'Ya Doktor': Devenir médecin et exercer son art en 'Terre sainte', une expérience du pluralisme médical dans l'Empire ottoman finissant (1871-1918)

Philippe Bourmaud

▶ **To cite this version:**

Philippe Bourmaud. 'Ya Doktor': Devenir médecin et exercer son art en 'Terre sainte', une expérience du pluralisme médical dans l'Empire ottoman finissant (1871-1918). Histoire. Université Aix Marseille 1, 2007. Français. NNT : . tel-02923651

HAL Id: tel-02923651
https://shs.hal.science/tel-02923651

Submitted on 27 Aug 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE AIX-MARSEILLE I – Université de Provence
U.F.R. D'HISTOIRE

N° attribué par la bibliothèque
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE AIX-MARSEILLE I

Formation doctorale :

Mondes arabe, musulman et sémitique

présentée et soutenue publiquement

par

PHILIPPE BOURMAUD

le 8 décembre 2007.

Titre:

« YA DOKTOR » :

Devenir médecin et exercer son art en « Terre sainte »,

une expérience du pluralisme médical

dans l'Empire ottoman finissant (1871-1918)

Directrice de thèse **:**

Mme Randi DEGUILHEM

JURY

BOZARSLAN Hamit, directeur d'études HdR, CHDT-EHESS, Paris
CAROL Anne, professeur, Université d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence
DEGUILHEM Randi, directrice de recherche HdR, CNRS, IREMAM, Aix-en-Provence
FAURE Olivier, professeur, Université de Lyon III
MONNAIS-ROUSSELOT Laurence, professeur, Université de Montréal
MOULIN Anne-Marie, directrice de recherche HdR, CNRS, Paris
PICAUDOU Nadine, professeur, Université de Paris I

Remerciements

Au terme de notre travail de thèse, nous revient le conseil adressé *A un poète* par Victor Hugo: « Sois petit comme source et sois grand comme fleuve ». Notre apport ne sera jamais qu'un humble ruisseau, si nous omettons ce que ce mémoire doit à tous les conseils patients, tous coups de main généreux, tous les témoignages fidèles de confiance en ce qui, en quelques heures spécialement sombres, nous paraissait un labeur sysiphéen. Que ces pages apparaissent à nos lecteurs moins comme un roman-fleuve qu'une série d'heureuses confluences, au moment où notre recherche vient se jeter dans ce qui est devenu une mer de thèses. Tous les méandres, toutes les longueurs, les maladresses et bien pis sont, bien sûr, entièrement nôtres.

Six années durant, nous avons pu compter sur les encouragements et l'aide inconditionnelle de notre directrice de thèse, Mme Randi Deguilhem. Elle nous a offert du temps, de la disponibilité, une manière très américaine de nous « coacher » – et à nous qui connaissons des doctorants dirigés de loin, de très loin par des pontes qui semblent avoir autant d'enthousiasme que le doge Pococurante, cela s'est révélé un incomparable privilège – toutes choses qui nous ont permis d'avancer et d'aller au bout, malgré notre pente naturelle. Elle s'est montrée une lectrice sérieuse et curieuse, toujours pleine de suggestions. Enfin, elle a adjoint à tout cela une grande chaleur humaine. Qu'elle en soit amicalement remerciée.

Nous exprimons également notre gratitude à l'égard de l'ensemble des membres du jury, d'avoir bien voulu consacrer leur attention bénévole à nos travaux; à Hamit Bozarslan, qui, à chacune de nos rencontres, à Paris ou Amman, s'est montré un véritable agitateur d'idées; à Anne Carol, qui, en plus de l'organisation de cours de faculté dans la bonne humeur, s'est montrée en séminaire une hôte très accueillante et stimulante ; à Olivier Faure, à la fois une inspiration dans le champ de l'histoire de la médecine et un chaleureux collègue depuis que nous avons pris nos fonctions à Lyon ; à Laurence Monnais-Rousselot, qu'il nous tarde de connaître autrement que par ses écrits; à Nadine Picaudou, qui, depuis la première fois que nous avons poussé la porte de son bureau, alors à l'INALCO, a été, sans relâche, une interlocutrice toujours vive et pénétrante, d'une conversation enrichissante; à Anne-Marie Moulin, enfin, qui nous a accompagné de son amitié et de son exigence depuis l'antichambre de la thèse, au temps lointain d'un DEA où nous étions, pour le dire pudiquement, peu sûr de nous sur le plan intellectuel. Nous avons pris de la bouteille depuis lors, et les remarques d'Anne-Marie ont constitué pour nous une véritable motivation à continuer nos recherches et à approfondir notre connaissance de terrain.

Notre travail a bénéficié de conditions d'études extrêmement privilégiées, grâce à une allocation couplée à l'Université de Provence, obtenue avec le soutien de notre « caïman » à l'Ecole Normale Supérieure, Gilles Pécout, de notre directeur de DEA, Daniel Rivet, et de Robert Ilbert; grâce aussi à une bourse de cours séjour à l'Institut Français du Proche-Orient à Damas, à l'été 2003, grâce à l'appui de Floréal Sanagustin; grâce à un financement « ERASMUS » pour un séjour de trois mois au St Antony's College d'Oxford, à l'automne 2003-2004, au cours duquel nous avons bénéficié de l'accueil sympathique du Middle East Centre et de son directeur, Eugene Rogan; grâce à une bourse Lavoisier du ministère français des Affaires Etrangères, grâce au soutien de Sari Hanafi, directeur du Centre de la Diaspora et des Réfugiés Palestiniens à Ramallah, qui m'a accueilli un an durant en 2004-2005, et qui m'a

encore donné son soutien lors de mon passage à l'Université Américaine de Beyrouth au printemps 2006 – et nous joignons à ce remerciement une pensée affectueuse et pleine de gratitude pour toute l'équipe de Shaml à l'époque, Elena, Shirine, Mustafa, Ahmad, Dawud Barakat, Nivine, et Awad Mansour, successeur de Sari à la tête du centre. Enfin, citons les départements d'histoire des deux universités qui nous ont permis de gagner, en tant qu'ATER, notre pitance, et de tâcher de transmettre un peu de sens de l'histoire aux étudiants – l'Université de Provence et l'Université Jean Moulin – Lyon 3. A toutes et tous, pour nous avoir évité le sort du fils prodigue, ainsi qu'une fois encore à notre directrice de thèse, infatigable démarcheuse de financements de recherche, un grand merci.

Un travail d'historien doit beaucoup à l'accueil, fructueux ou non, qui lui est réservé dans les centres d'archives et de recherche. Nous remercions vivement le personnel des archives du ministère français des Affaires Etrangères, tant à Nantes qu'au Quai d'Orsay, celui du centre d'archives du Service de santé de l'Armée de terre, à l'hôpital du Val-de-Grâce, celui du Département des Manuscrits de l'Université de Birmingham, les archivistes du Middle East Centre d'Oxford, Debbie Usher et Clare Brown, qui nous a également réservé un accueil très hospitalier au centre d'archives de l'Eglise d'Angleterre à Lambeth Palace; celui, très serviable, des archives de la municipalité de Tel-Aviv, et celui de l'ensemble des centres d'archives israéliens que nous avons visités ; celui du centre des archives de Damas et celui du centre des documents et des manuscrits de l'Université Jordanienne, et notamment la petite équipe chargée de la conservation des journaux. Nous remercions tout le personnel du département des études du Moyen-Orient de l'Université Ben-Gourion du Néguev à Beer-Sheva de nous avoir invité à diverses reprises, et d'avoir toujours été disponible pour la discussion et nos interrogations, bibliographiques et autres; Aref Abu Rabia s'est montré en particulier un interlocuteur pointu sur notre sujet. A l'Université Nationale Al-Najah de Naplouse, à celle de Birzeit, et à celle d'Al-Quds à Abu Dis, nous avons fait des liens très amicaux. Comment citer tous le monde ? Nous avons beau savoir que les choix et les préférences se cachent toujours derrière ce genre de questions rhétoriques, mais on voudra bien admettre qu'en six années de recherche, la liste des marques de gratitude soit trop longue pour être donnée *in extenso* : Bilal al-Shafie, Ihsan al-Deek, Jamal Judeh et les enseignants de la faculté des humanités à Naplouse, où nous adressons également des pensées pleines de reconnaissance à Neila el-Helou et à Siham Abu Ghazaleh, ainsi qu'à la famille Hammad ; toute l'équipe du centre de santé publique de l'Université de Birzeit, avec une pensée émue pour Rita Giacaman qui nous a « tiré de notre sommeil dogmatique » un beau jour de 2002, et remis les idées à l'endroit quant à notre recherche, une pensée aussi pour Ghassan Mhibbish à Abu Dis. Côté français, nous remercions Didier Pralon et Gilbert Maksud pour nous avoir ouvert leurs documentations familiales respectives.

Et la liste la plus incomplète de toutes : à tous les amis qui ont donné de leur temps et de leur salive pour que nous nous insérions sur notre terrain, pour discuter notre projet de recherche, pour nous enseigner comment nous débrouiller avec nos documents en arabe, ou tout simplement pour passer de bonnes soirées même lorsque nous virions à la mélancolie : Musa Sroor puis Hanane, nos principaux aides face aux terreurs de la langue arabe ; Aude Signoles, chercheuse inspirée, relectrice attentive, valeureuse directrice de programme de recherche, puits de science bibliographique ; Thierry Coulbois, hôte à l'occasion et interlocuteur toujours plein de curiosité et d'allant; Jacques Plouin, hôte lui aussi, esprit toujours en éveil, qui a toujours pu nous tenir d'attaque pour converser de philosophie jusqu'à pas d'heure; Chadia Boudarssa pour ses efforts répétés, en tant qu'hôtesse, pour nous dérider et nous décoincer; Benjamin Vallin, qui nous ouvrit grand les portes de son appartement d'Abu Dis sans encore nous connaître, et Hugo Tiffou qui fit de même à Amman; Théodora Oïékonomidès, dont nous avons sali à répétition le carrelage de nos sabots crottés à Ramallah,

après des voyages surréalistes dans un mouchoir de poche; Emma et Christophe Boltanski, hôtes adorables à Londres, lors même qu'une tornade de quatre ou cinq ans, nommée Julia, ravageait leur appartement; Chantal Verdeil, interlocutrice savante et avisée, relectrice hors de pair; ʻAqīl, à l'accueil toujours jovial, surtout à l'heure du knafé ; Roger Heacock pour son hospitalité toujours chaleureuse, sa femme Laura et sa fille Livia pour leur connaissance de la pratique de la médecine en Palestine, Tali Hatuka et son compagnon Yoav, pour leur accueil souriant lors de nos séjours tel-avivis, Elise Aghazarian, interlocutrice savante et introductrice dévouée dans notre quête d'entretien (notre dette à l'égard d'elle inclut aussi le fait de savoir la traduction technique exacte du mot « pluralisme médical » en arabe), Colette Ballan pour avoir jeté l'oeil averti d'un médecin sur notre prose, Christian Boudignon pour avoir posé sur notre travail un regard profane et bénévole, les doctorants de l'IDEMEC, Marie-Laure, Amélie, Vincent, Anaïs, Florie, Karine, Johann, et les autres, pour m'avoir accordé le statut de réfugié pluridisciplinaire, Anne Buisson, notre cartographe préférée, pour nous avoir convaincu que même un historien peut raisonner géographiquement, et même utiliser des cartes raisonnablement propres; Abeer Shahine pour m'avoir laissé lui voler à répétition des pauses-café ; Jo, pour avoir tant et tant donné d'elle-même.

A Laetitia Démarais, pour son hospitalité inépuisable sous tous les cieux, son bon sens réjouissant et sa bonne humeur communicative ;

A Caroline Abu Saada, pour nous avoir fait découvrir que, comme beaucoup de problèmes humains, l'angoisse de la page blanche et la déprime se résorbaient plus facilement autour d'une tasse de café, en libérant un peu sa parole ;

A Véronique Bontemps et Abdel Hakim Sabbah, hôtes patients, amis fidèles et encourageants ;

A notre famille, pour nous avoir supporté à travers six années de misanthropie, de découverts récurrents, de promesses d'ivrogne (« je vous jure que c'est ma dernière année... »), notamment à Bernard Bourmaud pour son assistance en matière de statistique, à Aurélie Bourmaud et son compagnon Michaël Darmon, qui ont été nos interlocuteurs privilégiés pour tout ce qui avait trait aux connaissances techniques de la médecine ;

A Diana et Ibrahim, et à toute leur petite famille, qui nous ont accueilli en tous temps, même aux pires moments d'angoisse, et à qui nous dédions ce travail.

Oui, c'est bien un fleuve.
Et maintenant, jetons-nous à l'eau.

Sommaire:

Remerciements....2

Introduction : Le diplôme comme clé d'analyse 11

Première partie : les conditions juridiques et socioprofessionnelles de la pratique médicale. 61
Chapitre 1 : Une activité aux nombreux métiers : pratiquer la médecine dans le sud du bilād al-Šām dans la première moitié du XIXe siècle....68
Chapitre 2 :Le diplôme comme critère du droit d'exercer la médecine (1861-1918).....145

Deuxième partie : le champ de la formation médicale....199
Chapitre 3 : Les écoles de médecine de l'Empire ottoman et la délivrance des diplômes (1871-1918).... 203
Chapitre 4 : L'apprentissage universitaire de la médecine.... 283

Troisième partie : l'épreuve du terrain....383
Chapitre 5 : Outils et matériaux – Eléments de méthodologie....390
Chapitre 6 : Des logiques sélectives de distribution spatiale.... 429
Chapitre 7 : Les médecins, leurs carrières et les filières professionnelles.... 508
Chapitre 8 : Regard, image et réception des médecins.... 600
Chapitre 9 : Hôpitaux, médecins et patients à Naplouse Le pluralisme médical à l'échelle d'une ville.... 641

Conclusion : le cercle de la professionnalisation.... 741

Sources et bibliographies.... 788
Annexes....815

Index....876

Note sur la translittération

Pour la translittération à partir de l'alphabet arabe, nous avons repris le système de translittération de la revue *Arabica*, soit pour la langue arabe:

’	pour	ء (accent guttural sur les voyelles)	ṭ	pour	ط (t emphatique)
t̲	pour	ث (« th » anglais de « thing »)	ẓ	pour	ظ (z emphatique)
ḥ	pour	ح (h guttural doux)	‘	pour	ع (consonne gutturale)
h̲	pour	خ (« ch » de « Bach »)	ġ	pour	غ (r très grasseyé)
d̲	pour	ذ (« th » anglais de « this »)	q	pour	ق (k très guttural)
š	pour	ش (« ch » français)	ā	pour	ا vocalique (a long)
ṣ	pour	ص (s emphatique)	ū	pour	و vocalique (« ou » long)
ḍ	pour	ض (d emphatique)	ī	pour	ي vocalique (i long)

Conformément à l'usage, nous n'avons pas noté la *hamza* (notée « ’ ») lorsqu'elle survenait à l'initiale des mots. Nous avons en outre adopté la politique de conserver l'orthographe en alphabet latins des noms des auteurs arabes de textes parus dans les langues occidentales.

Pour les mots turcs :

c	se prononce « dj »
h	se prononce comme le « ch » allemand de « kochen »
ş	se prononce comme le « ch » français

Dans la mesure où nous n'avons pas utilisé de sources écrites en hébreu, nous nous sommes contenté d'une graphie phonétique simplifiée pour cette langue, généralement celle trouvée dans les sources en d'autres langues ou dans la littérature savante.

Abréviations

AAEFFM : Association des Anciens Elèves de la Faculté Française de Médecine

BAAEFFM : *Bulletin de l'Association des Anciens Elèves de la Faculté Française de Médecine*

CCC : Correspondance consulaire et commerciale

CPC : Correspondance politique et consulaire

CPC NS : Correspondance politique et consulaire, Nouvelle Série

CMS : Church Missionary Society ; Church Missionary Society Archives (Birmingham)

CZA : Archives Centrales Sionistes (Jérusalem)

Dep. CMJ : Archives du Church Ministry to the Jews (Oxford)

FRUS : Foreign Relations of the United States

IJMES : *International Journal of Middle-Eastern Studies*

ISA : Archives de l'Etat d'Israël (Jérusalem)

J&EMF : Jerusalem and the East Mission Fund (Londres)

J&EMS : Jerusalem and the East Mission Society (Oxford)

JCA : Jerusalem City Archives

JPOS : *Journal of the Palestine Oriental Society*

MAE Nantes : Archives du ministère français des Affaires étrangères (Nantes)

MAE Quai d'Orsay : Archives du ministère français des Affaires étrangères (Quai d'Orsay, Paris)

MD : Mémoires et documents

PJCA : Palestine Jewish Colonization Association

PRO CO : Archives du Colonial Office, Public Record Office (Londres)

PRO FO : Archives du Foreign Office, Public Record Office (Londres)

SBN : Archives de la municipalité de Naplouse

S.Q. : Registres du tribunal religieux de Jérusalem

ZDPV : *Zeitschrift des Deutsch-Palästina Vereins*

Glossaire

Aliya : vague d'immigration sioniste en Palestine, à partir de 1882 ; le terme désigne communément la démarche individuelle d'immigration en Israël.

ʻalīm : littéralement, « savant » ; le terme désigne les savants qui possèdent les sciences de l'islam (les oulémas dans la version francisée).

ʻattār : parfumeur ; dans les marchés du Proche-Orient, celui-ci fait également office d'herboriste et de pharmacien.

Capitulations : système régissant les droits des sujets des nations européennes et, par extension, des institutions et des sujets ottomans qui sont leur protégés dans les Etats musulmans (Empire ottoman, Maroc, Egypte) ; le terme désigne initialement les différents chapitres des traités bilatéraux passés entre les puissances européennes et l'Empire ottoman au moment d'établir des relations diplomatiques. Progressivement élargi sous prétexte d'éviter aux nationaux européens de subir, en tant que non-musulmans, des avanies, le système capitulaire finit par devenir, au dix-neuvième et au début du vingtième siècle, un vaste système pour échapper à la loi et à la souveraineté ottomane. Ainsi, les institutions protégées deviennent de véritables enclaves extra-territoriales, et les sujets protégés sont soustraits, à leur plus grand avantage, à la juridiction ordinaire pour être jugés par des tribunaux mixtes réunissant des représentants de l'Etat ottoman et le consul local.

dāyah / qābilah : sage-femme ; le premier de ces termes est plus dialectal et renvoie généralement aux sages-femmes traditionnelles, le second est le terme générique.

Drogman : traducteur ; s'emploie notamment pour désigner les traducteurs officiels des consulats et des institutions protégées.

faqīh : spécialiste de droit musulman.

fatwā : avis juridique émis par un mufti, spécialiste du droit musulman, sur un point de droit ; il se rapporte au cadre défini par l'école juridique (voir: *maḏhab*) à laquelle se rapporte le mufti.

fiqh : corpus de la jurisprudence musulmane.

Firman : décret du sultan ottoman.

ḥadīṯ : 1°) ensemble des propos du Prophète Muḥammad et de ses compagnons composant la tradition prophétique (*sunnah*), rapporté – initialement par la mémoire – et mis en contexte par des spécialistes de la transmission, eux-mêmes répertoriés en fonction de leur moralité et de leur fiabilité ; 2°) propos ou anecdote tirée de ce corpus, évalué en fonction de la fiabilité de la chaîne des transmetteurs (*isnād*).

ḥallāq : barbier, faisant le plus souvent office de chirurgien (par distinction avec le chirurgien

proprement dit, *jarrāḥ*).

hanéfite : désigne l'école juridique inspirée d'Abū Ḥanifah al-Nu‘mān b. T̲ābit (699-767 AD) ; l'école hanéfite est l'école de droit officielle de l'Empire ottoman (ce qui signifie que les juristes hanéfites occupent les principaux postes juridiques, mais aussi que les autres écoles juridiques, sans disparaître, sont appliquées par subsidiarité, comme recours alternatif ; certains de ces autres écoles sont localement dominantes).

ḥisbah / iḥtisāb : ces termes répondent initialement à l'injonction coranique d'enjoindre à faire le bien et d'interdire le blâmable ; en pratique, dans l'Empire ottoman, ils désignent le contrôle des marchés et de l'activité professionnelle.

ijāzah : attestation donnée par un maître à un disciple, selon laquelle ce dernier maîtrise bien un certain contenu de science. Il renvoie donc à un mode de transmission personnelle plutôt qu'institutionnelle (même si les diplômes d'une école d'enseignement supérieur ottomane comme la Süleymaniyé d'Istanbul sont nommés d'après ce terme – *ijāzatnāmah*).

Iradé : décret du gouvernement ottoman.

kaḥḥal : marchand et préparateur de khôl, ainsi qu'ophtalmologue.

liwā’ / mutaṣarrifiyyah / sanjak : second rang de circonscription administrative ottomane après la province (*vilayet* ou *wilāyah*) ; certaines de ces circonscriptions, désignées alors comme *mutaṣarrifiyyah*, se situent en dehors de l'organisation provinciale et sont autonomes, directement sous la tutelle du gouvernement ottoman.

maḏhab : école de droit juridique en islam ; quatre sont dominantes dans le sunnisme (écoles malékite, hanéfite, shafi‘ite et hanbalite) et une dans le chiisme (ja‘farite).

Maġribī : 1°) maghrébin ; 2°) praticien ambulant de la médecine arabe traditionnelle.

mecidiyye : monnaie ottomane frappée à partir du sultanat d'Abdülmecid (1839-1861).

mudīr : responsable administratif à l'échelle des *nāḥiyyah*-s.

muḥtasib : 1°) praticien de la *ḥisbah* en tant qu'injonction religieuse ; 2°) dans l'Empire ottoman, responsable de la surveillance des marchés et des professions.

mujabbir : osthéopathe traditionnel.

mutaṣarrif : gouverneur d'une *mutaṣarrifiyyah*.

nāḥiyyah : plus petite circonscription administrative ottomane, regroupant généralement quelques villages voisins.

Nation / *millet* : communauté confessionnelle non-musulmane dans l'Empire ottoman ; les *millet*-s disposent d'une autonomie sur le plan juridique, qui leur permet d'appliquer leurs propres codes légaux dans les affaires n'impliquant pas de musulman. Les individus ainsi se rattachent à un statut personnel propre à leur *millet*. Le terme s'étend aux ressortissants

étrangers qui peuvent se constituer en nation. Il implique en revanche que tout sujet ottoman soit rattaché à un *millet*. Les réformes ottomanes du dix-neuvième siècle stipulent l'égalité entre les sujets des différents *millet*-s, mais ce principe est conçu comme une égalité entre les communautés, non comme une égalité individuelle : ainsi le droit musulman reste la norme lors de litiges impliquant des sujets de statut personnel différent, notamment lorsque l'une des parties est un musulman. Si l'une des parties est protégée par les capitulations, l'affaire échappe à ce cadre juridique.
osmanlı : langue turque ottomane ; désigne notamment la langue administrative de l'Empire ottoman.

qā'imaqām : gouverneur de *qāḍā'*.

qāḍā' : circonscription administrative ottomane de troisième rang, intermédiaire entre le *liwā'* et les *nāḥiyyah*-s.

šayẖ : homme versé dans les sciences religieuses ; en islam, le terme englobe les muftis, les *faqīh*-s, les spécialistes du *ḥadīṯ* et les chefs de confrérie soufie.

shafi'ite : désigne une des quatre grandes écoles juridiques de l'islam sunnite.

ṣinf : un des termes employés pour désigner les guildes professionnelles et corps de métier.

Sublime Porte : le gouvernement ottoman, dirigé par le Grand vizir.

ṭā'ifah : 1°) terme employé pour désigner les guildes professionnelles et corps de métier ; 2°) communauté confessionnelle.

ta'ṣīb / *tajbīr* : osthéopathie traditionnelle.

takiyyah : fondation charitable musulmane, visant à porter assistance aux indigents, sous forme alimentaire et éventuellement médicale.

ṭarīqah : « voie » mystique ou méthode conduisant à la vérité dans le soufisme.

Ustā / *ustāḏ* [pluriel vernaculaire : *Ustawāt*] : terme d'origine persane [*ustād*], désignant un homme de savoir ou un enseignant ; la première de ces deux formes est l'abréviation vernaculaire du mot originel.

wālī : gouverneur de province (*vilayet / wilāyah*).

vilayet / *wilāyah* : premier niveau de circonscription administrative ottomane.

waqf : fondation pieuse inaliénable, désignant soit une institution à but caritatif, soit les biens économiques inclus dans ce cadre légal, et destinés à financer une telle institution à partir de leurs revenus.

Yichouv : communauté juive de Palestine avant 1948 ; on distingue le « vieux Yichouv », qui précède le sionisme, et le « nouveau Yichouv », qui renvoie à l'immigration sioniste.

Introduction : Le diplôme comme clé d'analyse d'un pluralisme médical

> « En effet les *savoirs* du XIXe siècle ne sont pas toujours des vérités scientifiques ni même des connaissances objectives; il s'y mêle, comme à d'autres époques, beaucoup d'illusions, de croyances et de modes; s'y intègrent naturellement d'authentiques savoir-faire, des technologies plus ou moins empiriques et souvent satisfaisantes, voire l'ascendant d'une force psychique. Et nous voici déjà du côté des *pouvoirs*, eux aussi au pluriel, puisqu'ils désignent, par exemple, des puissances sociales, des influences morales ou des autorités politiques. Le corps médical émarge sur les trois registres et y rencontre quantité de protagonistes. [...]
> Ainsi la médecine-science n'est jamais une spéculation isolable, elle est la médecine d'un contexte culturel. De même, la médecine-profession n'est jamais une réalité neutre, elle est la médecine d'un milieu socio-politique. Il ne s'agira pas de relater le dialogue entre l'homme de science et l'homme d'Etat : trop de partenaires les détournent de leur tête-à-tête. On ne s'enfermera pas non plus dans le huis-clos mythique de la science fondamentale et de la pratique médicale : trop de paramètres exercent sur ce couple des sollicitations latérales. »
>
> (Jacques Léonard, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, coll. « Historique », Paris, Aubier, 1981, pp. 7-8.)

Médecine, médecines, qu'est-ce à dire ? Vue de l'extérieur, voilà une diversité de savoirs, un florilège de remèdes et une foule de praticiens. C'est aussi un espace de conflit, de

camps affrontés, de monopoles et de méthodes alternatives. L'intuition de Jacques Léonard, lorsqu'il place son objet « entre les pouvoirs et les savoirs », est dans son emploi du pluriel, et on gagnerait également à parler des médecines, comme sciences et comme arts thérapeutiques. Cette multiplicité est déjà difficile à appréhender à l'intérieur d'un environnement culturel relativement homogène. Elle l'est plus encore lorsqu'on s'intéresse à l'époque coloniale et à l'ensemble des intéractions que suscite, dans les pays colonisés à proprement parler aussi bien que dans ceux où les nations impériales cherchent à insinuer puis asseoir leur influence, l'introduction de la médecine telle qu'elle se pratique en Occident.

Les conséquences de cette phase conquérante de ce que nous appellerons, par commodité et par imitation des usages de l'époque, la médecine occidentale, sont à longue portée, y compris dans des Etats capables de rester souverains face à l'expansion coloniale européenne, comme l'Empire ottoman. Elles engagent le pouvoir, dans sa dimension répressive ; mais pour être roi, on n'en est pas moins homme. Historiquement, la souffrance a une dimension politique, soit parce qu'elle vulnérabilise le prince, soit parce que le bien-être collectif de ses sujets est une assise de sa puissance : les médecins de cour et les mesures de santé publique sont des éléments bien distincts mais homogènes du dispositif qui produit la stabilité politique. C'est face à la douleur, dans l'effort pour la guérir, que se fait ou se défait le lien entre le pouvoir et la médecine qui, avec l'appui de l'Etat, devient légitime. Le pouvoir médical est tributaire du pouvoir politique, et c'est dans cette relation qu'il est en mesure de s'affirmer, à l'exclusion des autres savoirs et savoir-faire médicaux existants. De cette idée découle une relation entre médecine et pouvoir qui n'est pas réductible à un phénomène bureaucratique.

C'est pourtant quelque chose de cet ordre – bureaucratisation, institutionnalisation, centralisation – qui semble caractériser la médecine dans le contexte de l'Empire ottoman finissant mais encore plein d'élan réformiste. Dans ce contexte, la pratique médicale en « Terre sainte » se présente à la fois comme une version outrée des tendances générales observables dans le reste de l'Empire, et comme une situation à part. A partir des années 1870, elle connaît un premier décollage de la médecine occidentale, dont les ressorts sont multiples. Ils allient les enjeux politiques de pouvoir, les intérêts professionnels, les enthousiasmes religieux et le poids de l'imaginaire comme nulle part ailleurs, pour produire une remarquable concentration d'institutions, de praticiens et de personnels de santé. Pourquoi ? Il nous est rapidement apparu nécessaire de déplacer le questionnement, en resituant la médecine occidentale dans le champ médical local où elle vient s'insérer, pour réfléchir sur les outils et les hypothèses pertinentes pour aborder ce sujet. Le pluralisme médical devient alors une

donnée incontournable, quoique refoulée par le monopole de la légalité et de la légitimité thérapeutique que s'est acquise la médecine occidentale par les réformes médicales ou la domination coloniale.

Cette dimension de pouvoir est quelque peu gommée par les analyses qui campent, d'un côté la médecine arabe, de glorieuse mémoire mais d'humble présent, et de l'autre la médecine occidentale triomphante ou presque. Pour éviter cela, nous avons construit notre objet en choisissant comme outil analytique le diplôme de médecin délivré dans les écoles de médecine. La question de l'effectivité de l'introduction de la médecine occidentale est alors déplacée depuis les systèmes médicaux et thérapeutiques vers un terrain très politique, celui de la souveraineté : car c'est le propre d'un pouvoir souverain que de réglementer l'exercice d'une activité aussi importante pour l'Etat. Le diplôme, tel qu'il est délivré dans les facultés de médecine de l'Empire ottoman, constitue une clé pour comprendre comment, de l'affirmation d'un corpus de savoirs médicaux comme la médecine occidentale, contre un autre corpus qui lui est intimement lié, la médecine arabe, on passe à la mise en place des fondations d'une profession, au sens fort du terme, celui d'un groupe socioprofessionnel autonome et autorégulé. C'est, pensons-nous, parce que l'imposition du diplôme permet d'étendre le domaine d'autorité de l'Etat impérial, et partant sa souveraineté, que le gouvernement peut choisir d'agir dans le sens d'une professionnalisation de la médecine.

Le travail de collecte a constitué comme une mise en abyme du problème de souveraineté, en raison du terrain précis que nous nous étions donné : en explorant un terrain partitionné, découpé et redécoupé, il nous fallait nous familiariser avec les modalités de l'exercice de la souveraineté dans sa forme la plus contraignante et la plus minutieuse, et partant développer une compétence de passe-muraille, qui nous conduisait à nous sentir parfois en porte-à-faux avec notre objet. En effet, tout se passe comme si l'espace s'était élargi, démultiplié en *n* territoires là où nous devons deviner un pays naguère continu. De plus, l'état de belligérence depuis 1948 a façonné les esprits et les habitudes, qui placent le chercheur dans un champ de polarités idéologiques ennemies de l'équanimité que l'on peut légitimimement attendre de lui. Il y a là plus, pensons-nous, qu'une confrontation entre les inclinations militantes et les exigences scientifiques qui coexistent en nous, car le champ de la production en sciences humaines dans la région qui nous intéresse offre mille prises aux susceptibilités idéologiques, mille risques de se disqualifier. C'est dans ces difficultés politiques et émotionnelles que s'est construit notre rapport à un sujet dont nous vous proposons de cerner les enjeux théoriques en partant d'une anecdote, puis de découvrir les grandes étapes.

I – Prologue : des médecins et des hommes de pouvoir

L'anecdote remonte aux années de la Première guerre mondiale. Le témoin, le musicien et ingénieur civil hiérosolomytain Wāṣif Jawhariyyah, fait partie de l'entourage de Rüşen Bey, qui assure alors le commandement militaire de la place de Jérusalem. Ni l'un, ni l'autre n'ont d'opinions très marquées en matière médicale. Des mémoires de Jawhariyyah, il ressort que

> « Rüşen Bey habitait à Jérusalem dans la maison appartenant au *šayẖ* Maḥmūd al-Dajānī, laquelle était située à l'extérieur de la porte de Damas, sur le chemin qui mène au quartier al-Muṣrārah. [...] Il arriva que le cheval de race que montait Rüşen Bey s'emballa tout soudain aux abords de l'immeuble de la *Kāzhāne*, dans le quartier de Baq'ah à Jérusalem. Rüşen Bey se retrouva au sol avec les deux jambes froissées, et fut long à se relever. Sa hanche droite s'était déboîtée en haut de la cuisse et lui faisait mal. On le transporta à l'hôpital et il y resta 37 jours, soigné par les médecins turcs et allemands les plus habiles de l'armée, sans amélioration. Ils essayèrent de placer des attelles et d'autres moyens; mais c'était un accident dangereux et Rüşen Bey avait été projeté sur le dos, sa jambe droite avait été déplacée vers le haut ; il jurait tant et plus, avec du vin à son chevet, jusqu'au moment où il quitta l'hôpital et fut porté chez lui.
>
> Le *šayẖ* Maḥmūd vint le voir, lui exposa la médecine arabe, en l'occurrence le *tajbīr**[1] et lui parla du propriétaire des bains al-'Ayn à Jérusalem, feu Nu'mān Ġannām, dont il loua l'intelligence et les connaissances dans le domaine. Rüşen Bey devint comme fou et lui dit : « Amenez-moi cet homme. » Nu'mān se présenta et examina Rüşen Bey ; il lui dit : « Mais Monsieur, je ne suis pas médecin, et j'ai peur des reproches des médecins célèbres qui te connaissent » ; Rüşen Bey répondit : « Ne t'inquiète pas, et fais-moi ce que tu veux. » Ainsi, le père [al-'amm] Nu'mān réalisa alors son opération selon une méthode rare, qui provoqua l'étonnement des médecins turcs et allemands au sujet de la médecine arabe. C'est elle qui permit à Rüşen Bey de se tenir debout sur ses jambes en deux jours seulement. Voici le détail de l'opération :
>
> Nu'mān plaça le lit sur lequel était couché Rüşen Bey au centre de la pièce et attacha ses épaules à une corde. Il noua un bout de la corde à la poignée de la fenêtre placée derrière sa tête; puis il revint avec une autre corde qu'il attacha à la jambe gauche malade de Rüşen Bey. L'autre bout était noué à la poignée de l'autre fenêtre, qui faisait exactement face à la première. La corde attachée à la jambe était dédoublée, puis le père Nu'mān arriva avec son bâton, qui lui était spécifique (fait de jeune et lourd mahaleb) et qu'il introduisit entre les deux fils de la corde dédoublée, avant de commencer à la tourner (cela ressemblait à un bout de bois tel qu'on en plaçait habituellement dans les scies arabes, et de fait, cela avait la force d'une scie), jusqu'à ce que la jambe se retire lentement, très lentement, du lieu où elle était, sans que son propriétaire, Rüşen Bey, en ressente de la douleur, et les deux parties de l'articulation se placèrent exactement face à face, puis il déposa le bâton qu'il tenait dans sa main et détendit la corde et très vite, en un clin d'œil, l'articulation se remit parfaitement en place et fonctionna avec la hanche.
>
> Après quoi, le père Nu'mān, qui était de grande taille et de plus robuste constitution

1 Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans un glossaire à la fin du mémoire.

> que Rüşen Bey, aida ce dernier à se tenir sur ses jambes pour la première fois depuis une période de près de 40 jours. Enfin, il lui fit une onction d'huile chaude et, au bout de deux jours, Rüşen Bey était complètement remis et fit à Nu'mān un petit cadeau, que ce dernier refusa par la miséricorde de Dieu. Rüşen Bey ne put retenir [littéralement : couper] sa langue et se répandit en malédictions collectives contre les médecins turcs et allemands[2]. »

Plusieurs motifs se dégagent de cette anecdote du point de vue de la relation entre les médecines et les pouvoirs, mais le plus évident est l'idée qu'il y a dans l'Empire ottoman une médecine légitime, normative, globalement homogène, incarnée ici par les médecins turcs et allemands qui entourent Rüşen Bey. Le gouvernement ottoman a fait progressivement, entre la fin du dix-huitième et le milieu du dix-neuvième siècle, le choix de la médecine occidentale. L'unité du groupe des médecins allemands et turcs est le résultat de ce choix politique à long terme. Elle est assurée autant par leur célébrité que par la possession des mêmes savoirs, mais ils se trouvent placés dans une situation paradoxale, puisque leurs tentatives conjuguées ne produisent que le spectacle de leur incompétence.

C'est alors qu'intervient le deuxième motif, celui du *mujabbir** Nu'mān Ġannām, dont le métier est de remettre en place les articulations et les os à la façon de la médecine arabe traditionnelle. Loin d'être un savoir populaire dévalué, l'art qu'il déploie est très élaboré et fortement valorisé parmi les habitants du pays. L'opération effectuée par Ġannām, repose sur une instrumentation assez complexe pour lui donner le moyen de contrôler parfaitement la tension qu'il impose aux cordes et aux muscles. Toutefois, sa réaction première face aux solliciations de Rüşen Bey montre la position délicate dans laquelle il se trouve, lorsqu'il est amené à pratiquer sur un patient qu'il présume tout acquis à la médecine occidentale. Elle est à la mesure du risque qu'il court, si Rüşen Bey devait se retourner contre lui et l'accuser d'exercice illégal de la médecine.

La douleur amène ce dernier à tenter le tout pour le tout, et de fait, le troisième motif du texte est celui de la conversion du patient à une médecine capable de le soulager et de le guérir. La relation entre le médecin et le patient devient alors la boîte noire qui conditionne l'adhésion ou le rejet de telle ou telle médecine et de ses méthodes. La situation se retourne ici contre les praticiens de la médecine légitime, détenteurs de diplômes reconnus par l'Etat ottoman, puisque ces derniers, si réputés soient-ils, sont toujours sous la coupe politique de Rüşen Bey. Celui-ci, en déversant sa colère sur eux, jette le discrédit sur la médecine occidentale, même si celle-ci est la seule que l'administration impériale reconnaisse comme

2 Wāṣif Jawhariyyah, *Al-Quds al-'utmānī fī'l-mu<u>d</u>akkarāt al-jawhariyyah. Al-kitāb al-awwal min mu<u>d</u>akkarāt al-mūsīqī Wāṣif Jawhariyyah* [Jérusalem ottomane dans l'écrin des souvenirs. Premier volume des souvenirs du musicien Wāṣif Jawhariyyah], Ramallah, Institut d'Etudes de Jérusalem, 2003, pp. 248-249.

légale. Inversement, il réhabilite la médecine arabe traditionnelle, que plus d'une cinquantaine d'années de législation ont repoussé vers les arrière-boutiques et le genre de pratique clandestine à laquelle Ġannām se trouve réduit.

L'ensemble de l'anecdote constitue un commentaire sur l'idée de médecine alternative : il n'est de médecine légitime ou dominante qu'avec l'appui du pouvoir souverain de l'Etat. Pourtant, dans les instances supérieures de celui-ci, et jusqu'à sa tête, la médecine légitime à la fin du dix-neuvième et au début du vingtième siècle dans l'Empire ottoman, à savoir la médecine occidentale, n'emporte pas une pleine adhésion. Sous le règne du sultan Abdülhamid II, un ancien professeur de médecine ottoman écrit

> « [qu']il existe au Palais un laboratoire pharmaceutique, dont un vieil herboriste a la charge. Peu confiant dans certaines branches de la médecine moderne, le Souverain ne dédaigne pas d'y prendre part lui-même à la préparation de tisanes et d'extraits de plantes dont les vertus seraient toniques, ou même aphrodisiaques. Il s'en sert pour son propre usage, mais en fait aussi profiter les autres à l'occasion : son entourage, ses ministres – en ajoutant des indications de traitement à l'envoi des remèdes impérieux. Les applications de sangsues, les purgatifs, les saignées, les vomitifs constituent les principaux élément de cette thérapeutique impériale. Ses prescriptions ont d'ailleurs la valeur d'un Iradé*. Elles s'exécutent sous les yeux d'un chambellan, accompagné souvent d'un médecin particulier du Palais – et en quelque sorte avec le caractère d'une cérémonie religieuse par la dévotion dont les parents, les amis font preuve en exhortant le patient à s'en remettre à la sainteté efficace du sublime remède impérial[3]. »

L'auteur, dont le propos est de lamenter l'état peu développé de la médecine occidentale dans l'Empire ottoman, continue toutefois en rapportant les dysfonctionnements du système médical de son pays à des dérives bureaucratiques et clientélistes. De fait, l'Etat impérial est beaucoup plus unanime, au début du vingtième siècle, à promouvoir la médecine occidentale que ce passage ne le laisserait penser. L'attitude d'Abdülhamid II tient à la fois à une méfiance culturelle à l'égard de l'Europe, et à un souci politique de la conservation de soi qui le rapproche de l'antique roi Mithridate : après sa prise de pouvoir, le sultan-calife est devenu maladivement anxieux pour sa sécurité personnelle[4]. Au reste, il joue tout au long de son règne un rôle capital, sur le plan de la décision politique, pour la formation en masse de médecins ottomans sur modèle européen. L'écart est grand entre ce que le souverain souhaite pour lui-même et ce qu'il retient comme norme étatique.

On pourrait aborder la lente victoire de la médecine occidentale dans le monde ottoman par divers biais. Nancy Gallagher a étudié la Tunisie de l'époque des beys aux débuts du protectorat français, et plus précisément le retournement qui place les médecins européens en position dominante, et les praticiens de la médecine arabe en situation marginale;

3 Abdül-Hakim Hikmet, « La médecine en Turquie », in *Revue du Monde musulman*, 1907, t. 3, p. 41.
4 François Georgeon, *Abdulhamid II le sultan calife*, Paris, Fayard, 2003, p. 96 & pp. 159-164.

l'instrument principal de la transformation est, selon elle, l'épidémiologie[5]. De son côté, Robert Blecher s'est inspiré de l'usage que Michel Foucault fait des concepts de territoire et de discipline pour expliquer comment la médecine occidentale s'est imposée dans la Syrie ottomane et surtout mandataire, en donnant à l'Etat les moyens d'étendre son autorité et ainsi l'exercice réel de sa souveraineté, et en suscitant de nouvelles coalitions d'intérêts économiques autour de la profession médicale[6].

L'histoire que nous voulons raconter ici est autre. Elle voit l'émergence d'un titre académique, comme clé d'analyse de l'introduction difficile et néanmoins conquérante de la médecine occidentale. De nos jours, il est de bon ton de s'adresser à un diplômé de l'enseignement supérieur – ingénieur, architecte, avocat, ou bien sûr médecin – en disant « Yā Duktūr », ou plutôt, phonétiquement « Ya Doktor », comme s'il s'agissait d'un ronflant titre venant d'une université allemande. La coutume, qui dénote un rapport particulier à l'autorité, a ses origines dans le Levant du dix-neuvième siècle; mais il y a plus ici que la force d'une habitude. Les enjeux du titre sont multiples, allant de la reconnaissance du diplôme à l'image et à la culture du diplômé; sur le plan médical, ils engagent en outre la question des rapports entre science arabe et science occidentale. Toutefois, comme chez Gallagher et chez Blecher, notre étude est saturée de pouvoirs – celui de l'Etat et celui des groupes de praticiens qui aspirent à devenir profession, celui d'édicter les normes et celui de réprimer en leur nom, celui de faire courber l'échine et celui de l'influence – mais il ne s'agit pas de pouvoirs omniprésents, fondés sur l'exercice ostensible de la contrainte. Il y a même quelque chose d'anarchique dans les effets de la concurrence entre toutes les instances de pouvoir que nous allons rencontrer; et ceci a à voir avec le terrain de l'étude : le Levant des Echelles et des capitulations qui multiplient les passe-droit et les extraterritorialités, mieux encore, la « Terre sainte ».

II – Objet en construction : des médecines en « Terre sainte »

Nous avons été confronté, au moment de construire notre objet, à la nécessité de

5 Nancy Elizabeth Gallagher, *Medicine and power in Tunisia, 1780-1900*, Cambridge / New York / New Rochelle / Melbourne / Sidney, Cambridge University Press, 1983, p. 1.

6 Robert Ian Blecher, *The Medicalization of sovereignty : medicine, public health, and political authority in Syria, 1861-1936*, Th. : Histoire : Stanford University : 06/2002, pp. 2-5.

mettre en adéquation un questionnement spécifique de l'aire culturelle étudiée et un autre propre à l'histoire de la médecine : d'un côté, nous devions tenir compte d'une histoire locale en marge de la colonisation jusqu'en 1918 ; de l'autre, notre objet nous amenait dans le voisinage de la médecine coloniale, à travers les formes de la pratique médicale et les réactions d'inspiration anticolonialiste aux fondations d'institutions médicales occidentales. Comme le dit Laurence Monnais-Rousselot, le croisement des deux dimensions tend à être négligé par

> « les histoires globales de la médecine coloniale [qui] oublient systématiquement de s'exercer à la monographie, faisant de son intrusion en territoire dominé une ingérence type, aux résultats symétriques sans lien avec le pays receveur[7]. »

Il en découle notamment, ajoute-t-elle, une tendance historiographique à négliger le facteur temps[8], alors que cette notion est éminemment problématique dans l'histoire de la médecine. De plus, en raison de la distance entre métropole et outre-mer, qui tend surtout à entraver les possibilités de contrôle administratif direct par l'Etat central, le temps constitue une donnant structurante et trop souvent négligée de la gouvernance coloniale. Les phénomènes morbides, entre prévalence saisonnière, endémicité et explosions épidémiques, cycles de la maladie et histoire de la pathologie, n'ont pas la même temporalité que les carrières médicales, malgré les nécessaires efforts que doivent consentir les praticiens pour actualiser leurs savoirs. *A fortiori*, ils s'inscrivent dans un ordre temporel différent de celui, plus général, des décisions humaines, qu'elles soient individuelles, ou bien collectives à travers les institutions.

Il faut donc appliquer une double échelle des temps – temps personnel des actions humaines, temps naturel des phénomènes épidémiques et parasitaires. Une observation similaire vaut de l'ordre des espaces. Les hommes du dix-neuvième siècle se sont efforcés de circonscrire les catégories d'information spatiales et humaiens nécessaires pour penser la géographie médicale, en associant aux données de la vie sociale et politique celles de la topographie et de la climatologie. Avec le développement des sciences biomédicales, les observations microbiologiques, la répartition des foyers épidémiques, des sentiers de contagion et des zones de prévalence, il apparaît que les maladies suivent des logiques qui, sans être étrangères aux faits humains, sont irréductibles à ce faisceau de facteurs[9].

En partant de la médecine plutôt que de la maladie, nous pouvons plus aisément nous

7 Laurence Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise 1860-1939*, Paris, CNRS Editions, 1999, p. 11.

8 *Ibid.*, p. 13.

9 Pour notre aire géographique, cf notamment : Liétard, article « Syrie » in A. Dechambre, L. Lereboullet, & L. Hahn (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, 18 t., Paris, G. Masson, 1874-1885, t. 14, pp. 693-758.

rattacher à une historicité et à une géographie humaines, mais sans pouvoir faire abstraction du rapport à la maladie, qui oriente les recherches scientifiques des médecins et les amène à pondérer les espaces en fonction de leur dangerosité sanitaire. Ainsi, les récurrences du choléra rythment les reconfigurations des paradigmes de la santé publique et provoquent la mobilisation des bactériologistes ; la « Terre sainte » est l'objet de l'attention des médecins du fait de l'endémicité de la malaria et des maladies infectieuses attaquant les yeux, mais aussi en raison de sa place le long des routes des épidémies, aux abords du canal de Suez et sur l'une des deux routes du pèlerinage de La Mecque.

Voilà du moins la logique que produit le raisonnement médical. En pratique, l'intérêt que suscite la région chez les médecins occidentaux est bien supérieur à sa dangerosité sanitaire propre, ou à sa situation comme étape sur les routes de la contagion. C'est ailleurs qu'il faut chercher les raisons primordiales de l'importance particulière accordée à la « Terre sainte » sur le plan médical. Telle qu'elle se dessine dans la documentation, l'introduction de la médecine occidentale est à la fois affaire d'imaginaire, de politique, de résistance culturelle, de formation et d'intérêts professionnels.

A – Découpages

1 – Une « Terre sainte » inventée avec les moyens de la bienfaisance

Le Levant, tout spécialement dans sa partie méridionale, est l'objet d'un activisme médical *sui generis* au dix-neuvième siècle. Ainsi que l'ont montré les quelques études consacrées aux hôpitaux fondés dans le pays à partir des années 1840[10], certaines des puissances occidentales consentent des investissements massifs et croissants avec les années pour entretenir, principalement à Jérusalem, des centres de soin de taille variable, dont la direction médicale est assurée par des médecins occidentaux ou formés à l'occidentale en faculté, de préférence dans les écoles de médecine étrangères de Beyrouth. On compte en 1914 plus d'une trentaine d'hôpitaux sur les deux rives du Jourdain, sur une région dont la zone habitée est d'une surface comparable à la Bretagne. Politique d'influence, piété topique,

10 Cf Norbert Schwake, *Die Entwicklung des Krankenhauswesens der Stadt Jerusalem vom Begin des 19. bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts*, 2 Vol., Herzogenrath, Verlag Murken-Altrogge, 1983 ; Samuel S. Kottek & Manfred Waserman (éds.), *Health and disease in the Holy Land. Studies in the history and sociology of medicine from ancient times to the present*, The Edwin Mellen Press, Lewiston / Queenston / Lampeter, 1996 ; Shmuel Nissan, « History of medicine in the Holy Land during the 19th century, 1842-1914 », in *Israel Journal of Medical Sciences*, 07/1996, vol. n°32, n°7.

volonté missionnaire, finalité idéologique dans le cas du sionisme, peur de se laisser distancer par la nation voisine, et même un authentique intérêt humanitaire pour la santé des peuples de la région, tout un éventail de motivations et, pour l'essentiel, d'intérêts bien compris produisent cette situation de bienfaisance médicale proliférante. Il n'existe pas à la même époque, à notre connaissance, de situation comparable par l'intensité des investissements, y compris dans des régions d'activité missionnaire plus intense comme la montagne libanaise. Aussi faut-il rajouter à toutes les motivations précitées, une autre source d'inspiration : l'imaginaire de la « Terre sainte ».

En disant « Terre sainte », de quoi parlons-nous ? Au vrai, c'est une question rebattue dans le monde des études sur le Proche-Orient. Il ne s'agit souvent que d'un cache-misère pour une région du monde où l'on manque d'une terminologie qui fasse l'unanimité parmi les chercheurs. Les trois structures territoriales actuelles – une pauvreté verbale pour cacher une situation irrésolue du point de vue du droit international, laquelle, plongée dans les limbes de l'ambiguïté constructive, interdit de parler de trois Etats – qui sont les successeurs de l'Empire ottoman, la Jordanie, Israël et la Palestine, revendiquent toutes le statut de « Terre sainte ». Cette dimension est partie intégrante de leur construction nationale et de leur imaginaire patrimonial[11]. Toutefois, au dix-neuvième siècle et jusqu'en 1918, il s'agit d'espaces dénués de territorialité administrative spécifique, répartis entre des juridictions dessinées au gré des circonstances politiques et des réformes voulues par Istanbul. Toute la région fait partie depuis le début du seizième siècle de l'Empire ottoman, tout comme l'Egypte, virtuellement indépendante depuis 1831, et toutes les régions situées au nord, à l'est et au sud.

En parlant de « territorialité administrative », nous commettons sans doute une redondance aux yeux de certains puristes; nous ne savons comment dire les choses autrement dans une région qui connaît plusieurs redécoupages en un siècle. A partir de 1864, l'Etat ottoman est composé de provinces (*wilāyah**en arabe, *vilayet** en turc), elles-mêmes subdivisées en *liwā'*-s* ou *sanjak*-s*, ou bien encore *mutaṣarrifiyyah*-s* (les trois termes recouvrent le même échelon administratif); certaines *mutaṣarrifiyyah*-s sont autonomes du découpage provincial, et dépendent directement du gouvernement impérial : c'est notamment le cas de celui de Jérusalem à partir de 1872[12]. Aux échelons juridictionnels encore inférieurs, on trouve le *qāḍā'*,* puis la *nāḥiyyah**, à l'échelle du bourg ou du regroupement de quelques villages. Jusqu'en 1888, à l'exception de la montagne libanaise et de la région de Jérusalem, qui englobe la moitié sud de la Palestine mandataire, l'essentiel de la Grande Syrie ou Bilād

11 Irène Maffi, *Pratiques du patrimoine et politiques de la mémoire en Jordanie. Entre histoire dynastique et récits* communautaires, coll. « Anthropologie – Terrains », Lausanne, Editions Payot, 2004, pp. 115-119.

12 Jens Hanssen, *Fin de siècle Beirut. The making of an Ottoman provincial capital*, Oxford, Clarendon Press, 2005, p. 45.

al-Šām est constituée par la province de Damas. Après cette date, les régions de Naplouse et d'Acre sont unies à celles de Tyr, de Saïda, de Tripoli et de Lattakié, ainsi qu'au petit territoire de la municipalité de Beyrouth, pour former une province en triptyque dont cette dernière ville devient le chef-lieu; les régions à l'est du Jourdain continuent, en revanche, à dépendre de Damas. A partir de 1915 et jusqu'à la fin de la Première guerre mondiale, toutes ces régions administratives sont fondues dans un seul ensemble. L'ensemble de ces régions sont, au moins jusqu'au début des années 1910, fondamentalement loyales à la dynastie des sultans ottomans et au gouvernement central, mais la présence occidentale est tout spécialement visible dans la région de Jérusalem. L'autonomie administrative que l'Etat ottoman donne à cette région est pour partie une façon de tenir compte de l'intérêt des Occidentaux à la « Terre sainte », qui s'exprime par leurs fondations de bienfaisance, et un moyen pour intervenir directement et bloquer les ingérences étrangères.

Peu d'auteurs se sont aventurés à couler rigoureusement leurs objets d'études dans ces limites géographiques. Nous n'en connaissons pas sur la *mutaṣarrifiyyah* de Jérusalem; sur la province de Beyrouth, l'ouvrage le plus célèbre est un travail d'enquête mené par deux notables, l'un de Naplouse et l'autre de Beyrouth, Rafīq al-Tamīmī et Muḥammad Bahjat. Toutefois, leur travail se révèle être un livre d'histoire plutôt qu'un outil en vue d'une réforme, car avant même sa publication en 1917, la province de Beyrouth a déjà été fondue dans la nouvelle province de Damas[13]. Un historien libanais a récemment choisi, lui aussi, de consacrer son étude à un vaste tableau économique et politique de cette province, mais l'exemple est isolé[14]. La préférence de la majorité des thèses et travaux récents que nous pu consulter va généralement vers l'étude d'unités administratives inférieures à la province[15]. Eu égard à notre objet, qui est médical et englobe notamment l'épidémiologie, les notions de cordon sanitaire, d'épidémie, de transmission terrestre, qui font partie des grands thèmes médicaux de la région, interdisent de s'attacher à un territoire trop morcelé. Il importe de définir un terrain compact sur le plan spatial, à la manière des Etats mandataires.

Le fait est, cependant, qu'une suspicion s'attache aux études qui répudient le découpage administratif ottoman, généralement au profit d'anachronismes comme la Palestine mandataire, et le Liban mandataire aussi bien[16]; soupçon d'être, selon la nationalité,

13 Muḥammad Bahjat & Rafīq al-Tamīmī, *Wilāyat Bayrūt* [La province de Beyrouth], 2 Vol., Beyrouth, Imprimerie Al-Iqbāl, 1335 AH / 1917 AD.

14 Ilyās Jarīj, *Wilāyat Bayrūt 1887-1914. Al-tārīḫ al-siyāsī wa'l-iqtiṣādī* [La province de Beyrouth, 1887-1914. Histoire politique et économique], Beyrouth, Imprimerie ʻAkkār, 2005.

15 Citons notamment : Zuhayr Ġunāym, *Liwā' 'Akkā fī 'ahd al-Tanẓīmāt al-'uṯmāniyyah 1281-1337 hijrī / 1864-1918 milādī* [Le district d'Acre au temps des réformes ottomanes, 1281-1337 AH / 1864-1918 AD], Beyrouth, Institute for Palestine Studies, 1999.

16 Cf par exemple Adel Ismaïl, *Documents diplomatiques et consulaires relatifs à l'histoire du Liban et des pays du Proche-Orient du XVIIe siècle à nos jours*, 34 Vol., Beyrouth, Editions des Oeuvres politiques et

colonisateur ou colonisé dans l'âme, et de reprendre les découpages du début des années 1920 comme s'il s'agissait d'une vérité géographique intemporelle. Certains auteurs, comme Alexander Schölch, s'en défendent avec habileté[17]. Pour autant que l'historien est amené à se poser des questions rétrospectives, comme celle des facteurs et du moment du décollage économique de la région pour cet auteur, on ne voit guère comment il serait possible de procéder autrement.

Toutefois, on peut concevoir d'autres approches de l'espace que celles des institutions, et les historiens du Proche-Orient ne s'en sont pas privés. Au découpage juridictionnel en unités territoriales, Beshara Doumani, dans son étude sur Naplouse et son arrière-pays, a proposé de substituer une géographie des pays, au sens que l'on donne au mot dans l'école de Vidal de la Blache : un espace aux contours imprécis, dont la cohérence tient à l'inscription des activités dans une proximité interpersonnelle et à un certain type de paysage[18].

De quelque manière que nous construisions notre objet, il nous apparaissait cependant que ces différents systèmes spatiaux ne nous avançaient guère. Ni le découpage ottoman, ni celui des Etats mandataires ne sont le lieu de politiques volontaristes spécifiques expliquant l'explosion du nombre de diplômé dans les décennies précédant l'occupation britannique. Quant aux différents pays de la « Terre sainte », ils ne correspondent pas à l'espace de mobilité des médecins, souvent itinérants et capables de parcourir d'assez grandes distances pour aller prodiguer leurs soins. De la même manière, les praticiens nous disent que l'origine de la patientèle se distribue sur une région vaste, et il n'est pas rare de voir des malades arriver à Jérusalem en provenance qui de Damas, qui d'Acre, qui de l'est du Jourdain. On verra avec un certain luxe de détail au chapitre 6 que les acteurs qui encouragent la masse des effectifs médicaux à venir s'installer en « Terre sainte », en particulier en fondant des hôpitaux et en créant ainsi du travail, ont leurs propres conceptions géographiques, à l'intérieur desquelles ils conçoivent leur action. Cette idée, c'est à peu près la Jordanie, la Palestine et Israël d'aujourd'hui, ou bien dans les territorialités de l'époque, les *sanjak*-s de Jérusalem, de Naplouse, d'Acre, de Ma‘an et du Hauran, toujours à quelque chose près car le modèle des cartes n'est pas au ministère de l'Intérieur du Sultan, mais dans la Bible. Nous pourrions parler toujours de « Terre sainte », mais ce serait nous résigner au vocabulaire des futurs colonisateurs. En lieu et place, nous préférons parler du sud du Bilād al-Šām, une expression qui ne décrit pas une région à part et qui n'a pas cours à l'époque, mais qui s'insère dans une spatialité dont les habitants de la région sont familiers; nous nous réservons cependant

historiques, 1975-1982, *passim*.

17 Alexander Schölch, *Palästina in Umbruch 1856-1882*, Wiesbaden, Franz Steiner Verlag, 1986, *passim*.

18 Beshara Doumani, *Rediscovering Palestine. Peasants and merchants in Jabal Nablus, 1700-1900*, Berkeley / Los Angeles / Londres, University of California Press, 1995, *passim*.

d'utiliser l'expression « Terre sainte » lorsque son contenu géographique est rapporté à la sacralité des lieux. De même, nous parlons de Palestine là où l'emploi du mot s'impose par les usages qu'en font les acteurs : les usages et le vocabulaire sioniste de la fin du dix-neuvième siècle avaient consacré en français, à cette époque, l'expression de colonisation juive de la Palestine, et nous la reprendrons par conséquent. Le choix de l'espace désigné par ces différents termes correspond également à des usages, cette fois-ci dans l'ordre des voyages, des migrations et des échanges. Même après la séparation de la province de Beyrouth d'avec celle de Damas, ceux-ci sont notables entre les deux rives du Jourdain, et nous ne voyons donc pas pourquoi ni comment les séparer.

Le sud du Bilād al-Šām présente également l'avantage d'être à l'écart des facultés de médecine de l'époque, situées à Istanbul, Le Caire, Beyrouth et Damas. Notre choix neutralise ainsi l'ingérence des centres de formation dans l'application des normes de la médecine. Qu'advient-il de la promotion de la médecine occidentale lorsqu'on s'écarte des principaux centres de la croissance économique et de l'activité intellectuelle de l'Empire ?

2 – Périodisation : le temps des nations, des réformes et de la biomédecine

En distinguant les années 1871-1918 pour cette étude, nous avons fait deux choix. Le premier était le refus d'une périodisation imprécise, qui nous eût empêché de mener une analyse quantitative rigoureuse, sauf à réintroduire des dates-butoirs en cours d'analyse. La seconde décision était de répudier plusieurs bornes chronologiques alternatives, qui sans doute eussent également fait sens dans le contexte ottoman. La période 1871-1918 semble être un décalque de l'histoire diplomatique européenne, mais, ainsi qu'on va le voir, les articulations choisies relèvent d'un ordre de faits homogènes à l'ordre de la pratique médicale.

1871 est l'année de deux décisions significatives du point de vue de la médecine ottomane : la publication du règlement sur la médecine municipale, qui vise à encourager la dissémination jusque dans les bourgades municipalisées de l'Empire des médecins diplômés, et la délivrance des premiers diplômes de médecine dans le monde syrien, par le Département Médicale du Syrian Protestant College (SPC), la faculté que les missionnaires américains ont ouvert à Beyrouth. L'existence d'une formation locale produisant des médecins diplômés et l'ouverture de fonctions institutionnelles à ces derniers, si tant est qu'ils réussissent à faire valider leurs titres, constituent ensemble un tournant en direction de la constitution d'une profession médicale sur modèle occidental dans les provinces arabes de l'Empire, puisqu'elle

est conçue pour des étudiants arabophones.

1918 constitue certes la fin de la présence ottomane dans la région, et l'origine d'une vaste recomposition des possibilités d'exercer la médecine dans la région, avec la constitution d'un droit médical différent dans chaque Etat mandataire. Toutefois, avant même l'armistice entre l'Entente et l'Empire ottoman, les Britanniques adoptent en mai de cette année une ordonnance de santé publique sur l'obligation, faite aux médecins de la zone passée sous leur contrôle, d'obtenir un permis pour pratiquer. On change ainsi de norme mains non pas de modèle de contrôle de l'exercice de la médecine ; le changement est dans l'échelle géographique. Entre ces deux dates, les médecins diplômés sont devenus beaucoup plus nombreux et plus disséminés dans le sud du Bilād al-Šām.

Par ce choix de périodisation, nous avons évacué deux bornes alternatives principales. La première est 1861, année de la publication du règlement sur l'exercice de la médecine qui reste en vigueur jusqu'à la fin de la présence ottomane. Si nous avons repoussé cette date, c'est en considération du terrain étudié : jusqu'au début des années 1870, la médecine occidentale y est surtout représentée par des dispensaires et des hôpitaux missionnaires, ouverts depuis les années 1840, pour l'essentiel dans les villes des principaux lieux saints chrétiens. Avec la guerre de 1871, qui a des conséquences immédiates sur l'implication des différentes puissances européennes dans la région[19], la concurrence entre nations occidentales s'intensifie brusquement dans le domaine médical : le développement des institutions médicales bénéficie alors de la puissance d'intervention bien supérieure que possèdent les Etats par rapport à la bienfaisance privée. Cela signifie autant d'emplois en plus, et un appel d'air qui conduit à la croissance accélérée des effectifs médicaux diplômés. Lorsqu'on considère les acteurs de l'activisme occidental dans la région, notamment dans le domaine médical, on voit nettement, à cette date, le passage du temps des missions au temps des nations; et c'est dans la seconde période que la médecine occidentale prend son essor.

Ce mouvement de croissance est stoppé par l'expulsion des médecins et du personnel de santé ressortissant des pays de l'Entente, en 1914. Là encore, nous avons préféré une date moins évidente, alors que, nous le montrons au chapitre 6, les effectifs de la médecine civile régressent pendant la Première guerre mondiale. En premier lieu, le départ d'un certain nombre de médecins civils ne signifie pas un recul de la médecine occidentale : la présence de médecins militaires est massive dans le sud du Bilād al-Šām, qui est zone de front. Du reste, leur activité, des deux côtés du front, contribue à inscrire le type de médecine qu'ils pratiquent

19 Schwake, *Op. cit.*, *passim*; cf également, du même, « The Austrian Hospital in Nazareth », in Marian Wrba (éd.), *Austrian presence in the Holy Land in the 19th and early 20th century. Proceedings of the symposium in the Austrian Hospice in Jerusalem on March 1-2, 1995*, Tel Aviv, Ambassade d'Autriche à Tel Aviv, 1996, p. 83.

dans les habitudes : on le voit de façon paradoxale dans l'anecdote de Rüşen Bey. C'est d'autant plus vrai que la période est marquée par l'affaiblissement de la population locale du point de vue de la santé publique, en raison d'une conjonction de facteurs, au premier rang desquels les privations alimentaires. L'apparition d'épidémies et le risque qu'elles se diffusent de la population civile vers la troupe donne un surcroît de pouvoirs d'urgence aux médecins. Il n'y a de retour à un ordre sanitaire normal, par rapport à l'avant-guerre, qu'avec l'occupation britannique. Si donc nous omettions de traiter de la Première guerre mondiale, nous passerions à côté d'une étape importante de la promotion de la médecine occidentale par les autorités ottomanes.

L'importance de ce questionnement ne tient pas tant au choix ici de retrancher dix années au cadre de l'étude, là de lui ajouter quatre ans de durée. L'enjeu réel est le rapport à la période qui suit immédiatement la fin de la présence ottomane. Le parti-pris de cette étude est de montrer qu'une transformation significative de la pratique médicale est à l'oeuvre avant que les Etats mandataires n'aboutissent à la conformation pure et simple des politiques de santé publique à des modèles et à des intérêts européens, et à la constitution d'un réseau très étoffé de services médicaux sur une base communautaire par le mouvement sioniste. A partir de là, il y a risque de perdre de vue, rétrospectivement, le moment fondateur dans la formation de la profession et des institutions médicales qui constitue l'embryon du système de soin propre aux Palestiniens jusqu'à aujourd'hui : un certain nombre des hôpitaux que nous allons étudier sont encore en fonctionnement, et constituent parfois des centres de soin réputés. L'évolution divergente des services médicaux à la disposition des populations arabe et juive de la région, à l'époque mandataire et jusqu'à aujourd'hui, trouve également son origine dans les dernières décennies ottomanes, dans la réaction commune, souvent mitigée à l'égard de la médecine occidentale que pratiquent les médecins diplômés. Les formes de résistance culturelle à l'activité de ces derniers ne sont pas le résultat de la politique coloniale de l'époque mandataire, ni de la colonisation sioniste (il semble bien au contraire que la médecine fasse exception à la forte ségrégation entre les deux communautés de Palestine avant 1948), mais d'un contexte politique impérial présent dès le dix-neuvième siècle, et des difficultés culturelles et relationnelles posées par les normes de la médecine occidentale. Il faut pousser notre étude jusqu'au bout de la présence ottomane, afin de pouvoir illustrer les continuités et les ruptures qui caractérisent la politique de la santé du gouvernement mandataire, déjà bien analysée par quelques chercheurs, Sandra Sufian notamment[20].

20 Sandra M. Sufian, *Healing the land and the nation. Malaria and the Zionist project in Mandatory Palestine, 1920-1947*, Th. : Histoire : New York University, mai 1999.

B – Jeu d'hypothèses

Notre projet initial avait été inspiré par le fait statistique brut de la croissance en effectifs de la médecine occidentale. Une telle approche supposait de rapporter cette augmentation aux objectifs de santé publique de l'Etat ottoman, et de voir les effets politiques de la quasi-mainmise des sociétés philanthropiques sur l'action publique en la matière, ce qui reposait sur plusieurs impensés. Le moindre n'était pas de savoir comment l'Etat ottoman, engagé dans une politique de médicalisation, trouverait le personnel soignant requis pour ouvrir une kyrielle de dispensaires et d'hôpitaux, et tiendrait la dragée haute aux missionnaires étrangers. Surtout, une telle approche supposait une confiance automatique et définitive de la patientèle envers les médecins agréés par l'administration médicale centrale, ou à tout le moins une démonstration d'efficacité thérapeutique susceptible de produire la conversion désirée des esprits. Il est bien vite apparu que ces conditions n'étaient pas réunies, et que tous, gouvernement, missionnaires et praticiens de toutes obédiences devaient composer avec une médecine autochtone qui non seulement était bien ancrée, mais n'était pas ternie par le soupçon d'intentions politiques coloniales ou centralisatrices. Aussi avons-nous recentré notre recherche sur le pluralisme médical.

En partant d'une réflexion sur les pratiques propres aux différentes médecines, nous nous sommes aperçu que celles-ci étaient généralement énoncées, et le cas échéant mises en forme académique, par des Occidentaux férus d'ethnographie mais ralliés au point de vue de la faculté sur les besoins médicaux de la région, ou par des médecins diplômés, tant européens qu'autochtones. Ce type de perception est folkloriste parce que soucieux, dans sa forme même, de compiler pour conserver une trace des us et coutumes du cru, perçus comme résiduels. Il imprègne aussi bien le discours des profanes, natifs du pays, qui intègrent souvent des motifs touchant à la médecine et notamment aux médecines populaires dans leurs souvenirs. De tout cela, il ressort un tableau saisissant, plus ou moins vivant selon le talent de plume, qui donne un particularisme local évident aux pratiques autochtones de la médecine, ce qui justifie la critique que Rita Giacaman, chercheuse au centre de santé publique de l'Université de Birzeit, adresse à Sohair Morsy, spécialiste égyptienne d'anthropologie médicale : celle-ci unifie abusivement les pratiques des médecines autochtones de l'ensemble du monde arabo-musulman[21]. L'unité culturelle de l'ensemble de ces médecines, dérivée des mêmes sources savantes et religieuses, avait déjà frappé les hommes de la période que nous

21 Rita Giacaman, *Life and health in three Palestinian villages*, Londres / Atlantic Highlands, Ithaca Press, 1988, p. 142.

étudions : dans son introduction à l'ouvrage fondateur que le Dr Tawfīq Canaan consacre aux médecines populaires de « Terre sainte » en 1914, C.H. Becker regrette que ce dernier n'ait pas eu connaissance de l'ouvrage d'Edmond Doutté, *Magie et religion en Afrique du Nord*[22], qu'il qualifie déjà, quelques années à peine après sa parution, de « classique » ; il s'en félicite néanmoins au bout du compte, en remarquant que c'est une confirmation, par l'autonomie des recherches, de la thèse de l'unité foncière des inspirations médicales, du Maroc au Proche-Orient[23]. L'abondance de la documentation accumulée depuis lors permet cependant de faire ressortir des particularités régionales ainsi que des spécialisations locales dont la prise en considération est nécessaire pour mettre en relief les ressorts sociologiques de la pratique des différentes médecines et du choix des patients.

C'est cette considération qui nous a conduit à changer l'approche avec laquelle nous avons traité la variété des pratiques médicales. Nous pensions initialement les étudier pour elles-mêmes dans un esprit de comparaison. Il apparaît plus pertinent de les aborder comme partie intégrante d'un champ médical, avec ses confrontations d'intérêts affectés notamment par les modalités de la concurrence dans ce secteur, ses polarités et ses lignes de conflit autour de sujets tel que les objectifs sioniste, missionnaires ou secrètement colonialistes des institutions qui embauchent les médecins, etc. Notre objectif est ainsi devenu d'étudier les changements de configuration du champ médical résultés d'un changement des règles du jeu, en l'espèce d'une nouveauté dans l'exercice de la médecine : le diplôme, obligatoire depuis 1861 dans l'Empire ottoman, et rendu beaucoup plus accessible pour les candidats originaires des provinces arabes par l'ouverture de la faculté américaine de Beyrouth. Le règlement de 1861, qui rend obligatoire la possession d'un diplôme de type doctoral pour exercer la médecine ou, à défaut et à titre temporaire, d'un permis des autorités médicales du pays, transforme le droit médical en délimitant la légitimité professionnelle selon un critère nouveau. Nous avons ainsi trouvé dans le diplôme non seulement une clé d'entrée dans la formation, et donc dans la connaissance scientifique des médecins de l'Empire ottoman, mais également un possible principe structurant du champ médical.

Le règlement crée, quasi-mécaniquement, les conditions de l'expansion des écoles de médecine dans le pays, mais son effectivité sur le terrain, sous la forme d'une reconnaissance de la valeur des titres médicaux par la patientèle, n'est pas une conséquence immédiate; ou du moins, il n'y a pas de transfert massif des malades depuis les échoppes des praticiens de la médecine arabe traditionnelle vers les salles d'attente des dispensaires et des hôpitaux.

22 Edmond Doutté, *Magie et religion en Afrique du Nord*, Paris, J. Maisonneuve / P. Geuthner, 1984 (*reprint*, 1ère édition : 1908), *passim*.

23 Tawfīq Canaan, *Aberglaube und Volksmedizin im Lande der Bibel*, coll. « Abhandlungen des Hamburgischen Kolonialinstituts », Hambourg, L. Friederichsen & Co., 1914, pp. V-VI.

