le pose bénéficie d'une autorisation légale à dispenser des soins (*tarkhîs qânûnî bi-muzâwalat al-'ilâj*); que le patient ait exprimé son consentement (*ridâ' al-marîd*); qu'il y ait intention thérapeutique (*qasd al-'ilâj*). Cette troisième exigence se justifie par le fait que soigner le patient est l'objectif qui fonde le droit des médecins à exercer la médecine et la chirurgie. L'intention thérapeutique exige la « bonne foi » (*husn al-niyya*). L'intégrité physique (*salâmat al-jism*) étant d'ordre public, l'intention thérapeutique constitue une condition indispensable à l'activité médicale. À défaut de cette intention, le médecin sort de son droit, quand bien même il aurait agi avec l'accord de son patient. Le principe de l'intention thérapeutique se trouve en quelque sorte résumé par l'article 14 du décret du ministre de la santé n° 224 de l'année 1974 portant règlement éthique et pacte d'honneur de la profession médicale: « le médecin doit réaliser tout ce qui est possible pour ses malades, œuvrer à diminuer la souffrance et les traiter avec sensibilité et humanité ».

En résumé, l'autorisation légale d'exercer la médecine (*ibâha tibbiyya*) sur le corps du patient, qui constitue une dérogation au droit à l'intégrité

physique, est soumise à trois conditions : l'autorisation légale à dispenser des soins, l'intention thérapeutique et l'obtention de l'accord du patient Nous avons déjà évoqué les deux premières conditions. C'est à la troisième qu'il convient de s'attacher à présent.

La centration de l'éthique médicale sur l'individu ne trouve pas de meilleur exemple que dans l'exigence de consentement du patient (Botros, in Canto-Sperber, 1996, sous Ve Consentement). Cette exigence est totalement liée au droit à l'intégrité physique et à son corollaire, le droit de non-ingérence. Si le principe est celui de l'intégrité physique, aucune atteinte à celle-ci ne peut se justifier en dehors du consentement du patient qui seul légitime son traitement. La question s'est évidemment posée de savoir à quelles conditions on pouvait considérer que le consentement avait été accordé. La doctrine est tombée d'accord sur l'exigence d'information du patient. Elle diverge par contre sur la nature de cette information. En la matière, deux courants s'affrontent. L'un, plus traditionnaliste, semble promouvoir une sorte de paternalisme médical qui autoriserait le médecin à dissimuler ce qui ne lui semble pas devoir être connu du patient. L'autre, antipaternaliste, exige une information complète. Cette information doit répondre, pour les tenants d'un antipaternalisme modéré, au critère de la « personne prudente ». Pour les tenants d'un antipaternalisme radical, qui refusent toute invocation d'un quelconque privilège thérapeutique, c'est la notion d'information complète qui prévaut (critère du « consentement que le patient donnerait s'il était entièrement instruit de tous les faits se rapportant à sa situation individuelle »). Toutes ces tendances ont trouvé leur expression en justice. Ainsi l'arrêt de la cour de cassation du 7 juillet 1964 qui a défini en droit français le consentement à l'acte médical (Cass. civ., 29 mai 1951, D. 1952.53 ; Cass. civ., 7 juillet 1964, D. 1964.625), les différents cas de jurisprudence britannique illustrant le point de vue traditionaliste (Bolam v. Friern Hospital Management Committee [1957] 2A11 FR 18 ; Chatterton v. Gerson [1981] 3WLR 1003 ; Sidaway v. Board of Governors of Bethlem Royal Hospital [1985] 2WCR 480) ou la jurisprudence américaine exprimant la position du consentement informé (Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees (1957) ; Canterbury v. Spence (1972)). Le droit égyptien pose également la condition du consentement du patient (*ridâ' al-marîd*). Celui-ci doit être préalable à l'acte médical (*sâbiq li-l-'amal al-tibbî*), librement consenti (*hurr*), conscient (*mutabassir*) et émis par une personne dotée de la capacité juridique (*sâdir min dhî ahliyya*). De plus, et cela rattache le droit égyptien à la position antipaternaliste, le consentement doit être élaboré à partir d'une connaissance éclairée de la nature, du genre et des dangers des conséquences probables de l'acte médical le requérant, en sorte que le patient soit en mesure d'exprimer son acceptation ou son refus. En cas d'incapacité (*'adîm al-ahliyya*, c'est-à-dire l'enfant de moins de sept ans) ou de capacité réduite (*nâqis al-ahliyya*, c'est-à-dire le mineur d'âge), le consentement doit être donné par celui que la loi désigne comme son représentant légal.

L'indisponibilité du corps

À la base de la déontologie médicale se trouve le principe du droit de l'homme à l'intégrité physique (*haqq al-insân fî salâmat al-jism*) et le problème de la relation entre ce principe de la sacralité et de l'inviolabilité du corps (*hurmat al-jism*) – et du cadavre – et la dérogation qui permet au médecin de pratiquer la chirurgie sur le corps humain – ou l'autopsie sur le cadavre. Après l'exposé de ses conditions principales, il s'agit à présent d'en examiner la configuration dans les quatre exemples présentés en première partie, en posant à chaque fois la question du rapport entre l'intégrité physique, formulée comme un droit de l'être humain, l'indisponibilité du corps à son dépositaire, envisagée comme une obligation s'imposant à l'être humain, et les dérogations à ces deux principes.

Il convient avant tout de souligner qu'en droit égyptien, ce sont formellement toutes les parties du corps qui sont concernées par le principe d'intégrité physique, qu'elles soient apparentes (*zâhira*) ou cachées (*bâtina*). C'est de plus, toujours formellement, la matérialité d'une atteinte (*jasâmat al-'udwân*) qui est sanctionnée, non la valeur supérieure d'un organe par rapport à un autre (*qîmat al-'udû*). Trois éléments sont pris en considération. D'abord, la préservation du fonctionnement naturel des organes (tout acte diminuant le niveau de santé, physique, mentale ou psychologique de la victime constitue donc une atteinte à l'intégrité corporelle). Deuxièmement, la préservation globale et intégrale des organes du corps. Troisièmement, la libération de la souffrance corporelle et psychique (tout acte exposant la victime à de nouvelles souffrances constitue donc une atteinte à l'intégrité corporelle).

• Excision

L'affaire de l'excision a fait ressortir deux conceptions fondamentales du rapport de l'individu à son corps. D'une part, dans le chef des plaignants et de la juridiction de premier niveau, l'affirmation de ce que la jeune fille n'exerce pas de souveraineté sur son corps, particulièrement quand il y va de sa sexualité et du contrôle qui doit être exercé dessus. L'impératif religieux – en l'espèce, le caractère recommandé de l'excision dans un certain nombre de traditions prophétiques – constitue le fondement légitime d'une atteinte à l'intégrité physique de la femme sans que son consentement soit sollicité. Ainsi en va-t-il de l'argument principal des requérants, tel que reproduit dans l'arrêt de la cour d'appel.

Les requérants ont ajouté que les jurisconsultes (*fuqahâ'*) sont unanimes quant à la légalité de l'excision des femmes, dès lors qu'ils ne divergent que sur son statut obligatoire ou recommandé et sur cela seulement; on ne rapporte aucun jurisconsulte qui aurait nié cette tradition (*sunna*), l'aurait considérée nulle ou douteuse; cela conduit à conclure que l'excision des femmes n'appartient pas aux traditions, mais appartient au contraire au rituel de l'islam. Dire que l'opération n'est pas islamique

et clamer sa nature pharaonique ou africaine revient à calomnier l'islam, de même que dire que c'est contraire aux droits de l'homme revient à accuser l'islam de s'opposer à l'homme et à nier la sagesse de ce que Dieu dans sa perfection a stipulé. Le vrai législateur a pris en considération la nature des femmes à l'occasion de l'excision en établissant des degrés, au point d'en dispenser celle qui n'en a pas besoin.

D'autre part, on retrouve chez le juge administratif d'appel l'affirmation claire du principe d'intégrité physique auquel il ne peut être porté atteinte qu'aux trois conditions mentionnées précédemment : qualité de médecin, intention thérapeutique et consentement du patient. La souveraineté de la jeune fille sur son corps est donc posée, au moins par la négative, puisqu'il ne peut y avoir atteinte corporelle qu'à la seule condition qu'elle y consente. Mais, en même temps, ce n'est pas une souveraineté absolue, puisqu'il est précisé qu'aucune intervention chirurgicale n'est possible sans l'existence d'une pathologie à soigner. Cet argumentaire est explicite dans l'extrait suivant de l'arrêt de la cour d'appel :

> « Attendu qu'il est médicalement établi, aussi bien en gynécologie qu'en obstétrique, que l'appareil reproducteur de la femme n'est pas, en l'état dans lequel le Dieu Très-Haut l'a créé, malade, pas plus qu'il n'est cause de maladie ou ne cause de douleur d'un genre quelconque qui conduirait à intervenir chirurgicalement. Dès lors, porter atteinte à cet appareil naturel est une question en tout point sensible. L'excision ne constitue pas, au sens exact de la règle légale, la thérapie d'une maladie, le remède à une affection, l'allègement d'une souffrance réelle ou l'empêchement d'une souffrance à venir, toutes choses qui autoriseraient l'intervention chirurgicale. On considère cette intervention, quand elle ne répond pas à un impératif de santé ou à un but de thérapie contre une affection congénitale ou une situation pathologique, comme un acte illégal, dès lors que lui fait défaut une des conditions de justification des actes médicaux sur lesquelles se fonde le droit du médecin ou du chirurgien à soigner le malade ».

• Virginité

Dans le débat sur la restauration de la virginité de la femme violée, on observe une opposition semblable entre, d'une part, ceux qui s'opposent à ce droit et, d'autre part, le *mufti* qui l'affirme tout en en restreignant l'usage. Pour les premiers, il convient que la femme porte le stigmate de son viol, en sorte que son futur mari ne puisse pas être trompé « sur la qualité ». Dès lors qu'il y va de l'exclusivité maritale à la sexualité de la femme, cette dernière se voit dépossédée de toute souveraineté sur son corps, souveraineté qui viendrait lui permettre en quelque sorte de falsifier son « état ». Ainsi, un médecin affirme-t-il :

Si l'on donne le droit à une femme de recouvrer sa virginité, comment saura-t-on si cette membrane est artificielle ou non ?

Quant au *mufti* de la République, il plaide la cause d'une souveraineté limitée par la responsabilité morale. Le droit de la femme à la restauration de sa virginité est en effet conditionné par l'absence de responsabilité dans sa perte. Autrement dit, la femme n'exerce de droit sur son corps qu'à la seule condition de ne pas pouvoir être tenue pour individuellement responsable de l'altération qu'il a subie. Dès lors que ce changement d'état procède de sa volonté personnelle, c'est-à-dire dès lors qu'elle a décidé souverainement de l'usage de son corps, celui-ci lui échappe et il ne lui appartient plus de remédier à l'état dans lequel sa volonté à elle l'a mis. Cet argumentaire du *mufti* se retrouve dans l'extrait d'un entretien accordé au quotidien *al-Ahrâm* que l'on reproduit ci-dessous :

> « Je suis en faveur de tout ce qui peut protéger une femme violée ; elle est libre de consulter un médecin spécialiste et de lui demander de réaliser une opération lui permettant de recouvrer sa virginité. C'est une situation très commune, parfois même nécessaire, et il n'y a rien à y redire du point de vue de la *sharî`a*, dans la mesure où elle a été violée. [...] Il y a une très grande différence entre celle qui consulte le médecin parce qu'elle a été violée, en sorte de protéger sa vertu, et celle qui se dénude devant n'importe quelle personne qui le lui demande et va ensuite demander de retrouver sa virginité. Il n'y a rien à objecter à la première, parce qu'elle a été violée. Selon la règle de la *sharî`a*, tout ce qui est la conséquence d'un viol est nul et non avenu et on ne peut en tenir compte. Aller chez un docteur, c'est très bien, elle doit pouvoir se protéger. Dire que c'est un moyen de tromper les gens est nul. [...] Y a-t-il quelqu'un qui voudrait se marier et demanderait à sa fiancée : as-tu été violée ? Personne ne pose ce genre de questions. Quand on rend visite à quelqu'un pour lui demander le mariage, l'homme est totalement convaincu de sa pureté et de sa vertu. Mais celle qui se dénude devant n'importe quelle personne qui le lui demande, qui en fait une habitude, si elle en vient à m'interroger sur la possibilité de réaliser cette opération dans ces circonstances, je lui dis : non, parce que c'est volontairement qu'elle a agi. C'est logique. Je suis avec celle qui, après avoir été violée, va chez le médecin : elle a le droit de faire disparaître de son corps toutes les séquelles de cet acte et de faire tout ce qui peut lui rendre sa virginité, même si elle a été violée ».

• Transsexualisme

Dans le cas de « l'affaire Sally », c'est uniquement le critère de la pathologie existante et donc de l'intention thérapeutique qui est mis en avant par les protagonistes. Le droit à disposer de son corps est totalement escamoté. On retrouve, d'une part, ceux qui s'en prennent à Sally et à ses médecins, au motif que la première a sollicité sa mutilation par les seconds. C'est donc une conception doublement restrictive du rapport au corps qui est promue, qui considère l'intégrité physique comme un principe exclusif du droit à disposer de son corps et exclusif de toute reconnaissance de pathologies d'ordre psychologique. Voici l'argument développé par l'Université d'al-Azhar, tel que le parquet égyptien en a rendu compte dans son rapport :

> « (Attendu que l'étudiant inscrit sur les listes de l'Université) était de sexe masculin et totalement mâle, qu'il n'était doté d'aucun des organes reproducteurs féminins internes ou externes, qu'il avait subi une opération chirurgicale ayant conduit à l'ablation de ses organes reproducteurs masculins et à la création d'un orifice artificiel légèrement à l'arrière de l'orifice urinaire externe, et que l'étudiant en question était ainsi devenu, en conséquence de cette opération, un mâle auquel manquent ses organes reproducteurs externes, de sorte que le diagnostic établi par le docteur [...] concluant à son hermaphrodisme psychologique contredisait totalement le rapport du comité et l'examen de l'étudiant et que l'opération réalisée sur l'étudiant ne répondait en aucun cas à une exigence médicale organique, mais qu'il aurait fallu en lieu et place de cette opération se concentrer sur une thérapie psychologique et interrompre l'absorption d'hormones féminines. Le rapport d'al-Azhar se termine en affirmant que ceci représente une faute professionnelle grave de la part du médecin... et que, du fait de son intention fautive, ce qu'il avait eu l'audace d'entreprendre était constitutif de blessure débouchant sur une incapacité permanente » (Niyâba, 1991, p. 159).

Quant au procureur, c'est également dans le déni du droit à disposer individuellement de son corps qu'il se positionne. La condition pour accepter la chirurgie transsexuelle réside en effet, non dans le libre arbitre de Sally et dans son consentement à ce que soit pratiquée l'opération chirurgicale, mais dans l'identification d'une pathologie, l'hermaphrodisme psychologique en l'espèce. Dès lors que celle-ci est reconnue, l'intention thérapeutique est présumée dans le chef des médecins et, partant, les conditions de la dérogation médicale à l'intégrité physique sont réunies. Le rapport du parquet se termine de la façon suivante:

> « Nous préconisons de conclure en la matière à la légalité de ces opérations transsexuelles, dès lors qu'elles répondent à des nécessités médicales physiques ou psychologiques, à la condition que la transformation soit opérée avec le consentement du patient et que ce dernier soit majeur, qu'il ne soit pas préalablement marié, qu'il n'ait plus (à l'avenir) la capacité d'enfanter et qu'il ait présenté sa demande à l'autorité gouvernementale compétente qui examinera sa validité et en chargera, si elle est convaincue de la validité de ces justifications, un des instituts psychologiques gouvernementaux compétents, pour une durée d'au moins deux ans, sous la supervision d'un groupe de médecins psychiatres, psychothérapeutes, spécialistes des problèmes sociaux, plasticiens, urologues et gynécologues. Si, à la fin de cette période, ils en concluent que le patient souffre effectivement d'hermaphrodisme psychologique, qu'il ne présente pas les symptômes de la démence et qu'il tirera profit de l'intervention chirurgicale, le patient vivra ensuite, pendant une période qui ne sera pas inférieure à un an, dans sa condition sexuelle nouvelle, sous la supervision de ces même médecins, pour qu'on puisse s'assurer de son acclimatation sociale après la réalisation de l'opération chirurgicale. [...] Enfin, il faut que cette opération soit menée dans un hôpital gouvernemental et sous la supervision du Syndicat des médecins » (Niyâba, 1991, p. 168-169).

• Transplantation

Enfin, le débat sur la transplantation révèle avec acuité la tension entre intégrité physique et libre disposition de son corps. Les opposants à la transplantation avancent le principe d'une intégrité absolue et d'une indisponibilité radicale, l'être humain n'étant que le dépositaire d'un bien – son corps – qu'il ne lui appartient pas d'aliéner, sous quelque forme et pour quelque raison que ce soit. Dans cette logique, il est dès lors exclu de consentir à donner une partie de soi, quand bien même cet organe (un rein, par exemple) ne serait pas en tant que tel indispensable à la survie, quand bien même aussi cette survie serait-elle irrémédiablement condamnée (exemple de la mort clinique). Voici un extrait du rapport du parquet présentant l'argumentaire de ces opposants :

> « Le Dieu Très-Haut n'a pas créé les créatures pour elles-mêmes [...] et leur a ordonné de l'adorer et de ne rien Lui associer. [... Suivent une série de versets coraniques où il est question du cœur]. En vertu de ces versets, (celui-ci) n'est pas seulement la pompe du sang, mais c'est à lui que toute la vie de l'homme et ses fonctions intelligentes sont liées ; c'est pour cela que le cœur est ce qui insuffle la vie dans le corps de l'homme : sa bonne ou sa mauvaise condition détermine la bonne ou mauvaise condition du corps humain, en vertu des propos du Prophète – que Dieu le bénisse et lui donne la paix ! : "le corps est doté d'une pompe qui, en bonne condition, donne bonne santé au corps entier et, en mauvaise condition, donne mauvaise santé au corps entier ; cette pompe, c'est le cœur" et des propos du Très-Haut : "Ne peut jouir de ses biens et de ses privilèges que celui que Dieu a doté d'un cœur sain". [...] L'homme ne possède pas ses propres organes ; ils sont la propriété du Dieu Très-Haut et l'homme en jouit ; il est chargé de les préserver et de ne pas leur porter atteinte. Comme il n'en est pas propriétaire, il ne peut pas en donner la moindre partie ou les léguer après sa mort. La nécessité n'y change rien. La tradition prophétique nous a ordonné de prodiguer des soins ; Dieu a institué des remèdes et le musulman doit suivre toutes les voies de traitement médical, mais la transplantation n'en relève pas ».

Les partisans de la transplantation procèdent d'une logique de nécessité thérapeutique : entre deux maux, il convient de choisir le moindre (le don d'un organe d'une personne cliniquement morte ou d'un organe qui n'est pas indispensable à la survie est moins dommageable que la mort d'un individu). Mais c'est toujours la finalité thérapeutique qui est soulignée. Cela étant, le droit à disposer librement de son corps est ici reconnu de manière limitative : dès lors qu'il s'agit de venir au secours d'autrui, l'individu est autorisé à faire don d'une partie de lui-même. Dans son rapport, le parquet reprend l'opinion du cheikh d'al-Azhar, déjà citée plus haut, qui va dans ce sens :

> « Les intérêts des vivants sont ici en conflit avec les intérêts des morts et de leur famille. L'autorisation s'appuie donc sur les règles qui comman-

dent l'autopsie des cadavres. Parmi ces buts qui légitiment l'autopsie, il y a le profit qu'on peut tirer des parties du cadavre pour sauver la vie ou la santé d'un homme ».

Consentement, intentionnalité, responsabilité : le corps, entre individuation et moralité publique

Il s'agit à présent de donner sens à cette relation tendue qui unit intégrité physique et indisponibilité du corps. Certains éléments attestent en effet de la place faite au principe de propriété de l'individu sur son corps. Cette individualisation ne procède toutefois pas seule, mais s'accompagne de la constitution du corps en objet public. Le domaine de l'éthique médicale illustre pleinement cette tendance paradoxale et simultanée à l'hypertrophie de l'individu et à la contraction de sa zone de compétence exclusive (son intimité). Ce paradoxe ne tient toutefois pas tant à une quelconque résistance au changement qu'à la dynamique de transformation de l'espace public.

Si l'on parcourt rapidement l'évolution de la jurisprudence égyptienne, on se rend en effet compte qu'une restriction juridique du droit à l'action autonome de l'individu se constitue concurremment à l'affirmation d'un individu doté d'une volonté autonome. Dès 1891, on réglemente en Égypte l'organisation de la pratique de la profession médicale en pénalisant son exercice illégal et en l'interdisant aux barbiers et autres praticiens non diplômés. Quant au consentement du patient à l'exercice d'un acte médical sur son corps, c'est en 1897 qu'il fait l'objet d'un arrêt de la cour de cassation, qui prononce l'innocence d'un individu qui n'était pas médecin et avait opéré quelqu'un au motif qu'il l'avait fait avec son consentement, sur sa demande et dans l'intention de le guérir (C. cass. 2 avril 1897). Dans un deuxième temps, ce consentement du patient, tout en restant doctrinalement et jurisprudentiellement requis pour l'exercice de l'acte médical, perd sa qualité de clause exonératoire de la responsabilité pénale de celui qui le pose et n'est pas titulaire des titres requis. C'est ainsi que la cour de cassation a condamné en 1937 un barbier qui avait opéré un client d'une pilosité sur la paupière et l'avait blessée, parce que cette opération ne lui était pas autorisée et était donc constitutive de blessure involontaire (C. cass. 4 janvier 1937, Rec. C4, n° 24, p.31). La cour de cassation a encore affiné sa position par la suite en précisant que c'est la volonté et la connaissance de l'auteur de l'opération de ce que celle-ci porte atteinte à l'intégrité corporelle de la victime qui constituent la condition de cette atteinte (C. cass. 28 mars 1983, Majmû'a al-qawâ'id al-qânûniyya, C4, n° 188, p. 184).

D'une part, on retrouve donc le principe d'autonomie de l'individu, point de convergence de nos jugements de responsabilité. « Le fait de lier

la responsabilité, soit à l'engagement volontaire et cognitif de l'agent, soit à sa capacité de principe d'atteindre un certain niveau de prudence et de réflexion dans ses interactions sociales, s'explique par une décision fondamentale de notre système de responsabilité en faveur de l'individu maître de ses choix, capable d'orienter son comportement en conformité ou en désaccord avec un système de normes » (Montefiore, in Canto-Sperber, 1996, sous Ve Responsabilité). D'autre part, on assiste à une expansion toujours plus marquée du droit dans les domaines qui semblaient réservés de l'autonomie de la volonté, domaines du libre arbitre que le droit s'efforce de réduire pour entériner une demande de régulation morale des comportements individuels « au nom d'impératifs éthiques destinés à infléchir des mœurs "mauvaises" car "politiquement incorrectes" (tabagisme, alcoolisme, harcèlement sexuel, etc.) » (Cayla, in Canto-Sperber, 1996, sous Ve Droit).

On observe donc un phénomène de « publication du privé », pour reprendre l'expression de Jean-Noël Ferrié. On pourrait parler également, de manière symétrique, de « contraction de l'intimité ». Qu'on pense à l'intimité comme sexualité et on remarquera, par exemple que « la "mise en discours" du sexe, loin de subir un processus de restriction, a au contraire été soumise à un mécanisme d'incitation croissante » (Foucault, 1976, p.21). La publication du privé, c'est le fait que la jouissance de ce qui est prétendument réservé au for intérieur ou à l'ordre de l'intime ne peut être revendiquée qu'en des termes publics. En d'autres termes, la revendication d'un droit à l'autonomie du privé suppose la mise en place d'une « culture publique de la vie intime » et de ce fait sa réglementation toujours croissante. Si l'on en reste à la sexualité, on suivra Foucault qui montre qu'il faut désormais parler « comme d'une chose qu'on n'a pas simplement à condamner ou à tolérer, mais à gérer, à insérer dans des systèmes d'utilité, à régler pour le plus grand bien de tous, à faire fonctionner selon un optimum. Le sexe, ça ne se juge pas seulement, ça s'administre. Il relève de la puissance publique ; il appelle des procédures de gestion ; il doit être pris en charge par des discours analytiques » (Foucault, 1976, p.34-35). D'où l'intrusion grandissante de l'intention réglementariste que le droit, plus que toute autre institution, traduit. Ainsi, le droit est au cœur de la volonté toujours accentuée de maîtrise individuelle de l'environnement naturel. Il constitue un instrument privilégié de cette tâche ouverte et infinie propre à la modernité : « Le refus de s'accommoder de ce qui vous échoit en partage en fait de force, de sexe ou de visage, le souci d'en dominer les arcanes et les fonctions et l'effort pour en maximiser les puissances et les ressources. Comprendre, maîtriser, accroître. Beauté, performances ou jouissances, une mobilisation pour épouser plus adéquatement et plus intensément cette chose par excellence reçue qu'est sa propre chair » (Gauchet, 1985, p.130).

C'est dans cette publication du privé que l'on peut trouver la signification d'une série de revendications portant sur la légalisation de pratiques médicales touchant au corps : chirurgie esthétique, opérations de change-

ment de sexe, avortement. Comme le font remarquer Ferrié, Boëtsch et Ouafik, la légalisation de l'avortement, par exemple, est le résultat d'une demande de reconnaissance du droit particulier à la souveraineté sur son propre corps (Ferrié, Boëtsch et Ouafik, 1994, p.682). De la sorte, il s'agit d'une procédure publique et il en va de même de la procédure visant à son interdiction. Dans ce cas-ci, l'opération ne vise pas tant à définir les frontières de la vie ou les droits de l'enfant à naître qu'à imposer une « volonté de moraliser les relations sexuelles » (*id.*, p.686).

Il ressort de ces quelques considérations que l'interconnexion des relations de l'individu, de son intimité et de la publication de cette dernière est étroite. Si, pour reprendre la formule d'Isaac Joseph (1991), un espace public est un « espace de savoir », l'intimité de l'individu, dans sa forme moderne à tout le moins, en constitue également un. Tout est en place pour en faire un objet à la fois visible et rendu visible et un objet de savoir. Il reste alors à la traiter comme telle, c'est-à-dire à ne plus l'envisager comme un phénomène privé, intérieur et inaccessible, mais comme un phénomène transparent, social et faisant partie du domaine public (Watson, 1995, p.211). Le droit n'est plus alors l'outil de rectification d'attitudes privées qui, parce que déviantes, deviennent d'intérêt public, pas plus qu'il n'est le moyen de sanctionner publiquement la volonté sociale comme agrégat des volontés privées, mais il constitue un des moyens procéduraux à la disposition des acteurs pour assurer la visibilité et la maîtrise par la connaissance de ce phénomène public qu'est l'intimité. En ce sens, si je parle également de contraction de l'intimité, ce n'est pas pour dire que la frontière entre le public et le privé se déplace au détriment du second, mais bien pour souligner la restriction toujours plus marquée de son autonomie juridique.

Si l'exigence du consentement à l'exercice d'un acte médical marque le renforcement de la centration sur l'individu, le fait qu'il ne soit qu'une condition nécessaire mais non suffisante à l'exercice de cet acte traduit les limitations qui sont apportées à l'autonomie de sa volonté. Le consentement du patient ne suffit pas, parce qu'il n'exerce pas un libre arbitre absolu sur son corps. Le concept d'intégrité physique est en effet considéré comme étant d'ordre public et la protection de cette intégrité est une question d'intérêt général (C.E., 28 décembre 1997). La seule justification d'une atteinte à ce principe d'intérêt général est la réalisation d'un intérêt général supérieur, c'est-à-dire la finalité thérapeutique. On observe donc l'évolution parallèle d'une centration sur l'individu et d'une affirmation renforcée de l'ordre public, ce dernier pouvant en dernière instance s'étendre à l'intimité tout entière à l'exception de ce qui est présenté comme son minimum incompressible : le « for intérieur ».

L'émergence de ce minimum incompressible est bien décrite dans le chapitre que Norbert Elias consacre, dans la *Société des individus*, à la conscience de soi et à l'image de l'homme, sous le titre de la seconde partie : « Les statues pensantes ». Notre représentation commune de l'homme et de la conscience de soi est ressentie aujourd'hui comme seule

normale et donc comme échappant naturellement au besoin d'explication, alors même qu'il s'agit d'une représentation située historiquement. Le renforcement d'une activité réflexive de l'homme, la répression des pulsions et le détachement qui l'accompagnait, la concrétisation de l'idée d'un sujet connaissant existant indépendamment du monde de sa connaissance, l'aboutissement à une conception de l'homme comme un système fermé, autant de tendances dont on peut observer la généralisation aujourd'hui. Cette dynamique de régulation intensive, diversifiée et omniprésente, a débouché sur l'élaboration de mécanismes auto-répressifs et l'affirmation concomitante d'une expérience personnelle de l'individu « traçant les limites de son "intériorité" par rapport au monde qui lui est "extérieur", aux autres objets et aux autres êtres » (Elias, 1991, p. 164).

Au nom de quoi l'autonomie de la volonté – et donc la libre disposition de son corps – peut-elle être restreinte ? On l'a vu, le droit égyptien de l'éthique médicale justifie cette limitation par l'invocation de l'ordre public, une notion généralement comprise comme l'ensemble des standards et valeurs fondamentales d'une société auxquels il est interdit de déroger (Carty, Carzo et Jori, 1993). Sans entrer dans la question de l'identification de ces standards et valeurs, on remarquera simplement qu'ils renvoient à une conception de l'intimité ou du privé publiquement acceptable, à une définition de la morale publique. Quand les requérants s'en prennent à l'arrêté prohibant l'excision, ils prétendent clairement donner à une question de conviction religieuse la qualité d'une question touchant aux intérêts supérieurs de la communauté, tandis que le juge place cet intérêt dans la défense du principe d'intégrité physique. Quand c'est de reconstitution de la virginité qu'il s'agit, c'est, pour les uns, la responsabilité de la société dans l'atteinte à la sécurité des gens et, pour les autres, l'immoralité de la victime et le refus de la tromperie qui sont élevés au rang d'intérêt supérieur. Dans le cas de transsexualisme, la question porte clairement sur la constitution de l'intégrité physique en principe moral intangible auquel il ne peut être dérogé qu'à la condition de prouver l'existence d'un intérêt thérapeutique supérieur. Enfin, le débat sur la transplantation est tout entier articulé autour de la question de la définition de l'intérêt supérieur, qu'il s'agisse de celui du malade ou de celui du donateur.

Pour filer la démonstration de la *Civilisation des mœurs*, on observe cette exigence paradoxale d'un individu toujours plus individualisé, indépendant et maître de lui-même et d'un individu conforme à l'opinion, normal au sens statistique, hygiénique et social du terme, intégré à la moyenne. Le droit de l'éthique médicale illustre parfaitement cette centration sur l'individu doublée d'une conception extensive de l'ordre public. Quand il est saisi de ce genre de catégories aux contours indéterminés, le pouvoir judiciaire – mais aussi, plus largement, toute instance énonciatrice de droit – jouit d'un pouvoir d'appréciation, d'interprétation et de fixation particulièrement important. La véritable contrainte consiste sans doute pour lui à se justifier aux yeux d'un public, c'est-à-dire à donner à son énonciation et à son interprétation un sens qui lui paraît partagé. Le

juriste, pour se protéger des reproches de subjectivisme ou d'arbitraire, se réfère à des standards censément objectifs comme la morale ou le consensus social (Ost et Kerchove, 1993).

Toute la question tourne de ce fait autour de ces standards, de leur construction et de leur performance. Il appartient au juriste de faire passer la moralité qu'il cherche à asseoir pour une évidence normale, pour la normalité elle-même. On peut parler de naturalité quand il fait ressortir la normalité de l'ordre biologique ou transcendantal des choses, de communalité quand c'est de leur ordre sociologique qu'il s'agit. Dans le premier cas, celui de la conformité aux choses de la nature, le juriste prétend conformer les comportements aux règles « déjà posées » de la nature, qu'elle soit immanente ou transcendante. Dans le second cas, celui de la communalité, le juriste prétendra au contraire se plier à l'« opinion publique », obligeant ainsi la règle à se conformer au vouloir social. En pratique, l'attitude du juriste oscille souvent entre les deux pôles de la normalité, invoquant un principe d'ordre tantôt extérieur tantôt propre à la société. La tentation est forte pour lui de recourir à un principe extérieur, qu'il s'agisse de morale ou de religion. Les arguments avancés dissimulent généralement mal « les opinions philosophiques ou religieuses particulières » (*ibid.*), à supposer même qu'ils cherchent à les dissimuler. En effet, l'avantage du principe d'ordre extérieur est de se situer radicalement en dehors de ce qui peut être mis en cause et d'affirmer ainsi son intangibilité. L'expression publique du désaccord est, dans cette situation, particulièrement difficile, ce qui permet d'expliquer l'existence d'une unanimité de façade ne trouvant pas les moyens de la contestation, ce que Jean-Noël Ferrié a appelé solidarité négative (Ferrié, 1997, p.80-82). On trouve là un des mécanismes les plus performants de l'imposition d'une moralité collective par des individus qui n'adhèrent pas forcément à ses prescriptions, mais se trouvent publiquement dans l'impossibilité (effective ou supposée) de s'y opposer, par la crainte d'une sanction de la collectivité qui, pour toute virtuelle qu'elle soit, ne se voit pas moins attribuer un ensemble d'intentions et volontés précis.

Le processus de normalisation est donc ce processus par lequel les gens se conforment et sont rendus conformes aux attentes sociales et à ce qui est tenu pour des attentes sociales, toutes choses qui apparaissent de manière typifiée. Ces typifications sont des instruments cognitifs qui nous permettent de reconnaître les autres et de leur assigner une place sans avoir à les connaître personnellement. De plus, ce sont aussi des instruments cognitifs d'interaction qui permettent de coordonner l'action sans avoir à délibérer personnellement avec d'autres gens. Ce n'est toutefois réalisé qu'à travers l'imputation à ces types d'ensembles de droits et d'obligations. En d'autres termes, les types sont normatifs et les typifications sont des procédures moins descriptives que prescriptives dont la contrainte ne peut être ouvertement mise en cause, du fait de leur caractère prétendument public et partagé (Ferrié, 1998 ; Jackson, 1995 ; Dupret, 1998a, 1998b, 1998c). La normalisation est donc ce processus qui vise à

réduire le fossé qui existe entre ce que les gens sont et ce que les gens sont tenus d'être et par conséquent devraient être. Dans un système normatif articulé autour de l'idée de responsabilité, la possibilité d'accomplir pareil processus reste conditionnée par la relation qui existe entre la norme et les circonstances qui ont mené à sa violation, c'est-à-dire par la responsabilité individuelle que les gens assument dans cette violation. Autrement dit, la normalisation est possible quand il n'y a pas de raison morale (une faute) empêchant de faire comme si rien ne s'était produit. Il n'y a pas de normalité sans moralité, ce qui signifie qu'il n'y a pas de raison d'apparaître comme normal ou de faire apparaître les choses et/ou les gens comme normaux s'il n'y a pas de droits et de devoirs attachés aux catégories « normales ». D'un autre côté, la moralité est fondée sur le postulat que sa dimension prescriptive s'appuie sur une évidence empirique, à savoir qu'elle représente le type le plus fréquent, l'attitude la plus normale, la conception la plus évidente. En résumé, moralité et normalité s'appuient l'une sur l'autre de manière à produire l'ordre social.

L'étude de ces débats égyptiens visait à souligner l'importance du processus du couple normalité/moralité dans un contexte de transformation sociale se traduisant, entre autre, par la coexistence d'un discours politique et juridique centré sur l'unité d'un sujet de droit responsable et d'un même discours attaché à l'idée d'un individu statutairement déterminé en dehors de son action délibérée. Ces deux discours ne sont toutefois pas imperméables l'un à l'autre, loin s'en faut, ainsi que l'atteste le fait que la notion de responsabilité puisse transparaître jusque, par exemple, dans la plupart des discours tendant à refuser à la femme le droit à recouvrer sa virginité. La victime se voit en effet refuser le bénéfice de la chirurgie au nom de la responsabilité qu'elle assume dans le fait d'avoir été victime d'un viol – son comportement provocant étant généralement incriminé ici –, non au prétexte qu'elle serait souillée (cf. Dupret, 2000a). Comme on l'a vu, la sphère publique égyptienne est fortement caractérisée par la tension résultant du dilemme entre hétéronomie de la norme, prenant la forme d'arguments en normalité et en indisponibilité du corps, et autonomie de l'individu, traduite en termes de responsabilité et de libre disposition de soi-même. Le jeu de la responsabilité et de la normalité est synonyme d'une tendance récurrente à la moralisation du débat, c'est-à-dire à l'évaluation et à la sanction d'un comportement individuel présenté comme libre à l'aune d'une norme présentée comme extérieure. Tel est sans doute le dilemme inhérent au discours de la moralité.

Bibliographie

'Abd al-Qawî A., 1993, *Transplantation et greffe d'organes humains* (en arabe). Mémoire réalisé par le Bureau technique du Procureur général Penneau, 1996.

Bälz K., 1997, « Submitting Faith to Judicial Scrutiny Through the Family Trial: The "Abû Zayd Case" ». *Die Welt des Islams*, 37, p. 135-155

– 1998, « Human Rights, the Rule of Law, and the Construction of Tradition: The Egyptian Supreme Administrative Court and Female Circumcision (appeal n° 5257/43, 28 December 1997) », *Égypte-Monde Arabe*, *34*.

Bernard-Maugiron N., 1998, « La Haute Cour constitutionnelle égyptienne et la sharî'a islamique », *Awrâq*, *XIX*.

Canto-Sperber M. (sous la dir.), 1996, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF.

Carty J.A., Carzo D. et Jori M., 1993, « Ordre ». In Arnaud A.J. et *al.* (sous la dir.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, deuxième édition corrigée et augmentée, Paris, LGDJ.

Dupret B., 1998a, « La typification des atteintes aux bonnes mœurs: approche praxéologique d'une affaire égyptienne », *International Journal for the Semiotics of Law. Revue Internationale de Sémiotique Juridique*, *XI*, 33, p. 303-322.

– 1998b, « Repères pour une praxéologie de l'activité juridique: le traitement judiciaire de la moralité à partir d'un exemple égyptien », *Égypte-Monde arabe*, *34*, p. 115-139.

– 1998c, « La recherche judiciaire d'une moralité conforme: la Haute Cour constitutionnelle égyptienne et le voile », in J. Dakhlia (éd.), *Urbanité arabe. Hommage à Bernard Lepetit*, Arles, Actes Sud/Sindbad.

– 2000a, « Normality, Responsibility, Morality: Norming Virginity and Rape in the Egyptian Legal Arena », in A. Salvatore (ed), *Muslim Traditions and Modern Techniques of Power*, Yearbook of the Sociology of Islam, vol. 3.

– 2000b, *Au nom de quel droit. Répertoires juridiques et référence religieuse dans la société égyptienne musulmane contemporaine*, Paris, Maison des sciences de l'homme (coll. Droit et Société).

Dupret B. et Ferrié J.N., 1997a, « For intérieur et ordre public, ou comment la problématique de l'Aufklärung peut permettre de décrire un débat égyptien », in G. Boëtsch, B. Dupret et J.-N. Ferrié (éd.), *Droits et sociétés dans le monde arabe. Perspectives socio-anthropologiques*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires d'Aix-Marseille.

– 1997b, « Participer au pouvoir, c'est édicter la norme: sur l'affaire Abu Zayd (Égypte, 1992-1996) », *Revue Française de Science Politique*, *47*, 6, p. 762-775.

Elias N., 1991, *La société des individus*, Paris, Fayard.

Ferrié J.N., 1997, *Le régime de la civilité. Public et réislamisation en Égypte*, Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches en science politique, Paris, Institut d'Études Politiques.

– 1998, « La Petite robe, ou le dépassement des limites en régime de civilité », *Hermès*, *24*.

Ferrié J.-N., Boëtsch G. et Ouafik A., 1994, « "Vécu juridique", norme et sens de la justice : à propos de l'avortement au Maroc », *Droit et Société*, *28*, p. 677-690.

Foucault M., 1976, *Histoire de la sexualité*. 1. *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

Gauchet M., 1985, *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard.

Jackson B.S., 1995, *Making Sense in Law. Linguistic, Psychological and Semiotic Perspectives*, Liverpool, Deborah Charles Publications.

Joseph I., 1991, « Voir, exposer, observer », in I. Joseph (éd.), *L'espace du public*, Paris, Plan urbain.

Niyâba, 1991, « Mémoire du Parquet général dans l'affaire n° 21, année 1988 » (en arabe). *Majalla hay'a qadâyâ al-dawla, 35*, 4, p. 159-169.

Ost F. et Kerchove (van de) M., 1993, « Mœurs (Bonnes) », in Arnaud A.J. et *al.* (éd.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, 2e édition corrigée et augmentée, Paris, LGDJ.

Redissi H. et Ben Abid S.E., 1995, « L'affaire Samia, ou le drame d'être "autre". Commentaire d'une décision de justice ». *International Journal of Bioethics. Journal International de Bioéthique*, *6*, 2, p. 153-159.

Skovgaard-Petersen J. 1997, *Defining Islam for the Egyptian State. Muftis and Fatwâs of the Dâr al-Iftâ*, Leiden, New York, Köln, Brill.

Watson R. 1995, « Angoisse dans la 42e rue », In P. Paperman et R. Ogien (éd.), *La couleur des pensées*, Paris, Éd. de l'EHESS (Raisons pratiques 6).

QUATRIÈME PARTIE

GUÉRIR LE CORPS

11

Itinéraires de santé dans un quartier populaire du Caire

Aurélien TURC[1]

L'Égypte connaît aujourd'hui une période sanitaire cruciale. Le pays est actuellement en pleine phase de « transition épidémiologique »[2] : il cumule les pathologies spécifiques des pays en voie de développement (maladies infectieuses et parasitaires) et celles prévalant en Occident (obésité, tabac...). Comme partout, le coût de la santé publique augmente alors que le système de santé n'est pas encore parvenu à éradiquer totalement les pathologies du passé. L'État, principal fournisseur et financier des services de santé, s'est lancé dans un grand projet de réforme de son système sanitaire[3]. Mais cette réforme repose avant tout sur des critères économiques, sachant que les dépenses de santé ne représentaient que 3,8 % des dépenses étatiques en 2002. Il y a en fait très peu d'interrogations sur la qualité des services rendus et sur la rationalité de l'utilisation des moyens déjà disponibles. La santé est un domaine traditionnel de l'intervention étatique, mais qui est de plus en plus occupé par les acteurs islamiques. Le fonctionnement du système de santé fournit donc un excellent point de vue sur les configurations et reconfigurations sociales changeantes de l'Égypte contemporaine.

Pour obtenir une certaine « profondeur anthropologique », il était nécessaire de limiter géographiquement le terrain de recherche. J'ai choisi un quartier populaire, que j'appellerai le quartier de K (pour observer la

---

1. Merci à Guillaume Acloque de l'APUR et à Mohammed Mohsen dit « Michmich » pour l'aide qu'ils m'ont apportée.

2. Terme dû à l'épidémiologiste Abdul Omran en 1971 et devenu depuis le terme obligé pour désigner le passage d'une conjoncture sanitaire dominée par les maladies infectieuses et caractérisée par une importante mortalité maternelle et infantile, à un régime où les maladies chroniques, cardio-vasculaires, métaboliques, inflammatoires et cancéreuses, se démasquent d'autant plus que l'espérance de vie augmente notablement.

3. Françoise Clément, 2007, « Réformer l'assurance en Égypte pour résorber son déficit ?, enquête sur un alibi », *Figures de la santé en Égypte*, M. Fintz, A.M. Moulin et S. Radi (éd.), *Égypte Monde Arabe*, p. 303-341.

règle de l'anonymat des sources). Il compte environ 16 000 habitants, majoritairement originaires du Saïd, au sud de l'Égypte. Si les gens reconnaissent leurs origines saïdi (en dialecte égyptien un peu synonyme de « péquenot »), ils tiennent cependant à se démarquer des traditions de leur région d'origine (l'un d'entre eux me disait: « c'est la civilisation ici »). Dans le quariter, on observe des pratiques médicales traditionnelles: par exemple, recours aux herbes médicinales ou soins par la lecture du Coran, plutôt limités à des maux sans gravité, mais les habitants la plupart du temps font appel à la biomédecine. Les structures sanitaires de proximité sont principalement destinées aux femmes et aux enfants. Les hommes vont peu chez le docteur, question d'honneur peut-être. Si nécessaire, ils se soignent par automédication, en passant par la pharmacie; au pire, ils vont à l'hôpital. Mais c'est probablement plus l'effet de la dure nécessité que d'une règle morale, car les contraintes de la vie quotidienne interdisent ou rendent difficile l'abandon des tâches quotidiennes.

Le quartier est très pauvre: maisons délabrées, conditions sanitaires difficiles. Ici, la pauvreté est une « force pathogène » qui entraîne dans son sillage toutes les maladies associées à la misère. L'isolement du quartier amplifie certaines des caractéristiques propres à tout quartier populaire du Caire. Par exemple, l'intervention étatique semble être encore plus limitée qu'ailleurs. La police intervient peu, la voirie est en mauvais état. Dans le quartier, on ne compte que quelques écoles en bordure, une petite clinique et un centre médical plus important, situé à la frontière d'un quartier voisin mais très fréquenté. Mon terrain possède une certaine valeur paradigmatique, autrement dit, il est assez représentatif de la situation d'une partie importante de la population égyptienne, au moins urbaine et suburbaine.

J'ai réalisé pendant quatre mois des enquêtes au sein de deux centres publics de santé « de proximité », d'une clinique islamique et de deux pharmacies. C'est donc un travail anthropologique avant tout fondé sur l'observation des interactions sociales et médicales au quotidien, qui constitue un témoignage précis de la réalité sanitaire actuelle d'un quartier égyptien.

Présentation sanitaire du quartier

Les centres publics

Commençons par les deux centres publics de soins de proximité. Ces centres sont censés offrir des soins de santé primaires, axés sur la protection maternelle et infantile, les vaccinations, etc. Les prix pratiqués sont très bas: consultation et médicaments ne coûtent qu'une livre égyptienne, soit environ 0, 2 euro. Quelle est la réalité sanitaire de ces soins ?

Dans la clinique publique de K, une petite clinique de quartier, le travail commence généralement à 10 h 00 du matin au lieu de 9 h 00. La

plupart des consultations se déroulent dans la même salle, une pièce d'environ quinze mètres carrés. Deux lits de consultation sont collés aux murs, inaccessibles. Les médecins sont assis à leurs bureaux, avec une liste manuscrite et raturée des rares médicaments disponibles. Les consultations se déroulent au bureau et durent le plus souvent une ou deux minutes. L'action médicale est limitée à une gestuelle répétitive et très limitée: utilisation d'un stéthoscope dont il n'y a que deux spécimens pour trois docteurs; prise de tension, effectuée parfois avec des habits intercalés entre la peau et le brassard; et quelquefois un examen « physique » limité au strict minimum. Je n'y ai jamais constaté de prise de température, si ce n'est avec le dos de la main. Les patients restent souvent debout, dans une atmosphère bruyante, dans une petite salle encombrée et remplie de mouches. Aucun isolement n'est possible, l'affluence peut monter dans la salle jusqu'à une dizaine de personnes. Quelques femmes souffrant de douleurs aux jambes soulèvent en public leur galabeyya, pour présenter leur partie du corps douloureuse aux docteurs, pendant que d'autres patients attendent à la porte du cabinet.

