

L'INVENTION DES MALADIES ENDÉMIQUES :

La formation du corps médical égyptien

Sylvia Chiffolleau
Gremmo-CNRS, Lyon (France).

L'Égypte du XIX^e siècle a fait l'expérience du transfert de savoirs intellectuels et techniques, venus de l'Occident, à l'origine de l'émergence de nouvelles catégories d'acteurs. Parmi eux, les médecins ont un rôle à jouer d'autant plus exemplaire qu'ils sont plus profondément engagés dans l'action. L'objet de ce travail est d'examiner les modalités de ce transfert du modèle médical en Égypte, et surtout la façon dont celui-ci a été approprié par ceux à qui il était destiné. Il s'agit en effet d'étudier comment ce savoir nouveau a finalement été mobilisé, réévalué, afin de servir le processus d'indépendance d'une société et d'une profession, dominées.

Le XIX^e siècle médical : la traque des épidémies

Une expérience nationale de création d'un système moderne de santé

Au début du XIX^e siècle, l'Empire ottoman, essoufflé par trois siècles de domination sur un immense territoire, cherche à retrouver un certain dynamisme à travers l'adoption d'une série de réformes qui tendent à reproduire les institutions occidentales alors en pleine mutation. L'indiscutable suprématie économique et politique de l'Europe de l'époque fait en effet de celle-ci un incontournable modèle de référence.

En Égypte, à la faveur du déclin de la puissance ottomane et des désordres créés par la campagne de Bonaparte, Muhammad 'Alî, un général de brigade de l'armée ottomane, s'empare du pouvoir et obtient le titre de pacha d'Égypte en 1805. Le nouveau souverain choisit d'adopter un train de réformes destinées à moderniser « à l'euro-péenne » les structures et les institutions locales. L'expérience conduite par Muhammad 'Alî revêt un caractère particulier dans la mesure où la modernisation du pays répond à une volonté de développement national grâce à l'emprunt des techniques, françaises pour la plupart, et non pas à la contrainte née de l'occupation coloniale du pays.

Dans le domaine de la santé, Muhammad 'Alî est particulièrement attentif à l'état de son armée, sur laquelle repose sa puissance et qui doit lui permettre de réaliser ses ambitions de conquête de la Syrie et du Soudan. Or la conscription fait remonter des campagnes égyptiennes vers les casernes du Caire une masse d'hommes qui se révèlent, à l'examen, en fort mauvaise santé. Les épidémies, bien sûr, sont fréquentes mais les rapports sanitaires soulignent surtout les ravages de la fameuse « chlorose d'Égypte »,

qui correspond souvent à une anémie, dont sont responsables, en premier lieu, les maladies parasitaires particulièrement répandues dans le pays, les ravages de la syphilis, ou encore de l'« ophtalmie d'Égypte ». L'importance de cette pathologie endémique, ainsi que les hécatombes provoquées par la variole, incitent le nouveau souverain égyptien à faire appel à la médecine moderne européenne, qui commence à enregistrer alors des résultats encourageants et qui lui paraît donc plus efficace que celle prévalant au même moment en Orient, héritière affaiblie, et désormais obsolète, de la médecine arabe classique du Moyen Âge.

C'est un médecin français, Antoine-Barthélémy Clot, formé à la Faculté de médecine post-révolutionnaire de Montpellier, alors en pleine effervescence scientifique, qui répond à l'appel d'offre de Muhammad 'Alî. Arrivé en Égypte en 1825, Clot s'attache d'abord à fonder un hôpital pour les troupes, « selon les principes les plus modernes », qui va s'imposer d'emblée comme la seule institution légitime pour le traitement de la maladie. Renonçant à n'employer que des médecins étrangers, il met en place une École de médecine dès 1827 afin de former des praticiens égyptiens destinés à faire fonctionner le système de santé. Une telle fondation amène une rupture de modèle entre le *hakîm* – ce médecin arabe de la tradition classique, formé auprès de maîtres rencontrés au cours de ses pérégrinations et qui maîtrise, en plus de l'art de guérir, l'ensemble des disciplines intellectuelles reconnues par les Arabes – et le nouveau *tabîb*, dont la compétence est acquise au sein d'une institution de formation contrôlée par l'État, où il reçoit un enseignement standardisé et reposant sur les principes de la médecine occidentale. Pour assurer la pérennité de cet enseignement, Clot envoie des missions scolaires en Europe, principalement en France, afin de former des professeurs aptes à assurer la reproduction du système. Moins d'un demi siècle après son arrivée en Égypte, le dispositif qu'il a mis en place est ainsi en mesure de s'autoreproduire et de se perpétuer (1).