Cette considération sur l'effet mitigé de la norme médicale nouvelle nous a aidé à formuler l'hypothèse vers la démonstration de laquelle a tendu notre travail ; à savoir, que le diplôme exigé par le règlement de 1861 a donné au groupe des médecins une communauté fondamentale d'intérêt sur le marché médical, et a constitué la base d'une évolution vers une profession médicale pleinement établie dans ses prérogatives, comme celle que Eliot Freidson a analysé dans les Etats-Unis des années 1950-1960[24]. Toutefois, le processus de professionnalisation n'est possible que parce qu'il contribue à étendre, du même coup, l'autorité de l'Etat ; il est balbutiant en 1918. Comme dans le cas de la profession médicale égyptienne, étudié par Sylvia Chiffoleau, le rôle de l'Etat se révèle déterminant dans le processus qui produit un monopole national de l'exercice de la médecine puis une autonomie professionnelle, et amène les praticiens de la médecine occidentale à revendiquer une autonomie de pratique[25]. En « Terre sainte » comme en Egypte, les médecins sortis des écoles de médecine à l'occidentale tendent à la fois à former un groupe social uni par son approche de la médecine et à exercer dans un contexte de pluralité des recours thérapeutiques[26]. Toutefois, ainsi que le fait remarquer Elisabeth Longuenesse, l'histoire et les formes des professions libérales varie d'un pays à un autre d'un monde arabe progressivement morcelé[27]. La « Terre sainte » se différencie nettement de l'Egypte si l'on considère l'environnement pathogène, les modalités de la réforme de l'exercice de la médecine, et les acteurs impliqués dans la transformation de la pratique médicale. Pour mieux le montrer, nous avons choisi de nous concentrer sur le moment charnière de la transformation induite par l'introduction de la médecine occidentale avant que la profession médicale nouvelle ne se consolide.

S'ils ne constituent pas une profession hégémonique à la fin de l'Empire ottoman, les médecins diplômés disposent d'une autorité, d'une nature plus sociale encore que scientifique, attachée à leur savoir, à leur capacité d'expertise, et à l'art qu'ont certains d'entre eux d'intervenir dans le débat public ou de le susciter. Dans le sud du Bilād al-Šām, l'ampleur des investissements étrangers crée un marché du travail spécifique pour les médecins diplômés; mais cette situation favorisée est en net contraste avec les choix de la patientèle, qui préfère continuer à s'adresser massivement aux praticiens de la médecine arabe traditionnelle. L'effet du diplôme sur le champ médical tient surtout à un redécoupage de la pratique selon une nouvelle délimitation du légal et de l'illégal, associée à une formation d'inspiration

24 Eliot Freidson, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984, *passim*.

25 Sylvia Chiffoleau, *Médecines et médecins en Egypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical*, coll. « Comprendre le Moyen-Orient », Paris / Lyon, L'Harmattan / Maison de l'Orient Méditerranéen, 1997, pp. 59-78.

26 *Ibid.*, pp. 193-197.

27 Elisabeth Longuenesse, « *Mihna* ou *profession*. D'une question de vocabulaire à une question de sociologie », in *Mots. Les langages du politique*, 11/2005, n°79, pp. 119-130.

occidentale, prodiguée dans des conditions conçues pour produire une masse de médecins.

Pour montrer ces interprétations, nous avons eu recours à une variété d'outils techniques – l'analyse des discours et des représentations, la prosopographie, l'analyse géographique des distributions spatiales et notamment des systèmes de peuplement – pour pallier l'impossibilité où nous étions de retracer l'incidence du diplôme dans une véritable continuité, par exemple biographique, de la carrière médicale. Notre outillage conceptuel, lui, est conçu autour d'un questionnement relatif à l'application de la notion de souveraineté, de la notion de champ médical et d'une réflexion sur les conceptions de la différence culturelle en anthropologie en général, et en anthropologie médicale en particulier. Ces outils réflexifs tendent à minorer la part du vécu intime que les patients ont de leurs relations avec le médecin, nous en sommes conscient; mais s'il en est ainsi, c'est que même ces contacts quotidiens sont l'occasion d'un exercice permanent du pouvoir. Le point de vue des patients trouve rarement à s'exprimer. Le diplôme et l'autorité du médecin constituent parfois l'alibi de leur arbitraire, et sans doute les patients ne sont-ils pas dupes.

III – Outils et notions : des modalités du pluralisme médical à l'objet « diplôme »

A – Très loin des « îles dans l'histoire » : entre les médecines arabe et occidentale

Toute une historiographie de la médecine coloniale s'est élaborée depuis une vingtaine d'années, autour de l'idée implicite ou explicite de pluralisme médical, et de celle de l'imposition de la médecine occidentale dans sa forme coloniale. La domination politique est une donnée fondamentale de ces différentes approches qui peuvent évoquer, alternativement, les phénomènes de destruction des ressources professionnelles autochtones en matière médicale, ou au contraire leur rémanence et les phénomènes d'hybridation médicale qui s'ensuivent. Les années 1880-1900 marquent un tournant, lorsque la médecine occidentale s'empare, sur le plan scientifique, de la pathologie étrangère à l'Europe et à l'Amérique du

Nord, et se démarquer radicalement des systèmes d'explication de la maladie qui la rattachaient à la médecine grecque. En déplaçant la problématique des relations entre médecines vers l'Empire ottoman, il faut examiner les rapports entre la médecine autochtone, que nous appellerons par commodité médecine arabe traditionnelle, et la médecine importée, que, toujours dans un but de simplicité et de clarté, nous désignerons comme médecine occidentale.

Ces relations posent des questions de fond sur les relations entre univers culturels. Cherchant à étudier les modalités fondamentales des contacts interculturels, l'anthropologue Marshall Sahlins prend comme modèle le cas des « îles dans l'histoire », dans l'ouvrage du même nom : pour comprendre comment ont lieu les rencontres entre autochtones et conquérants, il part d'une situation radicale, celle de la rencontre des insulaires du Pacifique et des navigateurs du dix-huitième siècle comme Bougainville ou Cook, toutes gens qui, sans vivre sur deux mondes différents, ne se connaissent pas et cherchent à se comprendre dans deux idiomes culturels qui ne sont pas interpénétrés. Sahlins a alors l'espoir de voir véritablement deux cultures interagir, s'interpénétrer, se transformer par leurs contacts mutuels (et ce surtout pour les insulaires, sans doute) :

> « Le même type de changement culturel [que celui trouvé sur les îles qui voient arriver leurs colonisateurs], suscité de manière externe mais orchestré sur le plan indigène, dure depuis des millénaires. Non pas simplement parce que les prétendues sociétés primitives n'ont jamais été aussi isolées que se plaisait à le croire l'anthropologie d'antan, avec son obsession évolutionniste pour le primitif (Wolf 1982). Les éléments dynamiques à l'oeuvre – y compris la confrontation avec un monde extérieur possédant ses propres déterminations impérieuses, et avec d'autres hommes mus par leurs dessins personnels – sont présents dans toute expérience humaine. L'histoire est élaborée de la même façon, que ce soit à l'intérieur d'une société ou entre les sociétés[28]. »

Cette approche, qui contribue à réifier ces cultures, constitue une des inspirations notables des analyses en terme de « rencontre coloniale » [*colonial encounter*]. Nous craignons cependant que ce modèle ne serve à rien pour des cas de relations interculturelles dans lesquelles il y a de chaque côté des idées préconçues sur l'autre, une connaissance préalable, si imparfaite soit-elle, de ses habitudes, des discours réciproques d'ordre religieuse, politique, sociologique et culturel.

Les Occidentaux qui s'installent au Proche-Orient au dix-neuvième siècle arrivent dans un espace culturel interpénétré avec le leur, un monde dont ils ont une connaissance et qui cependant ne laisse pas de refuser de se plier tout à fait à leurs catégories. Des échanges intellectuels peuvent donc se produire entre eux et leurs interlocuteurs autochtones, mais jamais sous la forme d'une parfaite découverte et d'une entière subjugation de l'autre que

28 Marshall Sahlins, *Des Îles dans l'histoire*, coll. « Hautes études », Paris, Gallimard / Le Seuil, 1985., p. 8.

l'usage de l'idée de « rencontre coloniale » implique.

Quand, enfin, on touche aux rapports entre la médecine occidentale et la médecine arabe, leur parenté intellectuelle est évidente pour les médecins européens de l'époque, même et surtout s'ils insistent avec véhémence sur l'existence d'une césure épistémologique. Si rencontre coloniale il y a, elle tient à autre chose, à des atouts techniques qui donnent aux Occidentaux un supplément de puissance : aussi Robert Blecher a-t-il raison de faire valoir le rôle de l'automobile comme ressort théâtral pour les promoteurs de la médecine occidentale chez les Bédouins de Syrie, au début du mandat[29], car la nouveauté radicale de cette dernière science n'est pas dans la thérapeutique. Dans ce dernier domaine, il y a plus de sens de la mise en scène que de supériorité technique chez le conquérant[30].

Dans le sud du bilād al-Šām, ce serait une naïveté que de croire que les échanges ont jamais cessé avec l'Occident sur le plan médical, et qu'on assiste à une redécouverte de la médecine autochtone. En revanche, il y a bien de la nouveauté dans les rapports entre médecine occidentale et médecine arabe; mais ils tiennent à la place déclinante qu'occupe cette dernière dans la formation médicale en Europe depuis le seizième siècle[31], à la préférence occidentale pour un modèle de formation universitaire avec ce que cela suppose de querelles de chapelles, et à des circonstances politiques. Si donc nous reprenons à notre compte l'expression de « rencontre coloniale », c'est avec ce *caveat* en tête et dans l'idée qu'elle décrit des rapports de pouvoir qui empruntent d'autres chemins que la force brute – ici, la médecine.

1 – Les systèmes médicaux : parentés et divergences

Avant la seconde moitié du dix-neuvième siècle, la médecine arabe traditionnelle et la médecine occidentale sont rien de moins que parentes, héritières de la médecine d'Hippocrate et de Galien. Le paradigme fondamental d'explication des maladies reste l'idée d'une cause interne, assimilable à un déséquilibre des fonctions ou plutôt, dans le vocabulaire de la tradition médicale, des fluides vitaux du corps, les humeurs[32]. Cette relation est de l'ordre de

29 Blecher, *Op. cit.* pp. 150-157.
30 *Ibid.*, pp. 146-147.
31 Danielle Jacquart & Françoise Micheau, *La Médecine arabe et l'Occident médiéval*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1990, p. 203. Inversement, à l'exception de Paracelse, il semble qu'on ne traduise pas en arabe ou en turc les ouvrages médicaux européens avant les années 1820 : cf Kamal Chehadeh (éd.), *La Nouvelle médecine chimique. Deux manuscrits de : Ṣalih Naṣrallah ben Sallum al-Halabi (XVIe siècle)*, Alep, Maṭ ba‘at Jāmi‘at Ḥalab, 1997, pp. 31-32.
32 Anne-Marie Moulin, article « Etiologie », in Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004**,** pp 446-450.

la généalogie intellectuelle. C'est par voie de traduction à partir du grec et du syriaque que s'est constitué le corpus initial sur lequel ont travaillé les médecins de l'islam classique[33]. La transmission des ouvrages d'Hippocrate et surtout de Galien, avec les ouvrages d'Al-Rāzī ou d'Ibn Sīnā, entre autres, en guise de commentaire, s'est faite en Italie[34], ainsi que dans la péninsule ibérique[35], par un long travail de traduction de l'arabe vers le latin. C'est ainsi que l'Occident médiéval a réintègré un certain nombre d'ouvrages et de savoirs de la médecine antique dans ses enseignements et dans sa pratique médicale. Malgré l'accumulation de savoirs, surtout anatomiques, en Europe à partir de la Renaissance, ce *corpus* reste valide, et ce n'est qu'au dix-huitième siècle que les ouvrages de la médecine arabe disparaissent complètement des universités occidentales. Sur le plan thérapeutique, elle reste la base de l'essentiel de la pharmacopée jusqu'à la première moitié du vingtième siècle. Entre-temps, elle a été remplacée par une succession de théories, sans que les fondements de la médecine soient changés avant la physiologie de Claude Bernard et surtout la théorie des germes : et nous voilà à l'orée de notre période.

La disparition de la médecine arabe de l'enseignement dans les écoles de médecine d'Europe et d'Amérique du Nord constituait la condition initiale pour qu'une différenciation progressive advienne entre médecine arabe et médecine occidentale. Celle-ci est déjà sensible au moment de l'expédition d'Egypte : *Les Pestiférés de Jaffa*, du baron Gros, tableau de 1804 qui immortalise en 1805 Bonaparte à l'hôpital, touchant de la main le bubon qu'un malheureux soldat, infecté par la peste, présente à l'aisselle, en constitue la démonstration ironique. D'un côté, c'est Desgenettes, le médecin-chef du corps expéditionnaire, qui recule d'effroi devant la scène, révélant son propre sentiment d'impuissance médicale et ses *a priori* sur les modes de contagion; de l'autre, il y a une affirmation flamboyante du pouvoir de la science occidentale face à la maladie[36].

Les historiens ont beaucoup débattu de la périodisation de l'entrée du Proche-Orient dans la « modernité » d'inspiration occidentale, oscillant entre 1799, 1831 et 1839. 1799 n'est en tout cas pas une date fondatrice dans l'histoire médicale du Proche-Orient, sauf à rappeler que les armées qui se sont succédé dans le désert du Sinaï, d'Egypte en Syrie, ont réintroduit

33 Manfred Ullmann, *La Médecine islamique*, coll. « Islamiques », Paris, PUF, 1995 [Edition originale: 1978], pp. 13-48.

34 Jacquart & Micheau, *Op. cit.*, pp. 113-129.

35 *Ibid.*, pp. 147-165.

36 Sur la composition des *Pestiférés de Jaffa*, cf Alexander Fyjis-Walker, « A recently discovered drawing by Antoine-Jean Gros », in *The Burlington magazine*, vol. n° 127, n° 990, septembre 1985, pp. 620-623. Le geste de Bonaparte s'inspire de doctrines selon lesquelles la réceptivité au mal est liée à des dispositions psychologiques, et constitue pour le général français autant une affirmation de sa personnalité qu'une illustration de la science triomphante. Cf Darcy Grimaldo Grigsby, « Rumour, contagion and colonization in Gros's *Plague-stricken of Jaffa* », in *Representations*, n° 51, été 1995, p. 9.

la peste dans cette dernière région où elle avait cessé de sévir depuis le début des années 1790. On peut également gloser sur la pose qu'adopte sur la toile celui qui, devenu empereur, cherche à effacer, par un acte de propagande (le tableau de Gros), la rumeur persistante, et sans doute avérée, qui voulait qu'il ait fait administrer du laudanum à dose léthale aux blessés et aux malades lors de sa retraite vers l'Egypte : dans son attitude paternelle à l'égard des soldats, est-il parangon de la médecine occidentale, dont il incarne les acquis, ou type revisité, républicain mais déjà impérial, du roi thaumaturge ? Il semble, nous disent les historiens de l'art, que Gros ait puisé ailleurs que dans l'imaginaire monarchique, tant dans le Nouveau Testament que dans la représentation des saints catholiques, les références dont il a usé consciemment pour représenter le geste de Bonaparte[37]. La puissance religieuse du geste est cependant indéniable : là, immunité est sacralité.

Nous reviendrons au chapitre 1 sur les rapports entre la médecine de l'Armée d'Egypte pendant la campagne de Syrie et les praticiens autochtones : contentons-nous pour le moment de dire que, malgré le retard dénoncé chez les médecins arabes par leurs confrères européens, le divorce entre les deux médecines n'est pas consommé. Il l'est de plus en plus nettement dans le discours des médecins-voyageurs au fil du dix-neuvième siècle. Le choix d'enseignants et de manuels occidentaux dans les premières écoles de médecine de l'Empire ottoman semble confirmer ce choix, de l'intérieur de l'espace culturel de la médecine arabe.

Le changement le plus profond survient dans les années 1860-1880, avec l'émergence d'un nouveau paradigme médical, dont l'adoption en Occident constitue un argument de propagande de poids en faveur de la médecine occidentale. Koch, Pasteur et Lister s'appuient sur les savoirs nouveaux sur les bactéries, les vaccins, etc., pour changer le modèle dans le sens d'une microbiologie des agressions : désormais, on rattache les maladies infectieuses à l'intrusion du vivant dans le corps humain, il est donc vain d'expliquer les pathologies par des déséquilibres internes qui ne sont, en définitive, que des réactions.

La théorie des germes a deux conséquences principales de notre point de vue. D'une part, elle accrédite une étiologie monocausale de la maladie, qui cherche les micro-organismes responsables de son déclenchement, les réservoirs microbiens et les vecteurs du mal, et veut cerner les points de passage obligé du microbe. Ce faisant, elle exhibe souvent des naïvetés dans les systèmes étiologiques antérieurs et dans les modalités de la prévention des maladies, telles qu'appliquées jusque là ; mais du même coup, elle constitue une arme formidable de production de certitudes pour ceux qui apprennent cette médecine nouvelle, et

37 L'idée de Napoléon Bonaparte en roi thaumaturge à Jaffa est notamment formulée par Walter Friedlaender, *Journal of the Warburg and Courtauld Institutes*, vol. n° 4, n° ¾, avril 1941-juillet 1942, pp. 139-141. Pour une critique de cette thèse, cf Grimaldo Grigsby, *Art. cit.*, pp. 9-13.

de rejet dans l'ignorance et l'incompétence de quiconque évoque d'autres explications possibles[38]. Claudia Liebeskind a analysé les réactions de praticiens célèbres de la médecine *Unani*, c'est-à-dire de la médecine arabe telle qu'elle se pratique dans le sous-continent indien, et explique que

> « l'opposition aux systèmes médicaux indigènes, de la part des partisans de la tradition médicale originaire d'Europe, n'a rien de neuf [vers 1950] : c'était un sous-produit des développements rapides à l'intérieur de la médecine occidentale qui l'avait transformée en ce que nous appelons aujourd'hui la biomédecine. Dans l'Inde britannique, on évoquait alternativement le « système médical allopathique », « moderne », « anglais », « occidental », mais nous parlerons de biomédecine de bout en bout.[39] »

Nous ne partageons pas ce choix, et c'est là la deuxième conséquence de notre analyse de l'incidence de la théorie des germes. L'emploi du terme de biomédecine nous gêne, car il est souvent imprécis : fait-on référence à la seule médecine qui, dans le diagnostic et la thérapeutique, se sert des acquis des sciences médicales de laboratoire ? Faut-il en étendre l'emploi à l'ensemble de la médecine pratiquée par les hommes détenteurs de ces connaissances, puisque la science médicale fait système ? C'est cette systématicité qui tarde à se reconstituer. En pratique, la médecine occidentale du dix-neuvième siècle n'attend pas la bactériologie pour s'enorgueillir de ses découvertes. Il y aurait beaucoup à dire sur les acquis de la chirurgie occidentale depuis les guerres révolutionnaires : les praticiens occidentaux ont une conscience aiguë de la valeur des innovations qu'ils utilisent, et qui ne se réduisent pas aux domaines biomédicaux de l'antisepsie puis de l'asepsie, mais incluent également l'anesthésie, des techniques opératoires renouvelées, etc. Pour les praticiens européens de l'époque, en particulier les cliniciens, la médecine occidentale est très loin de se résumer aux acquis des sciences biomédicales.

En accréditant l'idée que la médecine occidentale est pleinement devenue biomédecine, nous prendrions acte d'une rupture radicale entre elle et la médecine arabe traditionnelle. La connaissance approfondie que les Occidentaux acquièrent des maladies infectieuses ne signifie pas qu'ils sachent mieux les soigner ou qu'ils aient à proposer, pour lors, des remèdes différents de ceux de leurs rivaux autochtones, ni que tous les patients requièrent les secours de la biomédecine. Sans doute la place des sciences biomédicales est-elle plus large dans la compréhension de la médecine en 1950 que vers le début du siècle, mais même à cette date, il y a eu, sinon hybridation, du moins des emprunts mutuels entre la médecine occidentale et les médecines autochtones de l'Inde ou d'autres régions colonisées. Il

38 Rita Giacaman, « Inquiétantes distorsions : les conditions sanitaires en Cisjordanie », in *Revue d'études palestiniennes*, été 1984, n° 12, p. 142; Moulin, *Art. cit.*, in Lecourt (dir.), *Op. cit.*, pp 447-448.

39 Claudia Liebeskind, « Arguing science. Unani *tibb*, hakims and biomedicine in India, 1900-50 », in Waltraud Ernst (éd.), *Plural medicine, tradition and modernity, 1800-2000*, Londres / New York, Routledge, 2002 (58-75), p. 58.

n'y a plus de pureté ni biomédicale, ni ethnomédicale, si tant est que l'une ou l'autre ait jamais existé.

2 – Du pluralisme médical au champ médical, ou comment mettre en histoire une catégorie classique de l'anthropologie

Par ces questions de terminologie, nous voici de plain-pied dans les problèmes de définition du pluralisme médical. L'idée est difficile à manier, parce qu'elle incline à accentuer les délimitations entre des formes de médecine qui ne sont pas nécessairement connues ou reconnues comme séparées : sur quelles bases les distinguer ?

Pour éclairer ce point, poursuivons notre discussion comparative des médecines arabes proche-orientale et indienne. Les rapports entre médecine occidentale et médecine arabe traditionnelle sont beaucoup plus conflictuels dans le sud du bilād al-Šām qu'en Inde, où la médecine *Unani,* avec ses collèges universitaires, ses hôpitaux, ses congrès, a pignon sur rue; ni les fonctionnaires britanniques des services de santé, ni les médecins formés sur les programmes des facultés britanniques n'ont réussi à délégitimer cette médecine[40]. Sur notre terrain, il faut donc trouver une expression qui rende compte de l'importance politique de l'opposition des médecins formés à l'occidentale à l'égard de la médecine arabe traditionnelle : il ne suffit pas de renvoyer à une doctrine, en parlant par exemple de médecine positiviste ou scientiste. Nous avions besoin d'une expression qui renvoie à la réalité nue des jeux de pouvoir, et aucune ne nous a paru meilleure pour cela que celle de « médecine occidentale », d'ailleurs employée à l'époque avec un relent impérial.

Notre référence à la médecine *Unani* illustre à la fois la vaste aire culturelle que recouvre la pratique médicale issue des médecins de l'islam classique, et la différence entre le sort réservé à ses différentes variantes, d'un pays à un autre, d'un territoire colonial à un Etat souverain. Pour évoquer la forme pratiquée dans le sud du bilād al-Šām, nous parlerons de « médecine arabe traditionnelle », un mélange entre les références communes à la médecine arabe et l'usage du mot « médecine traditionnelle » [*tibb al-taqlīd*] pour désigner essentiellement les pratiques et les savoirs médicaux populaires[41]. Alors qu'en Inde, la médecine *Unani* est institutionnalisée, au Proche-Orient, son équivalente locale est marginalisée par les autorités politiques. Au nom de la réforme de l'Etat, le gouvernement

40 Robert Jeffery, « Recognizing India's doctors : the institutionalization of medical dependency, 1918-39 », in *Modern Asian history*, Vol. n° 13, n°2, 1979, pp. 301-326.

41 Cf la partie consacrée à cette médecine traditionnelle dans : « *Al-ṭibb fī'l-Šarq* » [La médecine en Orient], in *Al-Ṭabīb*, 01/09/1900, pp. 120-121.

ottoman importe la médecine occidentale, et s'efforce de la substituer à la médecine arabe traditionnelle, qui dans ses multiples variantes se pratiquait jusque là en toute légitimité à travers l'Empire.

De fait, la médecine occidentale devient aisément repérable dans la documentation parce qu'elle est institutionnalisée, tandis qu'il faut y deviner les formes de la médecine arabe traditionnelle. Ce contexte médical n'est pas purement et simplement ignoré par les médecins formés à l'occidentale. Il a été largement abordé comme objet ethnographique, dans le sillage de l'archéologie de la région et de la critique biblique ; mais ce traitement en fait un résidu à côté d'une médecine importée et conquérante[42]. De plus, la médecine arabe traditionnelle est en butte à l'hostilité des autorités, bien qu'en pratique, elle soit souvent tolérée. Ainsi émerge une configuration asymétrique du champ médical, avec deux pôles, dont l'un est associé au pouvoir politique. Est-ce que cette situation se répercute dans la concurrence pour la patientèle ? Ou bien y a-t-il d'autres déterminants qui structurent ce même champ ? Qu'est-ce, alors, qui détermine le choix des patients ?

Outre la réduction à un résidu qui résulte de l'approche ethnographique dominante à l'époque, on peut se demander si les partitions en différentes médecines, telles qu'elles émergent de la littérature – en général une médecine occidentale, une médecine arabe au mode opératoire naturel et rationnel, et une médecine magique ou religieuse très diversifiée et unie seulement par le recours au surnaturel – sont bien adéquates. De la médecine religieuse affrontée à des forces invisibles, à une approche raisonnée de la maladie, et jusqu'à une approche conforme à des procédures scientifiques, voilà une progression d'un évolutionnisme encombrant.

Les anthropologues se sont penchés de longue date sur les formes de pluralisme médical, et ont essayé de proposer à la fois des repères analytiques et des outils pour réfléchir sur les interactions entre médecines, notamment dans le but d'appliquer un principe de neutralité impartiale entre les pratiques, et donc de se débarrasser des formes explicites ou insidieuses d'évolutionnisme.[43] Quand nous nous sommes penché sur le pluralisme médical d'un point de vue historique, notre but était donc d'historiciser un objet étudié et régulièrement revisité par les anthropologues, en l'observant dans une période de transition rapide sur le plan des savoirs et des pratiques de la médecine et sur le plan des normes d'exercice. Nous n'étions pas les premiers à tenter le coup, ce qui nous a fourni des pistes de réflexion. Waltraud Ernst

42 Emma Aubin-Boltanski, « Le folkloriste comme technicien de la mémoire », in Nadine Picaudou (dir.), *Territoires palestiniens de* mémoire, Paris / Beyrouth, Karthala / IFPO, 2006, p. 118.

43 Cf notamment Thomas M. Johnson & Carolyn F. Sargent, « Introduction », in Thomas M. Johnson & Carolyn F. Sargent (éds.), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Westport / Londres, Praeger, 1996, p. XIV.

met notamment en garde les chercheurs contre les risques inhérents à la facilité des dichotomies anti-hégémoniques, qui n'ont de sens que si l'on peut exhiber des modalités d'exercice d'une domination à travers la pratique médicale, tout en concédant presque aussitôt que le pouvoir est une réalité toujours présente en médecine[44]. Un indice de la pertinence de l'analyse de la domination sociale, nationale, coloniale ou autre, à travers la médecine, réside dans l'intensité de la tension voire de la violence réelle qui se dégagent des relations entre médecins ou personnel soignant et patients. Allons plus loin, et suggérons une différence qualitative d'exercice autoritaire du pouvoir sur la patientèle selon les circonstances : en certaines occasions, il nous est apparu que la violence des relations était bien plus forte du fait qu'elle était trivialisée, évoquée avec naturel et sens comique. Que trouvons-nous de force et de violence, dans les modalités des traitements et dans tout le contrôle médicalisé des malades, pour éclairer l'incidence du jeu de pouvoirs qui, à divers niveaux, sous-tend l'activité médicale, même humanitaire ? Que trouvons-nous de gêne, aussi, parfois, chez les praticiens, pour contrebalancer cette impression ?

Paradoxe du colonialisme ressenti jusques et y compris dans un Etat souverain, la médecine est une forme de pouvoir tempéré, procédant par influence et par dissémination, non un modèle de force brute. Cependant tout se passe comme si la différence culturelle et les projets servis par la promotion de la médecine, ainsi que l'image socialement construite des autochtones dans le regard des médecins, favorisaient un traitement fort peu respectueux des patients. La médecine occidentale est prise entre une démarche de séduction de la patientèle, et une autre, visible notamment à l'hôpital, qui est plus proche de la contrainte, et qui est pain bénit pour les praticiens de la médecine arabe traditionnelle, à qui il ne reste qu'à drainer vers leur pratique les patients mis mal à l'aise au cours de leur séjour hospitalier.

3 – Les modalités de la pratique : thérapeutes, praticiens et médecins

La différence d'organisation des métiers de la santé entre la médecine occidentale et la médecine arabe traditionnelle illustre les limites des catégorisations opérées par l'ethnographie de la « Terre sainte » qui émerge à la fin de l'époque ottomane et sous le mandat britannique. Selon Rita Giacaman, il n'y a qu'une médecine indigène, sans contradiction interne fondamentale, mais avec une grande dissémination et un certain niveau de professionnalisation des techniques : certains métiers sont principalement médicaux, mais

44 Waltraud Ernst, « Plural medicine, tradition and modernity. Historical and contemporary perspectives: views from below and from above », in Ernst (éd.), *Op. cit.* (1-18), pp. 3-4.

ailleurs on trouve, dans une même échoppe et parfois en une même personne une multiplicité d'activités[45]. Dans le cas des recours thérapeutiques d'ordre religieux, la désignation des activités des *šayḫ*-s comme médicale est une licence, ou du moins une affaire de proportion. Ceux-ci s'occupent notamment de malades, et c'est dans certains cas l'essentiel de leur clientèle; pourtant, d'un point de vue théorique, la maladie n'est à leurs yeux qu'une des formes possibles de l'infortune, et ils s'occupent de l'ensemble des attaques d'origine surnaturelle. Il faut toutefois nuancer ce propos : certaines créatures immatérielles sont réputées avoir pour moyen de prédilection telle ou telle pathologie.

Cette variété de l'activité des métiers autour de la médecine nous impose de raffiner notre terminologie pour parler de ceux qui s'occupent de la guérison des patients. Le vocabulaire doit être indépendant des catégories évolutionnistes évoquées ci-dessus, mais être adéquat pour décrire la configuration professionnelle existante. Aussi alternerons-nous, selon les circonstances, entre les mots de thérapeute, praticien et médecin.

Le thérapeute est celui qui, dans une activité donnée, vise à la guérison. Aussi la médecine, sous l'une ou l'autre de ses formes, n'a-t-elle pas besoin d'être son activité centrale; quiconque la pratique est en droit un thérapeute, mais certains sont en plus, par vocation et par formation, des médecins et seront désignés comme tels. De préférence, nous ne désignerons comme thérapeutes que ceux dont l'activité médicale n'est qu'une fraction de leur travail.

Nous retenons en revanche le critère de la spécialisation pour désigner un thérapeute comme médecin; par commodité de langage, lorsque référence aura été faite à la formation, nous parlerons même des médecins pour évoquer les seuls médecins diplômés, mais la réalité de la transmission des savoirs est plus complexe.

Enfin, le mot « praticien » sera utilisé pour englober tout l'éventail de ceux qui pratiquent la médecine, en référence à leur savoir-faire technique.

Il va de soi que ces catégories ont une finalité analytique qui est étrangère à la pensée ou au discours des hommes de l'époque : tout le monde n'est pas également médecin aux yeux de ses confrères. L'Etat se mêle fortement de discriminer entre les praticiens à partir de 1861, en institutionnalisant une catégorie de médecins seulement, ceux qui ont reçu une formation universitaire ou à tout le moins la sanction des institutions académiques impériales. C'est là l'articulation majeure de notre propos, car l'adhésion de l'Empire ottoman à la médecine occidentale avant même sa mue biomédicale déplace l'enjeu du pluralisme médical: il ne s'agit plus simplement d'une confrontation ou d'une imprégnation mutuelle entre la médecine occidentale et la médecine arabe traditionnelle, mais d'une redéfinition de la pratique professionnelle comme enjeu de l'exercice de la souveraineté nationale.

45 Entretien avec Rita Giacaman, Ramallah, 22/10/2002.

B – Des effets de souveraineté : économie politique de la médecine et modernisme ottoman

1 – De la médecine comme enjeu de souveraineté

Derrière l'introduction de la médecine occidentale, il n'est pas besoin de chercher loin pour trouver l'action des Etats, l'Empire ottoman bien sûr mais aussi les puissances européennes. Le réformisme médical est un enjeu de souveraineté, la codification des normes professionnelles également. Le fait saillant est que les puissances occidentales, au nom de leur sécurité face aux épidémies de peste et de choléra et de leurs droits de protection religieuse, ont réussi à étendre le système de contournement de la souveraineté ottomane que représentent les Capitulations* au domaine médical. A partir de ce moment, l'Etat ottoman a lui-même été conduit à faire de la médecine un champ d'application de sa souveraineté, et, par différentes réformes, à promouvoir la médecine occidentale. S'il existait un droit médical applicable dans les tribunaux religieux de l'Empire, il est désormais codifié par l'Etat central pour affirmer l'autorité de celui-ci. Il n'y a pas là d'explication exclusive, il est peu douteux que le choix d'un modèle d'éducation médicale et, partant, d'une médecine officielle nouvelle doit à d'autres causes, certaines de politique intérieure, d'autre d'ordre idéologique au sein des élites gouvernementales ottomanes. Le fait de l'ingérence occidentale sur le terrain médical est cependant patent, et les efforts impériaux pour s'y opposer aussi bien.

En adoptant des catégories européennes pour penser la souveraineté – la constitution de 1876, la définition uniforme des droits afférents à la citoyenneté des sujets du Sultan, le monopole légal de l'Etat sur son territoire –, l'Empire ottoman se dote des moyens pour freiner la prolifération par mitage des ingérences et des extraterritorialités occidentales, et pour faire perdurer le *statu quo* de ce que Carl Brown a appelé le « système politique pénétré »[46]. Dans celui-ci, les puissances étrangères interviennent régulièrement et sont présentes en permanence par le biais des Capitulations, qui assurent une protection juridique et ainsi une large immunité à certains résidents rattachés aux consulats occidentaux, ainsi qu'une quasi-extraterritorialité pour certaines institutions ou entreprises. Si le droit capitulaire est un levier par lequel les puissances européennes peuvent faire obstruction à l'application de la souveraineté ottomane, la pluralité des puissances protectrices joue en faveur de l'Etat

46 L. Carl Brown, *International politics and the Middle East. Old rules, dangerous game*, Londres, I.B. Tauris, 1984, p. 4.

impérial, qui est en mesure de s'opposer à chacune d'elles en profitant des interventions en sous-main des puissances rivales contre chaque projet.

Ainsi en va-t-il des firmans* et autres iradés* destinés à autoriser la construction d'hôpitaux ou des longues négociations autour de la reconnaissance officielle des facultés de médecine étrangères de Beyrouth. En édictant des codes explicites relatifs aux droits des étrangers et des minorités religieuses, l'Etat ottoman se dote des moyens d'opposer une norme incontestable face aux initiatives européennes, lors même que celles-ci cherchaient des justifications à leurs empiètements du côté de la philanthropie. Contre une conception humanitaire de la médecine qui entretient une situation de dépendance internationale, et qui est celle des sionistes comme des missionnaires, l'Empire ottoman est en mesure d'affirmer, à partir des années 1860, ses propres procédures et ses aspirations à l'autonomie sur le plan médical. Il faut cependant un certain temps avant que les effectifs du corps médical que les écoles ottomanes de médecine forment chaque année soient suffisants pour répudier l'alibi de l'assistance médicale humanitaire des pays occidentaux. En revanche, l'existence d'un droit médical réformé permet de résister par le formalisme légal aux ingérences étrangères.

L'accent mis par le gouvernement ottoman sur le contrôle de la médecine comme privilège de souveraineté a des effets pratiques, puisque le réformisme qui accompagne la codification du droit médical se traduit par une pleine adhésion à la médecine occidentale, à ses modes de transmission et à l'idée d'une autonomie de compétence propre au groupe des médecins comme profession en devenir. L'idée fait en effet son chemin, dans la législation, selon laquelle les médecins ont une formation si spécifique qu'ils sont seuls à maîtriser les tenants et les aboutissants de leurs actions et ne peuvent être jugés que par leurs pairs. Une telle idée prolonge d'ailleurs la tradition des grands médecins au savoir universel de l'islam classique, et les injonctions du droit hanéfite*, l'école juridique officielle de l'Empire ottoman : à travers elle, la professionnalisation de la médecine trouve un terrain favorable.

Dans le même temps, s'impose dans la presse et dans le discours des médecins européens ou occidentalisés l'idée que la médecine occidentale constitue « la médecine moderne » ou « la médecine nouvelle »[47], ce que nous désignerons désormais comme un discours moderniste, c'est-à-dire un discours dont l'auteur marque son adhésion à l'idée de modernité médicale. Diverses options de positionnement discursif s'offrent aux acteurs : face à la médecine occidentale, on peut imaginer diverses formes de modernismes ou au contraire de rejets et de résistance culturelle, notamment au moyen d'un discours traditionaliste assumé[48]. A côté, ou dans le sillage de la promotion par l'Etat de la médecine occidentale

47 Cf par exemple « *Al-ṭibb fī'l-Šarq* » [La médecine en Orient], in *Al-Ṭabīb*, 01/10/1900, p. 124.

48 Rhodda Kanaaneh, *Birthing the nation. Strategies of Palestinian women in Israel*, Berkeley / Los Angeles /

comme instrument d'affirmation de sa souveraineté, celle-ci suscite aussi une adhésion intellectuelle dans certains secteurs du public ottoman. On peut présumer que de telles vues ont pignon sur rue dans l'Istanbul éduqué du tournant du siècle, ou à Beyrouth. Qu'en est-il dans un environnement moins cosmopolite ?

2 – Une domination polymorphe : l'économie politique de la médecine en « Terre sainte »

A travers la réforme du droit médical ottoman et les ingérences philanthropiques et colonisatrices des Occidentaux, la pratique de la médecine dans ses différentes formes se trouve rattachée à une multiplicité d'échelles, et notamment d'échelons de pouvoir. De la même manière, la médecine autochtone est l'objet de publications savantes, qui la présentent en Europe et en Amérique du Nord sous forme de collections de pratiques et la recomposent en un discours scientifique. Inversement, les missionnaires de toutes nations n'hésitent pas à mettre en valeur auprès des patients la nation qui les protège, et font ainsi de leurs relations professionnelles un canal d'influence politique. Il y a un va-et-vient, sur des modes divers, entre ces différentes échelles géographiques.

Il y a là une économie politique de la médecine, au sens que l'anthropologue égyptienne Soheir Morsy donne à l'approche à laquelle elle se rattache en anthropologie médicale : une manière de resituer les pratiques médicales et les patients dans leur environnement macroscopique, tant politique qu'économique, et de rendre compte également de leurs réactions face à des formes multiples, tantôt ouvertes et tantôt insidieuses, de domination culturelle[49]. Ainsi, la promotion de la médecine occidentale peut être un instrument de domination et de disciplinarisation des citoyens par l'Etat, en conduisant ceux-ci à accepter certains types de comportement vis-à-vis des médecins et du personnel soignant ; mais la relation n'est pas à sens unique, d'autant que les écoles de médecine n'ont pas assez de diplômés à présenter pour rendre pleinement effective l'autorité de l'Etat. Le diplôme et ses conditions d'attribution prennent alors leur pleine importance.

Londres, University of California Press, 2002, pp. 104-166.

49 Soheir A. Morsy, « Political economy in medical anthropology », in Carolyn F. Sargent & Thomas M. Johnson (éds.), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Londres / Westport, Praeger, 1996, pp. 22-24.

C – Le diplôme, un instrument destiné à fabriquer un groupe social

Suivre la piste du diplôme nous conduit à réfléchir sur l'incidence sociale des modes particuliers de formation, et à parcourir la trajectoire des médecins diplômés pour découvrir la signification professionnelle que prend la possession de ce titre.

1 – L'ingénierie sociale du réformisme ottoman

Le règlement sur l'exercice de la médecine de 1861, qui stipule l'obligation légale de posséder un diplôme ou un titre reconnu par l'Ecole impériale de médecine (ci-après EIM) pour exercer cet art, s'inscrit dans le réformisme ottoman de la période du Tanzimat (1839-1876). En orientant les futurs médecins vers les écoles de médecine de l'Empire ou d'ailleurs, la Sublime Porte inscrit la formation médicale dans une problématique générale de l'éducation. Celle-ci, étudiée par Benjamin Fortna autour de l'enseignement secondaire, consiste à doter l'Etat des moyens de produire en masse, par le dispositif de formation en groupe que constitue la salle de classe, une population d'hommes capables d'assumer les tâches d'une administration bureaucratique et de contribuer à l'application des réformes sur l'ensemble du territoire:

> « Les bureaucrates se plaignaient fréquemment de l'appareil éducatif d'Etat tel qu'il était dans ses premières années, parce qu'il échouait à être suffisamment systématique. Ils insistaient dans leurs mémorandums sur la nécessité d'un mécanisme qui produirait avec régularité un solide effectif de bacheliers talentueux, qui pourraient entrer dans la fonction publique. La métaphore à laquelle ces hauts-fonctionnaires avaient généralement recours était celle d'une chaîne, dont les maillons représentaient les niveaux interpénétrés de la formation scolaire[50]. »

Le règlement de 1861 constituait un prolongement de cette logique d'ingénierie sociale destinée à renforcer l'Etat réformé vers l'enseignement supérieur. Il s'agissait notamment de faire entrer une masse de sujets du Sultan dans une culture écrite formalisée destinée à irriguer tous les aspects de la vie sociale, à commencer par les relations avec une administration en expansion. Le diplôme, comme objet, manifeste le renforcement d'une tendance préexistante à valoriser les titres écrits, laquelle s'est grandement amplifiée au vingtième siècle pour des raisons qui touchent plus à la politique internationale qu'au réformisme social.

50 Benjamin C. Fortna, *Imperial classroom*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 115.

2 – Du diplôme comme objet et des cultures de papier

Si le diplôme s'est imposé à nous comme angle d'attaque, c'est aussi parce que nous avons pu constater lors de nos différents séjours sur le terrain que l'importance accordée au diplôme relevait aujourd'hui d'une situation d'insécurité sociale, économique et physique qui conduisait nombre de gens à investir dans les titres. Toutefois, il nous est progressivement apparu qu'il fallait donner de la profondeur historique à ce phénomène, bien plus ancien que mes interlocuteurs ne le pensaient, et notamment renforcé par la mise en place des institutions d'enseignement supérieur, parmi lesquelles les facultés de médecine sont pionnières.

Combien de fois avons-nous entendu des amis palestiniens nous dire que leur domicile était un vrai conservatoire à papiers et justificatifs en tous genres, et qu'une armoire, parfois une pièce entière leur était dévolue ? Cette thésaurisation trouvait sa raison d'être, selon le discours qui nous était tenu, dans le rapport des Palestiniens aux autorités israéliennes d'occupation et aux administrations des pays d'accueil, et dans leur besoin permanent de justifier leur situation. Cette explication ne manque pas de fondement. Les Etats qui ont accueilli les réfugiés palestiniens ont laissé parfois leurs administrations se montrer vétilleuses au plus haut degré envers eux, au Liban notamment, ce qui les a encouragé à multiplier les garanties documentaires pour défendre leurs droits. Il en va de même de l'attitude des institutions israéliennes à l'égard des Palestiniens des Territoires occupés, celles du moins avec lesquelles ils sont le plus souvent en contact – l'Administration civile[51], les tribunaux, le ministère de l'Intérieur, et à Jérusalem-Est la sécurité sociale israélienne et la municipalité (israélienne) de Jérusalem, enfin et à titre confidentiel, les services de renseignement intérieur.

Il est assez difficile de qualifier en bloc l'attitude des administrations israéliennes à l'égard des Palestiniens. S'y mélangent un amateurisme proverbial, cette espèce assumée de désordre organique pour lequel l'hébreu a emprunté au turc, aux jours de l'Empire ottoman, le mot *balagan*, et des fins politiques poursuivies avec détermination et rouerie, mais généralement sans manifestation officielle. Le but est clair, maintes fois énoncé : il s'agit de la possession du plus possible du patrimoine foncier et immobilier des Territoires Occupés, et de maintenir inchangé le *ratio* démographique entre juifs et Arabes dans le pays. Les moyens, en revanche, sont opaques. L'oralité est le mode dominant par lequel les administrations israéliennes avancent les intérêts de leur Etat dans le conflit politique et national qui oppose

51 L'Administration civile des Territoires occupés (Jérusalem-Est exclue) a été instaurée à la suite des accords de Camp David entre Israël et l'Egypte. Elle devait se substituer au gouvernement militaire israélien dans la perspective de l'autonomie de ces territoires prévue par le traité de paix israélo-égyptien ; en pratique, elle fonctionne comme une deuxième administration d'occupation.

ce dernier aux Palestiniens. Cela n'a rien d'exceptionnel, d'ailleurs : c'est, d'une manière générale, le moyen privilégié des Etats contemporains pour contourner les exigences de droit et de transparence inhérentes à leurs propres normes, ainsi qu'à celles du droit international. Dans un tel contexte, la charge de la preuve revient systématiquement aux Palestiniens comme usagers, qui y risquent leurs biens et surtout leur droit de résidence dans le pays. L'absence d'un justificatif qu'un guichetier a omis, de façon délibérée, de proposer à un usager palestinien, peut déclencher une cascade de problèmes administratifs allant jusqu'à la perte de la carte d'identité qui donne le droit de résidence à Jérusalem. De même, des affaires éclatent constamment du fait de la vente déguisée ou contestée de biens palestiniens à des organisations de colonisation juive, ou du fait de la fabrication pure et simple de titres de propriétés par ces dernières.

Face à ces éventualités, la plupart des Palestiniens ont déduit qu'il leur fallait conserver le moindre titre, le moindre justificatif susceptible de démontrer leur bon droit. Massivement, ils prennent le parti d'être les archivistes zélés de leur existence. Cette préoccupation explique, à leurs yeux, les cultures de papier qu'ils laissent proliférer dans leurs logis. Toutefois, les situations de conflit vécues par les Palestiniens à l'époque contemporaine n'ont pas laissé de montrer le caractère frêle et hasardeux de ces efforts : les bombardements lourds durant la guerre du Liban ou les démolitions inopinées de maisons dans les Territoires occupés ont fait s'évanouir les archives, soigneusement entreposées, de nombreuses familles. Dans ce contexte, la plupart ont pris le réflexe de conserver les titres les plus précieux, de façon à pouvoir les emporter en cas d'urgence : au premier rang de ces trésors de papiers, viennent les diplômes des membres de la famille.

Le diplôme permet d'attester d'une compétence ; et si fin le papier soit-il, sa matérialité est absolument nécessaire à cette fonction. L'idée que les études produisent une forme complètement immatérielle de capital est erronée. Au contraire, sans la preuve tangible que constitue le diplôme, la garantie de compétence est révoquée. L'investissement consenti pour l'acquérir et obtenir la sanction de la réussite de l'apprentissage est alors vain. En contrepartie, les titres universitaires sont une forme de capital extrêmement mobile, comme une simple feuille de papier.

Qu'est-ce qu'un diplôme aujourd'hui, sinon un morceau de papier portant un intitulé, un nom, une signature, l'empreinte d'une institution et divers autres signes qui, réunis, inspirent confiance et donnent crédit à son détenteur ? Ce sens moderne n'est pas infidèle à l'acception originelle, celle d'une feuille manuscrite indenturée, dont les deux parties réunies attestaient de l'authenticité de la mission du porteur : le diplôme prouve le statut de son

porteur par l'alliance d'une matière fragile et de solides garants institutionnels.

Il n'est pas étonnant que de nos jours, un tel objet soit entouré des plus grands soins par les Palestiniens, car il réunit en lui l'affirmation de droits individuels et la fragilité existentielle de celui qui doit constamment attester de son identité, faute d'une instance étatique qui veuille ou puisse le faire pour lui. Dans leur situation de « sans-Etat »[52], ils manquent de recours pour faire valoir des droits élémentaires, et une partie difficile et incertaine de leur condition est précisément d'être à même de faire valoir des droits et, dans ce but, de collecter des titres à cet effet. Le diplôme est un atout précieux, parce qu'il est nominatif et comporte une dimension d'identification, et parce qu'il confère la garantie d'une institution académique, qui ne devraient donc pas dépendre d'une instance étatique pour avoir de la valeur. Il est vrai que le jeu des équivalences universitaires fait intervenir, à nouveau, le pouvoir d'Etat, mais l'autonomie académique des facultés est censée assurer que la valeur du diplôme ne dérive pas d'une administration, mais de la compétence des gens de savoir.

Si nous suivons plus avant la logique de la thésaurisation de la paperasse, et des diplômes en particulier; si nous lui attribuons pour cause la condition palestinienne depuis 1948, nous voici bientôt face à une justification *a posteriori* de la priorité absolue accordée par le peuple palestinien à l'éducation de ses enfants depuis bientôt 60 ans. Le récit national de l'histoire palestinienne qui se trouve illustré dans les romans, les mémoires et jusque dans les séries télévisées, affirme que c'est grâce à un taux d'éducation plus élevé que les pays voisins, que les Palestiniens ont réussi à sortir quelque peu du marasme où ils étaient tombés collectivement à la fin des années 1940 : enseignants, médecins, infirmières, avocats ou comptables ont trouvé à faire valoir leurs compétences en s'éloignant encore de leur terre d'origine, vers les pays du Golfe persique surtout[53]. C'est également le développement relativement précoce de l'éducation de masse qui a permis aux Palestiniens de trouver un nouveau personnel politique. Si donc le souci de thésaurisation de toutes sortes de papiers résulte directement de la condition d'intranquillité et de vulnérabilité qui est celle des Palestiniens, l'attention particulière qu'ils accordent aux diplômes dérive aussi d'une expérience positive de la valorisation de l'éducation dans les années qui ont suivi la perte de leur pays.

Toutefois, les titres académiques acquis par les Palestiniens, et notamment par les médecins, ne trouvent pas nécessairement à être reconnus du point de vue israélien[54]. Le

52 Sur la condition de « sans-Etat », *vide* Hannah Arendt, *Les Origines du Totalitarisme*, vol. 2, *L'Impérialisme*, Paris, Fayard, 1982 [1ère édition : 1951], pp. 251-270.

53 Ibrahim Abu Lughod, « Palestinian higher education : national identity, liberation, and globalization », in *Boundary 2*, vol. 27, n° 1, 2000, p 81.

54 Samir N. Anabtawi, *Palestinian higher education in the West Bank and Gaza. A critical assessment*, Londres / New York / Sydney / Henley, KPI, 1986, pp. 8-11.

résultat est que les diplômes que détiennent les Palestiniens de l'intérieur sont dévalués aux yeux de la puissance occupante. Ils peuvent être considérés favorablement à l'étranger, et être vus comme parfaitement recevables du point de vue des institutions palestiniennes, mais le refus israélien de leur reconnaître une valeur académique renvoie leurs détenteurs à une alternative inconfortable entre l'exil et l'autochtonie. La validité des diplômes ne permet pas aux Palestiniens d'échapper pleinement à leur condition de sans-Etat, puisqu'elle est partiellement invalidée par la puissance occupante. Les stratégies de papier qui les poussent à accumuler des « cultures » de même matière sont précaires et temporaires. A prendre ces multiples observations telles quelles, l'interrogation que nous nous poserions serait de savoir si et comment une quarantaine d'années d'occupation ont eu ce résultat de discipliner un peuple conformément à un formalisme bureaucratique, et de l'amener à une quasi-religion des diplômes.

Il faut cependant réviser ce raisonnement, et par suite, les interrogations qu'il nous pose. Ce n'est pas qu'il soit intégralement faux : les circonstances nées de la guerre de 1948 et les relations que les Palestiniens ont pu avoir avec l'administration israélienne les ont convaincu, à raison sans doute, de l'importance de conserver le moindre titre prouvant le moindre droit. Il nous apparaît pourtant qu'il faut donner de la profondeur historique à l'écart entre ce que le diplôme semble être – une reconnaissance de compétence – et ce qu'il est en pratique, à savoir un titre qui a une valeur économique et qui donne un certain nombre de droits ou prérogatives avec l'aval de l'Etat. Remontons d'un peu plus d'un siècle en arrière, élargissons le cadre à l'ensemble de l'Empire ottoman, et voilà que nous retrouvons cette même idée. Théodore Hovaguimian, né en 1873 dans une famille arménienne catholique d'Adana[55], fait ses études de médecine à la Faculté Française de Médecine (FFM) que tiennent Jésuites à Beyrouth. Lors de la sanglante répression des Arméniens des années 1894-1896, son oncle est tué, et la famille de celui-ci se retrouve à la charge du jeune étudiant[56]. Malgré des difficultés financières, ce dernier réussit les examens finaux de la FFM ; mais à l'été 1897, il se voit refuser le droit de faire valider son diplôme par l'Ecole Impériale de Médecine d'Istanbul (EIM)[57]. Les relations conjoncturellement tendues entre celle-ci et la faculté des jésuites expliquent ce refus, qui n'est remis en cause qu'après beaucoup de

55 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, télégramme chiffré de Cambon, Ambassadeur de France à Constantinople, au Consul Général de France à Beyrouth, d'Istanbul, 28/09/1896.

56 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, « Requête adressée à Son Excellence Monsieur Cambon, Ambassadeur de France près la Sublime Porte, par un étudiant de la Faculté de médecine française de Beyrouth, sur le conseil d'une personne haut placée de Constantinople », par Théodore Hovaguimian, d'Istanbul, 26/09/1896.

57 MAE Nantes, Consatntinople, E, 706, n°262, de La Boulinière, chargé d'affaires de France à Constantinople, à Gabriel Hanotaux, ministre des Affaires étrangères, de Thérapia, 10/11/1897.

diplomatie[58] ; il finit par obtenir un Diplôme d'Etat ottoman (DEO) (c'est-à-dire en fin de compte le doctorat de la faculté impériale) qui vaut permis d'exercice. Débute alors pour le jeune médecin la longue quête d'un emploi à Istanbul, en Cilicie et en Egypte, sans succès jusqu'à ce qu'il finisse comme médecin du dispensaire des sœurs françaises dans sa ville natale. L'étonnant n'est pas l'énergie dépensée et les nombreux voyages faits pour obtenir en définitive un poste modeste, qui le ramène à son point de départ, mais plutôt la confiance qu'il manifeste de bout en bout dans le fait que son diplôme doit lui garantir un certain nombre de droits sur le marché du travail, droits qui lui sont en réalité refusés par tous les acteurs, étatiques et autres. L'ironie est que, malgré toute sa foi dans le diplôme, Hovaguimian finit – pour autant que nous ayons trouvé trace de lui – dépossédé de celui-ci et de ses avantages. Le précieux diplôme a brûlé dans l'incendie d'Adana en 1909, et nous ne savons pas si les démarches du médecin, qui a demandé aux diplomates français d'intervenir auprès de l'Administration médicale civile ottomane pour obtenir un *duplicata*, ont abouti[59]. A en juger par d'autres exemples, cette instance se refuse à délivrer des doubles, sauf lorsqu'elle a la preuve formelle de la disparition du titre et de tout risque de falsification de ses diplômes. Les médecins de Palestine et d'ailleurs n'ont pas attendu 1948 pour concevoir un souci aigu de la préservation matérielle de leurs titres, de peur que leur statut professionnel ne parte en fumée comme du papier d'Arménie...

Une deuxième idée est venue élargir la remise en cause de l'attachement « moderne » des Palestiniens à toute sorte de documentation écrite : dans les tribunaux religieux de l'Empire ottoman, il semble que la version des actes remise par le tribunal aux particuliers qui ait valeur d'original[60]. On peut supposer que pour qui avait recours aux tribunaux religieux (ce qui était une démarche rare dans certaines régions[61]), la thésaurisation de titres en tous genre est une disposition acquise avant 1967, 1948 ou même le conflit arabo-sioniste[62]. L'effet de la guerre de 1967 a été d'élargir le champ de la conservation documentaire, afin d'englober

58 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, de Théodore Hovaguimian à Cambon, d'Istanbul, 31/07/1898.

59 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, du vice-consul de France à Mersine et Adana, à Boppe, chargé d'affaires de France près la Porte Ottomane, de Mersine, 05/06/1909.

60 Cette idée nous a été inspirée, en séminaire d'historiens à l'IREMAM, par Nicolas Michel et son travail sur les registres des tribunaux religieux en Egypte dans les trois premiers siècles de la présence ottomane ; nous le remercions de cette mise en perspective.

61 Nicolas Michel, « Les paysans et leur juge dans la campagne d'Esna (Haute-Egypte) au XVIIIe siècle », in *Studia islamica*, n°90, 2000, pp. 125-151.

62 A titre d'illustration, citons la collection des papiers conservés appartenant à M. Musbaḥ al-Nābulsī, de Naplouse, qui s'échelonnent du 19e siècle au mandat, et qui contient notamment un certain nombre de titres de propriété ou de droit d'usage sur des terrains situés dans les villages aux alentours de la ville. Une bonne partie des terres en question ont été aliénées depuis longtemps, d'après le témoignage du détenteur des papiers, M. Muʿazz al-Nābulsī . Le cas de ces épaisses liasses de documents, dont une bonne partie a perdu toute valeur, illustre que le pli de la conservation des titres officiels (en l'occurrence, essentiellement des documents du *tapu*) est déjà là dans les décennies qui suivent le code foncier ottoman de 1858. D'après Véronique Bontemps, grâce à qui et avec qui nous avons examiné ces documents, de nombreuses familles de la ville possèdent de semblables collections de documents.

toutes les relations ayant existé avec l'administration d'occupation, et toutes les preuves écrites susceptibles d'intéresser celle-ci ou les tribunaux israéliens. Néanmoins, le pli de conserver une masse de documents avait déjà été pris de longue date.

Dans la société du sud du bilād al-Šām, l'écrit et la preuve écrite sont valorisés, d'abord pour des raisons culturelles qu'on peut faire remonter jusqu'à la conquête islamique, et pour des raisons techniques de procédure judiciaire. La maîtrise de l'écriture avait une dimension élitaire, mais les usages sociaux des écrits étaient très répandus. Un objet écrit comme le diplôme ne constitue pas nécessairement une innovation radicale ; la nouveauté n'est pas dans le souci de se procurer une attestation, mais dans la valeur de la garantie que lui donne l'institution académique.

Dans cet esprit, nous nous sommes inspiré des travaux de Jack Goody sur *La Raison graphique* et de l'idée que recèle ce livre, selon laquelle le recours à l'écriture ne produit pas en soi une rationalité nouvelle, mais que cette démarche a des effets cumulatifs en permettant plus facilement le stockage et le classement des informations[63]. De cette idée, nous pourrions proposer l'hypothèse de recherche suivante : dans l'Empire ottoman, avant la fondation des facultés de médecine du 19e siècle, l'écrit, attestant de l'avis de spécialistes, cesse d'être la preuve d'un apprentissage auprès d'un maître, sanctionné par une attestation de celui-ci (*ijāzah**) et devient le vecteur de la formalisation de la compétence médicale. Le dix-neuvième siècle apporte une uniformité de sanction de la compétence, ce qui devrait établir l'autorité du médecin sur son excellence académique et lui permettre de pratiquer où il veut. C'est l'époque où l'idée d'impartialité dans les examens fait son apparition dans des études de médecine progressivement massifiées et tournées vers la science. Le changement de l'image des médecins s'accompagne d'un rapport nouveau aux patients, aux praticiens de tous poils, enfin à la médecine en général. Il singularise, sur le terrain, les médecins diplômés vis-à-vis des autres métiers médicaux et vis-à-vis de la société locale. Dans le même temps, il se confond avec une mutation du discours médical savant, qui se différencie par tous les moyens des formes autochtones de médecine. Le diplôme matérialise les effets du développement des formations médicales universitaires sur le champ médical, par le recours accru à l'écrit et par l'adoption d'une image assumée de rigueur professionnelle. Les médecins donnent une visibilité sociale à cette transformation en adoptant un costume à l'occidentale, la blouse blanche quelquefois, l'habitude d'écrire des ordonnances, et le titre de Docteur qui unit le titre universitaire et le métier : de là vient le succès, au delà de la médecine, de la formule « Ya Doktor! » évoquée plus haut. La mutation est à la fois sociale et culturelle, et annonce la

63 Jack Goody, *La Raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris, Editions de minuit, 1979, pp. 50-53 & 56-57.

valorisation générale des titres universitaires comme instrument d'autorité dans le monde arabe au 20e siècle.

De fait, l'obligation de diplôme édictée en 1861 constitue une étape entre la tradition juridique islamique, avec sa hiérarchie des preuves, et la thésaurisation des attestations au vingtième siècle : c'est le moment où l'Etat central, renforçant une culture préexistante de la paperasse, étend le champ des documents à conserver par la codification légale de ce qui définit l'identité, les droits et les compétences de ses citoyens.

Avec l'éclatement du Proche-Orient en une demi-douzaine d'Etats westphaliens après la Première guerre mondiale, leur mise sous tutelle mandataire puis la redistribution de la puissance régionale et les fermetures de frontière à partir de 1948, les nouvelles structures territoriales ont eu tendance, à proclamer leur existence par le développement de leurs bureaucraties et donc, par la production massive de paperasse. Dans le même temps, les droits et compétences des individus ont été rabotés, soumis à des systèmes coloniaux et redéfinis en fonction du développement différentiel des Etats et de jeux d'alliances internationaux. Tout cela, ajouté à la dispersion territoriale depuis 1948, constitue un brouillage mental supplémentaire pour comprendre les modalités de la pratique de médecines qui coexistaient dans un champ géographiquement contigu. C'est aussi un obstacle pour la recherche, même si le chercheur muni d'un passeport extérieur à la région est avantagé pour la parcourir dans son ensemble.

IV – La collecte de la documentation, oeuvre de passe-muraille

La division frontalière a contribué à façonner notre rapport personnel au terrain, autant que la nature des sources consultées. Aussi le survol des conditions qui ont prévalu à notre collecte des sources nous amène-t-il à nous demander ce qui nous induit à choisir de travailler sur l'histoire médicale d'une région du monde qui ne passe pas pour propice à l'équanimité.

A – Ubu en Westphalie : de la dissémination transfrontalière des sources

La fréquentation de notre terrain, et surtout la découverte des centres de documentation pertinents pour notre travail, nous ont donné matière à réflexion dans l'élaboration de notre raisonnement. Dans la mesure où nous avions pris pour clé d'analyse le diplôme, il y avait un travail réflexif inhérent à l'activité même de travailler, de notre côté, dans la perspective de l'obtention d'un titre académique. C'est ainsi que le diplôme nous est apparu comme la sanction d'un effort de normativité à faire sur soi-même, pour se conformer à un système d'évaluation. C'était aussi bien un titre dont la portée professionnalisante était modulable en fonction de l'intensité de l'activité faite autour de sa préparation : préparer son diplôme et la carrière sur laquelle il ouvre demande bien plus qu'un travail académique et le succès aux examens.

Connaissance des normes, sociabilité périacadémique, valorisation de la recherche, tout cela se retrouvait chez les médecins que nous avions à étudier; mais il y avait encore le problème plus épineux de la maîtrise du terrain. Pour les médecins, cela voulait dire avoir le sens des normes sociales et culturelles dans l'examen des patients, sens qu'il importait d'acquérir dès le passage en clinique au temps de la faculté de médecine. Pour nous, cela voulait dire qu'il fallait connaître les incompatibilités entre les territoires et entre les cercles académiques d'une région du monde divisée en petites unités depuis les années 1920. La division de l'espace n'est pas seulement question de jongler avec les passeports : elle imprime une méfiance tenace entre les chercheurs, et entre les centres de recherche, de part et d'autre des frontières.

La tâche de passe-muraille que nous avions assumée nous a été quelque peu facilitée par l'objet lui-même : si nous avons, par incompétence linguistique, renoncé à chercher notre documentation en Turquie, il apparaissait clairement, dans la presse, dans les centres de documentations israéliens, palestiniens, libanais, syriens et jordaniens que ceux-ci étaient comparativement pauvres en documents relatifs à la médecine, du moins sur l'époque que nous étudions. Les archives du ministère français des Affaires Etrangères, au Quai d'Orsay et à Nantes, constituaient une véritable manne, pour tout ce qu'elles révélaient du fonctionnement de certains hôpitaux, les archives des sociétés missionnaires ressemblaient, par leur abondance inépuisable, aux noces de Cana. Les institutions médicales, tels les hôpitaux de la Church Missionary Society (CMS) ou ceux de la Jerusalem and the East Mission Society (J&EMS) ont attiré notre attention vers les ambiguïtés des acteurs proto-

colonialistes, et d'une manière générale nous avons voulu varier les points de vue. Toutefois, cela compliquait notre travail de collecte en nous imposant d'accumuler une documentation dispersée par des frontières parfois hermétiques.

La difficulté – croissante, depuis 2001 – s'est manifestée dès lors qu'il nous a fallu aller d'un centre à un autre, lors même qu'ils étaient distants de quelques dizaines de kilomètres à peine. Le problème était moins de parcourir la distance, souvent dans l'inconfort, que de faire oublier, et d'oublier un peu nous-même, que nous venions de l'autre côté, afin de ne pas inspirer de méfiance politique chez les archivistes. C'est ce sentiment d'inconfort, plutôt que celui d'être personnellement pris dans une dynamique conflictuelle, qui a dominé notre recherche, pourtant entreprise dans un contexte régional de violence.

B – Nationalisme et schizophrénie : ce que le terrain veut dire pour nous

Peu ou prou, notre recherche s'insère, non pas tant dans une aire culturelle, celle du Proche-Orient, que dans un domaine de recherche où les positions sont tranchées, et les interactions entre chercheurs locaux compliquées, le conflit israélo-palestinien. Celui-ci a beau être anachronique pour une partie de notre période, ou y prendre à tout le moins une importance historiographique démesurée, même si on s'efforce de le remettre en contexte en le renommant conflit arabo-sioniste; le champ de production historique et les problématiques privilégiées restent marquées par une téléologie qui conduit à 1948 et au-delà, le terrain ramène toujours à cette réalité très présente de la confrontation.

« Terrain », avons-nous dit à plusieurs reprises, tout en évoquant notre travail dans les archives; et de fait, il nous est apparu tout autant impossible de réfléchir sur les pratiques médicales du passé, en fermant les yeux sur le présent, que de faire abstraction du conflit. Le terrain, c'est le temps passé auprès de nos amis de Ramallah, D. et I. ; c'est notamment le souvenir de leur toute jeune fille M., qui piaillait tant et plus un soir alors qu'elle avait fini de faire sa deuxième dent, et que Umm K., femme du propriétaire de l'appartement, examina en s'interrogeant: « *Mumkin hiyye mamġūsah ?* » [Peut-être bien qu'elle a mal au bide ?] Et lorsque l'analgésique local qu'I. était allé acheter à la pharmacie se fut montré inopérant, Umm K. fit venir son mari avec un godet d'arak, qu'elle frotta comme un baume sur le ventre de l'enfant; celle-ci dormait deux minutes plus tard, comme le bébé qu'elle était. C'est encore le terrain que les tisanes d'anis que nous faisait A., le *factotum* du centre où nous étions affecté

durant l'année que nous passâmes à Ramallah, pour apaiser mon mal de gorge; le terrain, toujours, lorsqu'A., quittant sa cuisine, nous montrait le dimanche matin les photographies de la manifestation du vendredi contre la construction du mur, dans son village de Bil'īn. Et lorsque nous prenions un taxi collectif depuis le checkpoint de Qalandyah, sur la route de Ramallah, jusqu'à la vieille ville de Jérusalem, il y avait régulièrement des patients munis d'une carte d'identité de résident de Cisjordanie et d'un permis pour raison médicale, objet de toutes les suspicions des soldats au checkpoint d'entrée dans le territoire municipal de Jérusalem « réunifiée ». Souvent, ces gens, atteints d'une maladie des yeux, hélaient le chauffeur en criant « Mustašfā al-'uyūn! » [Hôpital des yeux!] pour lui indiquer de faire un détour. Ils descendaient alors dans le quartier de *Šayḫ Jarrāḥ* pour se rendre à l'hôpital ophtalmologique britannique relocalisé là après 1948, et dont l'ancêtre à l'ouest de Jérusalem habitait une partie de nos archives : nous retrouvions, au fil du trajet, le terrain.

Il nous est facile d'enchaîner comme des perles, sur un mode distancié, ces choses vues qui ne nous engageaient guère. Nous serions embarrassé d'en faire autant pour évoquer ce qui nous a amené à étudier un thème, quel qu'il soit, dans ce terrain conflictuel, hautement médiatisé, auquel ne nous rattachait ni attaches familiales, ni expériences précoces. Pour expliciter notre difficulté, d'ordre essentiellement émotionnel, nous avons plagié sans inhibition le titre de l'ouvrage de Gilles Deleuze et Félix Guattari, *Capitalisme et schizophrénie*[64]. De même que le capitalisme façonne les formes du désir et de sa réalisation, au point que l'individu se sent à la fois être de nature et fondamentalement étranger à l'ordre naturel par ses comportements consuméristes[65], de même les modalités du conflit israélo-palestinien – mais peut-être n'est-ce pas une spécificité – articulent les désirs et les possibilités de leur réalisation à une conditionalité sécuritaire. Est-il bien sûr, est-il bien normal, pour un Palestinien, d'entreprendre un projet de voyage ou d'étude, qui risque d'être mis en suspens par un service de renseignement ou de sécurité ? S'il renonce, qu'est-ce – lui ou le système – qui l'a empêché ? On pourrait également se pencher sur les contradictions émotionnelles et psychiques qui peuvent survenir, parmi les Israéliens, de ce qu'il est convenu d'appeler « la situation », l'impasse politique présente ; mais comme nous avons vécu surtout parmi les Palestiniens, c'était au moment de passer du côté israélien, à Jérusalem-ouest, que notre ressenti avait quelque chose de schizoïde : nous arrêtions de parler arabe, de peur d'attirer la suspicion, nous baissions la voix lorsqu'on nous appelait sur notre téléphone portable, nous trébuchions davantage sur les mots au moment de nous adresser à un caissier, etc.

64 Gilles Deleuze & Félix Guattari, *Capitalisme et schizophrénie. L'anti-Oedipe*, Paris, Les Editions de Minuit, 1972.
65 *Ibid.*, p. 9.

Six années d'études universitaires, entamées alors que la Seconde Intifada était déjà en train, nous ont laissé avec une perception du conflit qui diffère de celles des chercheurs ayant travaillé pendant la période d'Oslo et fait l'expérience de relations plus apaisées entre les deux camps. Lorsque nous passions du côté israélien, notre sensibilité était aiguisée à tout ce qui touchait aux symboles nationaux et à la sécurité, laquelle souvent servait d'alibi à la réalisation de buts nationalistes; mais en retournant du côté palestinien, nous retrouvions un nationalisme, adverse et dominé sans aucun doute, mais plein de symboles et de conventions verbales, et recru de méfiance depuis la militarisation de la confrontation à partir d'octobre 2000. Dans notre expérience, ce que notre situation de recherche avait de schizoïde devait, quoiqu'à des degrés inégaux, à ces deux nationalismes affrontés, le sionisme et le mouvement national palestinien. Nous nous sommes demandé, et nous nous demandons encore, si ces phénomènes émotionnels avaient influé sur notre manière de lire les documents ; il est certain qu'ils ont affecté notre compréhension du paysage.