La clinique de K n'avait pas – à cette époque – d'eau courante. Aussi les médecins ne se lavent-ils pas les mains, ce qui explique en partie leur retenue à avoir des contacts physiques avec les patients. Mais les contacts inévitables n'en posent pas moins de sérieux problèmes d'hygiène. L'équipe médicale arrête de consulter vers 12 h 30 puis discute jusqu'à 13 h 30 environ (les soins sont censés durer jusqu'à 14 h 00). On constate une certaine lassitude de la part de l'équipe médicale. Il est vrai que les salaires ne sont pas très motivants. Les jeunes médecins, à la fin de leurs études, effectuent un service obligatoire de deux ans au sein du service public, le *taklîf* (« réquisition »). Leur salaire dans les centres de proximité est d'environ 200 LE (un peu plus à l'hôpital). Quant aux médecins plus expérimentés, ils perçoivent environ 300 LE. Le bâtiment est vieux et délabré. Le matériel médical de base est absent ou en mauvais état: il manque des tensiomètres, des stéthoscopes ou des thermomètres. Quand au matériel du cabinet dentaire, il est hors d'usage. De ce fait, le dentiste ne peut effectuer quasiment aucun soin dentaire, si ce n'est désinfecter une plaie.

Le deuxième centre est un *General Urban Health Center* (CUSG) patronné par l'USAID. Ce centre est d'un peu meilleure qualité: les locaux sont plus grands et plus propres, il y a un système de dossiers médicaux et la possibilité d'une certaine intimité entre soignants et soignés. On y réalise le suivi des femmes enceintes (échographies, analyses de sang et d'urine), des accouchements... On y fait également un peu de médecine préventive: s'y tiennent notamment des conférences socio-sanitaires sur le diabète, l'allaitement... Mais on constate dans ces deux derniers centres plus ou moins les mêmes manquements aux normes sociales et médicales communément admises. Il n'y a aucun lieu d'accueil et d'orientation. Le premier lieu où doivent passer les malades est la caisse, où ils achètent un ticket de consultation. Or la personne qui vend les tickets de consultation ne se soucie ni de la maladie ni de l'état des malades. Les patients se

renseignent auprès du gardien, d'une employée, de façon aléatoire, et les meilleures informations sont souvent fournies par les autres patients...

Les centres publics souffrent d'un très faible niveau d'hygiène. Les médecins ne se lavent pas les mains (même au CUSG où il y a de l'eau courante), ne désinfectent pas les thermomètres buccaux entre deux patients ! Le matériel n'est pas entretenu. Les diagnostics sont souvent établis à la va-vite, les prescriptions bâclées, et si le patient ne revient pas voir le docteur pour se faire expliquer la posologie des médicaments, « *ma'lich* » (çà ne fait rien, célèbre expression très courante en Égypte)... Et encore, cela voudrait dire que le malade a obtenu des médicaments, ce qui n'est pas toujours le cas, du fait des incessantes ruptures des stocks de médicaments. En fin de compte, la qualité des soins dépend pour beaucoup de l'humeur du personnel soignant : pour peu que la tête du patient ne revienne pas au docteur et que celui-ci le soupçonne, pour différentes raisons, de feindre son état de malade, le médecin peut aller jusqu'à faire mal intentionnellement à son patient. La directrice de la clinique publique de K m'a déclaré : « Avec l'expérience, j'arrive à savoir si c'est un vrai malade ou non. Parfois, je ne leur donne pas de médicaments ou bien je leur fais une injection, ça fait mal et ainsi ils hésitent à recommencer ». On est là à l'extrême opposé de l'éthique médicale. Le docteur ne soigne pas le malade, mais au contraire lui fait mal pour le dissuader d'un comportement qu'il juge coupable. Seulement, les injections en Égypte sont très prisées (du fait de l'efficacité supposée d'une injection directe dans le corps) et il n'est pas sûr que le docteur atteigne ainsi son but... La douleur peut parfois renforcer l'impression d'un effet magique, pour peu qu'un certain soulagement suive la consultation.

La clinique islamique

Le constat est donc plutôt sombre au sein des centres publics de proximité du quartier de K. Allons voir maintenant ce qui se fait à la clinique islamique du quartier, gérée par la *Jama'iyya al-chari'iyya,* une association d'obédience islamiste, très influente dans le pays, qui possède plus de 7000 mosquées en Égypte et qui prend en charge un grand nombre de services sociaux, éducatifs et sanitaires au bénéfice des couches les plus pauvres de la population. Un jeune médecin, un ORL, s'y occupe également des enfants. La salle de consultation est assez petite, le matériel médical est simple mais propre et en bon état. Une mère amène un enfant malade. Le docteur lui prend la main, lui fait un sourire. Il le pèse puis l'allonge sur le lit, où il examine sa gorge avec une languette de bois jetable, palpe le ventre, écoute les battements du cœur au stéthoscope. La mère l'aide à tenir l'enfant sur le lit. Le médecin lui mesure la température avec un thermomètre auriculaire, dont il change l'embout en plastique juste après le relevé de la température. Cette dernière consultation aura duré en tout sept minutes : une minute de discussion, quatre minutes d'examen et deux minutes pour le diagnostic et l'ordonnance.

La qualité de la relation soignant-soigné et, corrélativement, de l'action thérapeutique s'avère donc bien meilleure à la clinique islamique que dans les centres publics. La clinique est gérée par la Jama'iyya al-chari'iyya du quartier de K, association très active qui organise une soixantaine d'activités différentes. La clinique est ouverte tous les soirs de la semaine, de 9 heures du soir à une heure du matin. En cas d'urgence, un médecin de garde est constamment disponible et effectue des déplacements à domicile si nécessaire. La clinique possède une pharmacie, un petit « bloc opératoire », quatre ou cinq salles de consultation situées autour de la salle d'attente, un laboratoire d'analyses et un cabinet de radiographie. L'association essaie donc d'offrir un maximum de services à la population. La consultation coûte 4 LE (livres égyptiennes)[4], sans les médicaments; une prise de tension coûte 2 LE, une radio 20 LE. Dans l'ensemble, l'accueil des patients au sein de la clinique islamique est beaucoup plus conforme aux normes de sociabilité égyptiennes qu'au sein des centres publics. La majorité des patients qui entrent dans la clinique salue le cheikh, entre parfois dans le bureau pour discuter ou lui demander un service.

Quant aux médecins de la clinique islamique, ce sont en général de jeunes médecins qui travaillent également dans le public, voire dans des hôpitaux privés. Il y a un roulement assez important de ce personnel médical. Leur salaire varie selon leurs heures de travail, mais est généralement supérieur à 1000 LE par mois. Cependant la clinique dépend des emplois du temps des médecins qui ne viennent que quand ils ne sont pas retenus ailleurs. Régulièrement, la clinique ne compte qu'un ou deux d'entre eux. Les autres employés sont généralement originaires du quartier et travaillent à la clinique depuis plusieurs années, ce qui renforce les liens avec les patients. Mais le niveau du personnel paramédical est en général assez faible. Sur les huit « infirmières », deux seulement ont reçu une véritable formation. La clinique islamique de K bénéficie d'un matériel simple mais approprié. Toutefois, la disponibilité d'une partie du matériel est aléatoire, plus au gré des opportunités qu'en fonction des besoins des patients. Par exemple, la clinique dispose d'appareils radiographiques grâce à une relation du cheikh. En revanche, elle ne dispose pas d'échographe, alors que de nombreuses parturientes viennent consulter les gynécologues du centre. Très peu de prévention sanitaire y est organisé. Il est possible de qualifier les soins fournis par la clinique islamique comme une médecine de masse assez peu sophistiquée.

Les pharmacies

Les pharmacies ont un rôle sanitaire primordial dans le quartier de K. En effet, la visite à la pharmacie est souvent le seul recours thérapeutique engagé par les malades. Les pharmacies constituent à ce titre le véritable premier recours de santé et grâce à une grande souplesse de fonctionne-

4. Un euro vaut environ huit livres égyptiennes.

ment, offrent un accès facile et rapide aux bienfaits supposés de la biomédecine. La puissance curative attribuée aux médicaments permet de pratiquer l'automédication et de court-circuiter l'étape du médecin, ce qui explique leur succès.

Pour établir son diagnostic, le pharmacien se fonde sur un diagnostic étiologique. Il interroge le malade sur les causes possibles ou supposées de la maladie : nourriture, froid... Selon les réponses des malades (si c'est le malade lui-même qui se déplace), il leur propose les médicaments qui lui semblent adéquats. Dans bien des cas, cette méthode empirique (traitement symptomatique) fait preuve d'une certaine efficacité, la preuve en est peut-être le recours important de la population aux pharmacies. Mais le diagnostic ainsi établi est tout de même de valeur fort relative, surtout quand on sait que la majorité des pharmacies est tenue au quotidien par un personnel non diplômé, ne disposant que d'une expérience pratique. Les pharmacies n'offrent donc aux malades qu'une expertise médicale fort approximative. Mais, si l'on compare leur pratique médicale à d'autres cas dans le champ sanitaire, on se rend compte que le diagnostic porté dans les pharmacies est à peu près le même que dans les centres publics. Qui plus est, les médicaments du secteur privé (pharmacies) sont perçus comme meilleurs, notamment du fait de leur prix. Normalement, les pharmacies ne peuvent donner que certains médicaments sans ordonnance médicale, mais en fait, tous les médicaments sont ainsi accessibles (par exemple, en rapportant une boîte vide du médicament voulu). Le coût financier est un peu plus important que celui des soins publics, mais cette différence de prix est compensée par le rapide accès aux médicaments alors que les centres publics sont souvent en rupture de stock.

Nous avons ainsi fait très rapidement le tour des principaux recours thérapeutiques biomédicaux présents dans le quartier de K. Peut-on tirer quelques conclusions de cet état des lieux en matière de santé ?

Les médecins du secteur public sont conscients des limites de leur action thérapeutique. L'un d'eux pointe plusieurs raisons pour expliquer les manquements du service étatique : faiblesse des salaires ; problèmes matériels (notamment ruptures des stocks de médicaments) ; une perception faussée de la qualité des soins par les usagers, du fait de la quasi-gratuité. Le principal angle d'attaque du problème de la qualité des soins dans les centres publics, que ce soit par la population, les médecins ou l'État, est l'angle économique. Le discours consacré en la matière est que le paiement des soins permettrait d'augmenter les salaires des agents de santé et d'améliorer ainsi, de manière directe, la qualité de leur travail. Si cet argument possède une évidente logique, le lien direct établi entre qualité des soins et coût de ces derniers est trop systématique et exclut de nombreux facteurs. C'est ce que montrent les expériences qui ont suivi « l'initiative de Bamako »[5] et la mise en place du recouvrement des coûts en Afrique subsaharienne.

---

5. Cette initiative, datant de 1987, est venue dix ans après la déclaration d'Alma Ata, par laquelle était reconnu le droit à la santé pour tous et encouragé le système des soins

La profession médicale bénéficie habituellement d'une image sociale fortement valorisée. Paradoxalement, les médecins exerçant dans le secteur public sont généralement sous-estimés et soupçonnés de profiter du système. Une exagération probable, mais aussi un moyen comme un autre de dénoncer la privatisation des soins publics. De manière plus générale, la population voit dans les médecins du secteur public des médecins « en échec », aussi bien eu égard à leur fonction de soignant qu'à celui de leur capacité à atteindre la position sociale espérée. Leur critique confirme une fois de plus la remise en cause plus ou moins générale de l'État.

La population déplore le manque d'intérêt qu'on lui accorde, la négligence de l'aspect relationnel, si important dans les rapports entre soignants et soignés. La distance sociale est paradoxalement plus ressentie dans les centres publics, quasi-gratuits, que dans les autres structures de santé. Dans les centres de soins confessionnels, cette distance est limitée par le partage des mêmes références religieuses. Dans les centres de soins privés, elle est contrebalancée par un autre discours : « plus tu payes, plus on prend soin de toi ». Ce discours peut être qualifié d'« énoncé performatif ». Le fait de payer fonctionne en soi comme une preuve incontestable de la qualité des soins, quelle que soit la structure sanitaire concernée. La distance sociale n'est pas abolie mais reléguée au second plan par l'attention qui est – forcément, puisqu'il a payé cher ! – accordée au patient. Corrélativement, les soins publics qui sont quasiment gratuits ne sauraient être que de mauvaise qualité.

Une phrase d'une habitante du quartier permet de cerner les critères qui font la différence entre les différentes structures :

> « J'ai dit [à un médecin du CUSG] que j'avais la tension élevée, alors il m'a pris la tension, au bureau. Ça ne se passe pas comme ça dans les autres lieux de soins, on t'installe sur le lit, tu parles ».

À la clinique islamique, le malade ne reste pas debout, de l'autre côté du bureau, mais s'allonge sur un lit. Pour le malade, il y a là une différence dans l'intérêt accordé à son vécu et à ses doléances. Être prié de s'allonger signifie que le médecin reconnaît *a priori* au malade (dans la phase préliminaire au diagnostic), son statut de malade et sa perception propre de la maladie (ce que les anglo-saxons appellent *illness*). Le malade, conforté dans son état en quelque sorte, peut alors se confier au médecin et formuler sa maladie (« tu parles »). La parole parachève le lien créé entre le malade et le docteur, d'abord lorsque le malade se confie au docteur, puis lorsque le docteur formule son diagnostic. Or ce que la popu-

---

primaires gratuits. Devant l'échec partiel d'Alma Ata, l'initiative de Bamako a marqué un revirement en faveur du recouvrement des coûts et de l'implication de la communauté dans le fonctionnement rationnel de la distribution des médicaments. L'initiative de Bamako, qui visait à obtenir un fond de roulement pour l'achat des médicaments et éviter les ruptures de stock, n'a produit que des résultats mitigés.

lation reproche par dessus tout aux médecins des centres publics, c'est de ne rien expliquer. Les médecins sont décrits comme « indisciplinés », c'est-à-dire ne respectant pas les règles implicites de la relation thérapeutique.

Interprétation des attitudes constatées

Le système public

Les différentes réformes de la santé publique en Égypte visent à établir, tant bien que mal, un « système expert »[6], fonctionnant non selon des rapports de personnes, mais selon des rapports administrativement construits (dossiers médicaux familiaux, statistiques). Mais le système qui devrait assurer la régulation des conduites, marque constitutive du système expert, s'avère peu performant. La gestion administrative n'est en effet que l'arbre qui cache la forêt du désinvestissement médical et du traitement insatisfaisant des patients. De fait, les centres publics de proximité offrent le plus souvent un service sanitaire minimal et au prix d'une distortion de fonctionnement importante. Tout d'abord, il n'y a pas chez les soignants d'obligation de réserve vis-à-vis des malades. De façon générale, le secret médical, supposé être un des piliers du serment d'Hippocrate prété par les étudiants, est interprété de façon très laxiste. Le seul moyen d'obtenir des soins de qualité est de recourir à un médiateur, qui permet l'installation d'un lien personnel avec les agents de santé. Tout se passe comme si le caractère « public » de l'établissement entraînait un moindre respect de l'intimité.

Comment expliquer un telle conduite de la part de médecins, qui insistent dans tous leurs discours sur l'importance sanitaire et éducative des centres publics de proximité, sur l'aspect psychologique des relations soignants-soignés, qui suivent des cours sur la santé publique, la qualité des soins et l'hygiène ? Il y a en fait un décalage constant entre la théorie (supposée actualisée par une formation continue) et la réalité du travail, dictée par les conditions d'exercice : le tensiomètre ne fonctionne pas, l'analyse prévue n'est pas réalisable, etc. Le médecin en arrive ainsi à prescrire des médicaments (contre l'hypertension, les infections urinaires, etc.) pour des maux dont il n'a pas pu, même s'il en a la volonté, réaliser vraiment le diagnostic. Même si le tensiomètre n'est pas cassé, les médecins relèveront la tension dans des conditions non conformes aux règles. Ils opéreront sur un patient debout, perturbé, stressé. Ou bien ils laisseront

6. L'analyse ici s'inspire du travail de Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (éd.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

des habits intercalés entre la peau du patient et le tensiomètre. Ces dysfonctionnements peuvent s'expliquer comme l'action, à double détente, d'une véritable « oppression bureaucratique » telle qu'elle est dénoncée dans d'autres domaines. Dans un premier temps, quelles que soient les conditions de travail, les médecins sont confrontés à une pesanteur administrative qui obère progressivement leur éthique médicale. Tout commence par des problèmes de matériel, par l'impossibilité de prescrire les médicaments nécessaires aux malades... Puis l'angoisse monte et on débouche sur des conflits ingérables. Par exemple, un médecin de la clinique de K s'est absenté de son poste pour aller soigner un enfant malade dans le quartier. Il a été réprimandé par le responsable sanitaire du quartier, car c'est contraire au règlement. Il s'est absenté une fois, le fera-t-il la prochaine fois ? L'éthique médicale l'exigerait et les sanctions encourues sont faibles, mais le médecin irait ainsi à l'encontre des recommandations du chef sanitaire du quartier. En fait, les médecins sont souvent les otages d'un réseau de dépendances administratives. Les normes bureaucratiques viennent s'opposer frontalement à l'éthique médicale.

Mais la norme officielle ne dit pas que les médecins ne doivent pas respecter les règles d'hygiène. Or on constate toujours un décalage entre la norme médicale et la réalité des faits. Deux raisons au moins l'expliquent. La première est une « incorporation du découragement ». Les médecins souhaitent soigner « normalement » les malades, ce qu'ils savent faire – pour la majorité – et ce qu'ils ont l'habitude de faire au sein d'autres lieux de soins, confirmant ainsi leur savoir, leur statut et leur désir de soigner. Mais cette volonté se heurte ici à de telles routines et à de telles difficultés que les médecins ressentent la modestie thérapeutique qui leur est imposée comme un échec. D'où leur indifférence quasi-générale, aussi bien vis-à-vis de la situation particulière du malade que des normes médicales minimales que l'on devrait appliquer, mais qui perdent progressivement toute valeur aux yeux des praticiens, dans le contexte global des centres publics de santé. Les difficiles conditions de travail des agents de santé dans les centres publics, en décalage profond avec leur formation théorique initiale, entraînent ainsi une « construction médicale de l'indifférence », en grande partie liée à l'impossibilité de bien accomplir son travail.

Quelques exemples: un homme vient demander à la directrice du CUSG si elle peut envoyer un docteur chez lui, car sa mère est très malade. La directrice dit que ce n'est pas possible, l'homme s'en va... Quelques minutes plus tard, une mère se présente au bureau de la directrice et lui explique que sa fille n'est plus vierge alors qu'elle n'est pas encore mariée. La mère, dans un grand désarroi, demande à la directrice s'il est possible de reconstruire l'hymen de sa fille. Là encore, la directrice se contente de lui répondre que ce n'est pas possible, sans compatir ni essayer d'alléger la souffrance. (En fait, l'intervention de rétablissement de l'hymen est couramment pratiquée dans le privé, avec des tarifs très variables). Une gynécologue du CUSG, à la suite d'un examen bâclé, annonce à une femme enceinte que son fœtus est mort, ce qui s'est révélé inexact par la

suite. Non seulement, le travail est mal fait, mais les médecins ne se soucient aucunement des répercussions sur leurs patients (la femme enceinte avait déjà fait une fausse couche).

Une deuxième raison semble liée à l'écart entre la norme scientifique et la norme pratique. La norme pratique est la norme officielle, influencée par la culture bureaucratique et la culture professionnelle de santé. C'est elle qui guide réellement l'action des personnels de santé et c'est à la lumière de cette norme que l'on peut comprendre certains dysfonctionnements du service de santé publique. Par exemple, dans la culture bureaucratique, l'usager anonyme est souvent perçu par le fonctionnaire comme un gêneur, un inférieur, parfois même une proie. Cette perception se traduit par divers comportements vus plus haut: violence, indifférence, horaires tronqués, etc. Pour passer outre cette distance qu'établit le fonctionnaire, l'usager devra « créer du lien » avec son interlocuteur, que ce soit par utilisation d'un capital social ou bien d'un capital plus prosaïquement financier.

La norme pratique qui guide le comportement des agents de santé est également influencée par une culture professionnelle de la santé. En Égypte, il est de mise de valoriser la pratique de la médecine spécialisée au détriment de la médecine générale, qui ne serait que le résidu de la première. Cette différence est perceptible jusqu'au sein des centres de soins de proximité. Lors d'une matinée passée auprès d'un docteur du CUSG, celui-ci s'est livré à plusieurs consultations spécialisées de dermatologie. Dans ces cas-là, il a chaque fois fermé la porte du cabinet et nous a demandé, à mon interprète et à moi-même, de sortir. Certaines consultations ont duré plus de dix minutes. Sortant de la routine, le médecin retrouve un intérêt pour son travail et met à profit les possibilités offertes par le centre de proximité: du temps (peu de patients se présentent à sa porte ce matin-là, ce qui ne l'empêche pourtant pas d'expédier les autres consultations), une intimité entre soignant et soigné (il ne ferme la porte du cabinet que pour les consultations concernant sa spécialité). Toutefois, cet intérêt sélectif, par intermittences, n'est pas toujours possible. À la clinique publique de K par exemple, le dentiste voudrait-il de tout son cœur effectuer un travail de qualité auprès de patients qu'il ne le pourrait pas, du fait de conditions matérielles détestables.

La réforme actuelle du système de santé souhaite mettre en place une « *family medicine* ». Mais l'analyse approfondie du fonctionnement des centres de soins de proximité montre le décalage entre la réalité sanitaire actuelle et une telle réforme. On peut douter qu'il suffise d'instaurer des cours sur la santé publique (gestion administrative, qualité des soins, etc.) ou de mettre en place des dossiers familiaux pour faire apparaître chez les médecins une compétence sociale et relationnelle. De plus, la réorientation du rôle des médecins dans le système public va à l'encontre de la culture professionnelle de la santé en Égypte, qui favorise le spécialiste aux dépens du généraliste.

La clinique islamique

Les usagers de la clinique islamique apprécient l'investissement des médecins au cours des différentes phases de la relation soignant-soigné : communication avant le diagnostic, examen physique, reprise de la communication après le diagnostic (attention globale accordée au patient dans le centre, avec présence du cheikh et d'un personnel issu du quartier). Deux facettes de la relation thérapeutique se complètent : les médecins de la clinique islamique ne se contentent pas du *cure*, du traitement médical en lui-même, mais œuvrent également au niveau du *care*, un « soin » qui inscrit l'action thérapeutique dans une relation sociale plus large. Ce souci du soin s'exprime au niveau de la relation soignant-soigné mais aussi dans l'action globale de la Jama'iyya al-chari'iyya. La clinique n'est en effet que le dernier stade d'une culture du soin entendu plus généralement, orientée vers les plus faibles, qui se traduit par la prise en charge des vieux et des orphelins, par l'allocation d'aides financières aux plus pauvres.

La religion est considérée comme un vecteur de moralité, qui découle d'un « éthos » de la bienfaisance, très prégnant dans l'islam. En dépit de ce référentiel commun, les différents acteurs sanitaires de la clinique islamique suivent cependant leurs propres stratégies. Autour d'une référence religieuse à la fois incontournable et assez floue, se crée une sorte de « solidarité sans consensus »[7]. Par exemple, les intérêts des médecins à travailler dans une clinique islamique sont multiples. Elle représente un débouché professionnel intéressant, une occasion d'acquérir de l'expérience, voire de se constituer une clientèle pour ceux qui comptent ensuite exercer à titre privé dans le quartier ou à proximité ; il s'agit d'un lieu où ils bénéficient d'une relative indépendance dans l'accomplissement de leur travail. Mais cette prise de responsabilité de jeunes médecins, à peine sortis de leur années de formation, a des inconvénients et la population se plaint d'erreurs de diagnostic. De nombreux habitants du quartier critiquent également le coût trop élevé des soins. La consultation coûte 4 LE et il faut ensuite acheter les médicaments, ce qui revient beaucoup plus cher que dans le secteur public. Toutefois, le travail de la clinique est apprécié et la population voit dans l'intervention du cheikh – et de la religion – un moyen de pacifier, de moraliser les rapports, parfois difficiles, qu'elle entretient avec le corps médical.

Quelle analyse peut-on tenter de la clinique islamique ? À l'opposé du « système expert » des centres publics de proximité, la clinique islamique offre différentes illustrations de ce que l'on pourrait appeler un système personnalisé. Cela se vérifie tout d'abord au niveau du fonctionnement de la clinique, qui est bien plus simple et flexible que celui des centres publics. On ne s'y embarrasse pas de paperasse, on va directement à l'essentiel, à l'établissement d'un « colloque singulier » entre soignants et

7. Jean-Noël Ferrié, « Société civile, autoritarisme et globalisation des normes », *Journal des Anthropologues*, 2003, p. 94-96 (en ligne).

soignés, par le biais de la langue arabe exclusivement. La structure est de petite taille, les patients savent facilement si tel ou tel docteur est présent, ce qui leur permet de consulter régulièrement le même médecin – dans les limites de la disponibilité du corps médical. Enfin la clinique islamique offre un système adapté à la demande sanitaire. La clinique est ouverte le soir, un docteur de garde peut assurer des visites à domicile à tout moment, il est possible de se faire faire une piqûre sans devoir passer par un médecin... La clinique présente donc une bien moindre distance vis-à-vis de sa clientèle que les centres publics.

Ce phénomène est renforcé par le partage d'un même paradigme religieux. En effet, la personnalisation des rapports qu'entretiennent les patients avec la structure de soins culmine dans la figure religieuse du cheikh, qui inscrit l'acte de soins dans un éthos de la bienfaisance et de la charité. Le cheikh, autorité supérieure à qui l'on peut se référer en cas de contentieux, s'interpose entre soignants et soignés. Il assure le respect de normes morales communes aux acteurs, qui inspirent les conduites. Ces normes morales permettent par exemple à des gynécologues de sexe masculin de pratiquer au sein de la clinique islamique, et retirent toute connotation sexuelle à la proximité corporelle entre les deux sexes. L'influence de la religion est également perceptible au sein du corps médical, dont tous les membres effectuent hebdomadairement plusieurs heures de consultations gratuites. Il y a communion autour d'une croyance commune, qui donne sens à la relation thérapeutique.

Le développement des cliniques et dispensaires islamiques est peut-être l'une des réponses à la crise du système médical égyptien, grâce à la réconciliation des médecins et de la population par le biais de la religion, garante de l'éthique médicale et de la solidarité. Ces centres sont rarement lieux d'invocation d'une tradition médicale qui serait arabe ou coranique, il s'agit plutôt de lieux de conciliation de la biomédecine et d'une morale qui fait appel à la religion et à la tradition. On insiste d'ailleurs à la clinique islamique sur l'absence de contradiction entre la religion musulmane et la science. La clinique islamique assure donc non seulement la médiation entre soignants et soignés, mais aussi entre modernité et tradition. Le cheikh achète du matériel médical tel qu'il l'a aperçu dans un film hollywoodien, mais ce matériel subit en quelque sorte un transfert de sens, du fait de son inscription dans la dialectique de l'islam, un socle culturel qui permet de le rattacher à l'identité proclamée de la société, égyptienne et musulmane.

Si la religion moralise la pratique médicale et permet un fonctionnement personnalisé des structures de soins, à aucun moment n'est remise profondément en cause la culture professionnelle du corps médical. De ce fait, on retrouve dans les cliniques islamiques de nombreux défauts des centres publics: caractère exclusivement urbain, prévalence du curatif, des spécialisations, etc. À titre d'exemple, très peu de messages de prévention sont communiqués par la clinique islamique, à part une reprise du message officiel sur le contrôle des naissances. De même, à ce premier niveau de soins, la spécialisation des médecins peut être contestée, la

majorité des cas rencontrés à un tel niveau pourrait être traitée de manière satisfaisante par un généraliste.

Enfin, la proximité entre le cheikh et la population se double d'un contrôle social que peu de personnes reconnaissent comme tel. Le cheikh a par exemple recours à un réseau officieux d'informateurs pour identifier les personnes qui ont « vraiment » besoin d'une exemption du paiement des soins. Il règne traditionnellement, dans les quartiers populaires, une forte surveillance des individus, notamment de la part de la famille et du voisinage. Même en se limitant à la santé, l'exemption du coût des soins pour les plus démunis et, condition sine qua non, l'identification de ces derniers, donne au cheikh à la fois un moyen de contrôle et de pression, lui assure une « domination douce ».

Conséquences de ce système : une grande capacité d'adaptation de la population

Tant bien que mal, les habitants de K luttent pour conserver la santé, ou au moins pour éviter qu'elle ne se dégrade trop. Pour accéder à une prise en charge médicale correcte, les patients cumulent les différentes offres médicales accessibles. Les femmes enceintes, par exemple, ont le plus souvent recours à un double suivi public-privé. Elles bénéficient au CUSG d'un plateau technique de qualité relativement bonne et à faible coût, qu'elles associent à une relation soignant-soigné de qualité au sein des structures privées ou associatives. Car malgré le tableau assez sombre proposé précédemment, le secteur public reste indispensable à une grande partie de la population. Si la clinique islamique du quartier de K présente de nombreux avantages, ses moyens matériels sont limités et certains maux, qui peuvent être interprétés comme la marque d'une transgression des règles imposées par la religion, n'y sont pas les bienvenus. Alors les habitants s'adressent aux centres publics, comme cette mère de famille venue voir la directrice du CUSG pour lui demander s'il est possible de refaire l'hymen de sa fille, ou pour un avortement. Notons au passage l'indétermination juridique autour de ces pratiques : le refus de ces opérations par le secteur public témoigne d'un embarras de l'État sur ces questions. Dans les cas les plus graves, nombreux sont les malades à ne pouvoir recourir qu'à l'hôpital public, avec les risques inhérents. Ceux qui le peuvent auront recours au secteur privé avec l'aide de la famille ou des proches, et bien souvent emprunts et endettement.

Le système sanitaire reste marqué par la rareté des espaces de médiation et de débat public, et seul le capital relationnel permet d'obtenir rapidement un service demandé.

État, religion et santé

La libéralisation économique et le retrait étatique qui en découle ont aggravé la mauvaise qualité des soins publics. Le vide ainsi créé a été investi par les acteurs islamiques. Face à l'occupation du terrain social par les associations islamiques, l'État garde une attitude ambiguë. D'un côté, il sollicite ces associations pour compenser son désengagement social. De l'autre, il tente de ne pas leur laisser tous les bénéfices de leur action sociale. L'État recourt à des réformes des institutions officielles (le projet de « family medicine » par exemple qui tente de redonner un caractère attractif à la fonction de médecin généraliste, fortement dévalorisée par rapport aux médecins spécialistes réputés plus compétents)[8] mais tente également d'investir le champ religieux.

Le clientélisme se retrouve à tous les niveaux de la société. Selon un médecin de la clinique publique de K, la seule raison d'être de cette clinique est sa construction pendant une période électorale. Son intérêt sanitaire est quasiment nul, alors que le CUSG ne se trouve qu'à trois cent mètres de là. Le système est totalement vicié, prenons pour exemple le fonctionnement du syndicat des médecins : selon de nombreux informateurs, les Frères musulmans se sont hissés à la direction du syndicat, ce qui leur offre un moyen de pression sur le pouvoir, mais ils se soucient peu de l'amélioration réelle du système sanitaire. Au final, un équilibre s'établit entre ces différents acteurs : les deux pôles de l'État et des acteurs religieux s'interpénètrent constamment et l'on constate dans les quartiers populaires une implantation de pratiques médicales se référant à l'islam au sein des structures de santé publique, alors que sont affichées dans toutes les salles de la clinique islamique de la Jama'iyya al-chari'iyya des photos du député de la circonscription...

Toutefois, le libéralisme islamisé de l'État ignore en grande partie les problèmes de société qui déchirent le pays, au premier rang desquels une situation sanitaire souvent catastrophique. Le clientélisme d'État, à défaut d'assurer l'intégration de ses bénéficiaires au système politique, entraîne une allégeance passive et même indifférente. La société égyptienne est marquée par une aggravation des disparités sociales et culturelles. Elle est aux prises avec une impossible réforme, passant par un hypothétique désengagement de l'État : les limites du système semblent aujourd'hui atteintes, alors que l'Islam propose un référent universaliste transcendant les clivages internes. La « solidarité sans consensus » autour de la religion est peut-être l'instrument de régulation qui maintient provisoirement l'unité du système. Dans le champ de la santé, on constate une alliance de

8. Sylvia Chiffoleau, 2005, « La réforme du système de santé égyptien : un nouveau type de processus politique entre logique internationale et enjeux nationaux, in S. Chiffoleau, éd., *Politiques de santé sous influence internationale*, Afrique, Moyen-Orient, Paris, Maisonneuve-Larose, p.213-236.

la religion et de la biomédecine (aussi bien d'ailleurs dans les centres publics que dans la clinique islamique du quartier de K), l'absence de séparation stricte entre le religieux et le séculier.

Si la Jama'iyya al-chari'iyya du quartier de K prône dans ses prospectus le dialogue inter-religieux, les cliniques islamiques n'accueillent quasiment que des patients musulmans. Dans le même esprit, l'une des pharmaciennes du quartier refuse de vendre tout médicament en rapport avec la sexualité, qu'il s'agisse de traitements contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) ou de moyens contraceptifs, alors que les docteurs font état dans ce domaine d'une forte demande de la part de la population. Elle estime en effet que « les gens du quartier ne sont pas bons et en feraient un mauvais usage ». Il est clair que les questions de santé s'arrêtent chez cette pharmacienne là où commencent celles de la morale. La religion délimite ainsi strictement le champ d'intervention de l'action sanitaire, une limitation qui peut contrevenir à l'obligation éthique de soigner tout malade, quelle que soit sa maladie ou la cause de cette dernière. Même si certains comportements sont condamnés par la religion, les professionnels de santé se doivent normalement de faire preuve de neutralité face à leurs patients. Pour cette pharmacienne, la simple évocation de conduites moralement répréhensibles (un préservatif peut être utilisé par un couple marié aussi bien que par deux personnes non mariées) l'amène à refuser toute une catégorie de soins, au détriment de l'ensemble de la population du quartier. Un tel exemple montre les conséquences de l'alliance précédemment constatée entre religion et biomédecine. Si cette alliance offre une réponse partielle aux problèmes posés par le désengagement étatique, elle entraîne des restrictions de l'action sanitaire à destination de la population pauvre du pays.

Si l'on prend l'exemple, encore peu étudié, du sida en Égypte, on constate que les recommandations contenues dans les discours de prévention promeuvent un ensemble de conceptions morales articulées à des stéréotypes identitaires. La sexualité est restée en général un espace réservé aux dignitaires religieux. Les pouvoirs publics hésitent fortement, dans un contexte de renouveau islamique, à s'opposer aux oulémas et jouent le plus souvent la carte de la surenchère, laissant aux professionnels de santé le soin de développer la prévention s'ils le désirent, sans aucun véritable soutien politique ou médiatique. Ainsi, l'assistante sociale du CUSG ne préconise pas l'usage du préservatif car le message de prévention repose avant tout sur la religion et sur les interdits sociaux qui en découlent (l'abstention sexuelle supposée avant le mariage n'empêche pas pour autant les cas de transmission du VIH !). On peut quand même se procurer des préservatifs au CUSG, alors qu'ils sont introuvables au sein de la clinique islamique.

Les établissements de soins publics, dépendant d'un État qui lutte contre le courant islamiste, ont donc tendance à favoriser une surenchère religieuse et morale afin de ne pas laisser le champ libre aux acteurs sociaux d'obédience islamiste. À moralisateur, moralisateur et demi, pour-

rait-on dire, car si les interdits religieux encadrent et limitent l'action sanitaire, les positions contradictoires de l'État l'amènent à restreindre lui-même sa propre action sanitaire. En témoignent les exemples précédemment exposés de la législation sur l'avortement ou sur l'opération de l'hymen. Il en va de même dans la prise en charge des drogués. Alors que le cheikh qualifie la drogue de problème d'ordre public, « car elle s'attaque à toute la famille », et souhaite mettre en place une prise en charge des personnes droguées, la seule réaction des centres publics vis-à-vis de cette population marginale est de lui refuser purement et simplement l'accès aux médicaments dont ils pourraient faire mauvais usage.

De son côté, le positionnement de la clinique islamique face à l'État exprime un rapport ambigu, fait à la fois de défiance et de complémentarité. Le cheikh affirme qu'il est à même de « conduire les conduites » de la population, par exemple en matière de planning familial. Finalement, la clinique islamique représente une « contestation institutionnalisée » qui est à son tour vivement critiquée, en premier lieu par ceux qui se sentent exclus du jeu complexe entre les différents acteurs de la société égyptienne, à savoir les nombreux jeunes du quartier: « L'imam a une barbe mais ça ne veut rien dire, il a une barbe vide... ». Ils entendent ainsi dénoncer les compromissions de ce dernier, sa trahison de l'engagement islamique, éthique autant que politique. En définitive, les cliniques islamiques sont en grande partie calquées sur le système sanitaire existant (salariat des médecins, prévalence des actions curatives, spécialisation excessive, caractère exclusivement urbain). Elles s'y intègrent donc finalement sans pour autant en corriger les défauts.

Conclusion

En conclusion, on ne peut dresser qu'un bilan mitigé de la prise en charge sanitaire de la population de ce quartier populaire du Caire. Les soins publics sont de mauvaise qualité. Bien sûr, des raisons économiques sont en cause: les médecins ne sont pas assez payés, il y a des ruptures de stock de médicaments, etc. Mais là n'est pas la seule raison: même avec des moyens corrects, au CUSG le travail est mal fait. Les raisons d'un tel échec sont bien plus profondes. Elles prennent racine au cœur même du fonctionnement de l'État, dans la façon dont se comporte l'administration égyptienne, à la fois opprimée par des règles ineptes et perpétuant sans fin un esprit de corps qui se retourne contre ses usagers. Qui plus est, ces dysfonctionnements bureaucratiques se marient, dans le cas de la médecine, avec une culture professionnelle particulière, dont il n'est pas tenu compte dans la gestion des soins publics, ce qui ne fait qu'aggraver l'inadéquation entre centres publics de proximité et besoins de la population.

L'intervention d'acteurs religieux dans le domaine de la santé pourrait permettre, en faisant appel à un éthos de la charité, incontournable dans

cette société musulmane, de déjouer en quelque sorte ce canevas bureaucratique et de conjuguer une action sanitaire de proximité avec une relative qualité de soins. Mais les travers de la culture professionnelle de la santé ne sont jamais pour autant remis en cause, et l'on retrouve dans les centres confessionnels nombre des défauts présents dans les centres publics. De plus, cette prise en main sanitaire emprisonne le médical au cœur de la dialectique religieuse. Si la plupart des intervenants au sein de la clinique islamique nient un tel lien, il est pourtant bien réel lorsqu'on observe le fonctionnement de la clinique. Paradoxalement, l'action de ces « petits entrepreneurs de morale »[9] est parfois plus libérale que celle d'un État qui s'est engagé dans une surenchère religieuse, jugée stratégiquement nécessaire à la perpétuation de son hégémonie.

L'action des cliniques islamiques permet de renouer le lien entre soignants et soignés, lien qui s'est perdu dans les centres publics et qu'il est urgent de retrouver. Cela pourrait passer par une meilleure préparation des professionnels de santé aux problèmes sanitaires réels des centres de proximité. Finalement, au sein d'un quartier comme celui de K., un équilibre se crée entre les différents acteurs de la santé, sans que soient remises en cause ni les inégalités profondes ni les principales caractéristiques de la société. Par exemple, les associations religieuses ne dérogent pas à l'inégalité et au clientélisme qui caractérisent les relations au sein du secteur associatif égyptien. En effet, les associations islamiques en Égypte, le plus souvent issues de la mouvance des Frères musulmans, sont un phénomène de classe moyenne (en témoignent les nombreux cadres à la retraite qui aident bénévolement l'association), qui vient tempérer un libéralisme de plus en plus exacerbé. Ces associations trouvent donc une place dans les équilibres sociaux qui fondent la société égyptienne contemporaine. Les exclus de ce jeu politique et social, en premier lieu les jeunes, sont ainsi autant critiques envers l'État qu'envers ces acteurs islamiques institutionnalisés.

Dans ce labyrinthe de la médecine moderne, les maîtres mots ne sont pas réforme et révolution, mais transaction et adaptation. Transaction, car dans un fonctionnement général opacifié, tout fonctionne selon des rapports de personne. La seule règle incontournable est justement de ne pas remettre en cause le système. Tout est permis, par contre, pour en profiter ou tout au moins, dans le cas de la population, en subir le moins possible les désagréments. Adaptation donc, car il faut savoir se mouvoir au sein d'une réalité complexe. La champ sanitaire est à ce sujet une « traduction abrégée »[10] de la complexité du champ sociétal égyptien. La population tente tant bien que mal de mettre le plus à profit possible les moyens sanitaires disponibles, de louvoyer entre les institutions à portée, et au moins de réduire les désagréments subis dans la recherche d'une offre de soins à la hauteur des enjeux sanitaires de l'Égypte contemporaine.

---

9. Howard Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

10. Bayart J.F., *L'illusion identitaire*, *op.cit.*

12

La thérapeutique de la *rouqiya* entre Algérie, Égypte et France

Fatima Zohra CHERAK[1]

Selon ses protagonistes, les *râqis*, la *rouqiya* se définit comme une pratique essentiellement thérapeutique. Le verbe *raqâ* en arabe littéraire signifie employer la magie contre quelqu'un ou munir d'amulettes[2]. Le participe présent *râqi*[3] veut dire enchanteur, magicien, exorciste, sorcier. Les *râqis* contemporains se réclament de la tradition orthodoxe de l'Islam et se réfèrent aux *hadiths* et textes des docteurs de l'islam traitant de la *rouqiya*[4].

La *rouqiya* s'observe aujourd'hui dans plusieurs zones géographiques à présence musulmane comme l'Algérie, l'Égypte et la France. Son expansion à l'échelle internationale témoigne de l'adaptation de représentations et de pratiques islamiques traditionnelles à la modernité et aux réalités socioculturelles locales. Le terme de *râqi* est réservé en Algérie au thérapeute pratiquant la *rouqiya*. En Égypte, on lui préfère le terme *mou'alig bil Qor'an*, thérapeute par le Coran[5]. Soulignant son caractère organisé et convivial, les acteurs de la *rouqiya* à Oran parlent à propos du rituel de « faire une *rouqiya* » ou une « *jalsa* » (séance). Les *râqis* égyptiens emploient le terme *jalsat 'ilaj* (séance de traitement), sous-entendu *bil Qor'an,* par le Coran.

Mes observations se situent en Algérie, à Oran, Hassi Mafsoukh et Sid al-Bachir, villages à quelques kilomètres d'Oran, en Égypte, au Caire, à Sendoub, village du district de Mansoura, et Abou-Hariz, village dans le département d'Al-Charqiyya, et en France, à Marseille et Paris.

---

1. Ce chapitre s'inspire de ma thèse « Anthropologie de "l'exorcisme" en islam : représentations et pratiques de la *rouqiya* en Algérie, en Égypte et en France », soutenue en 2007 à l'université d'Aix-Marseille I.
2. Abdel-Nour, 1983, p.524.
3. *Ibid.*, p.502.
4. Article « Rukya », *Encyclopédie de l'islam*, 1995, vol. VIII, p.619-620.
5. Sengers, 2003, p.123.

S'adressant particulièrement aux possédés, aux personnes ensorcelées et frappées par le « mauvais œil », puisant sa légitimité dans des textes de l'islam sunnite, la *rouqiya* se caractérise avant tout par sa dimension rituelle, où l'usage intensif de la récitation coranique constitue l'essentiel du travail thérapeutique.

La configuration du rituel

Avant de procéder au rituel proprement dit, les *râqis* veillent à la réalisation de conditions humaines et matérielles qui impliquent une certaine configuration de l'espace et du temps, et aussi des moyens mis en œuvre.

Tout d'abord, le choix d'un mode de rituel individuel ou collectif répond, aux yeux des acteurs de la *rouqiya*, à divers critères parmi lesquels l'expérience et la réputation du *râqi*. Certains *râqis* estiment nécessaire d'entrer dans un rapport individuel avec le malade pour obtenir une prompte guérison. La demande de consultation individuelle peut émaner aussi des malades qui sollicitent la visite du *râqi* au domicile. Ces demandes sont justifiées par le souci d'une prise en charge personnalisée mais aussi par la préservation du secret. En effet, des personnes malintentionnées mises au courant risquent d'aggraver le mal en jetant un mauvais sort additionnel ou en provoquant la stigmatisation de la personne.

Les malades peuvent opter entre rituel individuel et rituel collectif et même alterner s'ils n'obtiennent pas satisfaction complète. Cependant, le rituel individuel peut cacher une dimension collective, soit dans l'organisation de l'espace, soit dans la procédure thérapeutique elle-même. L'exemple du *râqi* oranais Toufiq est typique : en 1999, cet exorciste recevait les patientes dans une même salle d'attente qui servait aussi au rituel. Les patientes-spectatrices avaient donc l'occasion d'observer chaque malade qui s'allongeait sur le matelas pour une consultation personnelle. En Algérie, la thérapeutique peut s'intégrer aux cérémonies de la confrérie religieuse des Gnaouas et des pèlerinages aux saints.

Les *râqis* qui privilégient des rituels collectifs mettent en avant l'intérêt d'économiser un temps et un effort considérables, dans l'incapacité où ils sont de répondre à toutes les requêtes individuelles. Ainsi à Oran, devant l'accroissement des demandes, le *râqi* Sliman s'est résolu finalement à recevoir les malades en groupes, alors qu'il avait commencé par des *rouqiyas* individuelles. En Égypte, comme en Algérie et en France, il existe des formes intermédiaires. Mais tandis que le phénomène de foule autour du rituel se rencontre à Oran au domicile du *râqi* comme au Caire dans les mosquées, il est absent en France.

Le temps du rituel

Pour les *râqis*, le temps du rituel, de l'initiation à la clôture, est un temps sacré puisqu'il s'inscrit dans une liturgie de la psalmodie coranique et des paroles religieuses. Mais l'emploi du temps des *râqis* s'inscrit dans le temps social local. Alors qu'en Égypte les rituels peuvent se pratiquer jusqu'à minuit dans une mosquée au Caire, en Algérie (Oran) et en France (Marseille), les *râqis* privilégient plutôt un horaire diurne.

Avant le commencement du rituel, le *râqi* écoute les « plaignants », les « souffrants », afin d'établir un diagnostic préliminaire. En dehors du rituel de la *rouqiya* proprement dit, certains *râqis* professionnels consacrent aux « soins » un temps complémentaire du rituel, garantissant son efficacité. Ils prescrivent des traitements jugés indispensables à la gestion du mal, comme le « vidage » de l'estomac (purge), la *hijama* (pose de ventouses avec sacrifications), et l'administration de sérum physiologique « coranisé ». Le *râqi* aménage aussi un temps pour discuter des traitements et expliquer aux malades leur mode d'emploi à domicile.

L'espace du rituel

L'espace du rituel peut être aménagé au domicile du *râqi*[6], sur son lieu de travail[7], dans son commerce[8], une crèche louée[9] ou une salle prêtée par un ami[10], dans une « clinique coranique » ou enfin une mosquée. En Égypte, la pratique de la *rouqiya* dans les mosquées reste un phénomène simplement toléré, c'est le cas de la mosquée *al-Nour* située dans le quartier populaire *al-Wayli* dans la périphérie du Caire. L'exorciste cairote Amir qui exerce dans le quartier populaire de *Choubra* se désole du sort des malades incommodés par l'espace trop étroit offert par son atelier de couture. Il me confirme que les autorités ont désormais interdit la *rouqiya* dans la mosquée du quartier. Certains *râqis* dénomment le lieu de réception des malades *'iyada*, ce qui veut dire clinique, comme à Oran, ou encore *masjid al-tibb al-islami* (mosquée de la médecine islamique), nom de la mosquée privée et centre de soins du *râqi* Anis au Caire.