D'abord destiné à l'armée, le système de santé mis en place parallèlement à l'établissement d'une formation médicale s'étend rapidement à l'ensemble de la population. Dès 1836, un premier contingent d'officiers de santé est envoyé dans chaque chef-lieu de province pour « traiter les élèves des écoles gouvernementales et vacciner les enfants ». Après 1841, la démobilisation d'une grande partie de l'armée amène sur le marché civil la plupart des médecins égyptiens formés à l'École de médecine du Caire, qui renforcent ainsi considérablement l'embryon de service de santé provincial. La création de ce réseau de soins est une expérience originale, fort rare à l'époque dans les pays du Sud. Clot y voit le moyen idéal d'introduire dans les campagnes des mesures sanitaires préventives, de traiter effectivement les maladies qui y sévissent, notamment les maladies endémiques, et d'étendre la vaccination antivariolique (2). La diffusion de celle-ci est sans doute le résultat le plus tangible de ce système de soins. Bien souvent, ce sont des médecins de colonisation qui ont introduit la vaccination antivariolique dans les pays arabes, non seulement dans un but sanitaire, mais également avec une visée de conquête morale du pays (3). En Égypte, ce sont pour la plupart des médecins égyptiens qui ont réalisé eux-mêmes, les premières campagnes de vaccination. S'ils n'ont pu éviter, au départ, des mouvements de refus, parfois assez violents, de la part de la population, celle-ci s'est finalement laissée convaincre par la réussite

parfois évidente de cette méthode. La généralisation de la vaccination a sans doute largement contribué, au milieu du XIX^e siècle, à l'essor démographique d'un pays jusqu'alors en quasi-stagnation (4).

Dès la première moitié du XIX^e siècle, un système médical complet s'est donc implanté en Égypte, offrant ses services, en principe gratuitement, à l'ensemble de la population. Cependant, cette expérience originale n'a eu qu'une existence éphémère. Dès les années 1870, les centres médicaux municipaux et les consultations d'ophtalmologies mis en place par Clot bey semblent avoir totalement disparu. Seul le service de santé des chefs-lieu de province paraît avoir survécu, sans doute très affaibli, jusqu'à l'arrivée des Anglais. Le développement d'un tel système civil de santé s'est en effet heurté à la présence de plus en plus massive et exigeante, financièrement et politiquement, d'un modèle sanitaire concurrent dont la seule vocation est la lutte contre les épidémies.

L'Égypte, terre d'épidémies

De même que l'Occident, l'Orient a été victime, jusqu'à ce que la médecine moderne impose ses règles et ses réussites, d'un « ancien régime du mal » caractérisé par le retour périodique de grandes épidémies qui déciment, en quelques mois, des populations entières.

Lorsque Bonaparte arrive en Égypte à la tête de ses troupes en 1798, la peste a disparu d'Europe depuis 1720, date à laquelle elle a fait une dernière et mémorable apparition à Marseille. Les longs siècles au cours desquels la peste a fait tant de ravages parmi les populations, supprimant des villages ou des quartiers entiers, ont cependant inscrit dans l'imaginaire collectif des hommes de l'Europe une sorte de terreur indélébile, qui semble se muer en fascination morbide dès lors que la maladie a disparu des terres « civilisées ». Les voyageurs qui passent par l'Égypte au cours du XIX^e siècle, d'abord les savants de l'Expédition d'Égypte, puis d'autres, moins illustres, se trouvent pour la plupart, et pour la première fois de leur vie, confrontés *de visu* au terrible fléau.

La peste est en effet si fréquente et si durable en Égypte que l'on soupçonne même le pays d'être le foyer d'origine de la maladie. La terre humide de la vallée du Nil, submergée chaque année par les eaux du fleuve, et qui semble offrir alors, selon les théories miasmatiques, un terrain favorable à l'épanouissement des pires maladies, ne fait que renforcer cette hypothèse. La liaison entre la peste et la crue du Nil semble confirmée par le fait que les épidémies se déclarent de préférence à la saison de l'inondation. Enfin, à Alexandrie, port de longue escale, se nouent des relations étroites et prolongées entre les équipages des bateaux à quai et les habitants de la région : c'est dans ce port que le plus grand nombre de navires est contaminé au XIX^e siècle (5), alors que, contrairement à ce que l'on croit alors, aucun foyer actif de peste n'existe en Égypte.

L'inquiétude que font naître en Europe les menaces de diffusion de la peste à partir de l'Égypte est renforcée par l'apparition, au début du XIX^e siècle, d'une nouvelle maladie, le choléra, qui prend également une forme épidémique particulièrement meurtrière. L'Égypte compte bientôt parmi les pays à qui l'on attribue une part de responsabilité dans la diffusion de cette maladie autour du bassin méditerranéen, en raison de son rôle de plaque tournante sur le chemin du pèlerinage de la Mecque, d'où le choléra est fréquemment rapporté au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle.

C'est sans doute à ce pèlerinage annuel vers les lieux saints de l'islam que l'Égypte doit ses plus amples mouvements d'échanges et de déplacements de population. Chaque année, la caravane égyptienne, particulièrement prestigieuse puisqu'elle transporte le *mahmal*, châssis carré richement décoré qui abrite une tenture sacrée destinée à recouvrir le sanctuaire de la Ka'aba, est rejointe au départ du Caire par de nombreux pèlerins venus d'Afrique du Nord, de la Russie d'Asie ou des Balkans. Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, cette caravane, qui rassemble alors plusieurs dizaines de milliers de personnes, emprunte une interminable voie terrestre qui, partant du Caire, traverse le Sinaï d'ouest en est, passe par 'Aqaba puis descend le long de la côte de l'Arabie jusqu'à la Mecque. Le voyage par ce Darb al-Hajj, qui constitue par ailleurs une sorte de « quarantaine naturelle », ne prenait pas moins de trois mois. Le développement de la navigation à vapeur puis la construction, en 1858, d'une ligne de chemin de fer reliant Le Caire à Suez diminuent considérablement la durée du voyage et ne font qu'augmenter, proportionnellement, les risques de contagion et de diffusion de la maladie.