Nous savons, pour avoir travaillé sur une masse de rapports de jury en vue d'écrire ce mémoire, que chaque discipline a ses propres normes pour tout exercice d'évaluation, examen oral, disseration ou mémoire de thèse. Les normes varient selon la finalité du travail, et selon la discipline. Ainsi, le « je » est à proscrire dans un mémoire de thèse d'histoire, même si les historiens font souvent preuve, dans leurs écrits publiés, de beaucoup plus de naturel. Le « nous » est inusité, et le « je » quasi-obligatoire, dans une discipline comme l'anthropologie. Au vu de ce que nous venons de dire sur notre vécu émotionnel à l'égard du terrain, nous voulons pourtant retracer sans masque, à la première personne du singulier, ce qui nous a amené à notre recherche. Ce ne sera d'ailleurs pas la seul entorse aux conventions académiques que l'on trouvera dans notre monologue biographique :

> « [...] *Il n'y a rien qui m'ait vraiment prédisposé à étudier l'histoire de la Palestine. Enfin pas grand-chose... C'en est même gênant quand on me pose la question rituelle du pourquoi de mon sujet! Il faudrait chercher du côté de la famille. Mes parents étaient des cathos de gauche. Ca voulait dire beaucoup de choses, vers la fin des années 70! C'était beaucoup de papier, d'abord. Il y avait notamment* Croissance des jeunes nations*, avec ses photos d'enfants mal nourris et de pipe-lines, ses titres sur les responsabilités économiques du Nord envers le Sud. C'était encore naïf à l'égard des décolonisations, mais ça valait mieux que le cartiérisme, que mon père vomissait.*
> *J'aimais bien, à l'époque un manuel de catéchisme appelé* Pierres vivantes*, qui était assez ouvert et facile d'accès. Et puis il était plein de cartes, alors j'apprenais des cartes de la Palestine avec le la Judée, la Samarie, la Galilée. Il y avait un trait, une autre couleur pour le Décapole, et je me demandais à qui ça appartenait, le Décapole... Le manuel avait été critiqué par les évêques de France comme tendancieux, un peu trop ouvert d'esprit. Ma mère n'en décolérait pas!*

Chez moi, on était à fond dans le tiers-mondisme, donc. C'était CCFD, etc. Sur le conflit israélo-palestinien, pas moyen de me rappeler... [Se gratte le crâne ostensiblement.] *Je me souviens qu'à un moment, on s'est mis à parler de Sabra et Chatila. Il y avait eu un massacre. Mais j'avais 8 ans, même pas, et dans mes souvenirs de l'époque, ça n'est pas clair, c'est comme si ça c'était passé en haut de la tour du Phénicia* [l'hôtel Phénicia à Beyrouth, occupé par les Palestiniens, et que les Israéliens avaient fait exploser]. *Mes parents parlaient peut-être de la Palestine, ils lisaient sûrement sur le sujet. Des années après, en triant des vieux journaux, je suis tombé sur un numéro de* TC [*Témoignage chrétien*] *du début des années 70, dont la couverture exortait « nos frères juifs » à libérer « nos frères palestiniens » du joug sioniste. Il y avait donc une imprégnation, on en parlait tout le temps sur les ondes, comme du Liban, et pour comprendre, il fallait se lever de bonne heure. Sur la Cisjordanie et Gaza, bernique! Pas un souvenir conscient! Ah, si, en 1986, la radio a rapporté une attaque contre le maire de Naplouse, présenté comme un « modéré ». Quand je suis arrivé à Naplouse en 2000, et que j'ai rapporté ce souvenir, mes amis ont tous cru qu'il s'agissait de Bassām al-Šaka'ah, qui a perdu l'usage de ses deux jambes lorsque des colons ont plastiqué sa voiture avec l'appui logistique secret de l'armée. J'ai compris par la suite la méprise: l'attaque dont je me souvenais était le meurtre de Ẓāfir al-Maṣrī, buté par le FPLP; « modéré » voulait dire « collabo »...* [Eclate de rire.] *Et puis il y a eu la Première intifada, les morts de la journée juste avant le repas du soir, et une émission de « 7 sur 7 » où Anne Sinclair demandait à Ibrahim Souss pourquoi la « violence » des jets de pierre; et ce dernier de répondre en cabotin, du berger à la bergère, en demandant à la journaliste comment il se faisait qu'elle était insensible au courage d'une jeunesse qui se lève ainsi pour son pays ? En prépa, un certain nombre de copains parlaient régulièrement du Proche-Orient, généralement dans une orientation sioniste de gauche. Je me taisais en général, un peu intimidé.*

Bon, avançons un peu. En 1996, j'ai commencé un mémoire sur les voyageurs anglais au Proche-Orient. Mon directeur m'a imposé à un moment donné de préciser le sujet, ce que j'hésitais à faire. Sur son injonction, je me suis ainsi retrouvé à travailler sur la Palestine. C'est pour ça que je suis gêné, dès qu'on me demande comment j'en suis venu à ce sujet: initialement, c'est le hasard, on a décidé pour moi. C'est pas glorieux! J'y suis allé en pèlerinage à l'été 97; c'était d'une complexité délirante, nous avons visité l'hôpital Caritas de Bethléem ; une bonne soeur nous a expliqué, avec une grande condescendance pour les patients, comment on organisait la prise de médicament, avec des couleurs pour chaque jour de la semaine, et souvent des placebos, etc. Je n'y connaissais rien, j'étais fasciné. Je suis retourné 15 jours pour mon DEA au début 2000, j'avais les pieds mouillés – il avait neigé sur Jérusalem – et les idées pas très au clair: je passais mon temps à rencontrer des chercheurs qui se renvoyaient des accusations d'antisémitisme, de mensonges mythologiques, etc.

Et puis je suis débarqué début octobre 2000 à Naplouse, avec dans l'idée que j'allais bien apprendre l'arabe, sillonner la région... Ca n'a été probant sur aucun des deux plans, mais c'était mémorable. La ville était encerclée, mais on sortait quand même comme on voulait, par des chemins détournés, ça paraissait idiot. C'était même un jeu. En revanche, en passant la Ligne verte [la ligne d'armistice de 1949]*, je me sentais toujours un peu nerveux*

pendant quelques minutes, parfois plus, comme un étranger en situation pas très régulière. C'était bête, mais je n'ai jamais complètement réussi à rationaliser cette impression.
Je suis revenu de là avec les idées plus nettes et bien trempées, et une bourse pour faire ma thèse. La situation n'a pas cessé de se détériorer, et moi de ronger mon frein. Ce qui me rendait le plus nerveux, au fond, c'était tous les contrôles; moins aux checkpoints qu'à l'aéroport, avec toutes les questions, et désormais la crainte de ne pas avoir de visa. Soudain, j'étais moins faraud. Pour l'essentiel, de toute façon, je me concentrais sur ma thèse, d'autant plus que ça chauffait pour les militants pro-palestiniens. »

Entre l'imprégnation de longue durée et l'expérience politique du terrain, il faudrait trouver une place pour les interactions sociales ordinaires, qui n'étaient pas tendues en général, mais qui, en revanche, étaient toujours un terrain glissant dès lors qu'il était question de politique. De fait, il y a quelque chose de notre angoisse face au caractère arbitraire et inquisiteur des autorités actuelles dans le poids que nous accordons ici à la problématique des pouvoirs qui s'ingèrent sur le terrain médical : la comparaison est frappante, mais pour éviter le placage d'idées anachroniques, il fallait expliquer le passé par le passé.

V – Plan de l'étude

Nous avons organisé notre étude en trois temps principaux, allant de l'énonciation des normes d'exercice de la médecine et de leurs transformations à partir du règlement de 1861, en passant par l'analyse des caractéristiques de la formation médicale diplômante dans ce nouveau contexte, pour aboutir sur le terrain, dans le sud du bilād al-Šām proprement dit, et y analyser les interactions des médecins dûment titrés avec le reste des métiers de la santé et avec la patientèle. La position centrale que nous avons accordée aux écoles et facultés de médecine correspond à notre hypothèse qui fait du diplôme de médecine l'opérateur par lequel la modification des normes légales a une effectivité quantitative manifeste, et une incidence plus inégale, dans l'ordre des pratiques, sur les actes médicaux et sur les pratiques de santé de la patientèle.

En guise d'exposition (chapitre 1), nous sommes parti d'un questionnement connexe sur les métiers de la médecine de la fin du dix-huitième siècle à 1861, à travers leurs bases de savoir, leurs pratiques, leur dissémination et leur ancrage local, et sur l'existence et l'applicabilité de normes de droit médical dans le Proche-Orient ottoman. Deux thématiques

principales se croisent ici : celle de l'existence d'une organisation professionnelle, ou plutôt d'un ensemble d'organisations professionnelles locales, régies par des normes reposant principalement sur l'avis des pairs; et celle de la transmission des savoirs. Ce dernier aspect recouvre à son tour deux dimensions principales, les échanges de connaissances thérapeutiques à l'échelle régionale ou internationale, et les modalités privilégiées de l'apprentissage, comme processus pratique et comme instrument de reproduction sociale ou plutôt de capitalisation autour d'une spécialité familiale. Ce n'est pas que ces deux dernières dimensions soient indépendantes, car l'idée reçue de la stagnation de la médecine arabe à partir du quatorzième siècle s'appuie essentiellement sur la perception de celle-ci comme un art purement transmis et nullement novateur. On pourrait penser que les structures sociales et notamment familiales de contrôle de l'apprentissage médical dans l'ensemble du monde arabo-musulman ont pu inhiber la recherche. Nous n'avons pas la prétention de donner une réponse à cette échelle ; mais l'histoire de la médecine *Unani* en Inde, elle aussi héritée de la médecine arabe de l'islam classique, suggère une réelle transformation des savoirs au dix-neuvième siècle ; et de notre côté, nous avons trouvé matière à nuancer le monolithisme supposé de la médecine traditionnelle arabe au Proche-Orient.

Les échanges médicaux internationaux, ou plutôt l'arrivée d'un nombre croissant de médecins plus ou moins compétents dans la première moitié du dix-neuvième siècle n'est pas étranger à la volonté ottomane de transformer les normes d'exercice de la médecine (chapitre 2). Nous avons d'abord envisagé la mutation de celles-ci du point de vue du droit médical et de son application. C'est donc aux dispositions légales affectant les métiers de la santé, et à leur degré d'application entre 1861 et l'occupation britannique, que nous avons consacré notre deuxième chapitre. Deux dispositions principales contribuent à réorganiser sur le plan légal les métiers de la médecine : la première est le contrôle de l'exercice sur la base du diplôme de docteur en médecine, qui fait des formations en école ou en faculté de médecine les seules, à terme, que l'Etat ottoman se réserve de reconnaître comme valides pour donner le plein droit de pratiquer. La seconde entérine le rôle de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, instance émanée de l'Ecole Impériale de Médecine (EIM), comme instance unique et souveraine de contrôle de l'exercice de la médecine et de publication des règlements pratiques relatifs aux métiers de la santé et à la thérapeutique. C'est à dessein que nous parlons d'instance souveraine, car l'affirmation du monopole du contrôle des professions de santé est affaire non seulement d'autorité de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, mais bien de souveraineté ottomane. Si nous ajoutons que les professeurs de l'EIM animent également les sociétés professionnelles de médecins dans la capitale ottomane, il apparaît que,

sur le papier, les conditions d'une professionnalisation poussée de la médecine existent à l'orée des années 1870. L'idée d'une compétence propre et exclusive du groupe des médecins diplômés est déjà là, répercutée dans la loi par la connexion entre les instances de contrôles et les embryons d'organisation professionnelle. Qu'en est-il de l'application de ces dispositions sur le terrain ? Dans le sud du bilād al-Šām, elle n'est pas uniforme. Ceci suscite la question de savoir si la masse critique est atteinte, du point de vue des effectifs médicaux, pour que l'administration ottomane ait lieu d'entreprendre un effort de conformation du paysage médical local aux normes officielles, avec toutes les difficultés à prévoir. Pour répondre, il faut poursuivre la recherche à deux niveaux, celui de la formation académique et celui de la constitution d'une population de médecins sur le terrain.

Les modalités de l'instruction médicale, auxquelles nous consacrons notre deuxième partie, nous amènent à élargir la place qu'occupe la question de souveraineté dans la réforme médicale ottomane. L'existence d'écoles de médecine étrangères sur le territoire ottoman, fondées sans autorisation de l'Etat central, crée les conditions d'un conflit durable entre celles-ci et l'Ecole impériale de médecine, dont la principale pomme de discorde est la reconnaissance des diplômes des facultés étrangères installées à Beyrouth, la Faculté Française de Médecine (FFM) fondée par les Jésuites et le Département médical du Syrian Protestant College (SPC) américain. En étudiant les conditions de production des diplômes de la première de ces deux institutions, il nous est apparu que la négociation engagée, et maintes fois réengagée, avec les autorités ottomanes pour la reconnaissance officielle des titres délivrés aux étudiants avait eu une influence formatrice dans la conception des enseignements et des examens. Aussi avons-nous jugé bon d'inverser l'ordre logique de la carrière, qui conduit de la formation aux examens et à l'obtention des diplômes : nous sommes allé de la négociation sur les diplômes vers les modalités d'enseignement.

Le chapitre 3 aborde donc tout ce qui a trait au diplôme, comme titre, comme objet matériel et textuel, comme motif de conflit et comme source de fierté individuelle chez les anciens étudiants beyrouthins. Il apparaît que la discorde autour de la validité du doctorat en médecine et les conditions de sa délivrance ont une incidence de longue portée sur la formation d'un esprit de corps parmi les médecins issus d'une même université et sur la valorisation des titres académiques en général dans les facultés du Proche-Orient. Dans l'immédiat, le conflit et sa résolution placent la conception de la formation sous la tutelle, redoublée et concurrente, de la puissance étrangère protectrice de la faculté de médecine et de l'Ecole impériale de médecine.

Quant au chapitre 4, il est consacré au recrutement des étudiants et aux enseignements

proprement dits. Après avoir montré l'importance du diplôme comme point de départ de la carrière des médecins, nous avons constaté que la formation médicale inclut une dimension de formatage intellectuel, tant sur le plan philosophique que sur celui de la discipline d'étude. Toutefois, les conditions socio-culturelles de l'enseignement médical induisent une certaine marge d'application des normes, des accommodements nécessaires par rapport aux programmes académiques contemporains en Occident, et en définitive une acculturation des conceptions qui le dominent, le paradigme anatomopathologique, la valorisation de la clinique et, à un moindre degré, la médecine de laboratoire (bactériologie, parasitologie, etc.). La médecine occidentale se transforme en se déplaçant, et de plus, elle intègre certaines conceptions philosophiques de la médecine traditionnelle arabe. Toutefois, ses praticiens se distinguent nettement de la pratique autochtone, tant par leurs approches thérapeutiques que par leur regard médical et leur discours sur la santé et la maladie. Ils font carrière dans un marché du travail spécifique, auquel les administrations des facultés de médecine s'efforcent de les aider à s'intégrer.

C'est à cette insertion sur le terrain que nous consacrons notre troisième et dernière partie, la plus longue, la plus étoffée aussi, parce qu'elle englobe l'essentiel de la carrière. Nous y étudions l'insertion professionnelle locale des médecins en tant que population, et leurs interactions avec le paysage médical d'une ville et de sa région. Ces deux orientations générales montrent qu'il y a bel et bien un décollage numérique de la médecine occidentale, et une visibilité sociale croissante de ses praticiens. Elles font voir également qu'il existe une frange d'opinion moderniste favorable à une transformation globale de la pratique médicale. Toutefois, l'image d'ensemble est celle d'un champ médical fractionné, dans lequel le confessionnalisme et les rivalités politiques encouragent la création des institutions médicales et la croissance des effectifs de la population des médecins. A l'inverse, des formes de résistance culturelle et une intime réticence pour des raisons de manque de convivialité expliquent qu'une partie importante de la patientèle reste à l'écart des hôpitaux et des cabinets de consultation des médecins diplômés. Plusieurs batailles se livrent dans le champ médical, et l'augmentation des effectifs formés en faculté ne signifie pas le triomphe de la médecine.

Comment avons-nous pu nous faire une idée de la population des médecins diplômés qui exercent dans le sud du bilād al-Šām ? Nous sommes parti d'un travail prosopographique, par l'établissement d'une base de données et d'indices dont la méthodologie et le recensement des sources occupent le chapitre 5. En définitive, la réduction des informations à des caractères uniformes et quantifiables est surtout possible pour des données qui définissent l'origine et la géographie de la carrière. Toutefois, il est possible, en complétant l'approche

holiste et quantitative de cette population par des analyses qualitatives, de dresser un tableau de la carrière des médecins diplômés en général. Le premier aspect est d'inscrire les logiques, en particulier institutionnelles, du peuplement médical dans la cartographie (chapitre 6), et le second de dégager une sociologie des quelques filières que suivent les médecins, en amont de leur arrivée et à partir de leur installation dans le sud du bilād al-Šām (chapitre 7). Ce ne sont en effet pas n'importe quels médecins qui viennent s'y établir, et les différents profils-types de carrière des médecins que nous avons recensés obéissent à des motivations précises, qui les poussent notamment à rester définitivement, ou au contraire à ne considérer ce moment de leur vie professionnelle que comme une étape. Nous voudrions par là toucher du doigt les motivations les plus fréquentes des médecins installés dans le pays, dont la population est sociologiquement si particulière par rapport à la généralité des habitants des environs. Enfin, au terme de cette analyse globale de la population des médecins, nous avons voulu voir comment le choix d'installation, de comportement à l'égard de la patientèle, bref tout ce qui fait que le praticien diplômé peut avoir une allure typée et même exotique. Cette problématique de l'image des médecins, et corrélativement de leur réception constitue un appendice à notre analyse prosopographique (chapitre 8).

Si toutefois nous nous arrêtions à ce point de la description des métiers de la médecine, nous conforterions l'idée que la médecine occidentale était apparue là où il n'y avait jusque là rien, ou rien du moins qui vaille qu'on en parle. Si nous changeons d'échelle, et passons à une analyse locale, il est plus facile de percevoir comment les différents métiers de la médecine arabe traditionnelles constituent tout au long de notre période un environnement sociologique compact et nullement résiduel. En étudiant Naplouse et ses environs (chapitre 9), nous avons pu faire ressortir un certain nombre de déterminants du choix des patients et donner une image du pluralisme médical moins simple et moins tranchée que l'opposition entre la médecine occidentale d'un côté et toutes les médecines autochtones de l'autre. Au-delà du discours moderniste et sûr de soi des médecins diplômés, les différentes médecines coexistent et quelques accommodements mutuels, quelques influences réciproques apparaissent çà et là. Ne faut-il pas, alors, relativiser l'impression de triomphalisme qui accompagne la médecine occidentale à l'époque coloniale, et sa prétention à avoir seule une valeur dans l'ordre thérapeutique ?

Nous avons conscience que le diplôme est un fil bien ténu : ne risquons-nous pas de surdéterminer la carrière en la rattachant systématiquement à la formation médicale ? La possession d'un diplôme par les médecins européens ou occidentalisés n'est-elle pas indifférente aux autres praticiens ? Voire ! L'histoire de l'infortuné Rüşen Bey nous conforte

plutôt dans notre choix.

Première partie : les conditions juridiques et socioprofessionnelles de la pratique médicale

Les médecines arabe traditionnelle et occidentale entretiennent des relations complexes, irréductible à leurs positions respectives dans les histoires du progrès scientifique, qui font de la première l'instrument de transmission de la médecine grecque et de la secondaire la récipiendaire innovante de ce patrimoine. En laissant de côté le caractère téléologique et fonctionnel de cette interprétation, il reste que les relations entre ces deux médecines posent des difficultés particulières dans le contexte de l'époque coloniale et des ingérences impériales de l'Europe dans l'Empire ottoman du dix-neuvième siècle : aux yeux des observateurs occidentaux contemporains, tout se passe comme si « le vieil homme malade » ne connaissait pas de médecine adéquate, ni au sens figuré – la réforme de l'Etat –, ni au sens propre. Dans cette perspective, il faudrait donc exporter d'Europe vers l'Empire une science médicale réformée.

Ceci conduit à concevoir le dix-neuvième siècle ottoman comme une période de pluralisme médical, durant laquelle la médecine occidentale deviendrait la médecine offielle de l'Empire et remplacerait progressivement la pratique médicale autochtone. Cette idée est confortée par le processus de réforme des normes relatives à l'exercice de la médecine. Toutefois, elle suscite des interrogations : qu'entend-on par pluralisme médical ? La notion est-elle appropriée pour décrire la situation qui prévaut au dix-neuvième siècle, plus que le paysage médical des siècles précédents ou des Etats post-ottomans ?

Le pluralisme médical est une idée labile. En l'employant, on suppose non seulement une diversité, mais une différence marquée entre des formes de pratique médicale. Comment s'opère la distinction ? La catégorisation des médecines, puis la réflexion sur le sens symbolique de cette catégorisation par les informateurs ont suscité des débats sans fins entre anthropologues. Nous ne voulons pas proposer une théorie générale du pluralisme médical, mais seulement repérer sur quels points il y a potentiellement différenciation des médecines,

et où, dans l'espace des possibles ainsi défini, se situent les distinctions pertinentes pour notre objet. En partant de l'idée que la médecine est à la fois une science et un art, et qu'elle repose, en tant qu'activité, sur les relations entre médecin et patient, on peut discerner plusieurs plans, qui ne sont pas parfaitement indépendants, dans lesquels les médecines se répartissent.

Le premier est l'ordre des savoirs à proprement parler : les médecins s'opposent sur des options, sur les méthodologies de la découverte en médecine, sur le fait de structurer ou non les connaissances en système, sur la construction des étiologies, rapportées à des facteurs extérieurs, étrangers à la personne (étiologies naturalistes), ou intérieurs, engageant l'individu sur le plan physiologique mais également, parfois, sur le plan moral (étiologies personnalistes). Cette dichotomie a l'avantage d'englober des jeux d'oppositions courants dans la science médicale : causes naturelles contre causes surnaturelles, causes sociales contre causes personnelles. En définitive les causes surnaturelles tendent à être rattachées à des êtres anthropomorphes (les *jinn*-s) ou à l'action d'autres individus (le mauvais oeil), et les causes sociales sont de celles pour lesquelles on ne saurait attribuer de responsabilité personnelle précise. L'alternative entre étiologies personnalistes et naturalistes fonctionne bien pour le Proche-Orient ottoman[66]. Un tour rapide des différences entre médecine occidentale et médecine arabe traditionnelle sur ce point montre des différences notables de conceptions anatomiques et physiologiques, de connaissances en matières d'opérations chirurgicales, et à partir des années 1870, de fondements théoriques de la maladie et de l'action médicale. Tout ceci est loin de recouvrir la totalité des savoirs médicaux, car le médecin continue à prescrire un certain nombre des mêmes remèdes qui marchent.

Le deuxième plan est celui du statut institutionnel. Il y va non seulement de la légalité de la pratique médicale, mais des différentes modalités de celle-ci : pratique-t-on en vertu d'une situation de complète liberté médicale sur le plan du droit, ou bien dans un cadre réglementé ? L'encadrement est-il du côté des actes médicaux en eux-mêmes, licites ou illicites, ou bien inclut-elle aussi une dimension de contrôle préalable au moment de la formation, voire de contingentement des effectifs médicaux ? Dans l'Occident du dix-neuvième siècle, la situation varie d'un pays à un autre, entre des pays où la médecine est rigoureusement encadrée, comme la France post-révolutionnaire, et d'autres où le principe de liberté médicale est entendu dans un sens moins contraignant, mais où, néanmoins, un processus normatif a progressivement lieu : il en va ainsi de la Grande-Bretagne. D'une manière générale, la formation reconnue passe par les écoles de médecine, dans un cadre de

66 Sur l'opposition entre étiologies naturalistes et étiologies personnalistes, cf Giovanni Levi, *Le Pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVIIe siècle*, coll. « Bibliothèque des histoires », coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, NRF-Gallimard, 1984, pp. 41-45.

plus en plus spécifiquement hospitalo-universitaire. Qu'en est-il au juste dans l'Empire ottoman ? Quelles sont les principes normatifs qui y entourent la médecine ? La formation est-elle informelle, sur le tas, ou conçue comme un enseignement scolaire ? Nous allons bientôt voir que « ou » n'est pas nécessairement exclusif.

Dans le bilād al-Šām, trois dates sont significatives de ce point de vue. La première est celle de la fondation des écoles de médecine rivales d'Abū Za'bal au Caire et d'Istanbul, en 1827. Ces deux facultés restent néanmoins difficiles d'accès pour les candidats-médecins syriens. La deuxième est celle de la publication d'un règlement sur l'exercice de la médecine dans l'Empire ottoman en 1861 : seuls sont officiellement habilités à exercer la médecine ceux qui ont obtenu un diplôme de l'Ecole impériale de médecine ou d'une faculté de médecine reconnue par l'administration ottomane. La troisième date est 1871, année de la première promotion de médecins diplômés de la première faculté médicale régionale, celle du Syrian Protestant College de Beyrouth. Formellement, ces étapes créent les conditions du développement d'une pratique médicale sous encadrement institutionnel. La linéarité de l'évolution vers une opposition entre médecine académique officielle et médecine autochtone non reconnue n'est pourtant que le produit d'une illusion rétrospective, à partir d'une configuration actuelle. En pratique, le diplôme s'impose rapidement comme signe de légitimité professionnelle, mais la patientèle reste massivement fidèle aux praticiens de la médecine arabe traditionnelle. En outre, la documentation ne va pas dans le sens d'une médecine occidentale monolithique, ni conforme à ses propres normes formelles : cela supposerait que la pratique de la médecine est fidèle à l'enseignement canonique que le diplôme vient sanctionner, et que les praticiens appliquent tel quel le contenu de la formation reçue à l'école de médecine. En revanche, la formalisation académique de l'enseignement médical encourage les médecins diplômés à se distinguer des autres. Les écoles de médecine transmettent très efficacement le sentiment de pratiquer un art supérieur, et la posture d'autorité qui en découle.

Enfin, on peut considérer que les médecines se différencient sur le plan de la relation entre médecin et patient : selon le contexte culturel, elle est plus ou moins asymétrique, plus ou moins directive de la part du médecin, plus ou moins participative pour le patient. On peut trouver dans deux régions du monde différentes une pratique médicale fondée sur les mêmes connaissances, des systèmes médicaux analogues, une situation institutionnelle comparable, et néanmoins observer des médecines très différentes, du fait que la relation entre médecin et patient est en partie soumise à une codification culturelle très différente. Dans l'Empire ottoman, on peut se demander si l'organisation sociale très hiérarchique et les relations de

genre ne rendent pas fondamentalement différente la pratique de la médecine, y compris de la médecine occidentale.

Toutefois, ces remarques appellent deux questions. La première est de savoir s'il convient de parler de pluralisme médical pour décrire une situation où la médecine occidentale est importée, en partie sur un mode proto-colonial, et s'affirme comme radicalement différente, et en fait comme seule légitime. La différence entre elle et la médecine arabe traditionnelle est-elle surtout apparence ? De fait, les médecins occidentaux ou formés à l'occidentale cultivent la différence d'image. Donnant consultation dans un cabinet, un dispensaire ou un hôpital, vêtu en costume de ville ou en blouse, un praticien diplômé d'une faculté détonne, par son allure, ses manières de s'entretenir avec les patients, ou l'esthétique de son univers de travail. La promotion d'une médecine à l'européenne, inculquée par une formation théorique et pratique très réglée, est aussi affaire de style. Par leur respect de différents codes qui façonnent l'image sociale, et par le recours à des procédures professionnelles apprises, les médecins affichent et intériorisent une différence culturelle. Elle recouvre une part d'imitation, celle d'un entourage mais aussi celle de modèles professionnels. Entre les publicités et la langue utilisée par les médecins, la *mimésis* de l'Europe s'exprime à la fois sur le registre linguistique et communicationnel, et sur celui de l'autopromotion sociale. A ceci correspond une sociabilité, un esprit de corps aussi, qui restent de l'époque des études en faculté, qui orientent le style de vie et les trajectoires professionnelles.

De là découle la seconde question : la différence culturelle dans la pratique de la médecine n'est-elle pas instrumentalisée au bénéfice de la formation académique, comme du reste la scientificité ? C'est sans aucun doute le cas, au bénéfice de plusieurs acteurs différents.

Le premier de ceux-ci est l'Etat impérial. Celui-ci a vu, au dix-huitième siècle, une partie de ses possessions territoriales s'éloigner progressivement au bénéfice de potentats armés qui se finançaient sur le pays grâce au fermage des impôts[67], voire devenir largement autonomes[68]. Il a en outre dû accepter l'indépendance ou le détachement de certaines provinces au terme des guerres de la seconde moitié du dix-huitième siècle, puis des années 1820[69]. *Condottiere* ambitieux, populations chrétiennes qui se revendiquent comme

67 André Raymond, « Les provinces arabes (XVIe-XVIIIe siècle) », in Robert Mantran (dir.), *Histoire de l'Empire ottoman*, Paris, Fayard, 1989, p. 225.

68 *Ibid.*, pp. 379-380 ; Bruce McGowan, « The age of the *Ayans*, 1699-1812 », in Halil Inalcık & Donald Quataert (éds.), *An Economic and social history of the Ottoman Empire, 1300-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, pp. 661-663.

69 McGowan, *Art. cit.*, in Inalcık & Quataert, *Op. cit.*, p. 644 ; Thomas Philipp, *Acre. The rise and fall of a Palestinian city, 1730-1831*, coll. « The history and society of the Modern Middle East », New York, Columbia University Press, pp. 29-93 ; Henry Laurens, « Naissance de la nation égyptienne », in *Orientales*

nationalités distinctes, voisins russe et autrichiens conquérants constituent les principaux traits d'un Etat dont la souveraineté est de plus en plus souvent contestée le fusil à la main. A cela s'ajoutent les arrangements pris par les puissances européennes avec le gouvernement du Sultan pour pouvoir établir des relations commerciales. Les consulats installés dans l'Empire exercent une protection sur certains sujets ottomans et certaines institutions, au titre des Capitulations, qui donnent aux protégés de larges immunités ainsi que le droit d'être jugé dans des conditions très favorables par un tribunal mixte formé du consul et de représentants de l'administration locale. En pratique, le système capitulaire donne une quasi-extraterritorialité aux institutions et aux sujets protégés.

Le processus de réforme tenté à plusieurs reprises, et entamé avec vigueur en 1839[70], vise à réaffirmer la souveraineté ottomane en choisissant des options de développement politique et économique d'inspiration moderniste. Ce mouvement inclut de grands travaux et l'extension de l'autorité étatique à un certain nombre de domaines et de services, dont la médecine.

Les acteurs européens poussent à la roue dans le sens de la formalisation du droit médical, en utilisant la médecine comme relais d'influence et comme moyen de s'acquérir des atouts matériels sur place.

Les intérêts d'une partie des médecins va certainement dans le même sens, par intérêt à renforcer les normes d'exercice, qui, à travers l'histoire de la médecine arabe depuis l'islam classique, semblent toujours définies dans des cadres géographiques limités et incertains. P. Pormann note la difficulté à cerner en Islam au Moyen-Âge, la médecine reconnue, digne du nom de science, de celle qui est regardée par tous et notamment les médecins respectés comme tromperie ou pratique irresponsable et ignorante. Faute d'un critère applicable, de preuves exigibles de compétence, un certain flou subjectif entoure la réputation des médecins[71]. Le diplôme opère de façon plus tranchée en distinguant son exercice légal de tout le reste.

Qu'en est-il du côté des patients ? Les témoignages – jamais ceux de patients ou presque – sont ambigus, entre les marques de déférence à l'égard des médecins européens, et les remarques récurrentes sur la répugnance face à la médecine occidentale. On découvre une pluralité des recours thérapeutiques[72]. La différence se fait notamment sur le plan relationnel. L'autochtonie et l'hétérochtonie de l'usage de la langue, la possession ou non des codes des

I. Autour de l'expédition d'Egypte, coll. « Moyen-Orient », Paris, CNRS Editions, 2004, pp. 245-251.

70 Paul Dumont, « La période des *Tanzîmât* (1839-1878) », in Mantran, *Op. cit.*, pp. 459-500.

71 Peter E. Pormann, « The Physician and the Other : Images of the Charlatan in Medieval Islam », in *Bulletin of the History of Medicine*, été 2005, vol. 79, n°2, pp. 189-227.

72 Chiffoleau, *Op. cit.*, p. 194.

relations de genre, la connaissance pratique de l'espace local, des hiérarchies sociales, des lignages et des réseaux de pouvoirs semblent être quelques uns des facteurs structurant des préférences des patients à l'intérieur du pluralisme médical. La consommation médicale tient à la confiance qu'inspire le praticien par son ancrage dans le pays ; mais quelle place peuvent jouer, dans le choix du médecin, les représentations attachées par la patientèle au type de médecine qu'il pratique et incarne ? Ce type de choix révèle la construction sociologique des choix de recours thérapeutique, en fonction de l'image différenciée des cultures arabe autochtone et occidentale[73]. Le pluralisme médical n'est pas une représentation objective, fondée sur des séparations théoriques franches ou sur des différences radicales de conditions d'exercice[74]. Il le devient sur le plan institutionnel, avec le règlement de 1861.

73 Pierre Bourdieu, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, coll. « Le Sens commun », Paris, Editions de Minuit, 1979, notamment pp. 293-364.

74 De fait, peu d'ouvrages abordent le pluralisme médical en en faisant l'objet proprement dit de leurs enquêtes historiques ou anthropologiques. Il sert davantage de catégorie heuristique pour guider la description ethnographique, avant d'être abandonné comme outil d'analyse pour une de ses interprétations possibles: pluralité des systèmes médicaux ou des recours thérapeutiques, interactions entre orthodoxie et hétérodoxie médicales qui se définissent selon des modalités qu'on peut assimiler à la sociologie de l'étiquetage [*labelling*] d'Erwin Goffmann et Howard S. Becker (cf Howard Stanley Becker, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, coll. « Observations », Paris, Métailié, 1985) ainsi, pour le domaine médicale, qu'Eliot Freidson, *Op. cit.,* etc. On peut néanmoins signaler deux ouvrages relativement récents qui placent le pluralisme médical au centre de leur réflexion: Jean Benoist (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996, et Waltraud Ernst (éd.), *Plural medicine, tradition and modernity, 1800-2000*, coll. « Studies in the social history of medicine », Londres / New York, Routledge, 2002, qui abordent le pluralisme médical d'un point de vue respectivement anthropologique et historique.

Chapitre 1 : Une activité aux nombreux métiers : pratiquer la médecine dans le sud du bilād al-Šām dans la première moitié du XIXe siècle

Introduction :

Dans le Proche-Orient du début du dix-neuvième siècle, la médecine est pratiquée par un ensemble composite de praticiens : c'est parmi les parfumeurs (*'attār*-s*), les marchands de khôl (*kaḥḥal*-s*), les barbiers (*ḥallāq*-s*), les sages-femmes (*qābilah*-s* ou plus ordinairement *dāyah*-s*), mais aussi certains *šayẖ*-s*, mais encore certains religieux chrétiens ou juifs, et d'autres, qu'ils se recrutent. La liste de praticiens divers que nous venons d'énumérer suggère au moins deux questionnements pour cerner si l'on peut parler de pluralisme médical avant le règlement de 1861. Le premier se situe du côté d'une pluralité formelle : à savoir, de chercher s'il existe une organisation, socioprofessionnelle ou juridique, de la médecine avant cette date. Le second se situe du côté des représentations : est-ce que les distinctions du discours savant sur les formes du pluralisme médical – isolant notamment les formes de médecine dérivées d'explication naturelles de celles d'ordre surnaturel – ont un sens dans les représentations autochtones ? Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui différencie les praticiens dans le choix des patients, et qui fait que tel a meilleure réputation que tel, ou qu'on préfère aller voir aller voir le moine du village voisin dans une certaine circonstance, et le barbier dans telle autre ?

La question de l'organisation socioprofessionnelle de la médecine a un volet institutionnel et un autre d'ordre économique. Le premier consiste à déterminer s'il y a application effective de normes, et selon quelles modalités ; le second revient à analyser la médecine comme un service aux praticiens d'assurer leur subsistance. L'idée de profession médicale va de pair avec l'existence d'une normativité dans l'exercice de la médecine, et donc de modes de contrôle. Ici, plusieurs options non-exclusives se superposent : l'encadrement de la pratique médicale passe par la sélection et le formatage lors de la transmission, et par cette

pluralité des métiers qui ressemble – mais jusqu'à quel point ? – à une forme de division du travail. Y a-t-il auto-organisation, sous la forme d'une profession autonome ? Quel rôle la loi et la justice jouent-elles dans le contrôle de l'exercice de la médecine ?

L'idée de marché médical, qui a inspiré des études en profondeur des revenus et des coûts professionnels, des modalités de rétribution, etc.[75] n'est pas un point de départ efficace, bien que nous devions nous demander dans quelle mesure la médecine constitue une activité économiquement viable pour les praticiens. En premier lieu, il est trompeur de définir de but en blanc la médecine comme un service au sens économique, *a fortiori* comme un service marchand. Nous verrons à diverses reprises, et notamment au chapitre 9, qu'il y a des formes indirectes de rétribution matérielle pour les soins, mais d'un point de vue formel et doctrinal, dans la région qui nous concerne, les secours médicaux s'inscrivent en dehors de la logique économique jusqu'au dix-neuvième siècle. En outre, nous manquons de documentation pour mener une analyse sur les revenus médicaux après 1861, et *a fortiori* avant cette date. L'idée de marché médical est en revanche très éclairante si on la resitue à l'intérieur d'une analyse du champ médical, avec ses rapports de forces et ses déterminants multiples. S'il y a un degré de liberté et de concurrence dans le paysage médical, tout un éventail de facteurs sociologiques et anthropologiques contribuent à structurer la demande de soins.

Si nous nous concentrons sur la répartition des activités, la spécialisation des actes médicaux effectués par les différents praticiens et les préférences qui guident le choix des patients inviteraient à parler de division du travail : non au sens d'une rationalisation dont la rationalité serait difficile à définir, mais parce que la formation et la pratique définiraient des champs de compétence différence pour chacun des métiers de la médecine. La tendance à la spécialisation est renforcée par les effets du choix des patients : celui-ci ne détermine évidemment pas la compétence elle-même, mais contribue à sa reconnaissance. Au Proche-Orient, les bases de la médecine arabe sont assez bien connues de tout le monde, et l'idée, bien ancrée en Europe quelques décennies plus tôt, prévaut qu'un homme adulte doit savoir être, dans les cas les plus courants et les plus bénins, le médecin de soi-même. Partant, le comportement du praticien de la médecine arabe traditionnelle n'est bien souvent pas impénétrable pour le patient, ou du moins celui-ci le croit-il. Il en résulte une tendance à l'automédication et un recours au médecin arabe traditionnel plutôt comme spécialiste de certains types d'affections que comme généraliste.

Nous laisserons pour l'essentiel de côté le cas de la pharmacie, qui connaît des

75 Cf par exemple, Ann Digby, *Making a medical living. Doctors and patients in the English market for medicine, 1720-1911*, coll. « Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time », Cambridge, Cambridge University Press, 1994, *passim*.

transformations comparables, mais selon des modalités institutionnelles distinctes. A Beyrouth, dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle, ces mutations se traduisent sur le plan linguistique par un glissement du terme *saydalī* (droguiste) vers celui d'*ajzājī* (utilisé pour désigner le pharmacien moderne et diplômé)[76], dont on trouve l'équivalent en médecine avec la diffusion du mot *tabīb* au cours du dix-neuvième siècle. Dans le premier cas, l'arabe emprunte la terminologie turque ; dans le second, on déplace vers le langage courant un terme dont l'usage n'avait jamais vraiment disparu mais qui gardait quelque chose de la langue soutenue, et qu'on employait jusque là moins souvent que *ḥakīm*.

Les usages linguistiques ne renseignent que sur la perception de la variété des pratiques. En revanche, faire un tableau de la pratique à cette époque éclaire la situation réelle de la concurrence médicale qui nous échappe dans sa dimension proprement économique. L'absence, ou plutôt l'éloignement des facultés de médecine n'empêche pas qu'il y ait, localement ou régionalement, des praticiens de bonne réputation qui font autorité, avec ou sans diplôme. La problématique de l'autorité n'est pas seulement un enjeu de compétition : en contextualisant l'exercice de l'autorité, il apparaît que les modes de légitimation de l'autorité varient selon l'interlocuteur, se recoupent, s'additionnent aussi. Cette question ouvre le champ à une réflexion à suivre sur la construction d'une légitimité spécifique des médecins diplômés et, par corollaire, de la médecine qu'ils pratiquent et entendent représenter.

La diversité des praticiens induit des effets sur les perceptions de la pratique médicale, et notamment celles des promoteurs des facultés de médecine. Nous verrons plus loin que la fondation de ces dernières, dans la région, obéit à des intentions souvent extérieures au souci d'améliorer l'offre de soin. Cependant, la pratique médicale, telle qu'elle est décrite par de nombreux témoins européens passant ou résidant dans la région, est l'objet d'une évidente stigmatisation. Cette image négative sert de justificatif à diverses entreprises médicales, dont la finalité politique n'est pas douteuse. Elle n'en constitue pas moins un brouillage à plusieurs niveaux, qu'il nous faut décrypter. La perception de la médecine apparaît tributaire de sources d'inégal volume, dont l'appréciation dépend des critères de validité des sources des historiens. Kamāl al-'Asalī écrit ainsi un ouvrage sur l'histoire de la médecine à Jérusalem, dont le but affiché est de contrebalancer une historiographie dominée par les sources européennes, dont l'exemple est selon lui l'ouvrage datant de 1983, écrit par un médecin, Norbert Schwake, sur les hôpitaux dans cette ville au dix-neuvième siècle[77]. D'après Kamāl al-'Asalī,

> la période est riche de récits de voyage et de pèlerinages composés par des étrangers dont nous pouvons tirer des informations médicales. Et bien que l'essentiel de nos

76 Nada Sehnaoui, *L'occidentalisation de la vie quotidienne à Beyrouth 1860-1914*, Mémoire de maîtrise (Henri Raymond dir.), Université de Paris X-Nanterre, Paris, 1981, pp. 52-53.

77 Schwake, *Op. cit.*, *passim*.

> matériaux se résument aux activités des organisations, fondations et couvents, le plus souvent étrangers, toutefois ces sources riches d'informations recèlent aussi des jugements de valeurs sur la population et sur le pays eux-mêmes. Ces informations et ces jugements doivent être pris avec prudence car leurs auteurs étaient la plupart du temps prévenus contre les Orientaux et ignorants tant d'eux que de leur pays.
> Nous allons voir comment on peut invalider ces jugements et ces informations à partir des sources locales disponibles et avec des documents d'archives en arabe.[78]

Paradoxalement, cet auteur tient ce programme jusqu'au dix-huitième siècle, et publie notamment une très utile série de documents sur le sujet, dont nous faisons dans ce chapitre un usage répété. En revanche, pour le chapitre sur le dix-neuvième – la période du travail qu'il critique en premier lieu – , les seules sources de première main qu'il utilise sont européennes. Sans doute cet auteur ne peut-il faire autrement avec la documentation qu'il privilégie, les registres des tribunaux religieux, qui, de fait, constituent généralement une très bonne entrée dans la société ottomane. On y applique le *fiqh**, en se référant donc à une norme juridique islamique ; mais toutes les confessions de la population ottomane, puisque tout sujet du Sultan peut y avoir recours. En outre, les documents qu'ils produisent sont reconnus légalement et touchent à une multiplicité de domaines, dont certaines compétences professionnelles[79]. Toutefois, la pertinence de cette source pour un certain nombre de domaines va en diminuant à mesure que l'Etat ottoman se réforme et produit une législation civile : ce processus retire notamment aux tribunaux religieux la juridiction de connaître des cas relatifs à la médecine au profit, selon la gravité de la plainte, soit de l'EIM, soit des tribunaux ottomans chargé d'appliquer les codes de lois élaborés dans le cadre des réformes de l'Etat.

Dans cette citation, Kamāl al-'Asalī reconnaît la richesse des sources européennes mais semble postuler que les sources locales sont d'une plus grande authenticité, qui ne sont pas entravées par des verrous culturels d'incompréhension ; mais d'autres blocages se présentent pour l'historien, relatifs à la complexité qui se cache derrière ces mêmes sources. L'idéal serait de pouvoir contextualiser ces différents types de sources pour comparer le récit dans laquelle chacune se moule. Le plaidoyer d'Ussama Makdisi en faveur d'une telle lecture multiple, contextuelle et organisée par contrepoint des lignes de récit pour ne pas renoncer à « la richesse enracinée dans le récit » d'un témoin européen et néanmoins « explorer la complexité des sources locales »[80] pose hélas problème ici. L'historien partisan d'une lecture

78 Kamāl al-'Asalī, *Muqaddimah fī tārīḫ al-ṭibb fī'l-Quds munḏu aqdam al-azminah ḥatā sanat 1918 milādī* [Introduction à l'histoire de la médecine à Jérusalem depuis l'aube des temps jusqu'à 1918 AD], Amman, Publications de l'Université Jordanienne, 1414 AH / 1994 AD, p. 161.

79 Madeline C. Zilfi, *The Politics of piety : the Ottoman ulema in the postclassical age (1600-1800)*, coll. « Studies in Middle Eastern History », Minneapolis, Bibliotheca islamica, 1988, p. 26 & 44.

80 Ussama Makdisi, *The Culture of sectarianism. Community, History, and Violence in Nineteenth-Century*

privilégiant les sources locales, Kamāl al-‘Asalī, enregistre le silence de ces mêmes sources – en l’occurrence, essentiellement les registres des tribunaux religieux islamiques (*maḥākim šar‘iyyah*) de Jérusalem. Eu égard au déclin des institutions médicales locales montré par cet auteur au long du dix-neuvième siècle, la question se pose des modalités du contrôle professionnel. Nous avons peu d'informations sur ce point entre la fin du dix-huitième siècle et 1861. Sur la période antérieure, tant Kamāl al-‘Asalī qu'Amnon Cohen nous renseigne sur l'importance de l'action commune de deux formes de contrôle, les tribunaux religieux et les guildes professionnelles, nommées *ṭā’ifah*-s* ou *ṣinf*-s*, qui semblent cependant laisser une plus grande marge de liberté aux praticiens que celles qui encadres les autres métiers.

Pour approcher le fonctionnement des métiers de la médecine arabe traditionnelle, nous nous sommes appuyé pour l'essentiel sur des sources d'autre nature, entretiens, ouvrages d’histoire locale etc., mais il est bien clair que ces récits n’ont pas la précision ni la complexité des sources datant de l’époque étudiée. Ce sont pour l'essentiel des observations sur lesquelles influent la distance temporelle et les faits récontés, mais nous pensons qu'ils contiennent des indices de la médecine arabe traditionnelle telle qu'elle se pratiquait avant l'introduction massive de la médecine occidentale.

Enfin, les modalités de la transmission des savoirs posent également question. Là où la transmission est observable, elle tend à s’inscrire dans un discours fixiste, qui privilégie la permanence de l’héritage, et implicitement la fidélité de la transmission aux origines. Dans la pratique, pourtant, la médecine arabe traditionnelle est plutôt une médecine de l’adaptation, de l’expérimentation, du « truc » empirique, des spécifiques, remèdes d'un seul mal dont on invente et on se garde la recette entre proches. Plus que la médecine occidentale, qui comporte une mesure de tâtonnement sur les dosages, une mutabilité du diagnostic en fonction de l’évolution du mal, c’est une médecine qui n’est pas fixée dans ses pratiques. Cependant, elle repose sur un apprentissage qui se fonde essentiellement sur l’apprentissage de la tradition, alors même que la pharmacopée, en particulier, n’est pas figée. Le fixisme qui inspire la formation des médecins traditionnels vient servir, malgré lui, l’évolutionnisme dont sont porteurs les ethnographes qui se penchent sur la médecine traditionnelle, mais aussi le discours réformateur qui justifie la fondation des facultés de médecine.

Lorsqu'on la perçoit comme figée – et même si c’est un leurre –, la médecine arabe traditionnelle est plus facilement vue comme un ensemble délimité, bien distinct de la médecine européenne, et relevant d’une ère antérieure à celle-ci. C'est du moins ainsi que les observateurs occidentaux conçoivent les choses, et distinguent nettement, dans la médecine arabe traditionnelle des dimensions dont la séparation ne va pas de soin pour les habitants du

Ottoman Lebanon, Berkeley / Los Angeles / Londres,Université of California Press, 2000, p. 13.

pays. Le discours indigène sur la permanence des références vient épauler les typologies évolutionnistes de la médecine qui distinguent des formes de médecine religieuse ou magiques, une médecine arabe fossilisée, et la médecine positive, scientifique et innovatrice d'inspiration occidentale. Nous ne cherchons pas ici à réfuter cette idée, ou à proposer une typologie alternative, mais à voir en quoi une pratique spécifique, l'obtention d'un diplôme, contribue à singulariser un type de pratique de la médecine par rapport à d'autres, et à transformer à partir de là tout le champ médical. Alors que jusqu'au début du dix-neuvième siècle, médecins européens et indigènes travaillent ensemble, une approche militante, d'exclusion, vis-à-vis des praticiens autochtones se manifeste chez certains médecins européens, dans un contexte fortement institutionnel, dans les décennies qui précèdent les années 1860. Désormais, un discours exogène dénonce le charlatanisme de l'ensemble des praticiens locaux, par opposition à la pratique légitime des médecins qualifiés, à savoir, diplômés de la faculté. Un des objectifs de ce chapitre est d'expliquer ce changement de perceptions.

La pratique médicale traditionnelle n'est cependant, ni en 1800 sans doute, ni en 1860, ni encore en 1918, pas réduite à une trace résiduelle : le triomphalisme de la faculté, où l'on croit à l'inévitabilité de la médecine occidentale, n'est pas une prophétie auto-réalisatrice. A cela, plusieurs raisons : une méfiance des patients à l'égard des formes de la médecine occidentale, dont nous exposerons plus loin les différents ressorts ; des questions d'intégration ou au contraire, d'étrangeté des médecins dans la vie sociale locale ; mais aussi, le type de liens sur lesquels vient se greffer la transmission des savoirs et de la réputation professionnelle. Comment s'articule la variété des métiers de la médecine, et celle des mécanismes de reproduction sociale souvent héréditaires ? L'immigration de médecins et thérapeutes étrangers altère-t-elle cette articulation ? Il nous faut entrer à la fois dans la transmission des savoirs, et dans la construction de l'image des praticiens pour répondre pleinement, dans la mesure où la position sociale des praticiens n'est pas homogène et où la reproduction sociale tend à se résumer, dans les sources, à la reproduction des élites. De même la position sociale des médecins diplômés est ambivalente, puisqu'une partie importante d'entre eux est composée d'étrangers et l'autre d'hommes originaires du pays, surtout du bilād al-Šām, mais que la plupart d'entre eux trouve à s'employer dans des institutions qui servent des intérêts politiques étrangers.

Quels sont les mécanismes institutionnels de contrôle de l'exercice de la médecine ? Sont-ils valides à l'époque considérée ? N'est pas médecin qui veut. Les règles d'exercice de la médecine sont-elles conçues, formulées et appliquées ? Tout dépend de la présence

d'institutions de contrôle, dont les finalités, la compétence et le *modus operandi* vis-à-vis de cas relatifs à la médecine ne dépendent pas seulement de considérations médicales.

Variété des métiers et de la transmission sur le terrain, sociologie et image de la pratique médicale, modes de régulation ou de contrôle de l'exercice de la médecine, tels seront les pôles successifs de notre analyse.

I – Anomie des pratiques ou division du travail ?

L'organisation ou non des professions de santé dépend d'abord de la licéité des pratiques de ceux qui exercent la médecine, avant que de recouvrir l'encadrement de la population des praticiens dans un cadre formel, pour veiller au respect de ces règles d'exercice. On tend généralement à voir dans l'organisation des professions, comme la médecine, un moyen de protéger les intérêts collectifs de leurs membres en échange d'une plus grande efficience. Le contrôle des pratiques de l'intérieur assure au groupe son autonomie, et à la société la garantie que les gens de métier, ayant quelque chose à perdre dans l'histoire, emploient leur compétence à prévenir et à réprimer les malfaçons professionnelles. Cette dimension importe tout particulièrement à la médecine dont les praticiens, ayant affaire à la santé, à la vie et à la mort des gens, risquent de se retrouver aux limites du droit criminel si la seule autorité de contrôle est judiciaire. C'est vers une organisation professionnelle de ce type que tend le groupe des médecins ottomans au dix-neuvième siècle. Toutefois, les chercheurs qui ont étudié l'histoire des groupes professionnels dans l'Empire ottoman sont divisés : en fonction de la localité étudiée, ils y voient, les uns, un espace d'autonomie professionnelle[81] ou d'interaction avec le reste de la société civile[82], les autres, des structures d'intervention de l'Etat sur la vie professionnelle[83]. Nous verrons que la médecine correspond, en conformité avec une doctrine juridique blanchie par les ans, au cas de la plus grande autonomie professionnelle possible. Il reste à savoir qui est justiciable de quoi.

Le préalable pour étudier dans quelle mesure les pratiques médicales risquent de tomber sous le coup de la loi est, sinon de faire la liste de celles-ci, du moins de les repérer

81 Amnon Cohen, *The Guilds of Ottoman Jerusalem*, Leyde / Boston / Cologne, Brill, 2001, p. 4.
82 *Ibid.*, pp. 184-201.
83 *Ibid.*, pp. 4-5.

dans « l'espace positionnel »[84], tant géographique que social et relationnel, qu'occupent respectivement les médecins les uns par rapport aux autres et par rapport à la patientèle. C'est donc en partant des pratiques des uns et des autres que l'on peut appréhender le type d'actes susceptible de contrôle. Néanmoins, ces pratiques sont inséparables de leurs praticiens, dans la mesure où ces derniers exercent de façon différente en fonction de ce qu'on est tenté d'appeler leurs coordonnées, c'est-à-dire autant d'informations qui permettent un repérage des personnes et des conditions de leur métier : coordonnées géographiques, coordonnées temporelles, position sociale, repérage dans un espace relationnel en fonction d'un réseau de sociabilité, dans un espace culturel à proportion de l'étendue des connaissances. Les conditions d'exercice de la médecine apparaissent intuitivement différentes dans un port et dans un village de collines, en temps d'épidémie et le reste du temps, pour un médecin ambulant et pour un praticien levantin au service d'un gouverneur ottoman, etc.

La pertinence de cette approche est qu'elle permet de contextualiser les savoirs et les pratiques, afin de répondre à des questions plus vastes : comment sont répartis les métiers, et par suite, en quoi l'organisation des métiers médicaux, plus ou moins poussée, plutôt juridique ou plutôt autonome, est-elle significative en fonction des environnements sociaux ?

A – La distribution des praticiens

Notre première tâche est de repérer où les praticiens exercent et ce qu'ils font, c'est-à-dire de brosser le paysage médical du sud du bilād al-Šām dans les premières décennies du dix-neuvième siècle.

1 – La variété des pratiques

Pour envisager la diversité de la pratique médicale dans la première moitié du dix-neuvième siècle, il convient d'envisager d'un œil critique les catégories qui ont été appliquées par la littérature savante ultérieure, y compris celle d'aujourd'hui, pour penser une pluralité des médecines. Un tour d'horizon invite à déplacer le point focal de l'analyse, depuis la catégorisation en types de médecine vers les pratiques des uns et des autres. Le terme de « médecine arabe » [*Al-ṭibb al-'arabī*] est d'usage courant dans la conversation et la littérature

84 Luc Boltanski, « L'espace positionnel. Multiplicité des positions institutionnelles et *habitus* de classe », in *Revue française de sociologie*, vol. n° 14, n° 1, janvier-mars 1973, pp. 3-26.

médicale populaire, mais il ne recouvre pas la totalité de ce qu'on entend par médecine, ou de ce que font les praticiens de l'époque étudiée. L'expression « médecine populaire arabe » [*Al-ṭibb al-'arabī al-ša'bī*] recouvre à peu près la même chose, avec une nuance de politisation : nous l'avons notamment trouvée employée dans ce sens dans un ouvrage palestinien récent aux orientations marxistes, dont le but est de conserver ces pratiques afin d'en faire un élément de patrimoine national mais également d'autonomie familiale[85]. En outre, les expressions de « médecine populaire »[86], ou de magie, ou de médecine religieuse désignent également l'ensemble des pratiques et objets de la culture matérielle locale destinés à se prémunir de tout mal d'origine surnaturelle, à commencer par les maladies.

L'ambiguïté tient à une confusion d'objet. Comme le note Floréal Sanagustin,

> L'appellation de médecine arabe recouvre deux réalités distinctes selon l'époque à laquelle on se réfère. Elle désigne, en premier lieux, la grande tradition scientifique médiévale à laquelle on doit une importante production dans des domaines aussi décisifs que la pharmacopée, l'ophtalmologie, la chirurgie ou la thérapeutique. Elle s'applique, d'autre part, à la tradition populaire actuelle qui, dans l'ensemble du monde arabo-musulman, manifeste une grande vitalité tant dans les milieux urbains que dans les campagnes. L'une se voulant l'héritière de l'autre, il n'est pas inutile de tenter de dégager les points de rencontre entre ces deux traditions afin d'établir à quels systèmes conceptuels elles renvoient et dans quelle mesure elles s'inscrivent dans un schéma de continuité ou bien de rupture.[87]

Les schèmes de la césure épistémologique et de l'héritage sont présents dans les représentations des différentes catégories médicales ; nous verrons plus loin comment ils peuvent être instrumentalisés. Pour l'heure, notons que la médecine arabe de l'islam classique est présente dans le discours médical en tant que référence. Remarquons également que l'idée de « médecine populaire arabe » telle qu'elle est employée ici ne s'inscrit en opposition à une médecine savante qu'en raison du développement de facultés de médecine dans la région entre temps. Elle aurait moins de sens si on l'appliquait au dix-neuvième siècle, car elle résulte d'une observation actuelle sur le déclassement de la médecine traditionnelle arabe. Plaquer l'expression sur un passé en amont des années 1950-1970 constituerait un contresens sociologique majeur, celui qui consisterait à faire de la médecine traditionnelle arabe un savoir-faire subalterne et dédaigné par l'ensemble des élites. A l'orée de l'époque que nous étudions, tous les médecins du Proche-Orient revendiquent l'héritage de la médecine

85 Idrīs Muḥammad Ṣaqr Jarādāt, *Al-ṭibb al-'arabī al-ša'bī fī Filasṭīn* [La Médecine arabe populaire en Palestine], coll. « Likay la nansā… » [« Pour ne pas oublier »], Markaz al-Sanābil li'l-dirāsāt wa'l-turāṯ al-ša'bī [Centre Sanābil d'étude et de patrimoine populaires], Hébron, 2004, *passim*.

86 C'est notamment le choix retenu pour le principal ouvrage consacré à ces pratiques en Palestine. *Vide* Canaan, *Op. cit.*, *passim*.

87 Floréal Sanagustin, «Nosographie avicennienne et tradition populaire», in Elisabeth Longuenesse (dir.), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, coll. « Comprendre le Moyen-Orient », Lyon / Paris, Maison de l'Orient Méditerranéen / L'Harmattan, 1995, p. 39.

scientifique arabe de l'islam classique et pratiquent des formes diversifiées de « médecine arabe ».

Repérons pour le moment ce que recouvre cette diversité des moyens thérapeutiques et de ceux qui les emploient. La médecine se décline en métiers, et se conjugue à des activités dont la finalité s'écarte de la thérapeutique. Si les barbiers se font également chirurgiens, comme il arrive en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle, la fonction de pharmacien est remplie par les parfumeurs, et les marchands de khôl [*kaḥḥāl*-s] allient un rôle thérapeutique à un commerce à finalité cosmétique. Leur compétence spécifique tient à la fois à la préparation des produits – le khôl proprement dit, mais également divers collyres à base d'antimoine ou d'alun, et aux modalités de son application. Dans les villes et les campagnes, les spécialistes des fractures et des os [*mujabbir*-s][88], souvent des femmes âgées, réduisent les luxations et appliquent des bandages ou des plâtres[89]. A l'exception des *kaḥḥāl*-s, ces différents métiers apparaissent indépendants, sur le plan institutionnel, des médecins, chirurgiens et pharmaciens officiels, qui relèvent d'une guilde différente[90]. Il n'est pas sûr pour autant qu'ils se voient comme moins spécialisés ou moins compétents que ces derniers, quoique peut-être moins lettrés dans l'ensemble.

Les barbiers s'occupent de la chirurgie et en particulier de la petite chirurgie, ce qui inclut notamment la saignée, pratiquée et souvent répétée, à raison d'une once ou d'une once et demie à chaque fois. Le médecin suisse Titus Tobler, qui fait plusieurs visites successives à Jérusalem des années 1830 aux années 1850, estime le coût de la saignée entre une et cinq piastres selon les cas, mais certains praticiens adaptent leurs tarifs aux revenus des patients. Les mêmes barbiers ont également recours aux cautères et aux scarifications[91]. Cornelius Van Dyck, médecin et missionnaire dans la montagne libanaise, rapproche par goût du paradoxe l'usage qui est fait de la saignée des débats théoriques dans les milieux de la médecine en Europe à la fin du dix-huitième siècle :

> Une grande majorité de praticiens ne reconnaît que ces deux classes [de maladie ; l'une requérant des stimulants et l'autre, la saignée], autrement dit, ils font de toutes les maladies des maux sthéniques, ou asthéniques, et sont en pratiques d'aussi bons disciples de Brown que ce dernier aurait pu souhaiter[92].

Le système de Brown, qui répartissait les pathologies entre sthénies et asthénies, est

88 Sehnaoui, *Op. cit.*, p. 42.
89 Cornelius Van Dyck, «On the present condition of the medical profession in Syria», in *Journal of the American Oriental Society*, Vol. 1 (1848-1849), pp. 561-591; *reprint* in Ghada Yusuf Khoury, *The Founding Fathers of the American University of Beirut. Biographies*, Beirut, AUB Press, 1992, p. 230.
90 Cohen, *Op. cit.*, pp. 81-85 & 162-166.
91 Titus Tobler, *Beitrag zur medizinischen Topographie von Jerusalem*, Berlin, G. Reimer, 1855, pp. 4-6.
92 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 220.

une référence ironique dans la mesure où le reste de l'article réfute l'idée d'un système général chez les médecins autochtones. Dans la logique de ce texte, l'unité de la médecine arabe n'existe que comme référence, pour être mieux caricaturée et réduite à l'absurde, en l'espèce à quelques pratiques destinées à réguler un équilibre des humeurs dont les termes sont réduits à un système binaire. Cette description tend à réduire une pratique qui fait une large place à la ponction de sang, c'est vrai, mais qui s'appuie sur des remèdes variés et modulables. A côté de la saignée, barbiers et parfumeurs appliquent également à leurs patients des ventouses et la sangsue [*'alq ṭibbī*], qui sécrète un anticoagulant. En fonction du volume de l'animal, ces praticiens peuvent mesurer la quantité de sang évacué et rétablir une proportion désirable entre le sang et les autres humeurs[93]. Selon le besoin, le patient peut frapper à plusieurs adresses et se voir proposer des types d'intervention thérapeutique variés.

Les pratiques propitiatoires ou conservatoires qu'effectuent les religieux des différentes confessions présentent très fréquemment une finalité médicale. Les *hijab*-s (talismans ou amulettes)[94] et coupes de la peur (bols gravés, utilisés de diverses manières pour se débarrasser de maladies dont la cause est rapportée à un grand effroi[95]) sont souvent confectionnés ou préparés par des *šayḫ*-s, dont la manière d'écrire ces objets suppose plus qu'une esthétique ésotérique : le contenu d'un *hijāb* comporte diverses invocations divines, se référant à certains des noms de Dieu cohérents avec le souci de guérison[96]. Le *hijāb* recèle une part de prière, de mise en scène, de secret, mais aussi d'autorité et de technicité dans l'écriture. Cette autorité n'est pas rigoureusement distincte de celle du médecin et d'ailleurs, non seulement les médecins peuvent se voir solliciter pour ce genre de pratiques, mais ils intègrent à leur activité une dimension religieuse.

L'impression d'une spécialisation corrélative du métier exercé ne fonctionne pas pour l'ensemble des praticiens, qui peuvent tout ensemble conseiller certaines plantes médicinales et faire des talismans. Il ne semble pas, du reste, qu'il y ait contradiction entre médecine arabe et médecine religieuse aux yeux des patients. Le Dr Richard Madden, qui passe deux ans en Egypte, et raconte notamment son passage à « Shilaal » [*sic* : Šilālah ou al-Šallāl ?], illustre en payant de sa personne l'idée de non-contradiction :

93 Entretien avec le Dr Ḥātim Abū Ġazālah, Naplouse, 12/07/2005.

94 Tawfīq Canaan, «The decipherment of Arabic talismans», in *Berythus*, Vol. 4, 1937, pp. 69-110; Vol. 5, 1938, pp. 141-149.

95 Cf Tawfīq Canaan, « *Tâsit er-Radjfeh* (fear-cup) », in *JPOS*, 1923, 3, pp. 122-131 ; Anne Regourd, "Deux coupes magico-thérapeutiques, biens de fondation pieuse (Nord du Yémen) : transmission du savoir et efficacité, in Constant Hamès (dir.), *Coran et talismans. Textes et pratiques magiques en milieu musulman*, Paris, Karthala, 2007, pp. 309-345.

96 Cette dimension invocatoire est résumée dans le titre d'un ouvrage consacré à la collection de *hijab*-s rassemblée et classée par le Dr Tawfīq Canaan dans les années 1910-1920 : Khaled Nashef (éd.), *Ya Kafi, ya Shafi* [Toi qui suffis, toi qui guéris]. *The Tawfik Canaan Collection of Palestinian Amulets : an Exhibition, October 30, 1998 – February 25, 1999*, Birzeit, Publications de l'Université de Birzeit, 1998.

> « Je fus conduit au harem du patron de Shilaal, afin de visiter une jeune femme très jolie ; après avoir pris son pouls et examiné sa langue, je lui demandai où elle avait mal. Elle mit sa main sur son cœur ; je demandai ce dont elle se plaignait. « Mais du mal d'amour, bien sûr, » dit une autre femme ; « elle veut vous lui fassiez un talisman pour qu'un jeune homme de Dayr tombe amoureux d'elle. » « Mais je ne suis pas un magicien », dis-je en arabe, « mes braves gens, je puis vous procurer remède, mais non vous donner des talismans. » « Ah, ne parle pas ainsi, Hawadgi[97], » crièrent une demi-douzaine de personne, « nous savons que tu es un magicien, nous savons que tu peux rendre le visage d'une petite femme aussi grosse que la Lune, et nous savons que tu peux faire qu'un homme de Dayr tombe amoureux d'une femme de Shilaal, en écrivant une *waraga* [papier]. » La pauvre fille me poursuivit de façon si importune que je n'eus pas le cœur de refuser ; je me mis donc à écrire une *waraga* pour une fille toute à son amour ; je l'ornai d'une représentation de deux cœurs se touchant, traversés par une flèche ; je le lui donnai ainsi que l'injonction que quand elle verrait son amant à Shilaal, elle traverserait son chemin par trois fois, mettrait son annulaire sur le talisman, lui sourirait, et que s'il ne l'épousait pas ce ne serait pas de la faute de la *waraga*. Il m'était maintenant impossible de m'en sortir sans délivrer une demi-douzaine d'autres talismans[98]. »

Il est vrai que Madden, médecin étranger, se trouve dans une situation atypique. Ses patientes projettent sur lui une image de son métier qui naît d'un désir pris pour une réalité et d'un mélange local des genres. Le praticien irlandais est une figure exotique pour les villageois, non l'objet d'un fantasme déjà construit sur le compte des médecins européens. D'un médecin du pays, *ḥawājah* ou autre, on attend remèdes, talismans etc. Aussi ces femmes cherchent-elles à calibrer ce qu'elles peuvent escompter de Madden, à la fois comme étranger et comme médecin, voire, à sa très grande honte, comme « magicien » – quelle que soit l'exactitude de la traduction ici. Toutefois, on est bien loin du capitaine Cook débarquant à Hawaï : il y a une part d'anticipation dans cet échange, exprimée dans le « nous savons que ». L'impatience de Madden confirme la différence culturelle qui se manifeste dans les attentes de soin : car, même en mettant son incrédulité envers les talismans à part, il lui semble qu'il est sorti de son rôle de médecin en obéissant, et qu'il a pénétré dans un registre purement moral. Sa complaisance est du reste punie par une forme de justice immanente, qui vient renforcer, sur un mode narratif léger, son sentiment de l'incompatibilité entre médecine et magie.

La religion vient se greffer en différents endroits de l'activité médicale, de la compréhension de la maladie à la cure, soit par des pratiques thérapeutiques, soit par l'accompagnement des moyens de la médecine. Il arrive parfois de dire une prière pour accroître l'effet d'une pratique prophylactique ou thérapeutique, comme il arrive à Madden à

97 C'est-à-dire *ḥawājah*, terme déférent pour désigner en particulier les étrangers ou les non-musulmans.

98 Richard Robert Madden, *Travels in Turkey, Egypt, Nubia and Palestine, in 1824, 1825, 1826, 1827*, 2 Vol., Londres, Henry Colburn, 1829, pp. 124-125.

Tibériade. Un *šayḫ* se présente à lui alors qu'il prend un bain de vapeur au *ḥammām* de la ville, et vient le bénir et le masser[99]. Souvent, le médecin et le religieux érudit se côtoient dans une même famille, ou se confondent en une seule personne. L'idée d'une césure épistémologique entre médecine et religion n'a guère cours, ni parmi les praticiens ou les patients indigènes, ni parmi les observateurs occidentaux.

Il y a plus. Si la figure de religieux connaissant et pratiquant les remèdes d'ordre naturel existe, les *šayḫ*-s pratiquent surtout une forme de magie à fondement religieux. La critique de celle-ci par les médecins européens du dix-neuvième siècle emprunte à la généalogie intellectuelle de la médecine traditionnelle arabe. Manfred Ullmann a en effet montré que ce type de pratique est étranger à la médecine savante de l'islam classique : les grands médecins arabes ont adopté sur ce sujet les positions des médecins grecs les plus influents, Hippocrate et Galien. Toutefois, de même que le recours à la magie comme voie thérapeutique a existé dans l'histoire de la médecine grecque, il a continué d'avoir cours en Islam, et c'est de toute évidence la tendance à la coexistence des moyens thérapeutiques naturels et surnaturels qui prévaut[100]. Les *šayḫ*-s ont leur légitimité autochtone dans la pratique de la médecine, sinon dans le discours des observateurs occidentaux. A ce titre, nous parlerons de leurs pratiques sur les malades comme d'un exercice de la médecine à part entière. Cela correspond à l'usage qu'en font les malades, et de plus, nous aurons l'occasion de voir que la dénonciation de la médecine religieuse comme magie sert des démarches intéressées sur le plan religieux, à commencer par celle des missionnaires.

Oublions un instant la variété des métiers : la médecine est pratiquée par des religieux par esprit de charité, ainsi que par des femmes réputées frottées de médecine, et s'écarte alors en apparence de l'activité rémunérée. Sans doute trouve-t-on des formes de rétribution symbolique, mais à côté de la dimension économique de la médecine, pèsent également des impératifs de sociabilité et d'image, ou certaines valeurs des institutions, religieuses en l'occurrence.

La répartition spatiale des différentes médecines n'a pas de déterminant univoque ; on peut néanmoins dégager des facteurs explicatifs majeurs dans la géographie de la pratique et dans les formes de la reproduction des savoirs.

99 *Ibid.*, p. 310.
100 Ullmann, *Op. cit.*, pp. 123-127.

2 – Une présence géographique inégale et mouvante

La présence des médecins semble plus dense dans les villes, et ce dans la longue durée. Ce n'est pas une évidence ; on trouve de nombreux exemples de praticiens réputés qu'on vient consulter de loin dans les campagnes, notamment dans la montagne libanaise ; mais à tout le moins un certain type de médecins vit et travaille surtout dans les villes. Leur pratique médicale dépend de certaines fonctions urbaines. Ainsi, Kamāl al-'Asalī recense au moins trois membres de la guilde des chirurgiens (différente de celle des médecins) dans les années 1560[101], et cite l'exemple d'une affaire qui mobilise à nouveau trois chirurgiens de la ville, dont l'accusé, en 1783[102]. Un certain nombre de praticiens, médecins et chirurgiens, étaient requis à Jérusalem pour les fondations pieuses locales qui s'occupaient des malades, dont le bīmāristān al-Ṣalāḥī[103]. Dans cette institution, supervisée par le cadi, la médecine est envisagée comme un service, notamment pour les pauvres, et relève d'une forme de bienfaisance dont le lieu est la ville et l'inspiration, religieuse. Vis-à-vis de cette institution précise, la concentration des praticiens relève d'une fonction urbaine religieuse.

Cette présence médicale caritative, la plus visible forme de pratique de la médecine à l'époque, dérive d'une conception générale du pouvoir politique qui doit viser au maintien de l'ordre social, et parvenir à tous les échelons de la société[104]. En dernière analyse, elle dépend, entre autres facteurs, de la place accordée à une localité par les pouvoirs centraux, régionaux et locaux. La présence des fonctions politiques en un centre urbain est un facteur de concentration des praticiens en raison des besoins propres du pouvoir. Un exemple significatif en est la concentration de médecins à Acre au début du dix-neuvième siècle. Cette situation n'est pas liée à la politique d'évergétisme des gouverneurs locaux, particulièrement marquée sous Ẓāhir Paşa al-'Umar et Aḥmad Paşa al-Jazzār. Ces médecins sont le plus souvent dans l'entourage direct du gouverneur. Le consul de France à Saint-Jean d'Acre, Pillavoine, note par exemple en 1811 :

> « Mme Taitbout [femme de l'agent consulaire à Saïda] malade voulant venir passer l'hiver ici pour avoir un bon médecin, son mari me pria de lui procurer un logement. Je demandai une maison vide, propriété française qui devroit nous être rendue depuis longtems, et on me répondit qu'on ne voulait pas la louer et qu'elle eut à se loger ou bon lui sembleroit. Que faire, dans un pays où tout appartient au Pacha à qui il faut même demander du pain car celui du marché est fait avec de l'orge et du millet blanc, on me dira bientot de manger de la paille comme on a dit au peuple de partir si ce pain

101 Al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 162.
102 *Ibid.*, p. 163.
103 *Ibid.*, p. 165.
104 Amy Singer, *Constructing Ottoman beneficence. An Imperial Soup Kitchen in Jerusalem*, Albany, State University of New York Press, 2002, *passim*, notamment pp. 163-165.

ne lui plait pas[105]. »

L'auteur relie ici la politique de monopole commercial de Sulaymān Paşa al-'Adīl, au détriment des intérêts français, à la présence des médecins les plus réputés à Acre, où réside le gouverneur. On voit donc que la concentration des praticiens tient en partie à la présence d'institutions de pouvoir, telles qu'administration du gouvernorat, garnisons, etc., même si cette ville n'est pas la plus représentative.

Une autre raison de la concentration en ville des médecins, et notamment des *'attār*-s, se laisse deviner par la liste de quelques 64 produits médicinaux que Titus Tobler a pu trouver dans les années 1840, dans un magasin du Sūq al-'aṭṭārīn de Jérusalem (Tableau n° 1). La morphologie des noms, les remarques de Tobler et l'histoire des remèdes indique que ce parfumeur avait un réseau d'approvisionnement qui lui permettait de trouver à la fois des plantes disponibles sur place (camomille, anis, etc.), des produits supposant des fournisseurs régionaux, en l'occurrence de Damas ; et d'autres enfin provenant d'au-delà des frontières de l'Empire ottoman, d'Europe comme le *mursasi*, ou d'Amérique latine comme l'ipécacuanha. D'autres médicaments semblent également d'origine étrangère, comme le tartre émétique dont le nom arabe apparaît calqué sur le français. La fonction urbaine de marché est une condition de la réalisation des remèdes que recèle la pharmacopée de la médecine arabe traditionnelle, dans la mesure où elle s'inspire de la médecine arabe de l'islam classique : cette dernière, en effet, était tributaire de l'offre de produits et de remèdes divers qui convergeaient vers les villes du califat, que les médecins de l'époque ont combiné pour produire leur propre thérapeutique. La même observation vaut pour les *kahhāl*-s, spécialisés dans le traitement des maladies des yeux : leurs khôls et poudres diverses requièrent un réseau d'approvisionnement élargi. Les fonctions commerciales de la ville permettent en outre de faire venir de nouveaux produits. Ici, la présence de l'ipécacuanha, utilisé à partir du dix-huitième siècle en Europe en provenance de l'Amérique du sud[106], illustre la capacité d'assimilation de la pharmacopée de la médecine arabe traditionnelle. Il n'y a pas de monolithisme de cette dernière, à tout le moins sur le plan thérapeutique.