Mis à part le cas de la mosquée, espace cultuel chargé de forces invisibles positives, angéliques et divines, propices à l'exercice thérapeutique,

6. Cas du *râqi* oranais Toufiq, rencontré en 1999 et 2003, et du *râqi* Rachid à Marseille, rencontré en 2004 et 2005.

7. Cas du *râqi* oranais Miloud, rencontré en 2002, qui pratique la *rouqiya* dans un centre culturel, durant les heures de repas et de pause, comme du *râqi* et médecin Brahim pratiquant dans son cabinet médical au village de Hassi Mefsoûkh, à quelques kilomètres d'Oran.

8. Exemple du *râqi* oranais Hasni, rencontré en 2002 et 2003, de son frère Farid, et du *râqi* Saïd, à Marseille en 1996. Ces trois *râqis* opèrent dans leur librairie. Le *râqi* cairote Amir, rencontré en 1999, pratique la *rouqiya* dans son atelier de couture.

9. Le *râqi* Réda, rencontré en 2001 et 2003, au village de Sid al-Bachir.

10. Le *râqi* oranais Sliman.

l'espace où se déroule le rituel de la *rouqiya* doit donc passer d'un lieu profane à un lieu sacralisé, à travers la transition d'un temps ordinaire à un temps rituel. La dimension sacrée implique la séparation dans l'espace entre le pur et l'impur, le licite et l'illicite, et entre l'angélique/divin et le diabolique.

De l'espace sacré sont exclus les animaux réputés impurs comme le chien, la musique et les instruments musicaux. Une lecture textuelle des *hadiths* fonde ce que les *râqis* appellent les conditions (*chouroût*) de leur pratique : parmi celles-ci figure l'interdiction de la présence dans l'espace d'une cloche, d'un crucifix, de statues, et d'images d'êtres vivants. Les *râqis* considèrent que l'imitation iconographique non seulement est sacrilège, mais attire les démons. Ils insistent, conformément à l'interdit des pratiques magiques en islam, sur l'importance de détruire tout talisman ou amulette portés par les malades ou se trouvant à leur domicile. En lieu et place de ces objets perturbateurs de l'ordre rituel, des *râqis* comme Khaled n'hésitent pas à décorer leurs murs avec des sourates, des noms de Dieu ou comme Réda à afficher des textes en langue arabe dans la salle d'attente, pour informer les patients sur les effets néfastes du mauvais œil ou sur les bienfaits de la saignée.

L'aménagement de l'espace vise à distinguer l'espace sacralisé actif et l'espace profane en attente. Chez certains *râqis*, le découpage spatial est calqué sur le modèle moderne de la consultation médicale. Cette tendance s'observe de plus en plus chez les *râqis* professionnalisés. Tandis que certains comme Khaled à Oran, séparent les patients soumis au rituel de ceux qui attendent leur tour, d'autres font de l'espace rituel un espace commun à tous les patients. En 2003, le *râqi* oranais Toufiq adopte dans son nouveau logement une forme intermédiaire de découpage : tout en réservant une salle d'attente, il permet à une foule de patientes accompagnées par leurs parentes d'attendre dans la salle du rituel proprement dit.

L'aménagement en fonction du sexe est fondamental. Il s'observe dans l'évitement de la promiscuité physique dans un même lieu : l'espace rituel collectif est divisé de façon à recevoir les malades séparés selon le sexe par un rideau, au cas où le *râqi* est contraint de pratiquer le rituel dans un même espace-temps comme l'oranais Hasni et le cairote Anis. Ces aménagements, conformes à l'orthodoxie de l'islam prohibant la mixité, garantissent à leurs yeux la validité et l'efficacité du rituel. Cependant, à Oran, en 1999, après avoir déménagé du logement de sa sœur mariée pour louer un appartement seul, le *râqi* Khaled fit preuve d'un certain modernisme calqué sur le modèle hospitalier et accepta que les deux sexes patientent dans une même salle d'attente.

L'espace rituel est marqué par l'empreinte personnelle du *râqi*. Dans le cas d'un domicile ou d'un lieu de commerce comme une librairie ou un atelier de couture, le mobilier est adapté au rituel : chaises et bancs, préférés par les *râqis* qui choisissent le style « clinique », tapis, matelas, oreillers, et draps. Le choix du mobilier dépend du style des thérapeuti-

ques mises en œuvre : alors que certains *râqis* font allonger la patiente sur un matelas, d'autres préfèrent la position assise ou la position debout, qui ne nécessite pas d'ôter les chaussures. Une seule configuration de l'espace peut cependant correspondre à une diversité de positions corporelles.

Dans un rituel collectif, le *râqi* adopte tour à tour la posture debout et assise, les malades sont assis. Debout, dominant une foule de patients assis sur des tapis et des divans, le *râqi* oranais Sliman estime intervenir efficacement pour provoquer ou apaiser les djinns des possédés durant la récitation coranique. La position assise, préférée par d'autres *râqis* comme l'oranais Toufiq, permet d'intervenir auprès d'une malade allongée sur le matelas ou du petit groupe de patientes assises au même niveau que le thérapeute.

Les *râqis* accordent une importance primordiale à la récitation coranique, susceptible de provoquer la manifestation du mal des patients. L'emplacement des malades dans l'espace par rapport au *râqi*, conducteur du rituel et pôle de la psalmodie coranique, n'est donc pas déterminant : dès que la psalmodie du Coran arrive à ses oreilles, l'un d'eux peut se livrer, à tout moment, à des réactions interprétables par l'exorciste. Cependant, certains *râqis*, comme Saïd à Marseille, préfèrent garder à proximité les malades connus comme possédés ou supposés tels, pour pouvoir intervenir rapidement.

Le rapport au genre est codifié au sein du rituel lui-même. La relation thérapeutique *râqi*/patiente est encadrée par le respect d'interdits religieux prohibant le péché de *zina* ou relation sexuelle interdite en Islam. Pour cette raison, la présence d'une femme ou d'une jeune fille seule dans un espace rituel individuel n'est pas tolérée par les râqis. Ils justifient leur refus en se référant à des textes de l'Islam interdisant toute réunion d'un homme avec une femme « étrangère » dans un lieu privé ou public clos. La notion de femme étrangère (*mar'a ajnabiyya*) renvoie à la jurisprudence islamique relative à la femme ou la jeune fille étrangère à la cellule familiale. Pour la loi coranique marquée par le tabou de l'inceste, les *maharim*, parents masculins d'une femme, sont ceux qu'elle peut fréquenter sans se voiler car non épousables, à savoir son grand-père, son père, ses frères, les hommes du lignage de ses parents, ses oncles paternels ou maternels. Les *râqis* qui se réclament de la pratique orthodoxe de l'exorcisme, *rouqiya char'iyya*, respectent l'interdit religieux de toucher toute femme « étrangère », même s'il s'agit d'un rituel thérapeutique.

Cette stratégie qui se justifie par le respect des normes islamiques de la gestion de l'espace entre les sexes contribue au prestige du *râqi*. Tout en le protégeant de possibles plaintes de viol ou d'atteinte à la morale, elle l'aide aussi à filtrer le nombre élevé de patientes demandant un rituel. Cependant, l'exigence du *mahrem* durant le rituel a des inconvénients pratiques. En effet, les femmes ne peuvent pas toutes solliciter l'accompagnement de leur *mahrem* souvent occupé ou refusant tout simplement de leur rendre ce service, de plus, devant la pression des malades,

plusieurs *râqis* ont choisi d'organiser des rituels collectifs pour les femmes où les *mahrem* d'autrui ne peuvent trouver leur place au sein du groupe féminin.

Parmi les conditions du rituel, la pureté corporelle tient une place importante. Elle implique d'abord la purification qui est de règle pour les prières canoniques. Observée par les *râqis*, et souhaitée pour les malades, *al-wodo'*, l'ablution mineure, est pratiquée avant de commencer le rituel. Des *râqis* comme Saïd l'accomplissent, non pas seulement par respect dû aux versets coraniques récités mais pour se protéger contre les djinns et les ensorcellements. Cette « immunisation » est censée durer tant que le *wodo'* est valide. L'eau pure est l'élément indispensable pour les petites ablutions avant la prière quotidienne cinq fois par jour. La validité des ablutions en Islam est garantie sauf survenue d'incidents majeurs (*ahdath*) tels que, sommeil profond, miction et défécation, flatulences et relations sexuelles. Pour certains théologiens, le fait pour un homme de toucher une femme, ne serait-ce qu'en lui serrant la main pour la saluer, peut annuler ses ablutions. Acquiesçant à cette condition de la sacralisation qu'est la pureté du corps, les femmes n'estiment pas souhaitable de se présenter à la *rouqiya* dans un état d'impureté majeure, allusion aux menstrues et au commerce charnel. Le respect de l'état de pureté rituel rejoint le respect du monde invisible.

L'appareil vestimentaire

Afin de garantir la conformité de l'espace rituel avec l'orthodoxie de l'islam, les *râqis* adoptent la tunique longue, uniforme porté habituellement pour la prière à la mosquée. La couleur blanche du vêtement est exigée par certains *râqis* comme Khaled. D'autres se démarquent encore plus par le port de la barbe et de la calotte sur la tête comme les oranais Hasni, Khaled, Toufiq, les cairotes Amir, Anis, Sobhi et Ousama, et le marseillais Rachid. L'usage de parfums réputés « islamiques » comme le musc, est de règle chez plusieurs d'entre eux. Le maquillage des yeux avec du *kohl* est moins fréquent. L'apparence physique constitue pour ces râqis un code d'identification sociale qui les inscrit dans la mouvance des fervents de l'islam.

Pour les hommes venant les consulter, les *râqis* ne prescrivent aucune tenue vestimentaire particulière ni le port de la barbe. Les hommes sont seulement tenus d'éviter de porter des bijoux en or. En revanche, les *râqis* s'efforcent d'amener les femmes à porter le *hijab* (voile islamique). Le *niqâb*, voile couvrant le visage, n'est pas exigé. Mais plusieurs femmes, plus attachées aux interprétations rigoristes des textes religieux, se présentent aux rituels le visage caché par le *niqâb*. Bien que la majorité des *râqis* considère le port du *hijab* comme condition essentielle au déroulement du rituel pour les femmes, certains tolèrent parfois la présence de patientes sans foulard. Cette tolérance s'explique par le fait qu'une patiente peut

assister à la *rouqiya* pour la première fois en ignorant le protocole ou bien parce que son djinn « *kafir* » (infidèle) est responsable de son refus de se couvrir la tête.

Sachant que des patientes non voilées viennent au rituel parfois directement à la sortie de leur travail ou de leurs études, nouant au cou hâtivement le foulard enfoui dans le sac, certains *râqis* comme l'oranais Toufiq n'hésitent pas à dénoncer la « fraude » devant l'ensemble du public féminin. Le *râqi* marseillais Saïd met à la disposition des patientes des djellabas noires et des foulards. Mais comme ils sont en nombre insuffisant, les patientes sont invitées à se présenter au rituel avec des vêtements longs et des foulards. Parfois ce sont les femmes voilées qui reprennent le discours du *râqi* pour inciter les non voilées à se vêtir « convenablement », au moins durant le rituel. Qualifiées de « *moutabarrijat* » (fardées) par les *râqis*, les jeunes filles et femmes qui ne portent pas le voile en dehors du rituel sont reconnues à leur réticence à se mettre en djellaba, au relâchement de leur foulard qui se dénoue facilement, aux mèches et au cou découverts, au maquillage non dissimulé et au vernis à ongles. Ce dernier est le témoin, aux yeux des *râqis*, que la patiente ne pratique même pas la prière canonique précédée nécessairement par des ablutions.

Les instruments du rituel

L'instrument le plus important aux yeux des râqis est la psalmodie coranique, moteur du rituel de la *rouqiya*. Certains *râqis* ont introduit l'usage du poste cassette émetteur du Coran comme l'oranais Khaled, des micros pour amplifier leur voix comme le *râqi* Reda au village de Sid al-Bachir près d'Oran, ou enfin des enceintes acoustiques pour couvrir un espace plus étendu comme les *râqis* de la mosquée *al-Nour* au Caire.

Nombreux sont les *râqis* qui se munissent d'instruments complémentaires assumant différentes fonctions au moment du rituel. Un tuyau, un bâton, une baguette en bois sont les instruments utilisés pour contraindre les djinns possesseurs à s'identifier, à quitter le possédé, à répondre aux questions du *râqi* et à respecter l'ordre dans le cadre d'un rituel collectif. Le *râqi* Toufiq utilise le *'oud qmâri*, bois d'agalloche brûlé, pour contraindre le djinn à parler : à cet effet, il cautérise la malade au menton, au bout du nez, et aux mains.

D'autres instruments ont une fonction d'apaisement. Les *râqis* oranais Toufiq et Hasni font usage d'une cuillère métallique pour calmer une douleur, une paresthésie ou un spasme musculaire en passant et repassant doucement la cuillère sur l'endroit concerné du corps du souffrant. Le chapelet fait partie des instruments. Égrené en récitant un *dikr*, invocation divine, à la veille du rituel, il se charge, selon Khaled, de *baraka* (bénédiction) et peut être déposé, lors du rituel, autour du cou et de la tête du malade. Le *râqi* Khaled utilise aussi un de ses burnous blancs en le faisant traîner sur le corps du souffrant pour le recouvrir quelques instants.

Pour détourner l'interdit de toucher une femme « étrangère », le *râqi* Miloud utilise sa montre qu'il pose sur le front de la malade tout en la tenant par l'autre bout durant la psalmodie. Cette montre métallique, considérée comme conductrice, a aussi pour fonction de transmettre l'effet du Coran au djinn résidant dans le corps de la possédée. Cette propriété imaginaire s'appuie sur l'analogie entre le passage de l'électricité dans les corps grâce à la conductivité des objets métalliques, et la transmission de « l'énergie coranique » au corps malade à travers le même objet.

Servant de manuel pour la récitation, le Codex coranique a une place primordiale chez les râqis qui ne mémorisent pas l'intégralité des sourates à réciter, en dehors des passages courts et des versets « standards » à répéter pour tous les malades. Tout en évitant de commettre des erreurs de récitation, les *râqis* Saïd, Réda, Toufiq et Hasni choisissent parfois de réciter des sourates longues, en vue de convertir des djinns à l'islam.

L'eau coranisée est très utilisée durant les rituels pour asperger les malades, le plus souvent sur le visage et/ou leur donner à boire, au début ou à la fin du rituel. Les *râqis* oranais Sliman et Toufiq s'équipent de pulvérisateurs. L'effet attendu de cette eau est de brûler les djinns ou les inciter à parler et à répondre aux questions, mais cette eau est préparée aussi pour d'autres buts. Ainsi le *râqi* oranais Hasni dispose de bidons d'eau coranisée, qu'il propose aux patientes assoiffées, sujettes à des malaises ou des crises de pleurs, il en donne aussi parfois aux patientes après expulsion de leurs djinns. Sliman utilise l'eau coranisée afin de calmer les patientes perturbatrices.

Le *râqi* coranise l'eau en approchant sa bouche du récipient d'eau ou en y introduisant l'index droit tout en récitant à voix basse des versets réputés avoir un pouvoir thérapeutique contre la sorcellerie, les djinns et le mauvais œil : la sourate I, le verset du Trône (verset 255 de la sourate II), les versets 81 et 82 de la sourate X, le verset 69 de la sourate XX, la sourate CXII, et les sourates CXIII et CXIV appelées *al-mou'awidatayn*, les deux protectrices. L'huile d'olive coranisée est réservée pour des programmes thérapeutiques à domicile, mais peut être utilisée, avec le *râqi* marseillais Rachid, pour masser les bras, les jambes, et les pieds de la possédée afin de faciliter l'expulsion de ses djinns.

Dans le but d'annuler une sorcellerie installée dans la tête d'une malade ou pour contraindre un djinn à s'en aller, le *râqi* Toufiq instille quelques goûtes de *al-qust al-hindi*, *costus* indien[11], dans les narines de la souffrante en lui faisant pencher la tête en arrière. Faire sentir du musc à la malade vise, selon Toufiq, à contraindre le djinn à parler, alors qu'il est utilisé par le *râqi* Hasni pour soulager les malades. Brûler un papier ou un morceau de tissu roulés en cigarette sur lequel sont écrits le nom de Dieu ou le verset du Trône, en forçant le malade à respirer la fumée comme observé occasionnellement au Caire, a pour but de brûler ou de menacer le djinn.

---

11. Suyûtî reconnaît des effets thérapeutiques au *costus indien* pour soigner des cas de paralysies, de morsures de serpents venimeux et le coryza (Al-Suyûtî, 1997, p. 134).

Le déroulement du rituel

Les rituels collectifs, en raison de leur mise en scène plus élaborée, offrent une visibilité accrue de l'interaction thérapeutique du *râqi* et des malades.

L'accueil des patientes

Cette phase est déterminante dans la mesure où elle constitue un premier contact pendant lequel une sorte de contrat moral s'établit, dans la perspective d'un projet thérapeutique religieux. Dès la première rencontre, le *râqi* interroge les nouvelles patientes sur leur pratique de la prière canonique, et il leur demande de détruire tout talisman et toute amulette si elles en portent ou en gardent à leur domicile. Le *râqi* marseillais Saïd explique les « blocages » dans la prospérité individuelle et sociale (santé, mariage, fertilité, réussite au travail ou dans les études) par la proximité avec ces écritures qualifiées de sorcellerie. La confection des écritures magiques par les *talebs* (guérisseurs traditionnels) dont les *râqis* entendent se démarquer est perçue comme un péché d'idolâtrie (*chirk*) qui précipite la colère divine et l'intervention de puissances invisibles négatives (djinns infidèles et démons).

Deux catégories de patientes se côtoient dans l'espace rituel: les nouvelles arrivantes et les anciennes. Les premières sont interrogées par le *râqi* pour savoir si elles assistent à une *rouqiya* pour la première fois. Cette question, fréquente à Oran, renvoie à l'ignorance supposée de la pratique dans les familles algériennes, accoutumées à consulter plutôt des tradipraticiens: plusieurs patientes à Oran disent qu'elles n'ont pas auparavant entendu parler de la *rouqiya* ou hésitent sur les dates où elles en ont pris connaissance. Le niveau de connaissance de la *rouqiya* et des états de transe n'est pas non plus le même chez toutes les malades et dans leur entourage. Cependant, même non familiarisées précisément avec la *rouqiya*, les patientes puisent leurs croyances et représentations dans leur capital culturel et dans l'expérience de leurs proches. En fréquentant l'espace rituel, elles peuvent nouer des relations avec les anciennes malades. Le rituel leur offre une occasion d'assister à l'incarnation des djinns dans des corps et à leurs manifestations à travers leur victime. Écouter le djinn « parler » par la bouche d'une possédée revêt pour les nouvelles patientes le sens fort de la vérification d'une croyance: il faut voir pour croire. L'apprentissage n'est pas identique d'une malade à l'autre, et une résistance à la transe peut durer des mois, voire des années.

L'interrogatoire sur les signes

Plusieurs patientes arrivent chez les *râqis* avec des diagnostics déjà amorcés, mais les soupçons ne peuvent être confirmés qu'après l'apparition de certains signes interprétables par le *râqi*[12] : le rituel de la *rouqiya* est censé être l'un des moyens les plus sûrs pour confirmer le diagnostic. Il commence par un interrogatoire avec un répertoire précis de questions à caractère nosologique et étiologique permettant de cerner la nature du mal, sa localisation, sa fréquence, sa première apparition, son évolution, le contexte de son paroxysme, etc. Les *râqis* cherchent à classer les atteintes (mauvais œil, sorcellerie, possession) et à en comprendre les causes possibles. Ils commencent par collecter des données sur les signes apparus chez leurs clientes, à leur domicile ou en un autre lieu extérieur. En fonction de ces données, ils peuvent, par la suite, notamment durant le rituel, interpréter de nouveaux signes ou des signes connus. Certains *râqis*, comme Reda, préfèrent parfois écouter le récit du mal de la bouche de la victime et ne l'interrompent que pour lui demander des précisions, alors que d'autres se réfèrent à des cadres d'entretien tout faits. Le choix du *râqi* entre traitement individuel et collectif, le temps disponible, la recommandation du malade par des proches ou la gravité de l'état, interviennent dans ces orientations.

Le registre dans lequel puisent les *râqis* présente des éléments variables. Les plaintes de chaque patiente fonctionnent comme des indices à valeur causale qui renvoient à un schéma nosologique précis. Le cadre local est souvent évoqué. Ainsi, le *râqi* égyptien Jaber, au village de Sendoub, centre ses questions sur l'apparition des signes : une douleur apparue au décours d'un événement passé peut cacher la vengeance d'un djinn offensé. C'est ce que Jaber cherche à expliquer à une patiente qui, juste avant l'apparition de la douleur, a jeté de l'eau chaude ou de l'huile bouillante dans les latrines ou l'évier, lieux électifs des mauvais djinns. Jaber interroge la malade sur ses rêves et ses douleurs au niveau de *fam al-ma'ida* (le cardia ou bouche de l'estomac), signe probable d'un ensorcellement par la nourriture. Certains *râqis*, comme Jaber, ne se contentent pas de chercher l'origine principale du mal, mais fournissent des explications plus ou moins exhaustives sur les différentes causes des atteintes. Ils sont prêts aussi à justifier leur point de vue devant leurs clients en se référant aux sources écrites de l'islam et à leur propre expérience. La répétition des explications s'avère nécessaire pour bien formuler le diagnostic et en convaincre le ou la patiente.

Les questions posées par les *râqis* touchent trois domaines : la religion, la santé et les relations sociales.

La pratique religieuse, notamment la *salat*, prière canonique musulmane, est un thème sur lequel les *râqis* attirent l'attention de leurs malades. Les perturbations qui empêchent de la pratiquer en paix, les

12. Ali Aouattah, 1993, p. 105.

retiennent particulièrement. Les oublis induisant l'annulation de la validité des prières comme celui des versets à réciter ou le mélange de leur ordre, l'omission du nombre prescrit de génuflexions ou de prosternations, omissions qui peuvent également toucher le *wodo'*, la purification préliminaire, sont autant d'indices de l'intervention de djinns *kafirs* et de démons. Entendre des chuchotements, avoir des idées obsessionnelles ou des visions, sont aussi des indices de possession. Cependant, certains *râqis* considérant que ces *wassâwiss* (obsessions) relèvent du *qarîn*, démon censé accompagner chaque être humain pour l'inciter au mal, ne se contentent pas de ces signes comme preuve de possession, mais les considèrent plutôt comme le résultat d'une influence démoniaque extérieure visant à détourner la victime de la dévotion. L'abandon du *hijab* par des jeunes filles et des femmes peut être aussi perçu par les *râqis* comme signe de possession.

Les questions portant sur la santé touchent surtout les atteintes au moment de la consultation, en fonction desquelles un type de traitement doit être administré. La visite des médecins est prise en compte (diagnostic et résultat des traitements). Certaines malades soulignent l'inefficacité des traitements allopathiques reçus, montrant ainsi leur adhésion par avance au futur diagnostic des exorcistes.

Le *râqi* oranais Sliman[13] interroge les visiteuses sur leurs symptômes physiques et psychiques afin de diagnostiquer une possession ou un ensorcellement : moment d'apparition d'une céphalée, crise de dyspnée survenant surtout après *al-'asr,* la troisième prière de la journée, réputée dans les croyances traditionnelles à Oran la plus favorable au déploiement des djinns, fourmillements aux mains ou aux pieds, faiblesse aux articulations, douleur du dos qui s'étend à l'ensemble du corps, angoisse, solitude, stupeur, oubli, cauchemars, tachycardie, dégoût envers la maison et le mari, mépris du mariage chez les célibataires, et frigidité chez les femmes mariées.

Les questions du *râqi* oranais Hasni sont encore plus diverses, elles portent sur gonflement du ventre, insomnie, gêne visuelle par un *dbab* (brouillard), audition d'une sonnette[14], baver durant le sommeil, céphalées, troubles du cycle chez les femmes, tintements d'oreilles. Le son de la cloche de l'église est interprété par le *râqi* Farid comme signe de possession par un djinn chrétien : « La cloche de l'Église... ceux qui ont un djinn chrétien, ils l'entendent dans l'oreille (*zeffa,* sifflement d'oreille). »

La *jedma*, nom qui vient du verbe arabe *jadama* signifiant mutiler, amputer, est particulièrement redoutée par les malades, elle constitue un signe de possession pour plusieurs *râqis*. Brahim considère qu'il s'agit du

13. Entretien du 22 septembre 1998 à Oran avec le *râqi* Sliman.

14. Entretien avec le *râqi* Farid, 23 septembre 2002, à Oran. Des interprétations du tintement des oreilles s'avérent contradictoires : la première indiquerait l'approche de la mort de celui qui l'entend, Desparmet, 1932, p. 319 ; chez les juifs marocains, le tintement des cloches serait signe de longue vie, Legey, 1926, p. 172.

phénomène appelé par les médecins l'apnée du sommeil. C'est ainsi que ce médecin et *râqi* à Hassi Mefsoûkh nomme cette gêne nocturne qu'il classe parmi les signes de possession. S'accompagnant souvent de cauchemars, cette apnée liée au ronflement est appelée dans l'Ouest algérien *Hjâma* (celle qui attaque) »[15], *Jedma* (la mutilation)[16], *Barraka* (celle qui s'accroupit)[17], *Boutellis*[18], et à Alger « Boubrik » (le père de l'accroupissement). La description est presque unanime chez les personnes interrogées: le rêveur sent tout à coup un poids lourd sur son corps, il respire avec difficulté, il a envie de crier, mais il ne trouve pas de force ou sa voix étouffée ne laisse pas parvenir les cris au secours aux oreilles des dormeurs, ses membres semblent immobilisés ou paralysés. Les femmes ajoutent qu'elles sentent aussi parfois des viols dont elles ne peuvent se défendre, généralement attribués au djinn ou au démon. L'agresseur invisible qui tourmente le dormeur en s'asseyant sur sa poitrine et gênant sa respiration, est assimilé à un djinn, ou plutôt une djinnia malfaisante, active durant la nuit pour torturer les hommes. Elle est identifiée par le *râqi* Khaled à la femme de Satan, alors que le *râqi* Hasni ne voit en elle qu'un simple djinn féminin. La corrélation est évidente entre la *hjâma* et les djinns qui se manifestent dans les rêves exprimant des désirs charnels que l'Occident médiéval identifie à des succubes et incubes.

Pour certains *râqis*, la *jedma* est un signe clair. Comme le précise Brahim: « *Al-jedma*, c'est le djinn qui la fait »[19]. Cependant, d'autres *râqis* ne voient pas dans la *jedma* un signe de possession, comme l'oranais Jilali: « Non, ceci n'est pas une preuve... ». C'est aussi la conviction de Sonia, femme et assistante du *râqi* oranais Miloud: « *Al-jedma*, ce n'est pas seulement celui qui est *memsous* (possédé) ou ensorcelé, qui l'a. Elle vient à n'importe qui. Par Dieu, si une personne est fatiguée, elle vient... Si elle dort triste, en colère, elle arrive... »[20]

Les interrogations méthodiques des *râqis* sur les relations familiales et interpersonnelles font aussi partie de leur art pour comprendre le contexte des troubles physiques et psychiques de la malade. Ainsi le *râqi* oranais Toufiq cible-t-il ses questions sur des détails comme l'âge, la situation familiale, le nombre d'enfants, tout en s'enquérant des signes physiques et psychiques: céphalées, mal aux épaules, au bas du dos, aux jambes, éructations, maux d'estomac, diarrhée ou constipation, perturbations du cycle menstruel, troubles du sommeil, vision d'animaux en rêve (serpent,

---

15. Dans le dialecte algérien le terme féminin *hjâma* se rapporte à un sens plus proche de l'arabe littéraire, « *hajma* », qui signifie le début de la nuit, Abdel-Nour, 1983, p. 1074.

16. Abdel-Nour, 1983, p.372, le terme *judâm*, dérivé de la même racine, signifie la lèpre, Abdel-Nour, p.371.

17. Croyance attestée aussi dans le pays Moab, Jaussen, 1948, p.320.

18. Dans la région de Tlemcen, l'esprit de la nuit qui étouffe et paralyse le dormeur est appelé Boutellis ou Bouz Gandel, Zerdoumi, 1979, p.280.

19. Entretien du 24 septembre 2002 avec Brahim, médecin et *râqi* au village de Hassi Mefsoûkh.

20. Entretien du 29 septembre 2002 à Oran avec Sonia, femme du *râqi* Miloud.

chien), de cimetières ou de morts. Les ecchymoses apparaissant aux jambes après le réveil en dehors d'un choc connu seraient, selon les croyances collectives, les traces tangibles d'une vengeance de djinns nocturnes qui pincent le dormeur durant la nuit. Des *râqis* égyptiens y voient chez les femmes un signe de possession par un djinn amoureux.

Des livres contemporains sont pour certains *râqis* des sources précieuses pour établir le diagnostic du mal, notamment la possession et l'ensorcellement. Ainsi, le cheikh égyptien Wahîd Abdessalam Bâli décline les signes de la possession au réveil comme suit : céphalée permanente en dehors d'une affection des yeux, des oreilles, du larynx, des dents ou de l'estomac, refus des obligations religieuses comme l'invocation de Dieu et la prière, distraction mentale, paresse, asthénie et insomnie. Pendant le sommeil, les signes déterminants sont le fait de grincer les dents, de pleurer ou de rire, et les crises de somnambulisme. Avec les signes durant le sommeil, l'auteur regroupe les rêves indicateurs de la possession : mauvais rêves, cauchemars, chute d'un haut lieu, vision d'animaux, de cimetières, de décharge d'ordures, de chemins déserts, d'êtres humains de grande ou de petite taille, d'hommes noirs ou de fantômes.

Parfois, Toufiq demande s'il y a eu des décès dans la famille. Pour diagnostiquer une stérilité ou d'une séparation du couple par suite de sorcellerie, il demande à la femme depuis quand elle est mariée, et si elle supporte bien son mari, notamment lors des rapports intimes.

Les signes se manifestant avant le commencement du rituel permettent d'émettre des hypothèses précoces sur l'origine du mal. Mais les *râqis* les plus pragmatiques, arguant de leur ignorance du « *ghayb* » (mystère), attendent le déroulement du rituel pour disposer d'assez d'éléments. Un signe apparu à l'improviste n'a selon les *râqis* que très peu de chance d'avoir un sens. C'est la récitation coranique qui est censée révéler le mal. Les *râqis* admettent cependant que les djinns possèdent la capacité de résister au rituel et peuvent ne manifester leur présence dans le corps du malade qu'après plusieurs séances de traitement.

Certains exorcistes, comme Jaber et Khaled, se disent cependant capables d'établir un diagnostic avant même la procédure rituelle. Ils attribuent cette rapidité non seulement à leur expérience, mais aux pouvoirs surnaturels de leurs djinns auxiliaires. Mais la plupart du temps, c'est à travers une observation de la malade que le *râqi* compte appréhender la présence du djinn possesseur, et identifier son appartenance religieuse. La perte du contrôle des membres, des changements du goût et de l'odorat ainsi que du regard sont des éléments clés permettant de faire le diagnostic préliminaire d'une présence djinnique.

Les djinns sont censés pouvoir manipuler le corps du malade, signalant ainsi leur présence. Les gestes physiques s'exécutent par « automatisme » : le fait que le malade lève la main alors qu'il est censé avoir perdu tout contrôle sur sa motricité, est signe de possession. Le *râqi* Sliman demande, devant moi, à une possédée de lever le bras, en s'adressant à la puissance invisible à la troisième personne du masculin.

La « coranisation » des eaux destinées aux malades fait partie de la thérapeutique et aussi du diagnostic. À la fin des rituels, plusieurs patientes s'en vont avec des bouteilles ou des jerricans d'eau coranisée, traitement à suivre à domicile. Le souffle et les postillons du *râqi* mêlés à l'eau pendant la récitation coranique représentent aux yeux des exorcistes une ordalie pour le djinn qui, éprouvé par la présence du Coran dans l'eau, se manifeste : la preuve en est que soit le malade refuse de boire l'eau traitée, soit il éprouve un goût amer ou une mauvaise odeur. En assistant à un rituel de *rouqiya* en 2003 chez le *râqi* oranais Hasni, une possédée, célibataire de 30 ans, demanda au *râqi* de l'eau à boire. Après avoir bu à peine une gorgée, elle se mit en colère en accusant Hasni d'avoir coranisé l'eau : sous l'impulsion de son djinn *kafir*, elle souleva le tapis de la salle d'un geste coléreux et ne se calma qu'avec difficulté. La personne saine, elle, ne constate pas d'altération du goût ou de l'odeur de l'eau. Selon les *râqis*, l'eau coranisée « brûle » le djinn, de la même façon que le musc approché ou appliqué au nez[21] du possédé. Leila m'a indiqué que ses djinns se sont manifestés à la mosquée quand elle a senti du benjoin brûlé qu'une femme allumait à l'occasion de la vingt-septième nuit de ramadan, nuit dite du destin (*laylet al-qadr*). Le refus de sentir du musc, une sensation de suffocation ou un malaise sont de bons signes de possession par des djinns *kafirs* qui ne peuvent supporter les parfums réputés sacrés en islam.

La mimique du visage est une entrée privilégiée pour faire le diagnostic de possession, sur l'expression de révolte ou de souffrance par exemple. L'évitement du regard ou au contraire la fixation du *râqi* peuvent aussi révéler une possession. Les djinns se concentrent en plusieurs zones corporelles dont l'organe de la vision par lequel ils peuvent communiquer avec l'extérieur. C'est la raison pour laquelle le *râqi* demande au souffrant de le fixer. Les jeux de regard entre le *râqi* et la malade peuvent provoquer une manifestation du djinn : la victime est sujette à des clignotements ou un rougissement des yeux, un regard fixe, des larmoiements, des pleurs, ou un brouillard devant les yeux. Certains *râqis*, comme le cairote Amir, croient que le djinn *kafir* se concentre dans l'œil gauche qui rougit ou jette un regard « déviant ».

L'entrée dans le rituel

À l'entrée dans le rituel, seuls certains *râqis* demandent aux malades de fermer les yeux ou imposent la main droite sur le front. Mais tous opèrent dans le silence total. La parole sacralisée a une place primordiale. Le *râqi* est seul autorisé à prononcer le verbe coranique et religieux, à l'exclusion de toute parole ordinaire, sauf pour s'adresser aux djinns des

21. À Blida, on attribue aux djinns une intolérance au benjoin brûlé (Desparmet, 1932, p.307). Les exorcistes de la *rouqiya* qui ont rompu avec les croyances et pratiques traditionnelles, interdisent à leurs patients de brûler des parfums en l'honneur des djinns.

patientes. Les paroles divines chantées s'opposent aux paroles démoniaques s'exprimant dans le chant et la musique profanes. L'alternance sacré/profane permet aussi au *râqi* d'identifier les maux des malades car toute parole et tout geste venant d'un malade, alors que le *râqi* psalmodie le Coran, sont perçus comme une transgression : ce sont les mauvais djinns qui interrompent la parole divine. La fermeture des yeux est jugée nécessaire tout au long du rituel par Khaled, Toufiq, Hasni, Farid, Miloud, les *râqis* de la « clinique » d'exorcisme à Oran, 'Izzet et Amir au Caire, et Saïd à Marseille. Ils la justifient par l'importance d'amener le patient à méditer et se concentrer sur la parole coranique. L'écoute est renforcée quand les yeux sont « mis en veille ». Un autre argument est avancé : certains *râqis* évoquent explicitement le risque du choc psychologique des patients s'ils se regardent et sont témoins de violentes réactions somatiques et verbales.

Habituellement, l'audition du Coran n'implique aucunement la fermeture des yeux, au contraire la lucidité est exigée pour méditer. C'est que les *râqis*, même s'ils n'expliquent pas le mécanisme de la transe, cherchent à faciliter l'entrée de leurs clients dans un état modifié de conscience pour laisser plus de marge à la manifestation des djinns. La suggestibilité peut être renforcée par une mise en condition : faire allonger la patiente, lui caler la tête avec un oreiller, la recouvrir d'un drap, lui demander de se décontracter et de se concentrer sur la seule source sonore du Coran psalmodié. La fermeture des yeux garantit un certain anonymat et protège le malade des jugements des autres. Chaque fois qu'une patiente ouvre les yeux durant le rituel collectif, Saïd la rappelle à l'ordre en lui demandant aussitôt de les fermer. Garder les yeux ouverts durant le rituel indique à l'exorciste que le patient, totalement conscient, refuse de se prêter aux jeux du rituel l'invitant à la transe. Un autre aspect est à prendre en considération, veiller à la validité de la transe. La fermeture des yeux est préférable pour éviter tout risque d'une épidémie de possessions que le *râqi* ne pourrait contrôler. Il peut ainsi interpréter séparément les signes physiques de chaque malade.

La main droite, chargée de *baraka*, jouit d'une réputation positive dans la tradition musulmane. Les actes nobles et purs, religieux ou profanes, lui sont réservés, comme l'acte de se nourrir, de prendre le Saint Coran, de prêter serment, et le geste sacrificiel des animaux à consommer. Le geste thérapeutique d'imposition de la main droite sur l'endroit douloureux est connu dans la tradition de l'islam. Les *râqis* y recourent afin de dominer le djinn qui, généralement, siège dans la tête de sa victime. Difficile dans les rituels collectifs, ce geste est pratiqué durant les rituels individuels et semi-collectifs par les *râqis* Amir au Caire, Rachid et Saïd à Marseille. Pour éviter de toucher directement la malade, Saïd descend le foulard de la patiente jusqu'aux yeux avant de lui poser la main sur le front, il s'exécute pareillement pour la deuxième patiente allongée sur l'autre côté du matelas, mais en imposant la main gauche. Le djinn sent le corps du *râqi* qui littéralement « émet » le Coran. L'imaginaire de certains *râqis* sur la

nature du Coran comme lumière invisible, donc comme énergie, fait écho à l'ésotérisme occidental comme à la littérature mystique de l'Islam.

Le diagnostic

L'interaction entre *râqi* et malade conduit à identifier la nature du mal. La psalmodie coranique est censée obliger le djinn à se manifester et d'autres signes du mal, ensorcellement et mauvais œil, à se dévoiler. Durant le rituel, le diagnostic peut s'établir ou se renforcer, et des effets thérapeutiques s'amorcer. L'observation attentive suit l'apparition des signes jusqu'à leur paroxysme afin de différencier ce qui relève d'une possession, d'un ensorcellement ou du mauvais œil.

Les signes de l'*'ayn*, le mauvais œil, plus banaux que la possession ou l'ensorcellement, ne constituent pas aux yeux des *râqis* une catégorie nosologique bien définie. Aisément observables durant le rituel, ils sont surtout représentés par des crises de bâillements. Certains *râqis* détectent le mauvais œil quand eux-mêmes en sont la cible durant le rituel. C'est ainsi que Jaber le reconnaît lorsqu'il se met à bailler de façon irrésistible alors qu'il est en cours de diagnostic ou en train de réciter au-dessus du patient. Dans l'ouverture de la bouche les *râqis* ne voient-ils pas le signe œil ou le chiffre zéro, chiffre cinq indien, effectivement utilisé au Maghreb pour protéger les bébés du mauvais œil sous forme de bracelet noir, à l'instar de la main de Fatma et du geste de la main imposée en même temps que la formule protectrice : « cinq dans tes yeux ! » ?

Pour dévoiler toutes les formes d'ensorcellement, ce sont les versets coraniques ayant trait à la magie, le verset 102 de la sourate II, les versets 117 à 122 de la sourate VII, les versets 81 et 82 de la sourate X, et le verset 69 de la sourate XX, qui constituent selon les *râqis* la lecture idéale. La sorcellerie par ingestion paraît aisée à diagnostiquer durant le rituel. Cette atteinte, considérée comme la plus répandue, est reconnue à plusieurs signes touchant l'appareil digestif. Douleurs au ventre, envie de vomir, et éructations, survenant durant la récitation, sont de bons indicateurs de l'effet coranique sur le maléfice ingéré. Elles constituent aussi un acte thérapeutique qui permet d'éliminer le mal par exemple avec la salive.

Les *râqis* interviennent directement pour détecter le mal ingéré. Jaber arrive à ce diagnostic au moment où il sent des pulsations à l'épigastre sous sa main posée sur l'estomac de la malade allongée sur le matelas. Il obtient un résultat identique lorsqu'il appuie son pouce droit à droite du nombril de la souffrante. Sonia, femme du *râqi* oranais Miloud, identifie la sorcellerie alimentaire en appuyant sur l'estomac de la malade au moment de la récitation du verset 102 de la sourate La Vache : les pulsations sont considérées comme un réveil du mal sur lequel la réponse coranique du même verset « Dieu l'annulera » sera susceptible d'agir.

D'autres sorcelleries peuvent être diagnostiquées. À Oran et à Marseille, des *râqis* soutiennent une « théorie » de la bilatéralité corporelle :

les tremblements et mouvements incontrôlés des mains, des bras ou des pieds du côté droit indiqueraient une possession, les réactions du côté gauche une sorcellerie, mais c'est l'inverse pour le *râqi* oranais Miloud. Des *râqis* comme Hasni demandent aux malades de lever la main gauche pour indiquer si elles sont ensorcelées : « si la malade en question a une sorcellerie, qu'elle lève la main gauche, avec la permission de Dieu ! ». Un *râqi* opérant dans une « clinique de la *rouqiya* » à Oran demande aux malades d'indiquer de la main droite l'emplacement de l'ensorcellement : la main peut désigner la tête, l'estomac, la poitrine ou encore la matrice. Certains *râqis* ne font pas, il est vrai, grande différence entre ensorcellement et possession. C'est toujours le djinn possesseur qui est en cause.

Les signes d'ensorcellement ne s'extériorisent pas tous aisément. Le *râqi* peut avoir besoin de recourir au pouvoir des djinns qui répondent à sa requête via les possédées.

La détection des djinns

La présence des djinns se reconnaît à des manifestations physiques et au discours de la possédée, mais des djinns de patientes assistant au rituel peuvent intervenir pour détecter la présence de leurs semblables. Les victimes de la sorcellerie et du mauvais œil ne peuvent, elles, intervenir directement. La faculté de parler est réservée aux seules possédées dont les djinns utilisent la bouche. La collaboration avec les djinns durant le rituel s'avère donc cruciale selon certains *râqis* qui, tout en reconnaissant la possibilité de mensonges[22] de leur part, jugent néanmoins leur aide efficace pour tester toutes les hypothèses et étudier toutes les démarches thérapeutiques.

La majorité des *râqis* rencontrés disent faire appel au seul pouvoir divin pour le diagnostic de leurs patients. Cependant, certains comme Khaled à Oran et Jaber à Sendoub reconnaissent l'intervention de leurs djinns auxiliaires, souvent qualifiés de musulmans soumis à la volonté divine. Lors du diagnostic chez une patiente, les djinns de Jaber font sentir à celui-ci une pulsation dans un doigt de sa main droite. Juste avant ce « signe », Jaber répète à voix basse *ayat al-kachf*, le verset de la consultation : « Tu restais indifférent à cela. Eh bien Nous ôtons ton voile ; ta vue est perçante aujourd'hui »[23].

À l'issue de la récitation coranique, le *râqi* peut interroger le patient sur son degré de conscience, s'il sent une douleur, une lourdeur, localisée ou non, s'il perçoit des sensations thermiques, chaleur ou froid[24], à un endroit précis, des fourmillements, une impression d'objet ou de boule qui

22. « Ici, c'est possible qu'il te dise la vérité bien qu'il soit un menteur » (entretien du 12 octobre 2002 à Oran avec l'exorciste Jilali).

23. Verset 22 de la Sourate L (Qaf).

24. Le froid indiquerait un djinn féminin, selon Sonia, femme et assistante du *râqi* oranais Miloud.

circule dans le corps, ou d'autres signes. Le consultant peut informer le *râqi* à la fin du rituel de souvenirs visuels et auditifs en relation avec son mal. Mais il est difficile de faire la part de ce qui vient du malade et ce qui vient du djinn.

Un djinn se révèle à l'expression du visage de la malade qui marque une souffrance ou se met à pleurer. À l'audition du Coran, le djinn est censé brûler, et le mal de la patiente traduit sa résistance à l'écoute du texte divin : demander au *râqi* d'arrêter la récitation ou poser les mains sur les oreilles pour ne pas l'écouter, indiquerait la colère, le refus ou la souffrance intense du djinn. D'autres signes comme des convulsions, des tremblements du corps et des mains, la fixité du regard, ou des modifications de la température du corps et l'afflux de sang sont aussi des signes : le *râqi* Miloud perçoit la présence du djinn lorsqu'il remarque le gonflement des tempes et le réchauffement de sa montre posée sur le front de la patiente. Pour provoquer les djinns, certains *râqis* récitent le Coran à voix haute très près de l'oreille du malade ou tout en récitant le Coran, ils enfoncent l'ongle de la main droite derrière l'oreille du malade comme le marseillais Saïd, ils soufflent sur son visage en répétant « *bismi Allah* » (au nom de Dieu) ou essayent de lui pousser la tête vers l'arrière, pratique observée à la mosquée *al-Nour* au Caire.

Les nouveaux venus tardent souvent à entrer en transe. Cette résistance est attribuée au refus des djinns de communiquer avec le *râqi*. La familiarité acquise durant des rituels longs et renouvelés facilite l'entrée en transe. Pour justifier le mutisme de son djinn, la possédée en transe peut faire part de sa crainte que d'autres djinns ou des sorciers le menacent ou le tuent. Le pouvoir du *râqi* de « délier » le djinn à travers la récitation coranique dépend de son habileté à capter sa confiance pour amener les malades à parler. Toute communication verbale entre le thérapeute et le djinn est susceptible d'ouvrir enfin le terrain des négociations pour libérer le malade. D'autre part, la psalmodie coranique favorise l'introspection en réveillant les souvenirs : fautes, culpabilités, sentiments d'injustice ou de révolte, devenus insurmontables pour les malades et leur entourage familial.

Bien que les acteurs de la *rouqiya* baignent dans la liturgie autour de la récitation du Coran, des prières et des formules religieuses, l'attente des participants est avant tout centrée sur le diagnostic des origines du mal et les traitements administrés en partie durant le rituel.

Le *râqi* ne s'en tient pas à l'identification de la possession. Le discours de la malade en transe est une clé pour la conduite ultérieure du traitement. Un djinn « muet » est un obstacle à la thérapeutique. La collecte d'informations sur lui permet de le neutraliser. Pour cela, des détails sont nécessaires comme son nom, son sexe et sa religion. La malade peut parfois aussi apercevoir des djinns qui ne sont pas encore entrés dans son corps. Ces derniers, censés hors d'état de nuire dans le temps et l'espace du rituel, mais n'en attendant pas moins leur victime à domicile ou dans la rue, peuvent être énumérés avec des détails : nombre, noms, sexe, et religion.

Le nombre de djinns est un indicateur de la gravité de la possession. Cependant, certains *râqis* voient dans leur multiplicité le stratagème d'un djinn unique jouant à être plusieurs. Les *râqis* diffèrent sur ce point. Tandis que le marseillais Saïd admet le chiffre de 3000 djinns, chiffre déclaré par la patiente Bouchra en état de transe[25], d'autres, comme l'oranais Miloud, considèrent que les djinns ne peuvent dépasser deux ou au maximum dix par possédé. Les uns argumentent par rapport à la capacité du corps humain à supporter un tel nombre, les autres, au contraire, admettent que la nature subtile des djinns leur permet d'occuper un corps, même en nombre élevé.