La permanence des épidémies en Égypte et le rôle indéniable du pèlerinage de la Mecque dans la redistribution du choléra suscitent la vigilance inquiète des nations occidentales qui ne veulent en aucun cas voir la peste traverser les mers pour revenir hanter leurs rivages et qui cherchent à éviter les flambées du nouveau fléau qu'est le choléra. Si l'Égypte du milieu du XIX^e siècle n'est pas encore tombée au pouvoir des puissances coloniales, elle ne peut cependant échapper à l'influence de l'Occident en matière d'organisation sanitaire internationale. Les épidémies empruntent les axes principaux de circulation terrestre et maritime ; nœud commercial et plaque tournante pour les pèlerins de la Mecque, l'Égypte sera placée de fait au cœur du dispositif de protection mis en place par les puissances européennes, destiné à bloquer les épidémies sur la rive sud de la Méditerranée.

Muhammad 'Alī s'était lui-même inquiété de la fréquence des épidémies en Égypte et avait ébauché un système de quarantaine dans les ports méditerranéens du pays. Cependant, très rapidement, les consuls des puissances en poste à Alexandrie récupèrent ce dispositif et mettent en place un Conseil international sanitaire, maritime et quarantenaire, uniquement composé d'Européens, qui a autorité absolue en matière de défense contre les épidémies. Cette main mise étrangère est favorisée et encouragée par les travaux des Conférences sanitaires internationales, qui se tiennent régulièrement à partir de 1851, et qui invitent à abandonner le système des quarantaines dans les ports européens mais en contrepartie à resserrer la surveillance sur la rive sud de la Méditerranée. La Conférence de Constantinople, en 1866, dont les travaux portent sur le contrôle du trafic du pèlerinage annuel, désigne l'Égypte comme pivot du système de défense contre les épidémies. Sur toute sa façade maritime, de la Méditerranée à la Mer rouge, le pays doit donc subir les contraintes d'un réseau de lazarets supervisé par le Conseil sanitaire d'Alexandrie, véritable enclave étrangère dont la puissance supplante le système de santé originel, destiné au traitement des maladies courantes. S'il n'est certes pas inutile, ce dispositif à caractère coercitif est de plus en plus mal accepté par la population, d'autant que les occupants britanniques ne font que le renforcer après leur arrivée dans le pays.

L'occupation britannique

La faillite financière de l'Égypte puis la révolte nationaliste contre une ingérence étrangère de plus en plus insistante donnent finalement l'occasion aux Anglais d'intervenir directement dans un pays dont l'importance stratégique sur la route des Indes est bien évidente. La flotte anglaise bombarde Alexandrie en juillet 1882 et le pays est occupé militairement par la Grande-Bretagne.

Celle-ci entreprend d'implanter une administration destinée à faire du pays « une Égypte à l'indienne » (6). Ainsi, dès le départ, l'agriculture et le commerce sont privilégiés : l'Égypte doit devenir terre à coton pour approvisionner les industries textiles britanniques. Dans un tel contexte, orienté vers le profit économique, la santé n'apparaît pas comme une priorité. L'administration de l'hygiène publique ne reçoit qu'une part dérisoire du budget global et il ne s'agit que d'un petit département sans autonomie propre, dépendant du ministère de l'Intérieur, ce qui souligne son caractère coercitif. En effet, malgré leurs convictions traditionnellement anticontagionnistes et leur amour du libéralisme économique, qui s'accommode mal des contraintes d'un système quarantenaire, les Anglais se montrent fort soucieux du problème des épidémies et y consacrent finalement la quasi-totalité de leurs investissements et de leur politique de santé publique.

Il est vrai que les progrès scientifiques contemporains leur offrent des outils nouveaux pour la lutte contre les épidémies. Les principes de la jeune bactériologie permettent en effet de mieux maîtriser l'espace de la contagion en encourageant la désinfection et la destruction des germes à l'origine des maladies : cette technologie nouvelle est rapidement utilisée par les Anglais pour augmenter l'efficacité de l'appareil administratif des quarantaines. Parallèlement, enfermement des pèlerins dans les lazarets, désinfection générale des biens et des hommes en circulation, mais aussi dénonciation obligatoire des malades suspects, amende ou emprisonnement en cas d'infraction à ce principe et isolement des cas déclarés lorsque, malgré tout, l'épidémie éclate, continuent à être systématiquement appliqués : la médecine des épidémies implique contraintes et humiliations plutôt que réconfort et pratique effective de l'art de guérir. La population égyptienne ne s'y trompe pas et, fréquemment, la révolte gronde dans les lazarets ou dans les quartiers misérables soumis à la désinfection.