Toutes ces observations valent de praticiens héritiers de la médecine arabe. Ce qu'il peut en être des praticiens de la médecine religieuse est beaucoup moins clair. Certaines activités religieuses – organisation de pèlerinages importants comme celui du Nābī Mūsā, fonctionnement de certaines *ṭarīqah*-s* soufies – relèvent de fonctions religieuses urbaines.

105 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 2, n°129, de Pillavoine, consul de France à St Jean d'Acre, au ministre des Relations extérieures, d'Acre, 11/10/1811.

106 David Arnold, « Introduction: tropical medicine before Manson », in David Arnold, *Warm climates and Western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*, coll. « The Wellcome Institute series in the history of medicine », Amsterdam / Atlanta, Rodopi, 1996, p. 13.

Dans le même temps, la piété au Proche-Orient est diffuse, répartie entre de très nombreux lieux de pèlerinage, à la ville et à la campagne. Dans de nombreux lieux, la piété topique est accompagnée par la présence d'une personnalité religieuse, qui peut le cas échéant pratiquer comme guérisseur. Il n'y a pas de loi en la matière.

Un autre aspect saillant de la géographie de la pratique médicale est que celle-ci n'est pas immobile : une partie des médecins sont itinérants, d'autres sont des arrivants, venus souvent des îles de la Méditerranée, du Maghreb ou d'Europe. Les modalités de l'itinérance sont difficiles à cerner, faute de témoignage. Il semble en revanche que la politique des autorités locales et les événements politiques fassent du Proche-Orient une région d'immigration pour les médecins. Les autorités locales, notamment sous Sulaymān Paşa al-'Adīl (gouverneur de Saïda installé à Acre, aux commandes de 1804 à 1818), accueillent un certain nombre de médecins, chirurgiens, etc., issus des armées européennes, en rupture de ban, ou voyageurs :

> « Je n'ai pas oublié l'ordre de Votre Excellence du 30. Septembre. Il nous vient depuis quelque tems des gens de toute nation qui ne se reclament de personne et qui courent le Levant en exerçant la medecine. Soliman Pacha les accueille. Il seroit possible que le zantiote coupable fut au nombre de ces prétendus médecins et qu'il eut changé de nom. J'ai besoin pour obéir a cet ordre d'avoir le signalement des accusés[107]. »

107 MAE Quai d'Orsay, CCC, Jérusalem, 3, n°73 , de Pillavoine au ministère des Affaires , d'Acre, le 03/06/1817.

Tableau n°1 : les plantes médicinales chez un *'attār* de Jérusalem. (Source : Titus Tobler, *Beitrag zur medizinischen Topographie von Jerusalem,* Berlin, G. Reimer, 1855, pp. 15-16.)

Noms allemands	Noms arabes	Noms français	Remarques
Baldrian	Sumbûl	Valériane	
Kamillen	Babûnij	Camomille	
Borar	Tinkâr	?	D'origine persane
Galbanum		Galbanum	
Brechweinstein	Tartîr mitik	tartre émétique	
Ipekakuanha		ipécacuanha	
Malve		mauve	
tantalum rubrum		tantale rouge ?	
Asarum	Katrûn	asaret d'Europe	à Jérusalem aussi âfârûn berri
Beilchenwurzel	Shûrsh Banasfaj	racine de violette	amené de Damas
Anis	yânisûn	Anis	
Kermes		kermès	
Sassafrasholz		sassafra en branche	
Rosmarin	Haffâlibân	romarin	
Cerasus silvestris amara	Mahlab	mahaleb	
Tamarinden		tamarin	
	Khaûlân	Lyciet de Barbarie	
Jalappa		julep	
Rheum	Rawând	rhubarbe	
Süssholzsaft	Rôb Sûs	jus de réglisse	
Weinstein	Milh Tartîr / Milh	tartre	
Englisches Salz	Milh inglîzî	?	
Sarkokolle	Anfârût	Sarcocolle	
Muskatnuss		noix de muscade	
Magnesia	Tabashîr hindi	magnésie	
Tragakanth	Katîrah	gomme adragante	
Krebsaugen	Ayn al-Sarâtân	?	
	Trunshbûl	?	
Leinsamen		linette	
semen santonici	Khirîsânah	Armoise de Judée	
Bleiglätte	Martak	litharge	
Sarsaparilla		salsepareille	un soldat en achète devant Tobler
armenischer Bolus	Tarab	Bol d'Arménie	

Aloe	Sabrah murra	aloès	
semen cotonis	habb Salâh al-Dîn	?	
Drachenblut	damm al-Âshwah	Sang de dragon	
Kanthariden		cantharide	
Indische Gerste	Hindi Sha'îr	?	
Myrabolanen		amla	phyllanthus emblica
Bitterfüss	Thasha'b jînah	?	
	Jinsâra	?	
Kardamomen	hall al-Hân	cardamome	
	Shisham	?	
	Zimmat	?	
Ingwer	Jinfibîl	gingembre	
Gewürznelken	Kalab Karunsal	clou de girofle	
Ofterluzei	Sarâwûnd	?	
	Sanfâfir	?	
Färberbaum	Bafar Qutûnî	?	
Senecio	Karfânah	Séneçon	
	Kafûr	?	
Manna		manne	
Sennes		Senné	
Doronicum scorpioides	Darunj [Sidna]	herbe aux chamois	
Bibergeil		castoreum	
Salep		salep	
Gewürznelkenöl	Dhihn al-Karunsel	Huile de gingembre (?)	
Muskatenöl	Dhihn Shûs al-Tîb	huile de muscade	
oleum carvi	dhihn al-arfi	Essence de carvi	
Kardamomenöl		Essence de cardamome	
	Rohalîn	?	"sulfato"
	Arashîn	?	(Aref Shîn ?)
	Dhihn al manastar	?	
Pfefferöl		Huile de poivre (?)	
	Mursasi		un remède des Francs (européen)

Ces installations de praticiens, temporaires ou non, progressent pendant l'occupation de la Syrie par Mehmet Alī Paşa, gouverneur d'Egypte, entre 1831 et 1840. Les Egyptiens ont une politique arrêtée en matière de santé, et celle-ci va dans le sens d'une organisation de la

profession autour de l'école de médecine de Qasr al-‘Aynī[108]. Néanmoins, leur présence en Syrie est d’abord militaire, et c’est à ce titre qu’un certain nombre de médecins et chirurgiens se retrouvent en Palestine. Le Dr Darwīš al-Ḥakim al-Mawsilī, médecin diplômé (probablement de l'école du Caire), travaillant dans les armées que conduisait en Syrie le fils de Mehmet Alī Paşa, Ibrāhīm Paşa, s’installe à Naplouse où il s’occupe notamment de lutter contre les maladies vénériennes. Ces installations de médecins continuèrent après la reconquête de la région par les troupes du Sultan Abdülmecid en 1840[109].

Les inégalités géographiques et le caractère mouvant d’une partie de la population des médecins, guidée entre autres considérations par la recherche de fonctions institutionnelles, rend problématique l’application de l’idée que la médecine serait organisée sur un modèle pleinement professionnel. L’idée de profession médicale est vraisemblablement plus adaptée en ville ; et c’est parmi les médecins immigrants que l’on peut trouver le plus facilement des diplômés attestant d’une formation académique. Ces médecins nouveaux arrivants ne s’inscrivent pas dans les modèles locaux de transmission des savoirs, ni dans une logique de reproduction sociale, à l’œuvre à travers les processus d’apprentissage.

B – La variété issue des systèmes d’apprentissage

1 – Des savoirs très délimités

La spécialisation relative des actes médicaux s’accompagne d’une vision beaucoup plus cloisonnée des savoirs, articulée au fond culturel commun que constitue la théorie galénique des humeurs, telle qu'elle est passée dans la tradition médicale arabe. Le problème qui s'est posé à nous au moment d'étudier les modalités de sa transmission est d'ordre méthodologique. D'un côté, les témoignages abondants d'observateurs adhérant peu ou prou à la médecine occidentale nous disent des choses sur les modalités de la transmission, mais ils ont tendance à gommer les acteurs et à décontextualiser les pratiques autochtones en les isolant des praticiens. D'un autre côté, nous n'avons tout simplement pas trouvé de

108 Amira el-Azhari Sonbol, *The Creation of a Medical Profession in Egypt, 1800-1922*, New York, Syracuse University Press, 1991, pp. 81-105.

109 Iḥsān al-Nimr, *Tārīẖ Jabal Nāblus wa'l-Balqā'* [Histoire du Jabal Nāblus et de la Balqā'], 5 Vol., Naplouse, Jam‘iyyat ‘ummāl al-maṭābi‘ al-ta‘āwuniyyah bi-Nāblus, 1957, Vol. n° 4, p. 234, note n° 2.

témoignage de médecins pratiquant la médecine arabe traditionnelle à l'époque que nous étudions. En revanche, nous pensons pouvoir éclairer les parcours d'apprentissage, sans anachronisme majeur, par un exemple actuel, dans la mesure où celui-ci renvoie matériellement, sous la forme d'un manuscrit, à la transmission continue des savoirs médicaux sur une longue période.

Ḥasan, ancien infirmier à l'Hôpital Palestine d'Amman et retourné dans sa ville d'origine, Naplouse, a appris la médecine arabe auprès de divers *šayḫ*-s, dont chacun était spécialisé dans un aspect, généralement une partie du corps, comme le bras, le pied, la main[110]… Sa fierté est d'avoir suivi les enseignements de tous ceux qui continuent à pratiquer en Palestine ; c'est aussi la raison de son succès, qui lui vaut d'être appelé à pratiquer partout en Cisjordanie, malgré les contrôles du Ministère palestinien de la Santé. Cette conception cloisonnée de l'apprentissage du corps et de ses parties est à l'opposé d'une formation générale suivie d'une spécialisation, à la façon des universités occidentales. Dans le même temps, la compétence généraliste est, dans ce cas précis, vue comme une compétence ultime, non comme base, mais comme somme de spécialités. Voilà une différence fondamentale dans les modes de formation entre la médecine arabe traditionnelle et celle qui s'enseigne dans les facultés de médecine.

Les organisations de l'apprentissage sont immédiatement productrices d'effets sociaux, parce qu'elles tendent à informer les choix de la patientèle. L'enseignement en faculté, du tronc commun vers les spécialisations, se répercute sur les recours thérapeutiques à l'intérieur de la médecine occidentale, qui selon la logique du système vont de la consultation du généraliste vers le spécialiste. Un enseignement comme celui reçu par Ḥasan met en revanche la division du travail et la spécialisation des praticiens à la base de l'organisation de la profession. Dans la médecine arabe traditionnelle, les patients ont le plus souvent une idée de la nature de leur mal, et choisissent le médecin en conséquence.

L'apprentissage de Ḥasan s'articule à une théorie de la maladie fondée sur l'équilibre des humeurs, qui maintient l'unité des parties : lorsque Ḥasan interroge ʻAqīl, l'ami venu me présenter et aider à briser la méfiance ostensible du praticien, et qu'il lui demande où il a mal, son diagnostic renvoie au vocabulaire de la médecine des humeurs tel qu'il est passé dans les usages : une chaleur au ventre, causé par une détermination (*nazlah*). A l'époque où Cornelius Van Dyck pratique dans le Liban,

> « chaque individu a une idée plus ou moins parfaite de ce système, ce qui se révèle tous les jours au médecin exerçant parmi les Arabes, en particulier lors de l'examen des patients. C'est souvent avec la plus grande difficulté qu'on peut connaître les sensations et symptômes du patient ; à la place de quoi, on est embarrassé par ses idées

110 Entretien avec Ḥasan, Naplouse, 16/04/2005.

et celles de ses amis sur la nature de ses maux[111]. »

La médecine arabe pratiquée à l'époque est à la fois connue communément dans ses fondements par les patients, ce qui explique son caractère populaire ; et méconnue dans ses applications particulières, liées à la connaissance du corps humain et à la grande diversité des remèdes. L'entretien avec le patient évoqué par Van Dyck illustre la profondeur de la différence culturelle entre médecins européens et malades syriens, qui n'ont pas les mêmes conceptions de la sociabilité de la consultation médicale, ni une compréhension similaire de la place du corps dans l'étiologie et la symptomatologie. Pour le médecin européen, le corps est un objet d'enquête formalisée ; pour ses patients, il est le lieu d'un équilibre assez généralement connu et évaluable par le patient lui-même, autour duquel s'articule des parties moins bien connues.

Les savoirs médicaux autochtones sont vus par les praticiens du pays comme partiellement exotérique et compréhensibles par les patients. La médecine apprise dans un cadre formel, impénétrable et, par construction professionnelle, fermée au profane, telle que la pratiquent les médecins européens, contredit frontalement cette notion. Voilà une idée qui doit être nuancée car le cloisonnement des savoirs a un effet mécanique de sélection sociale lorsqu'il repose sur une transmission à partir d'un support écrit. C'est le cas dans le Proche-Orient ottoman.

2 – Des modes d'apprentissage qui valorisent l'écrit

Poursuivons l'exemple de Ḥasan, le praticien de la médecine populaire arabe rencontré à Naplouse : ce dernier n'explique pas seulement son apprentissage par la pluralité des autorités auprès desquelles il a acquis son savoir, mais également par la possession d'un manuscrit, composé par un Egyptien de 1172 à 1178 AH / 1758-1759 à 1764-1765 AD d'après la première page, et renfermant une compilation qui se réclame des médecines grecque et arabe. Le support écrit du savoir est pour lui un instrument de légitimation à côté de l'apprentissage oral et pratique. Il signale notamment, à la dernière page de l'ouvrage, la quarantaine de noms d'autorités médicales à partir de laquelle le texte a été compilé ; certains sont à consonance grecque, dont un Platon et deux Socrates, d'autres renvoient à l'histoire des débuts de l'islam comme le šarīf al-Tamīmi. Il semble y manquer, en revanche, les grands

111 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 213.

noms de la médecine arabe. Il nous est difficile de classer l'ouvrage à partir des seuls références qui y apparaissent explicitement, ou même de celles qui en sont absentes de façon voyante, à ceci près qu'il ressortit de l'héritage de la médecine grecque et de la médecine prophétique, comme médiation des grands médecins philosophes de l'islam classique par l'insertion de leur savoir dans un cadre religieux musulman. En revanche, son contenu vient renforcer la prétention à la compétence universelle de ce praticien, puisque l'ensemble des parties du corps et des maladies y est abordé, redoublant l'apprentissage direct acquis au contact de praticiens spécialisés de la médecine arabe.

L'ensemble de nos sources fait ressortir l'écrit comme le plus prisé des outils de transmission des savoirs. L'historien naplousain Iḥsān al-Nimr fait l'hypothèse que les praticiens de la médecine arabe les plus réputés de Naplouse, qui apprenaient au moyen de manuscrits, se penchaient notamment sur la *taḏkirah* [mémorial] de Dāwūd al-Antakī[112], un ouvrage dont Cornelius Van Dyck note également la récurrence chez les praticiens des années 1840, à la différence d'Ibn Sīnā dont la figure est tutélaire mais dont les manuscrits sont absents[113]. Ajoutons à cela la production contemporaine de manuscrits dont nous ignorons la diffusion, mais qui attestent d'un travail d'écriture pour préparer à l'exercice de la médecine au début du dix-neuvième siècle : citons le *Kitāb al-amrāḍ wa-mu'ālij al-ḥukamā'* [Livre sur les maladies et la guérison d'après les savants] de Fāris b. Ẓāhir al-Ḥāzin[114]. Le titre indique qu'il ne s'agit pas d'un ouvrage original, mais d'une compilation. Le fait significatif est qu'à côté de recueils plus anciens et reproduits à de nombreux exemplaires très dispersés, on trouve également des manuscrits locaux : dans ce cas précis, le manuscrit a voyagé jusqu'à Damas depuis la montagne, où la famille de l'auteur est un lignage de notables.

La scripturalité de ces ouvrages sert ici de convertisseur d'un savoir professionnel en patrimoine héréditaire, en vertu de la matérialité même de l'objet « livre ». Le lien entre écriture et lignage n'a rien d'évident, même si la forme scripturale rend les modalités de transmission des savoirs fortement sélectives et normatives, tant intellectuellement que socialement[115]. Dans le même temps, le caractère durable du manuscrit lui permet d'être réutilisé et, passant de main en main, de multiplier jusqu'à un certain point le nombre des individus formés, dans la limite du nombre de ceux à qui un maître peut exposer le contenu professionnel de l'ouvrage. Le résultat de la médiation de l'écrit est donc double, comme le

112 Al-Nimr, *Op. Cit.*, Vol. n° 2, p. 73. Le *Mémorial* d'al-Antaki est une compilation médicale du début du dix-septième siècle.

113 Van Dyck, *Art. cit.*, pp. 210-211.

114 Composé en 1806 dans la montagne libanaise ; en exposition au Musée des sciences et de la médecine de Damas (autrefois le Bīmāristān al-Nūrī).

115 Jack Goody, *La Logique de l'écriture. Aux origines des sociétés humaines*, Paris, Armand Collin, 1986, p. 18 & p. 21.

souligne Jack Goody au sujet du contrôle de l'apprentissage par les religieux dans les pays de culture écrite :

> « […] les spécialistes de la religion continuèrent à exercer un quasi-monopole sur l'enseignement (du moins sur la promotion d'un haut niveau de compétence dans le domaine de l'écrit) […] car il était bien évidemment dans leur intérêt de préserver cette position afin de conserver leur rôle de gardien des idées […]. Le contrôle effectif des moyens de communication écrite, du moins celui des moyens non seulement de reproduire les textes (dans le scriptorium) mais aussi de multiplier ceux qui les lisent (dans le parsallah hindou, la madressa musulmane ou dans le collegium), a conféré à l'Eglise ou au temple d'immenses pouvoirs sur les lettrés qu'ils s'étaient chargés eux-mêmes de produire[116]. »

Une direction possible de sélection ou de multiplication, en tout cas de reproduction des praticiens formés à partir d'une base écrite, est la transmission générationnelle, au sein de la famille ; et c'est celle qui prévaut au sein des lignées lettrées du Proche-Orient, notamment celles de *'alīm*-s, dont le savoir est, en premier lieu, religieux. Les métiers de la médecine ne sont pas l'apanage de ces familles, ou de personnes instruites en général ; pour les exercer, il faut dans tous les cas une formation pratique. L'apprentissage sur la base d'un manuscrit n'est pas exclusif de l'autre, tant s'en faut ; il s'inscrit également dans une forme d'oralité. Cependant, la formation se trouve par lui dédoublée entre deux dimensions, l'une théorique et canonique, et l'autre pratique. La connaissance des remèdes n'est donc pas organiquement liée à la maîtrise de l'écriture, et de fait toute une population de praticiens est probablement analphabète[117]. Ajoutons que la scripturalité de ce qu'il faut appeler la médecine arabe traditionnelle savante n'a pas d'effets sélectifs que sociaux : elle distingue également entre les genres.

3 – Une transmission en fonction du genre

La répartition des métiers médicaux fait songer quelque médecin et à la sage-femme de *Tristram Shandy* : l'un, érudit, inspire le respect, mais reste dans la cuisine à boire et à disserter, tandis que l'autre, à qui la future mère se fie davantage, est celle qui officie réellement dans l'urgence. Au Proche-Orient, les femmes sont en dehors de la médecine

116 *Ibid..*, p. 29.

117 Le barbier et historien Šihāb al-Dīn Aḥmad b. Budayr, qui tient une chronique de Damas dans la première moitié du dix-huitième siècle, semble être une exception – et de fait il est très fier de son succès à acquérir la culture d'un lettré, même s'il s'exprime en « dialecte classicisé » plutôt qu'en arabe classique. Cf Dana Sajdi, « Osmanlı tarihçileri : Shihabaddin Ahmad Ibn Budayr al-hallaq (fl. 1762) » disponible en ligne à : http://www.ottomanhistorians.com/database/html/ibnbudayr_en.html , consulté le 12/10/2007.

organisée professionnellement, mais l'opinion commune leur attribue une place spécifique dans la pratique médicale, et notamment dans ce qui touche au surnaturel.

La médecine reconnue officiellement était essentiellement un métier masculin. Ainsi que le remarque Amnon Cohen pour la période du seizième au dix-huitième siècle à Jérusalem,

> « La participation active des femmes à la vie économiques des guildes organisées était limitée. Leur implication était d'abord liée aux autres femmes, ainsi que nous avons déjà pu le voir dans le contexte du nettoyage des corps[118]. »

Les femmes ne sont pas entièrement absentes de sa description des membres des guildes relevant de la médecine ; c'est cependant dans certaines guildes spécifiques, en particulier celle des oculistes (au féminin *kaḥḥālah*-s), que l'on trouve des femmes membres[119]. Néanmoins, dans ce cas, le rôle de genre est renforcé par la dimension cosmétique de leur travail, qui requerrait l'usage du khôl à la fois à titre médical, tant prophylactique que thérapeutique, et comme maquillage. L'appartenance des femmes à cette guilde apparaît normalisée par le rapprochement avec une autre guilde, toute féminine celle-là, celle des *muzayyinah*-s ou *mumaššiṭah*-s (maquilleuses)[120]. Néanmoins, comme les femmes étaient absentes des guildes de médecins et de chirurgiens d'une ville comme Jérusalem, et que le recrutement pour les postes les plus en vue avaient lieu en leur sein, ces derniers, notamment ceux de médecins du *bīmāristān al-Ṣalāḥī* de la Ville sainte, étaient tous échus à des hommes[121].

Cependant les médecins membres de guildes, ayant pignon sur rue, n'étaient pas ceux qu'on allait généralement consulter en premier lieu pour se faire soigner. Le plus courant, notamment hors des villes, était qu'à côté des *dāyah*-s (sages-femmes) qui avaient une fonction spécifique, on connaisse des femmes possédant une certaine connaissance médicale, ayant une connaissance plus approfondie des plantes notamment[122]. On allait rarement voir le médecin en première instance[123], et ces femmes trouvaient une niche entre l'automédication et le recours aux praticiens de métier.

L'ethnographie médicale de la « Terre sainte », qui commence à émerger à partir des sciences bibliques et de l'anthropologie religieuse à la fin du dix-neuvième siècle, présente des exemples de ces savoirs médicaux féminins. Un thème récurrent de cette littérature, qui tire la

118 Cohen, *Op. cit.*, p. 80.
119 *Ibid.*, p. 84.
120 *Ibid.*, p. 80.
121 *Ibid.*, p. 82.
122 Louise Baldensperger & Grace M. Crowfoot, *From Cedar to hyssop. A study in the folklore of plants in Palestine*, Londres, The Sheldon Press, 1932, pp. 69-104.
123 Al-Nimr, *Op. Cit.*, Vol. n° 2, p. 73.

pratique médicale autochtone du côté du surnaturel, est le *Kitāb al-niswān* (le « Livre des femmes »), qui contient un certain nombre de mesures prophylactiques et remèdes, relevant du surnaturel[124]. C'est moins le contenu, variable d'un endroit à l'autre, de ce « Livre », que son mode de légitimation et, inséparablement, de transmission qui nous intéresse ; car ce « Livre » n'a rien d'un livre, il n'a pas de matérialité, de support fixant un contenu écrit, il est au contraire tout entier oral, et transmis oralement, de femme en femme exclusivement. En Galilée, d'après Eijub Abēla, l'origine de ce savoir est rapportée par les musulmans sunnites à un prophète du nom d'Arukin venu aux juifs, et que seules les femmes juives auraient bien accueilli – ce pourquoi elles auraient reçu le « Livre » du prophète à la condition de le transmettre oralement. Les chiites rapportent l'explication de cette tradition à l'anté-islam, et racontent qu'une femme dont le père serait né d'une fée, aurait pour ainsi dire craché cette science dans la bouche de deux Arabes. Pour les juifs, il faudrait en trouver l'origine au temps de Moïse, quand les Anciens des Hébreux auraient enseigné aux leurs la magie pour se prémunir des Egyptiens, maîtres en la matière. Quant aux chrétiens orientaux, ils auraient emprunté la légende aux religions voisines. Les récits varient selon les confessions, mais tous mettent l'accent sur l'exclusivité féminine de ce savoir[125]. La plupart de ces récits viennent présenter le Livre des femmes comme un pendant aux livres saints des différentes religions de la région, transmis par des hommes.

Tout ceci ne fait que souligner ce que le nom même de Livre disait implicitement : l'écrit est le mode de transmission des plus hauts savoirs, et les femmes, dans une relation d'inégalité de genre, font à la scripturalité l'hommage de l'imiter dans l'agencement de leurs connaissances et dans l'intitulé de ce savoir populaire. Ainsi se donne à voir une superposition significative de hiérarchies : hiérarchie des supports de la communication d'abord, en rappelant la primauté de l'écrit due à la forme écrite des textes religieux canoniques, et hiérarchie des genres.

Là-derrière, cependant, se dessine la fragmentation de l'univers médical. Les femmes ayant des connaissances médicales, comme les médecins instruits dans les manuscrits, n'occupent qu'une portion du domaine couvert par l'ensemble de la médecine, divisée en niches professionnelles.

Les écoles de médecine, extérieures aux modalités familiales de reproduction de la profession, vont à l'encontre du fractionnement professionnel antérieur, qui facilitait la reproduction sociale. Elles mettent en valeur de nouveaux atouts : les connaissances

124 Leopold Bauer, « Aus dem Buch der Weiber », in *ZDPV*, 1894, Vol. 17, pp. 45-60.
125 Eijūb Abēla, « Beiträge zur Kenntniss abergläubischer Gebräuche in Syrien », in *ZDPV*, 1884 , vol. n°7, n°79, pp. 79-80.

linguistiques, ainsi que la possession d'un capital social de nature politique ou confessionnelle. Pour expliquer l'importance de ces enjeux de reproduction sociale, il nous faut d'abord nous intéresser à la construction de l'image des praticiens, qui met en scène l'appartenance familiale et l'apprentissage.

II – La pratique médicale et son image : sociologie et figures du médecin

La multiplicité des pratiques n'est pas due à une pluralité de systèmes médicaux avant l'introduction de la médecine occidentale. La sociologie des praticiens manifeste en revanche des distinctions très marquées, d'abord entre médecins autochtones et médecins étrangers, et à l'intérieur de ces ensembles. C'est surtout à travers l'image de ces praticiens qui ressort du témoignage des résidents, des voyageurs, et dans le vocabulaire, qu'on peut se faire une idée de cette sociologie. Des pans entiers de l'information sur la pratique manquent pour s'en faire une idée complète, notamment au sujet de la médecine arabe traditionnelle savante dans les campagnes. A partir de la documentation dont nous disposons, nous avons distingué quelques topiques, un terme qui, selon Luc Boltanski, « [privilégie] l'idée de clôture autour d'une forme cohérente donnant des résultats très répondants, et […] du conventionnel au sens de l'ordinaire, du commun et du banal, qu'il évoque mieux que tout autre[126]. » Les objets et les témoignages qui nous intéressent, s'ils dessinent les contours de populations différenciées de praticiens, ne sont jamais très éloignés des *topoi*, les lieux communs ; ils font cependant ressortir des logiques sociologiques et historiques.

Ainsi, ils font apparaître une forte hiérarchisation à l'intérieur du groupe des médecins autochtones, ordonnée en fonction des modalités géographiques – ancrage local ou nomadisme professionnel – de leur pratique. Ceux-ci ont des contacts avec les médecins européens, et collaborent avec eux à l'occasion, mais n'ont pas les mêmes priorités : ces derniers se rattachent à un groupe, que l'on peut qualifier de levantin pour rendre compte de la variété d'origine de ses membres, et qui tend à se développer dans le sillage des institutions politiques ou religieuses. Toutefois, l'immigration croissante du nombre de médecins

126 Luc Boltanski, *La Souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, 1993, p. 86.

européens, dans la première moitié du dix-neuvième siècle, a une double incidence sur le champ médical. D'un côté, elle tend à produire une situation d'anomie médicale. De l'autre, elle inclut dans ses rangs des médecins, notamment missionnaires, qui cultivent leur différence et entendent se forger l'image de praticiens qualitativement supérieurs à tout ce que la médecine arabe traditionnelle a à offrir.

A – *Ustāḏ*-s* et *Maġribī*-s*

La variété des modes de pratique de la médecine s'est cristallisée dans les usages linguistiques ; et les termes employés illustrent l'articulation de ces modes de pratique à un espace et aux modes de vie qui en découlent.

1 – Une topique locale de la médecine savante autochtone : les « *Ustawāt* »*

Ainsi à Naplouse, certains praticiens de la médecine arabe installés en ville étaient désignés comme *ustāḏ*, ou, dans la langue vernaculaire, comme « *ustā* » (pluriel vernaculaire : *Ustawāt*), un terme d'origine non-arabe désignant un habile savant[127], qui a perdu cours en ville aujourd'hui mais qui s'utilise en Egypte et en Syrie pour désigner une personne d'autorité, et en particulier de stature académique. Iḥsān al-Nimr, historien de la ville de Naplouse, dresse la liste des familles de praticiens ainsi désignés : celles-ci, les familles Jabbār, Raḥḥāl Ṭūqān, et Abū Ġazālah, ont un ancrage local, une adresse en ville. Parmi elles, cet auteur singularise la dernière pour l'ancienneté de son association avec la médecine, mais aussi pour les qualités morales et la piété manifeste qui faisaient la réputation de ses membres[128].

L'histoire de la famille Abū Ġazālah est intéressante à plus d'un titre ; et notamment pour ce qu'elle révèle de la construction de l'image d'une famille de notables par ses membres. Nous avons signalé plus haut le caractère patrimonial de l'exercice de la médecine pour les familles qui la pratiquaient. Pour Amnon Cohen, à Jérusalem, l'appartenance à une famille connue comme lignage ou fratrie de médecins jouait un grand rôle dans la

127 Al-Rāmīnī, Akrām Aḥmad, *Nāblus fī'l-qarn al-tāsi' 'ašar. Dirāsah mustaḫlaṣah min sijillāt al-maḥkamah al-šar'iyyah fī Nāblus* [Naplouse au dix-neuvième siècle. Etude fondée sur l'analyse des registres des tribunaux religieux de Naplouse], Mémoire de magistère, Amman, Université Jordanienne, 1977, p. 216.

128 Al-Nimr, *Op. cit.*, Vol. 2, p. 74, notamment note 1.

reconnaissance des plus jeunes membres à l'intérieur des guildes, plus que pour d'autres métiers[129]. Le cas que nous allons présenter illustre une élaboration encore plus poussée des rapports entre métier et famille, qui devient une question d'image et de stratégie sociale à l'échelle régionale.

Le docteur Ḥātim Abū Ġazālah, médecin et ancien adjoint au maire de Naplouse, insiste sur le fait que sa famille était considérée de longue date comme « *'ā'ilat al-ustawāt* » ; ce qu'on pourrait traduire par « famille de savants ». Ce titre se rapportait à la fois à la pratique de la médecine et à l'autorité religieuse de différents membres de la lignée. Son témoignage construit une image dédoublée de l'espace social de la famille. Les Abū Ġazālah y apparaissent d'une part comme une famille attachée au lieu, et liée organiquement à la médecine ; et d'autre part, comme une famille qui s'est spécialisée de longue date dans le domaine de la santé, et à ce titre a essaimé à l'échelle régionale.

Selon lui, jusqu'à une date tardive, seule la famille Abū Ġazālah aurait fourni des médecins à la ville. Tandis que les autres grands noms ont fondé et maintenu une autorité locale grâce à une économie politique soutenant la production matérielle de la ville[130], cette famille a entretenu son prestige, lié au savoir et au service des malades. Ce discours renforce et le caractère urbain de la famille, et l'intégration de celle-ci aux fonctions urbaines. La référence religieuse constitue dans ce contexte la médiation d'une autorité locale effective sans l'assise économique dont disposent les autres grands noms de l'endroit. Dans ce témoignage, la pratique médicale n'est pas seulement une culture propre à la famille, mais un héritage immatériel qui constitue un atout jusque dans l'émigration.

Les Abū Ġazālah sont appelés *Ustāḏ*-s en témoignage de leur ancrage durable dans le paysage médical local. La permanence joue comme garantie auprès des patients. Les bénéfices en terme de réputation de l'ancrage local d'un praticien peuvent être illustrés par ce qu'on peut dire, par comparaison, de l'image des médecins ambulants.

2 – Une topique de l'altérité et de la marge : médecins ambulants et *Maġribī*-s

Dans l'image des médecins ambulants, comme pour les *Ustāḏ*-s, la difficulté est de distinguer ce qui peut être assigné à des représentations autochtones plutôt qu'au discours positiviste de la médecine européenne à laquelle ces dernières se mêlent.

129 Cohen, *Op. cit.*, p. 82.
130 Doumani, *Op. cit.*, *passim*.

Des écrits du Dr Šākir al-Ḥūrī qu'analyse Nada Sehnaoui, ressortent deux exemples révélateurs, pris dans la montagne libanaise et à Beyrouth. Entré à l'école de médecine du Caire en 1868, médecin diplômé, puis professeur à la Faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph ouverte par les Jésuites, le Dr Šākir al-Ḥūrī est caractérisé par cet auteur comme faisant « partie des premières générations de médecins locaux, représentatifs de l'avant-garde des intellectuels modernistes oeuvrant pour la disparition des médecins « charlatans » »[131], au premier rang desquels il place les *Maġribī*-s[132] ; ce terme, qui signifie littéralement « Africain du Nord », est alors synonyme de médecin ambulant, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le sud du bilād al-Šām. A ces derniers, il attribue une compétence inversement proportionnelle à leur responsabilité professionnelle et à leur aire d'influence.

En guise d'exemple, il donne notamment le cas d'un *Maġribī* de passage dans son village natal de Bikāsīn, qui aurait selon lui fait périr un nommé Tannūs atteint de constipation, en lui prescrivant un laxatif qui aurait entraîné une inflammation des intestins. Le départ du praticien, avant la mort de son patient, est assimilé à une fuite[133] : implicitement, un bon médecin est aux chevets du malade jusqu'au bout, et assume par conséquent les résultats du traitement qu'il ordonne. Les praticiens les plus réputés sont localisés et installés ; l'itinérance des *Maġribī*-s les déclasse.

Le cas contemporain de Ḥasan, le praticien de la médecine arabe à Naplouse, illustre le succès continu d'une médecine ambulante en Palestine, mais aussi la fusion entre les versants lettré et itinérant la médecine arabe traditionnelle à l'ère de l'automobile. Les usages linguistiques y apparaissent différents de ceux qui ont cours dans la montagne libanaise et la région de Beyrouth. Il n'est pas exclus que le terme *Maġribī* y ait désigné en certains lieux les médecins ambulants ; cependant la connotation géographique du terme ne s'est pas perdue. En 1855, le Dr Titus Tobler note :

> « Les magiciens trouvent à Jérusalem un terrain ample et propice. On suppose que il se trouvait à Jérusalem, il y a deux siècles, des magiciens venus d'Afrique qui assortissaient de petits bouts de papier de lettres ou de triangles et les distribuaient. On les pendait alors au cou des malades contre de nombreux maux. […] Il semble qu'on nomme ces gens « Maugherbini » [*Maġribī*-s], ce qui doit vraisemblablement signifier

131 Sehnaoui, *Op. cit.*, p. 56.

132 Nous nous sommes astreint à simplifier la graphie des noms arabes au pluriel. Toutefois, la norme qui veut que l'on ne retranscrive pas les pluriels tels quels atteint ici ses limites, car les différentes régions du monde arabe ont leurs préférences en matière de formation des pluriels pour les groupes humains. C'est une caractéristique des dialectes du bilād al-Šām que de préférer les former sur le modèle des pluriels quadrilittères irréguliers, plutôt que sur la forme régulière du masculin en *-iyyūn*. Nous empruntons, conformément à un usage local, le terme géographique de *Maġribī*-s pour désigner les médecins ambulants ou d'origine nord-africaine, mais ceux-ci sont en fait désignés comme *Maġāribah*, ou plutôt, en version dialectale, *Maġārbe*. C'est là affaire de nuance et de contexte, de même que les adjectifs français maghrébin et mograbin ne sont pas tout à fait équivalents.

133 Sehnaoui, *Op. cit.*, p. 56.

« Marocains[134]. »

Les pratiques magiques, amulettes etc., faisaient partie des recours thérapeutiques des *Maġribī*-s décrits par Nada Sehnaoui[135] ; et le Dr Cornelius Van Dyck, qui travaillait surtout dans la montagne libanaise, rattache cette spécialisation à une origine maghrébine réelle ou imaginaire :

> « Il est une autre classe de praticiens, principalement originaire de Barbarie, qui font semblant d'avoir le pouvoir de libérer [ceux qui sont affectés par le *ḥaṭ*, un papier écrit dans le but de nuire à autrui], au moyen d'un contre-papier, porté par le patient sous sa coiffe, et qui agit après un temps plus ou moins long[136]. »

A Jérusalem, cependant, le terme *Maġribī*, associé à un quartier de la ville, Bāb al-Maġāribah, où logent notamment les descendants de familles originaires du Maghreb, ne désigne plus une pratique ambulante de la médecine. En dehors de la Ville sainte, il est difficile de déterminer si l'expression avait cours, car les migrations du dix-neuvième siècle ont mis l'accent sur le sens originel du mot.

Cette importation de pratiques de médecine religieuse relève d'un phénomène plus général de transfert des pratiques religieuses avec le flot des migrants, qui s'accompagne parfois de mouvements massifs d'adhésion au sein de la population autochtone. Le *šayḫ* ʻAlī Nūr al-Dīn, originaire de Tunis, s'est installé dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle à Acre, et y dirige une confrérie ou secte, dite des Jaslī, jugée hétérodoxe par les *ʻalīm*-s* locaux. Le *šayḫ*, généralement appelé šayḫ al-Maġribī, pratique entre autres choses l'imposition des mains aux malades et a une réputation de guérisseur à côté de celle de saint homme, qui a attiré autour de lui et de ses enseignements une foule de fidèles[137]. Son autorité d'initiateur d'un mouvement spirituel important renforce son charisme, y compris dans ses pratiques de guérison ; cependant l'association entre guérisseurs et immigrants originaires d'Afrique du Nord existe ailleurs, sans ce degré de personnalisation.

A Jéricho, notamment, une communauté d'origine maghrébine est venue s'installer à la même époque. Ses contours se dessinent jusqu'à aujourd'hui à travers l'appartenance à une *ṭarīqah* soufie, celle des *Sarruzī*-s, inspiré du *šayḫ* Ḥusayn al-Sarruzī. Ses šayḫ-s sont connus de nos jours encore pour leurs amulettes comme pour leur connaissance des plantes médicinales, même si l'image de la *ṭarīqah* semble surtout associée à ses défilés avec

134 Tobler, *Op. cit.*, p. 7.
135 Sehnaoui, *Op. cit.*, p. 44.
136 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 220.
137 Bishara Kardahi, «Der Schech el-Mughrabi, oder: Die Sekte der Dschasli, einer Art muhammedanischer Freimaurer in Acco», in *Die Warte des Tempels*, 13/09/1888; cité in Alex Carmel (éd.), *Palestina-Chronik*, 2 Vol., Ulm, Armin Vaas Verlag, 1983, Vol. 2, pp. 115-120.

drapeaux et musique[138].

Ces deux exemples dessinent une topique des *Maġribī*-s, mais avec une articulation plus marquée entre pratique thérapeutique et origine géographique qui, sans doute, a favorisé l'intégration des immigrés maghrébins perçus collectivement comme une communauté impartie d'un savoir médical. L'association entre Maghreb et connaissances de guérisseur est métonymique au nord, dans la montagne libanaise, et plus littérale au sud, du fait de l'immigration. Corrélativement, certaines formes de pratiques médicales qui font aujourd'hui partie de la médecine arabe traditionnelle, étaient vraisemblablement perçues comme importées au dix-neuvième siècle. Il importe donc, lorsque nous évoquons des exemples actuels comme indice des pratiques médicales des siècles passés, de garder en mémoire que des éléments d'une variante hétérochtone de la médecine arabe traditionnelle se sont amalgamés entre-temps à la forme autochtone de celle-ci.

Nous verrons plus loin que les médecins diplômés inscrivent aussi leur carrière dans un espace à plusieurs échelles, des villages aux grandes villes régionales, et que les médecins missionnaires en particulier pratiquent une médecine itinérante de village en village. Les médecins diplômés vouent une détestation particulière aux praticiens ambulants de la médecine arabe traditionnelle autochtone, qui constituent un élément ancien du paysage médical régional. De la part de médecins diplômés, les comportements de dénonciation, et plus encore le fait de chercher à confondre ces praticiens, tiennent visiblement d'une approche positiviste militante de la médecine. Il ne semble pas que cette défiance soit partagée par la majorité de la patientèle : en 1908, le Dr Šākir al-Ḥūrī regrette la confiance que de nombreux patients préfèrent accorder à ceux qu'il désigne comme « charlatans »[139], plutôt qu'aux médecins diplômés. Nada Sehnaoui défend de façon générale l'idée que la permanence des métiers de la médecine non officielle au Proche-Orient s'explique par les interactions locales et familiales entre praticiens et patients, sur des plans très divers et pas seulement professionnels. Les médecins ambulants font exception à cette logique[140], et constituent une forme d'altérité, moins estimée sans doute, mais proposant une offre thérapeutique partiellement différente à l'intérieur du même système médical, celui de la médecine arabe.

Le vocabulaire fait ressortir une hiérarchie des modalités de la pratique, entre la médecine ambulante et les lignées professionnelle. Si le terme d'*Ustāḏ* caractérisait l'articulation d'une origine locale à un patrimoine culturel perçu comme régional, les

138 Abdelaziz Mahmoud Abdlaziz, *La Ville de Jéricho et sa région. Etude ethno-anthropologique (deuxième moitié du XIXe siècle – 1967)*, 2 Vol., Th. : anthropologie : Université de Paris VII Jussieu, 1991, Vol. 1, p. 177.

139 Sehnaoui, *Op. Cit.*, p. 63. *Vide* Šākir al-Ḥūrī, *Op. Cit.*, p. 282.

140 Sehnaoui, *Op. cit.*, pp. 70-71

Maġribī-s sont des *outsiders*, des personnages perçus comme déviants en raison de leur mode de vie, mais engagés dans une activité qui remplit une fonction sociale aux marge des sociétés proche-orientales en élargissant l'offre de soin[141]. Ils n'ont pas de pratique consolidée et reconnue, ni de clientèle qui vient de loin pour les voir comme ce peut être le cas pour les *Ustāḏ*-s. Il jouent le jeu de leur étiquetage, en choisissant un *modus operandi* itinérant, sans port d'attache, ou en assumant la désignation collective qui renvoie à leur image populaire de communauté immigrée. Les mots rendent compte d'une sociologie médicale différenciée, d'une pluralité des pratiques et des recours thérapeutiques, et de la coexistence de catégories de praticiens se rattachant à au moins deux généalogies différentes au sein de la médecine arabe traditionnelle telle qu'elle se pratique au Proche-Orient. Il n'y a pas, en revanche, scission à l'intérieur de celle-ci. Il serait abusif de parler de pluralisme médical au sens fort.

Un autre groupe, dont l'intégration locale n'est que partielle, est très visible, parce qu'il appartient à un groupe lui-même singularisé et confiné à certaines villes, ou du moins certaines régions : celui des médecins levantins.

B – Les médecins levantins

De même que les nations occidentales du Levant, appelées localement « franques », occupent, en vertu de leur ethnicité et de leur place dans les Echelles commerciales de Syrie, une position liminale et cruciale dans l'intégration de la région à l'économie mondiale[142], de même l'organisation de ces nations donne aux médecins qui en sont membres une position d'intermédiaires dans l'échange des connaissances médicales avec l'Europe.

1 – Médecins et nations franques

Plusieurs raisons expliquent la présence de ces médecins. Elle s'explique d'abord par la structure de la nation* franque comme institution, communauté fortement intégrée autour des

141 Dans cet ordre d'idées, Howard S. Becker, dans son analyse des carrières d'*outsiders*, perçoit la déviance non comme une dérive vers les marges, mais comme un spectre, allant d'un mode de vie résolument hors norme, ou plutôt contre-normatif, à des *flirts* temporaires avec les déviances, à côté de périodes de comportement plus conventionnel. Les liens avec la société normative ne sont pour ainsi dire jamais coupés, ne serait-ce qu'à travers les comportements paradoxaux de provocation, qui situent l'*outsider* par rapport à son environnement social. Cf Becker, *Op. cit.*, pp. 47-48.

142 *Vide* notamment Philipp, *Op. cit.*, pp. 94-135.

activités commerciales, placée sous protection consulaire en vertu des capitulations régissant le statut des Européens dans l'Empire ottoman[143]. Pour les puissances européennes, la présence de médecins de consulat a une finalité immédiate essentielle, celle d'informer la mère-patrie des situations d'épidémie, pour en prévenir la diffusion jusqu'en Europe. A mesure que celle-ci réussit progressivement à se débarrasser des récurrences de la peste aux dix-septième et dix-huitième siècles, le contrôle des flux maritimes et des voies de contagion devient plus efficace. Ce système repose en aval sur le contrôle des navires à l'arrivée, en fonction du port d'origine et de la situation sanitaire dans cette provenance : la mise en quarantaine des navires dans les lazarets passe par l'obligation de fournir un état sur l'état sanitaire de la ville de départ. Ce bulletin, ou patente de santé, suppose également un contrôle en amont[144]. Les médecins de consulat sont chargés de les rédiger, de tenir informée l'administration sanitaire des pays d'origine de l'évolution de la santé dans leur échelle, et de préciser sur les patentes le contenu de la marchandise convoyée. Il s'agit d'éviter la contamination par maniement inconsidéré de matières « susceptibles », c'est-à-dire susceptibles d'être le vecteur de la contagion et de transmettre le mal à plus ou moins longue échéance[145]. Les informations sanitaires générales obtenues par les médecins de consulat sont également transmises, sous forme parfois laconique, aux chancelleries. En outre, ils se piquent parfois de rassembler les connaissances générales – épidémiologiques, étiologiques, mais aussi sociologiques, culturelles et économiques – que leur fonction d'information et leur pratique les ont amené à acquérir, pour les transmettre aux académies européennes ou les publier[146].

Cette première raison de leur présence en amène une autre, la possession d'un personnel médical comme mesure conservatoire pour les communautés étrangères vivant dans les Echelles. Fin décembre 1813, le consulat de France à St Jean d'Acre qualifie de « médecin » sept des résidents recensés dans la circonscription consulaire :

---

143 Randi Deguilhem, « Le *Hān* des Français à Sidon : un *waqf* ottoman loué par la France », in Daniel Panzac (éd.), *Histoire économique et sociale de l'Empire ottoman et de la Turquie (1326-1960). Actes du sixième congrès international tenu à Aix-en-Provence du 1er au 4 juillet 1992*, coll. « Turcica », Paris, Peeters, 1995, pp. 136-137 & 140-141.

144 Daniel Panzac, *La Peste dans l'Empire ottoman 1700-1850*, coll. « Turcica », Louvain, Editions Peteers, 1985, p. 20 & p. 49.

145 Archives départementales des Bouches-du-Rhône, Série 200 E : « Intendance sanitaire de Marseille », carton 977 : *Rapport adressé à Son Exc. Le ministre du commerce, par M. de Ségur Dupeyron, secrétaire du Conseil Supérieur de Santé, chargé de procéder à une enquête sur les divers régimes sanitaires de la Méditerranée, et sur les modifications qui pourraient être apportées aux tableaux qui fixent la durée de quarantaine en France*, Paris, Imprimerie Royale, [août] 1834, pp. 39-40.

146 Citons notamment l'ouvrage d'Alexander Russell, *Natural history of Aleppo*, Londres, 1794, qui est en bonne part consacré aux pathologies locales d'Alep et de sa région, comme les formes de leishmaniose appelées « bouton d'Alep » (cf pp. 262-266).

- le nommé Giraudin (33 ans), dont l'état est « négociant tisserand », sur lequel il est observé « sans commerce, faisant le médecin » à Saïda ;
- Joseph Bertrand (51 ans) et son fils Louis Bertrand (32 ans), médecins à Saïda ;
- Antoine Bertrand (33 ans), médecin à Saïda ;
- Béraud (65 ans) et son fils Joseph Béraud (41 ans), médecins à Beyrouth ;
- Chaboceau (73 ans), médecin à Damas[147].

Pour chacun d'entre eux à l'exception de Chaboceau, le tableau des résidents indique la présence de leur famille à leur côté. La présence de trois générations de certaines familles (celle de Joseph Bertrand et celle de Béraud) indique une installation à terme, dans laquelle la transmission du savoir médical se fait d'une génération à l'autre. Les circonstances qui amènent ces familles à se spécialiser la médecine sont variées, mais dans un cas au moins, celui des Bertrand, on voit apparaître l'idée que la médecine occidentale a été recherchée par les autorités locales en raison de ses succès dans la lutte contre les épidémies. Le fondateur de cette lignée levantine était un médecin qui a participé aux mesures sanitaires pour prévenir l'extension de la peste de Marseille en 1720, et que l'administration ottomane a recruté pour venir employer ses talents à Beyrouth[148].

Le cas de Giraudin, dont le consul Pillavoine, auteur du tableau, ne fait pas grand cas, montre une démarche toute différente. C'est le seul exemple clair de reconversion du négoce vers la médecine, de toute évidence sans compétence réelle ou sans grande réputation dans ce second métier. Nul doute, cependant, qu'il est au minimum frotté de médecine : les mêmes raisons épidémiologiques qui justifient l'embauche d'un médecin par chaque consulat, et par l'administration ottomane, expliquent que pour les Européens du Levant, la Syrie apparaisse une région de danger sanitaire, contre lequel il vaut mieux être prévenu et instruit.

Les épidémies rendent le Levant attractif pour ceux qui peuvent se prévaloir de connaissances en médecine. Pour les Européens du Levant, elle constitue une carrière viable, qui ouvre sur des espaces sociaux très divers, au-delà des limites des nations européennes, et qui ne connaît pas les aléas du commerce du Levant à la fin du dix-huitième siècle. Un enchaînement de facteurs économiques et politiques, locaux et internationaux, a durablement affaibli économiquement la nation française dans les échelles du sud de la Syrie : la montée de la concurrence cotonnière internationale, la fin du système de fixation des prix entre les pouvoirs locaux d'Acre et les négociants français, l'expulsion de ces mêmes négociants hors

147 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 2, « Tableau des Français établis dans le département de St Jean d'Acre. 31 déc.[embre] 1813. »

148 Nous remercions M. Didier Pralon, descendant de cette famille, pour ces informations et pour nous avoir donné la permission de photographier le firman donné à un de ses aïeux au dix-neuvième siècle, et l'autorisant à exercer la médecine dans l'Empire ottoman, cf Annexe C.

de cette ville par Aḥmad Paşa al-Jazzār en 1790, l'expédition de Syrie de Bonaparte en 1799, enfin le monopole du commerce du coton mis en place par Sulaymān Paşa al-'Adīl à partir de 1804[149]. L'évaluation précise de la viabilité économique de la pratique médicale, en comparaison de ces désastres successifs pour le négoce, est difficile à faire, faute de données sur les revenus.

Il est une catégorie de praticiens qui est étrangère à ces considérations économiques, et qui se place en dehors du marché médical en pratiquant une médecine ostensiblement gratuite, mais pas exempte de contreparties : ce sont les religieux chrétiens.

2 – Les médecins religieux chrétiens

Au début du dix-neuvième siècle, les monastères et couvents du Proche-Orient constituent une part significative de l'offre de soin locale, ce qui sert leur action missionnaire, pastorale et scolaire.

Les institutions catholiques puis, à partir des années 1820, protestantes, sont protégées officiellement par les nations européennes, mais ont leurs propres médecins, plutôt que de s'en remettre à ceux des consulats. L'une des raisons en est que pendant longtemps,

> « l'Eglise [catholique] officielle interdisait encore et toujours aux chrétiens de se laisser traiter par des non-croyants [au christianisme]. Cela n'avait guère de portée pratique pour les malades chrétiens ordinaires (sinon cette prohibition n'aurait pas été répétée de façon constante) mais il est à supposer que les Franciscains [de Terre sainte] profitaient des moyens dont ils disposaient [pour s'y conformer][150]. »

La Custodie Franciscaine de Terre sainte dispose ainsi d'une pharmacie à Jérusalem à partir du XIVe siècle[151], avant de créer des officines similaires dans ses autres couvents. Le Père A. Arce, ancien archiviste du couvent franciscain de Jérusalem, a recensé 56 noms de médecins, pharmaciens et aide-soignant entre 1631 et 1939 dans ces mêmes couvents[152], dont 8 personnes identifiées comme médecins pour la période 1800-1861. Ces médecins et pharmaciens sont au service, non seulement du couvent, mais des pauvres qu'ils soignent gratuitement.

Les Franciscains ne sont d'ailleurs pas seuls à pratiquer une médecine de charité avec succès. D'après le Dr Habeeb Risk Allah Effendi, médecin originaire de Beyrouth et converti au protestantisme, les carmélites du couvent de Saint Elie, sur les hauteurs de Haïfa, tiennent

149 Philipp, *Op. cit.*, pp. 118-126.
150 Schwake, *Op. cit.*, Vol. 1, p. 92, note 1.
151 *Ibid.*, Vol. 1, pp. 74-77.
152 Cité in Schwake, *Op. cit.*, Vol. 1, p. 91, note 1.

un dispensaire « bien pourvu en remèdes, offrant les meilleurs médicaments récents »[153]. Cet auteur ne se prive pas de démonter bientôt image initiale qu'il donne ainsi des religieux catholiques qui pratiquent la médecine ; non au nom de leur compétence, mais en raison de l'instrumentalisation qu'ils font de leur activité :

> « Les moines sont toujours disposés à saisir l'occasion de montrer leur compétence et leur charité, et il n'est pas besoin de s'y reprendre à deux fois pour les inviter jusque sur le seuil de la maison d'un homme malade, et en quelques minutes les voilà activement employés à soigner, si la médecine peut quelque chose. En de nombreuses circonstances, le patient ne souffre que d'une sévère constipation, ou bien d'une attaque aiguë de fièvre ; et dans de tels cas, une guérison prompte et presque miraculeuse survient bientôt. Qu'on y voie un miracle, ou une intervention de la Divine Providence en réponse aux prières et aux bénédictions des saints moines, telle est la seule pensée que ces derniers ont en tête ; ils ne perdent jamais une occasion, dès leur arrivée, de créer secrètement dans l'esprit des proches et des familiers la quasi-certitude de la mort du patient, à moins d'une intervention spéciale en sa faveur, sur leurs prières. Même si cela n'aboutit pas en fin de compte à la conversion du ménage, cela sape leurs convictions intimes, instaure la confiance envers les bienfaiteurs, et instille un sentiment de reconnaissance pour de multiples actes de charité gratuite. Le moins qu'on peut alors faire pour eux, est d'accéder à la demande des moines, souvent formulée explicitement, d'envoyer ses enfants dans leurs écoles[154]. »

Il ne fait pas de doute que Habeeb Risk Allah Effendi garde en tête les rivalités entre missionnaires protestants et catholiques dans la montagne libanaise, et qu'étant lui-même protestant, il force le trait dans un esprit partisan. Il est également indéniable que la manière de dispenser les soins constitue un enjeu de méthode missionnaire, comme nous le verrons plus loin. Ce qui ici intéresse notre propos est l'idée que les religieux médecins nourrissent la relation thérapeutique de façon à rendre le traitement spectaculaire. Dans ce processus, le diagnostic est en réalité gardé secret, et l'écart entre le pronostic répandu sur le mode de la rumeur et le résultat du traitement est l'outil qui permet d'instrumentaliser les soins.

La mise en scène de la relation thérapeutique et des valeurs qui s'y expriment amène à se pencher sur les doctrines autochtones relatives à la rétribution des médecins pour leurs tentatives de guérison. De la scène décrite par Habeeb Risk Allah Effendi, il ressort que la charité des soins prodigués n'est pas gratuite ; néanmoins, l'absence de rétribution formelle participe de la charité revendiquée par les religieux chrétiens. Quelle que soit la confession, la personnalité religieuse du médecin affecte d'une manière générale la place de la rétribution dans la relation thérapeutique. Il y a une raison religieuse et culturelle à cela, car la perception d'honoraires est comprise dans le bilād al-Šām comme une prétention indue à avoir produit la guérison. Le Dr Ḥātim Abū Ġazālah explique que ses aïeux ne percevaient pas d'honoraires,

153 Habeeb Risk Allah Effendi, *The Cedar and the thistle*, Reading, Garnet Publishing, 2001 [*reprint*, 1ère édition: Londres, James Madden, 1854], p. 376.
154 *Ibid.*, p. 378.

car la guérison émanait de Dieu au premier chef. Cette idée, qui est rapportée par notre informateur à la théologie de l'islam, imprègne l'ensemble de la pratique médicale dans la région, toutes confessions confondues. Il est en revanche de coutume de laisser un cadeau proportionné à ses besoins et aux efforts nécessités par le traitement : les cadeaux, souvent alimentaires, variaient en fonction de la saison[155].

Les modalités symboliques de la rétribution sont un thème récurrent ; elles expliquent le principe du paiement après traitement en général. Néanmoins, ni le caractère non monnayé, ni le principe du paiement après les soins ne sont universels. Ils ne permettraient pas aux médecins ambulants de vivre ; et en outre la différence entre acte médical et guérison est assez présente, qui permet de concevoir l'action du médecin comme un travail méritant rétribution et non comme un service dont l'effectivité ne dépend pas de celui qui le donne. Cornelius Van Dyck note que :

> « Le praticien, qui reçoit rarement des honoraires pour un simple conseil, a intérêt à faire quelque chose dans chaque cas où on fait appel à lui. Si les moyens employés étaient de nature à ne pas faire de tort, à défaut de faire du bien, ce pourrait être une bonne chose ; mais dans la grande majorité des cas, on recourt à la saignée quelle que soit la cause ; et elle est répétée à chaque visite, jusqu'à la mort du patient, ou jusqu'à sa guérison en dépit des efforts de son médecin pour le tuer. Pour les maladies chroniques, il arrive communément que le praticien passe contrat avec le patient pour une certaine somme, au risque de ne rien recevoir en cas d'échec ; mais le médecin s'arrange en général pour s'assurer au moins une compensation partielle par avance, sous prétexte d'acheter des médicaments ou autre chose, si bien qu'il est sûr de ne pas rentrer les mains vides[156]. »

La rétribution contractuelle suppose une acceptabilité sociale du paiement des traitements. Ce passage, qui répète une accusation des médecins européens contre les systèmes thérapeutiques adoptés sur place, implique que la relation thérapeutique devrait être perçue comme une relation d'échange, en dépit de la part d'incertitude inhérente à la nature des services rendus par le médecin.

Les religieux chrétiens pratiquent formellement une médecine gratuite, qui répond à l'image des institutions – leur ordre, et l'Eglise en général – qu'ils représentent par leur activité. Les bénéfices financiers sont secondaires, rapportés aux moyens de l'Eglise à une échelle internationale ; mais la méthode s'inscrit dans une économie des relations sociales qui crée des obligations à l'égard des religieux. Un troisième type de praticiens, plus ou moins rattachés aux nations franques, tire sa légitimité professionnelle d'un autre facteur : ses rapports avec le pouvoir.

155 Entretien avec le Dr Ḥātim Abū Ġazālah, Naplouse, 12/07/2005.
156 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 212.

3 – Les médecins des pachas

Médecins des nations, médecins des âmes, et médecins des princes : ainsi peut-on décliner les formes institutionnelles de la pratique médicale des Levantins au début du dix-neuvième siècle. Des trois, la dernière catégorie apparaît la plus ouverte, puisqu'elle rassemble praticiens arabes et européens, la plus incertaine aussi à une époque où le pouvoir s'exerce dans la violence. Pour les potentats locaux qui se succèdent, en revanche, l'intérêt est de rassembler un personnel médical plus ou moins qualifié, mais susceptible de sécuriser le pays sur le plan sanitaire, et ainsi d'asseoir leur pouvoir. Les médecins des pachas deviennent alors le tout-venant de la pratique occidentale, qui vient trouver refuge sur les rives orientales de la Méditerranée, et qui contribue notablement à créer une situation d'anomie médicale.

La concentration des pouvoirs et la politique de monopole des différents potentats à la tête de la province de Saïda, gouvernée depuis Acre, a abouti à attirer un certain nombre de médecins en ville, dont certains immédiatement dans l'orbite du pouvoir. Les médecins des pachas étaient souvent arabes, comme Ibrāhīm al-Ṣabbāġ, souvent européens au début du dix-neuvième siècle. Grec catholique formé comme médecin au monastère de Šuwayr, dans la montagne libanaise, il s'installe dans les années 1750 à Acre et devient en 1757 le remplaçant de Sulaymān Suwwān comme médecin personnel du gouverneur, Ẓāhir al-'Umar, après avoir soigné ce dernier avec succès d'une maladie que son prédécesseur était incapable de guérir. A compter de 1759, les négociants français se réfèrent à lui comme « médecin et secrétaire du Shaykh » Ẓāhir. Par ses entremises entre eux et le pacha[157], il devient le grand financier de la province jusqu'à la chute de son protecteur en 1775[158].

La proximité du pouvoir, par le biais de la relation personnelle qu'instaure le traitement, n'est pas sans risque, ce qu'illustre l'infortune de Sulaymān Suwwān. Le Père A. Arce relate la mésaventure similaire arrivée au frère franciscain de Terre sainte Francesco López. Ce dernier, frère mineur espagnol arrivé en 1788 et ayant exercé la médecine au couvent St Sauveur de Jérusalem jusqu'à sa mort en septembre 1813, est assez réputé pour que le gouverneur d'Acre de l'époque, Aḥmad Paşa al-Jazzār, le fasse appeler à Acre en septembre 1803 pour qu'il s'occupe de lui et d'une des femmes de son harem. Cet honneur cause un grand désarroi au médecin[159], averti de la dérive sanguinaire et apparemment paranoïaque de ce même gouverneur à partir des années 1789-1790[160]. D'après les actes du Discrétoire de la Custodie Franciscaine de Terre sainte pour les années 1800-1815,

157 Philipp, *Op. cit.*, p. 108.
158 *Ibid.*, p. 40.
159 Arce, *Art. cit.*, cité in Schwake, *Op. cit.*, Vol. 1, pp. 92-93.
160 Philipp, *Op. cit.*, p. 113.

l'expérience tourne mal et le gouverneur va jusqu'à diriger sa dague contre lui dans le but de le tuer[161]. Même sous des maîtres plus cléments, l'incertitude de la guérison rend la survie politique de ces praticiens périlleuse, et l'on pourrait penser que ces médecins chercheraient à se prévaloir autant que possible d'une nationalité ou d'une protection étrangère. Les choses ne sont pas aussi tranchées.

Vis-à-vis de leur nation d'appartenance, la position de ces médecins appelés auprès de l'administration ottomane n'est pas une relation univoque de protection. Parfois, il est clair que les relations avec un potentat local sont un moyen d'asseoir sa situation vis-à-vis de son consulat de référence. Ainsi, le consul de France à Saint-Jean d'Acre, Henri de Guÿs, recommande-t-il en 1827 Joseph Bertrand pour un poste d'agent consulaire à Tyr, en tant que français « jouissant d'une très bonne réputation et d'une certaine considération qu'il a acquise par son service auprès du Prince Béchir, dont il a été longtemps le médecin »[162]. Les liens de Joseph Bertrand avec l'émir Bašīr al-Šihab ont crédibilisé le premier aux yeux des diplomates français du Levant, et la base de cet entregent est la proximité que confère le « colloque singulier »[163] avec l'homme qui domine la montagne libanaise depuis 1789. Il n'en est que davantage protégé : effet du prestige, sans doute, mais également de son entregent au bénéfice des intérêts français, ou même des informations qu'il a pu révéler aux diplomates. La même chose vaut d'Adama Mongelli, chirurgien napolitain, protégé français et médecin de Sulaymān Paşa al-'Adīl en 1815[164]. Son cas illustre les répertoires de légitimation que peuvent mobiliser ces médecins : cela passe par l'entregent, par la durée, par l'accord des pairs, et par référence à la culture légitime. Mongelli traite régulièrement des patients employés du consulat de France à Saint-Jean d'Acre, dont le drogman* du consulat Pierre Martin, auquel il rédige le certificat suivant :

> « Le soussigné témoigne avoir soigné le sujet français Pierre Martin depuis presque deux ans ; lequel souffre de pollution nocturne. Ce genre de maladie vient du tempérament excité qui résulte de rêves lascifs et quelquefois, de la simple vue d'une belle femme, ce qui arrive fréquemment. Considérant que la chose devient plus dangereuse à mesure qu'elle devient habituelle, les difficultés ne sont pas minces pour le guérir car le mal peut dégénérer en perte de semence, ce qui s'appelle vulgairement gonorrhée simple ; je lui ai fait prendre des remèdes rafraîchissants, martiaux [*marziali*] et fortifiants ; puis j'ai fait appel à deux autres médecins arabes, afin qu'ils l'examinent, à savoir Giovanni Souan [Ḥannā Suwwān] et Giacomo Souan [Ya'qūb Suwwān], et nous sommes tombés d'accord pour lui ordonner de se marier, ce qui

161 Schwake, *Op. cit.*, Vol. 1, p. 93.

162 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 5, n° 4 d'Henri de Guÿs, consul de France à Saint-Jean d'Acre, au ministre des Affaires Etrangères, de Beyrouth, 13/08/1827.

163 Sur l'idée de « colloque singulier » et son instrumentalité dans le discours médical, cf Michel Foucault, *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 1963, p. X.

164 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 3, « Tableau des Français et protégés établis dans le département de St Jean d'Acre », par Pillavoine [1815].

était la seule façon de le guérir selon *L'Onanisme* de M. Tissot, un ouvrage excellent pour les sujets qui touchent à ce mal et à ceux qui en sont atteint, et conformément à cet avis nous soumettons le présent certificat.
A Acre, le 20 mars 1814[165]. »

Les tenants et les aboutissants de l'affaire donnent une idée des espaces sociaux et culturels qui se croisent dans la personne du médecin Mongelli. Le fin mot de l'histoire est que Pierre Martin, fonctionnaire et diplomate, désire épouser Adélaïde Julien, française, fille d'un natif de La Ciotat et d'une femme originaire d'Idlib. Le père de la fiancée est pauvre suite à la ruine de son père installé en Syrie, survenue lors de l'expédition de Bonaparte en 1799. Tout fonctionnaire, et *a fortiori* tout diplomate est alors contraint de laisser son ministère de tutelle procéder à une enquête de moralité au sujet de sa future femme, ce qui conduit souvent à l'éviction des promises impécunieuses. L'autorisation du mariage est improbable, à moins que Pierre Martin ne renonce à son poste. Faute d'alternative, son supérieur, Pillavoine, qui désire le garder, le couvre dans cette affaire et autorise le mariage à l'église, sur la foi du certificat médical de Mongelli, quitte à être réprimandé par le Ministère[166]. Dans cette affaire, les « pollutions nocturnes » et le « dépérissement de [la] santé » de Pierre Martin servent de prétexte pour justifier le mariage. D'autres raisons plus pressantes explique l'empressement de Pillavoine à autoriser le mariage : « éviter un scandale public en ne regardant sa femme que comme sa maîtresse »[167], et permettre aux époux de louer une maison ensemble afin de s'y enfermer pour éviter la peste qui sévit[168]. Le ministère légalise finalement le mariage, puisque l'on apprend un peu plus tard que Pierre Martin, premier drogman du consulat, a reconnu son fils, né de sa femme Adélaïde, le 23/03/1816[169].

Pour justifier le mariage de Pierre Martin, Mongelli multiplie les considérations et les avis. En premier lieu, il semble que cette situation – la mauvaise santé psychosomatique du patient, ou l'attente d'une occasion propice pour se marier – ait été durable, et que la peste ait accéléré la décision du mariage. Mongelli n'agit pas seul, mais se prévaut de l'avis de deux médecins arabes. Il n'y a pas de césure sociale ou professionnelle entre lui et ces deux hommes, dont le nom est le même que celui du médecin personnel de Ẓāhir al-'Umar : dans un pays où la médecine est souvent héréditaire, on est fondé à supposer que nous avons affaire

165 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 2, copie du certificat médical établi le 20/03/1814 par Adama Mongelli ; joint à la copie de la lettre de Pierre Martin, drogman du consulat de France à Saint-Jean d'Acre, à Pillavoine, d'Acre, le 17/04/1814 ; contresignée pour copie conforme par le consul.
166 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 3, n° 11 de Pillavoine au ministre des Affaires Etrangères, d'Acre, le 21/01/1815.
167 *Ibid.*
168 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 2, copie la lettre de Pierre Martin, drogman du consulat de France à Saint-Jean d'Acre, à Pillavoine, d'Acre, le 17/04/1814 ; contresignée pour copie conforme par le consul.
169 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 4, « Extrait des registres de la chancellerie du consulat de France à Saint-Jean d'Acre. Acte de naissance de Louis Blaise Martin, copié et certifié conforme », s.d. [1816].

aux descendants. La référence de Mongelli prend alors un sens local, puisque l'avis de médecins arabes n'est pas de nature à impressionner le ministère. Aux yeux de Pillavoine, et des habitants d'Acre, la référence aux deux Suwwān est un indice de sérieux, comme celle à Samuel-André-David Tissot (1728-1797) l'est pour le ministère. Ce dernier, médecin né dans le canton de Vaud, ami de Rousseau[170], est l'auteur d'ouvrages tels que *L'Onanisme* (1760), qui reste longtemps un des arguments de la police morale exercée dans les écoles religieuses françaises. Les observations de Mongelli sont conformes aux observations de Tissot[171] mais cette référence apparaît déplacée dans un certificat de ce genre: le médecin napolitain emprunte à deux systèmes de justification, qui montre que l'affaire se joue sur deux registres, l'un local et l'autre parisien.

L'exemple est également révélateur des relations entre médecine occidentale et médecine arabe traditionnelle sur le terrain. Le qualificatif « médecin arabe » est ethnique et non culturel ; la référence à Tissot est instrumentale avant d'être scientifique, elle renvoie à la science médicale légitime en Europe, non à une scission de la pratique au Proche-Orient.

Tous les médecins des pachas n'ont pas d'aussi harmonieuses relations avec leur nation au Levant. Une figure récurrente de la pratique médicale est celle du médecin européen renégat, passé au service des Ottomans. On la trouve en 1811, lorsqu'il apparaît que des chirurgiens déserteurs des armées européennes sillonnent le Proche-Orient. Pillavoine se plaint que ceux-ci arrivent en pléthore, en quête d'un poste, et qu'on compte de mauvais praticiens parmi eux, qui ternissent la réputation de leur pays d'origine – en l'occurrence la France. Les relations qu'ils veulent établir avec « leur protection naturelle » constituent un embarras pour le consul, qui n'a besoin que d'un médecin par échelle, et demande l'autorisation au ministère de faire renvoyer ces praticiens au pays[172]. Sulaymān Paşa accueille ces médecins, Français, Italiens, Polonais, Allemands ou Grecs, qui n'ont ni subsistance ni résidence fixe[173], mais qu'il emploie parfois à son service, en les payant mal. Cette figure ne disparaît pas avec le retour de la paix en Europe ; on la retrouve encore en 1849, lorsque le Sultan fait ouvrir une pharmacie dans la *takiyyah** de Dame Tunšuq, dans la vieille ville de Jérusalem, pour faire pièce aux institutions médicales et hospitalières ouvertes par les puissances européennes dans les années précédentes. A la tête de cet hospice, on nomme « un

170 Antoinette Emch-Dériaz, « L'enseignement clinique au XVIIIe siècle : l'exemple de Tissot », in *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire médicale*, 1987, Vol. 4, pp. 145-164.

171 Samuel-André-David Tissot, *L'Onanisme. Essai sur les maladies produites par la masturbation*, Paris, Garnier Frères, 1905, pp. 173-206.

172 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 2, n° 119, de Pillavoine au ministre des Relations Extérieures, d'Acre, 31/05/1811.

173 MAE Quai d'Orsay, CCC, St Jean d'Acre, 3, n° 73, de Pillavoine au Ministère des Affaires Etrangères, d'Acre, 03/06/1817.

médecin renégat français » converti à l'islam[174] ; l'institution fait long feu, mais elle semble indiquer que pour des médecins européens aventuriers, l'Empire ottoman a des carrières officielles à proposer.

Entre des médecins installés comme Mongelli et ces praticiens de fortune, on retrouve l'alternance entre la topique de l'installation et celle de la mobilité. Cependant, les uns et les autres aspirent aux mêmes types de poste, auprès des consulats ou des autorités ottomanes ; il y a un goulot d'étranglement dans la carrière médicale. Cette perte d'attractivité coïncide avec l'arrivée de médecins européens en rupture de ban, et avec le moment où des institutions sous solide protection étrangère prennent le relais des médecins installés à titre individuel.