Le nom des djinns suggère souvent leur sexe, mais avant même de connaître le prénom, les *râqis* peuvent l'anticiper. Comme beaucoup de *râqis* admettant la possession féminine par des djinns et la possession masculine par des djinnias, Toufiq s'adresse souvent au djinn de la patiente à la deuxième personne du singulier masculin : « tu es là ? » avant même de réciter le Coran. Le changement de la voix[26] n'est pas toujours attesté chez les malades en transe. Cependant, le sexe du djinn est souvent reconnu au ton grave pris par la voix féminine ou au caractère flûté pris par une voix masculine indiquant sans hésitation une djinnia. Les gestes et les postures admis comme féminins ou masculins servent aussi à identifier le sexe du djinn. Un *râqi* oranais a reconnu le sexe masculin d'un djinn lorsque la patiente en transe fit le geste de se caresser le menton comme pour se caresser la barbe. Hamza, possédé oranais de 34 ans, m'apprit que sa *djinnia* lui fait faire des gestes et adopter des postures reconnus comme féminins dans la société oranaise.

Combien de fois ai-je entendu des *râqis* interroger des malades sur les prénoms des djinns ! Nommer le djinn permet de nommer le mal. Les prénoms prononcés par les malades durant les rituels varient de ceux portés localement à d'autres classés comme typiquement démoniaques comme Ramir, Dehaz et Amihanze[27]. Le prénom du djinn est authentifié par le *râqi* grâce à sa correspondance avec l'appartenance religieuse annoncée : un prénom algérien comme Qaddour renvoie à l'islam ; un djinn juif ne peut jamais s'appeler Mohammed ou Ahmed. En Égypte (Le Caire, un village à al-Charqiyya, village de Sendoub), les *râqis* détectent une majorité de djinns chrétiens chez les possédés musulmans. L'identité des djinns chrétiens d'Égypte est influencée par la cohabitation des coptes avec les musulmans du pays. À en juger par les noms entendus lors des séances d'exorcisme, la liste comporte de nombreux prénoms coptes : Samouîl (Samuel), Girgis (Georges), Youhanna (Jean), Boutros (Petrus), et Stéphanos (Étienne). Cependant, les djinns musulmans portent aussi des noms musulmans comme Sobhi, Mohamed, Mahmoud...

---

25. Rituel collectif du 2 avril 1996.

26. Pia Di Bella, 1988, p.902.

27. Rituel collectif du 3 avril 1996 à Marseille chez le *râqi* Saïd, cas de la patiente Bouchra.

Pour certains *râqis*, cette question d'identité religieuse est cruciale car c'est d'elle que dépend l'adaptation du traitement durant et après le rituel. Seul le *râqi* Brahim pense que le djinn musulman cause les mêmes symptômes que les non-musulmans, il importe donc peu de savoir sa religion. Suivant une croyance voulant que les djinns juifs ou infidèles sont en cause dans la majorité des possessions, le *râqi* Hasni à Oran demande à chaque djinn qui se manifeste s'il est juif ou *kafir*. Cette attitude s'appuie sur les passages coraniques mentionnant les sectes religieuses, notamment les juifs et les chrétiens. Un djinn chrétien se reconnait aux réactions physiques et verbales suscitées lorsque le *râqi* récite des versets touchant les chrétiens, la Vierge Marie ou Jésus, un djinn juif est reconnu aux versets traitant des Fils d'Israël et des *Yahoud* (juifs). Pour Hasni, les djinns juifs seraient aussi sensibles aux versets traitant du Prophète comme la sourate LXI (*al-Saff*). Un djinn musulman est identifiable au geste religieux de lever l'index droit, à la récitation du credo de l'islam « il n'y a de divinité qu'Allah et Mohamed est son prophète ». Un djinn hindouiste ou professant le bouddhisme est reconnu à travers le geste de joindre les mains au niveau du cou.

L'identification religieuse est néanmoins compliquée par le fait que les djinns sont de fieffés menteurs, ils peuvent changer d'identité pour éviter les négociations avec les *râqis*. Un autre repère utile est la langue de conversation, qui peut trahir l'identité du djinn, ou le pays d'où il vient. Les *râqis* s'adressent aux malades en transe dans la langue locale : le français en France, le dialecte oranais à Oran et le dialecte égyptien en Égypte. Cependant, certaines possédées soulignent le caractère étranger de leurs djinns, qui dresse une démarcation entre elles et eux, et pratiquent des langues et des dialectes différents : ainsi à Oran l'on entend l'arabe littéraire, le français, et le dialecte libanais. D'autres possédées peuvent imiter des langues étrangères témoignant de la gravité de leur possession comme l'allemand pour un djinn d'Allemagne ; l'ourdou renvoie à un djinn indien ou pakistanais, l'hébreu indiquerait un djinn juif et le français un djinn français[28]. L'invention des mots renvoie à l'imaginaire linguistique des *râqis* et des malades. À Oran, l'hébreu serait reconnaissable à l'usage du son « kha », et l'ourdou évoquerait un mélange de phonèmes repérables dans les films hindis largement diffusés par la télévision algérienne.

Le polyglottisme des possédés est, aux yeux des *râqis* et de leur entourage, un signe de possession, surtout s'il s'associe à une logorrhée étonnant les auditeurs. Les *râqis* incitent néanmoins les possédées, durant le rituel, à parler le dialecte reçu socialement. Selon eux, les djinns seraient aussi capables de parler la langue du possédé, ou du moins ont dû l'apprendre durant leur présence dans le corps de leur victime. À Oran, des possédées se disant sous l'emprise de djinns juifs avouent parfois leur

28. C'est le cas d'une femme qui parle français selon Haytham, râqi cairote de 55 ans, rencontré en 2002. Des possédés à Marseille se réclament de djinns français telle une divorcée de 33 ans, possédée par le djinn français et athée Jean, rencontrée en mars 2004.

incapacité à parler l'hébreu, arguant que leurs djinns autochtones nés dans le pays n'ont pas conservé la langue de leurs aïeux.

L'usage de l'arabe littéraire est encouragé par certains *râqis* à Oran, ainsi Sliman préfère-t-il converser avec les djinns dans cette langue afin de les inciter à se convertir. La stratégie est d'amener le djinn à parler en arabe littéraire ou en dialecte local oranais et égyptien, ce qui représente un pas vers son islamisation et donc sa domestication. Le classement de l'arabe classique au sommet de la hiérarchie linguistique est significatif: l'arabe littéraire est la langue des élites et des théologiens musulmans. À Oran, la maîtrise de l'arabe littéraire est un signe du savoir que l'arabisation des programmes scolaires a permis d'atteindre dans la génération après l'indépendance, notamment à partir des années 1980.

Dans le contexte français, les *râqis* et les malades ne se comportent pas pareillement à l'égard de l'usage de l'arabe. Ne connaissant l'arabe littéraire que de façon lacunaire ou même l'ignorant totalement, les possédées à Marseille n'expriment pas l'identité religieuse de leurs djinns en parlant l'arabe littéraire. Le français est la langue qu'adoptent généralement les Maghrébins vivant en France. Il est intéressant de souligner que le *râqi* marseillais Saïd converse avec les malades en transe en français tout en traduisant les versets de l'arabe en français afin de convaincre leurs djinns de se convertir à l'islam.

Communiquer avec les djinns

La relation thérapeutique est conditionnée par l'échange verbal entre deux acteurs inégaux, le *râqi* et le djinn. En transe, le malade est censé céder le terrain à la volonté et la personnalité du djinn qui le hante. Le rôle du conducteur du rituel est d'orienter la discussion vers l'identification des maux dont souffrent les malades: nature, causes, degré de l'atteinte, chronologie, et conséquences.

Comme signalé plus haut, le djinn acceptant de coopérer avec le *râqi* se transforme en auxiliaire participant au traitement. Il intervient en faveur du malade et des consultants présents, parfois même pour les membres absents de la famille. Une fois dévoilé, il est tenu d'informer le *râqi* sur la raison de sa présence dans le corps de sa victime. Le *râqi* Hasni demande au djinn s'il est venu par hasard, autrement dit sans l'intervention d'une sorcellerie. S'il s'agit d'un accident ou d'une faute de la part du malade, cause répandue en Égypte mais rarement attestée à Oran et à Marseille, le *râqi* applique des procédures de réconciliation, en demandant au djinn de pardonner au malade. Mais en général, d'après mes observations, il s'agit d'ensorcellement, et la présence du djinn marque un degré de possession plus difficile à traiter.

S'inscrivant au sein de l'orthodoxie (d'où l'appellation *râqi char'i* et *rouqiya char'iyya*), les *râqis* manifestent, dès le début, aux malades et à leurs familles, leur ambition thérapeutique. En fonction de la complexité

du mal, le râqi recherche plus de précisions, discours délicat car ouvrant le champ à des accusations interpersonnelles. Un *râqi* qui cherche à identifier avant tout l'ensorceleur, est perçu comme déviant, comparable au devin ou au *taleb* qui ne pratique pas une *rouqiya* conforme à l'islam, et cherche à semer la discorde dans l'entourage en lançant des accusations d'ensorcellement.

Durant l'échange avec le djinn, le *râqi* vise à concentrer le discours sur la cause principale du mal : maladie, empêchement au mariage, divorce ou « nouement » contre l'enfantement. Il cherche à préciser la nature du mauvais sort, son emplacement à l'intérieur ou à l'extérieur du corps, et comment il opère, grâce à quoi il peut effectuer des manipulations appropriées comme demander au djinn de « régurgiter » le mauvais sort ingéré ou d'annuler à distance l'effet de l'objet maléfique extérieur au corps par la méthode de *sora*, l'image (le *râqi* Hasni et le *râqi* Toufiq). Bien qu'accusant les djinns de mentir, les jeteurs de sort finissent par être dévoilés durant la discussion. Ils appartiennent souvent à l'entourage proche : voisins, parents, amis ou collègues de travail.

Durant la discussion entre le *râqi* et les malades en transe, d'autres thèmes sont évoqués, qui ont trait à la religion, à la vie quotidienne, voire à l'économie. C'est ainsi que le *râqi* Sliman a animé des débats avec des possédés en transe, dont les djinns avaient évoqué l'actualité du développement économique de certains pays musulmans. Les critiques attribuées aux djinns renvoient à la comparaison du retard technologique de ces pays par rapport aux pays développés non-musulmans.

Soudainement, le ton et le thème du discours peuvent changer pour conclure l'échange verbal. Dans ce cas, le *râqi* décidant de mettre fin à la communication avec les djinns juge nécessaire le passage à leur expulsion, mais nombreux sont les *râqis* qui préfèrent d'abord inviter les djinns non-musulmans à se convertir.

La guérison

La conversion des djinns

La conversion religieuse du djinn est considérée par plusieurs *râqis* comme un moyen de l'affaiblir avant l'exorcisme final. Certains *râqis*, comme Saïd, reconnaissant le choix du djinn de conserver une religion autre que l'islam, insistent sur la priorité de la libération du malade. À l'opposé, la conversion représente une tentative d'apprivoiser et de dompter la puissance invisible par un procédé de transformation symbolique[29]. Reconnaître le djinn comme musulman s'accompagne d'un discours du *râqi* sur

29. Gaudry (1961, p. 107) a constaté que les djinns sont appelés « musulmans » afin de les flatter, mais si le mal persiste, ils sont appelés des mauvais djinns ou des diables.

la possession comme péché. La conversion est tentée dans l'injonction au djinn de quitter sa victime.

Tous les arguments sont bons pour convaincre le djinn de se convertir à l'islam, de l'évocation de la morale islamique à l'énumération des cinq piliers de l'islam ; les versets coraniques et les *hadiths* viennent à l'aide des plus savants. Le discours du *râqi* sur l'islam dure tant que le djinn est réceptif. On peut même assister à de véritables débats religieux. S'accompagnant parfois d'une émotion débordante chez la malade, marquée par des pleurs, la conversion religieuse du djinn peut survenir à plusieurs moments. Elle se marque à Oran par l'index droit brandi en prononçant la *chahâda*, credo de l'islam.

D'après des *râqis* oranais comme Jilali, les djinns juifs se convertissent moins à l'islam que les djinns chrétiens. Les conversions sont souvent suivies d'un changement de prénom. Les prénoms bibliques sont arabisés en passant par exemple de Michel, nom chrétien, à Mika'il[30], prénom d'un ange selon la tradition musulmane. Pour les djinns déjà musulmans, les *râqis* peuvent leur demander de prouver leur appartenance en formulant la *chahâda*, une autre façon de leur rappeler le devoir de quitter leur victime. Certains *râqis* oranais, comme Hasni, renoncent à convertir les djinns : l'effet ne serait qu'éphémère et d'une efficacité limitée dans les cas de possession difficile.

Traitements infligés aux djinns

Plusieurs traitements sont réservés aux djinns durant le rituel, des plus contraignants pour ceux qui refusent tout compromis, aux plus doux pour les djinns eux-mêmes en souffrance.

Les *talebs* pratiquent souvent « l'emprisonnement » magique des djinns par l'usage des versets coraniques[31]. Aussi ces procédés sont rarement utilisés par les *râqis*, sauf Jaber qui y recourt pour limiter leurs dégâts dans le corps du patient et préparer leur expulsion, et par Toufiq pour soulager les malades. Toufiq demande à la souffrante de répéter après lui une prière comme : « Qu'il soit ligoté avec la permission de Dieu ! ». Dans une vision, la malade signale qu'elle voit le djinn entouré d'un grillage.

L'usage de la violence physique est admis mais règlementé par plusieurs *râqis*, quand ils estiment que la parole coranique et d'autres traitements ne donnent pas de résultats immédiats ou ne suffisent pas pour contraindre le djinn à quitter sa victime. Les endroits du corps pouvant être frappés directement ou avec un bâton, sont, selon le *râqi* Toufiq, les pieds et les jambes, les mains et les bras, et le ventre si la patiente n'est

30. Cas le 2 avril 1996, chez le *râqi* marseillais Saïd, de la possédée Bouchra dont l'un des djinns était le chrétien Michel.

31. Doutté, 1984, p. 223-224.

pas enceinte ou n'a pas subi d'opération chirurgicale à cet endroit. Les râqis plaident qu'une fois le malade en transe, ce n'est pas lui qui ressent les coups mais son djinn. Cependant, se méfiant d'une ruse du djinn qui peut se sauver au dernier moment en laissant les coups pleuvoir sur sa victime, n'étant pas sûr du début et de la fin de la transe, et finalement doutant de l'efficacité de la violence sur des djinns récalcitrants, certains *râqis* évitent de frapper ou ne le font que rarement, comme le *râqi* Jaber. Le *râqi* Hasni qui ne frappe pas, utilise d'autres formes de contrainte face à des djinns insoumis comme enfoncer le pouce entre l'œil et le sourcil. Devant les débats entre les cheikhs et les docteurs de l'islam sur la légitimité et l'efficacité de frapper le djinn en frappant le possédé, certains *râqis* adoptent des attitudes prudentes. Des malades averties évitent de fréquenter des *râqis* qui frappent. Parfois, c'est le djinn qui interdit à sa victime de les visiter comme dans le cas de la possédée oranaise Malika.

À titre de substitut pour les punitions physiques, des *râqis* ont recours à des méthodes paradoxalement considérées comme moins violentes telles brûler, égorger ou tuer le djinn.

Les *râqis* se rangent à l'avis de certains cheikhs qui admettent que les djinns créés de feu n'ont pas gardé un corps de feu, tout comme Adam, créé d'argile, a cessé d'être d'argile après sa création. C'est pour cela que le djinn peut pénétrer dans un corps sans le consumer et être châtié dans l'au-delà par le feu éternel de l'enfer.

La récitation du Coran ne permet pas seulement de détecter la présence des djinns, elle incite la repentance et la conversion de certains djinns, en torture et en brûle d'autres, plus coriaces. Selon des *râqis* comme l'oranais Jilali, des versets coraniques sont particulièrement adaptés parce qu'ils relèvent de la thématique du supplice du feu dans l'au-delà. Des prières évoquant le feu auraient le même effet, d'après Hasni. L'eau coranisée, brûlante pour les djinns, sert à asperger le visage des malades, comme j'ai pu l'observer lors des rituels guidés par Sliman à Oran et à la mosquée *al-Nour* au Caire. Des sensations de chaleur, une odeur de brûlé, une vision du djinn en train de flamber, renvoient à la torture du djinn, consumé par le feu coranique avant de se transformer en charbon. Le djinn transmet sa souffrance au corps de la malade. Ainsi durant un rituel collectif, tant que Hasni répéta l'invocation « Du feu à leur droite, du feu à leur gauche, du feu en dessous d'eux, tous en feu, ô Seigneur des mondes », Yaqout se frotta les jambes des deux mains avec gêne. À la fin du rituel, elle m'expliqua qu'elle était consciente mais imaginait un feu l'entourant de tous côtés et essayait de s'en protéger. Traduisant la souffrance de leurs djinns, d'autres malades se plaignent que le Coran les brûle.

Tout au long du rituel, le paroxysme est atteint à des moments différents, suivant les malades. Tandis que des patientes réagissent promptement à des versets précis, d'autres sont plus dures à la détente. Ainsi

durant un rituel collectif intensif du vendredi[32], vers la fin des récitations, une possédée a menacé Hasni de lui brûler sa maison comme il l'avait brûlée avec le Coran, au moment où il a répété l'appel à la prière.

Rejoignant la conception coranique, les praticiens de la *rouqiya* perçoivent les djinns comme des êtres mortels. De ce fait, certains *râqis*, se trouvant devant des cas de possession jugés résistants, ont recours pour éliminer les djinns à des égorgements symboliques sur les malades. À la mosquée *al-Nour* au Caire, les *râqis* estiment anéantir les djinns des patientes en demandant à celles-ci de répéter après eux l'invocation « Au nom de Dieu qui tue ». Cette opération mimant la mise à mort est parfois suivie d'une altération de l'aspect de la possédée qui prend l'allure d'une moribonde, signifiant l'anéantissement du djinn dont la mort symbolique signe sa propre guérison.

À l'opposé de ces traitements violents, certains exorcistes en envisagent de plus doux. Bien que les *râqis* reconnaissent la qualité de malade du djinn qui transmet sa souffrance au patient, rares sont ceux qui s'essaient à la soulager, comme le *râqi* marseillais Rachid et les Égyptiens Haytham au Caire et Jaber à Sendoub : ils jugent plus efficace de soigner le djinn malade avant de le faire sortir du corps en récitant des versets coraniques spécifiques.

L'expulsion ou « excorporation » des djinns

Le djinn est perçu comme un agent perturbant non seulement l'ordre biologique mais également l'univers social du possédé. La *rouqiya* a pour but le retour à l'équilibre à travers l'expulsion ou « excorporation » du fauteur de trouble. Tous les *râqis* ne pratiquent pourtant pas l'excorporation. Ainsi le *râqi* oranais Sliman, recevant un nombre considérable de patientes durant des rituels collectifs, se contente de les inviter à écouter la psalmodie coranique et méditer sur la morale, et les arrose avec de l'eau coranisée. L'excorporation s'opère quand elle a lieu dans une démarche réglée de négociation : établissement de la légitimité de l'expulsion, formulation des conditions de l'excorporation, suivies de l'expulsion du djinn proprement dite.

En Algérie et en Égypte, les djinns sont perçus comme des sujets vivant dans des sociétés régies par des lois et des rois. Djinns et démons doivent allégeance au roi Salomon, croyance partagée par les thérapeutes traditionnels. L'expulsion des djinns s'appuie sur la notion de loi et notamment de loi divine sur laquelle le *râqi* assoit sa légitimité d'exorciste. Faisant du texte coranique la référence principale pour la pratique de la *rouqiya*, les *râqis* en élargissent les fonctions au delà de la méditation religieuse. Le texte coranique constitue pour eux une forme écrite de l'autorité divine servant à la régulation des transgressions de la frontière entre le monde

32. Rituel du 5 septembre 2003.

visible des hommes et le monde invisible des djinns. Selon leur interprétation du Coran, les *râqis* considèrent le malade comme un sujet lésé et le djinn possesseur comme un transgresseur à punir, d'où la menace de le brûler par des versets coraniques, procédé applicable en prolongement de la sentence divine. Des termes relevant du vocabulaire juridique, tels *hokm* (jugement), *chra'* (loi), *ntiq* (aveu), sont d'usage dans les pratiques d'exorcisme au Maroc[33].

Les limites du corps, à l'instar des frontières d'un espace, sont considérées comme bornant une propriété privée et interdites à franchir hors consentement du propriétaire. Aux termes de ce raisonnement, la possession est regardée par les *râqis* comme une appropriation illégitime d'un espace corporel. La pratique symbolique de la justice selon cette logique trouve un écho dans l'activité onirique des malades: le djinn jugé, condamné, emprisonné et torturé par un bourreau, est brûlé ou finalement exécuté. Cette image fantasmatique est renforcée chez certains *râqis*, comme Jaber, par la croyance en l'intervention de djinns auxiliaires œuvrant à ses côtés. Le *râqi* menaçant le djinn informe le malade en transe que les êtres invisibles intervenant ont le pouvoir de s'emparer du coupable pour le juger et l'éliminer. La patiente oranaise Leïla, au cours de la transe, dit voir les « hommes de Dieu », djinns auxiliaires de la thérapeute, contraindre son djinn à la quitter au nom de la loi, après avoir « enquêté » auprès du djinn à l'instar de la police criminelle. Se positionnant comme arbitre, l'exorciste, soutenu ou non par ses auxiliaires, assure la médiation entre le patient et le djinn à travers un véritable « interrogatoire judiciaire » (Brown, 1984, p. 139).

Les *râqis* sont particulièrement méfiants à l'égard des promesses de djinns déclarant renoncer aux malades. Ce discours ne serait qu'une ruse. Mais il arrive que des malades en transe annoncent que leur djinn est motivé pour les abandonner, soit parce qu'il s'est converti à l'islam, soit surtout parce que le maléfice est neutralisé. Toutefois, choisie ou contrainte, l'excorporation, moment critique du processus thérapeutique, exige toujours certaines conditions: définir les issues par lesquelles le djinn doit quitter sa victime, et établir le pacte moral qui lie le djinn à sa victime et permet au *râqi* de se positionner comme témoin et médiateur.

Voulant se différencier des thérapeutes traditionnels tels les *talebs*, les devins, et les confréries religieuses, les *râqis* estiment important de rester fermes sur certaines conditions précédant la sortie du djinn. Ils qualifient ainsi de *chirk*, idolâtrie, les sacrifices sanguins en l'honneur du djinn qui décide de quitter sa victime. Acceptant finalement le raisonnement du *râqi* au cours des négociations, le djinn doit respecter certaines clauses: il ne doit pas faire de mal à sa victime ni au moment de la sortie ni par la suite, il doit promettre de s'abstenir de la posséder à nouveau et de la tourmenter ou de lui nuire. Certains *râqis* font jurer le djinn en le menaçant de la malédiction divine s'il ne tient pas parole.

---

33. Naamouni, 1993, p. 135.

La négociation n'est pas unilatérale. Certains djinns convertis exigent du *râqi* en retour certaines conditions avant de libérer le malade. Prises au sérieux par le *râqi*, ces conditions sont souvent d'ordre religieux : le malade doit lire ou apprendre le Coran, prendre connaissance de livres commentant le Coran, ou pratiquer la prière en groupe à la mosquée. Ces conditions sont censées bénéficier au malade pour renforcer sa religiosité et le protéger contre d'autres djinns, mais aussi bénéficier au djinn qui s'apprête à le quitter. Le djinn ne peut acquérir de savoir religieux que par l'intermédiaire de la possédée, par exemple dans le cas de Malika, possédée par un djinn chrétien converti à l'islam. Au moment de l'excorporation, ce dernier est censé exiger du *râqi* la lecture de l'ouvrage du théologien al-Zamakhchari sur l'interprétation du Coran.

Quant aux voies par lesquelles le djinn quitte le corps des possédés, les avis varient. Certains *râqis* estiment dangereux de permettre au djinn de sortir par les yeux ou le ventre, risquant de provoquer des dégâts irréversibles. D'autres accordent peu d'importance au point de sortie. Tout en admettant une facilité d'excorporation par les orifices naturels, plusieurs *râqis* recommandent aux djinns de déloger en passant par la bouche et les extrémités des doigts et des orteils, limites du corps humain[34] réputées plus « sûres ».

D'autres conditions exigées par les *râqis* se rapportent aux preuves de la sortie des djinns. Le *râqi* oranais Toufiq exige la formule islamique « salam 'alikoum » (salut sur vous), au moment de la sortie du djinn. À la mosquée *al-Nour* au Caire, la patiente allongée doit prouver la sortie de son djinn à l'aide de trois coups de talon contre le sol. Même procédure exigée par le *râqi* cairote Amir : frapper la terre trois fois des pieds, en plus de la formule *salam 'alikoum*.

Tandis que certains *râqis*, les moins nombreux, accordent au djinn un délai pour quitter le malade, d'autres, plus pressés, préfèrent une libération immédiate. L'excorporation passe par des étapes alternant récitations coraniques, invocations religieuses et manipulations physiques. Le *râqi* marseillais Saïd expulse le djinn à l'aide de l'invocation « *Bi idni Allah* » (avec la permission de Dieu). Pour plusieurs *râqis* comme Saïd, que le djinn soit localisé en bas ou en haut du corps, il doit regagner la bouche, lieu qui convient pour son expulsion. Le possédé est tenu de montrer au *râqi* avec la main le trajet du djinn au cours de son ascension ou de sa descente jusqu'à la bouche, comme j'ai pu l'observer avec Bouchra à Marseille.

Certains *râqis*, tout en récitant le Coran, enfoncent l'ongle du pouce droit sous celui du possédé. Une pratique similaire s'observe chez le *râqi* Rachid à Marseille, qui presse sous l'ongle du gros orteil du malade tout en psalmodiant le Coran à voix haute. Sentir la douleur au gros orteil manipulé par le *râqi* indiquerait que le djinn est encore présent dans le corps de sa victime. En Égypte, certains *râqis* somment le djinn de quitter

34. Chebel, 1984, p. 174.

le possédé par l'orteil gauche du pied[35]. Tant les coptes dans les églises que les musulmans dans les mosquées du Caire font usage d'une épingle pour piquer le malade au gros orteil: si du sang noir s'échappe, c'est la preuve que le djinn a déserté le malade.

Certains *râqis* recourent à la salive, qui se charge de baraka lorsqu'elle se mélange avec le *dikr,* invocation de Dieu, ou avec la récitation coranique. Ainsi, au moment ultime de la sortie du djinn par la bouche de la possédée, Saïd, répétant la prière « *sors avec la permission de Dieu, ô ennemi de Dieu* », prend le soin de projeter quelques gouttes de salive, se conformant par ce geste à la tradition d'exorcisme du prophète de l'Islam rapportée par les *hadiths*.

Se référant à une croyance selon laquelle le djinn est un vent ou une masse d'air[36] pouvant se dilater dans le corps du malade pour en épouser la forme, des *râqis* comme Hasni demandent au djinn de « rassembler » son volume et de se rétrécir avant de quitter le souffrant. D'autres préfèrent intervenir directement comme l'oranais Miloud et sa femme Sonia. Tout en récitant le verset du Trône, Sonia passe les mains sur le corps de la patiente allongée pour les rassembler au niveau de sa poitrine, et demande à la possédée de respirer profondément pour expirer le djinn « accumulé ». Des possédées à Oran et à Marseille disent sentir un *sahd*, une chaleur au moment de l'ouverture de la bouche, pour laisser sortir le djinn, et elles éprouvent la même sensation au niveau des doigts quand le djinn est censé les quitter par là.

La descente du djinn vers les extrémités des pieds avant de libérer le possédé, est un but auquel aspirent certains *râqis* algériens, apparemment influencés par la littérature égyptienne de la *rouqiya*. On observe en Égypte[37] et en Palestine[38] que le djinn doit quitter le malade par le pied gauche pour éviter tout dommage. Les *râqis* égyptiens auraient conservé les croyances traditionnelles sur les djinns: habitant sous terre, ils doivent abandonner leur victime par le bas du corps, en principe par les pieds, au contact avec le sol; c'est la raison pour laquelle les possédées doivent frapper le sol avec le pied « chargé » de djinns, notamment le pied gauche.

L'excorporation des djinns n'est pas toujours le fait de l'exorciste. Des malades prétendent que le djinn les a quittés, en se référant à un rêve, une sensation physique ou une impression psychique. Généralement, l'absence des symptômes après la clôture du rituel atteste la disparition des djinns.

---

35. Chez les coptes, le démon est censé quitter le possédé par les extrémités des doigts, Viaud, 1978, p. 72.

36. Pratiquant dans leur « clinique », des *râqis* oranais répètent à la fin du rituel la prière: « al-jasad yasfa min koul al-aryah bi idni Allah: que le corps soit purifié de tous les vents avec la permission de Dieu ».

37. Le djinn devrait sortir par le pied gauche, Viaud, 1978, p. 72.

38. Pour la Palestine, je me réfère à l'émission « Zone interdite » diffusée le 6 novembre 1994 sur la chaîne de télévision française M6, sur la pratique de la *rouqiya* à Gaza.

En dehors des signes flagrants comme le regard absent, ce qui importe pour le *râqi*, à première vue, est d'apprécier le retour à la normale. Un exemple significatif est celui d'une possédée oranaise[39] dont le djinn s'exprimait en arabe littéraire. Ce djinn avait été apparemment éliminé au niveau de la bouche. Pourtant il est considéré par le *râqi* Hasni comme résistant puisque, juste après sa sortie, la possédée a conservé l'usage de l'arabe littéraire, signe du retour du djinn, d'où la nécessité de renouveler l'excorporation.

La malade doit décrire ses sensations au fur et à mesure de l'expulsion. Pour vérifier la « sortie » du djinn, certains *râqis* demandent à la possédée si elle a senti une chaleur se dégager au moment de l'excorporation de son djinn, d'autres *râqis* répètent l'*adân*, appel à la prière, et/ou des versets coraniques, d'autres encore font sentir du musc à la malade.

La « fixation » des djinns

Le mérite de la « fixation » des djinns excorporés réside, aux yeux des *râqis*, dans la prévention du retour des malades à la possession. Les lieux sacrés de l'islam comme La Mecque et Médine sont décidés par le djinn converti et par le *râqi*. Le choix du nouveau séjour peut être objet de négociation. En effet, le lieu peut avoir des conséquences fâcheuses s'il se trouve par exemple dans une mosquée à proximité de la résidence de la malade, d'où le souci de fixer le djinn le plus loin possible.

Certains *râqis* proposent de fixer les djinns à leur propre domicile : c'est le cas d'un *râqi* oranais fréquenté par la possédée Malika et du *râqi* égyptien Jaber. Celui-ci, convaincant les djinns d'embrasser l'islam avant de quitter les malades, prend l'initiative de les inviter à vivre dans le royaume musulman appartenant à ses propres djinns auxiliaires et se trouvant sous la chambre où se déroulent quotidiennement les rituels de la *rouqiya*. Après avoir « extrait » avec les mains le djinn concentré dans le corps de la souffrante, souvent un endroit douloureux, Jaber procède à la fixation du djinn en le posant sur le sol de la chambre hantée, consacrée au travail rituel. La main droite serrée de Jaber plaquée avec précaution contre le sol indique le caractère dangereux de l'opération. En effet, le djinn rusé et invisible peut se faufiler entre les doigts du *râqi* pour regagner le corps de la souffrante.

La fixation des djinns en un lieu distant n'est pas pratiquée par des *râqis* qui considèrent que l'efficacité de la *rouqiya* doit être complétée par des programmes à suivre par les malades, afin d'assurer une guérison à long terme.

---

39. Rituel collectif du 22 septembre 2002 de 10 h 55-13 h 00 à Oran chez le *râqi* Hasni.

Conclusion

Le recours à la pratique de la *rouqiya* observé en Algérie, en Égypte et en France, est un phénomène qui date des années 1990, période mouvementée de grands changements sociaux et politiques, avec notamment la montée du mouvement islamiste à l'échelle mondiale.

En assistant aux rituels de la *rouqiya* chez des *râqis*, des malades de confession musulmane s'inscrivent dans une demande individuelle et familiale de solution à leurs problèmes sanitaires et sociaux. Ils cherchent à forger un sens aux désordres physiques et aux dysfonctionnements sociaux dont ils s'estiment victimes. Ainsi les maux comme la stérilité, pour qui la médecine ne trouve ni explication ni traitement, peuvent être interprétés comme signes d'un ensorcellement ou d'une possession ou des deux. La plainte va d'une douleur localisée à un échec personnel (mariage, divorce, études, travail) en passant par les conflits familiaux et relationnels.

Le mal est combattu par un rituel célébré dans des conditions de sacralisation du temps, de l'espace et des acteurs. La dimension thérapeutique de la *rouqiya* se caractérise par l'identification précise du mal et sa nomination. La *rouqiya* propose une théâtralisation de la gestion du mal : le *râqi* collabore avec le malade et avec le djinn pour négocier une solution apportant le soulagement de sa souffrance dans l'attente d'une guérison.

Bibliographie

Al-Suyûtî (al-Imam Jalâl al-Dîn), 1997, *La médecine du prophète*, (Nouvelle édition de la traduction du Dr. Perron), Paris, éd. Al-Bustane.

Aouattah Ali, 1993, *Ethnopsychiatrie maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan.

Bach Juliette, 2000, « L'exorcisme : analyse anthropologique d'un cas de possession diabolique », in *Histoire et anthropologie, Revue pluridisciplinaire de sciences humaines, 21 : Religions et civilisations*, Paris, L'Harmattan, p. 193- 232.

Bâli Wahîd Abdessalam, [s.d.], *Wiqâyat al-insâne mina al-jinn wa al-chaytâne* [*La prévention de l'homme contre les djinns et le diable*], Blida, Algérie, Maktabat al-Sahâba, Jiddah, Dar al-Imâm Mâlik.

Bellakhdar Jamal, 1997, *La pharmacopée marocaine traditionnelle, Médecine arabe ancienne et savoirs populaires*, Paris, Ibis Press.

Benkheira Mohammed Hocine, 1997, *L'amour de la loi. Essai sur la normativité en islam*, Paris, PUF.

Bououne Saïd, 2005, *La résurgence d'une pratique thérapeutique religieuse « al-rouqiya » : ses liens avec la salafya,* thèse, Université Aix-Marseille III.

Brown Peter, 1996, *Le culte des saints. Son essor et sa fonction dans la chrétienté latine,* Paris, Éd. du Cerf.

Caulier Brigitte, 1990, *L'eau et le sacré. Les cultes thérapeutiques autour des fontaines en France du Moyen Age à nos jours,* Paris, Éd. Beauchesne.

Cazeneuve Jean, 1971, *Sociologie du rite (tabou, magie, sacré),* Paris, PUF.

Chebel Malek, 2004, *Le corps dans la tradition au Maghreb,* Paris, PUF.

Cherak Fatima Zohra, 2007, *Anthropologie de « l'exorcisme » en islam : représentations et pratiques de la rouqiya en Algérie, en Égypte et en France*, thèse, Université d'Aix-Marseille.

– *La pratique de la rouqiya. Conception et technique de l'exorcisme maghrébin (Marseille).* Mémoire de DEA d'anthropologie, Université d'Aix-en-Provence.

– 1994-1995, *Étude de la religion populaire en Algérie : le phénomène du djinn.* Mémoire de Maîtrise en Histoire Contemporaine, Université de Poitiers.

Claisse-Dauchy Renée, 1996, *Médecine traditionnelle du Maghreb. Rituels d'envoûtement et de guérison au Maroc,* Paris/Montréal, L'Harmattan.

Crapanzano Vincent, 2000, *Les Hamadcha. Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine,* Paris, Institut d'édition Sanofi-Synthélabo.

Desparmet Joseph, 1932, *Le mal magique*, Imprimerie Jules Carbonel, Paris, Alger/Paul Geuthner.

Doutté Edmond, 1983 (rééd. 1994), *Magie et religion dans l'Afrique du Nord*, Paris, Maisonneuve.

Dubouloz-Laffin Marie-Louise, 1946, *Le Bou-Mergoud. Folklore Tunisien. Croyances et coutumes populaires de Sfax et de sa région,* Paris, Maisonneuve.

Evans-Pritchard Edward, 1972, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard.

Frazer James George, réédition, 1996, *Le rameau d'or : Esprits des blés et des bois. Le bouc émissaire*, Paris, Robert Laffont, 4 vol.

Gaudry Mathéa, 1961, *La société féminine au djebel Amour et au Ksel*, Études de sociologie rurale nord-africaine, Alger, Société algérienne d'impressions diverses.

Hamès Constant (éd.), 2007, *Coran et talismans : Textes et pratiques magiques en milieu musulman,* Paris, Karthala.

Jaussen Antonin, 1948, *Coutumes des Arabes au pays de Moab.* Librairie d'Amérique et d'Orient, Paris, Adrien-Maisonneuve.

Joâo Vasconcelos, 2005, « Langue des esprits et esprit São Vicente (îles du Cap-Vert) », in *Terrain*, *44,* p. 109-124.

Lahlou Abdelati, 1986, *Croyances et manifestations magico-religieuses au Maroc : le cas de Meknès,* Thèse de 3e cycle, ethnologie, Université d'Aix-en-Provence.

Legey Françoise (Dr.), 1926, *Essai de folklore marocain,* Paris, Librairie Orientale Paul Geuthner.

Longuenesse Elisabeth, 1995, *Santé, médecine et société dans le monde arabe,* Paris, L'Harmattan.

Naamouni Khadija, 1993, *Le culte de Bouya Omar. Sanctuaire de la possession et de la Hadra Rahhaliyya*, Casablanca, Éd. Eddif.

Ouitis Aissa, 1984, *Possession, magie et prophétie en Algérie,* Essai Ethnographique, Paris, Éd. de L'Arcantère.

Oughourlian Jean-Michel, 1982, *Un mime nommé désir. Hystérie, transe, possession, adorcisme,* Paris, Grasset et Fasquelle.

Pia Di Bella Maria, 1988, « Langues et possession: le cas des pentecôtistes en Italie méridionale », *Annales. Histoire, Sciences Sociales, 43*, 4, p. 897-907.

Plantade Nedjima, 1988, *La guerre des femmes. Magie et amour en Algérie*, Paris, Éd. La Boîte à Documents.

Radi Saâdia, 1994, *Surnaturel et société. L'explication magique de la maladie et du malheur à Khénifra (Maroc),* Thèse en Anthropologie, Université d'Aix-en-Provence.

Rodinson Maxime, 1957, « Autobiographies de possédées égyptiennes », in *Mélanges Louis Massignon*, Paris, Institut d'Études Islamiques de l'Université de Paris et Institut Français de Damas, tome III, Librairie d'Amérique et de l'Orient, p. 259- 269.

Rouget Gilbert, 1990, *La musique et la transe. Esquisse d'une théorie générale des relations de la musique et de la possession*, Paris, Gallimard.

Sengers Gerda, 2003, Women and demons. Cult healing in islamic Egypt, *International Studies in Sociology and Social Anthropology, LXXXVI*, Leyde/Boston, Brill, VIII.

Shabou Amina, 1995, « L'eau court sous tes pieds, le sais-tu ? ». *La représentation de la maladie et ses enjeux sociaux dans le sud tunisien,* thèse, anthropologie sociale, Paris, EHESS.

Strasser Sabine, 1998, Ambiguïté de l'impureté, corps de femme, moment critique de la vie et possession par les esprits en Turquie, démons guérisseurs et femmes possédées, le monde des démons, la pratique de Hoca, in *Le corps humain. Supplicié, possédé, cannibalisé*, Maurice Godelier et Michel Panoff (éd.), Amsterdam, Éditions des Archives Contemporaines, p. 29-50.

Viaud Gérard, 1978, *Magie et coutumes populaires chez les Coptes d'Égypte*, Sisteron, Éd. Présence.

Zamiti Khalil, 1982, *Sociologie de la folie. Introduction au Shamanisme maghrébin, Sidi Hammadi Soltane El Jaane*, Tunis, Université de Tunis, Centre d'Études et de recherches Économiques et Sociales, Série Sociologique, 8.

Zerdoumi Nefissa, 1979, 1982, *Enfants d'hier. L'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérien,* Paris, François Maspero.

13

Actualité de la médecine traditionnelle musulmane

Les confréries soufies Naqshbandiyya et Tchichtiyya

Jean-Yves MOISSERON et Mouloud HADDAD[1]

Notre but dans ce chapitre est de rendre compte de l'actualité de la médecine traditionnelle musulmane au sein des confréries soufies. Après avoir donné quelques éléments de définition tant du soufisme et des confréries que de la médecine traditionnelle musulmane, l'étude porte sur les pratiques médicales traditionnelles aujourd'hui au sein des confréries Naqshbandi et Tchichti, également originaires d'Asie centrale, mais qui ont diffusé dans une bonne partie du monde. La médecine traditionnelle musulmane revêt-elle au sein de ces confréries une signification particulière et différente de celle qu'elle peut avoir pour l'ensemble de la communauté. Enfin y a-t-il une spécificité des pratiques de cette médecine traditionnelle dans le soufisme contemporain ?

L'étude repose essentiellement sur des enquêtes de terrain, des entretiens et l'analyse du corpus que représentent les conférences (plusieurs centaines !) du cheikh naqshbandi, Mohammed Nazim Adil el-Haqqani. Une grande partie des conférences a été éditée par ses disciples ou a fait l'objet d'enregistrements sonores. Nous avons également examiné des publications émanant de la confrérie Tchichtiyya. Cette dernière comme la confrérie Naqshbandiyya a en effet publié des ouvrages spécifiquement consacrés à la médecine et directement adressés au public occidental[2].

---

1. Nous remercions Éric Geoffroy, Alexandre Popovic, Anne Marie Moulin, Anne Pellegrini pour les remarques et suggestions. Nous restons seuls responsables d'éventuelles erreurs ou imprécisions.

2. Cheikh Nazim Al-Haqqani, *Natural Medicines, Traditional Sufi Healing Methods*, London, Zero Production, 1995. Cheikh Hakim Moinuddin Chishti, *Le livre de la guérison soufie*, Guy Tredaniel, 1996. Cheikh Nazim, *Buch der Heilung*, Spohr Verlag, 2004. Le

Les confréries soufies

Le soufisme

Il est difficile de résumer en quelques lignes ce que signifie le soufisme. La littérature assez abondante sur le sujet[3] ne concorde pas autour d'une définition unique. Le soufisme se présente de manière différente selon les époques et les lieux. Certains adeptes du soufisme et notamment ceux qui, en Occident, se rattachent au courant « traditionaliste » (pour employer le terme qu'utilise Mark Sedgwick pour désigner le courant de pensée rattaché à l'œuvre de René Guénon) considèrent que le soufisme constitue le cœur de l'islam et l'aspect ésotérique de la tradition musulmane[4]. Dans le même ordre d'idées, les Tchichtis affirment que « les soufis peuvent être considérés comme une classe spéciale de maîtres dans l'islam, dont la responsabilité est de maintenir et de transmettre le savoir caché, profond (*ilm*), contenu dans le Saint Coran »[5].

Le mot soufi ou *tasawwuf* en arabe pourrait venir de *sûf*, la laine. Il aurait désigné la tenue de certains compagnons du Prophète, puis des mystiques qui, dans les premiers temps de l'Islam, se consacraient exclusivement à Dieu et revêtaient un manteau de laine en signe de pauvreté. Le soufisme a été ensuite à l'origine d'une production poétique et métaphysique extrêmement riche et érudite, avec des auteurs prolifiques comme Muhyi ad-din Ibn al-'Arabi, Ibn Ata'Allah, Djalal ed-din Rumi, Al-Hallaj. Mais il a aussi correspondu à une réalité sociale vivante et festive. Dans certains cas, les confréries, tout en affirmant les dimensions mystiques et métaphysiques de leur quête, sont devenues des formes d'Islam populaire associées à des manifestations de piété collective comme les pèlerinages et les célébrations d'anniversaires de saints ou de membres de la famille du Prophète[6].

Le soufisme a puisé ses racines dans l'enseignement prophétique et s'est illustré par l'existence de confréries qui se présentent comme des « écoles », à différencier des écoles juridiques. Leur vocation est un ensei-

---

fait de se cantonner aux conférences ou textes publiés essentiellement en anglais ou en français est incontestablement une limite de l'étude.

3. Martin Lings, *Un saint soufi du XXe siècle : le cheikh Ahmad Al Alawi, héritage et testament spirituel*, Seuil, 1990 ; Alexandre Popovic, Gilles Veinstein, *Les voies d'Allah*, Paris, Fayard, 1996 ; Éric Geoffroy, *Initiation au soufisme*, Paris, Fayard, 2004.

4. René Guénon, né en 1886 à Blois et mort en 1951 au Caire, a joué un rôle considérable, notamment en France. Il est à l'origine d'un renouveau du soufisme en Occident. M. Valsan, D. Gril, M. Chodkiewicz, F. Schuon, M. Lings, S. Hossein Nasr, L. Bakthiar, sont autant d'auteurs qui se rattachent à cette mouvance. M.J. Sedgwick qualifie ce courant de « traditionaliste » en référence à ce que R. Guénon entendait par Tradition, voir Mark J. Sedgwick, *Le soufisme*, Paris, Éditions du Cerf, 2001.

5. *Le livre de la guérison soufie*, p. 19.

6. Sur ce thème, Catherine Mayeur-Jaouen, *Histoire d'un pèlerinage légendaire en Islam. Le mouled de Tanta du XIIIe siècle à nos jours*, Paris, Aubier, 2004.

gnement spirituel assuré par des « Maîtres ». Le but des disciples est de parvenir par étapes à une réalisation spirituelle complète qui peut être définie par l'annihilation totale dans la Présence divine (*el-Fana*).

Face au caractère absolu de ce type de quête, la recherche de la santé, entendue comme recherche d'un équilibre du corps, pourrait paraître secondaire. En réalité, la santé est considérée comme une condition nécessaire pour la réalisation spirituelle. Cela tient tout d'abord au fait que pour les soufis le corps n'est pas une entité séparée du reste de l'être. Le corps physique est l'un des éléments de la « *nafs* » que l'on traduit parfois par l'ego. Les éléments qui constituent l'être humain, à savoir le corps, l'âme et l'esprit, sont liés les uns aux autres.

La seconde raison réside dans le fait que le corps est le véhicule même de la réalisation spirituelle. C'est par le corps que s'effectuent les actes rituels comme la prière ou le pèlerinage. « La vie terrestre est une des étapes du voyage vers Dieu, et le corps en est le véhicule. En tant que tel, il incombe au voyageur de maintenir le corps en un état optimum, pour que le malaise et la douleur ne détournent pas l'attention de la concentration vers le but »[7]. Le corps incarne pour le croyant le choix d'orienter sa vie en direction de Dieu.

Enfin, la purification de l'âme passe par celle du corps, par exemple dans les ablutions rituelles qui revêtent une importance primordiale pour les musulmans. La purification du corps est en effet l'une des conditions nécessaires à la prière. Il est d'ailleurs recommandé dans les traditions musulmanes de demeurer en état de pureté même en dehors de la prière, car les effets de cette purification corporelle ne se limitent pas au corps et se font sentir de manière subtile, ce que rendent de nombreux *hadiths* qui évoquent la lumière céleste émanant du corps des croyants lors de l'ablution rituelle[8].