Pour assurer le bon déroulement du dispositif de surveillance et de contrôle des épidémies, l'ensemble du système de santé est subordonné aux objectifs et aux consignes du Conseil sanitaire d'Alexandrie, toujours aux mains des puissances étrangères (7) et qui conserve son monopole en matière de lutte contre les épidémies. Les Britanniques ont trouvé à leur arrivée dans le pays un système de santé publique fort dégradé, mais cependant présent à tous les échelons administratifs du territoire. Désormais, des médecins anglais sont placés aux postes de décision à la tête de ce dispositif, ainsi qu'aux postes d'inspecteurs divisionnaires dans les provinces. Les médecins de base, généralement des Égyptiens formés à l'École de médecine du Caire, sont, quant à eux, affectés, au niveau des villages, à une tâche de surveillance et de « dénonciation » plus qu'à une véritable fonction curative. Pour les Anglais en effet, il ne semble exister d'autres maladies que celles qui sont susceptibles de se répandre dans l'ensemble du pays, voire au-delà. L'absence de cas de peste, de choléra ou de maladies épidémiques signifie un état satisfaisant de la santé publique. Les rapports hebdoma-

daire des gouverneurs de province, qui reproduisent les constats des médecins employés dans la circonscription administrative, dessinent ainsi le profil de la santé et de ses avatars tolérables vu par les Britanniques : « La santé publique est bonne », « l'hygiène est parfaite », « la situation sanitaire est excellente », telle est la litanie de ces rapports, interrompue seulement en cas d'apparition d'une épidémie. Les soins médicaux donnés dans le service public, par une profession médicale aux effectifs extrêmement bas, semblent limités aux seuls malades considérés comme « dangereux ». Les autorités d'occupation ne s'en cachent d'ailleurs pas et le consul général anglais ne craint pas d'affirmer, dans l'un de ses rapports annuels, que « la fonction principale du gouvernement est de prévenir les maladies épidémiques, non de soigner les personnes atteintes de maladies ordinaires » (8).

Effectuer une telle tâche ne réclame pas, aux yeux des occupants britanniques, une formation très approfondie. A la vieille École de médecine fondée par Clot, tous les postes de professeur, occupés initialement en majorité par des Égyptiens, sont confiés à des Britanniques et l'anglais devient l'unique langue d'enseignement, donné jusqu'alors en arabe. Si, grâce à l'introduction d'un certain nombre de réformes, le niveau général est amélioré, les Anglais circonscrivent cependant nettement la portée de cet enseignement. D'une part, un *numerus clausus* sévère est imposé, destiné à limiter la formation de médecins aux stricts besoins d'un système de santé publique encore peu développé et, on l'a vu, fort peu actif en matière de médecine ordinaire. D'autre part, les Britanniques s'opposent à l'introduction d'un enseignement supérieur conduisant à des diplômes de spécialisation. Il s'agit en effet pour eux de former non pas des savants, mais des praticiens maîtrisant des connaissances simples et pratiques, destinés moins à soigner la souffrance qu'à traquer, enregistrer et neutraliser les maladies épidémiques.

Au cours du XIX^e siècle, l'action combinée des puissances européennes, préoccupées par la menace des épidémies, et de l'emprise coloniale des Britanniques a peu à peu dépossédé le pays de l'une de ses créations les plus originales, un système de santé publique pris en charge par une profession autochtone. La période de lutte pour l'indépendance nationale va finalement permettre la réappropriation de ce système et l'inflexion de sa vocation en direction de préoccupations plus proprement médicales et surtout, mieux adaptées à la réalité pathologique de l'Égypte.

Une redécouverte des maladies endémiques au service du corps médical

Émergence d'une élite médicale nationale

La politique anglaise en matière de formation médicale, qui vise à maintenir les médecins égyptiens dans une position subordonnée et peu prestigieuse, conduit paradoxalement à l'émergence d'une élite médicale nationale. Si les premiers étudiants de l'École de médecine avaient généralement été recrutés par conscription scolaire dans des milieux défavorisés (9), l'augmentation du prestige de la fonction publique au cours du XIX^e siècle, liée à la stabilité des emplois et aux avantages sociaux qui leur sont attachés, draine finalement vers les écoles gouvernementales supérieures des fils de notables ruraux, voire des membres de la grande bourgeoisie occidentalisée. Le paiement de droits de scolarité, imposé par les Anglais dans une école jusqu'alors gratuite,

ainsi que l'obligation de maîtriser la langue anglaise pour accéder à l'enseignement de la médecine, contribuent également à modifier le recrutement originel des médecins et à favoriser les membres des classes supérieures.

Si la médecine apparaît dès lors, pour ces derniers, comme un canal de promotion et de valorisation sociale, à l'image de ce qui se produit au même moment en Europe, ils ne sauraient se contenter des conditions offertes par les Britanniques à l'École du Caire et dans le service de santé publique. Aussi parviennent-ils à contourner les obstacles posés par les Anglais sur le chemin de leur réussite professionnelle en recourant au système des missions de formation à l'étranger. Celles-ci étaient, dès l'origine, destinées à offrir l'enseignement supérieur non disponible à l'École du Caire et à former le corps enseignant égyptien, selon le schéma mis en place par Clot. Cependant, les missions envoyées aux frais du gouvernement sont considérablement réduites à la fin du XIX^e siècle. Ainsi, seuls trois étudiants égyptiens ont été envoyés se spécialiser à l'étranger, avec une bourse accordée par le gouvernement, au cours des deux premières décennies de l'occupation anglaise. Le recrutement des étudiants en médecine parmi les membres des classes supérieures favorise néanmoins les départs aux frais de la famille, de plus en plus fréquents, vers les facultés européennes. Cette tendance, amorcée à la fin du XIX^e siècle, devient plus nette au début du siècle suivant pour prendre une grande ampleur entre les deux guerres. La plupart des médecins qui s'affirmeront comme les leaders du corps médical égyptien ont été formés au cours de cette période et ont bénéficié d'une mission à l'étranger, que ce soit aux frais du gouvernement ou, beaucoup plus fréquemment, sur leurs propres ressources.