C – Un stéréotype conquérant : le *ḥakīm* européen

Alors que les médecins levantins étaient, peu ou prou, intégrés linguistiquement et socialement à leur ville de résidence, les institutions médicales fondées en Syrie à partir des années 1820, et tout particulièrement dans le sud du bilād al-Šām, assignent une finalité extra-médicale à leur action, et cherchent consciemment à légitimer celle-ci dans des termes autochtones. Cela passe par la construction d'une représentation savante et dépréciative de la médecine autochtone, et un travail de création d'une image sociale, afin de doter les médecins européens engagés par ces institutions d'un charisme particulier : c'est cette image à usage externe que résume leur habitude récurrente de se désigner comme *ḥakīm*-s [sage].

1 – Le *ḥakīm*, d'une acception l'autre

Partons de la distinction entre catégories émiques, empruntées aux acteurs étudiés, et catégories étiques, concepts de facture savante appliqués par les chercheurs à leur objet[175]. Tout chercheur évolue des unes aux autres à différents moments de sa recherche, mais dans l'ordre de la validation scientifique, c'est la démonstration d'adéquation des catégories à l'explication des objets qui est pertinente. Nous avons repris plus haut les termes d'*Ustah* et de *Maġribī*, il est tentant de les généraliser pour rendre compte d'une réalité socio-spatiale similaire dans toute la région ; mais ce serait évacuer la part de variation linguistique dans la

174 Cité in Schwake, *Op. cit.*, Vol. n° 1, p. 83.
175 Christian Bromberger, « Les savoirs des autres », in *Terrain*, 03/1986, n° 6 : *Les Hommes et le milieu naturel*, pp. 3-5.

description du paysage médical, et ainsi gommer les particularismes locaux.

Il est également utile de reprendre, comme une figure explicative, le terme de *ḥakīm*, que les médecins européens, aventuriers et missionnaires, empruntent à l'usage courant, à condition d'expliciter le mécanisme de cette appropriation. Le terme est d'abord employé par les habitants du Proche-Orient à leur endroit, avant qu'eux-mêmes ne le réutilisent pour se décrire et s'arroger sa double connotation de sagesse et de connaissance médicale. L'usage qu'ils font du mot est ambigu puisqu'il ne désigne plus les médecins en général, comme dans son acception autochtone, mais les médecins européens à l'exclusion des autres, dont la médecine serait obsolète, voire néfaste.

Les usages locaux du mot *ḥakīm* traduisent l'héritage d'une conception épistémologique qui place la médecine au centre des savoirs, car elle est tributaire de toutes les sciences[176]. Cornelius Van Dyck, rendant hommage aux grands noms de la médecine arabe de l'islam classique, rend compte de cette sapience dans les termes suivants :

> « Les médecins étaient généralement en même temps naturalistes, métaphysiciens, astrologues et alchimistes, un fait qui explique qu'ils soient appelés حكماء Hukema, sages, alors que la désignation adéquate est أطباء Atibba', guérisseurs. Les deux titres continuent à être utilisés, quoique les « titulaires » actuels ne méritent ni l'un, ni l'autre[177]. »

L'auteur, éminent linguiste en même temps que médecin, perçoit ici une continuité d'usage, malgré l'appauvrissement des savoirs auxiliaires et de la science médicale elle-même.

A mesure que la Méditerranée devient progressivement, dans les premières décennies du dix-neuvième siècle, un appendice du Grand tour qui guidait les pas des élites d'Europe de l'Ouest jusqu'en Italie au siècle précédent, le terme de *ḥakīm* devient récurrent sous la plume des auteurs de récits de voyage. Cela commence par l'usage du mot, retranscrit par des témoins, médecins ou non, dans la bouche de témoins locaux ou installés sur place à long terme. Ainsi, le médecin irlandais Richard Madden, voyage en Orient au terme de ses études à Paris et s'installe en Egypte. Il finit par rencontrer Mehmet Alī Paşa, en 1826, et après qu'il a « montré à Son Altesse comment remonter une horloge musicale », ce dernier s'exclame « *Mashallah* ! Dieu est grand ! [*sic*] Vous, les *hakkim* [*sic*], vous pouvez tout faire ! Vous pouvez réparer les corps et remonter les horloges ! »[178]

La scène comporte un élément d'étonnement naïf, de la part du pacha, qui voit dans le jeune médecin un homme universel, un peu à la manière des savants de la Renaissance ; encore sa réaction conserve-t-elle au médecin une articulation entre mécanique et art de

176 El-Azhari Sonbol, *Op. cit.*, p. 8.
177 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 202.

guérir, qui traduit la conviction épistémologique qu'il existe un lien entre les savoirs. Le plus souvent, cette dimension est absente au profit de caricatures honorifiques.

Un des lieux communs du récit de voyage devient la description d'une scène où un grand concours de peuple vient prier un Occidental, médecin ou non, de les soigner. Même un homme du pays comme Habeeb Risk Allah Effendi répercute le discours culturaliste qui dit que du point de vue de la population de l'Empire ottoman, « tous les Francs sont supposés être médecins par naissance »[179]. A l'usage, le mot prend une connotation très particulière dans la bouche des Européens : il en vient à signifier l'affirmation consciente de la différence de nature entre médecine européenne et médecine arabe de l'époque, et de la supériorité des praticiens occidentaux. En l'espèce, les médecins européens nous semblent être les dupes de la patientèle à laquelle ils renvoient de façon démonstrative une image altière du « *ḥakīm* européen » : à la longue, ils prennent conscience des réticences qu'ils inspirent parmi les malades. Le curieux de l'affaire est qu'une médecine à prétention scientifique soit ainsi légitimée par un terme qui investit le praticien européen d'un charisme[180]. L'établissement de cette distinction radicale relève de stratégies diverses, par-delà l'instrumentalisation de la différence culturelle que manifeste la captation du terme *ḥakīm*.

2 – Les stratégies occidentales de déni de scientificité

Elles varient en degré de construction depuis la simple négation jusqu'à une téléologie de l'histoire de la médecine qui fait contraster la médecine européenne comme médecine de progrès, et la médecine arabe stagnante, malgré la communauté de l'héritage scientifique. Celle-ci est perdue de vue par les médecins occidentaux au moment où la médecine savante de l'islam classique a complètement disparu, d'un point de vue formel, des programmes des écoles de médecine, sinon comme référence historique.

La version la plus brute de ce discours de déni de scientificité consiste à réduire la pratique médicale à la magie, quitte à atténuer le jugement au fil du texte. Pour faire l'éloge de deux médecins britanniques installés l'un, le Dr Kerns, à Beyrouth, et l'autre, le Dr MacGowan, à Jérusalem, un médecin qui a travaillé en Egypte dit dans l'hebdomadaire médical *The Lancet* que la pratique médicale en Syrie se limite à un regroupement hétéroclite

179 Risk Allah Effendi, *Op. cit.*, p. 378.

180 Une certaine littérature missionnaire a durablement recours à la figure du *ḥakīm*, en raison non plus de la science qu'il est censé incarner, mais de la personnalité charismatique qui est comme naturalisée dans le pays, tout en gardant son extranéité foncière. *Vide* notamment W. Ewing, *Paterson of Hebron « The Hakim ». Missionary Life in the Mountain of Judah*, James Clarke & Company, Londres, 1930.

de « vendeurs de charmes, faiseurs de miracles, aventuriers, fakirs et sorciers, toujours près à en imposer à la crédulité des esprits simples »[181]. L'exotisme vient conforter par contraste la dignité professionnelle des deux médecins en question pour qui il s'agit « d'élever le nom de la Grande-Bretagne dans l'opinion du peuple syrien »[182]. Le déni de scientificité apparaît alors obéir à une finalité politique nationale, alors que les autres stratégies de déni de scientificité s'inscrivent dans une perspective religieuse ou historique, au détriment de l'islam ou de la culture islamique de l'époque.

Une deuxième stratégie vise à privilégier, dans les pratiques médicales, ce qui est interprété comme survivances de coutumes primitives et comme traces permettant de constituer une science biblique ou une anthropologie religieuse. Le Dr Madden, comparant les pratiques magiques du Proche-Orient contemporain aux usages de la maladie, s'inscrit dans cette lignée[183]. Cet évolutionnisme a, pour les Européens du dix-neuvième siècle, un intérêt tout particulier quand on l'applique à la « Terre sainte » : c'est qu'en supposant que les blocages culturels ont provoqué l'arrêt du développement de cette région du monde, ils pensent éclairer le contenu de la Bible, en le comparant et l'illustrant avec les habitudes contemporaines recensées dans les enquêtes ethnographiques.

En un sens, toutes les lectures historiques procèdent également par comparaison pour instituer un semblable discours de développement arrêté, même si la détermination du moment de la stagnation varie selon le terme de comparaison.

La comparaison la plus évidente et la plus systématique est faite avec la médecine européenne ; l'évolution de la médecine arabe apparaît restée à des connaissances et des pratiques similaires à la médecine pratiquée en Europe avant le dix-septième siècle. Le Dr Titus Tobler dresse un panorama de la pratique médicale à Jérusalem, et appuie ses propres observations sur des références qui s'échelonnent de 1490 à 1848, malgré la présence de remèdes et d'instruments médicaux récents, parfois importés d'Europe[184]. Quelques décennies auparavant, Desgenettes, qui dirige le service médical du corps expéditionnaire en Syrie de Napoléon Bonaparte, raconte l'histoire de Mustafā Hājjī, praticien de Constantinople, envoyé pour soigner les blessés de la garnison de Jaffa. Il est arrêté par les Français sur sa route en direction de cette ville, qui est déjà tombée entre leurs mains :

> « Mustapha montra de la reconnoissance pour la générosité des Français à son égard ; il offrit de pratiquer dans les hôpitaux des pestiférés des opérations réputées et en effet dangereuses ; et, quoique repoussé même violemment par un opérateur chrétien […],

181 William Holt Yates, M.D., «Medical news from the East», in *The Lancet*, 1842-1843 , Vol. 1, 11/03/1843 (pp. 867-870), p. 867.
182 *Ibid.*, p. 868.
183 Madden, *Op. cit.*, Vol. 2, pp. 271-292.
184 Tobler, *Op. cit.*, pp. 2-17.

> il se présenta à plusieurs reprises. Ce malheureux, après avoir vu mourir de la peste le commandant, son protecteur, subsista jusqu'à notre retour, au commencement de prairial, du métier de barbier ; ses instruments et ses emplâtres, dont il étoit très satisfait, appartenoient, pour les classer dans l'histoire de l'art, tout au plus à la fin du seizieme siecle. On pourra procurer aux Turks, et il est très probable qu'ils ont déjà des instruments plus perfectionnés ; mais quand sauront-ils ce qu'il faut pour ne s'en servir jamais qu'utilement[185] ? »

L'idée d'une divergence d'évolution entre la médecine arabe et la médecine européenne s'articule souvent autour de la périodisation présentée dans cet exemple. La médecine développée à partir du dix-septième siècle instaure aux yeux de Desgenettes une différence de nature, à partir de laquelle la première entrerait dans une stagnation durable, jusqu'à l'arrivée de la médecine européenne au dix-neuvième siècle. Dans cette perspective, la césure entre les deux est épistémologique, et l'importation de matériel et de remèdes récents n'y change rien.

La médecine arabe de l'islam classique est le principal autre terme de comparaison, dès lors que les témoins s'intéressent aux parfumeurs, barbiers, etc., qui revendiquent cet héritage culturel. Le travail de Van Dyck sur le sujet isole un des enjeux de cette téléologie de l'histoire de la médecine : la transmission par les manuscrits. Son analyse ne trouve guère matière à comparer les grands médecins arabes aux métiers de la médecine au présent, et la rupture entre ces deux période de l'histoire de la médecine de la région vient renforcer le discours sur l'inertie de la pratique médicale contemporaine[186].

Il arrive enfin que la comparaison soit faite avec les médecines d'autres régions extra-européennes du monde, toujours au détriment de la médecine pratiquée au Proche-Orient. Un article tiré de *The Lancet* fait notamment cette comparaison, qui part du postulat radical d'un vide médical total dans la région. L'auteur ajoute :

> « En Inde, et dans d'autres régions du monde même moins civilisées que la Syrie, il existe des médecins indigènes, qui ont une connaissance traditionnelle ou expérimentale de l'art de guérir, et peuvent apporter un secours à ceux qui souffrent de maladie, ou aux blessures corporelles légères ; mais dans ce pays malheureux, il apparaît que même un si bas niveau de connaissance médicale fait défaut[187]. »

La comparaison est il est vrai faussée d'emblée. Néanmoins, comme le souligne David Arnold, une semblable conception de développement arrêté est partagée par des observateurs européens du dix-neuvième siècle au sujet de la médecine ayurvédique et de la médecine *Yunani*, qui est dérivée des mêmes ouvrages de la médecine arabe de l'islam classique que ce

185 René Desgenettes, *Histoire Médicale de l'Armée d'Orient*, Paris, Librairie de la société de médecine, Bossange, Masson et Besson, An X, pp. 52-53.
186 Van Dyck, *Art. cit.*, notamment pp. 209-210.
187 « Syrian Medical-Aid Society », in *The Lancet*, 1843-1844, Vol. 1, 02/03/1844, p. 765.

qui se pratique au Proche-Orient[188]. L'historicisation de la médecine et le déni de sa scientificité présente sont illustrés par l'un et l'autre cas. Il n'est pas seulement ironique que le rédacteur du *Lancet* ait choisi de comparer défavorablement la médecine au Proche-Orient à celle qui se pratique en Inde : c'est aussi un indice que le *modus operandi* des Britanniques ne peut être le même d'une région à l'autre. En Inde, la présence britannique et la logique d'administration de la société privée chargée de la gestion du territoire, la Compagnie des Indes Orientales, contribuent à l'institutionnalisation des médecines autochtones existantes afin de limiter le coût des politiques de santé publique[189]. La Syrie est territoire sous souveraineté et administration ottomanes, et par conséquent l'approche des promoteurs de la médecine européenne n'est plus encadrée par des impératifs de gestion ou d'administration, mais par les relations avec les représentants de l'Etat central ottoman. A partir des années 1820-1830, sociétés et institutions caritatives deviennent le relais de politiques agressives de prises d'intérêt, de la part des puissances européennes. La médecine est un des instruments de cette politique.

3 – La promotion modèles organisationnels européens

Une donnée de la pratique médicale au Proche-Orient est prise en compte par les promoteurs de la médecine européenne : son caractère très individualisé, jusqu'à l'anomie ou ce qui est perçu comme tel. C'est, par contraste, sur les aspects organisationnels qu'ils mettent l'accent dans leurs projets. Cela passe par la promotion de trois cadres institutionnels.

Le premier est celui du contrôle sanitaire, qui est adopté après la disparition de la peste dans les nations d'Europe et l'érosion de la prohibition religieuse contre la quarantaine en Islam[190]. Le système quarantenaire, imposé en Egypte par Mehmet Alī Paşa et mis en œuvre par des médecins européens, italiens en particulier[191], est étendu à la Syrie lors de l'occupation égyptienne des années 1831-1840. L'Etat ottoman est alors poussé par les représentations diplomatiques européennes à imiter cette organisation, et là où elle a été mise en place, à en

188 David Arnold, *Colonizing the body*, Berkeley / Los Angeles / Londres, University of California Press, 1993, p. 46.

189 Seema Alavi, «British Medicine and Unani Healing in 19th Century India», présentation faite dans le cadre du symposium «From Western Medicine to Global Medicine: the Hospital beyond the West», Oxford, 18-19 mars 2004.

190 Michael W. Dols, *The Black Death in the Middle East*, Princeton, Princeton University Press, 1977, pp. 109-121; et Panzac, *Op. cit.*, pp. 280-287 & 290-295.

191 Madden, *Op. cit.*, pp. 254-289. Sur le fonctionnement capitulaire, sous contrôle européen, du conseil d'hygiène et de quarantaine d'Alexandrie, cf André Siegfried, « La défense sanitaire de l'Occident », in *Cahiers du musée social*, 1943, n°1: « Les problèmes de l'hygiène et de l'urbanisme », pp. 10-12.

continuer le fonctionnement après la reconquête de la Syrie par les troupes du Sultan en 1840.

Les possibilités de carrière se développe alors dans le système quarantenaire et au sein des institutions hospitalières qui se multiplient, en particulier à Jérusalem, à l'instigation des organisations religieuses (cf tableau n° 1). Ces hôpitaux, financés le plus souvent de l'extérieur sur une base religieuse et nationale, sont conçus à la fois comme des vitrines et comme des atouts dans la concurrence locale des influences. Les postes de médecin des hôpitaux de Jérusalem restent pendant longtemps fermés aux natifs de la région, ce qui est néanmoins une exception localisée ; ailleurs, les médecins sous influence d'une nation européenne trouvent à se faire embaucher dans les institutions protégées. Certaines de ces puissances cherchent également à étendre leur influence par le biais de la formation.

Nation protectrice	Institutions responsables	Date de fondation
Grande-Bretagne	London Jews' Society	Décembre 1844
	Communautés juives européennes	1844-1845
Prusse puis Allemagne	Diaconnesses de Kaiserwerth	Mai 1851
France	Patriarcat latin, Soeurs de St Joseph de l'Apparition	Novembre 1851
France	Patronnage de la branche française des Rothschild	Juillet 1854
	Communauté arménienne de Jérusalem	1856
Russie		Vers 1862

Tableau n° 1 : Les hôpitaux européens fondés à Jérusalem (1844-1870). (Source : Norbert Schwake, *Op. cit.*, vol. n° 1 & 2, pp. 111, 218-220, 226, 274, 351-353, 379-389, 417-419.)

Les témoins européens remarquent souvent le manque de médecins « qualifiés » au Proche-Orient – le terme est d'emploi moins précis que diplômé – et fondent leur idées des hiérarchies médicales locales sur cette perception. Ainsi Titus Tobler ne reconnaît-il de vraie compétence médicale à Jérusalem dans les années 1840 qu'au Dr MacGowan (médecin de l'Hôpital protestant anglais et de l'Hôpital des diaconesses prussiennes), au Dr Fränkel (médecin du premier hôpital juif de la ville), et au Dr Assuani (un natif de Céphalonie, employé par le gouvernement hellène dans la pharmacie que ce dernier finance en ville), qui tous ont un doctorat et qu'il appelle « médecins formés scientifiquement ». Il critique en revanche « les Franciscains, qui dépensent sans nécessité de grosses sommes d'argent, [et qui] n'ont pas encore perçu qu'un médecin bien formé ferait plus de bien qu'un charlatan » [192].

La formation académique n'est pas le critère unanime par lequel la supériorité des médecins européens est censée se manifester, mais elle tend à en devenir le marqueur. Par voie de conséquence, la question de la formation et donc de la création d'écoles de médecine sur le modèle des facultés occidentales est posée.

Ce type de discours sur la pratique médicale locale repose sur le caractère faussement

192 Tobler, *Op. cit.*, p. 3.

évident de l'autorité du médecin diplômé, et corrélativement sur l'image d'un vide médical ou d'une pratique non régulée, transmise de façon informelle. Or des modes de contrôle de la pratique existent, même s'ils semblent se dérober au regard. Quels sont-ils, et quelle est leur effectivité ?

III – Le contrôle de l'exercice de la médecine

Les efforts de réforme et de réglementation de la médecine tentés par l'administration ottomane à partir à l'époque du Tanzimat sont la conséquence d'une volonté de contrôle politique, et notamment de défense de la souveraineté nationale, qui s'appuie sur la prise de conscience de la situation d'anomie médicale qui se développe au même moment. Le diagnostic de crise professionnelle, et notamment de dysfonctionnement de la formation, est le même que celui des médecins européens, et aboutit au même rejet de la médecine arabe traditionnelle. Il est cependant justifié par une volonté étatique de faire barrage aux intrusions occidentales dans le domaine de la médecine. L'idée est corroborée par le fait que certaines institutions créées dans le cadre de ces réformes ont été mises en place sous la pression des puissances européennes et avec du personnel de ces nations. Tout ceci s'appuie sur l'idée du déclin du contrôle de l'exercice de la médecine, qui reste à démontrer. Pour cela, il nous faut d'abord analyser les modalités traditionnelles du contrôle, avant de voir comment prend forme la reprise en main de l'exercice légal de la médecine par l'Etat.

Jusqu'au début du dix-neuvième siècle, les formes de contrôle professionnel contribuent à renforcer la transmission héréditaire de la pratique médicale et à la matérialisation par la médiation de l'écrit. La possession de l'écrit – manuscrit ou permis d'exercice – apparaît l'objet d'une véritable capitalisation, au sens où le document se substitue au capital social familial dans le cas, assez fréquent dans ces métiers, où le praticien quitterait le pays de ses origines.

Néanmoins ces éléments de validation légale ou théorique que sont le permis et le manuscrit se heurtent à la réalité d'une pratique informelle, ce que viennent rappeler en langage juridique les affirmations répétées du contrôle des métiers médicaux. Il existe une altérité formelle dans le domaine de la médecine, qui ne se superpose pas rigoureusement à la distinction subjective entre « bon » et « mauvais » médecin. Entre la médecine des guildes et

celle, non reconnue, qui existe en dehors d'elles, la distinction est réelle. Cependant, elle ne suppose pas une exclusion rigoureuse de l'une au profit de l'autre. En ce sens, le réformisme ottoman, qui bouleverse les procédures de validation légale et contrecarre la transmission héréditaire des professions médicales, radicalise la logique du mode d'organisation antérieure, en allant vers une dichotomie nette entre médecine légitime et médecine informelle, marginalisée et progressivement rendue illégale, et en l'étendant théoriquement à tout le territoire ottoman.

A – Les modalités du contrôle de la profession

Dans leur diversité, les métiers de la médecine sont théoriquement encadrés par la loi. Le contrôle de la pratique a plusieurs composantes, suivant trois procédures principales : des examens qui habilitent à l'exercice, une institution religieuse et administrative, la *ḥisbah*, qui sert de fondement à une organisation professionnelle, et un contrôle judiciaire *a posteriori* par les tribunaux religieux. La rareté des documents relatifs à la médecine dans les registres des tribunaux religieux se prête à des interprétations diverses, mais ce système repose d'abord sur l'organisation interne des métiers de la médecine et, par conséquent, ses dysfonctionnements ne donnent lieu que rarement à des procédures judiciaires. Que le système garantisse ainsi la qualité de la pratique médicale, ou même qu'il réussisse à limiter les fraudes, voilà qui est difficile à démontrer à partir de la documentation existante. Cependant, les plaintes apparaissent rares, et c'est un indice de ce que l'on ne cherche pas de recours en dehors de l'organisation professionnelle en cas de litige.

Le hiatus est très marqué, sur ce point, entre le discours des observateurs européens et ce qui se dégage des registres des tribunaux religieux. Pour les premiers, nous l'avons dit, une anomie professionnelle croissante prévaut, qui permet à tout un chacun de pratiquer la médecine sous une forme ou une autre, sans formation préalable. A l'inverse, d'un point de vue autochtone, les institutions et les individus s'efforcent de conformer l'exercice de la médecine à des normes. Au reste, les médecins occidentaux ont surtout à cœur d'opposer à la situation existante un modèle de formation académique, celui des facultés de médecine et c'est ainsi qu'il faut comprendre leur condamnation en bloc.

Il y a pourtant un hiatus entre discours et procédure, qui ne se résume pas à une opposition entre stéréotype et vérité de terrain, car les généralisations des Occidentaux se

retrouvent, affinées, dans les observations des médecins formés dans les universités de l'Empire quelques décennies plus tard. Nonobstant la réalité probable de l'anomie médicale, les spécificités de la formation des médecins diplômés les poussent à en accroître l'ampleur dans l'ordre du discours. Au reste, les procédures, examens etc., ne constituent pas la totalité du paysage médical ; elles démontrent néanmoins qu'il existe un secteur médical organisé. A nous de tracer la limite entre médecine organisée et médecine informelle, que vient indiquer la documentation écrite.

1 – Le contrôle de l'accès à l'exercice de la médecine

Les procédures d'examen, dont K. al-'Asalī rappelle l'existence dès l'époque abbasside[193], ont cours à l'époque ottomane. Parler de continuité n'a guère de sens, car nous ne sommes pas en mesure de comparer de façon précise le contenu de la formation, d'une ère à l'autre. Du reste, la formation n'était pas unifiée ou standardisée à l'époque de l'islam classique ; or les registres des tribunaux religieux ottomans indiquent qu'il existait, en fonction du diagnostic, peut-être pas un canon de la thérapeutique, mais à tout le moins un art médical relativement homogène, sur la base des mêmes compilations. Un minimum d'homogénéité des pratiques est de toute façon nécessaire, à l'une et à l'autre époque, pour que l'idée d'un contrôle professionnel, par voie d'examen ou autrement, ait un sens.

En revanche, il est possible et pertinent de comparer les documents relatifs à la reconnaissance du droit d'exercer la médecine à la chronologie politico-administrative nationale et locale. Avant les années 1860, les permis étaient délivrés par le tribunal religieux ou par les gouverneurs locaux, au nom de l'Etat central. Ainsi le 12 Rabī' āḫir 971 AH / 1563 AD, le *qāḍī* Nūr al-Dīn effendi remet au šayḫ Šams al-Dīn Muḥammad b. al-šayḫ Zayn al-Dīn al-Ḥakīm, chef des médecins [*ra's al-aṭibbā'*] de Jérusalem un ordre sultanien, qui délègue à ce dernier le contrôle de l'exercice de la médecine. L'ordre précise que tous les médecins enregistrés par lui doivent avoir obtenu un permis garantissant qu'ils possèdent les connaissances nécessaires, et implicitement, avoir subi un examen devant leurs pairs[194]. La date correspond non seulement à la fin de la période de mise en place d'une administration proprement ottomane après la conquête, mais aussi à une période d'évergétisme impérial à

193 Al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 163.

194 *Sijillāt al-maḥākim al-šar'iyyah fī'l-Quds al-Šarīf* [Registres des tribunaux religieux de Jérusalem, dorénavant S.Q.] n°45, p. 19, 12 Rabī' āḫir 971 AH / 1563 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 179.

Jérusalem[195] ; elle anticipe d'ailleurs de quelques années seulement une démarche d'inspection de l'hôpital de la ville, le Bīmāristān al-Ṣalāḥī en vue de la rénovation de celui-ci[196]. Il n'est pas clair que cette démarche ait abouti, ou surtout que l'hôpital ait conservé son importance et son attractivité après cette date. Les responsables de l'organisation des médecins continuent d'y occuper les fonctions rémunérées les plus attractives. Dans le même temps, l'administration de l'institution apparaît assez rapidement relâchée vis-à-vis de l'absentéisme, et peu efficace à fidéliser le personnel : un infirmier du *Bīmāristān al-Ṣalāḥī* n'est renvoyé en 1602 qu'après 7 ans d'absence[197], tandis que son successeur donne sa démission l'année suivante, abandonnant du même coup son salaire[198]. Voilà qui augure mal des moyens de contrôler la profession, à ceci près que la supervision de l'hôpital n'est pas tant de la responsabilité du chef des médecins de Jérusalem (sauf quand il y est employé) que de celle de l'administrateur du *waqf* et de l'institution du *Bīmāristān al-Ṣalāḥī*. Ce sont les dysfonctionnements de la fondation, plutôt que ceux du contrôle des personnels de santé, qui sont ainsi mis en exergue.

Après l'ordre sultanien cité ci-dessus, toutes les questions d'exercice de la médecine se règlent, jusqu'au dix-neuvième siècle, à l'échelle locale. La documentation fait allusion aux titres professionnels, par exemple lors de la nomination du *Ḥājj* Muṣliḥ b. Muhyī al-Dīn comme chef des médecins de Jérusalem, en 1687[199]. Il arrive néanmoins que le tribunal religieux cherche à confirmer, par des témoignages oraux, la qualité de médecin de celui qui dit tel, comme nous allons le voir plus bas ; la production de documents écrits attestant de la compétence professionnelle n'est pas en soi une obligation.

Cette validation écrite est néanmoins d'assez de valeur pour être officialisée, et conservée précieusement par ses détenteurs. L'historien libanais Assad Rustum, parmi d'autres travaux de mise au jour d'archives, a ainsi retrouvé chez un prêtre de Nazareth, en 1925, deux documents illustrant, en la personne des aïeux de leur détenteur, le processus de validation du droit d'exercer[200]. Le premier est un permis d'exercer portant le sceau d'Aḥmad Paşa al-Jazzār et datant de 1802, dans lequel un médecin de Nazareth, Ya'qūb b. Ibrāhīm Farah̲, se voit reconnaître le droit de pratiquer la médecine, sur la foi des attestations de sa

195 Sur l'évergétisme de Soliman le magnifique et de son entourage à Jérusalem, cf Singer, *Op. cit.*, *passim*.
196 S.Q. n°53, p. 577, 978 AH / 1570 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 172.
197 S.Q. n°83, p. 258, 5 Muḥarram 1011 AH / 25 juin 1602 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 185.
198 Cohen, *Op. cit.*, p. 83.
199 S.Q. n°188, p. 187, Vendredi du milieu de Ramadan 1098 AH / 25 juillet 1687 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*,, p. 184.
200 American University of Beirut / Library Archives, Assad Rustum, « Ruh̲sah ṭabīb min Aḥmad Bāšā al-Jazzār » [« Permis donné à un médecin par Aḥmad Paşa al-Jazzār »], in *Al-Kulliyeh*, Vol. 12, n°5, 07/1926, pp. 510-513. *Vide* l'annexe C pour le texte de ces documents, ainsi que de l'« Ijāzah al-'Aṭṭār li'l-H̲ilāsī » [Attestation donnée par al-'Aṭṭār à al-H̲ilāsī] immédiatement annexée à ces deux textes par le même auteur.

compétence qu'il a fournies (et qui demeurent introuvables). Alors qu'à Jérusalem, c'est le tribunal religieux qui valide les décisions du chef des médecins en la matière, c'est à celui qui a capté le pouvoir administratif civil qu'il revient de reconnaître ici, en dernière instance et sur avis de personnes compétentes, le droit à la pratique. D'après la lettre du permis, c'est notamment afin de défendre le droit à la libre pratique du médecin que le personnel administratif, en la personne du gouverneur, émet le document. Le texte ajoute qu'il convient d'assurer la subsistance du médecin, « comme l'habitude le veut ». Il est difficile d'évaluer si cette dernière expression relève du formulaire ou si elle recouvre une réalité régionale, y compris en milieu rural comme à Nazareth. En revanche, Aḥmad Paşa al-Jazzār manifeste son pouvoir à travers son sceau, et nous pensons qu'émettre de tels documents est une marque d'autorité régionale : le gouverneur entend notamment protéger le médecin de toute « amende, corvée ou ponction fiscale » indue, et donc le couvrir contre les exactions éventuelles de potentats placés sous sa tutelle à lui, al-Jazzār. Un sens sous-jacent du document est l'affirmation, par sa sanction, par sa protection et par son sceau, du pouvoir régional du gouverneur.

Un autre document, daté de 1207 AH / 1792-1793 AD et archivé avec le premier, matérialise les attestations délivrées au terme de l'examen du futur médecin par les hommes de l'art : c'est une page portant les attestations de médecins confirmant la compétence du père de Ya'qūb, Ibrāhīm b. Ilyās Faraḥ, médecin lui aussi. Elle comporte l'enregistrement de trois attestations de médecins par le tribunal religieux d'une ville qui n'est pas cité, possiblement Acre, de la main du *Ḥājj* Aḥmad al-Nasī, *faqīh** du *maḏhab** shafi'ite*. Le contenu des attestations est révélateur de la finalité de semblables attestations, dont nous avons lieu de supposer qu'elles étaient chose commune. Les remarques sur le contenu de l'examen sont générales, sans autre spécification du contenu que la pratique par l'impétrant de « la médecine, la saignée et la thérapeutique ». L'essentiel tient à la portée légale de l'attestation. Le texte qui valide les attestations précise que « le bon médecin, pourvu d'une preuve qu'il entend la médecine, ne peut être poursuivi si celui qu'il a soigné devait mourir, car le médecin prodigue les soins de la médecine et la guérison vient de Dieu », une décharge dont nous allons voir plus loin la portée. Elle est déjà présente dans les attestations, qui précisent qu'un médecin ne peut être autorisé à soigner sans être examiné par ses pairs, car « le médecin se sait savant en médecine par le témoignage que des hommes justes et savants en ce domaine peuvent donner de ses connaissances ». La procédure d'examen fonctionne ici en connexion directe avec la validation légale, et le but immédiat en est de couvrir le praticien contre toute mise en cause judiciaire de ses actes. Du père au fils, c'est l'instance de validation légale –

pour le premier, le tribunal religieux, et pour le second le sceau du gouverneur – qui a changé en l'espace de dix ans. On est tenté d'y voir une preuve supplémentaire de la concentration des pouvoirs par Aḥmad Paşa al-Jazzār ; rien ne dit cependant que les deux procédures n'ont pas coexisté.

Il est cependant une forme de validation des compétences, qui n'est pas moins ancienne que l'examen, et qui met au contraire l'accent sur les savoirs possédés par le médecin. Il s'agit de l'*ijāzah**, dont Assad Rustum joint un exemple à la suite de ces deux premiers textes[201]. Ce type de document n'a pas, d'après Peter Pormann, de valeur légale. L'*ijāzah* est constituée d'un résumé des cours suivis et des livres étudiés par son porteur, de la main de son maître. Elle est fréquente en matière de *fiqh**, mais, au Moyen-Âge de l'Islam, époque étudiée par Pormann, elle est rare pour l'étude de la médecine. Elle ne constituait pas un diplôme au sens moderne du mot, diplôme dont le domaine de validité eût été problématique à définir[202]. Celle du šayẖ Ḥasan b. Muḥammad al-'Aṭṭār pour 'Abd al-Qādir b. al-Ḥājj Ibrāhīm al-Ḫilāsī al-Ḥalabī, présentée par Rustum, n'a pas de valeur juridique formelle. Des raisons invoquées pour la rédiger, on peut néanmoins inférer qu'elle constituait un moyen de reconnaissance professionnelle effectif. Son auteur précise en effet qu'il l'a écrite à la demande de son étudiant, qui a suivi ses cours à Damas. Ce dernier envisage de voyager et de s'installer hors de cette ville, où il est probablement déjà connu comme médecin issu d'une lignée de médecins. Sans avoir valeur de permis, elle constitue une protection dont on peut penser qu'elle attesterait de la qualité de médecin, en cas de recours en justice. Le fait est, cependant, que la légitimation du praticien est double, et qu'il existe des procédures de validation scientifique distinctes de la validation légale. Un des objectifs des réformes du dix-neuvième siècle pourrait être de réunir ces deux modes de validation, mais nous allons voir plus loin que le hiatus persiste et se complique avec la multiplication des facultés de médecine.

L'exercice légitime de la médecine passe encore une fois par la médiation de l'écrit, qui facilite la transmission familiale du métier. Van Dyck traduit en des termes exagérés l'effet de légitimation professionnelle engendré par la possession d'un titre écrit, lorsqu'il note que

> « les traductions d'Hippocrate, Aristote, Galien, Paracelse, et d'autres, sont comparativement nombreuses [par rapport à Avicenne], et un seul d'entre eux suffit à donner à son possesseur le titre de docteur [même si] les ouvrages médicaux, comme les autres livres, n'existent qu'en manuscrit ; et [que] rares sont ceux qui ont les

201 American University of Beirut / Library Archives, Assad Rustum, « Ijāzah al-'Aṭṭār li'l-Ḫilāsī », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 12, n°5, 07/1926, pp. 513-514. Cf. Annexe C.

202 Pormann, *Art. cit.* , p. 207.

moyens d'en réunir plus deux ou trois des plus mineurs[203]. »

La rareté de la possession des livres augmente, par contrecoup, la valeur d'une *ijāzah*, qui atteste par écrit de la maîtrise mémorielle et technique d'un ouvrage. Entre la possession du manuscrit et celle d'une *ijāzah* ou d'une autorisation d'exercice sur la foi d'un examen, il y a la différence entre le capital matériel et le capital culturel, qui est personnalisé et dématérialisé. Le fondement de la compétence est dans l'apprentissage, non dans la possession du matériel textuel. Néanmoins, le point commun entre ces différents capitaux est leur mise en forme scripturale : c'est un atout majeur pour ceux des médecins qui savent lire, car, indépendamment même du respect quasi-religieux déjà évoqué à l'égard de la forme du livre, l'écrit permet de transporter d'un lieu à un autre les preuves de la compétence. Le support textuel donne une autonomie par rapport à l'ancrage socioprofessionnel familial et permet une mobilité géographique, dont le cas de ʻAbd al-Qādir b. al-Ḥājj Ibrāhīm al-Ḫilāsī al-Ḥalabī, mais aussi celui d'Ibrāhīm al-Ṣabbāġ, montrent l'importance dans la carrière.

Une fois installé et habilité à exercer la médecine en vertu de ses connaissances, un médecin s'intègre à l'organisation locale de la profession, qui effectue un contrôle sur l'activité professionnelle proprement dite.

2 – Le « chef des médecins », le muḥtasib et le contrôle de l'activité professionnelle

Nous avons employé à plusieurs reprises le terme de « chef des médecins » [*ra's / ra'īs al-aṭibbā'*] sans élaborer encore sur cette expression. Cette formule, ou parfois celle de « chef des médecins, des chirurgiens et des savants » [« *ra's / ra'īs al-aṭibbā' wa'l-jarrāḥīn wa'l-ḥukamā'* »][204], renvoie à la *ṭā'ifah* de ces mêmes métiers, une guilde, placée sous l'autorité d'un *ra'īs* ou parfois d'un šayḫ, avec en ce cas une possible connotation religieuse. Ces organisations professionnelles, regroupant parfois plusieurs métiers comme pour la médecine, étaient nombreuses (environ 60 à Jérusalem entre le seizième et le dix-huitième siècle, pour environ 70 métiers[205]) ; elles reflétaient en cela l'extrême division du travail en tâches variées au sein des villes ottomanes, qu'on a déjà pu sentir dans la dispersion des métiers touchant à la médecine[206].

203 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 210.
204 Cohen, *Op. cit.*, p. 82.
205 Cohen, *Op. cit.*, p. 13.
206 Sur l'organisation des métiers et la division très poussée du travail dans le monde ottoman, cf Suraiya Faroqhi, « Crisis and change. 1590-1699 », in Inalcık & Quataert , *Op. cit.*, pp. 589-593.

Les positions des historiens sur ces guildes ont varié, selon qu'on leur prêtait plus ou moins de portée religieuse, et plus ou moins d'autonomie à l'égard de l'Etat central. D'après Amnon Cohen, il importe surtout de contextualiser les liens entre la guilde et l'administration ottomane : il lui semble notamment qu'à Jérusalem, les guildes sont en définitive plutôt autonomes, moins soucieuses d'efficacité fiscale que de l'intérêt public[207], une remarque dont il gratifie aussi, en dernière analyse, la *ṭā'ifah* des « médecins, des chirurgiens et des savants »[208]. En posant la question de l'autonomie, on est ramené à celle des acteurs susceptibles de limiter l'indépendance d'action de la guilde, en d'autres termes des relais du pouvoir administratif local ou central.

Ces relais sont au nombre de deux : le juge du tribunal religieux, dont nous avons vu l'implication dans les affaires de validation légale de la compétence médicale, et le *muḥtasib*, qui à l'époque ottomane occupe une fonction officielle d'inspecteur des marchés et des métiers[209], et de percepteur de taxes variées[210]. Il y a un écart très visible entre les origines de la *ḥisbah** (dénommée *iḥtisāb** à l'époque ottomane) pratiquée par le *muḥtasib**, et ses fonctions en matière médicale. Ainsi, la *ḥisbah* est un système d'inspection dérivée de l'injonction faite à tout musulman d'« ordonner le bien et de défendre le mal »[211]. Dans ce cadre, le *muḥtasib* intervient sur des faits avérés et contraires à l'intérêt du public– il ne se livre pas à une enquête – à la différence du juge, à qui il rapporte les faits les plus graves. Cela explique notamment que ses fonctions soient devenues avec le temps celles d'inspecteur des marchés, car la fraude sur les poids et mesures est de celles qui, généralement invisibles, ne suscitent pas de plainte. Le *muḥtasib*, agissant de son propre chef, est le mieux à même d'intervenir[212]. A l'époque ottomane, c'est un fonctionnaire dont la juridiction est la ville, et ses ingérences provoquent du ressentiment dans certaines guildes à Jérusalem, par exemple les *'aṭṭār*-s*[213] ; mais les conflits apparaissent liés à des questions de fiscalité, non d'art médical. Le *muḥtasib* ne semble pas s'impliquer, à Jérusalem, dans les affaires de la guilde des médecins et chirurgiens. Il est absent des documents réunis tant par K. al-'Asalī que par A. Cohen. Il y a là quelque chose de surprenant, car un des manuels importants de *ḥisbah* est celui d'al-Šayzarī, médecin lui-même, qui détaille ce qu'un *muḥtasib* doit faire en matière de contrôle de la pratique médicale[214].

207 Cohen, *Op. cit.*, pp. 3-5.
208 *Ibid.*, p. 84.
209 *Ibid.*, p. 22.
210 *Ibid.*, p. 109. *Vide* aussi Claude Cahen *et al.*, Article « *Ḥisbah* » in *Encyclopédie de l'Islam*, Vol. III, Nouvelle édition, Leyde / Paris, Brill / Maisonneuve & Larose, 1990 (503-510), p. 506.
211 Cahen *et al.*, *Art. cit.*, p. 503.
212 Faroqhi, *Art. cit.*, in Inalcık & Quataert, *Op. cit.*, p. 499.
213 Cohen, *Op. cit.*, p. 164.
214 Pormann, *Art. cit.*, p. 207. Le manuel d' al-Šayzarī était vraisemblablement lu au dix-neuvième siècle au

Dans le système de la *ḥisbah*, il n'y a pas de solution de continuité entre l'ordre moral et l'ordre public ; mais tout se passe comme si la médecine constituait déjà un ordre à part, puisque la littérature en parle mais que l'un des acteurs administratifs semble ne pas y toucher. Soit la guilde des médecins se régule effectivement en interne, soit le *muḥtasib* y exerce une influence, mais de façon purement informelle. Dans les deux cas, c'est le tribunal religieux qui vient donner forme légale et écrite aux avis de la guilde.

C'est en effet au juge qu'il incombe de connaître des affaires médicales, mais ce dernier suit avec régularité les opinions des membres de la guilde, et la validation externe de l'administration vient prolonger les avis autonomes de l'organisation professionnelle. Ainsi, lorsque Yūsuf b. Abī Ḥaḍīr se voit adresser par le juge du tribunal religieux l'avertissement de ne pas prodiguer de soins médicaux ou chirurgicaux en 1011 AH / 1602 AD, on comprend que c'est la guilde, représentée par le *Ḥājj* Muḥammad al-Muṭabbib et Ḥamdān b. Sulṭān, eux-mêmes médecins, qui a décidé de mettre fin à un cas d'exercice illégal de la médecine[215]. Le juge vient seulement adjoindre son autorité à l'opinion des hommes de l'art ; le document ne précise du reste aucune condamnation, aucun prolongement judiciaire à ce qui n'est qu'un avertissement[216]. A travers le juge, la médecine officielle se distingue de la médecine informelle.

Lors des nominations également, le juge se réfère parfois à la volonté des médecins de Jérusalem, autrement dit aux vœux des membres de la guilde. C'est le cas, avec une certaine pompe, lors de la nomination du *Ḥājj* Muṣliḥ b. Muḥyī al-Dīn à la tête de la guilde des médecins en 1098 AH / 1687 AD. Dans les registres du tribunal, le juge se félicite de suivre l'avis de la guilde. Du point de vue professionnel, il a reçu des témoignages confirmant que le médecin et chirurgien en question a passé l'examen prouvant sa compétence médicale, puis a atteint « le plus haut niveau de la connaissance médicale et chirurgicale », et a entretenu de bonnes relations avec les patients. D'un point de vue plus relationnel, le passage de son père et de son grand-père à la tête de la guilde justifie qu'il ait été pressenti pour le poste. Enfin, les membres de la guilde ont fait la démarche de demander la nomination du médecin à leur tête.[217] L'ensemble de ces témoignages reproduit, non l'opinion du juge, mais l'avis des

Proche-Orient ; à titre d'indice, il est exposé dans les vitrines du Musée des Sciences et de la Médecine de Damas, dont le contenu est éclectique, mais qui rassemble notamment des pièces appartenant à l'ancienne faculté de médecine ottomane.

215 Sur les procédures de contrôle à l'intérieur des guildes de métiers, cf Randi Deguilhem, « Shared space or contested space : religious mixity, infrastructural hierarchy and the builders' guild in mid-nineteenth century Damascus », in Randi Deguilhem & Suraiya Faroqhi (éds.), *Crafts and craftsmen of the Middle East. Fashioning the individual in the Muslim Mediterranean*, Londres / New York, I.B. Tauris, 2005, pp. 265-266.

216 S.Q. n°83, p. 340, 15 Rabī‘ al-awwal 1011 AH / 02 septembre 1602 AD, cité in al-‘Asalī, *Op. cit.*, p. 185.

217 S.Q. n°188, p. 187, Vendredi du milieu de Ramadan 1098 AH / 25 juillet 1687 AD, cité in al-‘Asalī, *Op. cit.*, p. 184.

membres de l'organisation professionnelle, qui cooptent ainsi leur chef et font entériner sa nomination par le tribunal religieux et l'administration.

Comme lors de la validation des diplômes, c'est au tribunal religieux, en tant qu'institution administrative, qu'appartient ostensiblement l'autorité, même si la réalité de la décision lui échappe. Le tribunal est, comme dans le cas des examens que passent les médecins, l'instance qui vient compléter le témoignage, garantir « que quelque chose – fait, être, parole – lui préexiste, dont la réalité et la force doivent être confirmées ou certifiées », comme l'écrit Giorgio Agamben[218]. Il faut prendre, dans notre cas, cette analyse à rebours de l'usage qu'en fait cet auteur, qui cherche à repérer les conséquences du silence des archives sur le témoignage des victimes d'un crime, l'extermination des juifs d'Europe. Une institution gérée en interne, comme la guilde des médecins, a parfois besoin d'une validation externe qui lui permette d'assumer un fonctionnement ordinaire informel. L'autorité de la guilde est une autorité en trompe-l'œil, puisqu'elle déguise des mécanismes de reproduction et de sélection sociale sous les décisions, rapportées à des principes légaux et religieux, du tribunal.

Il ne s'ensuit pas que l'action formalisatrice du tribunal religieux soit superficielle et vide. La formulation textuelle qu'il donne au métier fait de ce dernier un titre et concourt à structurer les praticiens sur cette base en un groupe social. Tandis que l'usage fait des activités des noms, comme celui du *Ḥājj* Muḥammad al-Muṭabbib [le médecin], puis des dynasties, telles celle du šayẖ Ḥasan b. Muḥammad al-'Aṭṭār, les registres du tribunal religieux produisent l'action collective de la guilde. A travers des formules telles que « *ṯā'ifat al-aṭibbā' wa'l-jarrāḥīn wa'l-ḥukamā'* »[219] [« la guilde des médecins, chirurgiens et savants »], « chef des médecins par noble ordre sultanien […] responsable de ce que nul ne travaille comme médecin [*ṯabīban*], chirurgien [*jarrāḥan*] ou pharmacien [*šarābiyyan*] à Jérusalem sans son autorisation »[220], ou « le maître [*šayẖ*] et représentant [*mutakallim*] de la guilde des chirurgiens [*ṯā'ifat al-jarrāḥīn*] installés à Jérusalem »[221] se dessine un groupe social aux frontières floues : parfois, les chirurgiens sont cités comme relevant d'une guilde à part ; à d'autres moments, la guilde est étoffée par les effectifs des pharmaciens. Cependant, ces mots – chirurgien, médecin, sage – affixés du vocable de « chef », induisent à la fois la prise de décision au sein du métier, et une appartenance sociale dont le contenu immédiat est juridique. Ces agrégats de professions ne sont pas simplement l'énoncé d'un titre, ou d'un groupe social : ils donnent un contenu au titre et au groupe, en procurant à ses membres une

218 Giorgio Agamben, *Homo Sacer III. Ce qu'il reste d'Auschwitz*, coll. « Rivages Poches. Petite Bibliothèque Paillot », Paris, Paillot, 2003, p. 163.
219 S.Q. n°265, p. 34, 1198 AH / 1783-1784 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 179.
220 S.Q. n°45, p. 19, 971 AH / 1563 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 179.
221 S.Q. n°135, p. 149, 24 ša'bān 1054 AH / 26 octobre 1644 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 183.

large immunité professionnelle. Le même tribunal donne forme et contenu à la guilde et au statut social de ses membres en les énonçant ; dans le même temps, il contribue à la reproduction limitée du groupe social, en entérinant le poids du lignage dans l'accès aux carrières offertes par la guilde (chef de la guilde, médecin au *Bīmāristān al-Ṣalāḥī*).

En de certains cas, le juge peut être amené à décider de la licéité d'une opération à effectuer. Prenons l'exemple la décision prise en 1038 AH / 1628 AD par le juge Ṭaha Effendi b. al-šayẖ Ṣāliḥ al-Dayrī à l'égard de ʻAlī b. ʻAsfūr, du village de Bayt Ṣafāfā au sud de Jérusalem, dont il n'est pas précisé s'il est chirurgien. Ce dernier se propose d'opérer une tumeur à la bouche dont est affligé Muḥammad b. Šaraf al-Duwayk, et qui l'empêche de boire et de manger. Ce dernier désire obtenir la permission de laisser l'opération se faire, en exonérant d'avance le praticien de toute poursuite future[222]. Le document en question montre que ʻAlī b. ʻAsfūr n'est pas un chirurgien reconnu, car la permission en question serait superflue en ce cas, les circonstances justifiant d'essayer l'opération. Il est significatif que l'opération ait lieu hors de Jérusalem, et de l'espace dans lequel la guilde des médecins et chirurgiens est active : sans cela, on ne s'expliquerait pas que le juge donne son autorisation à quelqu'un qui n'aurait pas le titre de chirurgien. Dans une telle circonstance, la guilde n'est pas impliquée et il appartient au juge de décider, sans présence au tribunal d'un des membres de celle-ci, si, indépendamment de l'avis médical, il est préférable d'autoriser l'opération ou non. Alors qu'en ville, le tribunal religieux fonctionne comme le bras armé de la guilde, et fournit le soubassement juridique qui permet aux métiers de la santé d'exister et d'être viables, les choses se règlent de façon contractuelle à la campagne, y compris au voisinage du centre urbain. Dans ce dernier cas, la décision du juge d'autoriser l'opération vient donner validité et assise légale aux dispositions prises par consensus des parties prenantes à l'opération.

Lors même qu'un comportement professionnel donne lieu à des poursuites judiciaires, la guilde est de la partie ; cependant, d'autres considérations que le seul avis des mdecins guident alors le juge, et l'interprétation de la procédure en est changée.

3 – Le contrôle a posteriori de la pratique médicale par la voie judiciaire

Le contraste entre ces cas, relatifs à la régulation professionnelle, et les procédures criminelles impliquant des médecins est saisissant. En dehors de ces dernières, le tribunal

222 S.Q. n°115, p. 4, 19 Muḥarram 1038 AH / 18 septembre 1628 AD, cité in al-ʻAsalī, *Op. cit.*, p. 187.

fonctionne comme l'auteur visible d'une décision qu'il ne fait en somme qu'enregistrer, d'une façon qui soutient l'autonomie de la guilde. Au criminel, il s'agit pour le juge ou bien de vérifier si les gestes médicaux effectués entrent dans le cadre des immunités propres aux médecins, ou bien de déterminer si leur auteur a manifesté l'intention de nuire ou, ce qui revient à peu près au même, une négligence criminelle.

Les provisions de l'immunité des médecins apparaissent dans l'enchaînement de la procédure. Partons d'une situation concrète, évoquée dans un document des registres du tribunal religieux de Jérusalem, reproduit par K. al-'Asalī[223] et analysé par A. Cohen[224] : il s'agit d'une plainte portée en 1198 AH / 1784 AD par Muḥammad b. 'Abdallah al-'Ayn Kārimī contre le chirurgien juif Salumūn suite à la mort du frère du premier, Ṣāliḥ 'Abdallah. Ce dernier était malade en raison d'un « vent » dans un testicule. Le chirurgien est venu et a garanti qu'il guérirait le malade pour une somme de trente *qirš*-s ; il se proposait de frapper l'organe atteint au moyen d'un plectre et d'en faire sortir les matières qui s'y trouvaient. Contre cela, le plaignant a protesté en disant qu'il craignait que la méthode en question ne cause la mort. Le chirurgien aurait alors affirmé : « J'ai utilisé le plectre à cet endroit en un plus grand nombre de fois que j'ai de poils à ma barbe. Dans l'éventualité où ton frère mourrait, je te garantis que je ne lui aurai fait aucun tort. » Il a ensuite touché l'organe avec le plectre pour y introduire la pointe de l'instrument, et une hémorragie s'est déclenchée à l'endroit de l'intervention, entraînant la mort au bout de trois jours. Dans cette accusation, il apparaît que la méthode employée est connue de la famille du patient et réputée dangereuse. Le chef d'accusation principal n'est pas formulé explicitement, car le plaignant cherche un moyen d'impliquer la responsabilité du chirurgien.

La défense du chirurgien éclaire la question, en montrant le point de conflit juridique. Il reconnaît avoir perçu le salaire, mais présente une vision radicalement différente du risque encouru : il affirme l'orthodoxie de sa méthode, empruntée au jugement et aux connaissances des maîtres de la chirurgie, et déclare en avoir averti le patient. Autrement dit, en se référant au jugement de ses pairs, il nie avoir répudié le risque invoqué par le frère. Corrélativement, il récuse l'accusation d'avoir promis un résultat et assuré le caractère inoffensif du traitement, en demandant au plaignant de montrer une preuve des garanties fournies. L'affirmation de l'orthodoxie de la méthode vise à établir la proportionnalité du traitement adopté, avec sa part de risque, à la gravité du diagnostic, en se réfugiant derrière le principe d'autorité. L'usage du plectre était justifié vu les circonstances, et la tradition chirurgicale ne dit pas autre chose. Quant à la réfutation de l'accusation de promesses non tenues et de garanties données, elle a

223 S.Q. n°265, p. 34, 30 Šawāl 1198 AH / 1784 AD, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, pp. 179-181.
224 Cohen, *Op. cit.*, p. 84.

deux significations. La première est que le patient et sa famille ont accepté le principe du traitement en connaissance de cause. La seconde déplace le litige de l'enjeu de la compétence professionnelle vers une question commerciale, à savoir, de déterminer si le malade et ses proches ont été trompés sur la qualité de la prestation de service proposée.

C'est autour de ces différents points que le juge, ici pleinement acteur de la procédure, organise son interrogatoire de l'accusé et des spécialistes convoqués devant le tribunal. Il commence par interroger le chirurgien Salumūn pour savoir qui lui avait enseigné cette méthode. Ce dernier se rabat derrière l'argument d'autorité, en mentionnant un chirurgien très réputé, qui n'est pas nommé dans le registre du tribunal. L'accusé veut montrer tout à la fois la qualité de sa formation, sa compétence, et l'orthodoxie de ses gestes. Comme la procédure judiciaire n'est pas un simple concours de bonne ou de mauvaise foi, mais qu'elle vise à départager deux récits contradictoires, le juge interroge ensuite médecins et spécialistes du *fiqh** d'une façon méthodique, en fonction des différents chefs d'accusation possible.

Le premier chef d'accusation est la compétence professionnelle. Selon que le chirurgien est habilité à pratiquer ou pas, il peut bénéficier ou non d'une certaine immunité. Implicitement, dans le cas de la négative, le praticien est susceptible d'être traité en criminel au vu des conséquences des moyens qu'il a employés. Il ne semble pas avoir d'attestation écrite à produire, car le juge interroge deux chirurgiens réputés, membres de la guilde des médecins et des chirurgiens de toute évidence, en la personne du *Ḥājj* Ḥasan al-Ḥallāq et du *Sayyid* Ḫalīl al-Maġribī. Ces derniers confirment que le chirurgien incriminé est un praticien excellent, réputé et bien formé, ce qui signifie qu'il a agi de façon légitime en proposant ses services.

Le deuxième chef d'accusation concerne le moyen de traitement adopté. C'est au chirurgien juif Shabtaï de témoigner, et celui-ci, présenté comme un praticien célèbre, dit deux choses : la première est que la méthode est conforme à ce qui se pratique en pareil cas ; la seconde est qu'il a procédé à la même opération à plusieurs reprises, sans que les patients en meurent. L'usage du plectre est donc orthodoxe, du point de vue de l'art chirurgical, et il est d'une dangerosité proportionnée aux circonstances. Au reste, le chirurgien Shabtaï n'affirme pas que la méthode soit sans danger, ni d'un succès assuré, mais seulement que de son expérience, elle n'entraîne pas la mort en général.

L'expertise médicale cède alors la place à l'expertise juridique. Un *'alīm* de Jérusalem, Zubdah al-Sādāt, et le mufti de la ville, le *Sayyid* Ḥasan Effendi, témoignent dans le même sens sur les implications juridiques de la plainte. Leur opinion est qu'elle est irrecevable, à plusieurs titres. Le premier est que le caractère incertain, ou conditionné en quelque manière

que ce soit, du traitement ne saurait entraîner la condamnation du médecin pour une mort qu'il n'a pas provoquée. Le deuxième titre est qu'il y a eu contrat et rémunération, qui ensemble autorisaient pleinement le médecin à agir selon son jugement. Le troisième titre, lié au second, est qu'en cas de doute sur l'efficacité du traitement, il appartenait au plaignant ou au malade de s'adresser à des médecins musulmans compétents pour s'assurer de son adéquation au vu des circonstances. Sans la précaution de cette deuxième opinion, prise auprès de médecins susceptibles de témoins en justice, le plaignant ne s'est pas mis en situation d'éviter les éventualités du traitement, et ne saurait légitimement se pourvoir en justice.

La logique de cette opinion repose sur plusieurs considérations juridiques implicites. La première tient au fait de provoquer la mort ou non. Dans le *maḏhab** hanéfite*, l'école juridique officielle de l'Empire ottoman, la mort est rigoureusement distinguée de la maladie, car la date du décès est fixée de toute éternité. L'évolution du mal peut nécessiter l'intervention du médecin, mais il n'est pas coupable d'avoir entraîné la mort du patient faute d'avoir réussi à empêcher la détérioration de sa santé. Il n'est coupable, et en ce cas à titre criminel, que s'il agit intentionnellement contre la santé, soit par une action nuisible, soit par une négligence à prendre des mesures estimées nécessaires par les médecins. En l'occurrence, le chirurgien Salumūn n'a provoqué la mort ni par intention, ni au sens où son action était frappée au sceau de l'incompétence : il n'y a pas lieu de le poursuivre[225]. La deuxième considération englobe la première. Pour le *maḏhab* hanéfite, il faut d'abord prendre en considération l'utilité sociale de la médecine comme activité. Le médecin jouit d'une immunité pour les conséquences des traitements qu'il donne, quelles qu'elles soient et quand même il aurait fait une erreur, ce qui est visiblement le cas ici, en plantant le plectre dans un vaisseau sanguin. Dès lors qu'il y a eu contrat et rémunération, les patients s'en remettent au jugement du médecin. Seule l'intention de nuire est répréhensible dans ce cadre[226]. Ici, 30 *qirš*-s ont été versés, et vu que la famille n'a pas pris les mesures pour se pourvoir en cas de litige sur le traitement, les juristes sont d'avis de débouter les plaignants.

C'est la décision que prend le juge, laissant de côté la dimension proprement commerciale de l'affaire. Celle-ci est réglée implicitement dans la conclusion de l'acte enregistré, qui consiste en une rétractation du plaignant. Ce dernier reconnaît que le chirurgien a agi en conformité avec les prescriptions de son métier, sur contrat, et ne peut être incriminé

225 Mohamed Abaza & Anwar Dudin, *La Transplantation rénale dans un pays en voie de développement. « Etude des problèmes médicaux, socio-économiques et éthiques posés par la transplantation rénale en Jordanie ». A propos de 32 cas*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université François Rabelais de Tours, 1980, p. 77.

226 *Ibid.*, pp. 84-89.

au nom de ses engagements : ce point, soulevé avec vigueur par le chirurgien, était à la fois le plus sensible, puisqu'il mettait en cause l'éthique professionnelle et donc la réputation du médecin, et le plus litigieux, au vu de la jurisprudence en la matière. Le système reporte ainsi complètement sur le patient la responsabilité d'estimer le danger inhérent aux actes médicaux, dans le but de protéger l'autonomie de la pratique médicale.

Un exemple du dix-septième siècle illustre l'attitude de la justice dans un cas où le juge doit statuer sur la pratique non reconnue de gestes tombant dans le cadre de la médecine et de la chirurgie. Isma'īl al-Hindī, de Jérusalem, homme sans titre médical ni qualification reconnue, a entrepris de circoncire son fils Muḥammad, mais a échoué, et une enquête a été ordonnée. L'examen a été réalisé par Sīdī Aḥmad b. Yaḥyā al-Muṭabbib et le *mu'allim* Muḥyī al-Dīn b. al-Ḥājj Sulṭān al-Jarāyḥī, qui ont confirmé que l'opération a été mal faite. L'essentiel ici tient aux décisions du tribunal, qui interdit à Isma'īl al-Hindī d'effectuer des circoncisions à l'avenir, ce qui induit qu'il en a déjà effectuées par le passé. Le juge affirme ainsi la limite entre pratique reconnue et pratique informelle, ce qu'il redouble en appelant deux membres de la guilde à mener l'enquête. Cette reprise en main va plus loin, car il autorise le *mu'allim* Muhyī al-Dīn b. al-Ḥājj Sulṭān al-Jarāyḥī à achever la circoncision, avant de le nommer šayh et représentant officiel de la guilde des chirurgiens de Jérusalem. A cela, le juge ajoute que nul ne doit désormais pratiquer la circoncision sans l'aval du nouveau šayh[227]. Il renforce ainsi la division entre la médecine reconnue, celle de la guilde, et une médecine informelle, hétéroclite, qui peut être tolérée hors de la ville, comme dans le cas cité plus haut de l'opération d'une tumeur, mais dont on s'efforce de limiter la prégnance *intra muros*.

Le tribunal religieux est l'instrument qui produit les formes du groupe social en confirmant, apparemment systématiquement, l'avis des membres de la guilde. Dans les cas cités par K. al-'Asalī et A. Cohen, le juge et la guilde marchent main dans la main, pour une raison inhérente au fonctionnement de l'enquête et de la validation des preuves. Lors des nominations comme lors des procès, le tribunal religieux fait appel aux membres de la guilde en tant qu'experts et se tient à leur avis. En cas de poursuite contre l'un d'entre eux, cette expertise est soumise à l'évaluation du juge, ce qui est *a priori* une situation moins prévisible. Seules les poursuites éventuelles pour des accusation d'ordre criminel ont des chances d'aboutir. Cette perspective induit une violence des échanges, qui se devine dans les poursuites contre le chirurgien Salumūn. Les médecins reconnus font face à une médecine informelle, qu'ils ne rejettent pas purement et simplement comme mauvaise, mais qu'ils cherchent à écarter des villes. Là, ils maintiennent, avec l'appui des tribunaux, une situation de

227 S.Q. n°135, p. 149, 24 Ša'bān 1045 AH / 26 novembre 1644, cité in al-'Asalī, *Op. cit.*, p. 183.

monopole de l'exercice de la médecine. L'intervention des Etats dans la formation médicale radicalise, à terme, la configuration du champ médical en modifiant les modalités de transmission des savoirs et l'échelle d'organisation professionnelle de la médecine. Ces transformations se mettent en branle à partir des années 20 du dix-neuvième siècle.

B – Une reconfiguration politisée de la formation

Au cours du dix-neuvième siècle, la pratique de la médecine devient un enjeu politique, qui se rattache à la « Question d'Orient », car derrière l'esprit de réforme de la médecine, se joue un élément important l'autorité de l'Etat impérial : le contrôle du territoire, du point de vue des normes professionnelles et de la santé publique.

L'Empire ottoman connaît, depuis le seizième siècle, un dualisme pédagogique dans la formation des médecins, entre un enseignement institutionnel, dispensé par la *Tıbhāne*, l'école de médecine fondée à Istanbul par Soliman le Magnifique en 1557[228], et par des *madrasah* associées à des hôpitaux à travers l'Empire[229], et une formation professionnelle informelle largement dominante. Ainsi que l'écrit l'historien turc Ekmeleddin Ihsanoğlu dans son étude sur les institutions médicales du bilād al-Šām au dix-neuvième siècle,

> « Le sultan Süleymān le législateur [Soliman le magnifique] avait institué au seizième siècle une école de médecine autonome à l'intérieur du complexe connu sous le nom de « Faculté de Soliman », et celle-ci resta, pour l'ensemble de l'Etat, l'unique école autonome en son genre dans le domaine de la médecine jusqu'au début du dix-neuvième siècle, à côté des solides traditions de la profession médicale dans le monde islamique, qui reposaient sur les relations pédagogiques entre le maître et l'élève, puis sur la formation pratique au chevet des malades (la clinique) dans les hôpitaux [*bīmāristān*-s][230]. »

A côté de la *Tıbhāne*, le système des *madrasah*-s associées aux hôpitaux, dont on estime qu'il avait rassemblé jusqu'à 9000 étudiants à la fin du seizième siècle, semble être entré dans une crise majeure cent ans plus tard, crise marquée par des dysfonctionnements croissants dans le contrôle des étudiants et des enseignants. Au dix-huitième siècle, de nombreux étudiants se détournent de ce système au profit de la formation auprès de maîtres

228 Gilles Veinstein, « Le modèle ottoman », in Nicole Grandin & Marc Gaborieau (dir.), *Madrasa. La transmission du savoir dans le monde musulman*, Paris, Editions Arguments, 1997, p. 74.

229 Nil Sari, « Educating the Ottoman physician », août 2005, disponible en ligne à : http://www.muslimheritage.com/uploads/EducatingOttomanDoctors.pdf, consulté le 05/10/2007.

230 Ekmeleddin Ihsanoğlu, *Modern Ottoman medical institutions in Syria. Hospitals and Damascus medical school*, Amman, Publications of the Bilād al-Shām History Committee, 1423 AH / 2002 AD, p. 48.

isolés[231].

Au tournant du dix-neuvième siècle, la *Tıbhāne* apparaît inadaptée, notamment aux besoins militaires de l'Empire, et une petite école de médecine, d'inspiration européenne, est fondée à Istanbul en 1805. L'Etat ottoman n'adopte pas en bloc la médecine occidentale, mais institue le pluralisme médical sur le plan de la formation, et met en somme les découvertes européennes à l'épreuve de l'environnement local. Sur ce point, les justifications données dans le texte officiel ordonnant la fondation de l'institution à l'occidentale sont éclairantes : on y évoque l'utilité des découvertes médicales européennes et la nécessité de les adapter au contexte climatique et pathologique de l'Empire[232]. Il manque néanmoins à cette école les moyens financiers de ses ambitions, autrement dit la volonté politique de refondre la formation médicale, et l'institution finit par disparaître[233], probablement vers le milieu du dix-neuvième siècle[234].

C'est le contexte politique régional qui finit, quelques années plus tard, par favoriser le réformisme médical ottoman. Avec l'apparition d'un nouveau rival régional en la personne de Mehmet Alī Paşa, qui conduit l'Egypte à une quasi-indépendance à partir des années 1830, les rivalités politiques trouvent à s'exprimer sur le terrain médical.

Deux écoles de médecine d'inspiration occidentale de l'Empire ottoman furent fondées à Istanbul et au Caire durant la même année 1827. Ces dates s'inscrivent dans diverses périodisations de l'histoire politique impériale, entre l'expédition d'Egypte, la montée en puissance de Mehmet Alī Paşa en Egypte, l'occupation égyptienne de la Syrie et le Tanzimat ; ce n'est pas ici le propos de faire, après d'autres, l'histoire politique de ces institutions de formation. L'objet de notre étude est de traquer les modes de transmission et de différenciation des savoirs et de la pratique de la médecine. La contextualisation politique du développement des écoles de médecine nous importe, parce qu'elle redouble la question posée par leur création. Il ne s'agit pas seulement d'analyser la reconfiguration des métiers de la médecine initiée par la fondation de centres de formation médicale, mais de voir l'incidence de l'histoire politique régionale sur cette reconfiguration.

Les écoles de médecine, par leur fonctionnement et la concentration géographique de la formation qu'elles entraînent, ont plusieurs conséquences immédiates. En premier lieu, la transmission des savoirs est rendue plus sélective économiquement, et bat en brèche la continuité intergénérationnelle de la pratique. La formation nécessite une assise économique

231 Sari, *Art. cit.*
232 *Ibid.*
233 Ihsanoğlu, *Op. cit.*, p. 49.
234 Salim Ayduz, « Süleymaniye medical madrasa (*Dār al-Tib*) in the history of Ottoman medicine », 05/2007, disponible à : http://www.muslimheritage.com/uploads/Suleymaniye_Medical_Madrasah.pdf, consulté le 05/10/2007.

mais aussi, nous allons le voir, une compétence linguistique. Certaines des familles de médecins reconnus ont certes la capacité de financer les études de leurs enfants, mais l'examen induit une incertitude sur l'investissement consenti, ce qui le rend moins rentable. A terme, la sélection académique opérée par les écoles de médecine menace les dynasties existantes de praticiens.

De plus, l'un des effets de l'établissement d'une telle école est qu'elle normalise la progression des savoirs, en répartissant ces derniers en des tranches horaires et des années successives. Ce sont plusieurs enseignants à la fois qui transmettent leur savoir, et la relation d'apprentissage est moins personnalisée. On va voir, cependant, que l'esprit de l'*ijāzah** comme autorisation et attestation des maîtres se retrouve à l'occasion dans la terminologie.

En outre, la variété de cours structurés en une progression intellectuelle repose sur une formation généraliste, qui part d'une base scientifique et médicale pour aller vers la spécialisation en fin de parcours. Les médecins sont ainsi formés d'abord en généralistes, à rebours de la grande spécialisation des métiers qui prévalait jusqu'alors.

La source de la compétence, l'origine des titres professionnels et le mode de validation de ceux-ci sont déplacés depuis un cadre organique, repérable à l'importance de l'entourage familial, de la généalogie et de la référence à un maître, vers une institution qui, pour une bonne partie des candidats, est située en loin de chez eux, et hors des réseaux de sociabilité au sein desquels l'activité médicale dynastique peut s'appuyer sur des liens organiques avec la population et les élites locales.

Enfin, la formation académique nécessite des manuels pour les étudiants, et donc un travail sur la forme textuelle des ouvrages médicaux. Ceux-ci nécessitent un travail lexicologique pour produire une terminologie adéquate, et l'imprimerie pour qu'ils soient accessibles aux candidats.

A cela s'ajoute l'incidence des enjeux politiques. Plusieurs acteurs, tous extérieurs au bilād al-Šām, sont en concurrence pour former les médecins syriens : l'Empire ottoman, à travers l'Ecole impériale de médecine ; l'Egypte, avec sa propre école de médecine, et les pays occidentaux qui s'ingèrent dans les affaires du Proche-Orient. Pour ces acteurs, il ne s'agit pas de se livrer à une surenchère et d'attirer à toute force des étudiants de la région, mais de les choisir, et en se servant de cette sélection et de la qualification procurée, de s'en faire des relais d'influence.

Ainsi se dessinent trois filières principales de formation avant les années 1860 : la filière impériale ottomane, la filière égyptienne et la filière britannique.

1 - La filière impériale

Avec l'autonomie croissante de l'Egypte, l'enseignement de la médecine devient à la fois un terrain de concurrence entre les sultans ottomans et Mehmet Alī Paşa puis ses successeurs, et un point d'application des 0vagues successives de réforme ottomane. La position des étudiants en médecine occupe une place particulière dans cette rivalité.

L'Ecole impériale de médecine (*Tıbhane-i Amire*, ci-après EIM), inaugurée le 14 mars 1827, et sa contrepartie chirurgicale, l'Ecole de chirurgie (*Carrahhane-i Mamure*) qui ouvrit ses porte le 9 janvier 1832, sont conçues d'abord comme des institutions militaires, destinées à favoriser la réforme de l'armée entamée après la prise de pouvoir du Sultan Mahmud II. A partir de l'unification des deux écoles en une seule *Mekteb-i Tıbbıyye-i Şahane*, l'organisation d'ensemble est subdivisée en 1867 en une école militaire et une école civile[235], que par commodité nous engloberons sous le sigle EIM. Elle reste jusqu'à la fin de l'Empire ottoman étroitement liée à sa vocation militaire initiale, ce qui affecte le profil dominant de ses étudiants.

Deux facteurs orientent son recrutement à ses débuts. Le premier est que seuls des musulmans y sont admis jusqu'à 1842, dans la mesure où les non-musulmans sont écartés des responsabilités militaires jusqu'à la publication de l'édit de réforme de 1839, qui affirme l'égalité de tous les sujets du sultan devant la loi, indépendamment de leur confession religieuse. Un firman, du 16 janvier 1841, tire les conséquences de l'édit et ouvre les portes de l'école aux chrétiens pour l'année académique 1842-1843, un autre fait de même pour les juifs à partir de 1847[236]. A compter de cette date, les non-musulmans constituent une proportion importante des étudiants, bientôt à hauteur d'un tiers d'après N. Yıldırım[237], ce qui induit S.A. Somel à penser que la *Tıbbıyye* est, avec l'Ecole navale ottomane, la seule école spéciale ottomane à avoir réellement appliqué les provisions des édits de réforme qui prévoyaient tous deux l'ouverture confessionnelle des institutions supérieures de formation[238].