La confrérie Tchichtiyya

La confrérie Tchichtiyya tire son nom de l'un de ses fondateurs, originaire de Tchicht dans le Khorasan, aux confins de l'Afghanistan et de l'Iran. Mu'in ad-Din Tchichti (mort vers 1235) s'installe à Ajmer, dans le Rajasthan, dans le sillage de la dynastie turque des Ghorides, à l'origine du Sultanat de Delhi en 1193. Au bout de quelques dizaines d'années, ces nouveaux occupants venant de Ghor en Afghanistan parviennent à contrôler tout le sous-continent indien et y implantent une culture et des institutions perso-islamiques. Dans les récits hagiographiques qui lui sont

---

7. *Le livre de la guérison soufie*, p. 61.

8. D'après les recueils de *Hadith* de Muslim : « Abû Hurayra rapporte que l'envoyé de Dieu – sur Lui la Grâce et la Paix – a dit : « Les gens de ma communauté viendront au jour du Jugement et de leurs membres émanera une lumière témoignant de leurs ablutions. Je les précéderai devant la fontaine du Paradis », cité par Al-Nawawy, *Les jardins de la piété*, Lyon, Alif Éditions, traduction Abdallah Penot, 1991.

consacrés, Mu'in ed-din Tchichti est reconnu pour ses qualités spirituelles extraordinaires. Mais c'est au disciple de l'un de ses disciples, à savoir Nizâm ad-Din, qu'on doit le rayonnement et l'organisation de la confrérie sur l'ensemble du sous-continent, qui s'enrichit de l'éclat littéraire et musical du grand poète Amir Khusraw.

La confrérie Tchichtiyya nous intéresse car elle accorde une grande importance à la médecine. Les Tchichtis considèrent que la médecine est l'une des activités les plus nobles et les plus méritoires. En soulageant la souffrance des hommes et des femmes, les Tchichtis pensent remplir une obligation divine essentielle: être utile à la communauté des hommes. « De même que l'attribut le plus important d'Allah est Sa compassion envers l'humanité, de même les soufis s'évertuent à le (l'attribut) propager parmi les gens. La guérison du malade et de celui qui souffre est considérée comme le plus important des services rendus à l'humanité »[9]. L'ordre Tchichti a établi à Ajmer une clinique gratuite pratiquant la phytothérapie, qui accueillerait autour de 60 000 personnes par jour.

La confrérie Naqshbandiyya[10]

La confrérie Naqshbandiyya est aussi originaire d'Asie Centrale. Elle tient son nom de Shah Bahâ'ud-din Naqshband (1318-1389) de Boukhara mais s'inscrit dans une lignée de maîtres antérieure de deux siècles, clairement identifiée et connue sous le nom de *tarîqa-i khwâdjagân* ou confrérie des Maîtres de sagesse[11]. Cette confrérie se distingue par le rattachement de sa chaîne initiatique au calife Abu Bakr alors que les autres confréries se rattachent au quatrième calife 'Ali.

Cette confrérie, très orthodoxe, à savoir très respectueuse de la *chari'a*, se caractérise par une certaine sobriété dans les chants extatiques, le *zikr*[12] silencieux et l'importance accordée au contrôle de soi. Parmi les nombreuses branches de la confrérie Naqshbandiyya, nous nous sommes particulièrement intéressés à la Naqshbandiyya-Haqqaniyya, désignée ainsi en référence à son maître actuel: Cheikh Mohammed Nazim Adel El-Haqqani ou plus simplement Cheikh Nazim.

Cette branche de la Naqshbandiyya devint caucasienne au début du XIXe siècle et se fit remarquer par son engagement contre l'occupant russe au Daghestan. Le maître de Cheikh Nazim, Cheikh Abdallah al-Faiz ad-Daghestani, quitta le Daghestan assez jeune et s'installa avec son

---

9. *Le livre de la guérison soufie*, *op.cit.*, p.21.

10. Voir notamment Marc Gaborieau, Alexandre Popovic et Thierry Zarcone (éd.), *Naqshbandis: Cheminements et situation actuelle d'un ordre mystique musulman*, Istanbul, Isis, 1990, Cheikh Hisham Kabbani, *The Naqshbandi sufi way*, Kazi Pubications, 1995.

11. Thierry Zarcone, *La Naqchbandiyya*, Marc Gaborieau *et al.* (éd.), *op.cit.*, p.452.

12. Le *zikr* ou invocation divine est l'un des rituels essentiels du soufisme. Il consiste en la répétition de noms divins, de versets du Coran et de prières. Il se pratique collectivement ou individuellement, à haute voix ou silencieusement.

maître en Turquie. Après un détour par l'Égypte et Alep, il s'installa finalement à Damas. Cheikh Abdallah était connu pour son charisme et ses retraites spirituelles. Il désigna Cheikh Nazim comme son successeur et lui prédit que celui-ci ferait connaître la confrérie d'Est en Ouest[13].

Cheikh Nazim est né à Chypre en 1922 dans une famille dont les branches remontent à deux grandes figures du soufisme : Abdel Qader el-Jilani et Jalal-ed-din Rumi. Un de ses grands-pères était un maître soufi de la confrérie Qadiriyya. Son enfance est marquée par un apprentissage à la fois laïque à l'école et islamique dans sa famille. Il apprend le Coran et les *hadiths* et montre des prédispositions spirituelles précoces. À 18 ans, il part pour Istanbul passer un diplôme universitaire de chimie et parfaire ses connaissances spirituelles. Il rencontre alors son premier maître Naqshbandi, Cheikh Suleiman Arzurumi qui, après quelques temps, le conduira à celui qu'il considère comme son « vrai » Maître, Cheikh Abdallah, à Damas, évoqué plus haut. Il passera ensuite plusieurs années entre Damas et Chypre, au service de la communauté musulmane de Chypre et de son maître à Damas. Il accomplit aussi des retraites spirituelles et organisa des pèlerinages. En 1974, à la mort de Cheikh Abdallah, il devient le Maître de cette branche Naqshbandiyya.

L'une des caractéristiques de Cheikh Nazim est sa volonté et sa capacité de diffuser la Naqshbandiyya en Occident, en Europe et aux États-Unis, et de s'adresser à des occidentaux non musulmans. Certains « traditionnalistes », lecteurs de René Guénon, ont ainsi rejoint la Naqshbandiyya. Cheikh Nazim compte plusieurs milliers de disciples européens en Allemagne et attire à lui un public occidental, notamment grâce à ses conférences. Son abord est facile et il manie volontiers l'humour tout en manifestant une très grande liberté de parole. De surcroît, sa maîtrise de l'anglais facilite le contact.

Ce qui nous a intéressé dans cette branche, outre son caractère accessible, c'est que les disciples de Cheikh Nazim ont publié plusieurs ouvrages sur la médecine. Cheikh Nazim est lui-même connu pour donner des conseils médicaux et beaucoup de gens viennent le consulter sur ces questions. Il est possible par ailleurs de suivre des enseignements de médecine traditionnelle sous forme de stages, dans le centre américain de la Naqshbandiyya-Haqqaniyya à Washington. Celui-ci est dirigé par Cheikh Hicham Kabbani, un des successeurs de Cheikh Nazim, qui mène une intense activité de publication, appuyée sur l'organisation de la prédication aux États-Unis et en Europe. Cheikh Hicham a par exemple été reçu par la prestigieuse école de médecine de Harvard en 1997 pour une conférence sur la médecine prophétique[14].

---

13. Pour les éléments biographiques de Cheikh Nazim, voir *The Naqshbandi Sufi Way*, *op.cit.*, p.375.

14. Cheikh Hicham Kabbani, « Spirituality and Healing in Medicine », Conférence à l'École de médecine de Harvard, 1997, éditée par l'Islamic Supreme Council of America, 2003.

Les frontières de la médecine traditionnelle musulmane et de la médecine prophétique

Nous entendons par médecine traditionnelle musulmane les pratiques et les savoirs médicaux présents dans la zone d'influence de l'islam et qui ne relèvent pas de la médecine moderne. Elle recouvre de très nombreuses pratiques et puise son origine à diverses sources. La première est l'ensemble des connaissances médicales propres à chaque région et antérieures à l'avènement de l'islam. La seconde source, qui peut recouper la première, est l'ensemble de l'héritage médical grec, byzantin et perse. La troisième est la médecine du Prophète (*Tibb en-Nabi*), à savoir les versets du Coran et les traditions prophétiques (*hadith*) relatifs à la santé, à l'hygiène, aux remèdes mais aussi aux actes de purification comme l'aumône, la prière et l'invocation divine (*zikr*)[15].

Le terme qui s'impose assez tôt dans l'histoire de l'islam dans les traités médicaux qui veulent s'inscrire dans la tradition musulmane n'est pas « médecine du Prophète » (*tibb an-Nabi*) mais plutôt « médecine prophétique » (*tibb an-Nabawi*). Ainsi, le premier auteur qui aurait écrit un traité intitulé « médecine prophétique », serait Abu Hassan 'Ali Ibn Mousa (770-818), à une époque assez précoce dans l'histoire de l'islam. Malheureusement ce manuscrit est perdu et seulement mentionné dans des écrits postérieurs. Il serait cependant le premier d'une longue série d'ouvrages portant pour la plupart le même titre de « médecine prophétique ». Il semble donc que dès le IIe siècle de l'histoire de l'islam, la médecine prophétique ait constitué un corpus en tant que tel[16]. Par comparaison avec la médecine du Prophète, qui se réfère exclusivement aux *hadiths* et au Coran, la médecine prophétique intègre en partie l'héritage de la médecine grecque, perse et byzantine. Ainsi Ibn Qayyim Al-Jawziah, dans l'épilogue de son ouvrage *at-Tibb an-Nabawi* mentionne-t-il Hippocrate[17]. C'est le cas aussi du compilateur par excellence des traditions prophétiques relatives à la médecine, à savoir Jalâl ad-din As-Suyûtî[18] qui

15. Les *hadith* ou traditions prophétiques forment un corpus de récits relatifs à la vie du Prophète Mohammed, dont la validité est examinée avec soin par les juristes et les théologiens. Ils forment avec le Coran la base de l'islam (*Sunna*).

16. On peut par exemple se référer aux trois volumes de l'ouvrage de Mohammed Nazim en-Nassimi: *Tibb an-Nabawi*, Beyrouth, el Risalah, 1996. Cet auteur passe en revue les manuscrits disponibles traitant de la médecine prophétique afin d'établir des comparaisons. Il mentionne également les manuscrits perdus auxquels les auteurs antérieurs ont fait référence.

17. Ibn Qayyim al-Jawziah, *La Médecine Prophétique*, Beyrouth, Dar al-Kotob Al-Ilmiyah, 2005.

18. Jalâl ad-din as-Suyûtî, *La Médecine du Prophète Muhammad*, Bordeaux, Éditions le Savoir, 2005. As-Suyuti, né en 1445 au Caire, est considéré comme un des grands savants de l'islam. Il aurait rédigé plusieurs centaines d'ouvrages dans de très nombreux domaines.

cite Avicenne et expose succinctement dans son introduction la théorie des humeurs, héritée de Galien.

Les recueils de médecine prophétique présentent habituellement les produits utilisés comme remèdes. Chez Suyuti, les remèdes, le plus souvent des produits de consommation courante, sont présentés accompagnés de leurs qualités relatives aux différentes humeurs. Ainsi par exemple, l'ail est dit chaud et sec au troisième degré tandis que le tamarin est froid et sec au second degré. Le degré, conformément à la tentative d'Avicenne de quantifier la force des remèdes, indique la force de l'influence du produit sur la transformation des humeurs. Ainsi le tamarin modifie-t-il légèrement les humeurs tandis que l'ail a une action plus importante. Un aliment chaud va « accélérer » la coction (cuisson) et augmenter la chaleur du corps. Un aliment froid « ralentira » au contraire la coction des humeurs[19]. L'héritage hellénistique, notamment de Galien, est clairement affirmé. La médecine prophétique déborde donc la médecine du Prophète *stricto sensu*.

À ce corpus déjà important en termes de remèdes, les recueils de médecine prophétique ont ajouté les différentes traditions thérapeutiques propres à chaque région où s'est propagé l'islam. La médecine prophétique s'inspire à l'évidence de la tradition bédouine, à savoir le fonds de connaissances disponibles dans la région du Hijaz au VIe siècle. C'est du moins l'avis d'Ibn Khaldoun qui déclare : « La médecine du Prophète est de nature bédouine. Elle ne fait pas partie de la Révélation. Les questions médicales faisaient seulement partie de la coutume arabe et représentent des gestes et des habitudes du temps »[20]. Dans le même paragraphe, Ibn Khaldoun indique plus loin que « (cette médecine) n'a rien à voir avec la théorie des humeurs et n'est que le résultat de la foi ».

Les maîtres soufis remarquent que les remèdes préconisés dans telle ou telle situation peuvent varier d'une région à l'autre, d'une époque à l'autre et même d'un individu à l'autre. L'une des caractéristiques de la médecine prophétique est de faire appel à des produits d'usage courant voire très courant : les ingrédients de la pharmacie peuvent se trouver pour la plupart dans la cuisine domestique. Les produits utilisés diffèrent évidemment selon les régions et les habitudes alimentaires. Ibn Khaldoun, citadin, vivant dans une région agricole irriguée et verte, a peu de considération pour des produits poussant en milieu aride et utilisés par une population nomade. L'extension de l'aire géographique de l'islam s'est traduite par l'intégration dans la médecine prophétique de nouvelles plantes et remèdes propres aux nouvelles régions conquises. Les compilateurs de médecine prophétique, notamment après le XIIIe siècle et la chute de Bagdad, ont tendu à y intégrer des éléments qui appartenaient au fonds de connaissances de la médecine traditionnelle arabe.

---

19. *Le livre de la guérison soufie*, *op.cit.*, p.74.

20. Ibn Khaldoun, *Prolégomènes*, édition et traduction par le baron de Slane, Paris, Imprimerie impériale, 1863, t.III, p.164. Cité par Paul Mazliak, *Avicenne et Averroes*, Paris, Vuibert/Adapt, 2004, p.27.

Les frontières de la médecine prophétique telle qu'elle apparaît dans les recueils qui portent ce titre sont donc mouvantes. Si la base est bien l'ensemble des *hadiths* et des versets du Coran relatifs à la médecine, elle intègre aussi des éléments de la médecine musulmane traditionnelle et des savoirs locaux. Elle étend même ses frontières en direction des soufis, au nom de ce que l'on peut appeler « l'actualisation de la connaissance prophétique ». Nous verrons un peu plus loin que la possibilité d'explorer de nouvelles connaissances transmises par le Prophète afin de répondre aux problèmes contemporains permet d'introduire de nouveaux remèdes et d'enrichir encore le corpus des connaissances médicales.

La double nature, matérielle et spirituelle, de la maladie et de la guérison

La médecine prophétique est conforme à la conception musulmane de la double nature de l'homme, matérielle et spirituelle. D'après le Coran, l'homme est fait d'argile, mais ce qui lui donne la vie est le souffle divin[21]. Pour reprendre une image bien connue dans le corpus des *hadiths*, l'Homme a été créé de la lumière divine transmise tout d'abord au Prophète Mohammed. Dernier dans l'ordre d'apparition des Prophètes, il est dit premier dans l'ordre des principes. Pour les soufis, la nature humaine procède donc de la nature mohammadienne. Cette communauté de lumière donne toute sa dimension aux moyens spirituels de la guérison. Les produits courants qui ont la plupart du temps une action matérielle dans le processus de guérison, servent avant tout de véhicule au souffle divin. L'illustration la plus caractéristique d'une telle conception est le traitement par la lecture de versets coraniques sur de l'eau qui est ensuite bue ou utilisée par le malade. Ce n'est pas l'eau elle-même qui est censée guérir, mais elle est le support du souffle transmis par les bénédictions attachées à la récitation du Coran. C'est avant tout ce souffle qui importe pour les soufis.

Les maîtres soufis, qui se présentent comme les héritiers du Prophète et les dépositaires d'une connaissance divine toujours vivante, peuvent utiliser différents supports, l'important à leurs yeux étant moins le support que le souffle dont il permet la diffusion. Au cours des interviews réalisées auprès des disciples Naqshbandis, ceux-ci ont constaté que leur maître, Cheikh Nazim, avait souvent utilisé différents produits, très simples et très courants, pour traiter une même maladie chez différentes personnes. « Les effets de la guérison semblent avant tout spirituels. Ce qui guérit, c'est le souffle de la vie, c'est la lumière divine. La guérison se cache sous le produit utilisé. Elle opère dans l'invisible ».[22]

Dès lors, les maîtres soufis, qui se présentent comme les héritiers des prophètes, peuvent indiquer à leurs disciples de nouveaux produits en

21. Coran, Sourate 15, versets 28-29.

22. Interview de Abu Nazim Farhat, représentant de Cheikh Adnan Kabbani et de Cheikh Nazim Haqqani el-Kubrusi, le 23 février 2007, Chypre.

fonction de l'époque, des habitudes culinaires locales ou du climat, même s'ils ne sont pas mentionnés initialement dans les recueils de *hadiths*. Le corpus de la médecine prophétique n'est pas clos. Il peut s'enrichir par de nouvelles « traditions » introduites par les maîtres soufis contemporains. C'est très clair dans le cas de Cheikh Nazim.

L'actualisation de la connaissance divine

D'après les conceptions soufies, la connaissance émanant de Dieu est sans limites tandis que la connaissance humaine est bornée. Le Prophète puise dans la réalité d'un des attributs divins, qui est aussi l'un de ses noms, l'Omniscient (*El 'Alim*), pour enseigner à ses compagnons, et il continue aujourd'hui à puiser dans cet océan pour illuminer le cœur des saints. Cette connaissance est considérée comme la seule réellement sans limites. Dans les confréries soufies, la transmission de cette connaissance repose sur le lien spirituel avec le saint ou le maître en question. Celui-ci est établi lors de l'initiation qui rattache le disciple à son maître et permet la transmission d'une influence spirituelle lors d'un rituel spécifique d'allégeance (la *bay'a*). Le maître lui-même est rattaché à son propre maître à travers la chaîne initiatique (*silsila*) des Maîtres successifs, qui remonte, de proche en proche, au Prophète Mohammed. Pour les soufis, c'est à travers cette chaîne que court l'influence spirituelle divine, vivante et constamment actualisée, qui garantit la réalité et la validité de la connaissance transmise. Elle garantit aussi le caractère opératoire du souffle divin permettant la guérison. Les membres de la *silsila* pratiquent un exercice spirituel, la mise en connexion (*rabita*), notamment en visualisant le Maître afin d'accéder à cette connaissance, et ils sont tous reliés les uns aux autres et reliés en même temps à la réalité prophétique. Un des représentants de Cheikh Nazim, Cheikh Hicham Kabbani, commente que tous les disciples sont dans un wagon tiré par une locomotive qui représente le maître spirituel. Lui seul peut voir tous les détails du voyage alors qu'il conduit ses disciples vers la présence prophétique et la présence divine. Mais leur accès à la connaissance dépend de leur rattachement au maître comme suggéré par la métaphore des différents wagons.

Les inspirations et les suggestions qui surviennent dans l'état de *rabita* peuvent être tout à fait inattendues et dépendent des circonstances. C'est le propre d'une révélation vivante qui n'est pas déterminée par une forme figée. Elle est « ici et maintenant ». Les soufis disposent d'un corpus de connaissances thérapeutiques, mais ils peuvent s'en affranchir en fonction de ce que leur dicte l'inspiration qui provient de l'exercice de *rabita*.

Cette conception trouve pour les maîtres soufis des applications très concrètes. Cheikh Hicham[23] raconte qu'un jour, il traitait une femme

23. Cheikh Hicham Kabbani, *In the Shadows of the Saints*, Conférences éditées par Dr. Hedieh Mirahmadi, World Organization Forum Development and Education, Washington, 2005, p. 73.

possédée par un djinn. Il indique qu'il s'agissait d'un cas très difficile et le djinn s'est mis à hurler de plus en plus fort, au point que l'issue du traitement ne pouvait être qu'une destruction du djinn ou de Cheikh Hicham lui-même. Cheikh Hicham raconte qu'il se trouvait dans une mauvaise posture jusqu'au moment où une inspiration de son maître Cheikh Nazim lui indiqua comment procéder. C'est alors qu'il put avoir raison du djinn. D'après les soufis, il s'agit d'un exemple typique d'accès à une connaissance permise par la connexion actualisée entre le disciple et son maître. Ce dernier révèle, dans l'instant, les connaissances spirituelles nécessaires à la situation vécue par le disciple.

La médecine dans les confréries

Les désordres de l'ego et l'insoumission, comme explications de la maladie

Dans ses conférences, Cheikh Nazim indique que la maladie provient de l'incroyance, du doute, du rejet des actes d'adoration. « Les maladies spirituelles viennent de l'éloignement de la Présence Divine... Nous demandons toujours à demeurer dans la Présence Divine, c'est la seule façon d'être en bonne santé et protégé des maladies de l'ego »[24]. Dans un autre recueil, Cheikh Nazim rappelle que le Prophète est le guérisseur des cœurs[25]. « La santé vient de la sincérité, la maladie de l'hypocrisie. La santé vient de l'amour pour le Créateur, la maladie vient de l'amour pour ce bas monde. La santé vient du contentement, la maladie vient de l'envie. La santé vient de la douceur, la maladie de la colère. La santé vient de l'invocation divine, le *zikr*, la maladie vient de la négligence et de l'oubli de Dieu ».

Une des origines de la maladie, très souvent évoquée, provient de l'absence de contrôle de l'ego. Ce contrôle constitue dans le soufisme la première étape pour devenir un vrai serviteur de Dieu. Sans volonté de contrecarrer les penchants de l'ego à la satisfaction sans limite de ses désirs, l'être humain risque de perdre le contrôle de lui-même, ce qui ouvre, d'après les enseignements de la Naqshbandiyya, la porte à des maladies nouvelles. Là réside, pour Cheikh Nazim, une explication de

24. Cheikh Nazim, *Mercy Oceans, Teachings of Mevlana Cheikh Abdullah Ed-Daghestani*, Livre 2, Sebat, Turquie, 1980.

25. Cheikh Hicham Kabbani, *The Path to Spiritual Excellence*, Islamic Supreme Council of America, 2006 : « Le Prophète est venu guérir les cœurs. Il n'y avait pas de maladies, physiques ou spirituelles, qu'il ne pouvait soigner... Ceux qui lui ont succédé, les hommes de bien (*tabi'in*), sont devenus des soignants également et ainsi de suite jusqu'à aujourd'hui », p.95.

l'apparition des maladies émergentes[26] contre lesquelles la médecine moderne n'a pas de solution : « Les maladies se répandent dans des corps non contrôlés... La prise de contrôle de vous-même est bénéfique pour vous, spirituellement et physiquement »[27].

Dans un de ses ouvrages[28], Cheikh Hicham présente les 17 caractéristiques de l'ego qui empêchent la descente de grâce : la colère, l'attachement au bas monde, la malice, la jalousie, la vanité, l'avarice, l'indolence... Au delà des aspects purement thérapeutiques, l'engagement dans une voie spirituelle vise précisément à combattre un à un tous ces aspects « égotiques » négatifs. Ainsi peut-on quitter la station du *Maqâm an-Nafs*, la station de l'ego, pour parcourir les différentes stations jusqu'à *la station de la proximité* et au-delà, pour atteindre celle de l'annihilation dans la Présence Divine. Ainsi, peut-on se prémunir, d'après les soufis Tchichtis, à l'égard de la cause de nombreuses maladies : « En dernière analyse, toutes les maladies émotionnelles et physiques, que nous appelons chroniques et dégénératives, sont le résultat d'un arrêt trop long dans cette station (*la station de l'ego*)[29] ».

La purification comme moyen de guérison

Les recommandations des maîtres soufis passent aussi par une purification du cœur qui s'obtient par des moyens spirituels. La purification (*ez-zakat*) est directement liée à la *zakat*, l'impôt religieux, qui constitue l'un des cinq piliers de l'islam. Les recommandations en cas de maladie consistent donc à multiplier les offrandes aux pauvres, selon des modalités qui peuvent aussi être directement inspirées.

Il en va de même des donations volontaires (*sadaqa*). Dans un petit livre intitulé *La médecine naturelle*, Cheikh Nazim indique que « même avant d'essayer n'importe quel médicament, les gens devraient tenter de se soigner eux-mêmes à travers des dons charitables »[30]. Ces dons sont considérés comme le pilier de la guérison.

---

26. C'est nous qui employons ce terme actuel « de maladies émergentes », Cheikh Nazim parle seulement de maladies nouvelles qui se développent dans le monde moderne.

27. « Taking control of yourself », conférence de Cheikh Nazim, rapportée dans Cheikh Nazim Adil al-Haqqani, *Liberating the Soul, a Guide for Spiritual Growth*, Islamic Supreme Council of America, p.42.

28. Cheikh Hicham Kabbani, *The Sufi Science of Self-Realisation*, Fons Vitae, Louisville, Kentucky, 2006.

29. *Le livre de la guérison soufie*, *op.cit.*

30. Cheikh Nazim El Haqqani, *Natural Medicines*, Londres, Zero Production, août 1995, p.22. Voir aussi la version allemande beaucoup plus complète : Cheikh Nazim, *Buch der Heilung*, Spohr, mai 2004.

L'énergie spirituelle

Dans les explications adressées aux Occidentaux, Cheikh Hicham parle souvent d'énergie[31]. « Il s'agit d'énergie spirituelle, d'énergie cosmique. Cette énergie est la source de tout mouvement sur terre, du plus petit atome aux plus grandes galaxies[32]. Il reprend un thème commun à la vulgarisation de nombreuses traditions. « Dans différentes cultures, l'énergie divine est connue par différents noms : *Ki* en Japonais, *Chi* en Chinois, *Prana* en Hindi, *Qudra* en arabe »[33]. Les Naqshbandis ont réintégré ces enseignements dans des stages ouverts aux non-musulmans avec un enseignement qui tend à être codifié. Certains disciples de Cheikh Nazim puisent dans le soufisme Naqshbandi des enseignements qui s'inscrivent dans la mouvance du *New Age* et dans la ligne de l'intérêt des Occidentaux pour les techniques de développement personnel. Ils poursuivent ce que d'autres cheikhs, notamment Idris Shah[34], ont fait auparavant avec un certain succès en direction des Occidentaux. Les Naqshbandis utilisent de façon assez intensive les moyens de diffusion modernes comme les sites web et les vidéos en ligne[35].

Du côté de la confrérie Tchichtiyya, on retrouve cette notion d'énergie, également présentée comme universelle et transcendant les religions particulières : « Les soufis considèrent que ce souffle de vie existe et se poursuit en vertu de l'*idn* ou permission de Dieu, Celui qui nous a tous créés. Les noms donnés au Créateur-Dieu, Allah, Yahve ou qui que ce soit, sont sans importance »[36].

Les Naqshbandis utilisent la thématique de la bonne et de la mauvaise énergie. La bonne est celle de Dieu, obtenue par « le désir de Lui plaire », par les actes de dévotion, de purification et la pratique de la méditation, par la compagnie du maître, et surtout par les bonnes intentions et l'espérance. La mauvaise énergie est celle de l'ego, du doute, de l'angoisse, de la médisance, du fait de ne pas se satisfaire des faveurs divines.

Il fait aussi référence aux éléments subtils du corps et à leur harmonisation. Nous retrouvons la théorie des humeurs de Galien et la recherche d'un équilibre comme fondement de la santé : « Il y a des exercices pour purifier les éléments principaux de notre nature : la terre, l'air, le feu, et l'eau. Nous avons besoin d'arranger ces éléments et de les mettre en harmonie les uns avec les autres. Ces exercices sont similaires dans toutes

---

31. Cheikh Hicham est l'un des successeurs de Cheikh Nazim. Il s'est installé aux États-Unis depuis une quinzaine d'années et s'adresse tout particulièrement aux Américains et aux Occidentaux.

32. Cheikh Hicham Kabbani, « *Spirituality and Healing in Medicine* », *op.cit.*, 2003.

33. As-Sayyid Nurjan Mirahmadi and Dr. Hedieh Mirahmandi, *The Healing Power of Sufi Meditation*, Naqshbandi Haqqani Sufi Order of America, 2005, p. 70.

34. Né en Inde, mort en 1996.

35. http://nurmuhammad.com/Meditation/Healingpowersufimeditationivideolectures.htm

36. *Le livre de la guérison soufie*, *op.cit.*, p. 32.

les religions. Les Prophètes et les saints forment leurs disciples pour atteindre cette harmonie »[37].

On le voit, maladie et santé sont clairement articulées autour de l'intention de suivre ou non les commandements divins[38].

Les lata'ifs *ou les points subtils du corps*

Une autre façon d'illustrer les interactions entre le corps et la spiritualité est de voir comment les confréries utilisent les points subtils du corps (*lata'if*) dans la méditation mais aussi pour des objectifs thérapeutiques. D'après Henri Corbin, cette notion de centres subtils de l'être humain fut exposée tout d'abord par le soufi iranien Alâoddawleh Semnânî au XIVe siècle[39]. Mais l'utilisation de ces points est avérée depuis longtemps dans la Naqshbandiyya. Ces considérations sont à relier à ce qui a été dit précédemment de l'énergie. « Les guérisseurs spirituels symbolisent le flux de l'énergie divine au sein du corps comme des "vortex" (tourbillons) faits d'un nombre de petite spirales d'énergie »[40]. Ces points subtils (similaires aux *chakra* dans la tradition hindoue ou aux nœuds de l'Arbre de vie dans la Cabale), sont au nombre de neuf. D'après les enseignements naqshbandis, ces points se situent par paires sur la poitrine, le front et la tête. Ceux qui concernent plus spécifiquement les thérapies sont situés sur la poitrine et sur le front. « La maladie apparaît si l'un ou plusieurs de ces points sont en déséquilibre »[41]. Le rôle du soignant spirituel est de rééquilibrer ces énergies et d'harmoniser ces centres subtils. Il utilise pour cela sa propre énergie en activant l'un de ces points par contact et par massage. La cure est ensuite complétée par la récitation de certains noms divins ou la méditation sur l'un de ces points. Ces invocations et ces répétitions ont des vertus opératoires sur l'état de santé général du patient : « En fin de compte, l'esprit du patient et sa santé spirituelle s'améliorent avec sa santé physique »[42]. Ces techniques qui faisaient l'objet d'enseignements réservés au sein de la confrérie naqshbandiyya sont à présent accessibles à un public plus large. Il y a des correspondances intéressantes avec les techniques de Reiki et de Shiatsu[43], qui, dans la tradition japonaise, reposent sur l'harmonisation des énergies (le Ki) en différents points du corps.

---

37. Cheikh Nazim, *Mercy Oceans*, livre 2, Sebat, Konya, Turquie, p. 86.

38. Il faut cependant noter que les disciples ou même les maîtres tombent parfois très malades. Pour les soufis, la maladie n'a pas pour seule explication la non-conformité avec l'ordre divin.

39. *En Islam Iranien*, vol. 3, Paris, Gallimard, 1972, p. 275.

40. *The Healing Power of Sufi Meditation*, *op. cit.*, p. 107.

41. *Ibid.*, p. 108.

42. *Ibid.*, p. 110.

43. Le Reiki se concentre sur les chakras tandis que le Shiatsu utilise les points d'acuponcture. Dans les deux cas, le soignant transmet l'énergie au patient en certains points pour obtenir un rééquilibrage global.

Les points subtils du corps sont considérés aussi comme en rapport avec les différents prophètes et ont différentes couleurs[44]. Ainsi le corps du croyant (microcosme) est-il mis en relation avec l'histoire universelle. Par la méditation sur ces différents points, le croyant parcourt à nouveau en lui l'histoire des prophètes qui symbolise son propre développement spirituel, de la station Adamique à la station Mohammadienne.

Abordons aussi les enseignements Naqshbandis relatifs à la figure de l'ennéagramme[45]. Cette figure géométrique à 9 côtés et les secrets qui lui sont attachés, ont été révélés, d'après les textes de la Naqshbandiyya, par le Cheikh Abdallah Faiza Daghestani à G.I. Gurdjieff, lors d'une visite que celui-ci lui fit à Damas[46]. L'ennéagramme a des rapports avec les points subtils du corps[47].

Les pratiques thérapeutiques s'inscrivent dans une « science de la progression spirituelle » extrêmement élaborée. Les Tchichtis font le lien entre les différentes positions de la prière musulmane et la science des lettres. En effet, lors de la prière canonique, de par les positions qu'elle impose, le corps forme successivement les trois lettres *alif-dal-mim* de l'alphabet arabe dans la position verticale, la flexion et la prosternation. Ces trois positions se succèdent dans les cycles (*raka'ât*) de la prière. Or les trois lettres sont précisément celles qui composent le nom Adam. Comme la prière mentionne Abraham et Mohammed, le cycle même de la prière représente en résumé les étapes de la réalisation spirituelle et, encore une fois, l'histoire prophétique. La prière, loin d'être un simple exercice corporel, correspond à une mise en relation du croyant avec l'univers tout entier, orienté spatialement vers la Mecque et lié temporellement au déroulement de l'histoire. Il est « relié » dans le temps et l'espace à l'ensemble de l'humanité et en harmonie avec le monde. De cette harmonie découle la santé. Cette forme de « liaison » entre le croyant considéré comme un microcosme et l'univers exprime pleinement le sens du mot religion (*religere*) qui signifie étymologiquement le lien.

Ces quelques éléments montrent la richesse de ce que l'on pourrait appeler une « science de l'ego » ou encore une psychologie spirituelle. Les questions relatives à la santé sont insérées dans des sciences traditionnelles plus vastes dont l'objectif est la connaissance de l'âme humaine.

---

44. H. Corbin, *En islam iranien*, vol.3, p.276 et *sq*.

45. Georges I. Gurdjieff dans son école a tenté une synthèse entre différentes traditions. Ses disciples, notamment Piotr D. Ouspensky et à sa suite Oscar Ichazo, ont développé des aspects de ce symbolisme, si bien que l'ennéagramme est une figure qui fait l'objet d'applications dans les méthodes de développement personnel, la psychologie et même la gestion des ressources humaines. Il existe en France un Institut de l'ennéagramme et un Centre d'Études de l'ennéagramme.

46. Cheikh Mohammed Hisham Kabbani, *Mercy Oceans, Pearls and Coral*, Islamic Supreme Council of America, 2005, p.15.

47. voir Fabien Chabreuil, Patricia Chabreuil, *L'Ennéagramme, dynamique de connaissance et d'évolution*, Eguzon-Chantôme, Éditions Carthame, 1994; Dr. Laleh Bakhtiar, *God's Will Be Done*, vol.1, 2, 3, Chicago, Kazi Publications, 1993 ou, Philippe de Vos, *L'ennéagramme dans la pratique soufie*, Paris, Éditions l'Originel, 2005.

Cette connaissance est parfois considérée comme un préalable indispensable à l'expérimentation des stations spirituelles menant à la réalisation selon la tradition prophétique : « Celui qui se connaît, connaît son Seigneur ».

Une pratique répandue : l'exemple de la hijama (ventouses)

Les confréries utilisent la *hijama*, pratique médicale traditionnelle. Il s'agit de l'application de ventouses, utilisées seules ou le plus souvent avec de petites scarifications permettant d'extraire un peu de sang. Cette pratique est bien codifiée dans les traditions prophétiques comme dans les ouvrages de médecine. Il s'agit d'une pratique populaire ancienne très répandue en Occident aussi bien que dans le monde musulman où elle est exercée par les barbiers mais aussi par les médecins et par tout un chacun. Elle a eu tendance à disparaître au cours du XXe siècle, même s'il existe encore, notamment en Tunisie, au Maroc, au Yémen, des officines où se pratique la *hijama*.

Celle-ci fait l'objet actuellement d'un regain d'intérêt, notamment en Égypte et en Algérie. Elle est remise au goût du jour au sein d'instituts nouveaux, utilisant des méthodes d'asepsie modernes. De tels instituts ont été créés récemment, en Algérie, en Égypte et dans les pays du Golfe. Elle répond à une demande croissante de médecine « alternative » qui se répand dans le monde arabe et correspond à des formes de réislamisation des pratiques quotidiennes dont le port du voile est un exemple. Des ouvrages portant sur la *hijama* ont été traduits récemment dans la plupart des langues occidentales et notamment en français[48].

Nous avons vu les liens possibles entre la médecine prophétique et la réalisation spirituelle dans l'islam. Pour les soufis, la réalisation spirituelle suppose une guérison des maladies de l'ego et la maladie est comprise comme l'ensemble des obstacles qui précisément s'opposent à cette réalisation. De ce point de vue, il est intéressant de noter que la *hijama* entretiendrait un rapport direct avec le voyage nocturne du Prophète, considéré comme l'archétype de la réalisation spirituelle :

> « ... Anas Ibn Malik rapporte que l'Envoyé de Dieu, que la paix soit sur lui, a dit : "Pendant mon voyage nocturne, je ne suis pas passé devant un groupe d'anges sans qu'ils me disent : Oh ! Mohammed, ordonne aux gens de ta communauté d'appliquer la *hijama*" »[49].

---

48. Voir par exemple Mohammed Nabîh, *Traitement par la Hijâma, entre la Médecine et la Religion*, Le Caire, La fondation Al-Falah, Librairie el-Azhar, 2006.

49. « Précis sur l'incisiothérapie ou la hijama », Association des jeunes praticiens libres pour la santé, 2006, http://jplus.nuxit.net/uploads/File/precis.doc. On peut se référer à ce document pour l'exposé des effets de la hijama avec des renvois à des études médicales modernes.

La saignée dans les cultures musulmanes se relie donc à des textes sacrés, même si, comme en Occident, il est possible d'identifier un ensemble de représentations du corps et du sang, c'est-à-dire un imaginaire qui fonde cette pratique[50].

Dans mes enquêtes auprès des Naqshbandis, je n'ai repéré aucune particularité dans la pratique, si ce n'est que l'autorisation de pratiquer la *hijama* au sein de la confrérie doit être obtenue auprès du maître ou de ses représentants. Mais une telle demande fait partie des requêtes que par politesse les disciples doivent adresser à leur maître pour toutes les activités qui engagent une responsabilité envers autrui.

La pratique de la *hijama* s'est donc maintenue en milieu soufi, alors que jusqu'à une période récente elle déclinait plutôt, même si elle refait des timides apparitions dans les sociétés musulmanes aujourd'hui.

Les liens avec les djinns et les anges

Dans les ordres Tchichtis et Naqshbandis et conformément à la tradition islamique, les djinns peuvent avoir un lien avec la maladie. Rappelons que les djinns comme les hommes ou les anges sont, dans la tradition musulmane, des êtres créés. Ce qui les distingue est l'élément dominant dans leur constitution : la terre pour les êtres humains, l'air pour les anges et le feu pour les djinns. Ils sont invisibles mais vivent dans le même espace que l'humanité. Ils ont une capacité de déplacement rapide et peuvent voir les hommes tandis que les hommes ne les voient pas, sauf exception. Des interférences sont donc toujours possibles avec les hommes. Ils peuvent notamment envoûter ou posséder des êtres humains.

> « Les djinns sont en général inoffensifs ou bien disposés à l'égard des êtres humains mais peuvent aussi être malveillants. Ils ont beaucoup d'influence sur les affaires humaines et provoquent fréquemment des déséquilibres que nous assimilons à la maladie »[51].

Dans la tradition musulmane, les traitements contre les maladies occasionnées par les djinns comportent une activité appelée *rouqiya, (de raqa'a,* lire*)*, que tout musulman ou musulmane peut exercer, y compris à l'égard des non musulmans et dans certains cas, des animaux. La *rouqiya* consiste en la répétition de certains versets du Coran ou d'invocations spécifiques. Elle peut être opérée sur le patient directement ou en utilisant de l'eau ou même du miel. Une des pratiques communes de la *rouqiya* dans le soufisme, consiste par exemple à placer de l'eau là où ont lieu les séances

---

50. Des parallèles intéressants pourraient être dressés avec Chantal Beauchamp, *Le sang et l'imaginaire médical. Histoire de la saignée aux XVIIIe et XIXe siècles*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000.

51. *Le livre de la guérison soufie*, *op.cit.*, p.42.

de *zikr* et à l'utiliser ensuite pour soigner ou même pour la consommation courante.

A été évoqué plus haut le traitement appliqué par Cheikh Hicham à une femme considérée comme habitée par un djinn[52]. Dans mes entretiens avec les responsables de la confrérie, il était souvent question d'hommes et de femmes possédés par des djinns qui trouvaient refuge dans le corps de certains êtres. Dans le monde musulman, le mot « *majnun* », possédé par un djinn, est passé dans le langage courant comme équivalent de fou. Le traitement dans ce cas consiste en des invocations spécifiques qui visent à expulser le djinn du corps.

D'après les enseignements de la confrérie Naqshbandiyya, les disciples seraient protégés des djinns par le pouvoir spirituel du maître. Il peut arriver cependant que des disciples, et même des disciples très avancés, soient affectés par un djinn. D'après nos entretiens[53], ils le seraient par la volonté du maître dans le cadre d'exercices et de tests spirituels spécifiques. La visite dans la *zaouia* de Cheikh Nazim à Chypre constate la présence de personnes qui souffrent d'affections psychologiques. D'après de nombreux témoignages, les guérisons ne sont pas rares. Cheikh Nazim, avec humour, qualifie sa *zaouia* d'« hôpital psychiatrique ». La *zaouia* se trouve dans le village de Lefke dans la partie nord de Chypre. C'est un bâtiment modeste qui jouxte la demeure de Cheikh Nazim. Les femmes disposent d'une maison autonome, à quelques centaines de mètres plus au nord du village. En dehors des heures consacrées aux rituels ou aux conférences, les disciples qui sont accueillis gratuitement, y compris pour une longue période, se reposent ou participent aux tâches d'intérêt commun. Il y règne une atmosphère très détendue et ouverte. La *zaouia* compte de nombreux disciples occidentaux, allemands, français, britanniques, le plus souvent de passage, ainsi que des turcs chypriotes. Selon les périodes, elle accueille d'une cinquantaine à une centaine de personnes par jour. De nombreux disciples se sont aussi installés dans les environs immédiats.

Pour les Naqshbandis, les anges interviennent aussi dans la santé et dans le fonctionnement de l'organisme. La santé peut être affectée si les interventions humaines perturbent l'activité des anges. C'est la raison pour laquelle Cheikh Nazim est très réticent envers toute opération chirurgicale, car elle perturberait les équilibres physiologiques subtils et les mécanismes angéliques. Un autre exemple de l'attention qu'il accorde à l'économie subtile du corps est représenté par ses réserves à l'encontre des échographies prénatales. D'après Cheikh Nazim, les ultrasons seraient susceptibles d'endommager ou de détruire les cellules souches. Il utilise l'image suivante : tout se passe comme si l'on venait perturber des techniciens mettant au point le réglage d'une fusée avant son décollage. Arguant que le développement du fœtus est beaucoup plus complexe que la plus sophistiquée des fusées, Cheikh Nazim met en garde contre la perturba-

52. *In the Shadows of Saints*, *op.cit.*, p.73.
53. Entretiens avec Abu Nazim Fahrat, février 2007, Lefke.

tion des mécanismes angéliques que la médecine moderne n'a pas vocation à appréhender.

Le jeûne et la nourriture dans la santé

L'islam et plus encore les soufis accordent la plus grande importance à la nourriture. Il s'agit d'un point de rencontre avec la plupart des religions et particulièrement avec la médecine hippocratique : « Que votre nourriture soit votre remède, et que votre remède soit votre nourriture »[54]. Les *hadiths* sont parfois très précis sur la question. D'après les recueils de Muslim, né en 820, l'un des compilateurs de *hadiths* les plus reconnus, le Prophète a déclaré : « l'estomac est la demeure de la maladie, le régime en est le principal médicament ». La santé dépend de la nature des aliments consommés qui doivent être sains et purs, mais aussi de la manière de les préparer et de les consommer. Les ablutions préliminaires au repas et surtout les invocations prononcées au moment du repas sont considérées comme essentielles à la santé. La nourriture permet certes de nourrir le corps, mais représente aussi par elle-même une bénédiction et l'occasion de l'expression d'une gratitude.

Les Tchichtis et les Naqshbandis sont très réticents à l'égard de la prise de repas dans des restaurants, notamment en Occident, pour des motifs d'ailleurs différents. Les Tchichtis insistent sur le fait que l'intention de la personne qui prépare la cuisine dans un restaurant n'a rien à voir avec celle d'un hôte qui invite à un repas, notamment quand il s'agit de la nourriture qu'un maître offre à ses disciples. Dans le premier cas, l'intention est le profit et le travail de préparation de la nourriture est le plus souvent mécanique. Le cuisinier, s'il n'est pas vraiment motivé pour son travail, peut même transmettre cette « énergie négative » à la nourriture. « En fait, beaucoup de personnes travaillant dans les restaurants sont contrariés d'être obligés d'y travailler. Les vibrations mentales de telles personnes sont invariablement transférées à la nourriture »[55].

Les Naqshbandis insistent sur un autre point. La vue des plats servis dans le restaurant peut provoquer une jalousie ou une envie de la part des passants, qui finalement affecte les consommateurs au point de détruire

54. Sur les liens entre nourriture et santé dans d'autres traditions, citons cet extrait des Upanishad : « Dans la nourriture pure et sattvique est une pure nature. Dans la pure nature se fixe fermement la mémoire. Dans une mémoire stable et ferme se trouvent déliés tous les nœuds du cœur », *Upanishad*, VII, 26, 2. La nourriture « sattvique » est légère et équilibrée (fruit, légumes, céréales). Elle se distingue de la nourriture tamasique (viande, alcool, tabac) et de la nourriture « rajasique » (salé, amer, acide, produits fermentés). Ces pratiques sont conformes à la théorie hindouïste des trois « gunas » ou qualités principales contenues dans toutes les formes de la création.

55. *Le livre de la guérison soufie, op.. cit.*, p.66. Le terme de « vibrations mentales », qui ne fait pas partie du vocabulaire islamique habituel, est utilisé par le maître soufi Tchichti auteur de la citation.

leur énergie spirituelle[56]. Rien ne vaut finalement le repas préparé avec une intention pure et qui permet la convivialité et le partage.

Ces réserves vis-à-vis des restaurants indiquent l'importance que les soufis accordent à la nourriture. La fille de Cheikh Nazim, Hajja Nazihe Kabbani, qui est aussi l'épouse de Cheikh Hicham Kabbani, a publié récemment un livre de cuisine intitulé *Heavenly Foods*, qui insiste précisément sur l'importance de l'intention dans la préparation du repas[57]. Cela rejoint une tradition prophétique signalée par Cheikh Hicham : « la nourriture offerte par un homme généreux est un médicament »[58].

Les Tchichtis recommandent de ne consommer que les fruits et légumes de saison, produits si possible à proximité de l'endroit où l'on habite[59], la raison étant l'harmonie supposée avec les besoins spécifiques du corps à différentes époques de l'année, satisfaits au mieux par les produits locaux. Cheikh Moinuddin Tchichti donne ce conseil : « Achetez toujours les oignons et les pommes de terre cultivés sur place (pas plus d'une journée de voyage), car ils contiennent l'antidote contre tous les virus et les bactéries particulières de votre région ».

Les Naqshbandis de la branche Haqqani respectent scrupuleusement l'usage du prophète Mohammed qui consommait une pincée de sel avant et après le repas. Il est dit dans les *hadith* que cela protège de 72 maladies. Les Tchichtis fournissent le commentaire suivant à ce sujet :

> « Les chlorures présents dans le sel constituent la seule source de chlorure vraiment disponible à partir de laquelle le corps peut fabriquer de l'acide chlorhydrique indispensable à une digestion correcte[60] ».