En bloquant les carrières des Égyptiens, les autorités britanniques offrent paradoxalement aux membres les plus favorisés du corps médical égyptien, de plus en plus avides de réussite sociale, la possibilité d'échapper au sort « d'officier de santé » réservé à la majorité et de s'affirmer en tant qu'élite de la profession. Ceux qui ont obtenu un diplôme post-doctoral à l'étranger peuvent décrocher, de retour dans leur pays d'origine, un poste de professeur-assistant à l'École de médecine, ou encore, ils peuvent s'installer dans le privé, mode d'exercice jusqu'alors réservé aux seuls praticiens étrangers, à de très rares exceptions près. Dans un pays où le niveau de connaissances du médecin de base est maintenu bas, les spécialistes formés à l'étranger, où ils ont adopté par ailleurs un mode de vie et des valeurs occidentales qui les rapprochent de leurs rivaux, commencent à rassembler les atouts sociaux et scientifiques qu'ils tenteront de retourner ensuite contre ces mêmes rivaux.

La première guerre mondiale offre à la nouvelle élite médicale égyptienne la première opportunité de s'affirmer professionnellement et de commencer à s'émanciper de la tutelle britannique. En effet, les médecins employés aux postes subalternes de la fonction publique prennent en charge les responsabilités des inspecteurs divisionnaires et, surtout, les assistants égyptiens de l'École de médecine occupent pour quelques années les chaires abandonnées par les Anglais mobilisés sur le front. Grâce à cette première incursion au sommet de la hiérarchie, les membres égyptiens du corps enseignant obtiennent, au début des années 1920, la création des deux premières chaires médicales égyptiennes. En 1928, un nouveau règlement pour l'exercice de la profession médicale remplace la loi précédente, datant de 1891, qui ne prévoyait aucune limita-

tion pour les étrangers. Ce nouveau texte favorise les praticiens égyptiens puisqu'il stipule que, pour exercer la profession médicale en Égypte, il faut être muni du diplôme délivré par la Faculté de médecine de l'université du Caire, qui accueille de façon quasi exclusive des étudiants égyptiens. Les médecins diplômés à l'étranger, quant à eux, doivent passer une épreuve basée sur le programme de l'examen final de la Faculté de médecine du Caire. Ce n'est qu'en cas de réussite qu'ils sont ensuite invités à s'inscrire auprès de l'Administration de l'Hygiène publique. En 1932, une nouvelle loi étend largement aux diplômés égyptiens des facultés étrangères la dispense des examens, de façon à ne pas pénaliser les Égyptiens formés à l'étranger.

Cette nouvelle législation témoigne d'une volonté de la faculté du Caire d'affirmer sa capacité à former des médecins pour l'Égypte, et de se voir reconnue comme seule compétente pour fixer les critères de qualification. Depuis 1925 en effet, la vieille École de médecine a été intégrée à l'Université égyptienne qui vient de naître ; son diplôme est officiellement reconnu par l'État égyptien qui en assure désormais le contrôle. Elle a changé de statut pour devenir une faculté, ce qui tend à lui conférer une sorte de compétence « universelle », égale à celle des facultés de médecine occidentales. Les nouveaux « mandarins » égyptiens cherchent de cette façon à assurer leur contrôle sur la reproduction du corps médical et à étendre leur domination sur la nouvelle institution.

La révolution de 1919 et le mouvement national qu'elle inaugure ne font bien entendu qu'encourager ce processus. Les médecins égyptiens apportent d'autant plus volontiers leur soutien à ce mouvement qu'ils voient dans l'indépendance du pays la garantie la plus sûre de leur promotion professionnelle et sociale. C'est dans ce contexte de revendication nationale que les membres les plus actifs de la nouvelle élite médicale égyptienne fondent, en 1920, l'Association médicale égyptienne (AME), première institution à caractère professionnel et scientifique proprement égyptienne. Le journal *Jame* devient le porte-parole et l'écho privilégié du mouvement d'égyptianisation de la médecine et du corps médical.

Naissance de la recherche médicale égyptienne

L'offensive institutionnelle menée par les médecins égyptiens aux lendemains de la première guerre mondiale, afin de s'imposer dans un environnement professionnel dominé par les étrangers, s'accompagne d'une volonté de développer la recherche médicale autochtone, témoin le plus prestigieux de la compétence et de la réussite intellectuelle. Pour s'affirmer définitivement comme spécialistes légitimes en matière de santé dans leur propre pays, il leur faut, au-delà de la visibilité nouvelle offerte par la mise en place d'organisations professionnelles, participer directement à l'élaboration d'une définition nouvelle de ce que l'on doit entendre par santé et par maladie, dans une société marquée par un certain nombre de spécificités. Ainsi, dans le cas de l'Égypte, le destin des maladies est solidaire du mouvement politique général du pays. Le passage d'une situation de domination par une nation étrangère vers la reconnaissance d'un État indépendant encourage la redéfinition par les médecins des priorités sanitaires du pays, entraînant ainsi le glissement du regard médical d'un groupe de maladies, les épidémies, si présentes au XIX^e siècle, vers un autre groupe, les maladies parasitaires endémiques, il est vrai moins meurtrières mais néanmoins très invalidantes.