Le deuxième biais est linguistique, et crée une incongruité fonctionnelle jusque dans les années 1840, avant de devenir un enjeu de contestation interne. Faute de manuels en turc pour l'enseignement réformé de la médecine, l'enseignement est prodigué en français jusqu'en 1870. Ceci crée un biais dans le recrutement du personnel de l'école, en majorité issu

235 Nuram Yıldırım, « Le rôle des médecins turcs dans la transmission du savoir », in Méropi Anastassiadou-Dumont (dir.), *Médecins et ingénieurs ottomans à l'âge des nationalismes*, pp. 127-128, notamment note n°3.
236 *Ibid.*, p. 128.
237 *Ibid.*, p. 129.
238 Selçuk Akşin Somel, *The Modernization of public education in the Ottoman Empire 1839-1908. Islamization, autocracy and discipline*, Leyde / Boston / Cologne, Brill, 2001, p. 55.

des communautés grecques et arméniennes, qui ne peuvent fournir d'étudiants dans les premières années mais qui peuplent les écoles religieuses chrétiennes où le français s'enseigne. A partir des années 1840, le même biais affecte, dans une mesure moins marquée, la composition confessionnelle des effectifs étudiants ; mais la sélection linguistique joue de façon accrue au cours des études, au point que sur 7 médecins diplômés en 1855, un seul est turc musulman[239]. La solution que proposent les autorités de l'école est l'enseignement en turc ottoman, ce qui nécessite un travail de traduction technique. L'*osmanlı** est introduit progressivement dans la formation à partir de 1870[240]. Les conséquences pour les éventuels médecins syriens sont variables. L'enseignement du français, qui se propage dans le bilād al-Šām de façon accélérée à partir des années 1830 auprès des communautés non-musulmanes, chrétiennes surtout, avantage ces dernières ; l'évolution vers l'enseignement en turc a au contraire un effet dissuasif.

Parmi les médecins originaires du sud du bilād al-Šām, ou conduits à y exercer, nous trouvons à la fois des musulmans et des chrétiens, quoique dans des proportions qui n'ont rien à voir avec le *ratio* confessionnel local. Du reste, l'offre scolaire moderniste est telle que les distinctions religieuses entre juifs, chrétiens et musulmans ne se traduisent pas par des frontières éducatives étanches. On peut parfaitement, comme le notable hyérosolomitain Yūsuf Ḍiyā' b. al-sayyid Muḥammad 'Alī al-Ḫālidī (1842-1906) passer du système islamique à une école protestante, avant d'entrer à l'Ecole Impériale de Médecine[241]. Il est cependant très vrai que les musulmans répugnent à envoyer leurs enfants dans les écoles européennes, perçues comme le cheval de Troie du prosélytisme et de la colonisation. A terme, la turcisation de l'enseignement médical à Istanbul contribue à rendre cette filière de formation plus difficile pour les Syriens arabophones, à l'exception des élèves de l'enseignement secondaire ottoman.

2 - La filière égyptienne

L'Ecole spéciale de médecine d'Abū Za'bal est fondée en 1827 à des fins ostensiblement militaires, mais également civiles[242]. Mehmet Alī Paşa, promoteur de diverses écoles spéciales en Egypte, semble avoir été convaincu non seulement de la nécessité d'une

239 Yıldırım, *Art. cit.*, pp.129-130.
240 *Ibid.*, pp. 130-131.
241 Rashid Khalidi, *Palestinian identity. The construction of modern national consciousness*, New York, Columbia University Press, 1997, pp. 69-71.
242 El Azhary Sonbol, *Op. cit.*, pp. 34-35.

médecine militaire efficace pour ses campagnes successives, mais aussi de veiller à l'état général de santé de la population comme condition de la rentabilité économique du système de production égyptien et, par suite, comme impératif de la politique de puissance du gouverneur d'Egypte. Cette seconde perspective produit des effets à double, voire triple détente sur la formation médicale dans le bilād al-Šām, par convergence de l'épidémiologie et de l'histoire politique. Mehmet Alī Paşa est à l'écoute aussi bien du directeur de la nouvelle école, un médecin disciple de Broussais, le Français Clot-Bey (Antoine Clot), hostile à la théorie de la contagion des épidémies et notamment de la peste ; que de son rival, médecin-chef du lazaret d'Alexandrie, l'Italien Grassi, qui défend au contraire des thèses contagionnistes[243]. Il donne au premier les moyens d'organiser l'école de médecine selon ses conceptions, et organise un système de médecins de *markaz*, c'est-à-dire de circonscription, fonctionnaires issus de l'école de médecine et chargés de veiller à l'état sanitaire général[244] ; mais il suit le second au sujet des épidémies en mettant en place un système quarantenaire et des lazarets dans les ports sous contrôle égyptien.

L'intérêt médical pour les épidémies, rehaussé en Europe à la suite de la déconfiture des armées françaises devant Acre puis en Egypte pour cause de peste[245], prend de l'ampleur à mesure qu'on perçoit la diffusion pandémique du choléra d'Inde au Proche-Orient entre 1819 et 1823[246]. L'Empire ottoman, et tout spécialement l'Egypte, sont vus comme des foyers de diffusion des épidémies, ce qui, du point de vue des puissances européennes, requiert une intervention pour ce qu'André Siegfried a nommé « la défense sanitaire de l'Occident »[247]. La politique quarantenaire de Mehmet Alī Paşa est bien accueillie en Europe, même si les gouvernements deviennent plus ou moins contagionnistes ou anti-contagionnistes au gré de leurs intérêts économiques[248]. L'occupation égyptienne du bilād al-Šām, entre 1831 et 1840, se traduit par la création de lazarets subordonnés à une Commission Consulaire de Santé[249] située à Alexandrie ; cette dernière donne un droit de regard aux puissances européennes sur l'application stricte de la quarantaine. Cette préoccupation est prégnante, au point de devenir un élément de discours ; les mêmes années voient la création de postes de médecins, occupés

243 *Vide* respectivement : Antoine Clot-Bey, *Coup d'œil sur la peste et les quarantaines à l'occasion du Congrès sanitaire réuni à Paris au mois de juillet 1851*, Paris, 1851 ; et F. Grassi, *Sulla peste e sulla quarantene*, Gênes, 1852, cités in D. Panzac, *Op. cit.*, pp. 570-571.

244 Chiffoleau, *Op. cit.*, pp. 31-32.

245 Desgenettes, *Op. cit.*, *passim*.

246 Archives départementales des Bouches du Rhône (Marseille), Série 200 E : Archives de l'Intendance Sanitaire de Marseille, 973, Alex. Moreau de Jonnès : *Rapport au Conseil Supérieur de Santé, sur la maladie pestilentielle désignée sous le nom de choléra-morbus de l'Inde et de Syrie*, Paris, Imprimerie Nationale, 1824 ; & « 1831 : Mémoire sur le choléra qui a ravagé la région de Dantzig par le docteur de la Boutraisse, de Dantzig ».

247 Siegfried, *Art. cit.*, pp. 5-12.

248 Panzac, *Op. cit.*, p. 481.

249 *Ibid.*, p. 465-467.

par des Européens, dans les lazarets des ports, et la multiplication du thème de la dangerosité sanitaire et de l'incurie médicale du Proche-Orient dans les récits de voyage. Après la réoccupation du bilād al-Šām par le Sultan en 1840, la marche arrière sur la quarantaine est d'autant moins possible que l'Empire ottoman a lui aussi, en 1838, concédé aux ambassades européennes la création d'un Conseil Sanitaire de l'Empire ottoman où elles sont représentées[250]. La quarantaine est un vecteur d'influence, mais elle souligne également les insuffisances des institutions médicales et sanitaires existantes dans la région.

C'est dans ce contexte que l'émir Bašīr II al-Šihāb demande en 1837 à Mehmet Alī Paşa l'autorisation d'envoyer cinq étudiants originaires du Mont-Liban, Yūsuf Jalḥ, Ibrāhīm al-Najjār, Ġālib Ḥūrī, Yūsuf Laṭīf et Salīm Ḥuršid, à l'Ecole de médecine d'Egypte, désormais installée à Qaṣr al-'Aynī[251]. En outre, Clot-Bey s'est rendu à l'occasion à Damas pour y donner des conférences de médecine[252]. Dans la mesure où, pendant près de dix ans, le bilād al-Šām s'est trouvé dans la dépendance de l'Egypte, le pli est pris d'envoyer les jeunes syriens étudier la médecine en Egypte. La chose est facilitée par deux considérations connexes. La première est linguistique : pour rendre accessible l'enseignement d'une médecine d'inspiration française, l'administration de l'Ecole de médecine d'Egypte s'est efforcée, dans les premières années, d'utiliser l'arabe comme langue des cours, ou plutôt de mettre en place un système, complexe et peu productif, de traducteurs tout en conservant des professeurs européens[253]. Non seulement l'enseignement est formulé dans une langue comprise des Syriens, à la différence de ce qui se fait à Istanbul à la même date, mais en outre cet effort de traduction des cours prend forme matérielle, par la publication en arabe de leur contenu. Les cours sont alors exportés vers le reste du monde arabe, et notamment le bilād al-Šām[254]. Le retrait égyptien de la région en 1840 n'empêche pas les khédives d'y poursuivre une politique d'influence, servie par les publications savantes et par son école de médecine.

Dans un premier temps, l'Egypte entretient surtout son aura intellectuelle en diffusant des livres médicaux occidentaux en arabe. La traduction pose divers problèmes, que souligne Van Dyck :

> « Une objection est à faire à ces ouvrages, cependant : à savoir que, dans le processus de traduction, on n'a pas pris suffisamment soin de chercher les termes techniques arabes adéquats, en particulier les noms de médicaments. Il est vrai que, du fait de l'avancement des sciences, de nombreux mots nouveaux ont dû, par nécessité, être

250 *Ibid.*, p. 479.
251 Sehnaoui, *Op. Cit.*, p. 49, note 12; Van Dyck, *Art. cit.*, p. 211; Edgar Gedeon, « La médecine au Liban, reflet des politiques », in *Bulletin de la Société libanaise d'histoire de la médecine*, 1991, n°1, pp. 7-9. Je remercie M. le Pr. E. Gedeon de m'avoir gracieusement communiqué cet article.
252 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 212.
253 El Azhary Sonbol, *Op. cit.*, pp. 58-60.
254 *Ibid.*, pp. 60-61.

> introduits dans la langue. Pourtant, dans les œuvres en question, de nouveaux mots ont été formés pour des choses qui ont des noms purement arabes ; et, quand ce n'est pas le cas, les termes ne sont pas seulement translittérés en arabe, mais sont changés au point d'être méconnaissables pour quelqu'un qui serait familier des langues dont on les a tirés[255]. »

Le complexe système de traduction appliqué à l'école de médecine est problématique : il privilégie les translittérations et les traductions terme à terme des mots qui font défaut, même si dans certains cas l'usage reprend ses droits avec le temps[256]. L'étrangeté de la terminologie donne un caractère ésotérique à l'enseignement en faculté.

Cela étant, le même Van Dyck note l'incidence positive des livres de médecine en arabe publiés au Caire sur l'exercice de la médecine en Syrie : ils sont lus et mis en pratique, même si cela ne concerne qu'une minorité de médecins. L'un d'eux institue « un Conseil des médecins les plus respectables de Damas » et obtient un décret des autorités locales imposant aux praticiens d'obtenir de ce conseil un certificat autorisant l'exercice de la médecine, sur la base des manuels égyptiens. Van Dyck conclut avec un rien de scepticisme qu'il ne sait pas si le décret a été prorogé[257]. L'existence du décret témoigne en tout état de cause des changements induits par l'occupation égyptienne, et d'une volonté locale de transformer le cadre légal de l'exercice de la médecine.

La filière égyptienne se maintient dans les décennies suivantes, et de propos délibéré. Un témoignage nous en est fourni par le Dr Šākir al-Ḥūrī dans son autobiographie, *Majma' al-Masarrāt* [La collection des plaisirs]. Ce médecin a étudié la médecine de 1868 à 1874 à Qaṣr al-'Aynī. Recommandé par Dāwūd Paşa, *mutaṣarrif* du Mont-Liban, il arrive au Caire et patiente deux mois pour pouvoir s'inscrire, au début janvier 1868, avant d'apprendre que le nombre d'étudiants syriens à la faculté est contingenté, limité à dix[258], et qu'il fallait attendre les résultats d'examen de dernière année d'étude pour que des places se libèrent[259]. Les Syriens sont soumis à une procédure différente d'admission, laquelle nécessite une recommandation ; l'école ne laisse pas de souligner ainsi la faveur qu'elle fait à l'impétrant, et son directeur manifeste devant Šākir Bey al-Ḥūrī sa réticence à accueillir des étudiants, qui doivent de toute façon avoir une autorisation d'inscription de la main du khédive[260]. L'une des raisons de ces réticences est que ces étudiants syriens n'ont pas le même statut que les

255Van Dyck, *Art. cit.*, p. 211.

256 Mohammed Sawaie, *La Crise de la terminologie arabe au XIXe siècle. Introduction historique générale*, Damas, Institut Français d'Etudes Arabes de Damas, 1999, pp. 40-41.

257 Van Dyck, *Art. cit.*, p. 212.

258 Edgar Gedeon, « L'enseignement médical à l'époque des premiers médecins libanais diplômés », in *Bulletin de la Société libanaise d'histoire de la médecine*, 1992, n° 3, p. 49.

que le reste de la promotion, destiné à occuper des postes en Egypte, ne se voit délivrer aucun titre à faire valoir à l'étranger[261].

Šākir al-Ḥūrī retranscrit le diplôme qu'il a reçu en 1874[262], signé par l'ensemble des professeurs de l'école et des représentants de l'Inspection des hôpitaux, de la Direction des écoles et des *waqf*-s* et du Conseil public de la Santé en Egypte. Ce document, rédigé avec une emphase administrative toute ottomane, est en même temps personnalisé. Après les compliments d'usage au khédive, le récipiendaire est identifié par les responsabilités de son père, membre du Conseil de la *mutaṣarrifiyyah** du Mont-Liban pour le village de Bikāsīn, près de Jezzine. Après la liste des cours qu'il a suivi, suit celle des hautes personnalités présentes, dont le dauphin du khédive, puis un panégyrique du récipiendaire, meilleur élève de sa promotion, doté d'une éloquence très claire, et d'une assiduité sans faille. En dépit des figures d'éloges qui fleurent bon la plus déférente prose administrative, le texte du diplôme ne tient pas du formulaire. A tout prendre, il tient surtout de l'*ijāzah* : il s'achève d'ailleurs sur une formule utilisant le verbe *ajāza* d'où est tiré ce nom, ce qui indique qu'il ne s'agit pas d'un permis d'exercer, mais d'une attestation sur l'excellence du sujet et sur sa maîtrise des différents domaines de la médecine. Le texte est également assorti d'un avis estimant que le jury ne voit pas de raison de s'opposer à ce que le nouveau médecin exerce son métier en quelque lieu que ce soit ; là encore, le document ne constitue pas un permis d'exercice, qui est soumis aux lois du lieu où il va s'installer ensuite, en l'occurrence divers endroits du bilād al-Šām. En effet, ce titre ne suffit pas à pratiquer dans l'Empire ottoman ; là, Šākir al-Ḥūrī est soumis à l'obligation d'obtenir un permis d'exercer – doctorat ou autorisation légale – de la part de l'Ecole impériale de médecine en vue de pratiquer. Le document se termine sur trois validations, émanant de la Direction des hôpitaux égyptiens, de la Direction des écoles et des *awqāf* et du Conseil public de la Santé en Egypte : il faut comprendre que les diplômés syriens de l'Ecole du Caire sont autorisés à exercer dans les pays soumis à l'autorité du khédive, et rien de plus.

Pour les autorités égyptienne, l'accueil d'étudiants en médecine venu du bilād al-Šām est un atout politique, un moyen pour le khédive, qualifié de « restaurateur de l'Egypte à sa splendeur première », de se poser en réformateur ottoman au-delà des pays qu'il gouverne. L'usage politique de la formation médicale est encore plus net dans le cas de la filière britannique.

261 *Ibid.*, p. 184.
262 *Ibid.*, pp. 182-185 ; cf Annexe C.

3 – La filière britannique

Cette filière a une existence éphémère dans les années 1840-1850, mais préfigure par son inspiration la création des facultés de médecine étrangères à Beyrouth, et en particulier la création de celle du Syrian Protestant College. Elle a une visibilité dans les sources littéraires qui excède de beaucoup son importance réelle, du fait que deux des Levantins diplômés par cette filière sont aussi les auteurs d'autobiographies en langue anglaise, deux témoignages interculturels atypiques, ceux d'Assaad Khayat[263] et de Habeeb Risk Allah Effendi[264].

L'initiateur de la filière est Assaad Khayat, homme fortuné originaire du Mont-Liban et converti au protestantisme, qui séjourne en Angleterre et y passe avec succès les examens du Royal College of Surgeons, bien qu'il ne se soit présenté qu'en amateur aux dires du journal médical britannique *The Lancet*[265]. Après son succès, il organise un comité pour promouvoir l'éducation en Syrie, basé en Grande-Bretagne[266], grâce auquel il finance des bourses d'études chirurgicales pour quatre compatriotes. Qu'Assaad Khayat soit dans la clientèle du gouvernement de Londres, sa carrière ultérieure comme Consul britannique à Jaffa en atteste[267] ; il reste en revanche complètement à l'écart de la pratique chirurgicale.

D'autres Syriens suivent alors le mouvement pour chercher une formation médicale ou chirurgicale en Grande-Bretagne ; une petite controverse se produit même lorsque l'un d'entre eux, 'Abd Allah Asmar, est décrit par le *Lancet* comme un des quatre boursiers financés par le comité, ce qu'il récuse farouchement[268]. De telles candidatures sporadiques sont à mettre dans le contexte de la politique britannique au Mont-Liban après 1840 et après les conflits confessionnels de 1842 et 1845 : le gouvernement de Londres s'efforce alors de faire venir des notables de la région, druses et maronites, en Grande-Bretagne, pour se forger une clientèle influente. On les voit passer de temps à autre qui s'insèrent dans la société londonienne, au fil du récit que Habeeb Risk Allah Effendi fait de son séjour en Angleterre.

Nul parcours n'illustre, mieux que celui de ce dernier, la dimension crûment politique de cette attraction britannique, y compris par la formation médicale. Après sa deuxième arrivée à Londres, il est recruté comme agent de renseignement ottoman. Il sert également

263 Assaad Khayat, *A Voice from Lebanon. With the life and travels of Assaad Khayat*, Londres, Madden & Co., 1847.
264 Risk Allah Effendi, *Op. cit.*, *passim*.
265 « Medical News. – College of Surgeons », in *The Lancet*, 1847, Vol. 1, 01/05/1847, p. 476.
266 Risk Allah Effendi, *Op. cit.*, p. 131.
267 *Ibid.*, pp. 389-390.
268 « Mr Abdallah Asmar », in *The Lancet*, 1847, Vol. 1, 20/03/1847, p. 319; « The Syrian medical students », in *The Lancet*, 1847, Vol. 1, 15/05/1847, p. 522.

d'agent de liaison entre l'Ambassade du Sultan à Londres et les autorités britanniques, les uns et les autres craignant de nouveaux troubles au Mont-Liban fomentés par des cercles mis à l'écart après la campagne militaire de 1840[269]. Les diplomates britanniques et ottomans jugent préférables de l'éloigner de l'Ambassade et de lui donner une couverture : à la demande de l'intéressé, ses protecteurs lui obtiennent une place d'étudiant en chirurgie au King's College de Londres[270], où il poursuit ses études jusqu'à devenir, sous le patronage de l'archevêque de Cantorbéry, membre du Royal College of Surgeon en avril 1850[271].

La chirurgie n'était peut-être qu'une couverture au départ, mais Habeeb Risk Allah Effendi se prend au jeu, assez pour égrainer des considérations sur l'exercice de la médecine en Grande Bretagne, considérations qui reflètent les intérêts des diplômés et renvoient une image polie mais singulièrement symétrique du discours européen sur la désorganisation de la pratique médicale au bilād al-Šām. Le premier problème qu'il voit est l'absence de toute obligation de diplôme pour exercer, y compris pour pratiquer la grande chirurgie. Il réclame l'imposition d'une licence et d'une liste nationale des praticiens qui la détiennent, et constate à regret que la même absence de contrôle prévaut pour la pharmacie[272]. Il ne fait ici que refléter l'opinion qui prévaut parmi les médecins diplômés, dont la pression conjuguée contribue à la publication du *Medical Act* britannique de 1858, qui réglemente ces professions[273]. Les carrières possibles pour les chirurgiens, dans les *Poor houses* et à bord des navires, sont semblablement dévaluées : faute de carrières privilégiées et réglées, les professions de santé ne sont pas attractives[274]. Enfin, l'Etat britannique ne prend pas assez en considération les médecins, du moins pas à proportion de leur mérite pour les meilleurs d'entre eux, qui n'ont ni pensions, ni dignités, ni présence significative au parlement[275]. Le titre procuré par le diplôme est mésestimé, non seulement dans la sphère professionnelle proprement dite, mais aussi, et c'est tout un dans une société de promotion par la reconnaissance publique, dans l'ordre des honneurs.

Tout cela est dans l'air du temps. La première édition de l'ouvrage de Habeeb Risk Allah Effendi survient pendant la Guerre de Crimée, à une époque où la réforme médicale est d'une actualité brûlante en Grande-Bretagne suite au militantisme de Florence Nightingale. Cependant, la signification de ces récriminations est double. Il n'y va pas seulement du sort des condisciples diplômés de l'auteur, mais aussi de ce qu'il témoigne de volonté de réforme

269 Risk Allah Effendi, *Op. cit.*, p. 147.
270 *Ibid.*, p. 148.
271 *Ibid.*, pp. 151-152.
272 *Ibid.*, pp. 152-153.
273 Digby, *Op. cit.*, pp. 14-15.
274 Risk Allah Effendi, *Op. cit.*, pp. 153-154.
275 *Ibid.*, pp. 154-157.

pour son pays d'origine, à travers son choix d'être patronné par les Britanniques : le désir de réforme dans l'Empire ottoman n'est pas contradictoire avec le fait d'être un client de Londres. Ses lamentations sur l'anomie médicale qu'il décrit en Grande Bretagne le placent en contradiction avec lui-même lorsqu'il exprime le désir de voir s'élargir la filière britannique. Son ouvrage se termine en effet sur un projet visant à fonder des écoles et un hôpital à Beyrouth afin de former de jeunes protestants syriens à la médecine, avant de les envoyer parfaire leur éducation en Grande Bretagne[276]. Le but de l'entreprise n'est pas caché : il s'agit d'attirer les habitants de la région vers le protestantisme et la clientèle politique anglaise[277].

Aux yeux de Habeeb Risk Allah Effendi, la finalité de la filière anglaise est de créer un groupe social, uni par la religion, l'éducation et la profession, sous influence étrangère. Dans cette perspective, l'exercice de la médecine repose sur la constitution d'un capital politique et sert, à petite échelle, un grand jeu diplomatique.

Conclusion :

Au moment où le règlement de 1861 est promulgué, un nombre croissant de médecins étrangers vient pratiquer dans l'Empire ottoman, sans qualification ni contrôle administratif. Rivalités géopolitiques et flux migratoires contribuent à bouleverser ce qu'on est tenté d'appeler un Ancien régime des métiers, c'est-à-dire une transmission du savoir-faire et, à terme, du métier, par le canal privilégié de la famille. Dans le système de contrôle professionnel qui a existé, avec ses limites, depuis l'émergence de l'Empire ottoman et jusqu'en 1861, cette dimension héréditaire est reconnue officiellement, et rendue plus visible par la validation légale des titres. Les documents qui attestent de cette transmission, de genres variés, ont une valeur de véritable propriété, de matérialisation d'un capital professionnel.

Des niches professionnelles se dessinent ainsi, au sein desquelles la médecine reconnue se transmet de façon privilégiée, en fonction notamment de la lignée et de l'appartenance à un groupe de migrants. Les institutions religieuses peuvent également jouer un rôle : dans le cas d'Ibrāhīm al-Ṣabbāġ, c'est le passage par un monastère qui est à l'origine de l'orientation professionnelle. Ceci induit un élément de confessionnalisation partielle de la

276 *Ibid.*, pp. 389-391.
277 *Ibid.*, pp. 393-394.

pratique médicale au bilād al-Šām, mais ce phénomène masque le trait culturel qui agit à travers l'appartenance religieuse, à savoir l'importance accordée à la culture écrite. Ce n'est pas par émulation de Maïmonide sur le plan religieux, mais par la transmission de textes autant que de pratiques médicales, qu'une tradition médicale juive se maintient. De même, si on peut apprendre la médecine au monastère, c'est bien parce que les religieux chrétiens sont dans l'obligation de conserver une connaissance médicale pour se soigner eux-mêmes, mais aussi parce que ces établissements conservent archives et manuscrits. C'est pourquoi l'idée que la médecine est souvent le fait des non-musulmans, avant comme après la fondation des écoles spéciales et des facultés, est trompeuse.

A cela s'ajoute une dimension linguistique. Avant 1827, c'est une pratique de l'écrit en arabe, la langue autochtone dans l'aire de notre étude et l'idiome des manuscrits de la tradition médicale locale, qui permet de s'intégrer à la profession médicale reconnue ; et pour les différentes religions, la médiation de l'écrit est toujours présente, quoique selon des modalités variables. Avec la création des facultés de médecine, et les grandes difficultés de l'arabisation de l'enseignement en Egypte, c'est la maîtrise d'une langue étrangère qui devient discriminante. Le passage par les écoles étrangères devient un atout, et un avantage pour les non-musulmans, eu égard à la méfiance des musulmans vis-à-vis des écoles missionnaires ; avec la fondation de faculté de médecine confessionnelles à Beyrouth, cette tendance à la confessionnalisation est renforcée, comme nous allons le voir.

De fait, dès 1827, la règle du jeu change : l'instance de formation est placée à l'extérieur de la famille, rendue moins personnelle que n'était l'assiduité auprès d'un maître. Le vivier des futurs médecins s'en trouve élargi car il s'agit, à terme, de disposer d'effectifs suffisant non seulement pour la médecine militaire, mais aussi pour mettre en place une véritable administration civile de la santé. Les structures familiales du métier posent sans doute un problème politique à l'Etat central, qui doit faire face à des acteurs politiques étrangers très conquérants ; cependant la fondation de l'Ecole impériale de médecine se présente comme le résultat d'une décision autonome du gouvernement du Sultan, ne serait-ce que parce qu'elle survient en même temps que la fondation de la première école de médecine en Egypte, et non après elle.

Le système des attestations d'examen, des *ijāzah*-s, des titres et des guildes fonctionnait sans obligation de sanction officielle, ce qui ne correspond plus à l'orientation réformiste de l'Empire ottoman. Celui-ci entre dans une phase de nationalisation, qui s'accompagne d'une uniformisation des compétences. Les titres antérieurs visaient déjà à assurer la mobilité et la reconnaissance sociale des médecins, mais ils allaient de pair avec un

système professionnel très morcelé, fonctionnant à l'échelle d'une ville et de son arrière-pays ; la logique des formations médicales nouvelles est d'abord généraliste, et les diplômes représentent désormais la sanction d'une polyvalence dans l'exercice de la médecine.

Ceci affecte directement la nature du pluralisme médical, car les diplômes des écoles de médecine représentent un possible outil de contingentement des praticiens, et donc d'inclusion ou exclusion. Les médecins dépourvus d'*ijāzah* ou d'autres preuves de compétence médicale étaient, jusqu'au XIXe siècle, répudiés ou tolérés par l'administration, en fonction notamment du contexte professionnel du lieu où ils exerçaient : dans les villes où existaient des guildes médicales, leur activité était davantage informelle. Avec l'organisation académique des cours dans les écoles de médecine et la diffusion de nouveaux mots pour dire la médecine, les praticiens des différentes formes traditionnelles de médecine sont non seulement exclus progressivement, sur un plan réglementaire, de la médecine légitime ou tolérée ; mais ils en viennent également à parler un autre langage médical, fondé dans des textes dont la terminologie et les légitimations sont autres.

C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre la délégitimation progressive de la médecine arabe traditionnelle : on lui préfèr la médecine occidentale, par choix politique moderniste, ce qui se traduit dans le recrutement des enseignants. Ceux-ci transmettent efficacement leur discours sur la médecine aux étudiants, tandis que les médecins étrangers forcent le trait en construisant l'image d'une médecine autochtone bloquée scientifiquement. Derrière cette unité de façade, se profile un conflit de souveraineté.

Chapitre 2 :Le diplôme comme critère du droit d'exercer la médecine (1861-1918)

Introduction : Diplôme et question de souveraineté

L'Etat ottoman avait mis en place, à partir des années 1820, les structures de base d'une formation médicale d'inspiration occidentale. Dans les années 1860, puis de façon plus systématique à la fin des années 1880, il s'engage sur la voie d'une définition normative de la pratique médicale ; et cette définition prend pour modèle ce qui se fait dans les écoles de médecine européenne. Après avoir vu les modes de qualification antérieurs et la crise du contrôle de la pratique médicale qui semble prévaloir vers le milieu du dix-neuvième siècle, il nous faut voir comment se redessinent les limites de la médecine légitime à l'intérieur du processus des réformes ottomanes. Cela passe par une série de règlements et de décrets, dont le premier est adopté au début des années 1860.

Le règlement du 11 octobre 1861 entérine un nouveau régime de l'exercice de la médecine. En stipulant dans son article premier que :

> « Nul ne pourra exercer la médecine ou l'une des branches de la médecine, dans l'Empire Ottoman, s'il n'est muni d'un diplôme délivré par la Faculté Impériale de médecine de Constantinople ou par une des faculté étrangère[278], »

il fait dépendre l'exercice de la médecine d'une condition institutionnelle, le diplôme, et d'une condition académique, la délivrance de celui-ci par une faculté. Cette double conditionnalité institue légalement la catégorie des médecins diplômés, et leur donne un surcroît de légitimité aux yeux de l'administration. Elle donne de la matérialité à une division binaire et pédagogique de la médecine, entre celle qui s'enseigne en faculté, et tout le reste, toutes les pratiques médicales laissées dans l'indistinction de l'illégalité. Elle homogénéise les critères formels de la pratique légitime en reconnaissant indistinctement, dans une première période, la validité académique des diplômes de la Faculté Impériale de Médecine et des « facultés

278 « Règlement sur l'exercice de la médecine civile » du 7 Rabī' al-Awwal 1278 AH / 11/10/1861 AD, in George Young, *Corps de droit ottoman. Recueil des codes, lois, règlements, ordonnances et actes les plus importants du droit intérieur, et d'études sur le droit coutumier de l'Empire ottoman*, 5 Vol., Oxford, The Clarendon Press, 1905, vol. III, pp. 196-198. Cf Annexe B.

étrangères » reconnues, essentiellement occidentales. En raison de la variété des contenus de formation d'un pays à l'autre à cette époque[279], ceci ouvre la porte à un pluralisme médical légal.

Cela ne pose pas problème en soi : à l'époque de la publication du règlement, les effectifs des médecins diplômés dans l'Empire ottoman et ceux des étudiants en médecine sont trop faibles pour que le contenu précis des différentes formations universitaires étrangères soit discriminant aux yeux de l'Etat. Le principe de la mesure est surtout d'opérer un tri efficace entre les médecins formés académiquement et les autres. Dans un premier temps, l'Etat ottoman accepte, en définitive, le tout-venant des médecins formés académiquement. Il est notamment implicite que les facultés de médecine reconnues par l'administration ottomane sont des institutions dont la valeur n'est pas contestée dans leur propre pays. Le contrôle est affaire de principe et de dissuasion contre des médecins qui n'auraient pas de titre académique. L'Etat favorise spécifiquement la transmission institutionnelle de la compétence médicale. Les implications du règlement de 1861 se révèlent pourtant autrement complexes avec le temps.

La structure et le fonctionnement du règlement de 1861 traduisent une expansion de l'Etat ottoman, un élargissement de son autorité qui s'applique directement sur ses sujets et ses résidents dans un nombre de domaines qui, à la faveur du Tanzimat, s'étendent progressivement bien au-delà des fonctions régaliennes[280]. L'application de ce texte ne met alors en jeu que cette autorité, qui prend la place d'institutions d'échelle géographique inférieure, responsables de l'application du droit dans tous ses domaines. Les décisions impériales prenaient avant cette période la forme de textes dont l'application incombait à une

279 Thomas Neville Bonner, *Becoming a physician. Medical education in Great Britain, France, Germany, and the United States 1750-1945*, New York / Oxford, Oxford University Press, 1995, notamment pp. 3-5. Pour cet auteur, les différences de programme d'études tiennent surtout au contexte socioéconomique et aux différences d'approche, d'un pays à un autre, au moment de relayer les mêmes travaux et découvertes, qu'à l'influence d'écoles de pensée médicale à l'échelle nationale. Le pluralisme qui naît des différences de formation est ainsi tempéré par l'idée qu'un certain nombre de jalons scientifiques et de conditions épidémiologiques informent les enseignements sur un mode transnational. Il reste que le fait national a une incidence évidente sur la formation.

280 La littérature sur les domaines d'application du réformisme ottoman et l'expansion de l'Etat impérial est très vaste. Citons par exemple, sans ordre ni prétention aucune à l'exhaustivité : Roderic H. Davison, *Nineteenth century Ottoman diplomacy and reforms*, coll. « Analecta isisiana », vol. 34, Istanbul, The Isis Press, 1999, *passim* ; Paul Dumont, *Loc. cit.*, in Mantran, *Op. cit.*, pp. 459-522 ; Benjamin C. Fortna, *Op. cit.*, *passim* ; Shereen Khairallah, *Railways in the Middle East, 1856-1948*, Beyrouth, Librairie du Liban, 1991, *passim* ; Noémi Lévy, « La police ottomane au tournant des XIXe et XXe siècles : les mémoires d'un commissaire d'Izmir », in *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, 2007/2, n° 54-2, pp. 140-160 ; Makdisi, *Op. cit.*, *pp.* 51-66 ; Odile Moreau, *L'Empire ottoman à l'âge des réformes : les hommes et les idées du « Nouvel ordre » militaire, 1826-1914*, Istanbul/Paris, Institut français d'études anatoliennes / Maisonneuve & Larose, 2007, *passim* ; Wendy M.M. Shaw, *Possessors and possessed : museums, archaeology, and the visualization of history in the late Ottoman Empire*, Berkeley, University of California Press, 2003, *passim* ; Somel, *Op. cit.*, *passim* ; Itzchak Weismann & Fruma Zachs (dir.), *Ottoman reform and Muslim regeneration : studies in honour of Butrus Abu-Manneh*, Londres / New York, I.B. Tauris, 2005, *passim*.

autorité régionale ou locale ; c'est elle qui imposait l'obéissance à la loi, en référence à l'Etat central. Avec les réformes du dix-neuvième siècle, les fonctionnaires en poste dans les provinces ont autorité en tant que rouages de l'Etat, instruments de celui-ci. Le respect des dispositions réglementaires et légales à toutes les échelles est un miroir de l'autorité de l'Etat ; promulguer un règlement de portée nationale sur l'exercice de la médecine témoigne de l'ambition de l'Etat d'étendre son autorité vers des domaines qui jusque là étaient davantage régis localement. La construction du règlement de 1861 et des règlements sanitaires ultérieurs illustre les modes d'application de cette autorité, qui englobent les procédures d'examen et le contrôle l'exercice de la médecine.

L'évocation de modes d'application et de rouages induit une médiation de l'autorité étatique ; le choix de cette médiation importe, selon que l'exercice du contrôle est de la responsabilité de l'administration locale, ou d'une administration médicale spécifique, plus centralisée et éventuellement moins autonome qu'un gouverneur de province. La mise en oeuvre intégrale de la loi sur l'exercice de la médecine n'est pas immédiatement réalisable. Pour y parvenir, l'Etat ottoman joue sur l'application plus ou moins sévère des réglements et sur la multiplicité des autorités chargées de veiller à leur respect. Le problème, dans le cas du règlement de 1861, est que l'Etat ottoman est, à cette date et pour des décennies encore, incapable de fournir le personnel diplômé nécessaire pour donner sens à la mesure.

Pourquoi alors l'Etat ottoman pose-t-il une obligation de diplôme qu'il n'a pas encore les moyens d'imposer ? Ici, la mise en contexte est importante. Si nous n'avons pas de données précises sur les conditions mêmes de l'adoption du règlement, la chronologie et la comparaison avec les pays européens nous donnent des indices. Ce texte est adopté après une période d'afflux de médecins étrangers dans l'Empire depuis le début du dix-neuvième siècle. L'Etat ottoman n'est pas intervenu de manière systématique contre cette situation. Il s'est contenté d'ouvrir ses propres institutions de formation dans le but de pouvoir un jour en faire la norme dans l'Empire. Le règlement de 1861 semble signifier que cette période est transitoire, destinée à laisser à l'EIM le temps de prendre son essor. Nous verrons qu'il n'en est rien, et que plusieurs décennies passent avant que des efforts réels d'application soient faits. La norme apparaît alors soit indicative, soit laissée à l'usage discrétionnaire des autorités locales.

Le texte est publié pendant une période de réforme législative intensive dans l'Empire ; le réformisme ottoman n'est pas emmené exclusivement par des partisans d'un modèle européen[281], mais les textes empruntent souvent leurs concepts au vocabulaire

281 Butros Abu Manneh, « The Islamic roots of the Gülhane Rescript », in *Die Welt des Islams*, 1994, n° 34, pp. 173-203.

juridique occidental, ou bien reformulent des catégories autochtones pour les mettre en adéquation avec les paradigmes des divers corps de droit européens[282]. C'est le cas de ce règlement, et en ce sens il prend la suite de mesures similaires en Europe, dont l'une des dernières est l'adoption du *Medical Act* de 1858 au Royaume-Uni[283]. Ainsi, l'un des effets du règlement est de renforcer conjointement l'autorité professionnelle des médecins diplômés et celle de l'administration étatique qui délivre les permis et opère le contrôle du métier.

Sans que cela soit dit explicitement, le règlement de 1861 repose sur la catégorie d'autorité. La refondation de l'autorité médicale sur de nouvelles bases passe par la médiation de l'autorité administrative de l'Etat pour la validation du titre habilitant à exercer, le diplôme. Réciproquement, le doctorat en médecine devient un outil de contrôle de la formation et de la pratique médicale. L'administration ottomane prend appui sur le contenu académique du diplôme pour s'immiscer dans le domaine médical et y affirmer sa propre autorité. Il s'agit de voir comment, mais la question des moyens d'imposition de l'autorité est intimement liée à celle de la définition de l'autorité, et notamment de ses rapports à l'usage de la force – autrement dit, dans le cas qui nous concerne, à la répression des infractions à la loi.

L'analyse de la mise en œuvre de la loi et des délits relatifs à l'exercice de la médecine nécessite une matrice théorique complexe. Le premier terme est l'autorité étatique : le problème est que l'on peut rattacher l'effectivité de cette dernière à deux déterminants opposés. Dans une première hypothèse, elle ne désigne pas l'exercice du pouvoir par la force, mais la certitude donnée à ceux qui s'y soumettent que les institutions sont capables de garantir l'ordre, sans qu'il soit besoin de recourir à l'application effective de la violence dont l'Etat a les moyens. Le recours à la force est précisément le signe d'un manque d'autorité, d'un charisme ou d'une légitimité perdus de la part de l'agent de l'autorité, et c'est ce que traduit la définition d'Alexandre Kojève de l'autorité comme « possibilité d'agir sans compromis », sans action ou négociation manifestant les rapports de force[284]. Sur le point qui nous intéresse, cela signifie que l'Etat construit son action et impose sa volonté par des personnes compétentes, lesquelles participent d'une rationalité étatique globale, de l'emprise autoritaire. Dans cette conception, l'autorité du médecin est transmise sous le contrôle l'Etat, qui sanctionne la compétence de ce dernier, mais les critères rationnels afférents à ses capacités et à sa formation sont le facteur déterminant. Le diplôme lui-même vient confirmer

282 *Vide* notamment Makdisi, *Op. cit.*, pp. 67-95, en particulier pp. 72-73 et p. 85 ; et Bertrand Badie, *L'Etat importé. L'occidentalisation de l'ordre politique*, coll. « L'espace du politique », Paris, Fayard, 1992, p. 132 & pp. 137-138.

283 Steven J. Novak, « Professionalism and bureaucracy : English doctors and the Victorian public health administration », in *Journal of social history*, été 1973, vol. n° 6, n° 4, pp. 445-446.

284 Alexandre Kojève, *La Notion d'autorité*, coll. « Bibliothèque des idées », Paris, NRF-Gallimard, 2004, p. 59.

l'autorité qu'a acquis le médecin, dont la compétence a suffisamment favorablement impressionné le jury pour que cette instance le reconnaisse apte à exercer, revêtu de toute la légitimité spécifique attachée à la compétence médicale. L'autorité de l'Etat, en l'espèce, se limite donc à valider une autorité que par la suite il ne peut plus contester, sauf si le médecin était condamné pour raison criminelle. En ce sens, l'autorité du médecin a ceci de particulier dans ses rapports avec l'Etat qu'elle n'est pas réversible par ce dernier, hormis sur intervention d'une administration médicale : seul un médecin est à même de juger professionnellement des actes d'un autre médecin. Avant le milieu du dix-neuvième siècle, il semble que les conditions de cette autonomie professionnelle ne soient pas pleinement réunies, puisque les litiges sont réglés devant le juge. Elle est formellement instituée par le code médical ottoman qui se constitue à partir des années 1860, sur la base du règlement de 1861.

La condition effective de l'autorité étatique n'est-elle pas, cependant, que l'Etat parvienne, par la possibilité toujours présente de la contrainte, à faire respecter ses normes ? L'opposition radicale entre force et autorité, que Kojève pose comme principe de l'action politique, n'est pas une antinomie. Elle permet notamment d'expliquer l'accrétion fonctionnelle qui participe du déploiement de ce qu'il est convenu d'appeler l'Etat moderne[285] : s'il y a une rationalité spécifique de ce dernier, c'est notamment que l'action de l'Etat jouit d'une autorité à proportion de sa capacité de planification, de l'objectivation de ses critères de justice sous forme d'un droit positif et des garanties collectives de permanence que donnent ses institutions. Force est de constater que la stabilité qui conditionne l'action étatique est adossée à la puissance de l'Etat, et que le respect de la loi dépend de la conscience qu'a chacun de la puissance publique, au sens propre.

Si l'Etat réglemente l'exercice de la médecine, sa capacité, ou plutôt son incapacité relative à faire appliquer ses propres lois ne fait qu'amenuiser localement son autorité auprès des médecins, reconnus ou non. La forme du règlement de 1861 détermine les modalités de sa mise en vigueur. Avant cette date, réprimer l'exercice illégal de la médecine revient à dire le droit face à une plainte qui demande une réponse, et qu'importe si la justice se rend, dans la plupart des cas, à l'avis des médecins : l'application du droit médical revient formellement au judiciaire. La redéfinition des frontières professionnelles dès l'article premier de ce texte tend à invalider cette procédure, puisque la condition préalable de la pratique est l'appartenance à un corps, vérifiable et matérialisée par un titre. Du moment où l'Etat ottoman reconnaît

285 Pour une critique de la transposition de l'Etat moderne comme modèle de développement politique, cf Jean-Frédéric Schaub, « La notion d'Etat moderne est-elle utile ? Remarques sur les blocages de la démarche comparatiste en histoire », in *Cahier du monde russe*, 2005, vol. n° 46, n° 1-2, pp. 51-64.

l'autonomie de compétence du corps médical, par le règlement de 1869, l'application des règlements professionnels ne devient réalisable qu'à condition qu'une partie des médecins diplômés passent au service de l'Etat pour réprimer l'exercice illégal de la médecine ; et les médecins municipaux servent ainsi, à l'occasion, d'auxiliaires pour les enquêtes de police. Ils étendent ainsi l'autorité de l'Etat en se faisant instruments de répression. Les postes de médecins-fonctionnaires ont sûrement été utilisés comme tremplin dans la carrière par leurs occupants, mais la rationalité de l'Etat est à plus longue portée et s'appuie sur eux pour appliquer à la société des contraintes plus étroites. L'autorité de l'Etat et celle du médecin sont dans un rapport de réciprocité asymétrique, dans la mesure où c'est l'Etat ottoman, à la suite d'autres pays, qui promeut un mouvement de réglementation, institue l'autonomie de la profession médicale et ouvre des carrières aux médecins diplômés, tout en s'appuyant sur eux pour affiner son contrôle.

La gestion ottomane de la formation médicale est volontariste, mais elle n'est pas autoritaire, au sens où l'Etat abuserait de son autorité par la force et la disciplinarisation des individus pour les amener à se conformer à ses normes. En ce sens, la politique ottomane de la santé et de la médecine correspond à ce que Michel Foucault désigne par le terme de sécurité, c'est-à-dire une régulation de la vie collective à l'échelle des populations qui s'appuierait sur les paramètres de contrainte et les dynamismes internes de celles-ci[286]. Ici, l'Etat ottoman s'appuie sur les intérêts individuels et collectifs des médecins diplômés pour soutenir le processus réglementaire qu'il a engagé, et faire en sorte que la formation en faculté devienne synonyme de légitimité médicale, sans que les pouvoirs publics soient contraints de mener une guerre de position contre les praticiens illégaux. Il y a là une question d'économie de moyens : l'Etat ottoman se sait incapable d'imposer l'application telle quelle de ses normes, aussi choisit-il de gérer les facteurs macroscopiques en orientant leurs développements. Ce travail de redirection passe par des mesures de recrutement, et donc par la mise en place d'un groupe de fonctionnaires ; par un contrôle judiciaire et administratif qui n'est pas omniprésent mais qui rappelle l'existence de normes médicales ; et par l'allocation de fonds à la formation universitaire.

De fait, l'accroissement des effectifs médicaux est inséparable d'une politique générale de gestion des populations : population des sujets du sultan confrontés aux épidémies et aux endémies, bien sûr, mais également population des médecins diplômés qui, d'un point de vue institutionnel, passent à travers la faculté et les examens de doctorat comme par un opérateur de formation. Le but des facultés est en définitive de pouvoir étendre dans un premier temps,

286 Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, coll. « Hautes études », Paris, Gallimard / Seuil, 2004, pp. 31-89.

et à long terme contrôler les effectifs médicaux.

La question qui se pose alors est de comprendre les réactions à la politique ottomane de la population des médecins. Giorgio Agamben, qui revisite le modèle foucaldien de la biopolitique, se demande quel est le point « où la servitude volontaire des individus communique avec le pouvoir objectif »[287]. La servitude volontaire revient à l'acceptation des disciplines imposées aux individus assujettis par les pouvoirs : ainsi de l'acceptation de contenus d'apprentissage et de formes d'examen spécifiques, que les facultés inculquent à leurs étudiants. La promesse du diplôme constitue l'une des « technologies subjectives » qui concourent à obtenir l'assentiment des candidats ; cette promesse, assortie de la menace d'une répression en cas d'exercice illégal de la médecine, est une des techniques politiques par lesquelles un ordre gouvernemental se met en place[288]. L'interrogation d'Agamben revient à se demander comment les individus en viennent à accepter cette façon de poser les termes et, ainsi, à se laisser assujettir toujours davantage. Si le jeu était binaire entre respect de la loi et infraction, cela tiendrait à la reconnaissance de l'autorité ou la prise de conscience par les individus de leur faiblesse face à un pouvoir étatique capable de recourir à la plus extrême violence.

Face au règlement de 1861 et aux règlements ultérieurs, les stratégies des praticiens sont multiples. Elles passent par l'obéissance ou l'infraction directe à la loi, sans doute, mais aussi par la recherche des apparences de la légitimité médicale, par fraude sur les diplômes et sur les titres, ou par la revendication de dépendance vis-à-vis d'une autorité alternative, généralement nationale. Ces stratégies ont chacune des sens différents. L'obéissance formelle à l'obligation de diplôme peut se doubler d'une pratique très différente de celle enseignée en faculté, comme elle peut indiquer l'adhésion aux croyances et valeurs qui sous-tendent le règlement de 1861. La désobéissance à la loi peut procéder d'une contestation des normes universitaires, autant que d'une impossibilité matérielle à acquérir les titres autorisant l'exercice de la médecine. La fraude sur le diplôme est, comme l'hypocrisie, l'hommage du vice à la vertu : l'intérêt dicte l'adoption de formes, ou l'acquisition de titres comme objets (le doctorat comme morceau de papier) permet de se conformer aux textes et de donner l'illusion de la norme, tout en y échappant effectivement. Ce dernier cas est ambigu, car le diplôme, acquis par investissement et par travail personnel, n'est pas transmissible : il est donc impossible de capitaliser à l'échelle dynastique sur le diplôme. Aussi celui-ci apparaît-il offrir un mauvais retour sur investissement aux familles des médecins, en comparaison des

287 Giorgio Agamben, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, coll. « L'ordre philosophique », Paris, Le Seuil, 1997, p. 14.
288 *Ibid.*, p. 14.

garanties que pouvaient offrir les stratégies transgénérationnelles de transmission lignagère de la compétence et de l'information médicale dans la médecine arabe traditionnelle. Enfin, l'usage de la protection consulaire pour échapper au contrôle ottoman est également équivoque, car les diplomates peuvent avoir des raisons particulières de s'opposer au contrôle académique ottoman, ou revendiquer l'autorité autonome de la science nationale pour refuser d'y soumettre leurs ressortissants et protégés. Selon les cas, les infractions et échappatoires aux normes nouvelles relèvent de la fraude pure et simple, de la contestation de la formation médicale offerte par les facultés et donc de la revendication d'une altérité, ou de l'affirmation d'une supériorité scientifique qui tient, elle aussi, du pluralisme médical. Entre l'obéissance à la loi et son refus ou son détournement pour des raisons multiples, on n'est pas dans un jeu binaire entre obéissance et sanction des sujets.

Le recours aux puissances étrangères pour échapper à la loi ottomane étend la question de l'autorité étatique, en posant le diplôme comme enjeu de souveraineté. Comment établir un ordre dans la pratique médicale sur le territoire national, si le droit de l'Etat ottoman à instaurer ses propres procédures de contrôle est contesté, ou plutôt limité par les ingérences étrangères ? Cette question prend pleinement son sens en 1871, quand les premiers diplômés d'une faculté étrangère fondée sur le sol ottoman en reçoivent un diplôme. La question est toutefois posée dès avant cette date, puisque le règlement de 1861 vient théoriquement mettre un frein à l'installation sans contrôle, dans l'Empire, d'étrangers médecins ou prétendus tels. Nous aborderons au chapitre suivant la question de la reconnaissance des diplômes délivrés par les deux facultés étrangères installées à Beyrouth ; mais l'argument de la supériorité de la science nationale par certaines nations a d'emblée un double effet. D'une part, il mine la capacité de l'Etat ottoman à affirmer son autorité dans le domaine, en rendant l'administration médicale impériale tributaire d'institutions étrangères et surtout de la volonté de coopérer des consulats. D'autre part, il induit une revendication d'autorité plus grande que celle du diplôme délivré par l'EIM. Le dénigrement de cette dernière amène un discours scientiste accentué. L'autorité étatique ottomane est combattue au nom de l'autorité médicale et scientifique.

De l'extérieur, le lien de réciprocité entre autorité étatique et autorité médicale est contesté par une mise en cause de la souveraineté. De l'intérieur, il est bousculé par la notion de droit. En effet, en conditionnant le droit d'exercer la médecine par le doctorat, l'Etat ottoman limite son extension. Pour ceux qui jouissent de ce droit, cette limite est une valorisation des efforts consentis en vu de l'obtenir. Par conséquent, il n'y a pas transition complète d'un mode d'application de la norme par voie judiciaire à un autre, par voie d'inspections ; le levier du recours en justice peut toujours être actionné par les médecins

diplômés et donc légitimes. Les détenteurs du titre de médecin, en nombre limité, alimentent, par intérêt de corps, les contrôles et les orientent vers le droit d'exercer, plutôt que vers les problèmes de licéité des actes médicaux.

A travers la question de l'exercice de la médecine, on voit se dessiner une histoire de la diffusion des réformes. Elle montre en effet comment des secteurs de l'économie – ici, le marché médical – sont progressivement innervés par l'autorité de l'Etat, voire créés à par lui. Ces transformations ne se font pas sans résistance, mais, nous venons de le dire, l'élargissement des fonctions de l'Etat n'induit pas une opposition binaire entre affirmation de l'ordre légal et refus ou contournement de celui-ci. Les observateurs occidentaux, et surtout les médecins parmi eux, qui ont leurs propres intérêts à défendre, considèrent que les nouvelles dispositions du droit médical ne sont qu'une façon de maintenir et de raffiner un style discrétionnaire d'exercice du pouvoir par le centre et par les fonctionnaires locaux[289]. Cette thèse est une généralisation abusive, mais il est vrai que la Sublime Porte a cherché, par la politique des réformes, à réaffirmer l'autorité du gouvernement impérial et de son administration territoriale. Dans le vocabulaire européen de la question d'Orient, formé par quelques siècles déjà de drogmanat, de défense des intérêts des sujets non-musulmans du Sultan et de lutte pied à pied pour obtenir, prioritairement au bénéfice de ces derniers, des privilèges par le système des Capitulations, cette idée est synonyme d'arbitraire et d'avanies[290]. Néanmoins, si on veut mieux comprendre les dysfonctionnements de l'application des lois sur la pratique et la carrière médicales, il faut nous demander si les résistances et stratégies de contournement devant la législation ne témoignent pas d'une résistance à la catégorie d'autorité telle qu'elle est conférée à l'administration médicale ottomane qui se met en place, et aux médecins à titre individuel. Y a-t-il, dans les infractions au règlement de 1861 et aux textes ultérieurs, l'affirmation d'autorités alternatives à celle patronnée par l'Etat et son administration ?

Un élément de réponse nous est donné par la chronologie. Si le règlement sur l'exercice de la médecine est publié en 1861, ce n'est qu'à partir de 1888 que son application est rendue universelle et complète, avec en particulier l'intention de mettre en vigueur les dispositions relatives aux médecins étrangers. La même année, l'Etat ottoman promulgue la « Loi sur les médecins et pharmaciens civils », systématisant le corps des médecins-fonctionnaires dans les provinces. Cette quasi-concomitance manifeste à la fois une volonté

289 CMS G 3 P/O 1914/28, « Memorandum by Dr E.W.G. Masterman regarding the obtaining of the *Turkish Medical Diploma* », s.d., reçu à Londres le 04/03/1914.

290 Sur la formation du personnel diplomatique chargé du quotidien des relations avec les pouvoirs publics ottomans, cf Roderic H. Davison, « The French dragomanate in mid-Nineteenth century Istanbul », in Davison, *Op. cit.*, pp. 309-318.

de réclamer l'octroi du droit d'exercer comme un privilège de souveraineté, qui jusque là n'était effectif que dans le refus de reconnaître le diplôme des facultés étrangères de Beyrouth ; et l'articulation étroite de l'autorité médicale à l'autorité étatique. C'est la périodisation que nous suivrons ici, mais il faut bien voir que les efforts de l'Etat ottoman pour faire respecter sa norme d'exercice de la médecine se poursuivent à travers toute la période : la coupure de 1888 n'est pas stricte, elle est d'ordre réglementaire.

I – La mise en place de la réglementation (1861-1888)

La réorganisation de l'exercice de la médecine passe par trois textes réglementaires ou législatifs principaux :

- le règlement sur la médecine civile de du 7 Rabī‘ al-awwal 1278 AH / 11 octobre 1861 AD[291] ;
- le règlement sur la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, du 27 Ša‘bān 1286 AH / 2 décembre 1869 AD[292], qui complète le premier en officialisant l'organe de contrôle de la pratique médicale ;
- la loi sur les médecins et pharmaciens civils du 5 Ša‘bān 1305 AH / 16 avril 1888 AD, qui concerne non les médecins et pharmaciens en général, mais les fonctionnaires locaux parmi eux[293].

A ces trois textes principaux, il convient d'ajouter d'autres dispositions réglementaires connexes, textes dont la portée n'est pas systématique :

- le règlement sur l'administration municipale médicale du 12 Jumadā al-awwal 1287 AH / 1er janvier 1871[294], qui touche à une institution municipale en gestation, empreinte de volontarisme ;
- le règlement sur les cliniques de spécialistes, du 7 mai 1885[295], qui touche à l'ensemble des structures hospitalières privées,

et des textes relatifs aux professions auxiliaires de la médecine :

291 « Règlement sur l'exercice de la médecine civile » du 7 Rabī‘ al-Awwal 1278 AH / 11/10/1861 AD, in G. Young, *Op. cit.*, vol. III, pp. 196-198. Cf Annexe B.
292 *Ibid.*, pp. 194-196. Cf Annexe B.
293 *Ibid.*, pp. 203-205. Cf Annexe B.
294 *Ibid.*, pp. 205-207. Cf Annexe B.
295 *Ibid.*, p. 208. Cf Annexe B.

- le règlement sur l'exercice de la pharmacie civile du 7 Jumadā al-ṯānī 1279 AH / 29 novembre 1862 AD[296], en complément presque immédiat du règlement de 1861 ;
- le règlement sur les droguistes et celui sur les *'aṭṭār*-s, publiés tous les deux le 22 Rajab 1302 AH / 7 mai 1885 AD[297] ; tous deux servent à délimiter les métiers de la médecine, en les dissociant de professions voisines.

La Direction du Conseil des affaires médicales civiles publie en outre une myriade de règlements et de directives, de même que les institutions provinciales et locales.

En lui-même, cet effort réglementaire est une cote mal taillée. Cependant, c'est non la force, mais la faiblesse du droit qui nous intéresse, et qui laisse exister, sous le joug de la loi ou hors d'elle, un éventail de métiers et de praticiens de la médecine. La loi ne peut être prise à la lettre, mais la comparer à son application accentue l'impression qui se dégage de l'incapacité de l'Etat ottoman à affirmer son autorité. Le risque est alors d'être dupe de la vision des rivaux de l'Etat, et notamment du point de vue des diplomates étrangers, pour qui l'Empire est, selon la nécessité du moment, ou tyrannique, ou impotent. Pour faire droit au processus de codification que suggère l'enchaînement de ces règlements, il faut nous efforcer de resituer ces mesures et leur application dans des orientations générales de l'action politique impériale, du Tanzimat aux Jeunes-Turcs.

A ce titre, les efforts pour maintenir la souveraineté ottomane ont deux volets, l'un intérieur, le contrôle professionnel, et l'autre, d'activité diplomatique contre les ingérences européennes. Notre attention va se porter dans un premier temps sur ce que l'Etat ottoman projette, à travers cet effort normatif, sur ses relations avec ses sujets.

A – Une organisation centraliste

L'ensemble du dispositif réglementaire relatif à l'exercice de la médecine est fortement centralisé. La formation et le contrôle de la pratique le montrent clairement.

296 *Ibid.*, pp. 199-203. Cf Annexe B.
297 *Ibid.*, pp. 209-210. Cf Annexe B.

1 – Les conditions d'exercice de la médecine : le règlement sur la médecine civile de 1861

a – Les dispositions réglementaires

Du point de vue de la formation, le règlement de 1861 prévoit un ensemble de dispositions qui concourent à canaliser les étudiants vers Istanbul. Une condition de l'exercice est la formation universitaire, sanctionnée par un diplôme de l'EIM ou d'« une des facultés étrangères » (art. 1). A la date de 1861, l'expression de faculté étrangère ne peut recéler d'autre ambiguïté qu'entre les médecins formés dans les facultés occidentales et les Syriens diplômés de l'Ecole de médecine d'Egypte. Le diplôme, étudié au chapitre précédent, ne donne pas en lui-même le droit d'exercer dans les régions où le Sultan est pleinement souverain, mais seulement en Egypte, où l'autorité de ce dernier est nominale. A partir de la fondation de la faculté de médecine du Syrian Protestant College (SPC), en revanche, l'expression devient ambiguë : le caractère étranger des facultés de médecine de Beyrouth, obscurci par les subtilités du système des capitulations, tient-il à leur localisation territoriale, ou à la nationalité de leurs fondateurs ? Le consul de France à Beyrouth note en août 1884, moins d'un an après l'ouverture de la Faculté française de médecine (FFM) que tiennent les jésuites en ville au sein de leur Université Saint-Joseph (USJ), que la prudence est de mise « en un moment où les Turcs semblent décidés à revendiquer hautement le plein exercice de leur souveraineté, en dépit des Capitulations et des traités »[298]. Du point de vue du gouvernement ottoman, le SPC et la FFM échappent au régime capitulaire, tandis que les diplomates des puissances occidentales préfèrent éviter de forcer une réponse à la question, de peur qu'elle ne soit défavorable à leurs intérêts. Cette alternative est au cœur des conflits autour des diplômes de ces facultés, sur lesquels nous allons revenir plus loin.

Le diplôme est la condition qui autorise son détenteur à « prendre le titre de docteur en médecine ou en chirurgie » (art. 2). Cette disposition semble constituer une redite par rapport à l'article précédent, dans la mesure où il n'est question que du titre, dont l'usage est principalement destiné à servir d'enseigne pour qui veut pratiquer la médecine. Elle indique notamment que la tentation devait exister, pour les praticiens non diplômés, de se dire docteur, et rend cette fraude passible de sanctions ; mais son effet va plus loin. La validation

298 MAE, Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 200, de Patrimonio, Consul Général de France à Beyrouth, à Jules Ferry, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 13/08/1884.

étatique du droit d'exercer la médecine devient un élément déterminant de l'autorité médicale des diplômés, car elle oblitère les autres titres, les formes anciennes de l'autorité dans ce domaine. Ceux qui disposent d'une *ijāzah* ou d'une attestation quelconque de leur compétence ne peuvent s'en prévaloir sur un pied d'égalité avec les diplômés de l'université, et ne sont pas en mesure d'établir une équivalence, par le titre, entre leurs titres antérieurs et la formation universitaire. Les difficultés rencontrées par le SPC et la FFM manifestent une troisième conséquence de cette mesure. Leurs efforts pour décerner des diplômes de docteurs sont d'avance invalidés par cet article, aussi longtemps que l'Empire ottoman ne les reconnaît pas comme facultés à part entière.

Le contrôle de l'application des normes d'exercice de la médecine est lui aussi centralisé : le passage par l'EIM devient obligatoire au début de la carrière de médecin. En investissant cette institution du contrôle, l'Etat entérine une autorité autonome, celle de cette école de médecine, mais cette autorité s'étend à la profession médicale en général. Le règlement de 1861, comme les textes ultérieurs, obéit à l'idée que la médecine est un ordre spécifique de savoirs et de décision. Les médecins diplômés, en tant que groupe social, et l'EIM se constituent ainsi leur pré carré.

Le passage par Istanbul est impératif : le même règlement impose aux diplômés des facultés étrangères, arrivant sur le sol ottoman à compter de la publication du règlement, de faire valider leur passeport par l'autorité consulaire dont ils relèvent avant de faire enregistrer leur diplôme à l'EIM (art. 3, 1°), et de subir un *colloquium*, entretien au contenu variable, devant les professeurs de ladite Faculté avant de se faire délivrer un permis d'exercer contre une somme de 500 piastres (art. 3, 2°). Quant aux médecins, ottomans ou étrangers, installés dans le pays avant 1861, il leur revient de faire enregistrer leur diplôme, soit directement à l'EIM pour les habitants d'Istanbul (art. 4), soit par l'intermédiaire du gouverneur général de leur province de résidence pour les autres (art. 5). Tous les nouveaux arrivants dans le monde médical ottoman à compter de 1861 sont ainsi théoriquement astreints à passer à un moment donné par l'EIM. Le règlement prévoit des sanctions pécuniaires, voire l'emprisonnement en cas de récidive, pour ceux qui ne respectent pas ces dispositions (art. 12 à 14). Pendant près de trente ans, cependant, l'article concernant l'enregistrement du diplôme et le *colloquium* pour les médecins étrangers reste lettre morte.

A court et à moyen terme, l'essentiel du règlement réside dans les dispositions temporaires. Celles-ci dessinent un paysage médical encore très contrasté, éloigné de la norme que ce texte projette comme un but à atteindre, sans horizon de temps. Plusieurs catégories de praticiens sont autorisées à exercer la médecine à titre provisoire. Il leur est en particulier

interdit de pratiquer la grande chirurgie (art. 10). La liste comporte les officiers de santés munis d'un titre de la FIM (art. 9, 1°), les détenteurs d'un permis délivré par un ancien médecin en chef (*hekimbaşı*[299]) ou directeur de l'EIM (art. 9, 2°), et les médecins et chirurgiens employés par l'EIM dans les hôpitaux et les provinces (art. 9, 3°). Les détenteurs d'un permis pour pratiquer la petite chirurgie et les anciens employés comme chirurgiens dans l'armée ottomane sont également autorisés à pratiquer la petite chirurgie, à la condition de se présenter à l'EIM pour se faire de nouveau enregistrer (art. 11).

Si l'on cherche à mettre de l'ordre dans cette énumération, il faut d'abord faire une place à part à la grande chirurgie, qui nécessite un environnement médicalisé : elle est désormais l'apanage des médecins diplômés. Ensuite, il semble qu'on puisse distinguer plusieurs catégories en fonction du mode de reconnaissance de la compétence par l'EIM. Les officiers de santé – traduction empruntée aux grades de la médecine en France – ont subi un examen à l'EIM, et constituent un rang inférieur à celui de docteur en médecine. Les permis décernés par les hauts responsables semblent concerner des personnes en contact avec ces derniers, et il est possible qu'il concerne surtout des praticiens actifs à Istanbul même, dont le savoir-faire a été reconnu sans qu'il leur soit nécessaire de subir une instruction médicale en règle à l'EIM. La troisième catégorie est celle des médecins ou chirurgiens ayant, ès qualités, occupé un emploi dans une institution médicale dépendant de l'EIM, soit d'abord et avant tout les postes dans les hôpitaux civils du gouvernement et leurs équivalents militaires, à Istanbul et en province. Ces dernières fonctions n'apparaissent donc pas réservées aux diplômés de l'EIM avant 1861.

Les praticiens relevant des trois catégories décrites à l'article 9 ont en commun d'avoir été approuvés et enregistrés par l'EIM. Ce n'est pas le cas des praticiens de la petite chirurgie, un art traditionnellement pratiqué par les barbiers. Pour ces derniers, il y a bien eu enregistrement (l'article 11 stipule qu'ils doivent être « inscrit[s] de nouveau »), mais non pas directement auprès de l'EIM : « l'autorité compétente » semble désigner l'administration locale. Plus étonnant est de trouver sous ce même article des personnes « qui aurai[en]t été employé[s] en qualité de chirurgien dans l'armée ottomane » ; la phrase fait sens si l'on suppose que l'article 11 traite exclusivement de « tout individu qui exerce une des branches de la petite chirurgie ». L'armée ottomane a dû faire appel à des praticiens de ce genre, en particulier en temps de guerre, qui n'avaient pas une formation complète. A côté des

299 Il s'agit de « la plus haute autorité en matière de santé. Médecin du sultan, de sa famille et des fonctionnaires du palais, le *hekimbaşı* était chargé aussi de la politique sanitaire : les nomination ou les destitutions des médecins dans les hôpitaux de l'Empire faisaient partie de ses compétences. » La fonction est amalgamée à celle de directeur de l'EIM, puis supprimée en 1850 : les affaires sanitaires, quarantaine exceptée, restent alors la charge exclusive de l'EIM, plus précisément du Conseil des affaires médicales. (Yıldırım, *Art. cit.*, p. 129.)

chirurgiens réguliers de l'armée, passés par l'Ecole Militaire de médecine (une des deux composantes de l'EIM), ces derniers ont constitué une force d'appoint. Cet article, comme l'ensemble des dispositions temporaires, est dicté par le manque de médecins et de chirurgiens pour pouvoir appliquer pleinement le règlement. Il rappelle qu'il existe des procédures antérieures de contrôle, dont certaines relevaient déjà de l'EIM ; mais la mise à jour de ces procédures passe par un mouvement de centralisation. Les multiples permis mentionnés dans les articles 9, 10 et 11 rendent compte d'une hiérarchisation des modes de reconnaissance et des compétences, et de la variété des situations, en particulier entre les provinces et la capitale.

b – Une application progressive et différenciée

L'application du contrôle administratif des médecins ottomans suit une périodisation variable selon le contexte local. (Nous laissons ici de côté la question des médecins étrangers, puisque le règlement de 1861 prévoit pour eux une procédure spécifique d'enregistrement et de contrôle.) A Damas, on l'a vu, une volonté de réserver la pratique de l'art médical aux seuls diplômés est sensible dès les années 1840. Gardons-nous d'en tirer des généralisations hâtives : Beyrouth, qui, d'après Nada Sehnaoui, voit « une infrastructure de médecine moderne » se mettre en place en moins de cinquante ans à partir des années 1850[300], possède une population de professionnels de la santé qui ne sont pas toujours prêts à se soumettre à la lettre de la loi, comme nous le verrons.

A Rāšayā, dans le *sanjak* de Saïda, l'administration ottomane intervient dans les années 1880 contre des cas d'exercice illégal, c'est-à-dire sans diplôme, de la médecine. En 1885, Mūsā Andrawus, qui y pratique, se voit condamné pour n'avoir ni le diplôme, ni les connaissances requises. La décision de lui interdire l'exercice de la médecine est motivée par une plainte, après qu'il a soigné à mauvais escient le secrétaire local de l'administration de l'impôt foncier, le *werko*, au moyen de 60 sangsues [*'alq*]. Il en est résulté de la fièvre pour le patient, alors que, vérification faite par le tribunal du *qāḍā'*, le traitement était contre-indiqué[301]. La décision est présentée dans la presse officielle de la province de Syrie comme ayant valeur d'exemple, et de fait, entre 1885 et 1888, l'Etat ottoman réglemente la médecine, et s'efforce de faire appliquer les dispositions adoptées en 1861 par ses propres sujets. Le mode d'opération du contrôle, par voie judiciaire, reste en vigueur et place l'administration en

300 Sehnaoui, *Op. cit.*, p. 51.
301 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1065, 5 Ramaḍān 1303 AH / 18 juin 1885 AD, p. 2.

position de réagir, non d'agir, au nom de la loi. En ce sens, l'autonomie de la médecine prévue par le règlement de 1869 reste un idéal.

L'Etat exerce alors son autorité en tant que juge, mais l'application réactive de la loi est un pis-aller par rapport à un pouvoir qui pourrait diligenter des enquêtes, prendre l'initiative d'inspections et, en définitive, imposer son ordre, non par l'exemple, mais par la dissuasion résultant d'un quadrillage de type policier. Un tel travail de police médicale n'est possible que si l'administration médicale a suffisamment essaimé, et avec assez d'effectifs, pour pouvoir intervenir. Ce n'est pas un processus immédiat.

La police médicale suppose également que les autorités administratives locales prennent des décisions pour appuyer le travail des inspecteurs médicaux, dont l'autorité n'est pas exécutive. Il est peut-être ironique que le plaignant de cette affaire soit un fonctionnaire, mais cela traduit quelque chose que l'exemplarité affirmée de la condamnation vise à cacher, à savoir que le choix des recours thérapeutiques ne dépend pas d'une décision légale ou d'un titre.

En 1909, à Ramallah, bourg auquel une forte présence missionnaire a imprimé un tropisme en direction de l'Occident, doté d'une municipalité et de divers services collectifs, mais situé au bas de la hiérarchie ottomane des collectivités territoriales, le contrôle de l'exercice de la médecine prend la forme d'un contrôle administratif qui déclenche l'intervention des pouvoirs publics. L'inspecteur sanitaire de la *mutaṣarrifiyyah** autonome de Jérusalem signale alors au *mutaṣarrif**, son supérieur, que les religieuses françaises de la congrégation de Saint-Joseph de l'Apparition y tiennent un dispensaire. Ce dernier proteste alors auprès du Consul Général de France à Jérusalem, dont les Sœurs de Saint-Joseph sont les protégées par droit capitulaire, de ce qu'elles

> « pratiquent la médecine et donnent des médicaments sans diplôme de leur propre volonté ; comme cela intéresse la santé et la vie publique, cette façon de faire n'est pas permis [*sic*], et il est nécessaire de les empêcher de pratiquer cet art[302]. »

Les Sœurs ont visiblement reçu des avertissements, et « leur propre volonté » peut se lire comme le signe d'une réelle obstination. Dans ce cas, du reste, l'intervention du *mutaṣarrif* vient de ce qu'elles pratiquent sans le moindre titre, et donc sans garantie académique de leur compétence, ce qui explique que la menace de fermer le dispensaire soit faite au nom de « la santé et la vie publique ». L'idée de vie publique recouvre sans doute la crainte des fonctionnaires ottomans de voir les missionnaires réussir à convertir des musulmans au

302 MAE Nantes, Jérusalem, A, 94, n° 322, note du *mutaṣarrif* de Jérusalem à Gueyraud, Consul Général de France à Jérusalem, de Jérusalem, 25/08/1909.

christianisme[303], ce qui, dans l'espace que nous étudions, n'arrive à notre connaissance que fort rarement ; mais ces questions ne sont jamais transparentes, et indépendamment des résultats, la propagande religieuse chrétienne suscite l'agitation de la population locale. Cela étant dit, la santé est ici invoquée comme justification avant la « vie publique ». Il est plausible que les motivations eussent été différentes en cas d'intervention contre un médecin diplômé qui n'aurait pas eu entre les mains le permis d'exercer de l'EIM : tout au long de la période, les représentations consulaires françaises dissuadent leurs ressortissants résidant dans le voisinage de Jérusalem d'obtenir le Diplôme d'Etat ottoman (DEO) qui habilite à exercer ; ce refus cause des tensions à répétition avec l'administration. Les Sœurs de St Joseph de l'Apparition possèdent écoles, dispensaires et hôpitaux en différents points du Proche-Orient à cette époque, et surtout en Palestine, à Jérusalem, Jaffa, Nazareth, Naplouse notamment. Hors des hôpitaux, leur vocation à soigner les malades prend souvent une tournure informelle. Nous n'avons pas trouvé le fin mot de l'histoire dans les archives ; mais le consulat est dans une position délicate pour défendre les Soeurs, sauf à montrer qu'elles obéissent à l'autorité d'un médecin, et se limitent à des gestes médicaux simples.