À cela, Cheikh Nazim ajoute que le sel est une bénédiction divine sans laquelle les aliments seraient fades. Dieu a créé le sel afin que ses serviteurs lui soient reconnaissants !

Le jeûne constitue un autre volet thérapeutique. Dans la tradition musulmane et le soufisme, « L'estomac est la demeure de la maladie et le jeûne est la guérison ». D'après un autre *hadith*, le Prophète aurait dit : « Nous sommes de ceux qui ne mangent que lorsqu'ils ont faim et qui, lorsque nous mangeons, nous arrêtons avant d'être rassasiés ». Nombreuses sont les traditions prophétiques concernant le jeûne, qui exhortent à manger moins. Cheikh Hicham va même jusqu'à reprendre la déclaration de Valère dans Molière qui distingue ceux qui « vivent pour manger » et ceux qui « mangent pour vivre »[61], évidemment pour des raisons très

---

56. *In the Shadows of Saints*, *op.cit.*, p.3.

57. Hajja Nazihe Kabbani, *Heavenly Foods*, Institute for Spiritual and Cultural Advancement, Burton, Minnesota, 2006.

58. *In the Shadows of Saints*, *op.cit.*, p.33.

59. On retrouve d'ailleurs la même recommandation chez Cheikh Nazim : *Natural Medicine*, *op.cit.*, p.25.

60. *Le livre de la guérison soufie*, *op.cit*, p.79.

61. Shaykh Muhammad Hisham Kabbani, *Keys to the Divine Kingdom*, Lessons on Mystical Aspects of Man and Science, Islamic Supreme Council of America, 2005, p.74.

différentes de celles invoquées par le créateur du personnage d'Harpagon. Il s'agit non pas de faire des économies, mais de contrôler son ego. Le jeûne est le moyen par excellence de ce contrôle.

Si les confréries reprennent les prescriptions propres à la tradition islamique en matière de jeûne, elle les amplifient et sont particulièrement rigoureuses sur le respect de la *Sunna* sur ce chapitre[62]. Ainsi, les Maîtres de la confrérie Naqshbandiyya donnent-ils pour consigne de commencer le jeûne du mois de Ramadan avec les premiers jeûneurs et de terminer avec les derniers. Le mois lunaire de Ramadan peut en effet ne pas commencer le même jour dans tous les pays musulmans. Les six jours de jeûne du mois de Shawal succédant au mois de Ramadan sont strictement observés : « Quiconque jeûne le mois de Ramadan et le fait suivre des six jours du mois de *Shawal* est comme quelqu'un qui a jeûné tout le temps »[63]. Par ailleurs, toutes les occasions sont bonnes pour jeûner parce que le jeûne joue un rôle important dans l'éducation spirituelle des disciples. La pratique de la retraite spirituelle qui ne comprend qu'un repas frugal par jour correspond aussi à une période de jeûne prolongé.

Le jeûne entretient donc une relation directe avec la santé mais, comme on le voit, le but ultime du jeûne est plus large puisqu'il concerne l'éducation spirituelle du croyant.

Conclusion

La médecine prophétique reste vivante au sein des confréries soufies. C'est tout particulièrement vrai au sein des confréries Tchichtiyya et Naqshbandiyya. Si dans l'Islam, la maladie est généralement perçue comme une épreuve, elle fait l'objet dans le soufisme d'une interprétation particulière et concourt à l'objectif même des confréries soufies, à savoir la réalisation spirituelle des disciples. Les soufis insistent sur une conception de l'homme qui en fait un être avant tout spirituel, particulièrement illustrée par la conception du « corps subtil » et des *latâ'if,* développée par les Naqshbandis dans leurs méthodes de méditation.

Pour les musulmans, c'est toujours Dieu qui guérit en dernier recours, mais les soufis s'accordent sur le fait que le remède ou le médicament n'est pas si important que le souffle, l'intention ou l'influence spirituelle dont il est le véhicule. Tandis que la médecine prophétique s'attache au remède en tant que tel, les soufis affirment l'importance du diagnostic des « maladies du cœur » qui sont autant d'obstacles à la réalisation spirituelle.

---

62. Voir notamment : Dr. Hébri Bousserouel, *Le jeûne du mois de Ramadan et la médecine*, Barcelone, La plume universelle, 2000.

63. *Hadith* rapporté par Muslim.

Les soufis insistent sur la dimension spirituelle de la médecine prophétique. La recherche de la santé n'est pas un but en soi, mais l'une des modalités de la quête fondamentale poursuivie par les soufis, à savoir la réalisation spirituelle. Pour les soufis, le médecin doit être non seulement un savant en matière de physiologie mais en matière d'âme humaine. Il doit surtout être relié au Prophète par la chaîne ininterrompue des initiations, pour avoir accès aux connaissances célestes et puiser dans un « Océan de connaissances sans limite ». Ce trait propre aux confréries explique que les maîtres soient aussi considérés comme des médecins.

Pour les soufis, la maladie n'est pas seulement un mal qu'il faut combattre. Elle constitue une épreuve susceptible d'apporter à la fois connaissance et purification à celui qui la subit. Elle est l'expression d'un déséquilibre résultant d'une absence de conformité avec l'ordre divin. En cela la maladie est l'expression de Dieu dans son aspect majestueux (*Al-Jalîl*). Elle peut être un test pour raffermir la foi et la confiance du croyant et en même temps pour le pousser à méditer sur le sens de sa vie. Il est dit que la santé est une couronne sur la tête du bien portant, que seul le malade peut apercevoir. La maladie elle-même et ses symptômes désagréables sont l'occasion d'une forme de repentance qui ouvre sur le pardon divin. Dieu se manifeste sous plusieurs aspects, rappelés par ses noms comme Celui qui pardonne (*El-Ghafour*). La maladie suppose d'être patient et de connaître Dieu sous cet aspect *(Es-Sabour*). Elle invite à l'espoir et à la foi *(El-Mu'min)*. Le remède est l'expression d'une miséricorde qui constitue une des modalités de l'économie divine (*Ar-Rahman*). Le retour à la santé ouvre le sentiment d'une reconnaissance qui est aussi un attribut de Dieu *(El-Shakour)*.

Selon les soufis des deux confréries, maladie et guérison concourent ainsi à une purification du corps et de l'âme. La maladie est, en dernier lieu, une occasion de connaître Dieu dans certains de ses attributs. Elle est, à ce titre, une bénédiction qui peut concourir à la réalisation spirituelle, but ultime du soufisme.

CINQUIÈME PARTIE

LE LABYRINTHE DU CORPS

14

L'avènement du corps transparent

Anne Marie MOULIN

Le corps offre une certaine opacité au regard. La peau, enveloppe protectrice et composante importante de la personne[1], est aussi arrêt sur image.

On désigne actuellement sous le néologisme d'imagerie l'ensemble des techniques venues de la physique et de la chimie, qui permet de franchir cette barrière et de visualiser *in vivo* l'intérieur du corps humain[2]. Certaines remontent à plus d'une centaine d'années, comme la radiographie. En 1895, Wilhelm Roentgen utilisa un rayonnement inconnu baptisé pour cette raison X (il s'agit en fait de faisceaux d'électrons), pour effectuer des photographies à usage médical. Par la suite, des physiciens ont promu d'autres types de sources d'énergie et de rayonnement, qui ont permis l'extraordinaire développement de l'échographie, du scanner, de la résonance magnétique, du Doppler[3]. Sa puissance de résolution a fait de l'imagerie la méthode de choix pour diagnostiquer nombre d'affections, en particulier tumorales. Elle est devenue un outil incontournable de diagnostic et de traitement. L'informatique intègre les données et permet l'échange rapide d'informations, et même l'assistance à des interventions effectuées à grande distance (téléchirurgie)[4].

Dans la plupart des pays d'Islam, l'imagerie médicale, apparue dès les années 1980, a suscité un engouement comparable à celui de l'Occident. Or imagerie dit image, et il est généralement admis que l'Islam exècre l'image, entendons la représentation de la figure humaine, plus accessoi-

---

1. Voir *Le Moi-Peau*, de Didier Anzieu, Paris, Dunod, 1995.

2. A.M. Moulin, Le corps face à la médecine, *Histoire du corps au xxe siècle, Les mutations du regard*, Paris, Seuil, 2006, p. 1-65 ; A.M. Moulin et J.-L. Baulieu, L'imagerie et la nouvelle « fabrique » du corps humain, *Médecine/Sciences*, 2010, 26, 993-998..

3. Betty Ann Holzmann-Kevles, *Naked to the Bone, Medical Imaging in the 20th Century*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1997.

4. Vincent Hazebroucq, *Faisabilité et acceptabilité de la Téléradiologie*, Paris, L'Harmattan, 2000.

rement celle des animaux. La destruction des Bouddhas de Bamyan par les Talibans d'Afghanistan a évidemment ancré cette idée dans le public. En fait, l'interdit de l'image est peu étayé dans le Coran, à l'exception de la condamnation des idoles (*al-Sanam*)[5]. Ce sont surtout les *hadiths* qui ont développé le rejet de la figuration humaine, avec toutefois des détails qui amènent à nuancer l'idée d'un Islam iconoclaste[6]. Si la présence d'images est exclue dans les mosquées et les espaces de prière, où elle risquerait de faciliter un culte réprouvé des idoles, les images humaines ne manquent pas dans la littérature profane, par exemple dans les récits des *Maqamat* de Hariri (illustrés au XIIIe siècle)[7]. Le Prophète lui-même est représenté dans *l'Histoire universelle du monde connu*, conçue par Rachid al-Dîn, à Tabriz, au début du XIVe siècle, pour le compte du souverain mongol converti[8].

Abdelwahab Meddeb a proposé de caractériser une esthétique arabe, née du désert, par la fluidité des formes. La majesté divine s'impose dans un univers où le campement humain laisse à peine sur le sable des traces (*atlâl*) vouées à l'effacement[9]. Mais l'esthétique bédouine a vite cessé de satisfaire une société de plus en plus urbaine et cosmopolite. L'interdit fut contourné dès les premiers siècles de l'expansion de l'islam, soit en miniaturisant les figures humaines, soit en les intégrant, invisibles du sol, dans les espaces prismatiques des plafonds de bois (*muqarnas*). Dans la pratique, l'image est tolérée sur des supports comme coussins et tapis, objets utilitaires peu susceptibles de faire l'objet d'un culte, ce qui a permis l'essor des arts appliqués. Le soufisme a encouragé la peinture de paysages métaphysiques qui incitent à la méditation sur l'unicité et la beauté du divin. La calligraphie dans ses volutes suggère des visages, des silhouettes, qui évoquent, il est vrai, davantage les fées et les houris du paradis que des personnages réels.

L'image a fleuri cependant discrètement dans la vie privée et à la cour des princes. Les souverains ont très tôt commandé leur portrait, à preuve au XVIe siècle le célèbre tableau de Soliman le Magnifique respirant une rose, dû à Bellini. Shah Abbas a été portraituré en 1627 à Ispahan par Mohammed Qasim Musawwir (« le peintre »). Au XIXe siècle, la peinture a envahi les palais, de l'Égypte à l'empire ottoman et à la Perse. Les salons s'ornèrent de portraits, les plafonds se peuplèrent de naïades et de muses[10].

---

5. Coran, V, 92 et XXII, 31, VI, 74.

6. Silvia Naef, *Y a-t-il une question de l'image dans l'Islam?*, Paris, Éditions Téraèdre, 2004.

7. *La peinture arabe*, Richard Ettinghausen, Yves Rivière (éd.), Genève, Skira-Flammarion, 1977.

8. D.T. Rice, Basile Gray (éd.), *The Illustrations to the « World History »* of Rashid al-Din, Edinburgh University Press, 1976.

9. Abdel Wahhab Meddeb, La trace, le signe, *L'image dans le monde arabe*, G. Beaugé et J.-F. Clément (éd.), Paris, Éditions du CNRS, p. 107-124.

10. Jamila Binous et Salah Jabeur, *Maisons de la Médina de Tunis*, Tunis, Dar Ashraf, 2010.

Comment l'islam a-t-il réagi au déferlement de l'image dans le monde musulman moderne ? Au début du XXe siècle, le cheikh Mohammed Abduh admit la photographie, mais en limita les usages là où elle s'imposait pour des questions de sécurité (documents de police par exemple), ou de pédagogie ; il reconnut que l'image facilite la compréhension des abstractions, en se référant explicitement à l'anatomie. Son disciple Rachid Ridha fut plus restrictif. Mais dans l'ensemble, la vogue des images ne choqua pas outre mesure les ulémas. En 1922, al-Azhar rendit une *fatwâ* autorisant les arts plastiques a posteriori ! La première exposition d'art du monde arabe avait eu lieu au Caire en 1891 et une école des Beaux-Arts y avait été créée en 1908. Plus tard, l'expédition du prince saoudien Khâlid ibn-Musâ'id contre les studios de télévision, accusés de reproduire le corps humain, ne fit pas d'émules dans le reste du monde musulman[11].

Munis de leurs appareils, les voyageurs en Orient avaient parfois suscité de l'hostilité, en raison des pouvoirs supposés liés à la manipulation des images. Friand d'innovations, Mohammed Ali se fit faire une démonstration personnelle en 1839. Il se serait écrié : « C'est l'ouvrage du diable »[12]. Pourtant la photographie va séduire les grands, en leur permettant d'opérer eux-mêmes[13]. Le sultan ottoman Abdul Hamit a légué un album des plus intéressants. Le shah de Perse Nasred-din a réalisé les impossibles portraits de sa mère et de ses femmes. Personne ne semble s'être opposé à ce que la doctoresse qui servit l'émir d'Afghanistan Abdur Rahman (1895-1898) photographie les femmes au harem[14]. Sortant de l'orbite des privilégiés, la photographie a fini par représenter un immense enjeu de consommation populaire. Je me rappelle dans les années 1970 l'engouement des villageois yéménites pour le polaroïde et les photos que nous leur laissions en souvenir, instantanés destinés à perdre rapidement leurs couleurs à l'intérieur des maisons.

Sayyed Qutb, disciple radical des Frères Musulmans, qui a rejeté globalement la vie moderne comme une résurgence de la *jahiliyya*, la période d'ignorance préislamique, a condamné l'art, au nom de son insignifiance pour le vrai croyant. Mais cela n'a pas empêché le développement d'un art islamique mis au service de la propagation de la foi (*da'wa*). Le Hezbollah a récemment tiré un grand parti de ce réinvestissement de l'image : les photographies de Nasrallah et des martyrs jalonnent les rues de Beyrouth sud[15]. Les images ont envahi l'espace public des pays musulmans, à commencer par la pratique universelle de suspendre le portrait des chefs de

---

11. Jean-François Clément, L'image dans le monde arabe : interdit et possibilités, *L'image dans le monde arabe*, G. Beaugé et J.-F. Clément (éd.), Paris, Éditions du CNRS, p. 12.

12. Frédéric-Auguste Goupil-Fesquet, *Voyage d'Horace Vernet en Orient*, Paris, Challamel, s.d. (1834), p. 123, cité par Sarga Moussa, Regard du voyageur, regard du modèle, *L'image dans le monde arabe*, p. 229.

13. Philip Mansel, *Sultans in Splendor, Monarchs of the Middle East 1869-1945* (1988), London, Parkway, 2000.

14. Collection consultable sur le site de Images Wellcome, Afghanistan.

15. *Le Hezbollah. État des lieux*, Sabrina Mervin éd., Paris, Sindbad, 2008.

l'État dans les commerces. Pas question non plus d'empêcher les gens d'aller au cinéma ou de regarder la télévision. Il est officiellement interdit de prier dans des lieux avec des images, ce qui jure avec la pratique couramment observée de la prière sur les lieux de travail, au café, au garage, devant la piscine des grands hôtels, comme on peut le voir au Hilton du Caire.

C'est surtout la sculpture qui par son appel à la troisième dimension défie la création divine, et la menace à l'endroit des statues des Pharaons a fait frémir un État égyptien qui vit en grande partie du tourisme et ne tient pas à voir renouveler sur son sol le geste de Bamyan. Mais la question est d'abord politique, le déboulonnement des statues signifie moins l'exécration de la sculpture que celle du régime qu'elle symbolise. C'était en tout cas le sens de la destruction des statues au Caire en 1882, au moment de la révolte d'Orabi contre les Anglais, ou plus tard de la dénonciation du monument d'Ibrahim pacha, fils de Mohammed Ali, dans le centre du Caire, par les islamistes, et c'est aussi le sens aujourd'hui de la disparition des portraits géants de Ben Ali en Tunisie et de Moubarak en Égypte. À l'inverse, en Turquie, le maintien des statues élevées un peu partout par Mustapha Kemal en signe d'avènement d'une République laïque[16] garde valeur de symbole.

Comment l'imagerie médicale s'inscrit-elle dans cette histoire ?

Le christianisme a beaucoup insisté sur le rôle de l'image dans l'instruction du peuple analphabète. Si l'islam a toléré certaines enluminures de personnages religieux (voir par exemple les fixés sur verre représentant l'arche de Noé ou Ali et ses fils), il semblait possible de plaider pour l'usage pédagogique de l'image dans les ouvrages scientifiques et médicaux. L'ouvrage du chirurgien turc Charaf al-Din (1465) contient par exemple les illustrations d'interventions comme la césarienne et l'ablation de polypes nasaux[17]. Mais de façon générale, les représentations anatomiques restent rares, comparées à la floraison artistique depuis la Renaissance d'images d'écorchés et de corps humains[18]. Au XVIIIe siècle, des dessins ont été exécutés, d'après des originaux plus anciens comme ceux dûs à al Mansûri[19], mais sans souci des proportions ni de la perspective.

16. Catherine Mayeur-Jaouen, *Histoire d'un pèlerinage légendaire en islam. Le mouled de Tanta du XIIIe siècle à nos jours*, Paris, Aubier, 2004.

17. P. Huard et M.D. Grmek, *Le premier manuscrit chirurgical turc de Charaf al-Din*, Paris, Robert Dacosta, 1960.

18. Andrea Carlino, *Books of the Body. Anatomic Ritual and Renaissance Learning*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.

19. Emily Savage-Smith, Anatomical Illustrations in Arabic Manuscripts, *Arab Painting. Text and Image in Illustrated Arabic Manuscripts*, Anna Contadini (éd.), Leiden, Brill, 2007.

Le critique d'art Papadopoulo parle à cet égard de respect intentionnel du « principe d'invraisemblance[20] ». Le dessin est d'autre part surchargé de commentaires qui réduisent l'utilité de la figure pour la compréhension. C'est le texte qui prime dans la culture.

Dans ce contexte, le développement de l'imprimerie n'a pas entrainé immédiatement d'explosion de l'image. À la fondation de l'École du Caire, les manuels traduits ou plutôt adaptés entre 1830 et 1850 par un groupe de clercs sous la houlette de Tahtawi, l'auteur de *l'Or de Paris*[21], étaient remarquables par l'absence d'illustration. En contraste, à 1877, à Beyrouth, une imprimerie chrétienne fabrique des manuels d'anatomie avec de nombreuses planches pour l'école de médecine des Jésuites. alors qu'en Égypte, le caractère aniconique des ouvrages reste frappant jusqu'au milieu du XXe siècle. La science se transmet par la parole et par le texte plus que par l'image.

Lorsque la faculté de médecine du Yémen, une des dernières créées dans le monde arabe, a ouvert en 1983, les étudiants ont été exposés à un arc en ciel de méthodes. Leurs enseignants venaient de partout: Union soviétique, États-Unis, Angleterre, Cuba. Tandis qu'un moniteur formé aux « States », recourait au rétroprojecteur et autres insignes de la modernité pédagogique[22], l'enseignant pakistanais récitait par cœur la description des organes.

L'essor des techniques d'imagerie médicale dans le monde musulman n'a cependant pas à ma connaissance soulevé de problèmes spécifiques, sous bénéfice d'inventaire. La radio s'est implantée très tôt dans l'empire ottoman[23], bien que son usage dans les hôpitaux soit resté longtemps limité. Même les Wahhabites, si chatouilleux à l'égard de la statuaire dans leurs villes et de l'art figuratif dans leurs demeures, ont bien accueilli la radiologie. En 1939, le roi Ibn Séoud admit sans arrière-pensée que l'on radiographie un de ses fils qui avait fait une grave chute de cheval[24]. Au Yémen, la radiographie est arrivée avec le Dr Yvette Viallard en 1954, embauchée comme radiologue de l'imam. On l'appelait « celle qui voit au travers »[25]. La radiologie était un symbole de modernité et pendant ses quarante ans et plus au Yémen, passée au service de la République après la destitution de l'imam, madame Viallard a veillé sur l'essor de l'imagerie: scanner, échographie, angiographie, facilitant l'exploration du cœur

---

20. J. Alexandre Papadopoulo, *L'islam et l'art musulman*, Paris, Mazenod, 1976; J.-F. Clément, *L'image dans le monde arabe*, p.28.

21. Rifa'at al Tahtâwi, *L'or de Paris*, Paris, Sindbad, 1988.

22. Entretien avec un étudiant en médecine, Sanaa, 1999.

23. Yesim Isim Ulman, Medical modernization in 19th century Ottoman Empire with special reference to the introduction of Roentgen Rags in Turkey, *Perilous Modernity, History of Medicine in the Ottoman Empire and in the Middle East, from the 19th Century Onwards*, AM Moulin et Y.I. Ulman (éd.), Istanbul, Isis, 2010.

24. A.M. Moulin, *Le médecin du Prince. Voyage à travers les cultures*, Paris, Odile Jacob, 2010, p.302.

25. Témoignage du Dr P., Clermont-Ferrand, 2000.

et des vaisseaux et du système nerveux, axe principal de la coopération médicale franco-yéménite[26]. Au Maghreb, dans les premières années des indépendances, le recours à la « *sûra* » pour le diagnostic est devenu rapidement populaire, Technique dérivée de l'anodine photographie, la radio apparaissait comme l'outil de diagnostic par excellence, au point d'être utilisée abusivement, en particulier les scopies (observation prolongée), très irradiantes.

L'engouement croissant pour les performances de l'imagerie est illustré ici par le cas de l'échographie néonatale que présente Claire Beaudevin dans le sultanat d'Oman. Pour donner un ordre de grandeur, l'échographie a été introduite dans les années 1980 à Mascate, tandis qu'elle n'est apparue dans la capitale du Yémen qu'en 1990, l'échographe servant à la fois à la cardiologie et à l'obstétrique. Un manuel d'iconographie iconographique en anglais fut mis en usage à Sanaa en 1994[27]. Ce décalage dans le temps reflète la différence des contextes économiques et n'a rien à voir avec une résistance religieuse. Il est vrai que ces images médicales à deux dimensions n'avaient pas le pouvoir d'illusion d'un trompe l'œil. Loin d'être reproduction de la nature, elles sont des constructions scientifiques, où la part d'interprétation est grande, et aussi celle de la foi... en la science[28]. Comme les premiers radiologues, les premiers échographistes ont dû apprendre à déchiffrer des images illisibles en usant de toutes sortes de stratagèmes pour se repérer et inventer les formes à voir[29]. Lorsqu'elles ont vu pour la première fois une échographie, certaines femmes ont été horrifiées. L'image d'un petit d'homme en réduction qu'elles portaient en elle ne correspondait pas à ce monstre aquatique. Il a fallu toute une éducation du public pour accepter ce dinosaure dans la famille.

L'imagerie prénatale pose des problèmes particuliers. Irruption dans un monde obscur et silencieux où la mère vivait en symbiose avec son fœtus dérobé au reste des mortels, le dévoilement de l'embryon ne fait pas que rassurer la mère sur la viabilité de son enfant, il soulève la question de l'IVG en cas de malformation, enjeu non dicible au sultanat d'Oman où Claire Beaudevin a situé son étude. Aussi la réponse lénifiante donnée à la mère par le personnel en arabe omanais, « *kullu zayn* », tout va bien, est dérobade à LA question : que faire en cas d'anomalie probable ou assurée, et d'abord, y a-t-il anomalie et laquelle ?

L'acceptation enthousiaste de l'imagerie médicale par les sociétés musulmanes se situe donc au carrefour de plusieurs tendances. D'abord, le goût et le désir de la modernité et de l'efficacité technique, si sensibles dans la popularité des médias, de l'internet et du téléphone portable, qui

---

26. En hommage au Dr Yvette Viallard et au Pr Pierre Lasjaunias, récemment disparus.

27. Pascal Trotta, Première mission d'enseignement de l'acupuncture auriculaire au Yémen, 2010, voir www.dr-trotta.com

28. A.M. Moulin, Le corps face à la médecine, *Histoire du corps au xxe siècle, Les mutations du regard*, Paris, Seuil, 2006, 1-65.

29. Bernike Pasveer, Knowledge of Shadows: the Introduction of X-ray Images in Medicine, *Sociology of Health and Illness*, 1989, 4, p.360-381.

concernent aussi le domaine médical. Tous les appareils coûteux qui permettent ou semblent permettre, en embrassant la totalité d'un organe ou de plusieurs organes, de porter un diagnostic rapide, sont bienvenus. Ensuite, ces appareils d'imagerie offrent une caractéristique supplémentaire qui est cette fois non du côté de la modernité mais de la tradition ou plutôt de l'authenticité (*asala*). Ils court-circuitent l'effeuillage des habits ou la palpation du corps dénudé. C'est à l'évidence une raison supplémentaire pour l'engouement manifesté un peu partout pour l'imagerie, en dépit de son coût élevé. Le tabou de l'image ne pèse pas lourd devant les avantages de l'exploration *no touch,* qui remplace l'examen clinique traditionnel. Ce mouvement n'est pas propre à l'islam et à sa pudeur sourcilleuse. Les Occidentaux qui sont si prompts à se déshabiller sur les plages et à adopter la mode du string et des seins nus se comportent avec leurs praticiens ordinaires avec une surprenante pudibonderie. Les tentatives de déshabillage à l'ancienne suscitent aujourd'hui de l'agacement ou même de l'inquiétude, comme si le médecin recourait à des méthodes dépassées et quelque peu suspectes. Le déshabillage est mœurs de pauvres, ceux qui de par le monde n'ont pas les moyens de s'offrir des diagnostics modernes. L'engouement pour l'imagerie est seulement plus prononcé dans les milieux où le contact bref entre les deux sexes, y compris la simple poignée de main, est susceptible de rompre l'état de pureté et d'imposer un rituel de purification (*wudû'*).

L'imagerie n'est pas seulement remarquable par son pouvoir d'éviter des contacts embarrassants, elle propose un diagnostic performant dans un corps accessible sans effraction. Une connaissance quasi-divine, par l'œil, le plus intellectuel des sens humains. Le scanner et les méthodes dérivées sont considérés comme la clé d'un diagnostic sans faille. Pourtant leur prix les réserve aux catégories de la population qui sont couvertes par une assurance, ce qui est loin d'être le cas pour tous (à titre d'exemple, seule la moitié de la population égyptienne possède une forme de sécurité sociale). D'autre part, toute la pathologie ne relève pas nécessairement d'investigations aussi sophistiquées. Je me souviens avoir tenté vainement en 1999 de persuader une jeune femme yéménite, souffrant d'une migraine ancienne à déclenchement cataménial (au moment des règles), de recourir immédiatement au scanner (à l'époque, les appareils de ce genre étaient rares à Sanaa et réservés aux *happy few*).

De façon encore plus préoccupante, le recours à l'imagerie signe la désaffection vis-à-vis d'une pratique associant un examen physique direct à un interrogatoire attentif. Un peu partout, l'imagerie a contribué à une dévalorisation de la « clinique », tandis que les impératifs économiques de la profession, en terre d'Islam comme ailleurs, amenaient à démultiplier les actes techniques rentables, au détriment de l'examen à mains nues, seul couvert par le forfait de la consultation. Si dans tous les cas l'imagerie ne saurait remplacer l'examen traditionnel, les conséquences de la disparition de ce dernier sont graves pour le patient qui n'a pas accès aux méthodes d'investigation coûteuses. Une récente enquête sur le cancer

du sein en Égypte a montré que le retard du traitement serait dû dans la moitié des cas à un diagnostic erroné porté sur l'échographie, par les spécialistes consultés par les femmes devant une grosseur suspecte dans un sein[30]. La décision de lancer de grandes campagnes de dépistage ne s'est pas accompagnée d'une évaluation soigneuse des officines d'échographie et des compétences disponibles. De plus, l'apport du diagnostic est maigre, s'il n'est pas synonyme d'accès au traitement, lorsque la patiente est désargentée...

L'imagerie, symbole du progrès technique, ne renouvelle pas seulement les questions médicales du diagnostic et du traitement, elle suscite une réflexion sur les inégalités sociales qu'elle peut contribuer à maintenir ou même à créer dans différents contextes. De toute manière, elle ne saurait tenir sa promesse d'une transparence du corps sain et malade, et d'une transparence des décisions médicales, pour de multiples raisons qui vont être évoquées par Claire Beaudevin, à propos de son récit de l'échographie néonatale au sultanat d'Oman.

30. Marilys Corbex, Rapport à l'USAID sur le cancer du sein, Early Detection Programs for Breast Cancer in Egypt, WHO Eastern Medical Regional Office, 2007 http://marilys.corbex.net

15

« Everything is kullû zayn ! »[1]

L'échographie obstétricale dans le système de santé omanais

Claire BEAUDEVIN

> « Le paysage de la santé n'est pas simplement un paysage de guérisseurs, de cultes de possession et de magiciens, c'est aussi un paysage peuplé d'infirmiers, de sages-femmes et de médecins. »
>
> J.-P. Olivier de Sardan[2]

Chaque matin, la longue file d'attente des femmes enceintes en provenance de tout le sultanat s'étoffe, dès sept heures. Le couloir de l'unique hôpital universitaire se remplit progressivement de toutes leurs *abayas* noires et de leurs robes colorées. La plus matinale d'entre elles est introduite en un clin d'œil dans la salle d'échographie et le rideau qui dissimule la porte est tiré de l'intérieur. La patiente s'allonge, retrousse ses vêtements et dénude son ventre rebondi. Alors la praticienne pose la sonde sur sa peau et localise le fœtus, qui ne tarde pas à apparaître à l'écran de l'échographe.

Le présent chapitre saisit cette scène comme point d'entrée dans l'analyse de la pratique de l'échographie obstétricale en Oman, ébauchant ainsi une première approche de cet objet anthropologique dans ce pays ; en effet, les sources en anthropologie consacrées à Oman sont très rares, *a fortiori* en ce qui concerne la médecine. Pourtant les pistes de recherche ouvertes sont légion, en Oman comme dans les autres sociétés du Golfe, bien négligées par les études actuelles. Les technologies médicales récentes sont rarement associées à l'exploration des sociétés arabo-musul-

1. « Tout va bien. » Ce chapitre est tiré d'un DEA (master) en anthropologie de la santé, 2004.

2. Olivier de Sardan, 1999, p. 65.

manes par les sciences humaines et sociales. Comme le laisse entendre la phrase de Jean-Pierre Olivier de Sardan placée en exergue, l'anthropologie médicale est trop souvent pensée comme uniquement dirigée vers le « traditionnel ». Il y a donc une double étrangeté à explorer une modernité peu interrogée dans le monde arabo-musulman, dans une des sociétés les moins étudiées de ce dernier. Pourtant l'étude de la procréation et de sa gestion étatique est un excellent analyseur du produit de quarante années de modernisation tous azimuts: la société omanaise d'aujourd'hui, lieu d'un « progrès » continu revendiqué par l'État.

La question centrale concernant la *greffe* que représente le transfert d'une innovation technique comme l'échographie porte sur... ce qu'elle apporte avec elle. En effet, les objets techniques « renvoient toujours à une fin, une utilisation pour laquelle ils sont conçus, en même temps qu'ils ne sont qu'un terme intermédiaire sur une longue chaîne qui associe hommes, produits, outils, machines, monnaies »[3]. Qu'est-ce que l'échographie a apporté dans ses bagages à son arrivée en Oman, pays passé depuis 1970 de la « gestion collective de la maladie »[4] par la communauté – sans institutions spécifiques chargées de cette mission – à une politique de santé publique centralisée. Les représentations et usages occidentaux évoqués plus haut ont-ils fait le voyage avec elle ?

Je m'interroge sur l'inscription d'une technique telle que l'échographie obstétricale dans les « cultures plus ou moins locales »[5] d'Oman – médicales comme populaires –, ainsi que sur la définition de cette pratique et de ses objectifs par les dites cultures.

Oman et son système de santé

Le sultanat d'Oman est une monarchie absolue du Sud-Est de la péninsule Arabique. Le chef de l'État et du gouvernement est le sultan Qabûs bin Saᶜîd Al-Saᶜîd. Le pays est actuellement peuplé d'environ 2,3 millions de personnes[6]. Ce nombre augmente rapidement, du fait d'un taux de natalité élevé et d'une transition épidémiologique avancée, amenant un accroissement de l'espérance de vie (actuellement supérieure à 73 ans).

Depuis l'Antiquité, Oman entretient des relations étroites avec le sous-continent indien et l'Afrique orientale, lieux d'implantation de nombreux comptoirs (notamment Zanzibar) qui ont longtemps fait du pays une importante puissance régionale. Suite à l'abolition de l'esclavage, Oman

3. Akrich, 1987, p.50.
4. Fassin, 1996, p.217.
5. Akrich & Dodier, 1995, dans la présentation du numéro de la revue *Techniques et Culture* consacré aux « Objets de la médecine ».
6. Dont environ 25% d'étrangers, très majoritairement des travailleurs migrants en provenance d'Asie.

disparaît de la scène internationale, malgré la découverte de pétrole dont la production ne débute qu'en 1967. Le sultan de l'époque, Saʿîd bin Taymûr, se refuse à utiliser ces liquidités nouvelles pour la modernisation du pays.

Une révolution de palais le dépose en 1970 et son fils Qabûs prend en main la gestion du pays. Le contexte de l'époque est celui de la guerre du Dhofar, rébellion omanaise menée par un front de libération d'inspiration communiste, soutenu par la Chine et le Yémen du Sud et désireux d'instaurer dans le pays une « république populaire démocratique »[7]. À son accession au pouvoir, Qabûs hérite d'un pays pauvre, isolé et sans infrastructures. Alors que la rébellion dans le Dhofar est encore en cours de répression, un vaste programme de modernisation est lancé, axé sur l'administration comme sur les domaines de la santé, de l'éducation, du commerce ou des voies de communication. Les grands chantiers créent un afflux massif de main d'œuvre nationale et étrangère, spécialement en provenance du sous-continent indien. La réouverture du pays permet également le retour de nombreux Omanais exilés et déclarés indésirables par le précédent souverain. Ils quittent Zanzibar, l'Afrique de l'Est ou Centrale et s'en vont ou s'en retournent au pays par vagues successives, la dernière ayant suivi la crise des Grands Lacs en 1994.

Cette longue histoire mouvementée a fait d'Oman un foyer d'émigration, mais également d'immigration pour des populations perses, indiennes et africaines; les traces de ces mouvements de population demeurent, sous la forme de communautés diversifiées. Oman est aujourd'hui un pays paradoxal: théâtre depuis 1970 de bouleversements économiques et sociaux comme peu d'autres contrées en ont connu en une période si brève – hormis peut-être Singapour –, le sultanat fait pourtant figure d'îlot de constance dans une région politiquement et socialement instable. L'État demeure très paternaliste, incarné par et centré sur son monarque malgré quelques timides signes de diminution de la centralisation du pouvoir.

Parmi les repères concernant Oman, quelques mots s'imposent quant au statut des femmes dans le pays. Si celui-ci reflète le « fonds commun » des sociétés arabo-musulmanes[8], il existe aussi des spécificités omanaises. L'anthropologue Fredrik Barth présente les compétences sociales liées au genre en Oman comme des « cultures de genre »[9], véritables corpus de références – de comportements, de connaissances – hautement différenciés. Les deux cultures, masculine et féminine, se développent sans beaucoup d'interactions entre les deux genres; l'évitement mutuel est la norme théorique. D'autre part, le mariage préférentiel est consanguin (55 % des couples), dans l'idéal entre cousins germains parallèles patrilatéraux (35 % des couples[10]). Enfin, la loi oppose des obstacles qui suffisent à dissuader la plupart des Omanais d'épouser un(e) non-Omanais(e).

---

7. Le Cour Grandmaison, 2000, p. 163.
8. Lacoste-Dujardin, 1996; Tillion, 2000 [1re éd., 1966].
9. Barth, 1983, p. 232.
10. Chiffres du ministère de la Santé omanais.

Il existe en Oman un lien étroit entre le statut des femmes et leur rôle reproductif[11] : les enjeux sociaux d'une naissance, spécialement masculine, sont énormes. Plus encore que dans de nombreuses sociétés marquées par ce phénomène, la naissance du premier enfant fait de la femme un « adulte social »[12]. Cependant, toute discrimination fondée sur le sexe est officiellement interdite par la loi, en des termes proches de ceux employés en Occident[13]. Par ailleurs, le système législatif repose largement sur la *sharîʿa*. Le discours et la politique du gouvernement à l'égard des femmes se caractérisent donc par une grande ambiguïté[14].

Le système de santé omanais est en grande partie de construction récente. Il s'est bâti dans une période d'intense effervescence politique, économique et sociale, consécutive aux importants changements subis par le pays depuis les années 1970. Il fait donc partie intégrante de l'intense processus de modernisation impulsé par le sultan Qabûs depuis son accession au pouvoir.

Il est ardu de glaner des informations sur l'histoire de la médecine en Oman, que l'on peut imaginer originale, au regard de la position géographique du pays et de ses liens séculaires avec le reste du monde. En effet, l'historiographie officielle n'évoque nullement la médecine ancienne, les ouvrages généraux n'abordent pas spécifiquement le sultanat, et les sources locales sont rares. Quant aux débuts locaux de la biomédecine[15], les rares récits prennent la forme de chroniques d'aventures aux accents panégyriques. Ils évoquent par exemple le premier hôpital, ouvert en 1933 par des missionnaires et resté unique jusqu'en 1970. La création du ministère de la Santé et l'adhésion à l'Organisation mondiale de la santé ont figuré parmi les premiers décrets royaux[16], dans un pays alors totalement dénué de structures de soins gouvernementales.

Aujourd'hui, le système de santé est matérialisé par un maillage relativement dense de centres de santé et d'hôpitaux, dont des centres rompus aux technologies de pointe à Mascate (la capitale) et Salalah (la seconde

---

11. Voir par exemple Eickelman, 1993, p.652 à propos d'Oman et Lacoste-Dujardin, 1996.

12. Eickelman, 1993, p.658.

13. « Tous les citoyens sont égaux devant la Loi, et ils sont égaux en droits et en devoirs. Il ne peut exister entre eux aucune discrimination fondée sur le genre, l'origine, la couleur, la langue, la religion, l'obédience, le domicile ou le statut social. » Extrait de la Loi Fondamentale Omanaise (édictée en 1996), Troisième partie « Droits et devoirs publics », article 17 « Égalité des citoyens, aucune discrimination ».

14. Khalid Al-Azri (2010) analyse cette dichotomie de manière intéressante au sujet du divorce.

15. L'anthropologie de la santé désigne par le terme *biomédecine* la médecine dominée par la biologie et dotée des fondements épistémologiques propres à la méthode expérimentale. Devenue ubiquitaire – bien que dominée par quelques pays – cette médecine ne saurait être appelée « médecine occidentale » sans ethnocentrisme.

16. Le ministère a en effet été créé dans le premier mois du règne du sultan et l'adhésion à l'OMS a été effective dès fin 1971. Il est à noter que le père du sultan Qabûs s'était vu refuser cette adhésion en 1962, du fait de la non-reconnaissance par les Nations Unies de l'indépendance d'Oman (Valeri, 2007).

ville du pays, située sur la côte, à la frontière yéménite). En sus des structures dépendant du ministère de la Santé, il existe quelques hôpitaux publics dépendant d'« institutions sœurs »[17]) dont l'hôpital de l'université Sultan Qabûs (l'unique centre hospitalier universitaire du pays) et les hôpitaux militaires. Le secteur privé est très minoritaire et draine surtout une clientèle d'étrangers non pris en charge[18] par le système public de protection sociale, notamment dans la zone de la capitale.

Les défis principaux auxquels doit faire face ce système sont, d'une part, la nécessité de modifier son mode de financement, du fait de l'épuisement prochain des ressources pétrolières – qui représentent pour l'instant plus de 70 % des revenus du pays – et d'autre part la transition épidémiologique qui progresse[19] et modifie les besoins principaux de la population en matière de soins.

L'échographie obstétricale comme technologie importée

La technologie de l'échographie est issue des techniques militaires de détection liées au radar[20]. La première utilisation en gynécologie-obstétrique date des années 1950, le premier échographe médical de 1960. En France, l'échographie est devenue un recours fréquent en cas de grossesse à risque à la fin des années 1970.

L'échographie obstétricale est une technique d'imagerie médicale dynamique consistant à explorer le corps de l'embryon puis du fœtus à l'intérieur de celui de sa mère, à l'aide d'ultrasons de fréquence variable se réfléchissant sur les structures qu'ils rencontrent et donnant ainsi des informations sur la densité et les dimensions de celles-ci. Les informations sont transcrites sur un écran sous forme d'une image informatiquement construite en niveaux de gris figurant les diverses densités : un tissu de forte densité (un os) apparaît en blanc, un tissu de densité faible (un liquide quelconque par exemple) figure en noir.

---

17. Appellation officielle du ministère de la Santé omanais.

18. Suite à une réforme gouvernementale du début des années 2000 visant à diminuer les dépenses de santé.

19. D'importantes et rapides modifications en matière de contrôle des maladies transmissibles ont eu lieu depuis les années 1970. L'amélioration des services de santé, la généralisation de la vaccination des enfants et un meilleur suivi épidémiologique ont permis par exemple de réduire d'un facteur 10 la prévalence des oreillons et de la coqueluche dès 1980-85. Un Comité national de santé primaire a été mis en place dès 1985 et a concentré son action sur les enfants, à travers plusieurs « Child Care Plans ». L'attention portée à ces pathologies demeure importante : voir le site internet du ministère qui édite des lettres mensuelles rendant compte de l'évolution épidémique.

20. Pour plus de détails voir le site internet de Joseph Woo (1998-2003), « A Short History of the Development of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology » : http://www.ob-ultrasound.net/history.html

L'échographie obstétricale permet de dater les grossesses, de déterminer le nombre de fœtus et de les mesurer, de détecter certaines anomalies, ainsi que de visualiser la position respective du fœtus et du placenta.

L'implantation de cette technologie présente toutes les caractéristiques d'une innovation, c'est-à-dire une « *greffe* de techniques, de savoirs ou de modes d'organisation inédits (en général sous la forme d'adaptations locales à partir d'emprunts ou d'importations) sur des techniques, savoirs et modes d'organisation en place »[21].

L'approche anthropologique amène à concevoir l'examen échographique non pas seulement comme technique avancée liée à la procréation, mais également comme phénomène social chargé d'enjeux et même sous influences politiques. « L'espace politique de la santé » est assimilable à une arène où se jouent les luttes de pouvoir reflétant les structures sociales : « les rapports que les individus entretiennent avec leur corps, avec leurs symptômes et avec le système de soins sont indissolublement liés à leur position et à leur histoire sociales »[22].

Le principal moteur décisionnel dans le système de santé est l'ensemble des politiques de santé publique. Cet ensemble regroupe ordinairement « la somme des efforts communautaires organisés pour la prévention de la maladie et la promotion de la santé »[23]. La santé publique procède d'une prise en charge institutionnelle codifiée et codifiante de la santé de la population. Dans les pays du Sud, la mise en place des politiques de santé publique passe fréquemment par l'importation d'un corpus de normes comportementales d'origine occidentale, promulguées par les organisations internationales. Quelle est la place conférée à l'échographie obstétricale par les politiques de santé publique omanaises ?

L'échographie obstétricale et plus largement la réorganisation des soins pré- et postnatals en Oman déploient la bannière de la modernité au sein d'un processus de modernisation étatique volontariste : l'amélioration des soins périnatals est un des fers de lance sanitaires du régime.

L'échographie – et notamment son application obstétricale –, née en Occident et exploitée là-bas depuis environ trois décennies, est donc allogène en Oman. L'arrivée d'une technologie venue d'ailleurs institue « un rapport social au sens large entre plusieurs sociétés »[24]. Un transfert est effectif lorsque la technologie concernée peut résonner avec une part de la « tradition » de la société d'accueil. La tradition n'est pas ici envisagée de manière fixiste comme « l'ancien persistant dans du nouveau »[25] dont la conservation serait nécessaire, mais plutôt comme un ensemble de « façons de faire »[26] dessinant une continuité choisie avec un passé minu-

---

21. Olivier de Sardan, 1995, p. 78 (souligné dans le texte).
22. Fassin, 1996, p. 13.
23. Définition de Frenk citée par Massé & Saint-Arnaud, 2003, p. 4.
24. Geslin, 1999, p. 17.
25. Lenclud, 1987, p. 111, à propos des « notions de tradition et de société traditionnelle en ethnologie ».
26. *Ibid.*, p. 119.

tieusement trié et « fourni[ssant] au présent une caution pour ce qu'il est »[27].

Comme la politique de santé publique est centrée sur la santé maternelle et infantile, notamment sur la réduction de la mortalité infantile, on peut supposer que l'échographie a été introduite en Oman dans les années 1980 dans le but d'obtenir des informations obstétricales nouvelles ou plus complètes permettant de réduire le taux de mortalité, enjeu symbolique pour l'État. La généralisation de cette technique dans les centres de santé du pays n'est pas une simple application de consignes internationales – au même titre que d'autres programmes nationaux. En effet, l'échographie ne fait pas partie des examens de routine requis par l'Organisation mondiale de la santé (*Safe Motherhood Initiative*)[28]. Cependant l'expansion de l'échographie dans le système de santé omanais s'est faite d'autant plus aisément qu'il était « préformaté » par les systèmes de santé occidentaux et ne fonctionnait de façon autonome[29] que depuis peu. Les buts initiaux, les objectifs et même l'identité des premiers promoteurs de l'échographie obstétricale en Oman me sont restés inaccessibles, aucune information précise n'étant, semble-t-il, disponible. L'impulsion initiale a-t-elle été donnée par une décision gouvernementale ou par une initiative privée à vocation commerciale – à l'instar de l'échographie en trois dimensions, arrivée dans les hôpitaux privés depuis quelque temps ? Le manque d'informations vérifiables rend très ardue l'analyse de la diffusion locale de cette innovation – notamment à partir des pays voisins. Seuls quelques indices ouvrent des pistes de recherche, parmi lesquelles l'importance des liens avec l'Inde en matière de coopération médicale ainsi que la présence de très nombreux praticiens indiens dans le pays. L'échographie obstétricale se présente donc ici sous les traits de l'un de ces nouveaux objets anthropologiques « lestés d'enjeux sociaux contemporains »[30] et la signification culturelle de ses usages et de ses représentations souligne l'intérêt d'une étude hors des pays du Nord.

Aujourd'hui le gouvernement souhaite évaluer les procédures et le degré d'intégration de l'échographie dans le système de santé. À ce jour, aucun chiffre officiel ne précise pourtant l'extension de la pratique, alors que les estimations chiffrées sont chères au rapport statistique annuel dudit ministère ; dans ces conditions, on ne peut guère s'étonner qu'aucune étude qualitative n'ait été menée.