C'est au sein de l'Association médicale égyptienne que se déploient les efforts de recherche des médecins en direction de ces maladies. La création de cette association et de son journal répondait en effet à la triple nécessité d'élaborer un code de déontologie professionnelle, de promouvoir la langue arabe comme langue scientifique en créant un lexique médical arabe, et surtout, de développer la recherche médicale en privilégiant les maladies dont souffre plus particulièrement l'Égypte. Rédigé intégralement en arabe, le *Jame* est à la fois un organe d'informations professionnelles pour le corps médical égyptien et un canal d'agrégation et de diffusion des recherches sur la pathologie égyptienne, menées jusqu'alors de façon quelque peu sporadique et désordonnée.

Dès la parution du premier numéro du journal, en avril 1917, 'Alî Ibrâhîm, président de l'AME et premier recteur égyptien de l'Université du Caire, définit ce que l'on doit entendre par « maladies particulières à l'Égypte ». Il s'agit, d'une part, de maladies répandues également en Occident, comme les fièvres, mais qui prennent en Égypte des formes spécifiques en raison, par exemple, de la nature propre de son climat ou des habitudes alimentaires de ses habitants. Dans l'environnement égyptien, « la médecine traditionnelle (c'est-à-dire ici la médecine moderne élaborée par les occidentaux) seule est insuffisante » (10) ; ce type de maladie doit donc être abordé, étudié et traité de façon particulière, en tenant compte des spécificités du pays. Dans ces conditions, seuls les médecins égyptiens, qui ont une connaissance intime de leur pays, paraissent aptes à mener à bien un tel programme.

D'autre part, l'essentiel de ce que l'on désigne comme maladies spécifiquement égyptiennes est constitué par les maladies parasitaires endémiques, à la tête desquelles figurent la bilharziose et l'ankylostomiase. La première de ces maladies est provoquée par un parasite qui pénètre dans le corps au contact de l'eau et se traduit principalement par des hématuries. Si elle n'est pas directement mortelle, la bilharziose affaiblit considérablement l'organisme et, faute de soins, elle risque de dégénérer en affections graves, voire mortelles, comme la cirrhose du foie ou l'insuffisance rénale. L'ankylostomiase, également d'origine parasitaire, provoque de sérieuses anémies.

Ces deux maladies sont fort répandues en Égypte. C'est un professeur allemand à l'École de médecine du Caire, Théodore Bilharz, qui a isolé, en 1851, le parasite à l'origine de la maladie qui portera désormais son nom. C'est encore un Allemand, W. Griesinger, directeur de l'hôpital de Qasr al-'Ainî au Caire de 1850 à 1852, qui établit le rapport entre le parasite responsable de l'ankylostomiase et la fameuse « anémie d'Égypte ». Cependant, c'est précisément contre cet abandon des maladies égyptiennes aux étrangers qu'Alî 'Ibrâhîm entend lutter en focalisant la recherche médicale sur ce type de pathologie.

Pour lui en effet, le formidable terrain d'observation de ces maladies que constitue l'Égypte offre la possibilité de fonder une médecine proprement égyptienne et de permettre au corps médical autochtone de s'affirmer sur le plan scientifique. En plaçant les maladies parasitaires endémiques au cœur des préoccupations médicales, il ouvre ainsi un espace de concurrence avec les étrangers, dans un domaine où les Égyptiens sont en mesure d'exploiter certains atouts. Si ces maladies commencent à être connues de façon générale, les formes particulières qu'elles revêtent dans tel ou tel pays restent

à étudier. 'Alî 'Ibrâhîm cite ainsi le cas de la bilharziose urinaire : cette forme de la maladie, spécifique à l'Égypte, n'est pas décrite dans les ouvrages médicaux occidentaux. Il revient donc aux médecins égyptiens, quotidiennement en contact avec ce type de pathologie, peu fréquent hors du pays, de la décrire, de l'analyser et d'en déterminer le traitement adéquat. L'Égypte a en effet la chance de posséder une profession médicale locale déjà ancienne, formée dans de bonnes conditions et performante. Réunissant à la fois les causes du problème (les maladies) et les moyens de le résoudre (les médecins), l'Égypte doit s'affirmer comme un laboratoire de pointe dans le domaine des maladies parasitaires endémiques.

Pour que l'Égypte réalise cet objectif, 'Alî 'Ibrâhîm tente de mobiliser toutes les volontés médicales du pays, appelées à exercer « une médecine égyptienne que des médecins non égyptiens ne sauraient pratiquer faute de moyens pour y parvenir » (11). A tous les échelons du corps médical, chaque médecin égyptien est ainsi invité « à étudier de façon privilégiée ces maladies, d'en faire un diagnostic reposant sur sa propre observation et non pas sur ce qui a été écrit à ce sujet par les étrangers » (12). C'est en effet ceux qui sont en première ligne, en contact direct avec la maladie, qui ont sans doute le plus à en dire. Or en Égypte, les maladies parasitaires sont caractéristiques du milieu rural où le manque d'hygiène, ainsi qu'une multitude de canaux d'irrigation, sont responsables de la transmission des parasites. Les médecins de province, éternels oubliés du mouvement scientifique, sont pour une fois mobilisés afin de faire remonter l'information concernant ces maladies de la périphérie jusqu'au centre. En faisant appel à ces médecins de base, les animateurs de l'AME cherchent ainsi à rompre avec une conception passive de la médecine, essentiellement défensive, qui avait dominé le XIX^e siècle au cours duquel l'impuissance face aux épidémies invitait plus à la surveillance et au contrôle qu'à l'action médicale proprement dite.