Une histoire similaire, survenue une dizaine d'années plus tôt, permet d'illustrer ce dernier point. Les Sœurs de St Joseph de l'Apparition, qui se sont installés à Nazareth en 1887 et ont commencé par y ouvrir un dispensaire, puis une école, un asile et un hôpital[304], sont l'objet en 1898 d'une intervention des pouvoirs publics ottomans pour exercice illégal de la médecine. Le gouverneur de Beyrouth a transmis au consulat de France à Beyrouth une plainte visiblement assez sommaire contre une Française nommée « Thérèse ». Après avoir mené sa propre enquête, le vice-consul de France à Haïfa reconstitue l'affaire comme une manœuvre contre la supérieure des Sœurs de Saint-Joseph à Nazareth, qui se prénomme Thérèse à l'état civil, mais est connue des autorités consulaires comme Sœur Marguerite-Marie, son nom en religion. A travers elle, c'est le travail du dispensaire et de l'hôpital des Sœurs qui est l'objet de poursuites.

La défense que propose le vice-consul est fondée sur l'idée que cette œuvre ne relève pas de la médecine, mais seulement des soins donnés sous supervision médicale : pansements, administration de médicaments sur prescription du médecin de l'hôpital allemand des Frères de Saint Jean de Dieu, qui passe quotidiennement. L'Etat ottoman s'efforce dans ces mêmes années d'encadrer légalement les professions auxiliaires de la médecine comme celle

303 Dans d'autres pays du monde arabe, il semble que les missionnaires aient connu davantage de succès. Cf Jerzy Zdanowski, « 'Saving sinners, even Moslems'. The Arabian mission in the Arabian Gulf », in Mercedes Garcia-Arenal, *Conversion islamiques. Identités religieuses et nislam méditerranéen*, Paris, Maisonneuve et Larose, 2001, pp. 301-309.

304 MAE Nantes, Beyrouth, A, 264, de Sœur Séraphine, supérieure des Sœurs de St Joseph de l'Apparition à Nazareth, à Gueyraud, de Nazareth, 08/02/1907.

d'infirmière, mais c'est une perspective encore lointaine, et les Sœurs de St Joseph, comme d'autres congrégations, continuent à effectuer des tâches d'infirmières au Proche-Orient au-delà la Première guerre mondiale.

Au reste, celles de Nazareth ont le sentiment d'être dans leur droit, car leurs installations et leur travail sont inspectés tous les mois par le médecin de la municipalité. Le vice-consul dénonce la plainte comme une forme de chantage sur les religieuses au moyen d'une stratégie de déception, de la part des instigateurs de la plainte, en direction des fonctionnaires ottomans locaux. D'après ses informations, les instigateurs de la procédure sont la famille ʻAwaḍ, qui possède un terrain adjacent au dispensaire, souhaite le vendre aux Sœurs à un prix exorbitant, et devant le refus de ces dernières, multiplie les vétilles et les litiges[305]. De fait, plusieurs conflits successifs opposent alors les ʻAwaḍ aux religieuses. Les Sœurs de St Joseph possèdent alors un hôpital trop exigu, réservé aux femmes, peu fonctionnel, et qui se trouve depuis quelques semaines en concurrence avec un autre hôpital catholique français, tenu par les Filles de la Charité[306], en sus de la rivalité avec l'hôpital dirigé par une société missionnaire protestante écossaise. L'inconfort de l'hôpital existant, dont les locaux se confondent avec les locaux de l'école, pousse les Sœurs de St Joseph à chercher un terrain à bâtir depuis plusieurs années. La compétition accrue sur le plan de la philanthropie médicale, dans une ville où la présence missionnaire a attiré un nombre disproportionné d'institutions caritatives, motive les religieuses à bâtir un véritable hôpital au plus vite. Pensant qu'elles cherchent à créer un complexe de bâtiments autour de leurs installations existantes, les ʻAwaḍ ont visiblement tenté de profiter de la situation pour leur forcer la main et les pousser à acheter ; sans grand succès d'ailleurs, puisque les Sœurs achètent finalement en 1900 une parcelle à l'écart, à 2 km de l'agglomération[307].

Ce cas montre à la fois la difficulté, pour l'administration, de contrôler l'exercice de la médecine en l'absence de personnel d'inspection suffisant, et l'instrumentalisation des questions juridiques autour de la pratique médicale. En utilisant la distance géographique entre l'autorité étatique et le lieu de la plainte et une subtilité sur l'usage du nom d'une religieuse, les plaignants ont pu provoquer l'intervention du *wālī*, et une navette entre les instances consulaires françaises qui, le temps des échanges de courrier, permet de maintenir une pression sur les religieuses. Ce n'est pas faute, pourtant, de personnel habilité à enquêter pour le compte de l'administration ottomane, en la personne du médecin municipal : on en

305 MAE Nantes, Beyrouth, A, 295, du vice-consul de France à Haïfa à Souhart, Ministre plénipotentiaire gérant le Consulat Général de France à Beyrouth, de Haïfa, 15/03/1898.

306 MAE Nantes, Jérusalem, E, 32, de Blanchon, gérant du Consulat Général de France à Jérusalem, à Souhart, de Jérusalem, 03/02/1898.

307 MAE Nantes, Beyrouth, A, 264, de Sœur Séraphine, à Gueyraud, de Nazareth, 08/02/1907.

conclut que la plainte a été transmise au consulat de Beyrouth de façon purement procédurale. La motivation de la plainte n'est pas d'ordre professionnel et apparaît directement liée à une situation d'urgence pour les religieuses, qui devrait susciter un effet d'aubaine sur le marché foncier local. Si l'on rapproche cette histoire de la plainte contre les Sœurs de St Joseph de Ramallah, on est fondé à se demander si, dans ce dernier cas, il n'y a pas à nouveau téléguidage de la procédure : le bourg compte en particulier au moins une autre mission médicale, le dispensaire de la CMS[308]. L'exercice de la médecine pourrait alors servir de terrain à une compétition diplomatique entre Français et Britanniques, et religieuse entre catholiques et protestants. En tout état de cause, il ne constitue pas un enjeu circonscrit aux professions de santé, et les recours judiciaires en la matière servent des fins diverses.

Ces différents exemples ne sauraient induire une périodisation bien définie. En revanche, l'usage des termes du règlement de 1861 pour lancer des procédures dont l'objectif réel n'est pas d'ordre professionnel montre que, vers le tournant du siècle, les dispositions de ce texte légal sont connues et utilisables au-delà des limites du monde médical, diplômé ou non. Au fond, ces cas successifs mettent surtout en lumière l'existence d'un pluralisme médical, et les possibilités de conflictualités ou de déplacement des conflictualités que recèle l'adoption d'une législation à caractère systématique sur l'exercice de la médecine. Nous pouvons cependant donner un signe patent de la volonté administrative d'imposer l'application des règlements sur la médecine : c'est l'effort fait pour mettre fin aux dispositions provisoires du règlement de 1861, en prélude à la redistribution territoriale de l'administration médicale et à l'application des articles de ce texte relatifs aux médecins étrangers.

c – La remise en cause des dispositions provisoires

Signe de la difficulté de faire appliquer le règlement et de mettre en place un système centralisé d'administration médicale, l'ensemble des dispositions provisoires reste valide au bilād al-Šām pendant une période assez longue. Ainsi, à peu près dans le même temps que Mūsā Andrawus se voit interdire l'exercice de la médecine à Rāšayā, l'administration centrale s'efforce de mettre fin à ces dispositions à Damas et Beyrouth. Par décret n° 63 du 07 Dū'l-Qa'dah 1303 AH / 07 août 1886 AD, le Ministère de l'Intérieur laisse jusqu'au 13 mars 1887 aux personnes exerçant la médecine ou la pharmacie dans les provinces, pour se rendre à

308 CMS G 3 P/O 1907/118, du Dr S. Gould à Mrs Low, de Jérusalem, 22/04/1907.

Istanbul et y passer les examens de doctorat ; faute de quoi, leur pratique deviendrait illégale et ils seraient contraints de suivre l'ensemble du cursus de formation et des examens de l'EIM pour obtenir le diplôme[309]. Avant même l'échéance de ce délai, le journal officiel de la province de Syrie[310], *Wilāyat Sūriyah*, annonce qu'une commission provinciale a été mise en place pour veiller à l'application du décret susmentionné et des règlements sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie[311].

Les examens subis à Istanbul débouchent sur des reclassements : ainsi des praticiens qui exerçaient jusque là comme chirurgiens se voient reconnaître le grade inférieur de *ṯīmārjī*, assistant-chirurgien, mais sont en définitive autorisés à pratiquer la médecine comme auparavant[312] . Dans le même temps, une commission médicale instituée à Damas s'efforce de valoriser les résultats du décret, en publiant le nom des médecins de la ville ayant en main le permis d'exercice de l'EIM[313]. Les disparités d'application du décret entre villes ont toutefois été importantes, d'après *Wilāyat Sūriyah*, puisque très peu de praticiens beyrouthins ont fait le voyage à Istanbul, alors que la majorité de ceux de Damas l'ont effectué[314]. Cette différence est d'autant moins anodine que l'image de Beyrouth est celle d'une ville d'avant-garde au Proche-Orient, européanisée et très préoccupée d'hygiène. Le refus des praticiens de la ville de faire valider leurs compétences est, à ce double titre, contre-intuitif.

Deux hypothèses nous semblent plausibles. La première est que, quelques mois seulement avant la scission entre les *sanjak*-s côtiers et l'intérieur de la province de Damas et la formation d'une nouvelle province de Beyrouth sur les bords de la Méditerranée, l'ordre de se soumettre à un contrôle centralisé a pu susciter le rejet dans la mesure où il était relayé par la capitale provinciale dont les beyrouthins rêvaient depuis des décennies de s'émanciper[315]. La seconde hypothèse n'est pas exclusive de la première, mais elle suppose de prêter une certaine fausse ingénuité aux rédacteurs de *Wilāyat Sūriyah*. Nous verrons bientôt les difficultés rencontrées par les facultés étrangères de Beyrouth à obtenir la reconnaissance de leurs diplômes par l'EIM, et les difficultés faites à leurs anciens élèves venus à Istanbul passer les examens pour obtenir un permis d'exercice. Il est probable que l'ordre intimé aux médecins de venir dans la capitale faire régulariser leur situation ne changeait rien à la situation des

309 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1077, 25 Dī'l-Ḥijah 1303 AH / 24 septembre 1886, p. 2.
310 Laquelle englobe, jusqu'en 1887, l'essentiel du bilād al-Šām, à l'exception de la région d'Alep au nord, de la montagne libanaise et de la région de Jérusalem au sud. A partir de 1887, les régions côtières de Lattaquieh, Tripoli, Saïda, Acre et Naplouse et la ville de Beyrouth en sont détâchées pour former la province de Beyrouth. Sur les négociations qui ont conduit à cette refonte administrative, cf Hanssen, *Op. cit.*, pp. 25-54. Cf aussi les cartes insérées dans le chapitre 6.
311 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1096, 10 Jumadā al-Ūlā 1304 AH / 04 février 1887, p. 2.
312 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1077, 25 Dī'l-Ḥijah 1303 AH / 24 septembre 1886, p. 2.
313 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1099, 9 Jumadā al-Aḫīr 1304 AH / 05 mars 1887, p. 2.
314 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1138, 23 Rabī' al-awwal 1305 AH / 09 décembre 1887, p. 2.
315 Hanssen, *Op. cit.*, pp. 40-52.

diplômés beyrouthins, et qu'ils n'ont pas fait un déplacement qui risquait d'être coûteux et incertain quant aux résultats, alors qu'ils pratiquaient souvent la médecine dans les environs de Beyrouth avec la tolérance des autorités locales, et n'avaient peut-être guère à gagner à faire le voyage. Ce seul fait diminuerait notablement le nombre des praticiens susceptibles d'obéir au décret ; mais il est même possible que les autres médecins de la ville n'aient pas été motivés à gagner Istanbul en voyant les élèves des facultés s'y soustraire. Quoi qu'il en soit, la désobéi0ssance des médecins beyrouthins n'indique pas un rejet de la mesure pour elle-même, mais de son caractère bureaucratique au détriment d'une ville en train de s'affirmer régionalement.

Avec ou sans la coopération de la société civile locale, les structures de contrôle de l'exercice de la médecine se mettent en place entre le décret de 1886 et la loi de 1888 sur l'Administration médicale civile. La sortie progressive des dispositions transitoires du règlement de 1861 doit permettre à l'Etat ottoman d'être plus ferme sur la question du diplôme vis-à-vis des facultés de Beyrouth, et de mettre en place à partir de 1888 le *colloquium* prévu par le règlement sur l'exercice de la médecine civile 27 ans plus tôt. Le fait significatif dans ce processus est l'existence d'une commission médicale à Damas, dont la compétence s'applique à toute la province de Syrie, puisqu'elle récolte les informations tant sur Damas que sur Beyrouth. Le recensement des médecins de Damas est un indice que cette institution vient de se mettre en place, et d'entreprendre l'application des textes réglementant la médecine. C'est en créant une autorité professionnelle provinciale que l'autorité étatique ottomane investit l'institution centrale de contrôle, la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, de l'autorité correspondant à ses prérogatives théoriques. Néanmoins, comme le cas des Sœurs de St Joseph le montre à Nazareth, cette autorité est inégalement efficace d'une localité à une autre, et reste tributaire de l'action de la puissance administrative locale.

Après mars 1887 et la fin des dispositions provisoires du règlement de 1861, des personnes autorisées, conformément à son article 11, continuent à exercer exclusivement la petite chirurgie[316] ou même seulement certains gestes de celle-ci, mais aucun titre semblable nouveau n'est délivré et, à terme, il ne doit plus rester en activité que des médecins diplômés ayant suivi un cursus universitaire complet.

316 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1099, 9 Jumadā al-Aẖīr 1304 AH / 05 mars 1887, p. 2.

2 – Les prérogatives de l'institution de contrôle : le règlement sur la Direction du Conseil des affaires médicales civiles de 1869

a – Genèse et composition de l'institution

En faisant état d'une variété de permis antérieurs, le règlement de 1861 montrait qu'une autorité de contrôle de l'exercice de la médecine existait déjà avant que ce texte ne soit promulgué. La Direction de l'EIM, constituée en Direction du Conseil des affaires médicales civiles par le règlement de 1869 (art. 1) exerçait déjà cette activité, depuis 1840, sous l'égide de la Commission médicale (*Meclis-i Tıbbıyye*)[317]. Avec la suppression du poste de médecin-chef (*hekimbaşı*) par firman du 16 avril 1850[318], les responsabilités médicales et sanitaires qui relevaient de ce poste, et qui avaient déjà été rattachées à l'EIM lorsque le poste de médecin-chef s'était confondu avec la direction de cette école, reviennent exclusivement au directeur de l'école et à la Commission médicale. Une spécialisation s'opère ainsi, qui détache les Affaires médicales civiles de l'entourage du Sultan, auquel appartient le médecin-chef, et qui les attribue à une institution distincte, qui se trouve être aussi la seule instance de formation diplômante dans les territoires sous contrôle ottoman effectif. Comme en France, qui constitue du reste un modèle pour l'EIM jusque dans les années 1880-1890[319], l'autorité médicale et la Faculté se confondent.

Ce texte vient entériner une institution préexistante, mais il lui donne une pertinence nouvelle en en faisant un organe initiateur de l'action publique, aux attributions étendues. La Commission médicale, instance dirigeante de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles (art. 2), se compose d'un président, d'un secrétaire général et de huit autres membres, dont six médecins et deux pharmaciens (art. 3). Deux autres aspects du règlement nous intéressent : son insertion dans l'administration ottomane, en ce qu'elle nous révèle de la forme que prend le contrôle de l'exercice de la médecine et de la place de l'institution de contrôle dans l'architecture de l'Etat ; et les attributions de la Commission médicale, qui touchent à la définition même de l'exercice légal de la médecine.

317 Yıldırım, *Art. cit.*, p. 128.
318 *Ibid.*, p. 129.
319 *Ibid.*, p. 132.

b – Rôle et prérogatives de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles

La Direction du Conseil des affaires médicales civiles s'inscrit dans une chaîne d'autorité équivoque. Au-dessus d'elle, la tutelle administrative est surdéterminée, partagée entre deux ministères. En dessous d'elle, en revanche, les instances chargées de l'exécution et du relais de l'information sont laissées indéterminées.

Elle relève formellement du Ministère de la Guerre dans la mesure où son directeur est rattaché à l'EIM comme école militaire ; mais en pratique elle dépend du Ministère de l'Intérieur pour ses attributions spécifiques – les affaires médicales civiles (art. 6). Ses travaux intéressent également le Ministère de la Justice, qui peut requérir d'elle une expertise médico-légale (art. 9, 5°). La multiplicité des administrations de tutelle est probablement moins problématique qu'il n'y paraît, dans la mesure où ce règlement fonde l'autorité de la Direction sur le principe de l'autonomie de compétence propre au corps médical.

Sa capacité d'initier des actions et son mode de supervision sont beaucoup plus flous : elle draine les rapports des « médecins des pays contaminés » – dont le statut est pour lors laissé dans le vague – lorsque surviennent des cas de maladies contagieuses et en retour, envoie des instructions « à qui de droit » (art. 11). Le même flottement se retrouve quant à l'organisation provinciale et locale de l'Administration médicale civile. En principe, le Conseil a la charge de réglementer et surveiller l'exercice de la médecine dans les provinces, et de contrôler encore « les médecins des villes et des communes » ; néanmoins, une marge d'incertitude réapparaît rapidement : « en cas de formation de comités d'hygiène et de salubrité publique dans les villes des provinces, [la Commission médicale] les soumet à sa surveillance, rédige des règlements et des instructions à leur usage, et veille à leur exécution » (art. 12).

Cette dernière disposition fait ressortir la raison du flou dans l'application du contrôle à échelle régionale et locale. Le règlement a été adopté entre la loi sur les *wilāyah*-s (provinces) de 1864 et la loi sur les municipalités de 1877 ; l'application de la première est progressive, souvent objet de négociations[320], et dans cette période de transition, le règlement de 1869 ne peut être trop précis. Au reste, les municipalités, qui ont commencé à se constituer dans les années 1860 sur un mode volontariste, sont mentionnées à l'occasion dans les lois et règlements, en particulier sous la forme de leurs attributions (éclairage public, contrôle de l'hygiène des marchés, etc.), mais ne sont pas encore l'objet d'une législation bien définie. La

320 Hanssen, *Op. cit.*, pp. 42-45

loi de 1877 maintient le caractère volontariste de l'institution des municipalités, seule collectivité territoriale régie par un principe de décentralisation, ou plutôt de dévolution des responsabilités. Elle stipule que les membres du conseil municipal doivent être élus localement et de façon autonome. Ce faisant, elle donne du pouvoir aux élites locales, tout en contraignant la population et, en dernier ressort, les notables, à assurer une partie du financement du budget municipal[321]. Elle entérine notamment l'obligation pour les municipalités de payer sur leurs fonds propres les médecins qu'elles seraient amenées à mettre au service du public, comme le précise déjà le règlement de 1871 sur les médecins municipaux. En pratique, cependant, le principe de l'administration municipale est bientôt vidé d'une partie de sa substance, et la loi de 1877, combinée aux lois sur la réorganisation des provinces, ne produit qu'une déconcentration. L'essentiel du pouvoir revient au *wālī*, au *mutaṣarrif** du *liwā'**, au *qā'imaqām** du *qaḍā'**, enfin au *mudīr** et au juge administratif de chaque *nāḥiyyah**. Ce schéma pyramidal de l'autorité étatique est redoublé par les postes adjoints aux responsables de chaque échelon de juridiction territoriale. La loi de 1888 sur les médecins et pharmaciens civils est un indice du temps qu'il a fallu à ce système pour devenir pleinement opérationnel : la Direction du Conseil des affaires médicales civiles peut alors prendre sa place à la tête d'une pyramide territorialisée de médecins-fonctionnaires.

Les domaines d'intervention de la Commission médicale sont mieux définis, et traduisent la priorité donnée à la lutte contre les épidémies et à l'hygiène, à côté des questions d'organisation professionnelle. Aux termes du règlement de 1869, la Commission Médicale est chargée de superviser les questions relatives à l'hygiène (art. 9, 1° et 2°, et art. 13), la prévention et la lutte contre les maladies contagieuses et épidémiques (art. 10 et 11), les médecins affectés dans les circonscriptions administratives et les comités d'hygiène dans les provinces (art. 12), les expertise médico-légales (art. 9, 5°), le contrôle de l'exercice de la médecine et de la pharmacie (art. 9, 3° et 4°, et art. 14). En pratique, l'action de contrôle de l'exercice de la médecine par l'EIM dépend de l'organisation locale d'une instance exécutive, et du bon vouloir des autorités administratives.

Le règlement de 1869 contribue cependant à instituer l'autonomie de la médecine. La Commission médicale possède une compétence judiciaire spécifique pour se constituer en tribunal et juger « au point de vue technique » (art. 9, 4°) les questions relatives à l'exercice de la médecine, telles que la fraude sur les titres ou sur les médicaments, le caractère licite ou intentionnellement nuisible d'un acte médical, etc. Cette disposition a deux implications. La première est que son autorité ne relève pas exclusivement du pouvoir exécutif, mais que la

321 Mohamed Sharaka, *L'Evolution de l'Administration locale en Palestine de 1900 à 1995*, 2 Vol., Th. : sciences politiques : Université de Paris IX – Dauphine, 1996, pp. 35-38.

Direction du Conseil des affaires médicales civiles est, en partie, une institution judiciaire. Ceci la soustrait à l'autorité stricte de ses ministères de tutelle : le règlement contient ici reconnaissance de la compétence spécifique des médecins et des pharmaciens, et donc de la nécessité que les affaires relatives à leurs métiers soient décidées par des autorités émanées de ces professions. Par suite, la Commission médicale est en position de produire, de façon autonome, de la réglementation, publiée ensuite par le Ministère de la Guerre ou par celui de l'Intérieur. Cette disposition double la compétence de la Commission en matière de médecine légale, en créant une juridiction spécifique pour les professions de santé. Tout en autonomisant la médecine vis-à-vis des administrations ministérielles, elle consacre une version centralisée de l'autonomie de la profession médicale ; mais les liens distendus entre l'EIM et ses relais dans les circonscriptions administratives, ou parfois l'absence de ces relais fait transiter tout le matériau de l'autonomie de la Commission médicale – plaintes, décisions de santé publique ou d'hygiène, etc. – par le gouvernement local.

B – La déconcentration de l'activité médicale légitime : le règlement sur l'administration médicale municipale de 1871

Un problème récurrent de l'administration médicale ottomane est que la centralisation limite l'efficacité de la formation et du contrôle en raréfiant les candidats au Diplôme d'Etat ottoman (DEO) dans les régions les plus enclavées de l'Empire. Cette pénurie prend des proportions parfois catastrophiques : en 1877, l'armée impériale est contrainte de recruter des médecins étrangers, en particulier autrichiens, alors que les soldats sont engagés dans une guerre extrêmement meurtrière[322]. Ces circonstances critiques, soulignées à l'occasion par Mavroyéni Paşa, médecin personnel et inspecteur général des hôpitaux de l'Empire, ont contribué à la volonté d'Abdülhamid II de multiplier les médecins diplômés en agrandissant les écoles de médecine[323].

Dans un premier temps, cependant, la multiplication des écoles de médecine et, par elle, la délégation du droit de délivrer des diplômes n'est pas à l'ordre du jour : l'augmentation de la taille de l'EIM et les règlements et lois régissant les postes officiels de médecins en province n'aboutissent pas à une décentralisation, mais une déconcentration de

322 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, Note présentée par Mavroyéni Paşa à Abdül Hamid II, 29/06/1888.
323 Yves Ternon, *Empire ottoman. Le déclin, la chute, l'effacement*, Editions du Félin / Editions Michel de Maule, 2002, p. 209.

l'administration médicale par l'envoi en province d'effectifs médicaux importants. La formation et la reconnaissance du diplôme restent à Istanbul.

Aussi la mise en place de l'administration médicale procède-t-elle à tous les échelons d'une logique centralisée, tant par la nomination que par les attributions des postes créés. Avant 1888, un des traits de cette administration médicale locale est qu'elle n'a pas de cohérence chronologique avec la réorganisation des circonscriptions et collectivités territoriales. La première mesure de déconcentration en matière de médecine se fait à l'échelle des localités, par le règlement de 1871 sur l'administration médicale municipale. Les échelons provinciaux ne sont pas institués avant la loi de 1888. Ce n'est pas à dire qu'il n'y avait rien auparavant – le règlement de 1861 évoque les médecins employés par l'EIM dans les provinces (art. 9, 3°). Il apparaît, dans l'absence de spécification de ces derniers postes, que ces recrutements n'entraient pas dans un cadre institutionnel systématique, et ne répondaient pas à des attributions clairement définies.

1 - L'administration municipale médicale, une institution volontariste

La constitution formelle d'un corps de médecins-fonctionnaires locaux se fait en deux étapes. La première, le règlement de 1871, est incitative, tandis que la seconde, la loi de 1888, prévoit une architecture systématique pour fournir des soins médicaux dans toutes les circonscriptions administratives de l'Empire. La tonalité du premier de ces textes est volontariste (« Il y aura des médecins municipaux soit dans la capitale, soit dans les provinces », art. 1er). Elle reproduit l'injonction faite à l'administration ottomane de faire advenir les institutions et fondements d'un Empire modernisé, qui transparaît dans la révision de la loi sur les *wilāyah*-s postérieure de quelques jours à ce règlement (« Le vali*, agissant conformément aux règlements spéciaux, a pour devoirs directs : l'instruction et l'éducation de la population ; le développement et le progrès du commerce, de l'agriculture et de l'industrie ; […] la création d'hôpitaux »[324]). Les institutions municipales existant avant 1871 ont de manière générale ce caractère volontariste, d'autant qu'elles préexistent à la loi de 1877 sur les municipalités provinciales, dont l'article 5, qui stipule que « l'ingénieur, le médecin et le vétérinaire de la ville sont comptés comme membres-consultants du Conseil municipal », implique que la nomination municipale est un devoir pour la municipalité, plutôt qu'une

324 « Loi sur l'administration des vilayets » du 29 Ša'bān 1287 AH / 21 janvier 1871 AD (art. 11), cité in G. Young, *Op. cit.*, Vol. 1, pp. 47-69.

prérogative[325]. Nous inclinons à penser, sans en avoir trouvé trace, que les municipalités fondées dès les années 1860 employaient un médecin à leur service ; le règlement de 1871 donne une place définie au médecin municipal dans l'administration.

L'article 4 du règlement de 1871 laisse à des règlements ultérieurs le soin de déterminer le mode de nomination des médecins municipaux. C'est à la direction de l'EIM que revient cette responsabilité[326], avec l'aval du Ministère de l'Intérieur[327]. Il apparaît néanmoins que les gouverneurs locaux ont leur mot à dire sur la nomination des médecins affectés dans les circonscriptions administratives. La décision échappe au contrôle de la municipalité elle-même.

La tension entre l'injonction à nommer un médecin municipal et l'obligation d'offrir un tel poste trouve son explication dès l'article 2 du règlement sur l'administration municipale médicale : l'obligation qui est faite aux conseils municipaux de payer leur médecin a un effet dissuasif. Les manquements à cette obligation étaient suffisamment fréquents pour que cette obligation soit rappelée, épisodiquement, par le gouvernement ottoman. Ainsi la revue scientifique et médicale Al-Ṭabīb publie-t-elle en 1901 que

> « D'après un ordre sultanien, transmis au ministère de l'Intérieur et de là aux provinces et aux régions, il faut payer le salaire des médecins des municipalités de façon complète et régulière, et lorsque survient le besoin que l'un d'entre eux parte pour une enquête professionnelle, il doit se voir payer monétairement une indemnité pour le trajet à proportion de la distance parcourue, et être défrayé du coût des médicaments et matériels nécessaires à son observation légale[328], »

ce qui reprend l'article 2 tout en étendant les dispositions de l'article 11 et de l'article 16 du règlement de 1871. Ce dernier texte prévoit en effet un défraiement du médecin en cas d'enquête sur la présence d'une épidémie ou d'une maladie endémique (art. 11) et impose au médecin municipal de procéder aux expertises médicales nécessaires au fonctionnement de la justice (art. 16), sans défrayer, du moins explicitement, ces dernières. L'ordre sultanien de 1901 apparaît comme une généralisation du principe du remboursement des frais engagés par le médecin municipal dans le cadre de ses obligations vis-à-vis de l'autorité locale, mais il montre surtout que certaines municipalités sont à la peine pour payer leurs différents fonctionnaires. La municipalité est un instrument de dévolution budgétaire pour le

325 « Loi sur les municipalités provinciales » du 27 Ramaḍān 1294 AH / 05 octobre 1877 AD (art. 1er), *Ibid.*, pp. 69-84.

326 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, Note, sur une décision présentée par Saïd Paşa, Directeur de la Faculté de Médecine de Constantinople et Moukhtar Bey, greffier, au secrétaire de la Faculté de Médecine de Constantinople, s.d. [1893].

327 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, du gérant du vice-consulat de France à Mossoul à Bompard, Ambassadeur de France à Constantinople, de Mossoul, 10/03/1910 ; et n° 307, traduction de la lettre du Ministre de l'Intérieur ottoman au qā'imaqām d'Erbil, 24/08/1325 (rūmī) / 05/09/1909 AD.

328 « *Aṭibbā' al-baladiyyāt* » [Les médecins de municipalité], in *Al-Ṭabīb*, 01/03/1901, p. 321.

gouvernement ottoman, sans qu'elle réussisse toujours à financer les fonctions qui lui sont échues ; et par contrecoup, les postes de médecins municipaux sont peu, et parfois mal payés. Les emplois officiels de ce type n'en sont pas moins attractifs pour les jeunes diplômés, comme nous le verrons dans le cas des facultés étrangères de Beyrouth.

2 - Des fonctions articulées aux priorités nationales de santé publique

Les prérogatives et obligations du médecin municipal sont multiples, à l'instar de celles de l'Administration médicale civile. Sans doute est-ce le reflet d'une conception polymorphe du champ de la médecine et de la santé publique, qui intègre des idées étiologiques d'obédience hygiéniste et accumule les facteurs réputés pathogènes guettés dans les rues, les intérieurs, la topographie, le sens du vent, les habitudes, etc.[329] On peut néanmoins discerner dans la composition du règlement de 1871 des priorités qui nous informent sur sa finalité. Les obligations primordiales attachées à ce poste tiennent à la prévention des pathologies qui menacent la collectivité, maladies infectieuses, épidémies et endémie. Le médecin municipal est ainsi requis de procéder à la vaccination antivariolique des résidents, sur la base du volontariat (art. 6) ; d'informer au plus vite, si possible par télégraphe, « qui de droit » de toute épidémie frappant la municipalité ; et d'aller sur ordre de l'autorité locale observer les cas de maladies épidémiques ou endémiques enregistrés dans les villages en dehors de la municipalité, avant d'en informer la Direction du Conseil des affaires médicales civiles (art. 10). La lutte de l'Etat ottoman contre les maladies épidémiques ne se résume pas à l'action de l'administration quarantenaire ; elle prend place parmi les missions dévolues à l'institution municipale en formation dans l'Empire. Plus généralement, elle touche aux obligations et au droit d'exercer de tous les médecins travaillant en territoire ottoman : l'article 15 de la loi sur la quarantaine promulguée par l'ordre n° 7 de la Sublime Porte, du 18 juillet 1884, prévoit une suspension du droit d'exercice de la médecine pour une période d'un à trois ans pour tout médecin qui aurait manqué à tenir la Direction du Conseil des affaires médicales civiles informée de la présence d'une épidémie, en sus de la peine de 15 jours à six mois de prison de rigueur pour tout individu convaincu de ce chef d'accusation[330].

329 Jacques Lambert, article « Hygiène », in Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, pp. 604-609 ; George Rosen, *A History of public health*, coll. « MD monographs on medical history », n° 1, New York, MD Publications, 1958, pp. 287-290 & 319-343.

330 *Wilāyat Sūriyah*, n° 975, 07 Dū'l-qa'dah 1301 AH / 29 août 1884, p. 2.

La seconde priorité est liée à la première, de même que la santé publique comme ensemble de techniques et de formes de mobilisation a pu être articulée à la prévention des épidémies du dix-neuvième siècle, le choléra au premier chef. Le médecin municipal est tenu d'enquêter dès son arrivée sur les facteurs pathogènes susceptibles de nourrir les endémies selon la doctrine de la santé publique de l'époque. Ceci inclut « la topographie de sa circonscription », qu'il faut probablement entendre dans un sens élargi pour y inclure les caractéristiques météorologiques et hygrométriques spécifiques du lieu. Il doit également de s'informer des modalités et de l'étiologie des endémies de l'endroit ; et ce, afin de pouvoir « déterminer les mesures d'assainissement ou d'hygiène publique qui lui paraissent les plus rationnelles » (art. 12). Il lui revient alors d'informer la Direction du Conseil des affaires médicales civiles de ses observations, avant neuf mois révolus à compter de son arrivée, puis mois après mois (art. 13).

Ici, comme pour la collecte d'information sur les endémies, le médecin municipal sert de courroie de transmission. Il reçoit les directives de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles celle-ci, peut évoquer à l'intention de cette dernière l'inadéquation prévisible ou localement observable des mesures qu'elle a adoptées, mais est tenu de contribuer à leur application (art. 14). Face aux urgences épidémiques, et souvent à l'absence du télégraphe en dépit de la construction massive de lignes sous Abdülhamid II, le médecin municipal n'a plus d'interlocuteur défini, en revanche. La centralisation de l'administration médicale trouve, sur ce terrain critique, ses limites, et les médecins municipaux travaillent alors principalement avec le gouvernorat du *sanjak* ou éventuellement de la *wilāyah*.

Vis-à-vis du conseil municipal, les prérogatives du médecin municipal sont également limitées : s'il a « qualité » pour « faire des observations » sur les directives de l'Administration médicale civile à appliquer dans la municipalité, cela ne lui confère pas une fonction exécutive en la matière. De fait, d'après l'article 5 de la loi de 1877 sur les municipalités, le médecin municipal est, de droit, « membre-consultant » du conseil municipal mais n'a pas voix délibérative. Son autorité se borne alors à appliquer les directives de l'Administration médicale civile qui sont de son seul ressort, et à les transmettre au conseil municipal lors de ses discussions si elles engagent les décisions de ce dernier. Le médecin municipal n'a pas vocation à initier localement une politique de santé publique, ni à mobiliser ses supérieurs ou le conseil municipal dans ce sens. En fonction de la place, non du médecin municipal, mais des médecins de l'endroit en général dans la prise de décisions d'intérêt collectif, l'hygiène et la santé publique deviennent des critères d'action politique ou bien constituent au contraire un sujet de frustration pour les médecins.

3 – La pénurie de médecins diplômés, facteur de porosité entre les administrations médicales

En deux articles, la fonction principale du médecin municipal, celle de mettre à disposition de tous les résidents ses services médicaux, est évoquée sans détail. Il lui est fait obligation de soigner tous les patients qui réclament ses soins, indépendamment de leurs moyens, chez eux lorsque ceux-ci ne peuvent se déplacer (art. 7). Il peut néanmoins faire payer les visites à domicile auprès des patients plus aisés selon une tarification déterminée par la municipalité, afin de faire correspondre les honoraires au niveau de vie locale (art. 8). Cette dimension représente le gros du travail, et constitue l'enjeu principal de la création de ce type de poste.

Souvent, au reste, il n'y a ni médecin, ni municipalité, et c'est alors en creux que se manifeste l'importance de la fonction de clinique au service des résidents. Devant la pénurie durable de médecins dans certaines régions et l'objectif affirmé de mettre en place un service médical public dans toutes les régions de l'empire, le gouvernement ottoman décide en 1900 de charger les médecins militaires en poste dans les régions dépourvues de médecin municipal de soigner les civils, dans la mesure où cela n'empiète pas sur leur travail auprès de l'armée[331]. Le principe de substitution des médecins militaires aux médecins civils est réaffirmé par une décision gouvernementale de 1905, qui impose aux médecins municipaux de demander un médecin militaire pour assurer leur remplacement au service des résidents en cas de déplacement, et de lui verser une indemnité monétaire en contrepartie[332]. L'idée est donc, dans chaque cas, de superviser la répartition des médecins militaires et des médecins-fonctionnaires civils afin d'éviter la vacance ou l'absence du service médical civil.

Le mouvement conjoint de centralisation des instances de supervision du contrôle médical et de déconcentration du personnel assigné à cette tâche trouve sa mise en forme dans la loi de 1888, mais non son terme. Avant cette date, les relations entre la Direction du Conseil des Affaires médicales civiles, et les instances locales et provinciales, sont mal définies, en raison d'une nomenclature incomplète des postes médicaux provinciaux.

331 « *Al-aṭibbā' al-'askariyyūn* » [Les médecins militaires], in *Al-Ṭabīb*, 01/10/1900, p. 221.
332 « *Aṭibbā' al-baladiyyāt* » [Les médecins de municipalité], in *Al-Ṭabīb*, 01/02/1905, p. 241.

C – Hiérarchie des titres et segmentation des compétences

Ainsi qu'il est apparent avec les chirurgiens rentrés d'Istanbul avec le titre de *ṯīmārjī*, les titres donnant droit à l'exercice de la médecine sont nettement hiérarchisés, en fonction de la formation. L'exercice de la médecine et de la chirurgie est ordonné par compétences et par types de gestes médicaux, avec le médecin diplômé au sommet de la hiérarchie.

Parmi les titres inférieurs, on trouve à la fois des métiers que le gouvernement s'efforce d'encadrer davantage, à l'instar de ce qui se passe pour les médecins, et des permis d'exercices partiels à titre résiduel, destinés à disparaître graduellement. Le processus de réglementation tend également à circonscrire les professions de santé, en interdisant toute dimension de pratique médicale à des métiers matériellement et traditionnellement associés à la médecine et notamment à la confection, la délivrance et l'application de remèdes.

1 – Les sages-femmes

L'Etat ottoman s'efforce d'organiser et, à terme, de réformer l'enseignement du métier de sage-femme, tout en le subordonnant au médecin diplômé : l'article 8 du règlement de 1861, qui prévoit des limites aux moyens autorisés pour ces dernières lors des accouchements, réserve l'usage du forceps, des autres instruments obstétricaux et de tout médicament actif au médecin. L'insertion de cette dernière profession dans le cadre institutionnel de la pratique réformée de la médecine ne suffit pas à légitimer les sages-femmes aux yeux des médecins, du reste, car ce règlement ne prévoit pas d'obligation de diplôme pour elles, même si son article 7 parle des « sages-femmes des facultés étrangères ». L'Etat ottoman requiert un diplôme des sages-femmes venues de l'étranger, mais se réserve de publier un texte normatif sur les sages-femmes ottomanes. La revue scientifique et médicale *Al-Ṭabīb*, dont les rédacteurs sont pour la plupart liés au SPC, proteste à plusieurs reprises contre le manque de contrôle et de formation de cette profession, en janvier 1882[333] et en mai 1900[334] notamment, avant de se féliciter de l'annonce de la création d'une école de sages-femmes en langue arabe à Damas[335]. Il nous est impossible de cerner l'effet des protestations des médecins contre

333 « *Al-Wilādah wa'l-qābilāt* » [L'accouchement et les sages-femmes], in *Al-Ṭabīb*, n° 49, 01/1882, p. 32.
334 « *Al-Mumarriḍāt wa'l-qawābil* » [Les infirmières et les sages-femmes], in *Al-Ṭabīb*, 01/04/1900, pp. 314-315.
335 « *Madrasat al-qawābil fi'l-Šām* » [L'Ecole de sages-femmes de Damas], in *Al-Ṭabīb*, 01/04/1901, p. 351.

« l'ignorance » des sages-femmes, mais le fait est que le gouvernement ottoman resserre l'encadrement du métier au tournant du vingtième siècle, en imposant l'obtention de permis en 1902[336] puis, à partir de 1904, des diplômes (*šahādah*-s)[337] à ces dernières. Les partisans de cette réforme tâtonnent devant sa mise en vigueur, qui rencontre des résistances ; un indice en est l'hésitation autour de l'appellation du nouveau métier de sage-femme. Alors qu'en 1882, *Al-Ṭabīb* reprend la terminologie vernaculaire de *dāyah** et la fait équivaloir au mot plus classique de *qābilah**, le premier de ces deux vocables a disparu de son lexique au tournant du siècle. L'appellation, moins empreinte de quotidienneté et de référence aux savoirs populaires, de *qābilah*, correspond à un discours savant et à la possibilité de réforme du métier par la formation et le diplôme ; or elle connaît un flottement dans l'usage. Son pluriel hésite, ce qui signale la rareté de la désignation formelle de ce métier. Si en 1882, on trouve le terme *qābilāt*, c'est le pluriel irrégulier *qawābil* qui s'impose vers 1900. De fait, *qābilah* reste d'emploi peu fréquent, et cette hésitation morphologique traduit la préférence de la langue de tous les jours, jusqu'à aujourd'hui, pour le mot *dāyah*. L'inertie linguistique n'est pas fortuite : la formalisation du métier de sage-femme, par le biais conjoint de l'école spécialisée et du diplôme, pose une variété de problèmes de culture et de sociabilité, en imposant un arrachement à l'environnement familier pour aller étudier. La mise en pratique de l'obstétrique par les médecins, dans un cadre hospitalier, est encore plus délicate, nous le verrons au chapitre 4[338]. Pas plus que pour les médecins, l'imposition du diplôme ne suscite chez les patients et les parturientes une préférence pour la médecine officielle, y compris après les années 1890, lorsqu'elle devient biomédecine par ralliement des facultés occidentales aux disciplines de laboratoire[339]. Les textes réglementaires sont loin d'être une prophétie auto-réalisatrice. Toutefois, le médecin diplômé est entouré d'un respect formel qui n'a pas d'équivalent chez les sages-femmes, et l'obligation de formation académique place le titre de docteur au sommet d'une hiérarchie de professions.

336 « *Al- qawābil* » [Les sages-femmes], in *Al-Ṭabīb*, 01/09/1904, p. 88.
337 *Ibid.*, p. 90.
338 Cf la thèse d'Elise Young sur ce sujet, qui illustre abondamment ces résistances. Le cadre théorique de cette recherche, hélas, superpose à l'excès les facteurs d'affirmation de la biomédecine (colonialisme, science biomédicale occidentale, domination masculine, imposition d'un modèle étatique exogène), et par un jeu d'oppositions binaires, place la *dayah* au centre d'un faisceau cohérent de résistances (des détenteurs de savoirs traditionnels, des femmes, des réfugiés palestiniens, des partisans d'une révolution sociale et politique organique), alors que les observations ponctuelles de cet auteur montre au contraire une association intime des *dāyah*-s à la monarchie jordanienne (Elise G. Young, *Between* daya *and doctor : a history of the impact of modern nation-state building on health East and West of the Jordan river*, Th. : histoire : University of Massachussetts Amherst, septembre 1997, *passim*, notamment p. 10, & pp. 114-131).
339 Bonner, *Op. cit.*, pp. 288-291.

2 – Des professions rejetées hors des professions de santé : droguistes et parfumeurs

A côté du métier de sage-femme qu'il s'agit de réformer selon des normes à la fois médicales (au moyen d'une instruction sur l'hygiène en particulier), académiques et administratives, d'autres métiers qui relevaient partiellement de la médecine se voient dissociés d'elle par voie réglementaire. Deux textes publiés simultanément en 1885 limitent l'activité des droguistes et des *'attār*-s. Les droguistes sont officiellement habilités à vendre en gros les substances - remèdes aux pharmaciens diplômés, produits toxiques aux « peintres, photographes, miroitiers, etc. » - qui justifient leur contrôle par la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, y compris les produits interdits aux parfumeurs, et doivent tenir un compte précis de l'écoulement de ces matières. Ils n'ont en revanche pas le droit d'exécuter, au détail, une ordonnance, ni de posséder « à l'intérieur ou à côté de leur entrepôt » une pharmacie[340]. Quant aux parfumeurs, une série de produits toxiques leur est interdite à la vente, ainsi que les médicaments délivrés contre ordonnance[341] ; on y retrouve quelques produits recensés par le Dr Tobler chez un *'aṭṭār* dans les années 1840 (tartre émétique, racine d'ipécacuanha, cantharides), comme vu au chapitre précédent. Les *'aṭṭār*-s se voient bel et bien interdire une partie de leurs activités traditionnelles.

Une hiérarchie implicite s'impose alors entre les droguistes, intermédiaires des pharmaciens pour la plupart des médicaments, et les *'aṭṭār*-s désormais sans lien avec la pharmacie, à l'exception de la vente de racines spécifiques aux pharmaciens diplômés. Les uns et les autres sont tenus fermement éloignés de la délivrance de médicament et des soins qu'ils prodiguaient eux-mêmes naguère. Les règlements font la différence entre les deux métiers, ainsi qu'il apparaît dans le règlement sur les droguistes, qui forment une corporation de marchands spécialisés (art. 1) et qui doivent être munis d'un permis délivré par les autorités locales (art. 2). Le contrôle de ce métier est donc triple : il est effectué par la corporation elle-même, par les autorités locales et par la Direction du Conseil des affaires médicales civiles. Les *'aṭṭār*-s sont contrôlés de façon moins étroite, puisque le règlement qui leur est consacré prévoit seulement un contrôle du Ministère de l'Intérieur (art. 5), sans plus de précision.

La délimitation du champ professionnel semble avoir été plus stricte, et, il est vrai, plus tardive, dans le cas des droguistes et des parfumeurs, qu'en matière chirurgicale où les

340 « Règlement sur les droguistes » du 22 Rajab 1302 AH / 07 mai 1885 AD (art. 3, 4 & 9), cité in G. Young, *Op. cit.*, Vol. 3, pp. 209-210.

341 « Règlement sur les « Aktars » (parfumeurs) » du 22 Rajab 1302 AH / 07 mai 1885 AD, cité in G. Young, *Op. cit.*, Vol. 3, pp. 210-211.

praticiens de la petite chirurgie, dont certainement plus d'un barbier, sont l'objet d'un régime de transition. L'effet à terme est le même, à savoir l'identification de toute pratique médicale à une compétence sanctionnée par l'administration, et la distinction des métiers selon des normes établies et contrôlées par l'Etat central. L'idée du système qui se met en place dans les règlements à partir de 1861 est d'instituer une profession médicale à compétence généraliste, et d'interdire la pratique aux multiples métiers qui touchaient à la médecine sans qu'elle soit leur seule activité.

3 – La segmentation des compétences, principe d'organisation professionnelle

a - Délimiter les métiers pour mieux les contrôler

Progressivement, l'idée s'impose dans les règlements et les lois de l'Empire, que tout geste médical doit être prodigué par une personne formée spécifiquement à cette fin, et titrée conformément à la norme étatique. Un des rôles principaux de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles est de faire la liste des gestes et produits d'usage licite pour tel ou tel métier. Eu égard à l'accumulation des connaissances et des pratiques thérapeutiques nouvelles pendant la période qui nous intéresse, cela suppose un travail d'actualisation constant pour assigner tel acte médical à telle ou telle profession, et de même pour évaluer l'efficacité ou le danger des remèdes importés ou inventés sur place. L'effet directement recherché est une clarification de l'offre de soin, permettant un meilleur contrôle de celle-ci ; mais il y a loin de la coupe aux lèvres. La capillarité entre les métiers de la santé est évidente, et les empiètements d'une compétence sur une autre existent, d'autant qu'il ne s'agit parfois que de continuer une pratique ou un commerce antérieur aux nouveaux règlements. Les patients ne tiennent pas nécessairement meilleur compte de ces délimitations de compétence.

b - Assurer la transparence commerciale

Le contrôle de la pratique médicale, contre la confusion des métiers, relève aussi d'un

besoin de transparence commerciale. Le cloisonnement des professions de santé a de ce fait une traduction immédiate dans l'interdiction de combiner les différents métiers. Dans le cas de l'interdiction faite aux droguistes de posséder une pharmacie à proximité de leurs entrepôts, l'enjeu est d'éviter le contournement de l'interdiction d'exécuter les ordonnances, et d'éviter ainsi une concurrence déloyale pour les pharmaciens diplômés. Une interdiction similaire affecte les médecins, à qui il est interdit de posséder une pharmacie, de vendre et de donner des médicaments à leurs patients dès lors qu'il existe un pharmacien diplômé en ville. Il s'agit d'abord d'éviter que les médecins ne court-circuitent les pharmaciens, et ainsi de consolider le nouvel ordre professionnel de la médecine.

Le 15 janvier 1887, l'Administration sanitaire centrale de la province de Syrie, chargée d'appliquer les décisions de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles à l'échelle provinciale, annonce la condamnation d'un certain nombre de médecins de Damas. Ces derniers possédaient, au mépris de la loi, une pharmacie, et s'étaient arrangés pour qu'elle monopolise la clientèle de leur cabinet médical. L'artifice était de coder les ordonnances au moyen d'un système de lettres et de chiffres, au lieu de les rédiger en toutes lettres, afin de les rendre illisible par un autre pharmacien. Le fait que plusieurs médecins aient été condamnés sous ce chef d'accusation, et se soient vu retirer leur permis d'exercer la médecine, indique que la manœuvre était assez notoire ou que l'enquête avait révélé une volonté de cartelliser les pharmacies. L'annonce indique au passage l'obligation légale, pour les médecins, de rédiger en entier leurs ordonnances afin d'éviter toute entente nuisible à la concurrence et aux intérêts économiques des patients[342]. La manœuvre, qui contrevient à l'interdiction des alliances entre médecins et pharmaciens, s'apparente à rien de moins qu'à de l'escroquerie, et constitue un préjudice pour la bonne réputation des deux professions. Toutefois, la segmentation des enseignes n'est pas nécessairement possible, faute, précisément, de la présence d'un pharmacien diplômé en ville ; elle ne pose pas toujours problème non plus.

En revanche, le fonctionnement des pharmacies, dispensaires, missions médicales, etc., dont le but est caritatif, ne semble pas être assimilable à une contravention à la loi, dans la mesure où elles ne portent pas atteinte à la transparence commerciale. Toutefois – et nous y reviendrons au chapitre 9 en abordant le champ médical à Naplouse et l'histoire de la mission médicale protestante dans cette ville – leur présence affecte sévèrement l'économie médicale locale, en fonctionnant gratuitement ou presque. Aux yeux de leur concurrent, cette médecine caritative revient à du *dumping* et ceux-ci agissent pour s'en prémunir, lorsqu'ils le peuvent. Le contrôle des conditions d'exercice peut alors contribuer à limiter une situation de concurrence déloyale, en contraignant les organisations étrangères à employer un personnel

342 *Wilāyat Sūriyah*, n° 1099, 9 Jumadā al-Aẖīr 1304 AH / 05 mars 1887, p. 2.

qualifié, coûteux et volatile.

Dans le contexte du développement des missions médicales, l'usage pointilleux et parfois vétilleux de la loi constitue une garantie pour les professionnels installés en pratique privée, mais plus encore pour l'Etat ottoman que menacent dans son intégrité les empiètements prolifératifs des puissances occidentales, appuyées sur le système des capitulations. Il est souvent difficile de distinguer, dans les poursuites engagées pour infraction au droit médical, la part de l'intérêt professionnel bien compris et la part de la haute politique.

II – Le renforcement conjoint de l'autorité de l'Etat et de celle des médecins (1888-1918)

Deux décisions importantes sont prises dans l'ordre de l'exercice de la médecine à la fin des années 1880. La première est la loi sur les médecins et pharmaciens civils, qui complète la nomenclature de l'administration médicale dans les provinces ; et la seconde, par une note verbale adressée aux ambassades étrangères, est d'imposer aux médecins qui ne sont pas des nationaux ottomans le passage du *colloquium*, un entretien devant l'EIM pour obtenir le permis d'exercer. Ces deux décisions contribuent à accroître l'autorité de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles en tant qu'institution gouvernementale, et conjointement celle des médecins diplômés. En pratique, cependant, l'application de la deuxième décision n'est que partielle. L'enregistrement des médecins diplômés, que la note verbale rend plus systématique, constitue cependant un moyen efficace pour contrôler, et ainsi augmenter la valeur du diplôme et l'autorité de son détenteur.

A - La loi sur les médecins et pharmaciens civils de 1888 et son incidence

La loi de 1888 vise à donner corps à l'organisation du service médical local en systématisant la hiérarchie territoriale des médecins-fonctionnaires ; les postes qu'elle institue existent déjà souvent dans certaines circonscriptions. Ils sont notamment recherchés par les

médecins étrangers installés dans le pays : le Consul Général de France à Beyrouth se plaint en 1880 de la conquête de la plupart des postes à Beyrouth et dans le Mont-Liban par des Italiens, ce en quoi il voit une influence politique et linguistique néfaste[343]. Elle tient également lieu de rappel des normes de l'exercice de la médecine énoncées dans le règlement de 1861[344]. En effet, les seuls médecins habilités à occuper les postes de fonctionnaires énumérés au fil de la loi sont les diplômés de l'EIM (art. Ier) et ceux qui obtiennent « un diplôme de la Faculté Impériale de Médecine » (en ayant passé les examens avant mars 1887 ou au terme d'un *colloquium*), et voient leur capacité reconnue par l'EIM (art. 2).

L'ordre et la formulation du texte établissent une hiérarchie de préférences entre les diplômés de l'EIM et les autres médecins, mais ils concourent surtout à confirmer le pouvoir, ou plutôt ici le veto, dont dispose la faculté stambouliote quant à la carrière des médecins. La suite de la loi établit une grille salariale et une nomenclature des titres en fonction de la taille de la circonscription de nomination (art. 3 à 8) et instaure une obligation de service dans l'une de ces unités administratives pour les diplômés de l'EIM, par suite de l'exemption de service militaire dont ils peuvent bénéficier (art. 10). Cette dernière disposition, que la loi ne fait que rappeler, est une motivation supplémentaire pour étudier la médecine, et une raison de plus pour laquelle les étudiants des facultés de Beyrouth réclament la reconnaissance officielle de leur diplôme[345].

Avec ce texte, l'organisation de la médecine administrative repose sur une équivalence avec les circonscriptions territoriales de l'Empire. Cela ne suffit pas, on l'a vu, à assurer une application de la législation sur la médecine qui soit vaguement homogène dans l'espace. Néanmoins, un certain nombre de carrières se trouvent ainsi ouvertes, avec pour but, à terme, d'ottomaniser l'administration, et la profession médicale dans son ensemble.

B - La question du *colloquium* : entre instrument de contrôle et outil de discrimination

L'obligation faite aux médecins étrangers de passer un entretien à Istanbul vise à

343 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 45, Rapport de Sienkiewicz, Consul Général de France à Beyrouth, à l'Ambassadeur de France à Constantinople, de Beyrouth, 12/08/1880 : « Projet de création d'une école de médecine française à Beyrouth ».

344 Lequel est toujours en vigueur en 1888 et sert de référence : *vide* la place de ce texte dans : Pierre Apéry (éd.), *Annuaire oriental de médecine et de pharmacie*, Istanbul, A. Christidis & Cie, 1892, pp. 325-329.

345 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Consul Général de France à Beyrouth, à Pichon, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 19/10/1909.

uniformiser les conditions d'exercice, de façon notamment à satisfaire les médecins sujets du Sultan, en évitant une concurrence déloyale de la part des médecins étrangers qui, eux, ne sont pas astreints à passer par Istanbul, soit comme étudiants, soit comme diplômés d'une faculté étrangère. Le *colloquium* s'appliquait depuis 1861 au contingent des médecins ottomans formés à l'étranger, dont les effectifs n'étaient pas insignifiants. L'objectif est désormais de n'avoir qu'une norme, et de ne pas tolérer d'échappatoire pour les étrangers, dont l'exercice sans contrôle rogne la souveraineté ottomane. A terme, il s'agit d'effacer l'image de l'Empire ottoman comme un pays où n'importe qui peut s'installer médecin. Avec la popularisation de l'image du *ḥakīm* en Europe, cette représentation a eu des effets négatifs sur la profession médicale légitime ; car elle a accrédité par contraste l'idée que tous les médecins ottomans, y compris ceux formés à l'EIM, étaient sans valeur.

1 – La note verbale du 29 juillet 1888

L'application des textes théoriquement en vigueur se durcit dans le contexte de l'adoption de la loi sur les médecins et pharmaciens civils. Elle ne réussit cependant pas à entraîner l'homogénéisation de la situation qui constituait son but. George Young note ainsi que le gouvernement ottoman a fait savoir aux ambassades étrangères à Istanbul, le 29 juillet 1888,

> « que tous les médecins sujets étrangers qui s'étaient établis dans les provinces ottomanes depuis 1861 sans permis d'exercice et qui, par conséquent, exerçaient en contravention de cette loi, devaient venir à Constantinople pour subir un examen et se mettre en règle avec les prescriptions de l'art. 3 [du règlement de 1861]. Mais, à la fin, les Missions obtinrent qu'on leur fît grâce de cette formalité, et que les diplômes fussent simplement légalisés par la Faculté de médecine de Constantinople. »[346]

Même à compter de cette date, certains médecins échappent au *colloquium*. La note verbale n'est pas complètement sans effet, quoi qu'en dise George Young, mais si l'attitude des puissances occidentales n'a pas été uniforme à son égard, certaines ont, de fait, refusé obstinément de s'y plier.

346 G. Young, *Op. cit.*, vol. III, p. 197, note 1.

2 – Le fonctionnement du *colloquium*

On trouve des détails éclairants dans un mémorandum que compose en 1914 le Dr Edward Gurney Masterman, médecin écossais installé à Jérusalem depuis une trentaine d'années et attaché au service de l'hôpital d'une société missionnaire anglicane qui fait des populations juives l'objet spécifique de sa pastorale, la London Society for the Promotion of Christianity among the Jews (ci-après LJS, d'après son nom usuel de London Jews' Society). D'après ce dernier, les praticiens étrangers, ou du moins occidentaux, n'ont pas été soumis au règlement de 1861 avant « 1890 environ »[347].

a - Contrôle d'identité ou contrôle des connaissances ?

Le mémorandum de Masterman et d'autres témoignages montre que George Young simplifie exagérément la situation. L'obligation du *colloquium*, posée par le règlement de 1861, a été universalisée, ainsi que la taxe pour frais d'enregistrement. Il faut en revanche payer si le diplôme n'est rédigé ni en turc, ni en français, les deux langues médicales reconnues par l'EIM, et c'est le cas de la plupart des médecins amenés à passer le *colloquium*. Le contenu du *colloquium* n'est pas univoque. Il comporte une dimension de vérification de l'identité. En pratique, il s'agit aussi d'un contrôle de connaissances pour vérifier surtout la qualité de médecin du nouvel arrivant.

Vingt ans plus tôt, un autre missionnaire protestant britannique, le Dr Gaskoin Wright, donne une description du processus pour obtenir le droit d'exercice :

> « J'ai été dûment examiné, aujourd'hui même, par les docteurs turcs qui m'ont accordé le permis de pratiquer. Ils étaient très satisfaits de mes réponses et m'en firent compliment, mais les questions étaient sans détour, et ne présentaient aucune difficulté. J'ai eu cinq examinateurs, et on m'a interrogé sur l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.
> Cela m'a coûté plus que je n'escomptais, dix livres anglaises pour être précis. Les frais versés à l'Ecole de médecine se montent à sept livres, ce à quoi il faut ajouter un shilling pour la traduction de mes diplômes par le consul britannique, six shillings pour l'enregistrement de mon passeport, et d'autres frais versés à diverses personnes à l'école de médecine, ou dépensés pour mon séjour et mon interprète pour un total de 3 livres 4 shillings, ce qui en fait une affaire coûteuse[348]. »

347 CMS G 3 P/O 1914/28, « Memorandum by Dr E.W.G. Masterman regarding the obtaining of the *Turkish Medical Diploma* », s.d., reçu à Londres le 04/03/1914.
348 CMS G 3 P/O 1894/16, de G.R.M. Wright, à Baylis, d'Istanbul, 20/01/1894.

C'est une formalité d'autant plus onéreuse que Wright ne semble pas en avoir fini, à cette date, avec les frais liés à l'examen. Dans une correspondance ultérieure, ce médecin, arrivé à son poste à Naplouse, précise que son interprète, Dimitri Nicolas Démétriadès, drogman du Consulat Général des Etats-Unis, lui a coûté au total 5 livres sterling, ce que le médecin met discrètement en rapport avec le fait que ce dernier connaît bien les membres du jury. Il laisse entendre qu'une partie des sommes flottantes mentionnées ont été données, par l'entremise de l'interprète, aux examinateurs. Cela a permis de hâter l'examen – subi après une attente bien plus courte que d'ordinaire – et de bien disposer les professeurs de l'EIM[349]. L'entregent n'est qu'un des facteurs qui facilitent l'obtention du permis d'exercer.

b – Un instrument de discrimination linguistique

D'après Masterman, le principal facteur discriminant est linguistique : le *colloquium* ne peut avoir lieu que dans une des langues reconnues par l'EIM pour ses examens, à savoir le turc ou le français, ce qui est d'autant plus discriminant que le vocabulaire nécessaire est d'une haute technicité. Lui-même milite pour que l'anglais et l'allemand, reconnus à côté du français comme langue du Congrès International de Médecine, soient admises en cette occasion. Il justifie sa suggestion par le recul d'importance du français dans l'empire, tout en notant que l'arabe seul importe vis-à-vis des patients dans les provinces de Syrie où lui-même pratique. C'est une question d'autant plus urgente que, dit-il, l'autorisation de présenter l'examen avec un interprète a été retirée quelques années auparavant[350]. Autant les raisons de cette dernière décision sont opaques, autant Masterman prend la question de la langue d'examen à contresens en considérant le point de vue des patients. Multiplier les langues autorisées à l'examen revient surtout à influer sur la composition du jury. Non seulement ces jurys sont une question de souveraineté pour l'Etat ottoman, et une prérogative chèrement défendue par l'EIM ; mais au surplus il faut imaginer de réunir à chaque session des professeurs possédant la terminologie et les idiomatismes médicaux de chacune des quatre langues, ce qui est autrement rare que de trouver des professeurs quadrilingues pour un usage courant. Un des interlocuteurs de Masterman fait justement remarquer que le Congrès

349 CMS G 3 P/O 1894/39, de G.R.M. Wright, à Baylis, de Naplouse, 22/02/1894.
350 CMS G 3 P/O 1914/28, « Memorandum by Dr E.W.G. Masterman regarding the obtaining of the *Turkish Medical Diploma*. », s.d., reçu à Londres le 04/03/1914.

International de Médecine n'est pas une institution chargée d'examen[351] : la maîtrise des trois langues n'est pas un impératif pour l'ensemble de ses membres, alors que les jurys d'une même commission d'examen doivent pouvoir trouver au moins une langue savante commune avec le candidat.

La question de la langue d'examen n'a pas une incidence aussi absolue que Masterman veut le laisser entendre, elle dépend souvent du bon vouloir de l'EIM, qui a des causes extérieures au contenu de l'examen. Lorsque le Dr Hovaguimian, diplômé de la FFM, se présente après une première tentative infructueuse devant le jury d'Istanbul, il est ajourné presque immédiatement pour défaut de connaissance, ce qui jure avec l'appréciation que les Jésuites ont de lui. Le même jour, des candidats diplômés du SPC passent le même examen, dans un français hésitant faute de pouvoir payer les services d'un interprète, et sont reçus. Comme nous le verrons au prochain chapitre, l'EIM est à cette époque (1897-1898) déterminée à refuser tout permis d'exercice aux étudiants de la FFM, quitte à faciliter comparativement la tâche aux candidats venus du SPC, qui parlent moins bien l'une ou l'autre langue d'examen[352]. Les raisons politico-administratives prennent alors le dessus sur les considérations linguistiques. Le fait est, cependant, que d'une manière générale les diplômés du SPC et les médecins étrangers anglophones sont désavantagés par rapport aux docteurs de la FFM et aux praticiens francophones.

c - Une sélection par l'inertie institutionnelle

Du côté de l'EIM, un des moyens de pression est le temps d'attente avant la réunion du jury d'examen. Cela peut aller de quelques jours, comme pour Wright, à plus d'une année, ainsi qu'il est arrivé à des étudiants du SPC dans les années 1880[353]. Dans ce dernier cas, il est vrai, il s'agit de la tenue d'un examen complet de doctorat et non du seul *colloquium*. Le Dr Dāwūd Kātibah, médecin diplômé du SPC, attendu en 1898-1899 à l'hôpital de Naplouse pour occuper le poste de médecin-assistant à son retour d'Istanbul, se voit imposer pendant plusieurs mois la même attente forcée. Son supérieur intérimaire, le Dr Gould, résume à cette occasion ce qu'il y a d'embarras ostensible et vétilleux dans ces délais imposés : l'infortuné

351 CMS G 3 P/O 1914/28, Charles F. Harford, secrétaire du Comité Médical de la CMS, à Manley, de Londres, 05/03/1914.

352 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, de Théodore Hovaguimian, à de La Boulinière, chargé d'affaires de France à Constantinople, d'Istanbul, 08/12/1897.

353 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, du Consul Général de France au Président du Conseil & Ministre des Affaires Etrangères, n° 7, de Beyrouth, 18/05/1886.

médecin est retenu « du fait de la marche de l'administration turque et de la procrastination à Constantinople, dans le but d'obtenir ce misérable document, dont la valeur réelle est apparemment en raison inverse de la difficulté qu'il y a à l'obtenir, à savoir, un diplôme turc [de l'EIM][354]. »

Les jeux sur les délais font partie de l'arsenal de l'EIM, en particulier dans ses relations avec les facultés de Beyrouth : la guerre des nerfs a une signification géopolitique évidente, indépendante de la personnalité des impétrants. Inversement, la rapidité de tenue des sessions est interprétée par ces dernières comme un signe d'entente cordiale entre les chancelleries ou de bonne volonté politique.

d - Science nationale et souveraineté nationale

Comme dans tous les domaines de la vie publique et sociale où les puissances occidentales s'ingèrent massivement à partir de la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, la médecine est un enjeu de souveraineté, et à travers le *colloquium*, l'EIM s'efforce de faire sentir la souveraineté ottomane, en fonction de la marge de manœuvre dont le Sultan dispose vis-à-vis de telle ou telle nation à un moment donné. La médecine diffère cependant de la plupart des autres voies de pénétration européenne. En effet, le contrôle de l'octroi du droit d'exercer par l'administration ottomane suscite, de la part de plusieurs puissances, une réaction partiellement symétrique. Masterman note ainsi que

> « Les médecins anglais souffrent de faiblesses particulières, dans la mesure où ils sont contraints par les autorités consulaires britanniques de passer ce diplôme [devant l'EIM], même s'ils ne sont que les assistants d'autres qui le possèdent déjà. C'est chose particulièrement dure pour des assistants qui ne viennent que pour une période limitée à trois ou cinq ans. D'un autre côté, les Allemands ont été incités, pour autant que je sache, à ignorer totalement les règlements. Par exemple, le meilleur chirurgien de Jérusalem, qui est ici depuis au moins 10 ans, n'a jamais passé le diplôme, parce que son consul, le Consul Impérial d'Allemagne, lui a conseillé (ainsi qu'il m'en a informé lui-même) de n'en rien faire et lui a dit qu'aussi longtemps que les médecins français ne se plieraient pas à cette règle, il ne recommanderait à aucun médecin allemand d'aller à Constantinople. A Jérusalem, ni les médecins français, ni leurs confrères allemands ou russes n'ont passé le diplôme, et cependant ils ont chacun une nombreuse clientèle. »[355]

354 CMS G 3 P/O 1898/182, « Report for Nablûs Medical Mission for half year ending November 20/98 », par le Dr Gould.

355 CMS G 3 P/O 1914/28, « Memorandum by Dr E.W.G. Masterman regarding the obtaining of the *Turkish Medical Diploma* », s.d., reçu à Londres le 04/03/1914.

Le propos de Masterman concerne Jérusalem, ville où la pénétration européenne, en particulier médicale et hospitalière, est spécialement visible. Dans le cas de la France, c'est cependant une décision politique générale pour l'ensemble de l'Empire, justifiée originellement par le principe de réciprocité. C'est, avec les inconvénients que cause le passage à Istanbul, le principal argument développé par le Comte de Montebello, Ambassadeur de France à Constantinople, pour dissuader les médecins français résidents dans l'Empire de présenter le *colloquium*, lorsqu'il devient clair, à l'approche de la note verbale du 29 juillet 1888, que la Sublime Porte entend faire appliquer tous les termes du règlement de 1861. Ainsi que le rapporte le gérant du consulat de France à Beyrouth à ʿAlī Riḍā Paşa, *wālī* de la province de Beyrouth :

> « M. le Comte de Montebello me fait savoir qu'il est disposé à [autoriser ?] les praticiens français à transmettre à V.E. par l'intermédiaire de ce Consulat Général 1° une copie légalisée de leur diplôme, 2° un certificat dressé en chancellerie, contenant l'identité des médecins et chirurgiens exerçant dans la circonscription consulaire de Beyrouth. Les intéressés devraient bien entendu acquitter la somme de 500 piastres, montant du droit fixé pour la délivrance de l'autorisation réglementaire que V.E. daignerait solliciter pour eux à Constantinople.
> Ce mode de procéder est d'ailleurs absolument en harmonie avec les dispositions de la loi ottomane sur l'exercice de la médecine, articles 2 et 5. L'article 5 prévoit la remise entre les mains du Gouverneur général de la province, d'une copie légalisée des diplômes ; V.E. sait déjà que nous ne voyons aucune objection à la stricte application de cette mesure non plus qu'à enregistrement du diplôme à la Faculté Impériale de Médecine. L'article 2 prévoit en outre l'obligation pour le pétitionnaire de subir devant cette faculté un examen sur la science médicale.
> V.E. n'ignore pas que cette formalité est un simple *colloquium*, une simple comparution du médecin devant un jury médical qui n'a pour mission celle que de constater son identité. Il ne paraîtrait guère admissible, dans ces conditions, d'imposer à des praticiens qui résident parfois dans des provinces reculées de l'Empire, l'obligation de se rendre à Constantinople uniquement pour faire constater leur identité, alors que cette constatation peut être faite par l'intermédiaire du Consul, dans la province même où ils résident.
> Je me plais à penser que V.E. sera convaincue comme moi, que le certificat d'identité dressé en chancellerie éviterait des complications fâcheuses et offrirait à la Sublime Porte toutes les garanties qu'Elle est en droit de demander.
> V.E. me permettra de Lui faire respectueusement observer qu'aux termes des lois et règlements régissant en France l'exercice de la médecine, tout diplôme de médecine délivré par une faculté étrangère donne droit à la pratique de la médecine sur le territoire de la République sous la double condition 1° que l'authenticité du diplôme ait été officiellement certifiée par le Représentant en France (Ambassadeur, Ministre ou Consul) du pays où ce diplôme a été obtenu ; 2° que l'identité du porteur de cette pièce ait été constatée et affirmée par le même représentant d'un Gouvernement étranger. V.E. est trop soucieuse de la justice et de l'équité pour que nous demandions la réciprocité de ce traitement en faveur des médecins français établis en Turquie[356]. »

356 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, du gérant du Consulat Général de France à Beyrouth, à ʿAlī Riḍā Paşa, de Beyrouth, 14/07/1888.

Toute la position française repose ici sur la négation du contenu potentiellement scientifique du *colloquium*. Les dispositions relatives à l'enregistrement des médecins étrangers pratiquant dans l'Empire sont admises par l'Ambassadeur de France ; mais il réduit l'entretien à une vérification, ce à quoi il est loin de se résumer toujours, ainsi que le montre le cas du Dr Wright. Les diplomates français se prévalent du principe de proportionnalité pour contester celui de la souveraineté ottomane en ces questions. S'il s'agit d'une vérification d'identité, constate Montebello, elle est plus aisée là où le médecin s'installe et tisse des relations, et ne nécessite pas le surcoût entraîné par un voyage à Istanbul. A partir de cette observation, cependant, il glisse vers un autre registre argumentaire, celui de la réciprocité : les médecins ottomans n'ont pas besoin de passer d'examen scientifique pour exercer leur métier en France, quelques vérifications suffisent. Voilà qui semble de bonne guerre, quand, au même moment, les fonctionnaires ottomans se prévalent du même principe de réciprocité comme base de la réglementation sur l'exercice de la médecine pour refuser le permis d'exercer aux médecins diplômés de la FFM qui ne sont pas autorisés à pratiquer en France métropolitaine.