Si l'un des critères pour apprécier les transferts de technologie est l'efficacité comme « évaluation de la conformité d'un résultat avec un projet »[31] par le groupe receveur, il est difficile de porter un jugement sur le projet omanais autour de l'échographie et du diagnostic prénatal. Les

27. *Ibid.*

28. Tautz, Jahn, et *al.*, 2000, p.690.

29. C'est-à-dire hors de la tutelle des administrateurs britanniques qui participèrent officiellement au gouvernement jusque dans les années 1980.

30. Olivier de Sardan, 1999, p.64.

31. Geslin, 1999, p.18-19.

premières réflexions sur les buts de la pratique échographique généralisée ne datent apparemment que de 1999, première manifestation d'une volonté officielle de s'attaquer au problème des pathologies congénitales. D'autre part, si cette technologie recommandée dans le rapport conjoint de l'Unicef et du ministère de la Santé omanais sur la mortalité périnatale (1999) est aujourd'hui passée en routine, la pérennisation n'en est pas pour autant assurée : la formation en médecine fœtale n'existe pas en Oman et l'omanisation[32] de ce secteur d'activité est loin d'être réalisée.

Sous des dehors de pure technologie – émanation de la modernisation, détachée de tout contexte socioculturel d'origine –, l'échographie obstétricale véhicule en fait nombre de débats et d'enjeux politiques, confrontant science et morale. On peut notamment s'interroger sur la manière dont la société omanaise formule les notions de moral/immoral, correct/incorrect et normal/anormal. Les interrogations bioéthiques commencent à trouver un écho dans les réflexions du gouvernement et des praticiens, notamment au sujet de l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique, qui n'a pas pour autant de dénomination officielle[33]). Ce type d'intervention est en effet rendu possible par le diagnostic précoce de grossesse fourni par l'échographie, permettant une prise de décision quant à une éventuelle interruption. Un intéressant processus d'appropriation se met en place, suscitant des interrogations sur les usages sociaux de l'échographie acceptables pour la société omanaise. De façon générale, l'arrivée de nouvelles techniques (transplantations, procréation médicalement assistée...) a posé des problèmes de choix de santé publique à certaines sociétés arabes à compter des années 1980 bien que ne concernant d'abord directement qu'une faible part de la population. Dès lors est apparue la nécessité « d'un nouveau consensus entre les instances de la science, du droit et de la morale »[34].

La diffusion de l'échographie se poursuit dans tout le sultanat, alors même que les zones les plus favorisées du point de vue des équipements de santé se l'approprient déjà pleinement. L'enracinement de l'échographie en Oman est en cours, dans la zone de la capitale au moins : « Lorsqu'il s'agit d'un acte en rupture avec la tradition, il faut que l'écart ne soit pas trop important avec les techniques traditionnelles, sinon il risque de ne pouvoir devenir reproductible, ni accéder à un minimum de routinisation ou être accessible à la transmission »[35]. En Oman, la dénomination de « rayons », donnée à cette technique par de nombreuses patientes (qui

32. Il s'agit d'une politique ouverte de préférence nationale à l'embauche, directive et énergique.

33. En France, on l'appelle Interruption médicale de grossesse, IMG, après l'avoir appelée ITG (Interruption thérapeutique de grossesse). En Oman il n'existe pas de dénomination spécifique hormis l'anglais « *termination* ». Hors du champ médical, la plupart du temps, ce sujet sensible est abordé par des périphrases. J'utiliserai donc le signe IMG pour désigner dans ce chapitre l'arrêt d'une grossesse sur décision médicale suite à la découverte d'une pathologie fœtale.

34. Moulin, 1993, p. 13.

35. Dejours C. (1995), *Le facteur humain*, Paris, Presses universitaires de France, « Que sais-je ? », cité par Geslin, 1999, p. 20.

nomment l'échographiste « docteur des rayons ») lie les représentations de l'échographie à celles des rayons X, déjà bien connus des usagers du tout récent système de soins. En effet, le radiodiagnostic a été rapidement introduit, à l'inverse de la radiothérapie encore très peu diffusée. D'autre part, son pouvoir prédictif rencontre sans doute une volonté des femmes – pas de toutes il est vrai – d'en savoir plus, de prédire un avenir à l'enfant en gestation. De plus, le terrain était déjà préparé, suite à l'institution d'un suivi de grossesse à vocation généralisée (figurant parmi les premiers programmes du ministère de la Santé).

Malgré une volonté gouvernementale assez nette – bien que récente – d'exploiter au mieux les possibilités offertes par cette technologie, l'étape actuelle relève du tâtonnement. Curieusement, par exemple, l'éducation à la santé ne mentionne pas l'échographie – malgré des efforts importants du gouvernement en termes d'achat et de diffusion de matériel. D'autre part, les échographistes évaluent quotidiennement la croissance des fœtus à l'aide de « gradients de normalité »[36] matérialisés par des courbes de croissance théoriques. Ces courbes se réfèrent, bien entendu, à des études réalisées dans les pays du Nord, ce qui entraîne une surestimation constante des problèmes de croissance (hypotrophie) des fœtus omanais ; « le ventre est toujours plus petit que la normale », m'a ainsi dit un médecin de l'hôpital universitaire. La norme de référence étant européenne ou nord-américaine, on perçoit l'absurdité de la situation : la croissance des fœtus omanais est évaluée à l'aune de celle de fœtus plus grands, portés par des femmes de morphologie différente des Omanaises.

Uniformisation du suivi de grossesse : la politique de santé publique

Si l'on répartit les systèmes de santé le long d'un continuum représentant de manière croissante la délégation de décisions sanitaires aux individus, la surveillance de la grossesse en Oman classerait le pays dans une zone de faible délégation, où les grossesses sont le plus souvent considérées comme potentiellement à risque et surveillées en conséquence. Oman se détache par ailleurs largement d'États comme les Pays-Bas, où l'échographie est rare (zéro à une par grossesse en moyenne, contre deux ou trois au minimum en France[37]) et le suivi beaucoup moins resserré tant qu'aucune anomalie n'apparaît. Le modèle adopté est la volonté de « délégation de l'ensemble du parcours obstétrical à la médecine »[38].

36. L'expression est de Ch. Cussins (1995) in « Les cycles de conception : les techniques de normalisation dans un centre de traitement de la stérilité », *Techniques et culture*, *25-26*, p. 309.

37. Akrich & Pasveer, 1996, p. 66-67.

38. Champenois-Rousseau, 2003, p. 19.

Les politiques de santé publique omanaises à destination des mères et des enfants se situent surtout « dans le I de SMI » (santé materno-infantile)[39]. Les politiques de prévention de la mortalité infantile sont déployées à grande échelle et leurs résultats publiés dans les journaux, mais il est fait peu de cas – malgré l'étude sanitaire nationale de 2000 – des complications obstétricales et des dégâts périnéaux qui affectent la santé des mères.

À la situation omanaise s'applique exactement la description de Bernard Hours[40] : « Dans les pays en voie de développement, les institutions de la santé publique mises en œuvre par l'État mesurent leurs résultats à la couverture préventive ou à la fréquentation. La satisfaction du malade, ou sa perception de la guérison, ne sont guère prises en compte dans la mesure où la fonction sociale prime sur les résultats intrinsèques ». Les statistiques se substituent ainsi fréquemment à l'évaluation qualitative des résultats.

Dans les rapports du ministère de la Santé de la dernière décennie, il ne m'a été donné de lire aucune étude qualitative dirigée vers les patients pour recueillir leur opinion. Ils ont certes été comptés, mesurés, assemblés en cohortes[41], mais dans le programme de santé materno-infantile, pas un mot du vécu des mères. L'essentiel des efforts gouvernementaux est résumé par des valeurs[42] – par ailleurs impressionnantes si on les compare à des chiffres africains : 99,6 % des femmes ayant accouché dans les trois ans précédant l'étude avaient bénéficié de soins prénatals, dont moins de 1 % dans des structures privées[43] ou encore plus de 90 % des naissances ont lieu en milieu hospitalier[44].

La « carte verte », autrement appelée « carte de santé maternelle », matérialise le suivi normalisé de la grossesse. Elle est fournie à chaque femme enceinte lors de la première consultation de grossesse, de date très variable (beaucoup plus précoce en milieu aisé et dans la capitale). La carte verte est le support des comptes rendus tout au long de la grossesse, dans les diverses structures médicales fréquentées par sa détentrice.

L'une des plaquettes en arabe éditées par le ministère de la Santé, intitulée « La santé de la mère », est plus que directive. Elle détaille par le

---

39. Fassin, 2000, p. 161.

40. Hours, 1995, p. 66-67.

41. Le terme *cohorte* évoque un groupe de personnes inclus au même moment dans une étude épidémiologique et suivis pendant une longue période.

42. Il n'est en ce sens pas anodin que l'une des seules demandes dont mon travail ait fait l'objet, en termes « d'apport d'anthropologie au pays », ait émané du ministère de la Santé, souhaitant une « évaluation des praticiens en échographie », notamment au regard des dépenses de matériel que leur activité occasionne. Les malentendus ont été fréquents quant à mes compétences et attributions : d'une part, mon expertise supposée en technique échographique a amené des interrogations quant à l'opportunité de me laisser ou non pratiquer des examens ; d'autre part, mon statut d'observatrice dans plusieurs lieux de dépistage prénatal m'a constituée en personne ressource pour certaines patientes potentielles, lesquelles souhaitaient un avis quant au « meilleur choix » pour leur enfant à venir.

43. Ministry of Health, n.d., p. 95.

44. Hill, Muyeed, *et al.*, 2000, chap. 3, p. 26.

menu toutes les étapes et paliers par lesquels la future mère doit passer. Elle se présente comme une description des événements à venir, et non comme un éclaircissement des choix qui s'offrent à la future mère. La plaquette s'ouvre sur des descriptions de l'appareil génital féminin, de la physiologie de la grossesse, puis de la carte verte évoquée plus haut. Sont ensuite détaillés les examens médicaux et bilans périodiques (pesée, contrôle de la tension, prises de sang...) auxquels la patiente doit se soumettre. Les examens fœtaux (écoute du cœur et échographie) sont évoqués brièvement. La plaquette se termine par de nombreux conseils en matière de diététique et d'hygiène de posture pendant la grossesse, ainsi que par une description du déroulement de l'accouchement et de divers gestes de gymnastique.

Cette liste de repères n'inclut pas clairement la nécessité d'échographies régulières, dont la première est généralement réalisée autour de dix-huit semaines d'aménorrhée dans un centre spécialisé. Elle n'évoque pas non plus la volonté gouvernementale de rendre l'échographie de dépistage accessible dans tous les centres de santé, afin d'installer un protocole d'examens précoces, durant le premier trimestre.

De manière générale, les politiques de santé publique impliquent la construction des corps quasi-exclusive par les stratégies de surveillance et de contrôle biomédical : « La stratégie des institutions est fondamentalement de recevoir des patients dont les pratiques seraient conformes aux modèles construits en santé publique »[45]. La gratuité des soins pour les Omanaises suivies dans le service public est sans conteste un puissant moyen de persuasion du gouvernement, en situation de quasi-monopole en matière de soins prénatals.

À noter que la gestion gouvernementale de la santé maternelle et infantile perdure après l'accouchement, à travers la fourniture d'une carte non plus « verte » mais « rose » ou « bleue » destinée à suivre l'enfant, puis d'une « carte d'espacement des naissances »[46], sans oublier les conseils répétés des travailleurs sociaux en matière de sevrage et de diversification alimentaire. Le secteur privé n'est pas en reste, qui applique globalement le protocole gouvernemental, mais où le nombre d'échographies par grossesse peut dépasser la vingtaine. Un hôpital privé de la capitale propose ainsi aux femmes enceintes d'acheter un « stock » d'examens prépayés de cinq, dix ou vingt échographies, là où les structures publiques, débordées, n'assurent que trois ou quatre examens de routine (gratuits) par grossesse.

La politique du gouvernement omanais se situe donc dans ce que Raymond Massé[47] nomme la *persuasion*, et pas (encore ?) dans la *législation*, puisque, officiellement, ce suivi n'est pas obligatoire. Cependant la

45. Hours, 1995, p.67.

46. Cette carte constitue le principal support d'un programme national d'espacement des naissances (*Birth Spacing Initiative*) lancé en 1994, qui prône la contraception (implants, pilules, stérilet, préservatifs...) et l'allaitement prolongé en cas de refus de contraception médicalisée.

47. Massé & Saint-Arnaud, 2003, p.233-241.

portée, sinon l'efficacité, de cette entreprise normative à grande échelle peut être appréhendée à travers les propos de cette jeune patiente, selon qui on ne peut déroger à la prise en charge par le médecin :

« Tout le monde a la même chose. Même dans l'intérieur[48], c'est pareil, les médecins n'accepteraient pas bien sûr que leurs patientes n'aient pas d'échographies. Le médecin doit avoir toutes les informations. Alors il donne un rendez-vous pour l'échographie. Si quelqu'un n'y va pas, bien sûr il ne va pas accepter ça. Je suis sûre que personne ne peut passer une grossesse entière sans échographie »[49].

L'échographie obstétricale en Oman au quotidien

Il règne actuellement dans les pays du Nord un consensus social très étendu concernant les bienfaits de l'échographie et la légitimité de son utilisation dans les systèmes de santé. Cette situation, en partie fruit de la longue histoire de maîtrise accrue de la fécondité dans ces sociétés, n'a suscité que peu de recherches.

Pour Eugenia Georges, l'une des rares chercheures attachées à l'étude de cette technologie, « on connaît peu de choses de la diffusion de cette technologie à l'extérieur des contextes nord américain et ouest européen, et encore moins sur les expériences culturellement infléchies des femmes et des obstétriciens lorsqu'ils interagissent avec elles »[50]. Il s'agit donc ici de s'intéresser à de telles « expériences culturellement infléchies » en Oman, d'examiner « ce que fait » cette modernité importée dans le contexte omanais, mais également « ce qu'elle dit »[51] de ce contexte. En effet, « l'échographie est un instrument à travers lequel des discours multiples, superposés et changeants, sur le corps, le genre, le handicap, l'économie de la santé et la sexualité, agissent sur et construisent les femmes, les fœtus, les échographistes, et les autres »[52].

Les quelques études approfondies consacrées à l'échographie obstétricale[53] portant sur des sociétés du Nord ayant une culture iconographique et médicale sinon commune du moins semblable, il paraît particulièrement intéressant d'appréhender le statut de cette technique dans un pays où le rapport à l'image et à la médecine a une histoire différente. Malgré un

48. Dénomination commune des provinces extérieures à la capitale, souvent présentées comme « arriérées » par les habitants de ladite capitale.

49. Entretien, Mascate, 1er décembre 2003.

50. Georges, 1997, p. 91.

51. Duden, 1996, p. 100.

52. Mitchell, 2001, p. 14.

53. Michèle Fellous et Bénédicte Champenois-Rousseau pour la France, Lisa M. Mitchell pour le Canada, Eugenia Georges pour la Grèce, et Janelle S. Taylor pour les États-Unis.

matériel occidental et une formation technique des praticiens dans les facultés de médecine européennes ou nord-américaines, il paraît probable que la société omanaise s'est forgé des représentations propres de la technique échographique.

Anthropologie de l'échographie obstétricale en Oman

L'échographie est pratiquée dans les principaux hôpitaux publics, dans les trois hôpitaux privés du pays (dont deux situés dans la capitale, Mascate), ainsi que dans quelques cabinets privés. Cette technique d'imagerie est un recours signalé dans la procédure gouvernementale standard de suivi de grossesse et très fréquemment prescrit par les médecins du pays. Une telle situation, dans une société dont le système de santé ne s'est administrativement organisé que dans les années 1970, est assez singulière.

Les praticiens sont en fait toutes des praticiennes, pour partie des gynécologues formées à l'échographie, et pour partie des femmes « *sonographers* » (techniciennes échographistes, non médecins). Les patientes des hôpitaux publics sont très majoritairement omanaises, originaires de tout le pays (soins gratuits pour les nationaux), celles des structures privées sont pour la plupart expatriées.

Dans les pays du Nord, les représentations de l'échographie entrée en routine, largement partagées par les professionnels et les patientes, concernent des aspects très divers de l'examen :

– le remplacement de la certitude corporelle personnelle de la grossesse par la certitude visuelle médiatisée par le praticien. La modernisation touche ici à l'intime, par l'irruption de l'image dans le devenir de la grossesse ;

– l'idée implicite que « les fœtus présentant des anomalies seront avortés »[54] : l'échographie s'inscrit dans une chaîne de « contrôle de qualité » assimilant la grossesse à une « tentative »[55], que les vérifications technologiques à disposition des parents potentiels (amniocentèse, dosages sanguins) peuvent amener à abandonner ;

– l'affirmation réitérée[56] des bénéfices psychologiques de l'examen (renforcement du lien mère-enfant et des liens dans le couple, diminution de l'angoisse des parents) ;

– la reconnaissance généralisée de la nature « hybride »[57] de l'examen, médical mais aussi ludique car fournissant l'occasion d'une rencontre entre futurs parents et fœtus.

---

54. Taylor, 1998, p. 21.

55. *Ibid.*, p. 16.

56. Entre de nombreux autres : Tourrette & Bouhard, 1986 ; Jalenques, Coudert, *et al.*, 1991 ; Thorpe, Harker, et *al.*, 1993 ; Filly, 2000 ; Zechmeister, 2001.

57. Taylor, 1995, p. 35.

Les aspects énumérés ci-dessus sont liés aux conceptions de la personne et de la parentalité, au crédit conféré à la médecine, bref, à des normes socioculturelles que l'on ne saurait simplement exporter d'une société à l'autre. D'ailleurs les professionnels de santé eux-mêmes n'entendent pas nécessairement les prendre tous en compte. Vangeenderhuysen, Abdellahi *et al.* (2002), à propos de la Mauritanie, considèrent surtout l'apport d'informations obstétriques strictement médicales. Des auteurs enthousiastes, comme l'économiste de la santé Ingrid Zechmeister, reconnaissent que « la signification [de l'examen échographique] est formée par les mythes sociaux concernant la création du lien et l'amour maternel »[58].

Les femmes subissant un examen échographique dès les premières semaines de grossesse étant très rares en Oman, l'échographie ne peut techniquement pas y revêtir le rôle de révélateur de l'état de femme enceinte : en général, les patientes perçoivent déjà les mouvements fœtaux lors de leur premier examen échographique. D'autre part, on ne retrouve pas dans leurs propos l'idée de perfectibilité omniprésente dans les analyses portant sur les pays occidentaux, surtout les États-Unis – par exemple Ginsburg & Rapp (1995). Il s'agit de se rassurer non pas sur la perfection du fœtus, mais sur son état de santé global.

L'image ne semble pas personnifier le fœtus. La dénomination du fœtus comme enfant dans le discours est très peu fréquente, et je n'ai entendu aucune femme parler de « son fils » ou de « sa fille » à propos de son fœtus. On ne relève pas non plus de considérations sur le caractère éventuel du fœtus ou sa ressemblance avec un membre de la famille, comme cela a été rapporté aux États-Unis ou en Europe. Il est majoritairement désigné textuellement comme fœtus (*janîn*).

Le recul face à la situation d'examen est caractéristique chez les femmes. Les pères sont en effet absents dans la grande majorité des cas ; les cultures de genres inculquées en Oman dès l'enfance exercent leur influence. Si la construction sociale de l'opposition des genres se matérialise dans la tendance « à exclure de l'univers du pensable et du faisable tout ce qui marque l'appartenance à l'autre genre »[59], une activité aussi intimement proche des femmes que l'échographie obstétricale ne saurait être pratiquée par un homme. De plus, « il est inconvenant de parler en public des liens affectifs entre un homme et une femme, même s'ils sont mari et femme, bien que de tels liens existent souvent entre les époux »[60]. Assister ensemble à l'examen de son enfant à naître pourrait être considéré comme une actualisation publique de ces liens ; une telle situation est donc très rare.

Pour le praticien, l'interprétation diagnostique d'une image médicale – quelle qu'elle soit – nécessite un outillage intellectuel précis, comprenant notamment une image mentale des zones anatomiques concernées,

58. Zechmeister, 2001, p. 389.

59. Bourdieu, 1998, p. 29.

60. Eickelman, 1984, p. 128 ; noté également par Lila Abu Lughod dans son ouvrage *Veiled Sentiments*, au sujet des Bédouins d'Égypte.

ainsi qu'un œil exercé à reconstituer la réalité tridimensionnelle d'une structure présentée en coupes variées.

Au-delà de l'examen lui-même demeure, du moins dans les pays du Nord, la trace physique de ce dernier: l'image imprimée, construite et exhibée socialement comme la « première photo de bébé »[61]. Ce statut, conféré à la reproduction sur papier de l'« indistincte masse grisâtre » évoquée par Lisa M. Mitchell, suppose la convergence de plusieurs phénomènes:

– l'intégration d'une continuité entre vie fœtale et vie extra-utérine, amenant à « considérer comme son enfant l'écho muet d'un fœtus »[62];

– la soumission à ce que Barbara Duden[63] nomme « l'effet Nilson »: il s'agit pour elle de « voir à la commande », comme sur les premières images de fécondation au microscope, réalisées par le scientifique suédois susnommé en 1965, « sous la dictée » en quelque sorte. La médiation du praticien est nécessaire et constitutive de l'accès aux images. En effet, la relation entre l'image et son référent peut paraître arbitraire, conventionnelle: les niveaux de gris représentent les tissus de l'enfant à naître. Il est nécessaire de croire pour voir: « de ces images traces, le spectateur non initié ne reconnaît rien car il ne maîtrise pas les conventions représentatives, mais il croit le discours du spécialiste tenu sur de telles images »[64]. Pour les patientes, l'acte de foi en la parole du spécialiste prend le pas sur leur propre perception visuelle;

– une certaine habitude de telles images, permettant de légitimer leur pouvoir de représentation du fœtus qui, sans elles, demeure invisible. Ce dernier est en un sens produit par la technique même qui cherche à le visualiser[65];

– l'assimilation d'une image électroniquement construite à une photographie.

On le voit, la même image est construite de manière totalement différente par ses différents observateurs. Des processus cognitifs s'exercent au cours de constants allers et retours entre l'image observée et l'ensemble de ressources interprétatives constitué par la « culture iconographique » de l'individu – également conçue comme contact répété avec des images médicales et anatomiques – par laquelle il acquiert les compétences nécessaires au décodage des images. Du côté des professionnels, il s'agit de construire une représentation anatomique d'un fœtus par ailleurs invisible; pour les patientes, il s'agit de recevoir ce que le praticien donne à voir, après acceptation de cette médiation, confronté à leur représentation de l'enfant à naître. Tout cela dans un contexte relativement angoissant où, pour les uns comme les autres, le pouvoir prédictif de l'examen et le

61. Fellous, Mitchell, Taylor, etc.
62. Duden, 1996, p.41.
63. *Ibid.*, p.21.
64. Georges, 1997, p.13.
65. Bernike Pasveer, 1995, p.1, parle de la « coproduction des images et des objets représentés par ces images ».

temps nécessaire à sa complète réalisation maintiennent tous les acteurs présents dans l'attente d'une possible image déclarée anormale.

Pour l'Occident, la portée symbolique de l'échographie obstétricale proviendrait de la jonction opérée par cette technologie entre « le visuel et le scientifique – deux composantes hautement significatives de la culture occidentale moderne »[66]. Il existe probablement des cultures diverses de l'imagerie médicale, dont la légitimité serait construite de manière différente et à divers degrés.

Pour Oman la question est précisément ouverte, de la signification de l'échographie dans une société qui a durant plusieurs siècles laissé peu de place à l'image, et où la perception de l'image anatomique est nécessairement très différente.

Malgré l'introduction relativement récente (une centaine d'années) du portrait et de la photographie dans les pays arabes, les outils pour évaluer une image à décoder semblent manquer. Hormis les portraits du sultan présents dans tous les lieux publics et dans certaines résidences privées, Oman n'est pas un pays où l'image est omniprésente, comme dans certains pays musulmans affichant effigies de martyrs ou de dignitaires religieux.

La majorité des patientes omanaises observées semble demeurer très indifférente à l'écran, donnant presque à penser qu'il n'y a « rien à voir » tant que le praticien ne parle pas. Dans un contexte où les images échographiques sont peu médiatisées et sont donc difficilement reconnaissables au premier coup d'œil par un profane, elles ne paraissent pas investies d'une valeur affective. Les patientes ne disent pas « j'ai vu le bébé », mais « on m'a dit/je sais que tout va bien ».

L'un des indices d'une culture iconographique en voie de constitution est la métaphore utilisée pour nommer une technique d'imagerie. L'assimilation de l'échographie et de ses images à la télévision, relevée en Grèce par Mitchell & Georges (1997), ne semble pas s'appliquer en Oman. L'échographie est plutôt associée, comme on l'a vu plus haut, aux « rayons » des autres techniques d'imagerie. La dénomination conserve la spécificité médicale et non pas le côté « grand public » de la télévision. Les femmes semblent rester extérieures à un savoir médical qui doit leur être expliqué et n'a pas l'aspect immédiatement accessible de la télévision.

Interactions entre praticien, patiente et technologie

Le concept d'« *authoritative knowledge* »[67] qui caractérise le savoir médical, s'applique aisément à l'interaction patiente/praticien au cours de

66. *Ibid.*

67. Théorisé par Brigitte Jordan à propos de l'obstétrique dans *Birth in Four Cultures : a Cross Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States* (4th éd.) Prospect Heights, Waveland Press, 1992 [1978].

l'échographie. Cette « connaissance faisant autorité » représente, parmi les savoirs coexistant dans un domaine social donné, celle qui a le plus de poids, à laquelle on donne le plus de crédit. La raison de cette prééminence peut être son « efficacité » explicative, son association avec un pouvoir social fort (ici, la biomédecine), ou plus fréquemment les deux à la fois. Ce concept sert à analyser la confrontation des systèmes de représentations patiente/praticien à l'intérieur de la salle d'examen. Ainsi, les travaux sur l'anthropologie de la reproduction dans les pays du Nord analysent dans les rapports patientes/praticiens les conflits et négociations confrontant deux types de connaissance : « *authoritative knowledge* » et « *embodied knowledge* ». Il s'agit de la connaissance faisant autorité des praticiens dans le secteur biomédical et de la connaissance « incorporée » ou « incarnée » des femmes. Une consultation gynécologique et/ou obstétricale peut être interprétée comme négociations de légitimité et de choix thérapeutiques entre ces deux pôles. Ces descriptions concernent des sociétés où la revendication des patients peut trouver un écho : par exemple lorsque les associations d'usagers ont du poids.

Une spatialisation différentielle liée au genre existe dans les hôpitaux : ainsi une polyclinique publique est-elle totalement interdite à la gent masculine – à l'exception du vigile patrouillant dans les bâtiments et montant la garde à côté de la salle d'attente extérieure réservée aux hommes. Une fois la patiente déposée là par un membre de sa famille, il n'y a donc pas de rupture de la « chaîne de l'effacement », qui existe et doit, pour certaines familles en tout cas, être maintenue. Comme ailleurs la chaîne du froid, la continuité doit être parfaite, de la maison à une autre zone « sûre ». L'échographie est donc un face-à-face strictement féminin dans la majorité des cas.

Les patientes transportent partout avec elles la frontière du public et du privé : leur corps en général voilé. Dans le milieu exclusivement féminin de la salle d'échographie, on pourrait s'attendre à une négociation plus lâche de ces frontières, mais la sociabilité féminine omanaise n'a rien à voir avec celle du hammam par exemple ; la communauté de genre n'autorise pas pour autant la promiscuité et les contacts physiques avec l'échographiste sont réduits au strict nécessaire.

Le déroulement globalement silencieux, rapide et peu « interactif » des examens peut être infléchi par divers éléments, le premier étant le statut de la praticienne. Les modalités de l'interaction sont foncièrement modifiées lorsque le « pouvoir de guérir »[68] repose paradoxalement entre les mains d'une personne située au bas de l'échelle sociale. En effet, il faut signaler que la majorité des médecins sont indiens – comme près d'un quart de la population – et à ce titre considérés comme des citoyens de seconde zone. Pourtant, même en l'absence d'un tel écart social, le rapport des patients à la « connaissance faisant autorité » n'est pas uniforme. Dès lors que les patients ne considèrent plus le savoir du praticien comme

68. Fassin, 1996.

ésotérique[69], comme une « connaissance faisant autorité » à laquelle ils ne peuvent accéder que par médiation, le médecin perd de son pouvoir et l'interaction se modifie radicalement. Ainsi, ce père néerlandais contestant de toutes ses forces la date de début de grossesse de sa femme (expatriée comme lui) avancée par les échographistes, ou ces patientes ayant fait des études supérieures qui se renseignent sur l'arrivée prochaine de l'échographie en trois dimensions, « qui existe déjà à Dubaï »... Ce type de contestation de l'autorité est fréquent, même chez les patientes sans passé universitaire, telle Zakhia, pour qui la connaissance faisant autorité se trouve du côté du divin :

> « Moi, on m'a informée, dans les « rayons », que la probabilité est grande d'avoir un garçon. D'accord ? Mais Dieu seul le sait. Et moi, je sais que j'ai un pressentiment très fort que je vais avoir une fille. Peut-être parce que j'en ai déjà une et que j'en veux une autre »[70].

Cependant, il est utile de signaler qu'actuellement, aucune procédure légale systématique n'existe en Oman pour les patients en litige avec un praticien.

En Europe, l'interaction de la patiente et de la praticienne fait également varier le rapport entre temps médical et temps ludique de l'examen. Le moment ludique désigne, dans l'anthropologie occidentale, le temps où le praticien quitte le domaine strictement médical et implique la patiente dans l'examen, en lui désignant par exemple des parties du corps du fœtus, ou en essayant d'établir un contact entre elle et lui par son intermédiaire. Dans des styles et des proportions très différents, tous les opérateurs introduisent cette part ludique dans l'examen. Le moment varie, la durée également, ainsi que l'affectivité qui s'y trouve investie. Ce moment peut être imposé par le professionnel, demandé par les parents ou parfois négocié entre les deux parties. La négociation porte notamment sur le moment où la praticienne désigne les organes du fœtus à la patiente. Certaines le font en continu, d'autres ménagent une plage spécifique de quelques dizaines de secondes en début ou en fin d'examen. En Oman, si ces moments existent, on observe cependant très peu de tentatives de la part des échographistes pour impliquer émotionnellement la patiente dans l'examen. La personnification claire du fœtus est assez rare et seules les phrases stéréotypées qui clôturent l'examen renseignent sur l'approche des praticiens :

– « Everything is kullû zayn ! » (médecin indien mêlant arabe et anglais – quelle que soit la patiente – pour dire « tout va bien ! »).

– « Tifl zayn. » (l'enfant va bien).

– « Janîn zayn. » (le fœtus va bien).

Les clichés ne sont pas confiés à la mère dans les structures publiques ; ils sont même rarement imprimés, sauf anomalie. Un ou deux clichés sont

69. *Ibid.*, p. 142.

70. Entretien, Mascate, 2 décembre 2003.

parfois communiqués à la patiente dans les structures privées, mais ce ne sont pas ceux qui comportent des anomalies.

Du côté des patientes omanaises, le discours médical ne semble que peu érigé en « connaissance faisant autorité », perçue comme « naturelle et raisonnable »[71]. Lors du face-à-face avec les praticiens, les femmes font peu valoir leur expérience ; par contre, interrogées hors situation de consultation, certaines indiquent clairement leur confiance en leur propre jugement :

> « Moi j'ai pas cru les paroles de ce docteur, parce qu'elle vient de me voir et elle a juste touché mon ventre. Parce qu'elle a juste touché mon ventre comme ça, elle a su que le bébé pesait 4 kilos ! Sa main est une machine ? Moi ce n'est pas la première fois que je suis enceinte, c'est la sixième grossesse. J'en ai cinq à la maison. C'est-à-dire que je sens si le bébé pèse un ou cinq kilos. Mes mouvements, je m'asseois, je me lève... toi tu ressens quand tu prends dans ta main ce sac [elle soulève son sac à main] si ce sac pèse un seul gramme ou un kilo ? »[72].

Des éléments concrets comme la topographie des lieux renseignent sur la relation patiente/praticien. Il s'agit ici d'éléments de « mise en scène » au sens de Goffman, qui fournissent des informations sur les rapports entre les protagonistes. Dans l'espace clos de la salle d'échographie, la gestion des corps et de l'intimité est révélatrice du statut de chacun. Selon Bénédicte Champenois-Rousseau[73], la topographie de la salle d'échographie véhicule « une certaine idée de ce que l'examen devrait être, un compromis entre les attentes des parents et l'évaluation médicale de la santé du fœtus ». À Mascate, l'étude des différents plans de salles d'examen permet de souligner quelques points : tout d'abord, l'accent est moins mis sur la participation de la patiente que sur la gestion de l'intimité, rideau séparant la zone d'examen du reste des lieux toujours présent, absence de second moniteur à destination de la patiente. Ensuite, si patiente et praticienne sont toujours installées de manière à se voir, aucune disposition n'est prise pour accroître l'implication de la mère ou de sa famille ; seules deux structures de soins parmi les quatre observées prévoient un siège pour un hypothétique accompagnant. Enfin, la disposition des lieux indique l'absence de colloque singulier parmi les usages prévus des salles : aucune ne dispose d'un espace individualisé où praticienne et patiente pourraient s'entretenir en face-à-face.

---

71. Jordan, in Davis-Floyd & Sargent, 1997, p.57.

72. Entretien, Mascate, 30 novembre 2003.

73. Dans sa thèse consacrée au diagnostic prénatal en France : Champenois-Rousseau, 2003, p.49-50. Janelle Taylor (1998) évoque également l'intérêt d'une telle étude « topographique ».

L'échographie obstétricale : maillon d'une chaîne ?

Comme cela a été signalé plus haut, dans les pays du Nord, l'échographie obstétricale s'inscrit dans une séquence où les techniques de diagnostic prénatal se succèdent et se complètent à l'intérieur d'un arbre décisionnel complexe mais relativement standardisé[74]. Le ministère de la Santé omanais publie quelques chiffres et recommandations[75] montrant un intérêt croissant pour une gestion plus attentive des pathologies congénitales et génétiques (notamment hématologiques, comme la drépanocytose)[76] se rapprochant des protocoles occidentaux.

En effet, le taux d'anomalies congénitales élevé (supérieur à 9 pour 1000) serait responsable de 30 % des décès périnatals et de 41 % des handicaps. Les chiffres gouvernementaux mettent l'accent sur une prévalence élevée de la trisomie 21 (1/500 naissances contre 1/800 à 1/1000 en Europe et aux États-Unis[77].

Interruption médicale de grossesse : le flou

La possibilité de recours à une interruption médicale de grossesse est intrinsèquement liée à l'échographie obstétricale dans les pays du Nord. En effet, elle a d'une part généralement lieu après le délai légal autorisant l'interruption volontaire et d'autre part, sa réalisation est fondée sur des informations médicales obtenues notamment par échographie. Ainsi, la connaissance approfondie de l'état des fœtus ouvre la question de leur « tri », phase active du diagnostic prénatal, autorisée dans de nombreux pays occidentaux. L'IMG commence à être débattue en Oman, bien que les implications concrètes d'une telle possibilité ne soient jamais évoquées par les échographistes rencontrés. L'existence même de tels actes médicaux en Oman, bien qu'avérée, n'est pas admise par tous les professionnels interrogés.

Quelle qu'en soit la cause, l'arrêt d'une grossesse n'est officiellement autorisé en Oman que si la vie de la mère est en danger[78]. Cette assertion a été nuancée par plusieurs professionnels, et ceux qui admettent l'existence de cette pratique ou du moins sa prescription s'accordent sur les points suivants :

---

74. En France par exemple, très rares sont les patientes subissant une échographie sans avoir été au préalable examinées par un gynécologue, de même que certains examens comme les IRM fœtales ne sont demandés et réalisés qu'après impossibilité avérée de visualiser certaines structures anatomiques par échographie.

75. Ministry of Health & Unicef, 1999.

76. Voir à ce propos Beaudevin, 2010.

77. Ministry of Health & Unicef, 1999. Cette différence mériterait une étude, afin de déterminer la part de la consanguinité et de l'interdiction des interruptions de grossesse dans les statistiques omanaises.

78. Rispler-Chaim, 1993, p.26.

– très rare, l'IMG n'est envisagée que dans les cas d'anencéphalie, dans lesquels le fœtus est considéré comme « dépourvu d'âme » ;

– elle n'est jamais proposée en cas de trisomie 21 ;

– le contournement de l'interdit est parfois rendu possible par le déclenchement prématuré de l'accouchement, aboutissant au décès de l'enfant ;

– en cas d'impossibilité d'indication médicale, les familles sont fréquemment adressées à l'étranger (en Inde ou aux Émirats arabes unis) vers des adresses répertoriées d'hôpitaux pratiquant les IMG[79] ;

– sa pratique en Oman est proclamée illégale par tous, mais elle semble pourtant exister, et exigerait paradoxalement certaines conditions d'allure officielle, comme la signature de plusieurs médecins ou l'aval d'une commission ;

– parmi les rares familles qui se voient proposer une IMG, nombreuses sont celles qui en refuseraient l'éventualité.

Depuis environ une décennie, le ministère de la Santé considère la possibilité de légaliser l'IMG[80] pour pathologie fœtale. Cette dernière n'est que vaguement définie par les textes officiels : « malformation incompatible avec une survie intacte [sic] après la naissance » dans le laps de temps précis de 40 à 120 jours de grossesse. L'une des justifications de la proposition d'IMG est sa pratique dans certains pays voisins, ainsi que des arguments psychologiques et économiques : « L'arrêt de telles grossesses réduirait l'angoisse parentale, la douleur néonatale, la mortalité périnatale et permettrait de diminuer les dépenses de santé »[81]. En 1999, le ministère prônait donc un accroissement de la formation d'échographistes, dans le but de légaliser l'IMG dans de bonnes conditions diagnostiques.

Dans la mesure où plusieurs professionnels affirment l'existence, certes rare, de décisions d'interruption médicale de grossesse et de conseil génétique, il serait intéressant d'en savoir plus au sujet d'éventuelles structures de contrôle et de décision. Mais si chacun a entendu parler de telles structures de référence nationales, personne n'est capable de préciser leur organisation ou même de confirmer leur existence.

Ainsi, par exemple, un comité de type Comité pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN)[82] existerait au ministère de la Santé, dans le département de santé maternelle et infantile et impliquerait des experts du

---

79. Information obtenue à de multiples reprises, et notamment récemment auprès d'un pédiatre omanais disposant lui-même d'une telle liste (entretien, Mascate, avril 2011).

80. Ministry of Health & Unicef, 1999, p. 35-36.

81. Ministry of Health & Unicef, 1999.

82. Ce dernier se matérialise en France par une réunion hebdomadaire dans les hôpitaux universitaires (et dans certains hôpitaux régionaux) lors de laquelle chaque échographiste présente les cas rencontrés et discute avec d'autres professionnels (obstétriciens, pédiatres, échographistes, généticiens, chirurgiens pédiatriques, psychiatres, sages-femmes etc.) de la prise en charge périnatale à prévoir. Le but est de donner une information aussi complète que possible aux parents et aux professionnels en charge d'une patiente chez qui une anomalie fœtale ou obstétricale a été dépistée.

ministère des affaires religieuses... mais l'officiel m'en informant n'avait pas d'idée précise de leurs activités. Des réunions régulières de professionnels ayant pour but la discussion des cas auraient également lieu dans deux hôpitaux publics de Mascate, avec des fluctuations dans leur composition. Pour les hôpitaux privés, les référents sont les deux hôpitaux publics principaux du pays, vers lesquels sont orientés tous les cas difficiles qui ne seront pas explorés à l'étranger. Quelles que soient ces institutions, leur existence semble donc quasi-clandestine ; personne n'a d'idée réellement précise sur leur fonctionnement et leur activité n'est pas commentée officiellement.

On ne peut donc que constater de manière générale le peu de cohésion de la chaîne de travail, du réseau constitué par l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi des grossesses. Leur synergie suppose le souci constant de chacun d'entre eux de travailler pour les autres, en particulier celui qui vient après lui dans la chaîne d'intervention : la notion de correspondant ou même de médecin prescripteur de l'examen est absente des discours des professionnels. Malgré la continuité amorcée par la carte verte, les informations ne circulent pas, parfois même au sein du même hôpital. Il semble qu'aucun acteur du suivi de grossesse n'ait une vision très nette du rôle des intervenants en amont ou en aval de sa propre intervention.

Tests et conseils génétiques, autres moyens de diagnostic prénatal

Les précisions sont rares concernant l'introduction de nouvelles techniques de diagnostic prénatal (DPN), bien que l'intérêt pour la génétique en Oman aille croissant : les techniques de DPN complémentaires de l'échographie – amniocentèse, dosages de marqueurs sériques – sont en cours d'installation. L'amniocentèse semble un recours exceptionnel, ne faisant l'objet d'aucune prescription systématique en lien avec le risque de malformations accru par l'âge de la femme. Les rares prélèvements effectués seraient analysés en Europe, aux dires des praticiens. Il n'existe pas en Oman de dépistage systématique de la trisomie 21, ni par l'échographie ni par voie sanguine.

Dans ce pays où la consanguinité des époux est très fréquente et la prévalence des pathologies sanguines héréditaires très élevée[83], la prise de conscience de l'utilité d'un conseil génétique se dessine seulement. Les moyens de publicité restent assez modestes et se limitent pour l'instant à

83. Deux nouveaux-nés sur 1 000 atteints d'hémoglobinopathies, 6 % de la population porteurs d'une anomalie. À titre de comparaison, les chiffres saoudiens (comme ceux de la plupart des pays arabes) sont assez proches : 5 ‰ et 10 %. Au Soudan et au Tchad par exemple, le nombre de nouveaux-nés touchés est supérieur à 19‰. Sources : OMS – Bureau de Méditerrannée orientale (www.emro.who.int/publications/EMRO%20PUB-TPS-GEN-PRT2-CHPT3-3.2.HTM) et OMS (www.who.int/genomics/public/en/MAP3%20copy.pdf). Voir également Beaudevin, 2010.

des plaquettes du ministère de la Santé[84], proposant une vulgarisation des connaissances sur la transmission génique des maladies et conseillant de réunir la famille élargie avant tout mariage afin d'évaluer les liens de parenté, et d'interroger les anciens sur les pathologies familiales connues.

La gestion sociale du handicap

Observations et entretiens mènent à penser que le mode majeur de « gestion » des handicaps chez l'enfant est leur dissimulation au sein des familles. Les pathologies génétiques comme la trisomie 21 sont très peu commentées dans les médias et il est difficile d'obtenir des informations sur le handicap et sa perception. Le ministère de la Santé laisse même entendre[85] que la dérobade des enfants handicapés loin des structures de soins constitue un problème majeur de l'administration. Toutefois, le pays compte seulement deux écoles et un centre spécialisé qui leur sont destinés ; quatre associations caritatives accréditées par le gouvernement existent[86]. Le gouvernement projette la construction de centres de soins pour enfants handicapés dans toutes les régions, de manière à favoriser le maintien dans la famille.

Tous les praticiens interrogés relèvent chez les femmes omanaises une tendance fataliste – le fameux *maktûb* – qui amène selon eux certaines familles à concevoir plusieurs enfants de suite atteints de la même pathologie génétique. Selon les anthropologues Le Grand-Sébille, Morel *et al.* (1998), la baisse de la fécondité modifie profondément le rapport à la mort et au handicap. Qu'en est-il exactement pour Oman ?

Le fatalisme supposé face au malheur doit être analysé finement plutôt qu'opposé frontalement à la gestion médicale du risque, supposée caractéristique de l'ère moderne. Or Sherine Hamdy (2006, 2009), dans son travail sur les transplantations d'organes en Égypte, développe l'idée intéressante que ce qui est souvent considéré comme du « fatalisme » n'est pas toujours une attitude passive : cette fermeté face aux événements peut être activement bâtie. En effet, considérer les événements en lien avec une maladie grave comme résultant de la volonté divine nécessite parfois un travail actif d'acceptation. Comme elle le souligne par ailleurs, le corollaire de cette analyse est la nécessité de porter la plus grande attention aux circonstances dans lesquelles la « soumission » au dessein divin se manifeste. La fatalité comme étiologie n'est en effet pas un simple « mécanisme de confort » (Hamdy, 2009, p. 176). Accepter la volonté divine ne

84. Telle : Ministry of Health, n.d. « Faire connaissance avec la santé héréditaire. Ma mère et moi souhaitons connaître certains secrets héréditaires. » [a'tᶜaraf ᶜala a'saha al-warāthiya].

85. Sur son site Internet, http://www.moh.gov.om.

86. *Al-Noor Association for the Blind, Association of Early Intervention for Children with Special Needs, The Association of the Welfare of the Handicapped, Oman Association for Disabled.*

fige ni dans la contemplation du passé, ni dans la crainte du futur, mais peut être considéré comme une stratégie d'acteur qui permet de faire face au présent. Les pistes de recherche sont grandes ouvertes.

DPN en Oman : une réflexion éthique en gestation ?

L'éthique médicale en Oman est enseignée en faculté de médecine dans sa version islamique, notamment sous la forme d'une semaine annuelle de débats entre professeurs, professionnels de santé en exercice et étudiants en médecine (dès le premier cycle). L'enseignement est fondé sur des ouvrages importés du Koweït ou d'Arabie saoudite. Ce corpus est surtout constitué des *fatwâs* égyptiennes qui bénéficient d'une écoute attentive dans le monde arabe. En l'absence « d'une instance unique supranationale »[87] représentant les musulmans, et malgré l'existence de tendances communes, aucune ligne de conduite partagée n'est définie absolument en matière d'innovations juridiques. Un long passé de réflexion éthique dans les sociétés arabes est convoqué et réactualisé, pour se démarquer de l'approche occidentale et la critiquer éventuellement.

Dans le contexte du développement rapide des techniques de DPN, on peut se demander si l'enseignement de l'éthique aux médecins locaux peut servir de frein au développement anarchique de celles-ci, voire de guide à la création de cadres bioéthiques locaux. Il n'existe en 2010 en Oman aucune institution, équipe ou organisation travaillant réellement à la constitution d'un référent bioéthique national, en matière de pratique médicale. Un tel comité a été créé en 2005 au sein du ministère de la Santé pour évaluer les projets de recherche biomédicale envisagés dans le pays[88]. J'ai cependant relevé des initiatives isolées, à vocation plus pratique, comme la collecte de questions et problèmes libellés « dilemmes éthiques » auprès du personnel de l'hôpital universitaire ; elle regroupe beaucoup d'interrogations sur les relations soignant-soigné de sexe opposé, mais également sur la douleur et l'acharnement thérapeutique. Elles sont présentées et discutées pendant la conférence annuelle organisée notamment pour les étudiants en médecine.

Conclusion

Au vu de la complexité des liens entre technologie, usages, représentations et problèmes importés, on mesure à quel point la prise en compte

87. Moulin, 1993, p. 13.

88. Ma propre recherche doctorale, bien que relevant des sciences sociales, a été évaluée par ledit comité. Voir à ce propos Beaudevin, 2008.

des conséquences sociales d'une innovation biomédicale – ici l'échographie obstétricale – ne peut se faire que sur le long terme.