Très rapidement, cette recherche empirique au chevet du malade, amorcée par les médecins de province, cède le pas à de vastes synthèses, ou à des recherches plus pointues et spécialisées, portant prioritairement sur les maladies parasitaires, effectuées par les professeurs de l'École de médecine, qui constituent l'élite de la profession. Dès 1922, soit cinq ans après la création du journal, et surtout à partir de 1925, date de fondation de la Faculté de médecine, les signatures des médecins de province disparaissent au profit des quelques grands noms prestigieux de la profession.

La mobilisation autour du thème des maladies parasitaires endémiques permet en effet de rassembler en quelques années une somme d'informations suffisante pour pouvoir envisager des travaux plus ambitieux. 'Alî 'Ibrâhîm, par exemple, contribue alors de façon significative aux progrès de la chirurgie appliquée à la pathologie égyptienne, notamment en ce qui concerne l'abcès amibien du foie, la bilharziose et l'ablation de la rate. Certains de ses travaux novateurs ont ainsi l'honneur de paraître dans le prestigieux *Lancet* britannique.

Le *Jame* profite à son tour du prestige nouvellement acquis par certains de ses rédacteurs. A compter de l'année 1923, sa maquette s'améliore, il paraît sur un papier de meilleure qualité et perd son aspect artisanal au profit de celui d'une véritable revue scientifique. Le changement majeur concerne néanmoins la langue qui y est employée. Alors que l'emploi exclusif de l'arabe était au fondement de sa raison d'être, dès 1928

les responsables du *Jame* décident un retour partiel à l'utilisation de la langue anglaise. Il est en effet « apparu évident au Conseil de l'association que les travaux originaux publiés dans le Journal ne sont pas accessibles à l'ensemble du monde médical en raison de la difficulté à lire l'arabe dans les autres pays. Le *Jame* est lu en Égypte, au Soudan, en Afrique du Nord et au Proche-Orient. Hors de ces pays arabophones, il n'est pratiquement pas diffusé (13) ». Pour assurer la reconnaissance internationale de leur travail, les médecins égyptiens doivent publier dans une langue européenne, sinon, ils courent le risque de se marginaliser.

C'est cette même aspiration à s'intégrer dans la communauté internationale des savants qui motive l'organisation au Caire, également en 1928, d'une Conférence internationale de médecine tropicale et d'hygiène. Cette première manifestation scientifique proprement nationale vise à faire admettre la centralité du Caire dans le domaine de la médecine tropicale et couronne ainsi la réussite du corps médical égyptien, parvenu, en quelques décennies, à affirmer son autonomie vis-à-vis des praticiens étrangers et à forger un style scientifique particulier, attentif à la réalité pathologique du pays.

Une assise institutionnelle

Le mouvement scientifique amorcé sous l'impulsion de l'association médicale égyptienne doit cependant, pour assurer sa pérennité, trouver un prolongement institutionnel plus durable qu'une simple société savante. Le changement de statut de l'ancienne Ecole de médecine, devenue Faculté lors de son intégration à l'Université égyptienne en 1925, autorise une première offensive universitaire, qui vise à imposer enfin la création de départements de spécialité, préalable indispensable à toute ambition de recherche. Le changement de statut de 1925 entraîne en effet une amélioration sensible des ressources financières allouées à l'institution, permettant le développement de ses capacités hospitalières et de ses laboratoires, ainsi qu'une augmentation significative de son corps enseignant et de ses effectifs étudiants. D'autre part, l'ancien diplôme général de médecine, chirurgie et obstétrique, délivré jusqu'alors par l'École, est changé en M.B. B.S (Medical Bachelor, Bachelor of Surgery), équivalent à son homonyme anglais et autorisant son détenteur à entreprendre des études supérieures. Naguère, pour suivre des études post-doctorales, il était nécessaire de se rendre à l'étranger, soit à titre privé, soit en bénéficiant d'une bourse de mission. Cependant, souligne un rédacteur du *Jame*, « il était paradoxal que les diplômés de cette partie du monde aient à poursuivre leurs études en médecine tropicale et hygiène dans les pays les plus froids (14) ». Le changement de nature du diplôme donne désormais la possibilité de créer sur place des spécialités, et la première choisie est bien sûr celle qui concerne de plus près la pathologie égyptienne.

En octobre 1930 est ouvert à la Faculté de médecine un département de médecine tropicale et d'hygiène qui reçoit de nouveaux diplômés (six la première année) pour une durée d'un an, au cours de laquelle ils se spécialisent dans l'une, l'autre ou les deux disciplines, qui deviennent ainsi les premières spécialités officiellement reconnues en Égypte. Le programme de ce cycle post-doctoral, qui comprend des cours de parasitologie humaine, bactériologie, pathologie, médecine tropicale, physique, chimie, météorologie et climatologie, hygiène, épidémiologie et statistiques, administration de la santé

publique, vise à former des médecins plus spécifiquement compétents dans la pathologie égyptienne et destinés à devenir les initiateurs d'une véritable politique de santé publique. L'ambition du nouveau département ne s'arrête cependant pas là et dans un article paru en 1932 dans le *Jame*, l'un des tous premiers professeurs à y avoir enseigné ajoute que « la création de ces cours d'enseignement doit être considérée comme un évènement crucial pour la cause de la médecine tropicale et l'hygiène. Elle ouvre la possibilité, non seulement aux Égyptiens mais également aux hommes de médecine des autres pays, d'utiliser la richesse de l'hôpital et du matériel des laboratoires de Qasr al-'Ainî pour poursuivre leur formation ainsi que pour étudier *in situ* les problèmes de maladie et d'hygiène en milieu tropical » (15). La nouvelle spécialité reçoit une consécration définitive en 1935 avec la création d'une Association égyptienne des maladies endémiques et de médecine tropicale, l'une des premières sections de l'AME, ouverte aux diplômés du département créé en 1930.