Au terme de cette recherche socioanthropologique sur l'échographie obstétricale en Oman, une insistante question émerge : le sort du savoir sur le fœtus acquis par l'examen échographique. Ce savoir a-t-il des conséquences pratiques ? Si oui, les femmes vont-elles aller jusqu'à l'interruption d'une grossesse ? À l'heure qu'il est, l'utilisation en semble surtout purement obstétricale (détermination de l'orientation et de la taille du fœtus en vue de l'accouchement, etc.) et il est important de souligner que l'on n'observe pas en Oman, au vu du *sex ratio*, de dérive « fœticide sexosélective »[89] comme cela a été noté pour l'Inde, l'Indonésie ou encore la Chine[90]. D'autre part, la santé publique omanaise n'échappe malheureusement pas à la constatation fréquente des experts, que les politiques de santé publiques aggravent de manière générale les inégalités sociales préexistantes – ou au mieux les conservent. En effet, l'accès des femmes aux techniques avancées de dépistage génétique (diagnostic préimplantatoire par exemple) ou même à l'interruption médicale de grossesse), est subordonné à leur capacité financière à se rendre à l'étranger, ainsi qu'à leur autonomie par rapport à leur famille, elle aussi directement liée à leur statut social.

Dans ce contexte, il est très malaisé d'évaluer les conséquences de l'introduction de cette technique sur la mortalité maternelle et néonatale. Si la volonté gouvernementale de tirer le meilleur parti possible de l'échographie paraît réelle, l'observation de terrain insinue des doutes quant à son réel impact.

Le vécu de la reproduction a longtemps été perçu comme un « sujet de femmes », par conséquent peu théorisé[91]. L'étude du rapport aux nouvelles technologies de la reproduction – et notamment l'échographie – permet de mettre à jour de nouveaux enjeux, particulièrement dans des zones peu explorées de ce point de vue comme la péninsule arabique.

La modernité omanaise est présentée sur place comme la résultante de quarante années de « modernisation sultanienne » octroyée et non pas revendiquée – comme dans d'autres sociétés de la région – comme la continuité d'une tradition arabo-persane ancienne. Les propos d'Anne Marie Moulin[92] consacrés à d'autres sociétés arabes s'appliquent également à Oman : dans un état autoritaire où les forces démocratiques sont faibles, l'histoire est présentée presque uniquement comme « processus de modernisation », et celle de la médecine n'échappe pas à ce phénomène. Mais le continuum de la modernisation n'est pas ici pensé à la même échelle que dans d'autres sociétés arabo-musulmanes. Le « réveil »

89. Vella, 2003.

90. *Ibid.* et Boukhari, Otechet, et *al.*, 1999.

91. Comme l'a fréquemment écrit l'anthropologue Rayna Rapp, parmi d'autres.

92. Communication au 18e congrès de l'Association française pour l'étude du monde arabe et musulman, Lyon, juillet 2004.

de la nation ferait suite à la longue « nuit »[93] dont son sultan l'a tirée. Le souvenir de cette reviviscence constitue l'aune du recul historique. Dans ce contexte, la santé est un domaine clé : les réalisations gouvernementales en matière de santé publique, vitrine valorisante et valorisée – au même titre que l'éducation –, consolident la légitimité du pouvoir.

Bibliographie

Akrich M., 1987, « Comment décrire les objets techniques ? » *Techniques et cultures, 9*, p.49-64.

Akrich M. & Dodier N. (dir.), 1995, « Les objets de la médecine », *Techniques et culture*, *25-26*.

Akrich M. & Pasveer B., 1996, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Le Plessis-Robinson, Synthélabo, collection « Les Empêcheurs de penser en rond ».

Al-Azri K., 2010, « Change and Conflict in Contemporary Omani Society : The Case of *Kafa'a* in Marriage » *British Journal of Middle Eastern Studies*, *37*, 2, p.121-137.

Barth F., 1983, *Sohar : Culture and Society in an Omani Town*. Baltimore/Londres, Johns Hopkins University Press.

Beaudevin C., 2010, Faqr al-dam, *« l'indigence du sang », comme héritage. Représentations et enjeux sociaux des hémoglobinopathies héréditaires au sultanat d'Oman*. Thèse de doctorat en Anthropologie. Aix-en-Provence, Faculté de Droit et de Science Politique : Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

— 2008, « "Inaugurer" l'anthropologie de la santé au sultanat d'Oman. L'anthropologue face à la lecture locale de l'éthique de la recherche : une rencontre inattendue » *Ethnographiques*, 17 [en ligne, http://www.ethnographiques.org/2008/Beaudevin.html].

Boukhari S., Otechet A., *et al.*, 1999, « Bioéthique : la tentation de l'enfant parfait » *Courrier de l'Unesco, 9*, p.17-36.

Bourdieu P., 1998, *La domination masculine*, Paris, Seuil, collection « Liber ».

Champenois-Rousseau B., 2003, *Éthique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal*. Thèse de doctorat de Socio-économie de l'innovation sous la direction de Madeleine Akrich, Paris, École Nationale Supérieure des Mines.

Chatty D., 2000, « Women Working in Oman : Individual Choice and Cultural Constraints. » *International Journal of Middle East Studies*, *32*, 2, p.241-254.

93. Ces deux termes sont ceux consacrés par l'historiographie officielle.

Davis-Floyd R. E. & Sargent C. F. (dir.), 1997, *Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, University of California Press.

Duden B., 1996 [1991], *L'Invention du fœtus. Le corps féminin comme lieu public*, Paris, Descartes & Cie.

Eickelman C., 1984, *Women and Community in Oman*. New York/Londres, New York University Press.

— 1993, « Fertility and Social Change in Oman : Women's Perspectives. » *Middle East Journal, 47*, 4, p. 652-666.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, PUF, collection « Sociologie d'aujourd'hui ».

— 2000, « La production de la santé reproductive », in *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, p. 161-174.

Filly R.A., 2000, « Obstetrical Sonography : the Best Way to Terrify a Pregnant Woman. » *Journal of Ultrasound in Medicine, 19*, 1, p. 1-5.

Georges E., 1997, « Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece » in *Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-Cultural Perspectives*. Davis-Floyd R. & Sargent C. F. (éd.), Berkeley, University of California Press, p. 91-112.

Geslin P., 1999, *L'apprentissage des mondes : une anthropologie appliquée aux transferts de technologie*. Toulouse, Paris, Octares, Éd. de la Maison des sciences de l'homme.

Ginsburg F. D. & Rapp R. (éd.), 1995, *Conceiving the New World Order : The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, University of California Press.

Hamdy S., 2009, « Islam, Fatalism, and Medical Intervention : Lessons from Egypt on the Cultivation of Forbearance (*Sabr*) and Reliance on God (*Tawakkul*) ». *Anthropological Quarterly, 82*, 1, p. 173-196.

— 2006, *Our Bodies Belong to God : Islam, Medical Science and Ethical Reasoning in Egyptian Life*. Thèse de doctorat en Anthropologie, New York, New York University.

Hill A. G., Muyeed A. Z., *et al.*, 2000, « The Mortality and Health Transitions in Oman : Patterns and Processes. » Mascate, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale & Unicef, n. p.

Hours B., 1995, « L'Anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins », *Journal des Anthropologues, 60*, p. 63-69.

Jalenques I., Coudert A.J., et *al.*, 1991, « Aspects psychologiques de l'échographie obstétricale », *Annales médico-psychologiques, 149*, 3, p. 227-229.

Lacoste-Dujardin C., 1996 [1985], *Des mères contre les femmes*, Paris, La Découverte/Poche, collection « Sciences Humaines et Sociales ».

Le Cour Grandmaison B., 2000, *Le Sultanat d'Oman*, Paris, Karthala.

Le Grand-Sébille C., Morel M.-F., et *al.* (éd.), 1998, *Le fœtus, le nourrisson et la mort*, Paris, L'Harmattan.

Lenclud G., 1987, « La tradition n'est plus ce qu'elle était », *Terrain, 9*, p.110-123.

Massé R. & Saint-Arnaud J., 2003, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval, collection « Sociétés, cultures et santé ».

Ministry of Health, n.d., « National Health Survey, 2000, vol. 2, Reproductive Health Study » Mascate, Directorate of Research and Studies & Directorate General of Planning.

Ministry of Health & Unicef, 1999, « Report on Perinatal/Neonatal Infant Mortality, Sultanate of Oman », Mascate.

Mitchell L. M., 2001, *Baby's First Picture. Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*, Toronto, University of Toronto Press.

Mitchell L. M. & Georges E., 1997, « Cross-cultural Cyborgs: Greek and Canadian Women's Discourses on Fetal Ultrasound », *Feminist Studies, 23*, 2, p.373-401.

Moulin A.M., 1993, « Bio-éthique en terres d'Islam », *Sociologie Santé*, 9, p.11-28.

Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, collection « Hommes et Sociétés ».

— 1999, « L'enquête de terrain socio-anthropologique », in *Corpus, sources, archives*, IRMC, Tunis, Institut de recherche sur le Maghreb contemporain, p.63-81.

Pasveer B., 1995, « Images et objets: la tuberculose et les rayons X », *Techniques et culture, 25-26*, p.1-18.

Rispler-Chaim V., 1993, *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century*, Leiden, Brill.

Tautz S., Jahn A., et *al.*, 2000, « Between Fear and Relief: How Rural Pregnant Women Experience Foetal Ultrasound in a Botswana District Hospital », *Social Science and Medicine, 50*, p.689-701.

Taylor J.S., 1995, « L'échographie obstétricale aux États-Unis: des images contradictoires ? », *Techniques et cultures, 25-26*, p.35-54.

— 1998, « Image of Contradiction: Obstetrical Ultrasound in American Culture », in *Reproducing Reproduction: Kinship, Power and Technological Innovation*, Franklin S. & Ragoné H. (éd.), Philadelphia, University of Pennsylvania Press, p.15-45.

Thorpe K., Harker L., et *al.*, 1993, « Women's View of Ultrasonography. A Comparison of Women's Experiences of Antenatal Ultrasound Screening with Cerebral Ultrasound of their Newborn Infant », *Social Science and Medicine, 36*, 3, p.311-315.

Tillion G., 2000 [1re éd. 1966], *Le harem et les cousins*, Paris, Seuil, collection « Points Essais ».

Tourrette C. & Bouhard V., 1986, « L'influence de l'échographie sur le vécu psychologique de la grossesse », *Revue française de gynécologie-obstétrique, 81*, 3, p.149-156.

Valeri M., *Le sultanat d'Oman. Une révolution en trompe l'œil*, Paris, Karthala, 2007.

Vangeenderhuysen C., Abdellahi M. B., et *al.*, 2002, « La formation des sages-femmes en échographie obstétricale dans les pays en développement : pourquoi et comment ? », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, *31*, p. 100-106.

Vella S., 2003, « Éthique et pratiques reproductives : les techniques de sélection sexuelle en Inde », *Autrepart, 28*, p. 147-163.

Zechmeister I., 2001, « Foetal Images : the Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women's Reproductive Freedom », *Health Care Analysis, 9*, p. 387-400.

16

Dans le « labyrinthe du corps », l'aventure commune de la modernité[1]

Anne Marie MOULIN

Nous avons vu que dans les pays musulmans comme dans le reste du monde, la modernisation consiste à adopter le progrès scientifique et technique et soulève entre autres les questions liées à la médicalisation.

Celle-ci a commencé au XIXe siècle et s'est poursuivie au siècle dernier. L'histoire de la santé reproductive l'illustre particulièrement. Par exemple, ce qu'on appelle aujourd'hui le planning familial est apparu aussi dans la plupart des pays musulmans[2]. D'une certaine façon, ce n'était pas *stricto sensu* une absolue nouveauté. Basim Musallam, un historien libanais, a jadis électrisé son lectorat en montrant que la contraception était anciennement pratiquée en terres d'Islam et en lui attribuant une responsabilité dans un déclin démographique qui aurait facilité le déclin des empires[3] ! La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement a commencé aussi au Moyen-Orient au XIXe siècle, la préoccupation de la formation moderne des sages-femmes s'est manifestée au moment de la création de l'École de médecine en Égypte.

La mortalité maternelle et infantile a été lente à régresser, et de façon très inégale selon les pays. Il suffit de comparer aujourd'hui par exemple le Liban ou la Syrie, où les taux sont comparables à ceux de l'Europe, au Yémen où les femmes, surtout à la campagne, continuent à fréquemment mourir en couches. La raison principale en est moins un quelconque « obscurantisme » ou une résistance à la modernité que la pauvreté du pays, aggravée par les difficultés économiques liées, entre autres, à la détérioration des relations avec le riche voisin, l'Arabie Saoudite, où

1. A.M. Moulin et Y.I. Ulman (éd.), *Perilous Modernity, History of Medicine in the Middle East, from the 18th Century Onwards*, Istanbul, Isis, 2010.

2. Voir par exemple Kamaran Asdar Ali, *Planning the Family in Egypt, New Bodies, New Selves*, Austin, University of Austin Press, 2002.

3. Basim Musallam, *Sex and Society in Islam. Birth Control Before the 19th Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.

l'émigration yéménite se déversait librement jusqu'à la deuxième guerre du Golfe.

Toujours dans le domaine du genre, l'appropriation du progrès technique est patente avec le succès des méthodes reproductives qui visent à résoudre le drame de l'infertilité des couples. L'industrie de la procréation assistée a fleuri un peu partout[4]. En Égypte, le *mufti* d'Al-Azhar l'a autorisée en 1980, soit six ans avant l'ouverture du premier centre de fertilisation *in* vitro. Aujourd'hui, les centres de santé reproductive se sont multipliés non seulement au Moyen-Orient mais dans tout le monde musulman[5].

Les débats sur la licéité de ces techniques sont un bon exemple de la plasticité méconnue des sociétés musulmanes et même de la doctrine religieuse. Côté plasticité sociale, il est clair que, hors du Dâr al-Islam, l'interdit officiel d'insémination avec donneur étranger est couramment tourné, par exemple dans les pays à forte minorité musulmane comme la France. Des statistiques, délicates à manier en l'absence de référence officielle à la religion dans les registres, révèlent, quand on y regarde de près, une participation importante de musulmans qui bénéficient du don de sperme avec donneur extérieur au couple.

Mais même ailleurs, si l'interdit reste fort dans les écoles sunnites à l'égard du don de gamètes, il existe aussi des accommodements. Par exemple, dans le chiisme, le don de gamètes peut être autorisé, à condition qu'il s'agisse de part et d'autre de couples mariés. La confession musulmane des donneurs n'est même pas requise, et les échanges intenses entre l'Iran et le Liban entraînent aujourd'hui une circulation de sperme et d'ovocytes dont certains proviennent de couples chrétiens[6]. Les chiites font valoir l'urgence de porter secours à la détresse de couples : une fois de plus, la nécessité « lève les interdits ».

Si l'on prend un autre exemple de modernisation médicale, la transplantation, des greffes de rein sont désormais effectuées couramment en Arabie, en Algérie, en Tunisie, au Bénin, au Brésil, en Thailande, au Yémen, etc.[7]. La transplantation de foie s'est particulièrement développée, en raison du ravage dû aux hépatites. Ce qui n'est pas allé sans dérives inquiétantes. Si une partie des rumeurs de « vols d'organes » dus à des mafias[8] a été

---

4. Marcia Inhorn, *Quest for Conception. Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*, Philadelphia 1994; *Local Babies, Global Science. Gender, Religion and in vitro Fertilisation in Egypt*, New York, 2003.

5. Marcia Inhorn and E. Van Balen, *Infertility Around the Globe. New Thinking in Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*, Berkeley, 2002.

6. Marcia Inhorn, Reproduction: New Technologies, *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures, Family, Body, Sexuality and Health*, Leiden, Brill, 2006, p.350-352.

7. M. Jawdat *et al.*, « The First Liver Transplantation in Saudi Arab World », *Hepatogastroenterology*, 1993, *40*, 3, p.297-300; R.D. Fitzgerald *et al.*, « Dealing with the Uncertain and the Unexpected: a Report on the First Kidney Transplantation in Aden, Republic of Yemen », *Annual Transplantation*, 2005, 10, p.44-47.

8. Nancy Scheper-Hughes, « Theft of Life. The Globalization of Organ Stealing Rumours », *Anthropology Today*, 1996, 2, 3, p.3-11.

démentie (voir en particulier la dénonciation du caractère mensonger de certains films documentaires), le marché des organes est malheureusement une réalité que dénoncent les experts comme Abdallah Daar, chirurgien omanais installé au Canada[9]. La transplantation d'utérus réalisée à Djeddah en 2000, même si elle a été finalement un échec (ablation de l'utérus greffé après trois mois), a été réalisée chez une jeune femme ayant été hystérectomisée après un accouchement hémorragique avec l'utérus d'une femme ménopausée. Il s'agit d'une « première », instructive scientifiquement : des règles sont apparues à deux reprises, démontrant la sensibilité de l'utérus greffé aux hormones injectées.

La transplantation illustre bien comment on se méprend souvent sur le sens de l'opposition à une technique, rapportée à des scrupules religieux. En fait, comme on l'a vu à propos de l'opposition historique à la vaccination antivariolique, il s'agit d'une réaction complexe associant des expériences concrètes négatives à une sensibilité largement répandue aux questions tournant autour du corps, du salut, de la mort et de la survie dans l'au-delà. Un mélange totalement familier à l'Occident. En France, la législation volontariste (loi dite Caillavet) autorisant le prélèvement d'organes sur cadavre sauf opposition reconnue du vivant de la personne, a fait long feu, en raison de l'attachement des familles à la dépouille, et les médecins n'ont pas osé passer outre. Pour obtenir l'adhésion à ce consentement négatif (qui ne dit mot consent), Il faut inventer un nouveau concept de solidarité des vivants et des morts. La loi doit s'accompagner d'arguments qui parlent au cœur, autrement les pauvres la prennent pour ce qu'elle est souvent de fait, *dura lex*, protectrice des intérêts des riches, et insoucieuse de ceux des pauvres[10]. Et d'ailleurs, ceux qui parlent d'une opposition irréductible de l'islam au prélèvement d'organe sur cadavre oublient qu'il est autorisé en Tunisie et... en Arabie saoudite depuis 1980, après y avoir fait l'objet d'une période d'essai avec des organes jugés inutilisables en Europe et réexpédiés à l'étranger[11]. L'Égypte vient de l'autoriser en 2011, après un long débat parlementaire, mais il est peu probable que dans le contexte post-révolutionnaire, elle soit rapidement mise en place, pour des raisons essentiellement matérielles, en raison du coût des laboratoires nécessaires et de l'organisation systématique des prélèvements.

Les pays musulmans tournent rarement le dos au progrès des connaissances médicales, héritiers d'une civilisation qui a fait une place considé-

---

9. Abdallah S. Daar, « Marketing Human Organs, the Autonomy Paradox, Clarification of the Issues », *Theoretical Medicine*, 1996, 17, p. 1-18 ; « Paid Organ Donation and Organ Commerce, Continuing the Ethical Discourse », *Transplantation Proceedings*, 2003, 35, 3, p. 1207-1209.

10. Sherine Hamdy, The Organ Transplant Debate in Egypt : a Social Anthropological Analysis, *Droit et Culture*, 2010, 59, p. 357-365 ; *Our Bodies Belong to God : Islam and Bioethics in Egypt*, Berkeley, California University Press, 2011.

11. Abdullah A. Al-Khader, Cadaveric Transplantation in the Kingdom of Saudi Arabia, *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 2002, 17, p. 222-228.

rable à l'étude et à l'écrit, d'autant plus que le déclin des grands empires du passé a été souvent attribué à une désaffection à l'égard de l'école et de la recherche[12]. D'autre part, leurs élites ont essaimé dans les nouvelles métropoles du savoir et participent activement à la science mondiale. Sans passer par la mention rituelle de grands prix Nobel ou autres, on peut évoquer ici le nom d'un épidémiologiste toujours cité à propos de la « transition épidémiologique », ou le passage de la domination des maladies aigues infectieuses et des grands fléaux historiques, à la domination des maladies chroniques, cancéreuses et cardiovasculaires[13] L'épidémiologiste en question était égyptien, il s'appelait Abdel Rahim Omran. En fait, son célèbre article de 1971 visait moins à décrire une mutation du régime des maladies qu'à lancer un cri d'alarme à propos de la surpopulation de la planète[14]. Alors qu'une partie du Tiers-Monde (notamment en Inde) commençait à renâcler devant les diktats occidentaux du contrôle des naissances, Omran ne voyait dans sa mise en garde contre une natalité débridée aucune contradiction avec ses croyances religieuses. Il éprouva cependant par la suite le besoin de justifier, dans un ouvrage écrit en 1972[15], le planning familial dont il était le champion, en exaltant la famille, mais une famille auto-limitée, comme le reposoir des valeurs de l'islam.

Idées et techniques innovantes trouvent, quand on y prend garde, un ancrage dans l'histoire, qui est aussi une forme d'ancrage dans l'imaginaire. Il ne s'agit pas de réanimer de fallacieux précurseurs, illusion dénoncée avec vigueur par les philosophes des sciences comme Gaston Bachelard et Georges Canguilhem. La modernité ravive des expériences passées qui permettent (ou freinent) l'intégration des innovations dans la culture. Si on revient sur l'exemple de la la transplantation d'organes en Europe, considérée comme un des exploits du XXe siècle, elle s'inscrit dans une longue histoire de miracles remontant au moins à ceux qui furent effectués par des saints chirurgiens, Côme et Damien, martyrs chrétiens dans la Syrie du IIIe siècle. Ils sont représentés dans de nombreuses œuvres d'art[16] : Fra Angelico, par exemple, a peint dans une fresque à Florence la greffe d'une jambe noire sur un malade amputé. Un jeu permanent se poursuit entre passé et modernité, et ce n'est pas faire un anachronisme que de suivre l'inscription de techniques de guérison contemporaines du corps dans les rêves du passé. Il serait intéressant à cet égard de revenir sur la valeur accordée aux songes par une tradition remontant au Prophète.

---

12. Sherine Hamdy, Science and Modern Islamic Discourses, *Encyclopedia of Women and Islamic Cultures, Family, Body, Sexuality and Health*, Leiden, Brill, 2006, p.360-365.

13. A.R. Omran, 1971, The Epidemiological Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Changes, *Millbank Memorial Fund Quarterly*, *29*, p.509-538.

14. Georges Weisz and Jesse Olszynko-Gryn, The Theory of Epidemiological Transition, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2009, p.1-40.

15. Abdel Rahim Omran, *Family Planning in the Legacy of Islam*, Routledge, Londres, 1992.

16. A.M. Moulin, Transplantation. Les sens changeants d'une histoire, *Donner, recevoir un organe. Droit, dû, devoir*, Marie-Jo Thiel éd., Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2009, p.261-281.

Pierre Lory a suggéré qu'elle pourrait offrir des passerelles avec la psychanalyse occidentale[17]. On peut aussi faire des rapprochements entre la part anciennement faite aux rêves et la créativité scientifique si forment invoquée et célébrée unanimement aujourd'hui, sans que sa genèse soit scientifiquement éclaircie.

La passion de la science s'assortit dans les esprits des musulmans d'inquiétudes et de doutes comparables à ceux du reste de leurs congénères. L'échographie s'est rapidement inscrite dans le suivi de la grossesse dans les pays musulmans et a été dans l'ensemble bien acceptée, alors qu'elle s'accompagne d'une irruption du regard dans ce qui était jusqu'à présent caché aux intéressés, par elle-même un événement incroyable. Mais plus incroyable encore, dans le domaine de la fécondation *in vitro*, l'imagerie médicale projette sur un écran un événement jamais vu, dérobé même aux intéressés, la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde et la fusion de leurs deux noyaux. Plus encore, l'imagerie médicale, dans ce cas précis, introduit un impensable tiers dans le couple au moment de la procréation : le médecin (ou le biologiste) qui observe au microscope les étapes de la fécondation, et ensuite transfère l'embryon *in utero*[18]. Une séquence qui hisse le médecin à un rôle véritablement démiurgique[19]. Mais cette dérive possible ne semble pas inquiéter les imams qui se réjouissent sans arrière-pensée de la créativité de la technique, quand elle est mise au service de l'humanité souffrante[20].

Cette intervention hautement futuriste n'est pourtant pas un saut dans l'inconnu. Suivant un raisonnement dont on a plus haut fourni un exemple, elle peut être rapprochée des miracles rapportés par le dogme religieux. En Orient comme en Occident, si la suprématie de la technique entraîne fascination et révérence, se manifeste en même temps l'échappement à une logique strictement biologique. L'imaginaire trame la modernité avec des mythes, des légendes et des récits religieux[21]. Ainsi la figure de la Vierge, enceinte par une opération échappant à l'entendement, surgit-elle de l'imaginaire des cultures, musulmane et chrétienne, chez ceux qui s'impatientent dans l'antichambre des centres consacrés à la procréation assistée.

Il y a néanmoins un long chemin du rêve à la réalité et vice-versa. Lorsque la procréation assistée passe par la rencontre, observée au microscope, de deux cellules qui fusionnent leurs noyaux, la simple observation du ballet cellulaire suffit-elle aux procréateurs pour adopter leur progéni-

---

17. Pierre Lory, L'interprétation des rêves dans la culture musulmane, *Coran et talismans. Textes et pratiques magiques en milieu musulman,* Constant Hamès, éd., Paris, Karthala, 2007, p.75-94.

18. Francesca Cascino, L'apparition du tiers, *Clinique de la procréation et mystère de l'incarnation. L'ombre du Futur*, F Ansermet *et al.* éd., Paris, PUF, 2007, p.103-115.

19. F Cascino, Concrétion du temps, *Clinique de la procréation, op.cit.*, p.140-152.

20. Tarek Oubrou, *Profession imam*, *op.cit.*

21. François Ansermet, Le défaut de représentation, *Clinique de la procréation, op.cit.*, p.XV-XVIII.

ture ? Claire Beaudevin, dans son chapitre, suggèrait déjà une certaine hésitation des femmes à s'approprier l'étrange fœtus, pourtant âgé de plusieurs semaines, aperçu sur l'écran de l'échographie. On peut gager qu'au fil des années, cette appropriation se modifiera par le jeu de la familiarisation avec la technique. Les sciences sociales ont beau jeu de rappeler que si on ne naît ni homme ni femme, on le devient[22]. Ni la paternité ni la maternité ne sont non plus totalement naturelles. Un débat sur la nature du et des *genres* et les problèmes éthiques qui leur sont associés se déroule aussi nécessairement en Islam, comme en témoigne entre autres le colloque tenu à Dakar en 2007[23].

L'histoire comme l'anthropologie sont donc à mobiliser conjointement, et c'est le sens ultime de cet ouvrage à plusieurs voix et plusieurs disciplines, dialoguant pour comprendre comment les connaissances sur le corps humain se développent, comment elles voyagent et s'acclimatent, comment elles sont inégalement appliquées et applicables et comment elles restent toujours susceptibles d'entraîner des effets ambivalents ou indésirables, voire parfois des catastrophes. L'histoire est en première ligne dans une telle réflexion, parce qu'elle balaye la durée et permet une vue cavalière des fluctuations des stratégies et des décisions et aussi révèle des coïncidences et des analogies qui sont autant de nœuds épistémiques. L'anthropologie est semblablement en première ligne parce qu'à l'inverse elle détaille avec minutie les pratiques concrètes et permet de saisir en profondeur les enjeux sociaux, les accommodements au progrès, les rémanences du passé et les improvisations du quotidien.

Le choix du terme aventure pour cette conclusion n'est pas innocent. Je l'avais jadis choisi pour parler de la vaccination, pour contester l'idée d'une histoire des sciences qui serait unilinéaire, cumulative et sans surprises ni accidents[24]. La raison n'est née ni à Athènes ni au Mont Saint Michel, elle est visée plus ou moins instable d'une vérité qui se dérobe et se révèle changeante et multiforme. L'aventure de la modernité médicale ou des savoirs sur le corps est une aventure commune à l'Orient et à l'Occident, si tant est qu'il faille garder des repères géographiques qui s'avèrent souvent trompeurs. Ce qui compte, c'est de tenter une histoire critique et raisonnée des savoirs et des pratiques du corps, en tirant partie des échanges et des confrontations entre les parties du monde où nous avons planté nos analyses. Une histoire qui est à réécrire constamment, au nom de deux préoccupations. La première est d'ordre épistémologique, elle a trait à ce qu'on peut appeler la reconnaissance de l'instabilité des vérités

22. Allusion à une célèbre formule de Simone de Beauvoir dans *Le deuxième sexe*, « On ne naît pas femme, on le devient », à laquelle a fait écho la formule symétrique de Françoise Hériter, « On ne naît pas homme, on le devient ».

23. Ghania Graba et Zoubeida Haddad, Femmes-objets ou femmes-sujets, Les enjeux du code de la famille en Algérie, *Genre, inégalités et religion*, Colloque interréseaux Aspects de l'État de droit et Démocratie, Charles Becker éd., 2007, p. 37-57.

24. *L'aventure de la vaccination*, A.M. Moulin éd., Paris, Fayard, 1996.

scientifiques et la nécessité de les retravailler sur le long terme[25]. La seconde est d'ordre social, à savoir l'inégale application du progrès dans des sociétés qui restent profondément malades ou plutôt malsaines (« unhealthy »), pour reprendre l'expression frappante du sociologue britannique Richard Willkinson[26].

Dans le domaine de la santé, la rapidité du développement des connaissances scientifiques, le poids des impératifs économiques qui poussent à l'innovation frénétique et à l'adoption de drogues supposées meilleures, mais plus chères et pas nécessairement maitrisées, créent toutes sortes de chausses-trappes dont il convient d'être conscient. Rien n'est simple. Le développement spectaculaire des essais cliniques, par exemple, peut être compris comme une illustration du mouvement triomphal de la chimiothérapie. Quel chemin parcouru depuis le botaniste médiéval Ibn al-Baytar, depuis Paracelse à la Renaissance et sa proposition d'exploiter les ressources de la chimie, traduit presque aussitôt en turc ottoman ! Aujourd'hui, les essais cliniques de drogues inédites sur des effectifs dont le nombre respecte les oracles de la statistique, sont considérés comme l'assise de la médecine moderne, seuls à même de permettre aux biologistes armés de la méthode statistique, d'améliorer sans cesse les traitements, avec toute la rigueur scientifique souhaitable.

Or les dits essais ont l'inconvénient d'être toujours plus gourmands en effectifs de patients et en protocoles inventifs[27]. Au cours d'un parcours désormais bien balisé, pour démontrer un « effet » positif, qu'il s'agisse de campagnes de dépistage d'un cancer, ou de l'évaluation de l'impact d'un facteur de risque sur l'évolution de ce cancer, il faut maintenant engager des milliers de personnes afin de pouvoir interpréter statistiquement les résultats. Plus le temps de développement d'une tumeur peut être long, et plus s'allonge évidemment le temps des essais. Pour sélectionner de grandes populations et éviter les biais introduits par des traitements adventices, ou tout simplement pour des raisons de moindre coût, les essais cliniques se déroulent de plus en plus dans le Tiers Monde, pardon, le « Sud » dont une partie est musulmane. Cette invasion de l'expérimentation suscite de virulentes dénonciations, nourrit incontestablement des soupçons et rappelle que le progrès scientifique ne résoud pas et parfois même creuse l'inégalité entre classes sociales et pays riches et pauvres[28]. Dans les pays où la participation aux essais cliniques peut être l'unique

25. A.M. Moulin, The Transformations of Medical Truths in History in Light of Ludwik Fleck's Epistemology, *Vérité, Widerstand, Development: At Work with/Arbeiten mit/Travailler avec Ludwik Fleck*, Rainer Egloff and Johannes Fehr (éd.), Zürich, 2011 (Collegium Helveticum Heft 12), p. 17-28.

26. Richard G. Wilkinson, *Unhealthy Societies, The Afflictions of Inequality*, London, Routledge, 1996.

27. Harry Marks, *Histoire et anthropologie* des *essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Synthélabo, 2009.

28. Sonia Shah, *The Body Hunters. Testing New Drugs on the World's Poorest Patients*, New York, New Press, 2006.

voie d'accès aux médicaments miracle, le consentement libre aux essais, pierre angulaire de l'éthique médicale depuis la Déclaration de Nuremberg[29], risque de n'être plus qu'une fiction.

En même temps, le rapprochement de populations atteintes d'une même pathologie ou soumises aux mêmes risques (radioactivité, polluants) a permis l'émergence d'une nouvelle solidarité, dénommée biosocialité par l'anthropologue Paul Rabinow. Il s'agit, face au « biopouvoir » décrit par Michel Foucault, d'une sorte d'identité communautaire comparable aux anciens liens tribaux, se marquant par des activités de lobby et pouvant s'intégrer fonctionnellement dans une gouvernance nouvelle manière. Cette biosocialité est à bien des égards dépendante du progrès technologique qui lui a permis d'émerger (comme la pratique commune de soins et de tests de laboratoire) et paradoxalement confère à des malades dépendants un pouvoir de contrôle et d'intervention. Dans la plupart des pays musulmans, il est à parier que dans les années qui viennent, qu'il s'agisse du diabète, des hémoglobinopathies (thalassémie, drépanocytose) ou des grandes endémies, hépatites B, C et delta, et pourquoi pas sida?, les malades se regrouperont pour mieux connaître leur destin et le prendre davantage en mains.

En même temps, là comme ailleurs, on subit le contrecoup des déconvenues qui amènent à revenir sur le passé scientifique plus ou moins proche et des décisions qui paraissent avoir été prises à la légère. Un bon exemple est l'incertitude actuelle sur l'avenir de l'antibiothérapie[30]. Depuis la découverte des sulfamides et surtout de la pénicilline en 1944 et de la streptomycine en 1945, le traitement des maladies infectieuses semblait en voie de résolution. Les historiens ont beau jeu aujourd'hui de souligner que la résistance des germes aux antibiotiques a fait très tôt parler d'elle, quasiment dès les premiers cas traités. Mais la confiance en l'inventivité de l'industrie chimique, jointe à la joie de voir guérir des malades, tout particulièrement des enfants autrefois condamnés, a découragé la prudence. Sans nier la compétence de la science à apporter des solutions aux maux du corps et de la vie quotidienne, il semble bien aujourd'hui que tous les hommes aient intérêt à mieux peser les choix en matière de santé. Les musulmans du monde entier assistent à ce revirement et sont partie prenante d'une réflexion sur l'application réfléchie des nouveaux modes de prévention, de diagnostic et de traitement. Celle-ci doit tenir compte à la fois d'un réexamen de la science et de la prise en compte des conditions d'application locales.

Est-il besoin de répéter qu'un simple transfert de méthodes s'avère le plus souvent insatisfaisant ! La récente campagne de dépistage du cancer du sein qui s'amorce en Égypte l'illustre parfaitement. Cette campagne de

29. Christian Bonah, *Histoire de l'expérimentation humaine en France, Discours et pratiques, 1900-1940,* Paris, Les Belles Lettres, 2007.

30. Antoine Andremont et Michel Tibon-Cornillot, *Le triomphe des bactéries. La fin des antibiotiques*, Paris, Max Milo, 2006.

dépistage par mammographie a suivi le modèle européen. Or un tel transfert suppose d'abord un bon fonctionnement des cabinets ou des services qui effectuent des mammographies et un contrôle de leur qualité. La tentation est en effet forte de ne considérer que la rentabilité et d'effectuer plus d'examens que ne le permettent l'organisation du travail ou le matériel. Or la qualité de l'interprétation du radiologue est un facteur primordial pour éviter les drames du dépistage : les faux négatifs (inutilité et caractère faussement rassurant de l'examen) et les faux positifs, entraînant des examens et des angoisses, voire des traitements inutiles. A fortiori, on peut tout craindre en transférant une technique dans un contexte qui n'offre pas nécessairement les mêmes garanties que dans le pays d'origine. S'agissant d'une campagne planifiée sur des milliers de femmes, il faut donc procéder avec beaucoup de prudence en s'aidant d'études pilotes qui permettent d'apprécier la faisabilité, le rapport coût-efficacité : « primum non nocere ».

Mais, si on opère maintenant un retour sur l'Occident, le transfert est d'autant plus discutable sous une forme massive que la technique transférée est elle-même critiquée dans les pays d'origine. Les controverses sur l'utilité de la mammographie, en fonction des techniques utilisées (films classiques contre mammographie numérisée et computérisée, etc.), soulèvent au passage la question d'une méthode alternative de dépistage comme l'examen clinique des seins par du personnel spécialement entraîné ou même par l'autopalpation. Ces méthodes qui peuvent être appliquées par des non-médecins n'ont ni le prestige ni la facilité de la High Tech. La palpation des seins demande dix bonnes minutes, et si l'on se rappelle comment l'imam syrien Buti condamne sévèrement tout isolement de deux personnes du sexe opposé non apparentées dans une pièce, la procédure n'est pas nécessairement aisément adaptable localement. Quant à l'autopalpation, elle n'a pas reçu l'évaluation enthousiaste qu'on attendait, compte tenu de son faible coût (communication et apprentissage compris), car sa simplicité n'est qu'apparente.

Histoire et anthropologie, autant d'itinéraires pour explorer le labyrinthe du corps. L'analyse historique et contemporaine des pratiques médicales, telle qu'elle ressort des pages qui précèdent, rend dérisoire la frontière à toutes forces dressée entre l'Orient et l'Occident. Ce livre porte l'islam dans son titre non comme la forclusion d'une culture à la fois repliée sur elle-même et envahissante, mais comme une des références possibles dans le débat sur une vraie modernité. Une modernité qui vient de loin. Une modernité qui fait une large place au droit à la santé et aussi à un « désir » de santé qui rassemble les hommes. Ainsi les questions soulevées par l'organisation de la santé publique, nationale et internationale, les itinéraires thérapeutiques des uns et des autres, largement communs, ont révélé ces dernières années bien des aspirations qui s'expriment actuellement sur le plan politique dans les « révolutions » autour de la Méditerranée et du Golfe. Les mythes qui matérialisent les rêves perdurent à cause de leur capacité à signifier les énigmes de la vie. L'histoire de la progression dans le labyrinthe du corps humain est faite un peu partout

d'ombres et lumières. Le labyrinthe du corps est une métaphore évocatrice pour désigner le cheminement commun dans lequel sont engagés les hommes dans leur quête tenace de bonheur et de liberté. Et de santé.

Les auteurs

Claire Beaudevin

Anthropologue, chercheure postdoctorante, Université Paris Descartes/ Cermes3, Paris.

Slah Ben Abid

Juriste, faculté de droit de l'Université de Tunis.

Fatima Zohra Cherak

Anthropologue, chercheure associée à l'IREMAM. Auteur de *Les représentations et les pratiques thérapeutiques de la rouqiya en Algérie, en France et en Égypte*, thèse, Aix-Marseille 1, 2007.

Sylvia Chiffoleau

Historienne, Institut Français du Proche-Orient (IFPO), Beyrouth, Liban.

Joël Colin

Chercheur en sciences sociales, Fondation Marguerite Durand, Strasbourg. Auteur de *L'enfant endormi dans le ventre de sa mère. Étude ethnologique et juridique d'une croyance au Maghreb*, Presses universitaires de Perpignan, 1998.

Baudouin Dupret

Chercheur CNRS, anthropologue juridique, directeur du Centre Jacques Berque, Rabat.

Hormoz Ebrahimnejad

Maître de conférence à l'Université de Southampton, Grande-Bretagne, en histoire de l'Iran moderne et histoire sociale de la médecine.

Barkahoum Ferhati

Directrice de recherche au CNRPAH (Centre National de Recherches Préhistoriques, Anthropologiques et Historiques), Alger, chercheure associée CHSIM/EHESS, Paris. Auteur d'une thèse, *Lecture d'histoire sociale de la prostitution en Algérie. Le cas des femmes Oulad Naïl de Bou-Saâda*, 2004.

Corinne Fortier

Anthropologue, chercheure CNRS, laboratoire d'anthropologie sociale, Collège de France.

Mouloud Haddad

Sociologue, chercheur associé au CETOBAC-EHESS-CNRS.

Sandra Houot

Anthropologue, chargée d'enseignement à l'université Lyon II. Auteur de *Sens et médiation : contribution du magistère du cheikh syrien, Sa'îd Ramadân al-Bûtî, à une compréhension de l'islam contemporain*, thèse, Paris III, 2009.

Mohamed Mohamed-Abdi

Géologue, ancien chercheur IRD et enseignant au Centre de recherches et d'analyses politiques et sociales, Université de Besançon. Militant des droits de l'homme en Somalie (surnommé le « Gandhi somalien »), il a été ministre de la défense en Somalie. Actuellement député et gouverneur de la province d'Azanie.

Jean-Yves Moisseron

Chercheur en Sciences sociales, IRD (Institut de Recherches pour le Développement), UMR Développement et sociétés/Paris 1-Panthéon-Sorbonne-IRD.

Hamadi Redissi

Juriste, professeur à la faculté de droit et de sciences politiques de Tunis Al Manar.

Salvatore Speziale

Historien, chercheur à l'université de La Sapienza, Rome, Auteur de *Oltre la peste. Sanità, popolazione e società in Tunisia e nel Maghreb (XVIII-XX secolo)*, Pellegrini, 1997 et *Reti Mediterranee e Tesori d'Italia*, Pellegrini, 2011.

Aurélien Turc

Diplômé en sciences sociales (Université d'Aix-Marseille III, MMSH) et en sciences politiques (IEP de Paris), chercheur en sciences sociales, Université d'Aix-en-Provence MMSH/CEDEJ, Le Caire. Aujourd'hui administrateur territorial à la Communauté urbaine de Bordeaux.

L'éditeur de l'ouvrage est Anne Marie Moulin, médecin et philosophe des sciences, directeur de recherche CNRS UMR SPHERE/Paris 7.

Table des matières

Introduction. Dans le labyrinthe du corps et de l'histoire 5

Anne Marie MOULIN

PREMIÈRE PARTIE

PROTÉGER LES CORPS

1. **Naissance de la santé publique en Tunisie au temps de Hammoudah Pacha (1782-1814)** 45

Salvatore SPEZIALE

2. **Un siècle de vaccination antivariolique en Égypte (1827-1927). Politiques de santé publique et pédagogie de la modernisation** 59

Sylvia CHIFFOLEAU

DEUXIÈME PARTIE

COMPRENDRE LES CORPS

3. **Le dialogue entre religion et médecine en Iran au XIXe siècle** 95

Hormoz EBRAHIMNEJAD

4. **La *fatwâ*, un cadre pour la bioéthique contemporaine** 123

Sandra HOUOT

5. **Au Maghreb, « l'enfant endormi » dans le ventre de sa mère** 145

Joël COLIN

6. Les ruses de la paternité en islam malékite. L'adultère dans la société maure de Mauritanie 157

Corinne FORTIER

TROISIÈME PARTIE

TRANSFORMER LE CORPS

7. L'excision et l'infibulation en territoire somali 185

Mohamed MOHAMED-ABDI

8. De l'Algérie au Soudan : voix et voies de la lutte contre l'excision 213

Barkahoum FERHATI

9. L'Affaire Samia ou le drame d'être « autre ». Commentaire d'une décision de justice 237

Hammadi REDISSI et Slah Eddine BEN ABID

10. Disposer de son corps. Excision, virginité, transsexualisme et transplantation en droit égyptien 253

Baudouin DUPRET

QUATRIÈME PARTIE

GUÉRIR LE CORPS

11. Itinéraires de santé dans un quartier populaire du Caire 279

Aurélien TURC

12. La thérapeutique de la *rouqiya* entre Algérie, Égypte et France 297

Fatima Zohra CHERAK

13. Actualité de la médecine traditionnelle musulmane. Les confréries soufies Naqshbandiyya et Tchichtiyya 329

Jean-Yves MOISSERON et Mouloud HADDAD

CINQUIÈME PARTIE

LE LABYRINTHE DU CORPS

14. L'avènement du corps transparent 353

Anne Marie MOULIN

15. « *Everything is kullû zayn !* » L'échographie obstétricale dans le système de santé omanais 361

Claire BEAUDEVIN

16. Dans le « labyrinthe du corps », l'aventure commune de la modernité 391

Anne Marie MOULIN

Les auteurs 401

La santé à Karthala

Anthropologie et santé publique en pays dogon, *Berche Th.*
Contractualisation dans les systèmes de santé (La), *Perrot J. et De Rootenbeke E. (dir.)*
Dictionnaire peul du corps et de la santé (Diamaré, Cameroun), *Tourneux H.*
Enfant en Centrafrique (L'). Famille, santé, scolarité, travail, *UNICEF*
Épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Regards historiens, *Denis Ph. et Becker Ch. (dir.)*
Eugène Jamot, 1879-1937. Le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase, *Bado J.-P.*
Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu (Le), *Audibert M., Mathonnat J. et De Rootenbeke E.*
Lutte contre les moustiques nuisants et vecteurs de maladies (La), *Darriet Fr.*
Manuel de nutrition africaine, *Agbessi Dos-Santos H. et Damon M.*
Médecine inhospitalière (Une). Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, *Jaffre Y. et Olivier de Sardan O. (dir.)*
Mères, pouvoirs et santé en Haïti, *Tremblay J.*
Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest, *Kouassi B., Akoete A.E., Asante F. et Assenso-Okyere*
Politiques de santé et attentes des patients, *Dujardin B.*
Pratiques de santé dans un monde globalisé (Les), *Gobatto I.*
Premiers secours en milieu africain (Les), *Binam F.*
Ritualités, santé et sida en Afrique, *Vidal L.*
Santé et médecine populaire en Bolivie, *Valdez E.*
Santé, société et culture à La Réunion,
Vivre avec le sida après l'apartheid. Afrique du Sud, *Le Marcis Fr.*

Composition :
Michel SOULARD
35250 Andouillé-Neuville
michel-soulard@orange.fr

Achevé d'imprimer en avril 2013
sur les presses de la Nouvelle Imprimerie Laballery
58500 Clamecy
Dépôt légal : avril 2013
Numéro d'impression : 303304

Imprimé en France

La Nouvelle Imprimerie Laballery est titulaire de la marque Imprim'Vert®

À l'heure où les révolutions politiques concentrent l'attention, aborder l'islam par le biais de la santé, c'est découvrir les sociétés sous un autre angle, plonger dans le labyrinthe du corps et écouter les revendications intimes des individus. Si le corps humain appartient à Dieu, l'islam tient le plus grand compte de son bon fonctionnement dans ses prescriptions, et la médecine a toujours joui d'un statut privilégié en pays musulman.

Anne Marie Moulin propose une relecture de l'histoire des deux siècles derniers en liant fortement la tradition savante médiévale et la médecine contemporaine. Autour d'elle, historiens, sociologues, anthropologues et juristes explorent un islam aux multiples facettes. Comment le corps est-il protégé, interprété, transformé et guéri en terres d'islam, du Maghreb au Golfe persique ?

Aujourd'hui, la tradition religieuse qui fonde le soin du corps et de l'âme est revisitée, et l'innovation venue d'ailleurs acclimatée. L'imagerie médicale se développe à grande vitesse dans des sociétés pourtant connues pour leurs réticences à la représentation de la forme humaine. L'engouement est grand pour les techniques de pointe, y compris dans des domaines sensibles comme la procréation assistée, la greffe d'organes, la chirurgie plastique, lors même que subsistent de graves problèmes de santé publique et des inégalités sociales considérables dans l'accès aux soins.

Les révolutions médicales ont-elles un lien avec les changements qui s'opèrent actuellement en terres d'islam. Quels sont les maux et quels sont les remèdes disponibles ? Bref, quels diagnostics et quels pronostics nous inspire la lecture de cette histoire ? C'est à ces questions que le présent ouvrage entend répondre.

Directrice de recherche au CNRS, Anne Marie Moulin est médecin et philosophe. Spécialisée en médecine tropicale et parasitologie, elle a enseigné et soigné dans plusieurs pays du Maghreb et du Moyen-Orient. Elle a été directeur du département Santé Sciences Sociales de l'IRD et a travaillé au CEDEJ du Caire. Elle poursuit actuellement ses recherches sur la pratique de la médecine du sud au nord, à l'intersection de l'histoire et de l'anthropologie.

9 782811 108502

ISBN : 978-2-8111-0850-2

hommes et sociétés