Ce sont encore les maladies parasitaires endémiques et la pathologie tropicale qui sont prétextes à la création du premier institut de recherche fondamentale. Cet institut, dont les travaux commencent à la fin de l'année 1931, aborde tous les aspects concernant les maladies parasitaires, et plus généralement toutes les maladies endémiques dont la présence est attestée en Égypte. Ses préoccupations s'étendent de la pathologie aux traitements, en passant par l'entomologie. Un hôpital des maladies endémiques est rattaché à l'institut, permettant à la fois l'observation clinique et l'application des recherches.

Le programme défini par l'AME lors de sa création en 1920, qui invitait à développer la recherche spécifiquement nationale, a permis, en moins de vingt ans, d'asseoir la réussite des médecins égyptiens. En effet, grâce à un double processus institutionnel et scientifique, ils sont parvenus à s'affirmer comme la seule compétence légitime dans le domaine de la santé. Ils ont par ailleurs retiré de cette démarche un prestige social et intellectuel qui culmine dans les années 1940. Enfin, les connaissances accumulées sur l'état sanitaire du pays, grâce aux techniques scientifiques empruntées à l'Occident, en révélant les maladies les plus fréquentes en Égypte (maladies parasitaires, tuberculose) et en délimitant des groupes vulnérables (enfants, paysans), leur permettent d'envisager l'établissement d'une véritable politique de santé publique répondant effectivement aux besoins du pays.

L'intérêt scientifique pour les maladies endémiques n'a eu cependant qu'un impact éphémère. En effet, le programme défini ensuite pour lutter concrètement contre cette pathologie, de caractère essentiellement préventif, se heurte, d'une part, aux intérêts du modèle libéral sur lequel la profession médicale s'est construite et, d'autre part, à l'immensité de la tâche à accomplir dans un environnement rural particulièrement pathogène mais victime de l'indifférence des politiques. Cependant, dans le cadre du mouvement de libération nationale du premier tiers du XX^e siècle, ce thème a largement contribué à réaliser l'autonomie du corps médical égyptien, à travers la création d'institutions nationales, à assurer sa reconnaissance internationale et à asseoir sa réussite sociale.

NOTES

- 1) Sur la naissance de la profession médicale égyptienne au XIX^e siècle, voir A. Sonbol, *The Creation of a Medical Profession in Egypt, 1800-1922*, New York, Syracuse University Press, 1991.
- 2) Laverne Kuhnke, *Lives at Risk. Public Health in 19th Century Egypt*, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1990.
- 3) C'est, par exemple, le cas de l'Algérie : Y. Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale. École, médecines, religion, 1830-1880*, Paris, Maspero, 1971.
- 4) D. Panzac, « Endémies, épidémies et population en Égypte au XIX^e siècle », *L'Égypte au XIX^e siècle*, Paris, Grepo, Ed. du CNRS, 1982, pp. 83-100.
- 5) Panzac, *La peste dans l'Empire ottoman, 1700-1850*, Louvain, Éditions Peeters, 1985.
- 6) Selon la formule employée par J. Berque, *Égypte. Impérialisme et Révolution*, Paris, Gallimard, 1967.
- 7) C'est un médecin britannique qui en occupe la direction. Basé à Alexandrie, il y centralise l'ensemble des informations concernant l'apparition ou l'évolution des maladies épidémiques, notamment au Hidjaz.
- 8) *Lord Cromer's Report for the Year 1903*, p. 54.
- 9) G. Alleaume, « Naissance du fonctionnaire », *Peuples méditerranéens* n° 41/42, oct. 1987-mars 1988, pp. 67-86.
- 10) *Jame* n° 1, avril 1917, p. 8.
- 11) *Jame* n° 1, avril 1917, p. 8.
- 12) *Ibid.*, p. 8.
- 13) *Jame* n° 1, janvier 1928, p. 2.
- 14) *Jame* n° 2, février 1932, p. 42.
- 15) *Jame* n° 2, février 1932, p. 42.



**LES SCIENCES HORS D'OCCIDENT
AU XX^E SIÈCLE**

**SÉRIE SOUS LA DIRECTION
DE ROLAND WAAST**



VOLUME 4

MÉDECINES ET SANTÉ

ANNE-MARIE MOULIN
ÉDITEUR SCIENTIFIQUE

CRISTOM
éditions

**LES SCIENCES HORS D'OCCIDENT
AU XX^e SIÈCLE**

20TH CENTURY SCIENCES:
BEYOND THE METROPOLIS

**SÉRIE SOUS LA DIRECTION
DE ROLAND WAAST**

VOLUME 4

MÉDECINES ET SANTÉ
MEDICAL PRACTICES AND HEALTH

ANNE-MARIE MOULIN
ÉDITEUR SCIENTIFIQUE

ORSTOM Éditions

L'INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION
PARIS 1996