Là où l'argumentaire français ne tient pas, c'est que le principe de réciprocité ne peut être appliqué hors contexte : l'Etat ottoman a accueilli au cours du dix-neuvième siècle bons nombre d'aventuriers en médecine, gens sans formation venus y faire carrière ; rien de tel en France. Même si le règlement de 1861 est muet sur le contenu exact du *colloquium*, le fait de donner à cet entretien un contenu scientifique est une prérogative de souveraineté, justifiée du reste par l'histoire médicale récente de l'Empire. Le refus français du *colloquium* perd rapidement l'alibi de la réciprocité, au reste, avec le durcissement des conditions d'exercice de la médecine en France en 1892. De plus, comme nous le verrons, la diplomatie française ne se fait pas faute de réclamer l'application de ces mêmes dispositions du règlement de 1861 lorsque, au cours des conflits autour de la reconnaissance des diplômes de la FFM, ce texte semble fournir une porte de sortie à la faculté de médecine des Jésuites.

Elargissons le contexte : la lettre citée ci-dessus s'adresse au premier gouverneur de la province de Beyrouth après son détachement de celle de Damas, et la frontière entre l'applicabilité des principes de réciprocité et de souveraineté est une illustration du sens de cette réorganisation administrative. Si le maintien d'unités provinciales plus larges, comme la province de Damas d'avant 1887, permet de mettre un frein à la pénétration et aux ingérences occidentales en éloignant le gouvernement provincial du point focal de ces dernières, une des justifications de la création de la province de Beyrouth est de disposer de circonscriptions administratives plus efficaces et gérées directement par un personnel de plus haut rang. La

province de Beyrouth doit permettre à l'Etat ottoman d'affirmer davantage son autorité, au moyen d'un budget propre, là où l'emprise impériale commence à se faire le plus sentir : plutôt que de résister à celle-ci par l'inertie et la distance, l'objectif est de dynamiser l'action publique afin de faire pièce aux tendances étrangères à l'empiètement[357]. La décision de former la nouvelle province porte en elle un programme réformiste ; c'est le contenu de cette réforme qui est source de nouveaux conflits.

Pour le point qui nous occupe, l'idée de réforme peut s'entendre en deux sens. Le premier, congru à l'Etat constitutionnel, est celui d'une administration transparente, obéissant à des normes explicites et extérieures à l'action des fonctionnaires de l'Etat. Ainsi le principe de réciprocité rigoureuse réclamé par la diplomatie française relève d'une norme d'équité que l'on pourrait anticiper sur la base de relations bilatérales, ainsi que le fait du reste le Consul Général de France à Beyrouth en comptant sur le sens de la justice du *wālī*. Contre ce raisonnement, le principe de souveraineté s'appuie sur l'idée de souveraineté exclusive de l'Etat sur l'ensemble du territoire. L'idée de réciprocité viendrait miner cette souveraineté en la subordonnant à une symétrie par rapport aux diverses législations nationales des pays occidentaux, et ainsi à la souveraineté nationale de ces diverses nations. Répondre aux désirs des diplomates français impliquerait, par un même souci d'équité et sous pression des diverses diplomaties, d'appliquer la même logique bilatérale à toutes les nations, et de n'avoir plus une norme nationale, mais une multitude de normes bilatérales imposées par les autres nations, ou bien encore une norme *a minima* conciliant toutes les normes étrangères, sans espoir de réciprocité au bénéfice des sujets ottomans. Dans un cas comme dans l'autre, cela conduirait à un relâchement, voire une dissolution du contrôle ottoman de l'exercice de la médecine par les étrangers. L'action de l'Etat ressortit d'une volonté qui n'a pas besoin d'être transparente, ni mesurée à une norme externe échappant à sa souveraineté. Cette définition est du reste calquée sur les doctrines de la souveraineté formulées par les puissances européennes, et dont l'Empire ottoman s'inspire ; ainsi que le remarque le Consul Général de France à Beyrouth en 1894,

> « Quand elle impose le *colloquium* à ceux-ci [les médecins étrangers installés dans l'Empire], quand elle soumet ceux-là [les médecins diplômés des facultés de médecine étrangères de Beyrouth] à toute la série des examens de médecine, la Porte n'a pas sérieusement en vue de se rassurer sur la valeur scientifique et professionnelle des médecins formés dans nos facultés. Le *colloquium*, en particulier, n'est guère qu'un simulacre d'examen : si la Porte tient à cette formalité, c'est qu'elle l'envisage comme l'affirmation d'un droit régalien, d'un de ces droits dont elle ne se faisait pas autrefois une idée nette, mais que nous lui avons appris à concevoir comme nous les concevons nous-mêmes et qu'elle défend contre nous, depuis un certain nombre d'années, avec

357 Hanssen, *Op. cit.*, p. 42 & p. 50.

une âpreté croissante[358]. »

La notion européenne des droits régaliens désigne ici le fait de considérer que l'Etat doit se garder du moindre abandon de souveraineté, qui signalerait un rapport de force défavorable dans une mécanique internationale implacable[359]. En pratique, l'affirmation du principe de souveraineté n'exclut pas des négociations autour de l'application de cette souveraineté, afin d'éviter un trop grand écart entre deux parties. En l'occurrence, les diplomates français, en demandant l'application stricte du principe de réciprocité, affirment une position maximaliste, puisqu'ils refusent la possibilité qu'un contrôle scientifique ottoman sous la forme du *colloquium* soit surimposé à la sanction des facultés françaises matérialisée par leur diplôme, et qu'ils exigent ainsi qu'une position particulière soit faite aux anciens élèves de leurs universités. A partir de 1892, la France restreint de façon draconienne l'exercice de la médecine sur son territoire, pour lutter contre la concurrence. Spuller, ministre de l'Instruction Publique en 1894, en rappelle les termes dans le contexte du conflit autour de la reconnaissance officielle des diplômes de la FFM :

> « La loi du 30 novembre 1892 définit ainsi qu'il suit les conditions dans lesquelles la médecine peut être exercée en France :
> Art. 1er. Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de l'Etat (Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie)[360]. »

Les conditions d'exercice de la médecine en France deviennent alors, pour les médecins qui ne sont pas diplômés des facultés et écoles de médecine françaises, autrement plus exigentes scientifiquement que le *colloquium*. De fait, avant 1894, l'Ambassade de France à Constantinople cesse de réclamer de façon systématique l'exemption du *colloquium* pour ses ressortissants[361] ; néanmoins, les consulats continuent localement à traîner des pieds, comme le fait observer Masterman. Le principe de réciprocité cesse alors d'être pertinent, ce qui indique que l'enjeu de l'opposition française est ailleurs.

L'extension du principe posé par les Français entraînerait un retour à l'anomie antérieure quant au droit d'exercer pour les étrangers. La situation observée par Masterman montre que la France n'est pas seule à tenir un raisonnement de ce type : plusieurs nations

358 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 22, de Saint-René Taillandier à Casimir-Périer, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 02/08/1894.

359 Lucien Bély, *Les Relations internationales en Europe (XVIIe-XVIIIe siècles)*, coll. « Thémis », Paris, PUF, 1992, pp. 336-352 & 583-594.

360 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, copie de la lettre de Spuller à Casimir-Périer, ministre des Affaires étrangères, de Paris, 25/01/1894.

361 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, dépêche n° 22 de Saint-René Taillandier, Consul Général de France à Beyrouth, à Casimir-Périer, de Beyrouth, 02/08/1894.

dispensent leurs ressortissants de subir le *colloquium* tandis que d'autres le leur impose. Cet état de fait se maintient sans l'aval formel de l'administration ottomane. Ici importe le fait que l'application de la législation sur l'exercice de la médecine relève en fait de l'administration provinciale. Dans le bilād al-Šām, la multiplication des autorités provinciales, à Jérusalem, Beyrouth, Damas et au Mont-Liban, met chacune d'entre elle dans une position de relative autonomie d'intervention. Au gré des besoins, l'un ou l'autre *wālī*-s peuvent être amenés à fermer les yeux sur la pratique des médecins originaires de telle nation, et par extension issus de telle école de médecine ; dans un deuxième temps, cette tolérance peut servir d'argument aux diplomates pour faire pression sur les autorités des provinces voisines. Le résultat est que l'application du règlement de 1861 aux médecins étrangers est tout sauf transparente, et concourt à produire la situation hétérogène dont se plaint Masterman.

La lettre du consul de France à ʻAli Riḍā Paşa et le mémorandum de Masterman se complètent pour montrer l'importance de la pression exercée par les diplomates, qui, suivant leur nationalité et les circonstances, peut permettre de contourner l'obligation du voyage à Istanbul et de l'entretien-examen de rigueur. La question du droit à exercer la médecine, et de la capacité des institutions ottomanes à faire appliquer leurs règlements en la matière, n'est pas de l'ordre de la géographie : c'est aussi le lieu de rapports de force qui, à Jérusalem et ailleurs, sont à l'avantage de la France, de l'Allemagne et de la Russie. Il n'est pas possible, alors, de dissocier le pluralisme médical des déterminations diplomatiques.

C – L'enregistrement des médecins diplômés, une pièce dans la politique populationnelle ottomane

Une dernière dimension des règlements sur l'exercice de la médecine dans l'Empire a trait au quadrillage de la population des médecins et à l'identification individuelle de ceux-ci. Le gouvernement utilise l'enregistrement des médecins comme un levier de contrôle sur ces derniers en en faisant des unités repérables et quantifiables. C'est un moyen d'affirmer son pouvoir souverain, non plus sur un territoire comme dans le cas du droit des étrangers à pratiquer la médecine dans l'Empire, mais sur la population des résidents de l'Empire, assujettie à ses lois.

1 – Les critères discriminants de l'exercice de la médecine

Formellement, le diplôme de médecin est accessible à tous, indépendamment de la confession ou de la nationalité Il y a cependant une part de non-dit dans la réglementation médicale. L'importance des facteurs linguistiques a déjà été relevée, mais si elle jette une ombre de formalisme sur la délivrance des permis d'exercer la médecine, elle n'est pas le seul facteur limitant.

Un autre déterminant reste latent jusqu'à une date tardive, à savoir le genre. En 1899, l'EIM choisit d'interdire aux femmes de se présenter aux examens de médecine, qu'il s'agisse des examens ordinaires de la FIM ou du *colloquium*[362]. L'intéressant est le moyen par lequel le non-dit a été levé : il a été provoqué par la venue, devant le *colloquium*, d'une femme détenant un diplôme de médecin d'une faculté américaine. Mary Pierson Eddy, fille d'un pasteur protestant américain et d'une habitante de la montagne libanaise, avait obtenu son diplôme et commencé une pratique itinérante, en Syrie et en Palestine. Lorsqu'elle se présente devant le jury du *colloquium*, on la rabroue ; mais sans se démonter, elle obtient le droit de passer l'examen, et le permis d'exercice[363]. Elle est la seule femme à y réussir, car le jury de l'EIM, visiblement décontenancé, décide de réagir par l'interdiction. Le texte qui prohibe la délivrance d'un permis aux femmes se présente comme une répartition des fonctions par genre, en précisant qu'il est tout à fait loisible aux femmes de passer les examens de sages-femmes. Ce n'est pas exempt d'hypocrisie car rien, en retour, n'interdit aux hommes, sinon peut-être le manque de clientèle, de passer les examens de sages-femmes. En fait, le règlement par lesquelles la pratique des accouchements est interdites à celles (ou plutôt, par traîtrise de la grammaire, ceux) qui ne possèdent pas le diplôme de sage-femme, stipule que : « L'administration impériale a décidé d'interdire aux sages-femmes, hommes et femmes [*anaṯ wa-ḏakar*] de pratiquer des accouchements à moins qu'elles ne soient détentrices d'un diplôme »[364]. Nous verrons que l'Empire accueille des femmes médecins venues d'Europe, tant parmi les missionnaires que parmi l'immigration juive ; mais de fait, jusqu'à la fin de la présence ottomane, ces dernières ne peuvent pratiquer leur art que sur tolérance de l'administration locale, sans permis d'exercice régulier.

Le renvoi à la profession de sage-femme montre en tout cas l'ancrage de rôles de

362 « *Al-nisā' wa'l-ṯibābah fī'l-sulṭanah al-sunniyyah* » [Les femmes et la médecine dans les Etats impériaux], in *Al-Ṭabīb*, 01/10/1899, p. 122.
363 American University of Beirut / Library Archives : Dale (Mrs), « Obituary – Dr. Mary Eddy », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 10, n° 2, 12/1923, p. 27.
364 « *Al-qawābil* » [Les sages-femmes], in *Al-Ṭabīb*, 01/04/1904, p. 90.

genre rigides dans la réglementation des professions de santé.

L'enregistrement des médecins par l'EIM ne répond pas seulement à une finalité de sélection, qui n'est nulle part aussi systématique que pour le genre. Il vise certes à trier les médecins, mais également à pouvoir garder trace de leur qualification et, ainsi, maintenir un contrôle sur les personnes comme sur le groupe professionnel.

2 – Vérification de l'identité et contrôle des connaissances

L'enregistrement des médecins, à l'obtention du Diplôme d'Etat ottoman, lors de la confirmation des permis avant 1887, ou lors du *colloquium*, est un moyen de comptabiliser la population des médecins et d'individualiser les praticiens autant que leurs responsabilités. Ces deux finalités supposent que l'Etat ottoman crée une relation avec les médecins, dont les trois modalités principales sont celles qui viennent d'être énoncées. Cependant, il n'est pas évident que la pratique la plus efficace, du point de vue de l'administration médicale, soit l'individuation des médecins. A tout prendre, ce qui importe à l'EIM est d'avoir bien affaire à des médecins, formés académiquement. Le déroulement du *colloquium* illustre ce point.

Dans la salle d'examen, les jeux de pouvoir sont beaucoup plus feutrés que dans la correspondance diplomatique ; l'ambiance est formelle, allant du froid glacial à la cordialité. Là se joue, non pas encore une lutte entre puissances – cela revient aux chancelleries et aux ambassades – mais un travail de corrélation de l'aptitude et de l'identité.

Le *colloquium* se présente comme un examen en règle, avec un jury étoffé, et la vérification à laquelle il est procédé relève d'abord des connaissances médicales. C'est cependant surtout un outil de tri et, d'un point de vue pratique, de contrôle d'identité plus pertinent que l'enregistrement du passeport. En l'espèce, ainsi que le dit Masterman, « l'objet de l'examen de Constantinople, tel qu'en l'état, n'est pas vraiment de faire passer de nouveau un examen de médecine, mais seulement de s'assurer que la personne qui se présente comme docteur muni d'un diplôme possède bien un certain degré de connaissance médicale » ; pour le reste, le jury se fie au crédit de la faculté d'origine du médecin. Cette vérification ou, dans les termes de Masterman, « simple méthode d'identification »[365], est plus pertinente que celle du passeport, à une époque où les Etats recherchent des techniques parfaitement isomorphiques pour la description et l'identification des individus[366]. La possession des

365 CMS G 3 P/O 1914/2, « Memorandum of Interview between Dr E.W.G. Masterman and the Rev. G.T. Manley, Jan. 7, 1913 [en fait, 1914] »

366 Cf Jane Caplan, « 'This or that particular person' : protocols of identification in nineteenth-century Europe »

connaissances qui particularisent le médecin comme médecin formé académiquement, est une garantie indépendante des frontières ; les traits qui le singularisent et permettent, imparfaitement et sous réserve de sa bonne foi, d'identifier sa personne, ont été établis dans un espace national autre, et deviennent essentiellement indicatifs hors du contexte où ils ont été établis. Autant la vérification rigoureuse de l'identité sur la base du passeport est délicate, autant l'entretien fournit des preuves immédiates de la possession d'une base médicale. Aussi les catégories du savoir, nommées de façon très générale par Wright, sont-elles plus significatives, du point de vue de l'exercice de l'activité médicale, que le processus coûteux d'enregistrement, d'inscription de la personne du médecine dans le cadre administratif ottoman. Faire repasser des examens en règle et en entier serait en revanche une source de problèmes diplomatiques supplémentaire sur un sujet qui en suscite déjà assez.

Dans cette mesure, l'authenticité du diplôme aux yeux de l'EIM, qui joue un rôle instrumental à certains moments du conflit autour des diplômes de la FFM, est capitale. La véritable garantie médicale est fournie à l'administration ottomane par les facultés de médecine hors du territoire ottoman, auxquelles elle ne peut opposer, faute d'effectifs médicaux nationaux suffisants, un monopole effectif de la collation des grades en médecine.

3 - L'importance de l'unicité du diplôme

L'identification personnelle des médecins et leur enregistrement par l'EIM ont une autre finalité, à savoir de prévenir un usage frauduleux du diplôme. L'enregistrement parallèle du passeport ou d'un certificat de nationalité ottomane, et du diplôme exigé des médecins, vise surtout à garantir l'unicité du diplôme de médecine, pour éviter qu'un autre que son détenteur légitime ne s'en prévale. Néanmoins, il est appliqué de façon variable, une fois encore, en fonction de la nationalité : Wright a appris après coup que la démarche n'était pas nécessaire pour un sujet britannique comme lui, alors qu'elle était impérative pour un citoyen américain[367]. De tels arrangements négociés ne sont guère de nature à fragiliser le système, car les médecins occidentaux sont en tout état de cause assez aisément identifiables. Il importe cependant à l'EIM que les étrangers ne se voient attribuer qu'un permis d'exercice, et non un second diplôme. De même, à partir de l'accord trouvé en 1898 entre la FFM et la Porte, les

in Jane Caplan & John Torpey (dir.), *Documenting individual identity. The development of State practices in the Modern world*, Princeton & Oxford, Princeton University Press, 2001, pp. 49-66 ; et Andreas Fahrmeir, « Governments and forgers : passports in nineteenth-century Europe »,in Caplan & Torpey (dir.), *Op. cit.*, pp. 218-234.

367 CMS G 3 P/O 1894/39, Gaskoin Wright à Baylis, de Naplouse, 22/02/1894

diplômés de cette faculté reçoivent d'elle, non un diplôme à part entière, mais un certificat d'aptitude, en plus du Diplôme d'Etat ottoman qui les habilite à exercer[368].

Dans le même esprit, un ordre sultanien de 1900 stipule l'obligation faite aux administrations provinciales de récupérer les diplômes de médecin ou de pharmacien dont les détenteurs sont décédés, « afin qu'il ne tombe pas dans les mains d'autrui ». Le diplôme devient ainsi un élément de capital purement individuel, sans possibilité d'héritage, ou de revente[369]. L'ordre est formulé comme une réponse ; la transmission héréditaire ou la revente du diplôme des médecins après leur mort a amené l'Etat à agir face à une situation existante. On peut supposer que par des jeux sur l'identité, et notamment la transmission de prénom de grand-père en petit-fils, il a été possible à certains de pratiquer pendant un certain temps en trompant les contrôles.

De fait, l'application du règlement de 1861 et, de façon générale, des décisions officielles sur l'exercice de la médecine, suppose une identification exacte de chacun des membres de la population que constitue le corps médical actif dans l'Empire. L'ordre sultanien que nous venons de citer montre qu'en tout cas il est facile de passer au travers des mailles du filet réglementaire existant en usurpant l'identité d'autrui. Pourtant, la transmission du diplôme ou sa vente éventuelle sont des indices du succès de sa valorisation : bien sûr, ce qui est recherché est d'abord un outil pour éviter les poursuites. Toutefois, la contestation du caractère individuel et non-transmissible du diplôme indique que ce dernier a pris de la valeur. Tout se passe comme si l'on se prévalait du titre dont on possède l'apparence, la forme matérielle ; ou comme si le diplôme avait été un investissement de temps et de capital suffisant pour qu'on estime qu'il doive être transmissible, comme c'était possible par le passé. Cette dernière hypothèse est la plus plausible, si l'on se réfère à ce que nous avons dit dans notre premier chapitre du caractère familial des métiers de la médecine.

Pour les médecins diplômés, tout ceci constitue une atteinte à leur droit, qui justifie l'intervention de la puissance publique. Ils cherchent à obtenir une reconnaissance publique et une visibilité qui facilitent leur ascension sociale, en particulier dans les villes où exercent plusieurs médecins ; pour eux, le diplôme n'est justement pas une question de possession matérielle, mais un signe d'appartenance sociale. Précisément parce qu'eux ont dû consentir le coût et l'effort individuel de la formation, ils défendent les droits afférents à leur inclusion dans le corps médical. L'éthos de ce groupe professionnel a ainsi facilité la réalisation des

368 MAE Nantes, Beyrouth, A, 232, n° 38 de Bompard à Couget, Consul Général de France à Beyrouth, de Péra, 02/04/1912 ; pour la question de l'importance de l'unicité du diplôme, cf MAE Nantes, Beyrouth, A, 337 ; de la Boulinière à Develle, ministre des Affaires étrangères, de Péra, 16/11/1893.

369 « *Istirdād šahādat man yamūt min al-aṭibbā' wa'l-ṣaydalah* »[La récupération du diplôme des médecins et pharmaciens décédés]*, in Al-Ṭabīb*, 01/02/1900, p. 275.

buts de l'administration médicale, qui cherchait à produire cette individuation des médecins.

Conclusion :

L'organisation d'une profession médicale unifiée selon les normes nationales repose sur deux piliers, la réglementation sur le droit d'exercer et la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, qui supervise une administration déconcentrée. L'application des réformes médicales ottomanes est limitée par la maigreur des effectifs formés conformément aux normes nouvelles. La répression de l'exercice illégal de la médecine est discrétionnaire et motivée par autre chose que le seul jeu de la concurrence. De plus , l'EIM est placée dans une situation délicate vis-à-vis des médecins étrangers et des facultés de Beyrouth, dont les activités sapent la souveraineté ottomane, mais qui viennent gonfler les effectifs des médecins diplômés.

La centralisation de la formation médicale se révèle un frein à l'essor quantitatif de la profession. C'est un effet de la politique des réformes, mais l'alternative, la multiplication des facultés, est problématique : le diplôme n'a de valeur que si l'instruction est correcte, et où trouver les professeurs ? Comment, surtout, installer hors des plus grandes villes certains services nécessaires à la formation, dans lesquels l'étudiant en médecine doit, pour bien faire, voir un maximum de patients ?

Autre contrainte, l'action sur le terrain nécessite, en matière de contrôle de l'exercice de la médecine, la coopération et l'intervention de l'administration locale. Selon les cas, les haut-fonctionnaires locaux agissent avec plus ou moins de diligence, et sont parfois mus par des considérations diplomatiques, vis-à-vis des autorités consulaires, à transiger sur l'application de ce contrôle. Les lacunes dans l'architecture de l'administration locale, progressivement comblées, n'arrangent rien, mais l'essentiel est ailleurs : l'application des règlements médicaux dépend de rapports de force, peut-être parfois aussi d'affinités électives, entre fonctionnaires et consuls. Les affaires d'exercice de la médecine pour les étrangers ne se règlent pas seulement localement, du reste, et la capacité des diplomates étrangers à mobiliser plusieurs niveaux de hiérarchie administrative ottomane met souvent en difficulté les fonctionnaires de l'administration médicale, qui peuvent intervenir horizontalement en sollicitant les gouverneurs locaux, ou verticalement en s'adressant à leur hiérarchie (l'EIM),

mais ont une marge de manœuvre limitée.

La question des médecins étrangers peut sembler marginale, à ceci près qu'elle et le problème du diplôme des médecins formés à Beyrouth sont connexes ; et que les dysfonctionnements du contrôle vis-à-vis des étrangers rendent plus difficile l'imposition des normes nouvelles à l'ensemble des praticiens. Les diplomates étrangers tiennent pour un fait acquis la supériorité de la science nationale et des facultés de médecine de leur pays sur l'EIM. La question qui se pose est de savoir si l'attitude de la population à l'égard de l'autorité médicale relève elle-même de l'adhésion ou de la résistance culturelle ; en ce qui concerne l'autorité émanée de l'Etat ottoman, il nous semble peu pertinent d'expliquer les difficultés de mise en place des règlements médicaux successifs par une différence culturelle de conception de l'autorité. Si l'autorité en islam peut être rattachée, dans ses fondements théoriques, aux principes de la chaîne de transmission et du consensus des hommes de science[370], le fonctionnement administratif de l'Etat ottoman est opérationnel depuis plusieurs siècles. Les médecins-fonctionnaires ont du mal à faire appliquer les normes médicales, mais ce n'est pas parce que leur autorité, émanée de l'Etat, serait dédaignée par la population.

En tout état de cause, une autorité certaine s'attache au titre de médecin. La réglementation sur l'exercice de la médecine rencontre des résistances, mais les stratégies de contournement sont tout aussi significatives : par l'emprunt de l'apparence de la qualification, elles témoignent de la valeur que le diplôme a bientôt pris. Une autre forme de résistance, de la part des patients, passerait par le choix de praticiens non-diplômés ; mais ce n'est pas l'absence de diplôme qui est alors le critère, et le terme de résistance est lui-même inadéquat dans bien des cas. Le diplôme constitue le modèle d'acquisition de l'autorité et de la légitimité, ce qui broulle parfois les différences constitutives du pluralisme médical.

Ce qu'on peut dire, c'est que l'autorité médicale s'est étendue à mesure que la Direction du Conseil des affaires médicales civiles complétait ses effectifs locaux ; et que l'autonomie relative de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles rejaillit sur la profession médicale diplômée. La mauvaise application des règlements médicaux ne tient donc pas à de mauvais concepts dans la définition des attributions des fonctionnaires de cette administration, mais plutôt aux lacunes dans l'occupation des postes régionaux.

Par rapport à la matrice explicative que nous avions proposée en introduction pour rendre compte du rapport entre la normativité nouvelle de l'exercice de la médecine et l'effectivité des autorités étatique et médicale, ces observations nous amènent à deux

370 Camille Mansour, *L'Autorité dans la pensée musulmane. Le concept d'Ijmâ' (Consensus) et la problématique de l'autorité*, coll. « Etudes musulmanes », n° 18, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1975, pp. 17-36, notamment p. 28, note 2.

révisions. La première est que la pénurie de médecins diplômés, très marquée dans certaines régions de l'Empire, n'empêche évidemment pas qu'il y ait un besoin de soins. Quand ce serait la seule raison, elle suffirait à expliquer la permanence du pluralisme médical sur le territoire ottoman. A partir de là, l'application de la législation médicale ne peut que procéder d'un balancement entre la rigueur et la tolérance circonstanciée. La seconde révision tient aux usages sociaux du droit, qui font que la loi n'est pas un terme purement extérieur et neutre dans les relations entre individus, mais qu'elle est susceptible d'instrumentalisation pour faire pression sur autrui. Les procédures engagées n'ont pas toujours pour but l'intérêt de l'Etat à faire respecter ses lois ou la défense du droit des praticiens légitimes. Elles peuvent relever d'intérêts conjoints ou de pures stratégies de diversion.

En revanche, la pertinence des questions de souveraineté dans l'application du droit d'exercer la médecine est réelle ; et elle est au cœur de la question de la formation dans les facultés étrangères de Beyrouth.

2e partie : le champ de la formation médicale

Trois points principaux se dégagent de l'analyse des conditions d'exercice de la médecine dans l'Empire ottoman. Le premier est que l'Etat ottoman considère, à l'instar des puissances européennes sur leur propre territoire, l'octroi du droit d'exercer la médecine comme un privilège de souveraineté. Le deuxième est que la détermination du contenu du droit médical, et en particulier des normes d'exercice de la médecine, appartient à une institution centralisée de formation, l'Ecole Impériale de Médecine. Le dernier point est qu'il y a un hiatus entre titre académique et permis d'exercer, hiatus qui existe dans tout pays qui impose son contrôle sur la profession médicale, mais qui dans l'Empire ottoman revêt une importance toute spéciale du fait de la centralisation de la formation à Istanbul. C'est une limite évidente à l'application de ce règlement.

L'ouverture des deux facultés de médecine étrangères de Beyrouth altère la configuration de la formation médicale sur ces trois registres. L'administration se trouve prise entre les exigences de souveraineté, qui supposent que l'Etat central puisse contrôler les programmes et reste maître de l'octroi des permis d'exercice, et celles de santé publique, qui requièrent un nombre de médecins que l'EIM n'est pas encore en mesure de fournir au début des années 1880.

Les facultés de Beyrouth, ouvertes sans autorisation préalable du gouvernement ottoman, se voient refuser la reconnaissance officielle des diplômes qu'elles délivrent, ainsi que nous allons le voir pour la FFM. Il s'ensuit une longue négociation aux multiples acteurs, dont les plus influents sont à Paris, Rome et Istanbul, des moyens de pression sur les écoles de médecine, à commencer par l'administration ottomane. Dans les tractations, le diplôme joue un rôle important : on discute sa validité, les modalités de sa délivrance, les programmes et les examens. C'est à ce titre que nous nous sommes intéressé à ces longs pourparlers : ils permettent de faire le lien entre des phénomènes d'ordre diplomatique et des titres

individualisés, dont les propriétés déterminent la carrière des médecins.

Le SPC et la FFM ouvrent la voie à une différenciation accrue de la formation médicale : différenciation du fait de la dispersion géographique, dont l'Etat impérial reconnaît l'importance en ouvrant l'Ecole Ottomane de Médecine (EOM) à Damas en 1903, mais également différenciation sur le plan des savoirs, car les facultés de médecine n'ont pas les mêmes programmes, ni les mêmes modalités de formation pratique.

La perception des diplômés de la FFM et du SPC, du point de vue de l'opinion comme de celui de l'administration, reste différente jusqu'à leur absorption successive dans l'EOM pendant la Première Guerre mondiale[371]. Les deux institutions laissent à leurs diplômés une « marque de fabirque », non seulement un esprit de corps, mais également des habitudes médicales différentes. Les anciens de la faculté américaine tendent à être plus familiers de la médecine de laboratoire, ceux de la faculté française semblent posséder un raisonnement médical mieux structuré à force de détailler les cas observés en clinique. La formation aux disciplines nouvelles des sciences biomédicales tend à devenir un enjeu dans la compétition entre les deux facultés de Beyrouth : elles ne constituent pas le fond de la rivalité, qui est religieuse, mais dans les deux écoles, la mise en avant de cours dans une discipline innovante constitue un atout pour recruter davantage d'étudiants que la concurrence. Toutefois, l'adaptation des programmes au progrès scientifique nous ramène aussi à la question de souveraineté, car dans le cas de la FFM, ces orientations résultent de pressions sur les programmes émanant de Paris, et reflètent en partie des dominantes à l'intérieur du monde médical français.

De fait, on retrouve à Beyrouth, avec un léger décalage temporel, les grandes tendances générales de l'enseignement de la médecine en Occident à partir des années 1860-1870, soulignées par Thomas Bonner : à savoir l'accent mis sur la scientificité de la médecine, le conflit entre cliniciens et tenants des disciplines biomédicales, et le développement du cadre universitaire des études médicales[372].

La FFM est contrôlée par le ministère français de l'Instruction Publique, qui envoie annuellement des inspecteurs superviser les examens et s'informer des conditions d'enseignement et d'étude. Cette importante documentation nous renseigne sur la mise en oeuvre des programmes de France à Beyrouth, sur les difficultés qu'ils posent, et sur le fonctionnement des institutions hospitalo-universitaires. Elle nécessite toutefois un double-déchiffrement, pour faire la part de la complaisance à l'égard d'une institution française à

371 Vahid Behmardi, « Djemal Pasha and the Syrian Protestant College during World War I », in *Al-Abhath*, 2001-2002, Vol. 50-51, pp. 135-159.
372 Bonner, *Op. cit.*, pp. 251-253.

l'étranger, et en même temps du virulent anticléricalisme qui prévaut à l'Instruction Publique et dans les facultés de médecine hexagonales.

L'objectif de cette partie est de voir comment la réforme du droit médical ottoman a été mise en pratique ; or il apparaît, à travers l'histoire de la FFM, que son incidence a été majeure à plusieurs titres. Nous verrons dans un premier temps les conséquences directes de la nouvelle législation, à savoir la formation d'un champ de la formation médicale en partie étatique, en partie illégitime au regard du gouvernement ottoman, et les modalités de délivrance des diplômes. Comment le doctorat délivré par le ministère français de l'Instruction Publique devient-il aussi un diplôme ottoman ? Le processus de négociation montre à la fois combien pèse le poids de science nationale (ici française) dans l'ordre diplomatique, comment on s'arrange avec la souveraineté ottomane, et combien les normes d'examen ou la forme du diplôme peuvent être négociés. Entre ces paramètres, les étudiants cherchent à minimiser les risques.

Le plus difficile est ailleurs : comment les réformes ont-elles influé sur les diplômés en temps que praticiens ? Aussi examinerons-nous dans un second temps les conditions d'enseignement comme interface entre les exigences institutionnelles – qui portent notamment sur les programmes et les obligations de clinique – et les étudiants. C'est dans l'apprentissage, et par les efforts de la faculté pour souder les anciens dans un cadre associatif, que se forment l'empreinte de l'instution et l'esprit de corps.

Chapitre 3 : Les écoles de médecine de l'Empire ottoman et la délivrance des diplômes (1871-1918)

Introduction : de la négociation des diplômes à leur valorisation

La constitution des facultés de médecine dans l'Empire ottoman est inséparable d'un processus de formalisation des diplômes, qui ouvre la voie à leur valorisation par les diplômés. Le problème que ces évolutions parallèles posent à l'historien est que, dans le cas des facultés occidentales de Beyrouth, la question de la validité des diplômes délivrés est conflictuelle, et se heurte au refus de l'Etat ottoman de se dessaisir de son monopole sur l'octroi du droit d'exercice. Que ces institutions adoptent une ligne de moindre pente et évitent les heurts frontaux avec l'administration ottomane, comme le fait le SPC, ou qu'elles adoptent, de leur propre chef ou sous une impulsion extérieure, une attitude confrontationnelle vis-à-vis de l'EIM, ainsi qu'il arrive à la FFM sous la pression du gouvernement français, le fait qu'elles délivrent leurs propres diplômes pose la question de la valeur des titres universitaires. Obtenir, malgré l'opposition de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, le droit de délivrer des diplômes de médecine valides est le seul moyen d'assurer à terme la crédibilité des facultés étrangères. En quoi l'élargissement de l'offre de formation médicale disponible dans l'Empire ottoman, à partir de la fin des années 1860, influe-t-il sur la valeur accordée aux diplômes universitaires de médecine ? Où les conflits entre l'Etat ottoman et, à travers les facultés étrangères, les puissances occidentales, se greffent-ils dans la forme des examens et du diplôme ?

Ces questions reposent sur l'idée que le diplôme est valorisé dans les sociétés de l'Empire ottoman, et que par conséquent sa délivrance a un effet sur la position sociologique des jeunes médecins. De fait, il faut envisager la remise des diplômes comme un phénomène à double entrée. D'un côté, il marque l'aboutissement d'un contrôle formel, selon des normes qui définissent sa validité, et que discutent âprement les responsables des facultés et ceux de l'EIM. De l'autre, les conditions de la délivrance du diplôme sont fondamentales, car ce sont elle qui déterminent la réussite des institutions universitaires à imposer un type de formation,

à l'occidentale, comme modèle de formation médicale légitime. Tout le travail de mise en scène de l'institution de formation, perceptible dans la matérialité des titres universitaires, et toutes les représentations visuelles de la transmission du savoir et de la légitimité professionnelle, à travers les cérémonies de remise des diplômes, contribuent au succès de ce modèle. C'est pourquoi notre analyse, partant des conditions de création des facultés, et s'appesantissant sur les conflits relatifs à la validité des diplômes, serait incomplète sans une étude de la mise en scène des diplômes et des jeunes diplômés.

I – La mise en place champ de la formation médicale dans l'Empire ottoman et la fondation des facultés de médecine

A – Le champ de la formation médicale : un espace de concurrence politique

Les relations de pouvoir qui se tissent entre facultés et appareils administratifs ou diplomatiques nous encouragent à envisager la formation médicale dans l'Empire ottoman comme un champ au sens bourdieusien, traversé de conflits, d'intérêts divergents et, dès la fondation du SPC, d'une dimension de compétition religieuse, politique et intellectuelle[373]. Par rapport au champ de la pratique médicale déjà évoqué, la formation constitue un sous-champ spécifique : il n'est pas structuré par des oppositions sur les connaissances et l'art de la médecine, même s'il existe des différences dans les enseignements. Le fond du problème est religieux dans la mesure où les facultés de Beyrouth sont des institutions missionnaires, et politique, surtout vis-à-vis des autorités ottomanes. L'intéressant pour nous est que ces oppositions se cristallisent autour de questions scientifiques, comme le contenu des programmes, ou administratives comme le droit d'exercice : elles affectent alors la pratique du métier de médecin.

373 Cf Pierre Bourdieu, *Raisons pratiques*, Paris, Le Seuil, 1994, pp. 53-57, pour la définition des champs sociaux comme articulation des conflictualités et des relations de domination à la topologie de l'espace social.

La création des facultés de médecine dans le bilād al-Šām dans les décennies 1860-1900 est le résultat d'un enchaînement de projets concurrents. La très forte réactivité des différents acteurs de cet environnement régional de formation, régi d'abord par un équilibre diplomatique des pouvoirs, est une caractéristique saillante de cette dynamique et du fonctionnement des facultés. Il ne suffit pas, cependant, d'expliquer par la rivalité des puissances protectrices et des influences nationales l'impression de situation hyperconcurrentielle qui se dégage des archives : les ressorts microscopiques que sont les stratégies individuelles des étudiants viennent confirmer et amplifier la portée macroscopique des décisions institutionnelles. Le choix des étudiants entre les différentes institutions universitaires concurrentes, à Beyrouth au premier chef, est marqué par une grande élasticité ; à en croire un rapport Consulaire,

> « très souvent […] les jeunes Syriens n'hésitaient pas lorsqu'ils commençaient leurs études dans une école française, à continuer celles-ci à la Faculté américaine et réciproquement. Le désir d'apprendre celle des deux langues qu'ils ne possèdent pas encore, ou encore l'offre d'une bourse ou d'une faveur quelconque suffisent à les décider à un changement que leurs remarquables aptitudes linguistiques leur rendent fort facile. »[374]

A travers la question de la langue, l'élasticité se rattache à l'éventail des carrières. Elle a une multitude d'autres déterminants, souvent ténus. Comment sont produites les facultés de médecine, dont le fonctionnement conditionne cette élasticité ?

A la veille de l'ouverture du Département médical du SPC, qui fonctionne d'emblée comme une faculté de médecine, l'obligation de posséder un diplôme universitaire pour exercer la médecine existe, on l'a vu, mais elle reste largement formelle. Outre les facultés des pays occidentaux, dans lesquelles vont étudier un certain nombre d'étudiants ottomans, les étudiants syriens peuvent se rendre à Istanbul ou, dans les limites d'un quota, en Egypte, pour obtenir une formation médicale académique. La fondation des diverses écoles de médecine de la région est une réponse à cette situation de dépendance géographique, mais elle repose sur une diversité bien plus large de motivations.

374 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, du Consul Général de France à Beyrouth, à Stephen Pichon, ministre des Affaires étrangères , de Beyrouth, 28/01/1907.

B – La création du Département médical du Syrian Protestant College, une conséquence de la dynamique missionnaire (1867)

L'incidence de la fondation du SPC en 1866 et de son Département médical en novembre 1867 a reçu une grande attention dans l'historiographie du Moyen-Orient moderne et contemporain. Toutefois, les historiens ont relativement négligé les intentions des fondateurs et surtout la formation proprement dite d'un personnel médical. Le SPC est le plus souvent abordé en termes de génération intellectuelle dans l'histoire de la renaissance culturelle du dix-neuvième siècle, autour du moment de l'affaire Edwin Lewis de 1882[375],, comme institution séminale dans le développement de la médecine occidentale au Proche-Orient[376] ou bien comme facteur de formation d'une opinion éclairée et de débats relevant tant de la science que du politique[377]. La fondation du Département médical illustre les particularités de l'offre de formation au SPC et l'incidence de sa nature missionnaire et étrangère sur la carrière des étudiants.

D'après le révérend Stephen Penrose, historien et président de l'Université Américaine de Beyrouth (AUB, nom que prend le SPC après la formation de l'Etat du Grand Liban en 1920) dans les années 1940[378], la décision de fonder une école de médecine est déjà incluse dans celle, prise dès 1862, de créer une faculté protestante à Beyrouth[379]. Le but est de donner une formation professionnalisante aux jeunes gens éduqués dans les nombreuses écoles

375 Le Dr Edwin Lewis, professeur de chimie et de géologie, avait été renvoyé par l'administration missionnaire du SPC après avoir loué l'inspiration scientifique des travaux de Darwin lors des cérémonies de remise des diplômes de l'été 1882. Cette mesure disciplinaire avait entraîné un mouvement de protestation étudiante, parce que le renvoi du Dr Lewis avait entraîné une division du corps professoral, avec le ralliement à leur collègue démis des enseignants les plus arabophiles et les plus populaires dans les classes. La crise se solde par le départ de la moitié du corps professoral, le renvoi de la plupart des étudiants et la réadmission d'une partie d'entre eux après signature d'une lettre d'excuse, la scission des autres qui finissent leurs études médicales au Caire ou dans la petite faculté concurrente que le Dr Van Dyck fonde à titre temporaire, après avoir démissionné du SPC. Ces événements ont un caractère formateur dans la carrière intellectuelle des étudiants, dont quelques uns deviennent par la suite des intellectuels ou journalistes de renom, à commencer par l'un des leaders, Jurjī Zaydān. Nous reviendrons au chapitre 7 sur certaines ambiguïtés de cette génération de 1882, dont plusieurs membres se retrouvent, quelques temps plus tard, toute honte bue, employés dans les missions protestantes. Cf la recension de l'historiographie de la crise in Shafik Jeha, *Darwin and the crisis of 1882 in the Medical Department ; and the first student protest in the Arab world in the Syrian Protestant college (now the American University of Beirut)*, Beyrouth, AUB Press, 2004 , pp. 18-26.

376 R. Blecher, *Op. cit.*, pp. 21-41 et 54.

377 'Abdallah Ḥannā, *Al-Muṯaqqafūn fī'l-siyāsah wa'l-mujtama'. Namūḏaj al-aṭibbā' fī Sūriyah min awāẖir al-qarn al-tāsi' 'ašar ilā awāẖir al-qarn al-'ašrīn* [Les intellectuels en politique et dans la société. L'exemple des médecins en Syrie, de la fin du dix-neuvième à la fin du vingtième siècle], Damas, Al-Ahālī li'l-našr wa'l-tawzī', 1996, p. 15.

378 Laquelle succède au SPC après la formation de l'Etat du Grand Liban et sa séparation d'avec la Syrie en 1920.

379 Stephen Penrose, *That They may have life. The story of the American University of Beirut, 1866-1941*, Beyrouth, AUB Press, 1970 (1ère édition : 1941), pp. 8-9.

protestantes du bilād al-Šām et notamment de la montagne libanaise qui jusque là ne trouvaient guère de débouché professionnel après avoir reçu une éducation libérale. Le mouvement de créations d'écoles initié par les premiers missionnaires américains dans les années 1830 est déjà arrivé à un point critique à la fois du fait de son ampleur et de l'écart entre les exigences scolaires des enseignants et la difficulté rencontrée par leurs anciens élèves pour se reclasser sur le marché du travail. Pour citer le premier président du SPC, le Réverend Dr Daniel Bliss, on pouvait « ainsi éviter le reproche de projeter dans la société des parasites incapables et démunis »[380], réduits aux quelques carrières requérant une connaissance de l'écrit et des langues européennes : écrivains publics, drogman, etc. L'éducation secondaire sans portée professionnelle est vécue comme une perte de temps et d'argent sur le travail des jeunes gens, et les missionnaires se trouvent ainsi sous pression pour étendre l'éventail de leurs services scolaires.

Si la médecine est la première carrière envisagée, sans doute en raison du tropisme médical de certains des missionnaires américains dans le Mont-Liban comme Cornelius Van Dyck, il est très vite envisagé d'étendre l'éventail des formations à une variété de métiers : ingénieurs, avocats, marchands, secrétaires, employés[381]. De fait, à partir des départements des humanités (fondé en 1866) et de la médecine (fondé en 1867), les filières se multiplient avant la Première guerre mondiale, alors que l'Université Saint-Joseph, dont fait partie la FFM, peine à dépasser ces deux formations initiales : la création d'une faculté de droit, évoquée dès novembre 1882[382] et « arrêtée dans son principe » dès 1884[383], n'a lieu qu'en 1913. Le projet du SPC ne procède pas seulement par adaptation au marché du travail qualifié : il anticipe sur les besoins résultant des réformes de l'Empire ottoman. Celles-ci vont dans le sens de la professionnalisation, celle par exemple du métier d'avocat qui se substitue à l'activité moins formelle des *wakīl*-s (représentants) qui prévalait dans les tribunaux religieux[384].

Le SPC est également une institution missionnaire, et, s'il ne pratique pas l'exclusive religieuse, il suit les directives rigoureuses en matière religieuse qui émanent de la société presbytérienne qui a présidé à sa fondation, l'American Board of Commissioners for Foreign Missions (ABCFM). Cela passe, à l'intérieur du collège, par l'obligation faite et réitérée à

380 Cité in Penrose, *Op. cit.*, p. 10.
381 Penrose, *Op. cit.*, p. 10.
382 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 130, du Consul Général de France à Beyrouth à Charles Duclerc, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 23/11/1882.
383 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 181, du Consul Général de France à Beyrouth à Jules Ferry, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 12/03/1884.
384 Bernard Botiveau, *Loi islamique et droit dans les sociétés arabes*, Paris / Aix-en-Provence, Karthala / IREMAM, 1993, pp. 160-165 ; Iris Agmon, *Family and Court : Legal culture and modernity in late Ottoman Palestine*, Syracuse, Syracuse University Press, 2006, pp. 168-176.

tous les étudiants d'assister aux cours de métaphysique, aux services religieux et aux prières[385], et par le recrutement de missionnaires dans la région et au-delà parmi les anciens étudiants. Les études religieuses fournissent des pasteurs, et le département de médecine des praticiens, employés dès les années 1880 par les diverses sociétés protestantes en Egypte, à Gaza, Jaffa, Beyrouth, Damas, Brummana ou Mersine[386].

Le Département médical du SPC, bien que destiné par ses fondateurs à devenir une institution indigène au plus tôt[387], est et reste une institution au personnel purement occidental jusqu'au début du vingtième siècle. Son corps professoral, pour lequel on prévoyait initialement un recrutement moitié américain, moitié britannique[388], se compose jusqu'à cette date d'Américains, de Canadiens et de quelques Syriens[389]. L'école de médecine est financée, à l'origine, par un donateur britannique ; un fonds de placement permet à l'institution de pourvoir à l'ordinaire[390], tandis que l'institution requiert des étudiants qu'ils versent une somme couvrant au moins une partie des droits d'inscription[391], quitte à financer le reste et leur subsistance à l'aide de bourses. A ces différents titres, l'école de médecine n'est pas directement dépendante de la diplomatie américaine. Les choses sont plus ambiguës sur le statut légal de l'école de médecine, et des diplômes qu'elle dispense. D'un côté, le SPC est muni d'une autorisation de l'Etat de New York, qui officiellement le supervise[392]. D'un autre côté, le SPC reçoit assez tôt des éléments de reconnaissance officielle dans l'Empire, tout d'abord sous la forme d'un *wakīl*, agent responsable de gérer le patrimoine foncier en relation avec l'administration ottomane[393]. Après quoi, le révérend Bliss se rend en 1871 à Istanbul pour négocier les termes d'une reconnaissance officielle complète et notamment d'une habilitation à la collation des grades ; c'est un échec, mais le Département médical du SPC est bientôt reconnu comme une branche de l'EIM, habilitée à former des médecins, non à dispenser les diplômes. Les étudiants sont astreints à aller passer leurs examens de doctorat à Istanbul au terme de leur scolarité, mais n'ont pas à payer les 5 livres de frais d'inscription à ces examens, comme c'est le cas des diplômés arrivant dans l'Empire[394]. L'arrangement n'est pas fonctionnel, et l'administration du SPC n'a de cesse jusqu'en 1903 d'obtenir la tenue des

385 Penrose, *Op. cit.*, p. 47.
386 *Ibid.*, p. 50.
387 *Ibid.*, p. 10.
388 *Ibid.*, p. 18.
389 *Ibid.*, p. 66.
390 *Ibid.*, p. 32.
391 *Ibid.*, p23.
392 Foreign Relations of the United States, United States Department of State, *Papers relating to the foreign relations of the United States, with the annual message of the president transmitted to Congress, December 7, 1903*, p. 735 : lettre de Hay, Secrétaire d'Etat américain, à Leishman, ministre des Etats-Unis à Constantinople, de Washington, 02/02/1903.
393 Penrose, *Op. cit.*, p. 23.
394 SPC, *President's Annual report*, June 27, 1872, pp. 142-143 ; cité in Penrose, *Op. cit.*, p. 41.

examens à Beyrouth et le droit de délivrer des diplômes officiels. Le statut officiel du SPC est assez peu différent de celui de la FFM du point de vue de l'administration impériale, et c'est dans ces différences marginales que la rivalité entre les deux facultés beyrouthines se joue, d'autant que les projets de l'une et l'autre sont comparables. Pour l'Etat ottoman, le règlement de la situation du SPC sert de prototype pour décider du statut de la FFM. Pour les Jésuites et le Quai d'Orsay, au contraire, il s'agit d'entretenir certaines différences, et de donner autant que faire se peut un caractère national français à la faculté qu'ils créent de concert à Beyrouth.

C – La faculté de médecine de l'USJ, *némésis* de celle du SPC ?

1 – Multiplicité et hiérarchie des projets

Fondée à Beyrouth de la Compagnie de Jésus protégée la République française et favorisée par ses libéralités plus que toute autre institution catholique en Orient, la FFM se présente comme un moyen de répondre à plusieurs priorités en même temps. Au sommet de celles-ci se trouve la volonté de lutter contre la diffusion du protestantisme par l'influence du Département médical du SPC, qui compte notamment des catholiques parmi ses étudiants. A cela s'ajoute une finalité politique, celle de contrer l'influence politique britannique, dont la faculté américaine est perçue comme le relais par les diplomates français. Cette dernière idée est celle que les diplomates agitent le plus souvent. Dans leur perspective, une seule motivation est mise en avant : celle de contrer la faculté de médecine du SPC, et à travers elle, l'influence de la Grande-Bretagne sous couvert de celle des Etats-Unis. Un an avant l'ouverture de la faculté, en novembre 1882, le Consul Général de France à Beyrouth, Patrimonio, écrit :

> « Je ne reviendrai pas sur les motifs d'ordre purement politique qui ont déterminé vos prédécesseurs à faire cette libéralité aux Jésuites de Syrie. Ils ont cru avec raison, selon moi, qu'il y avait urgence et nécessité d'enlever aux missionnaires protestants […] un puissant moyen d'action sur les populations, tel que celui de former de jeunes médecins appelés plus tard à s'établir dans les principales villes de la Syrie[395]. »

Les responsables politiques français et les Jésuites ont des intérêts convergents au succès de la FFM : les premiers veulent étendre leur influence nationale, les second veulent

395 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 130, de Patrimonio, à Duclerc, de Beyrouth, 23/11/1882.

faire barrage au protestantisme et former des médecins qui soient de bons chrétiens[396]. Ceux-ci réussissent à faire accepter l'idée de la faculté par les ténors républicains en insistant sur la lutte contre le protestantisme et l'influence britannique, idée qu'appuient volontiers les diplomates en poste. La volonté de promouvoir la médecine, et celle de trouver des débouchés aux anciens élèves de l'enseignement secondaire, qui ont joué un rôle dans la fondation du Département médical du SPC, ne sont pas absentes[397]. Toutefois, elles ont une importance secondaire aux origines de la FFM.

La fondation de celle-ci est, dans ce contexte, le résultat d'une coopération entre les gouvernements républicains anticléricaux et la Compagnie de Jésus. Toutefois, leurs relations ne se résument pas à cela, et se composent aussi des rapport de domination et d'obligation, ainsi que de velléités d'indépendance du côté des Jésuites.

2 – Les fondateurs de la nouvelle faculté et l'ordre diplomatique

Dans la synergie entre France et catholicisme, il n'y a aucune naïveté de la part des deux acteurs principaux, le gouvernement français et les missionnaires Jésuites en Syrie. La mutualité des intérêts de la France et de la Compagnie de Jésus en Orient – l'une protégeant diplomatiquement l'autre, la seconde répandant le français au bénéfice de la première – est présentée comme un fait de tradition, mais non pas comme une donnée inexorable. Dans l'ordre de l'équilibre des puissances en revanche, il y a convergence pour voir dans le SPC un puissant instrument d'influence anglaise plutôt qu'américaine : il est fréquent que les diplomates français parlent de la faculté anglo-américaine de Beyrouth. Dans le même temps, et même si la mission de Syrie est attribuée à la province de Lyon des Jésuites[398], ceux-ci ne sont jamais perçus par le gouvernement français comme des défenseurs parfaitement sûrs des intérêts nationaux[399]. Le discours des diplomates est parfois de l'ordre de la dénégation, reposant sur un différentialisme qui distingue la portée politique de l'action des Jésuites en fonction du contexte géographique. Ainsi en est-il lorsqu'un Consul affirme que « ne pouvant découvrir les dangers que les Jésuites peuvent créer [à la France] en Orient, il [lui] est

396 Sur ce point, cf l'article que Chantal Verdeil a bien voulu nous communiquer : Chantal Verdeil, « Un établissement catholique dans la société pluriconfessionnelle de la fin de l'Empire ottoman », in *Cahiers de la Méditerranée* (à paraître).

397 Jean Ducruet, s.j., *Un siècle de coopération franco-libanaise au service des professions de la santé*, Beyrouth, Imprimerie Catholique, 1992, pp. 10-13.

398 Ducruet, *Op. cit.*, pp. 18-22.

399 Chantal Verdeil, « L'université Saint-Joseph de Beyrouth et la Troisième République (1875-1914) », in Patrick Cabanel dir., *Une France en Méditerranée. Ecoles, langue et culture françaises XIXe-XXe siècles*, Paris, Creaphis, 2006, pp. 236-237.

impossible d'en parler »[400]. Les relations effectives sont souvent rugueuses, et relèvent de tractations permanentes en vue du consensus.

Sur le plan du discours, en revanche, les diplomates et les hommes politiques français, catholiques ou républicains modérés tiennent le même discours que le Consul cité plus haut. La fondation de la FFM est appuyée par des hommes proches de Gambetta ou de Ferry, dont un certain nombre sont protestants, mais qui voient dans la FFM comme dans la colonisation un moyen pour la France de relever la tête sur le plan international après 1870 ; toutefois, l'Empire ottoman est souverain et il apparaît nécessaire de tenir compte de ses catégories politiques. Les républicains opportunistes français estiment donc qu'une bonne politique au Proche-Orient doit se concevoir dans les limites d'un confessionnalisme systématique et nationalisé, qui conduirait à associer une communauté confessionnelle à une puissance protectrice principale : pour la France, cela signifie appuyer le catholicisme[401]. Cette idée, qui sert notamment à repousser l'idée de transférer le soutien financier français des institutions catholiques vers des institutions laïques encore à créer, rencontre le scepticisme du personnel politique radical et socialiste, en particulier lorsque ces partis tiennent le ministère de l'Instruction Publique. Tandis que la diplomatie fait en général valoir les raisons relevant de l'équilibre des puissances et la compétition entre celles-ci, afin de défendre les intérêts de la faculté, l'Instruction Publique veille d'abord à ne pas la favoriser outre mesure et à faire respecter par elle, autant que possible, les lois et règlements passées en France. Comme l'a montré Chantal Verdeil, la faculté se trouve face à un interlocuteur plus ou moins accommodant en fonction de la coloration politique du ministre[402]. Les critères diplomatiques ne sont pas les seuls pris en compte, et des frictions existent entre le gouvernement et l'administration Jésuite de la faculté, autour des prérogatives de l'un et l'autre, ou de la possibilité d'appliquer les programmes français.

Le projet de fonder la FFM, soumis en août 1880 par le supérieur général des Jésuites de Syrie, le Père Normand, et assorti d'une étude de faisabilité très optimiste par le Consul de France à Beyrouth, Sienkiewicz[403], est ralenti par ces frictions internes.

400 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 45, de Sienkiewicz à l'Ambassadeur de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 12/08/1880.
401 Verdeil, *Art. cit.*, in Cabanel, *Op. cit.*, pp. 246-247.
402 *Ibid.*, p. 245.
403 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 45, de Sienkiewicz à l'Ambassadeur de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 12/08/1880.

3 – A projet français, professorat français

La deuxième idée qui cimente l'accord entre la Compagnie de Jésus et le gouvernement français – à savoir, leurs intérêts communs dans le jeu diplomatique au Proche-Orient – se manifeste d'abord dans la question de la nationalité des professeurs. C'est une exigence du gouvernement français, exprimée ici par Sienkiewicz, que de voir nommer exclusivement des citoyens français occuper les chaires de la nouvelle faculté :

> « Je pense, toutefois, qu'il serait essentiel de poser comme *condition absolue* que tous les professeurs devront être français. Les médecins italiens, notamment, sont ici à l'affût de toutes les positions à occuper ; déjà plusieurs médecins ayant un caractère officiel et, entre autres, le médecin du Gouvernement du Liban, sont italiens. Les places de professeurs à l'université française ne manqueraient pas d'être envahies par eux, si l'on n'y prenait garde ; ils sauraient, au besoin, recourir à bien des influences. Pour écarter tous ces prétendants sans qu'aucune difficulté locale puisse surgir il n'y a qu'à leur opposer un article formel du règlement qui sera à élaborer. Il ne suffit pas que les cours soient faits en langue française, les professeurs doivent être de nationalité française. Ce n'est pas sans de graves raisons que j'insiste sur ce point[404]. »

Parmi ces graves raisons, on peut compter la peur que d'autres puissances, comme l'Italie ou l'Allemagne, n'insinuent leur influence par le biais d'une nomination, et à terme, ne contestent la protection française après de lourds investissements du gouvernement de la République dans la faculté. Les Jésuites acceptent le principe de nationalité française du professorat.

La règle souffre cependant d'emblée une exception, le cours de petite chirurgie et d'ophtalmologie. Il semble acquis d'emblée que ce doit être un Syrien, puisque un médecin diplômé natif de Beyrouth porte sa candidature avec l'appui du Dr Lortet, doyen de la faculté de médecine de Lyon et acteur important de la politique médicale française au Proche-Orient[405]. On nomme en définitive le Dr Šākir al-Ḥūrī, « qu'il a paru politique de charger d'un cours d'ophtalmologie »[406] selon un inspecteur envoyé à Beyrouth par le ministère français de l'Instruction Publique dix ans plus tard, pour le rapport annuel et désormais habituel sur l'état de la faculté. Le cours en question est traité comme marginal par les divers observateurs, et la règle de nationalité s'applique surtout pour les principales chaires médicales, libéralement rémunérées par le gouvernement français.

---

404 *Ibid.*

405 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, du Dr Lortet, doyen de la faculté de médecine de Lyon, à Ferry, de Lyon, 27/12/1883.

406 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », 30/12/1894.

En contrepartie de la règle de nationalité, la Compagnie de Jésus veille jalousement sur son droit de choisir les professeurs : cela signifie qu'ils désirent s'assurer que ceux-ci sont des catholiques pratiquants, ce qui éviterait tout risque de subversion intellectuelle et qui est cohérent avec le projet de former des médecins chrétiens.

4 – Un objectif institutionnel : obtenir le statut de faculté

Les Jésuites mettent eux aussi des conditions à l'ouverture de la faculté : outre le choix des enseignants ; les autres touchent au recrutement, sous la forme de la fondation d'un cours préparatoire à l'école de médecine et de dispenses d'examens. Le cours préparatoire vise à mettre à niveau les élèves sortant des écoles secondaires francophones de Syrie pour leur permettre de suivre un enseignement scientifique en langue française. Il constitue pour les Jésuites une étape dans la réalisation de deux buts subséquents : obtenir le droit de délivrer des baccalauréats, et voir la FFM reconnue comme faculté.

En ouvrant leur cours préparatoire, les Jésuites cherchent à obtenir du gouvernement français la reconnaissance de l'équivalence entre le diplôme délivré au terme de cette formation et le baccalauréat français. Ils arguent que cette décision rapprocherait la FFM du fonctionnement des facultés de France[407], mais cette décision aurait surtout l'effet probable de drainer un large public qui ne caresse pas vraiment le projet de faire des études de médecine, mais que le baccalauréat intéresse[408]. Le ministère français de l'Instruction Publique s'y oppose avec détermination, craignant qu'une telle décision ne dévalorise le diplôme français et le rendent accessible indépendamment des programmes officiels. A défaut, un système de dispenses des examens d'admission à la faculté est mis en place au bénéfice de certains ordres et congrégations d'enseignement[409].

Les Jésuites échouent également à obtenir tout de suite le statut de faculté de médecine, après que le Saint-Siège a élevé en 1881 le séminaire au rang de faculté de théologie et de philosophie[410]. L'équivalence avec le baccalauréat et et le statut de faculté s'inscrivent dans un même projet, celui de rapprocher l'Université Saint-Joseph, qui outre les

407 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 45, de Sienkiewicz à l'Ambassadeur de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 12/08/1880 ; n° 89, du Consul à l'Ambassade de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 10/02/1881.

408 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 109, de Patrimonio à l'Ambassadeur de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 18/04/1881.

409 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 109, de Patrimonio à l'Ambassadeur de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 18/04/1881.

410 *Ibid.*

deux facultés susdites, se compose d'un externat d'enseignement secondaire et d'un séminaire, d'un réel statut d'université. Le gouvernement français, qui est essentiellement intéressé à la promotion de la seule FFM, refuse en revanche de lui octroyer les prérogatives d'une faculté. Le statut de celle-ci est réglé par l'accord passé avec Jules Ferry en 1883 ; quant au statut de faculté de médecine, il est conféré par le gouvernement français le 6 octobre 1888[411].

5 – L'accord avec Jules Ferry (7 mai 1883) et le règlement de l'USJ (15 septembre 1883)

L'accord survenu avec le gouvernement le 7 mai 1883[412] prend la forme d'un règlement envoyé par le ministère des Affaires Etrangères au Père Normand le 15 septembre 1883. Ce texte est le produit d'un accord entre les ministères de l'Instruction Publique et des Affaires étrangères, qui tient compte des exigences des Jésuites de Syrie. Le résultat de cette négociation tripartite se dessine dans le programme d'études, l'intitulé des diplômes délivrés, et par suite dans les limites de validité qu'impose la France aux diplômes de médecine de l'USJ.

Le programme correspond à celui des écoles primaires de médecine, qui propose un cursus réduit à 12 inscriptions (soit trois années) aux examens de l'officiat de santé ou du doctorat en médecine[413], qui nécessitent tous deux quatre ans d'études. Du point de vue du ministère de l'Instruction Publique, il n'est pas envisageable d'octroyer aux diplômés le titre de médecin à part entière, sauf à dévaluer le doctorat français. Une première mouture, proposée par Jules Ferry le 7 mai 1883, prévoit encore deux possibilités de scolarité, l'une en deux et l'autre en trois ans, et de donner un titre spécifique aux diplômés en fonction de la durée de leur cursus : médecin de seconde classe pour ceux formés en deux ans, et médecin de première classe pour ceux qui ont subi une année supplémentaire de cours. Ce dernier titre serait assimilé au titre d'officier de santé en France, à condition d'y repasser les trois examens devant une école ou une faculté française, sauf rapport favorable du jury de Beyrouth dispensant des deux premiers. Le Père Normand n'est pas satisfait et obtient, dans le règlement du 15 septembre 1883, l'unification de la scolarité en trois ans avec octroi d'un diplôme de médecin à tout candidat ayant réussi les examens[414]. La négociation aboutit ainsi à accroître l'ampleur du projet et à uniformiser par le haut la formation.

411 Ducruet, *Op. cti.*, p. 28.
412 Et qui prend la forme d'un premier projet de règlement de la faculté. Cf Ducruet, *Op. cit.*, p. 4.
413 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, d'Eugène Spuller, ministre de l'Instruction Publique, à Casimir-Périer, de Paris, 25/01/1894.
414 Ducruet, *Op. cit.*, pp. 53-54.

Même si l'Ecole décerne des diplômes de médecin (art. III du règlement de la faculté de médecine), délivrés par le ministère français de l'Instruction Publique (art. V)[415], ceux-ci ne sont pas reconnus comme tels sur le territoire français. Dans sa lettre au Père Normand, Ferry entend limiter la validité de ce titre de médecin à la Syrie, qui n'est pas du ressort des administrations françaises. Il est prévu des dispositions différentes pour la France et pour l'Algérie. En métropole, les diplômés de Beyrouth peuvent se voir reconnaître le titre d'officier de santé à condition de passer les examens probatoires, c'est-à-dire de repasser leurs examens en France. En Algérie, le diplôme doit être assimilé au certificat d'aptitude de l'Ecole de médecine d'Alger, qui permet d'exercer en territoire indigène, mais non dans les communes de plein exercice où vivent les Européens ; le titre d'officier de santé pour l'Algérie peut être octroyé par l'Instruction Publique à titre gracieux et sur examen du dossier[416]. En pratique, il semble qu'un système d'autorisation ait été uniformément appliqué en France et dans les colonies françaises, requérant une autorisation administrative d'exercer ; en 1888, le vicomte de Petiteville, Consul général de France à Beyrouth, demande que cette disposition soit levée. Toutefois, les remarques récurrentes sur la possibilité d'exercer aux colonies indiquent que les autorisations y sont données plus libéralement.

A l'encontre d'un discours métropolitain qui tend à restreindre le marché du travail médical, cette remarque montre que la faculté de médecine de l'USJ a parmi ses finalités secondaires celle de fournir aux colonies françaises un personnel soignant formé à l'occidentale. Les catégories de la colonisation française, en l'occurrence la dichotomie entre la métropole et l'indigénat, se trouvent ainsi appliquées par ricochet aux médecins issus de la FFM, qui sont associés aux indigènes par le statut de leur diplôme[417]. Formellement, cela dérive d'enjeux de programme, mais ni les Jésuites, ni le gouvernement français n'ont l'intention de former à Beyrouth des médecins susceptibles d'exercer en France. Les carrières que les fondateurs de la FFM envisagent pour les diplômés se situent soit dans l'Empire ottoman, où ceux-ci peuvent aspirer à un statut de notable, soit en dehors du monde occidental, et notamment dans le monde colonial où les administrations sanitaires manquent de personnel.

Cette justification disparaît cependant presque aussitôt : le SPC, dont la faculté de médecine possède un statut semi-officiel, propose une scolarité en quatre ans, ce qui correspond à la longueur des études dans les facultés de médecine et les écoles de plein

415 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, règlement de la Faculté Française de Médecine de l'USJ [07/05/1883, amendé le 15/09/1883].

416 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de Paul-Armand Challemel-Lacour, ministre des Affaires étrangères, au P. Normand, de Paris, 15/09/1883.

417 Cf Blecher, *Op. cit.*, p. 50.

exercice de France, qui conduisent aux examens du doctorat en médecine. La formation en trois ans, qui répond d'abord à des raisons budgétaires de financement des chaires de professeur, n'est pas tenable si l'USJ veut garder un espoir de voir ses diplômes reconnus par l'administration ottomane[418]. Ici, la loi des avantages comparatifs ne joue pas en faveur de la faculté des Jésuites, qui propose une formation d'une validité incertaine quoique plus courte, mais en faveur de l'institution qui bénéficie du plus de reconnaissance officielle.

Alors que le terme prévu pour la première promotion de médecin (novembre 1886) s'approche, le risque d'un désaveu de la formation proposée à la faculté de médecine de l'USJ, par l'administration et par suite par les étudiants, se fait sentir. Les Jésuites réclament du ministère français de l'Instruction Publique l'allongement de la scolarité afin de l'uniformiser par rapport à la faculté du SPC. Le Consul de France soutient la proposition en ces termes :

> « Le premier desideratum formulé [par les pères Jésuites] tient à la durée des études médicales. Comme Vous le savez, Monsieur le Président du Conseil, les Jésuites nous demandent la reconnaissance officielle de 16 inscriptions supposant 4 années de cours, c'est là une grande faveur qu'ils réclament du Gouvernement de la République, je m'empresse de le reconnaître, mais j'estime qu'elle peut leur être accordée, étant donné le but que nous nous sommes proposé d'atteindre en fondant la Faculté de Beyrouth.
> Il ne rentre pas dans ma pensée d'assimiler cette faculté à celles qui existent en France, bien au contraire, et si je suis amené à solliciter à son profit [?], c'est que je poursuis le but unique pour lequel elle a été instituée : la lutte contre la faculté américaine, l'impossibilité pour cette dernière de continuer son existence, l'influence en un mot nous restant sans conteste en Syrie sur ce terrain comme sur tous les autres. Pour arriver à ce résultat unique, le représentant de la France en Syrie a le devoir de s'appliquer, c'est de toute nécessité, à ne point établir de comparaison entre l'Ecole fondée sous nos auspices il y a trois ans et nos grandes facultés auxquelles une longue existence brillamment remplie a donné un renom universel.
> Ce principe admis, je ne vois que des avantages à la consécration officielle par l'Etat des 4 années de travail auxquelles se livreront les étudiants en médecine des Pères Jésuites. Les Américains consacrent 4 années à l'instruction de leurs élèves ; ne devons-nous pas employer le même temps à former les nôtres ? Nous ferons taire en adoptant cette mesure les gens jaloux ou malintentionnés qui prétendent que les études médicales faites chez les Pères n'offrent pas les garanties de celles accomplies chez nos concurrents. Or aucun élève de notre faculté n'a pu jusqu'à alors faire ses preuves comme médecin pratiquant tandis que les Américains établis depuis longtemps déjà ont de leurs anciens étudiants établis dans cette ville. En attendant que nous puissions lutter sur le terrain de la pratique, il me semblerait bon de ne pas fournir à ceux qui combattent notre influence un argument contre nous[419]. »

La concurrence entre la FFM et le SPC encore affaibli par l'affaire Edwin Lewis s'exprime ici avec une rare violence, mais la rivalité qui se présente comme sans merci sous la

418 Verdeil, *Art. cit.*, in Cabanel, *Op. cit.*, p. 244.
419 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 7, du vicomte de Petiteville, à Charles de Freycinet, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 18/05/1886.

plume du diplomate se déroule sur le terrain de la réputation ; et là, il n'est pas question de le céder aux missionnaires américains sur la qualité de la formation, quitte pour le gouvernement français à devoir donner une rallonge de financement, afin d'étendre la durée des enseignement et de la conformer non seulement à la norme établie dans l'école de médecine rivale, mais aussi à ce qui se pratique dans bon nombre de pays occidentaux à la même date, que ce soit la France, les Etats-Unis ou la Grande Bretagne.

Peu de semaines auparavant , le Père Marcellier, chancelier de la faculté de médecine de l'USJ, ne disait pas autre chose à ce même Consul, mais précisait que l'attention portée à la faculté de médecine du SPC était essentiellement le fait du gouvernement français :

> « La cause principale de la bienveillance accordée à l'école est l'existence à Beyrouth d'une école de médecine américaine qui distribue des médecins dans tout le pays, au grand détriment de l'influence française. L'école de Beyrouth est destinée à lutter contre cette école américaine, à faire aussi bien et mieux[420]. »

Le Père Marcellier défend, à la différence du Consul, la possibilité d'équivalence dans les facultés françaises. Entre la lettre du chancelier et celle du vicomte de Petiteville, il y a eu calibrage des exigences par ce dernier pour concentrer les demandes sur l'objectif le plus immédiat et le plus acceptable par l'Instruction Publique : la scolarité en quatre ans.

Alors que dans la conception du projet, le système français servait constamment de référence, on observe ici un curieux renversement de perspective : il s'agit désormais de présenter la modification désirée comme une norme locale, propre à Beyrouth où la FFM risquerait d'être en position de faiblesse face au SPC. Si le Consul répudie avec insistance toute pertinence de la norme française, c'est qu'il s'agit d'éviter tout rapprochement avec les diplômes des facultés françaises, et de freiner les éventuels désirs d'installation en France. Le raisonnement sous-jacent vise à la protection de la profession médicale française, mais il conduit également à ramener les étudiants de Beyrouth à une infériorité de niveau par rapport à la France métropolitaine. Incidemment, cela contribue encore à rapprocher de l'indigénat les médecins syriens formés sur le modèle français. Il est vrai que certains de ces médecins trouvent tout de même à s'installer, avec le temps, en France métropolitaine.

Avant même qu'une première promotion ait fini ses trois ans d'études réglementaires, la durée de la formation à l'USJ passe à quatre ans, mais le principe d'invalidité du diplôme en France reste en place. Les distinctions administratives entre l'exercice en métropole et au service des indigènes sont ensuite mises en œuvre de façon informelle. Là encore, l'avantage comparatif est du côté du SPC, dont le diplôme est pleinement valide aux Etats-Unis[421] ;

420 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, du P. Marcellier, chancelier de la faculté de médecine de Beyrouth, au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 04/1886.

421 Blecher, *Op. cit.*, p. 48.

toutefois cet avantage est amenuisé par la distance, et par le fait que travailler dans les colonies françaises signifie souvent exercer dans une institution gouvernementale, soit une garantie de statut social. Ces développements ne sont que des perspectives lointaines lors de l'ouverture de la faculté, qui doit d'abord faire face à une demande locale croissante de formation diplômante.

6 – L'ouverture de la faculté (novembre 1883) et ses débuts

La faculté ouvre ses portes le 30 novembre 1883[422], avec quelques semaines de retard sur l'ouverture prévue initialement pour octobre. Elle bénéficie dans un premier temps de la déconfiture du Département médical du SPC après l'affaire Edwin Lewis ; mais l'école des Jésuites se trouve bientôt confrontée à des difficultés dérivées de sa double dépendance institutionnelle.

En premier lieu, la tutelle française crée des obligations et des charges pour la puissance protectrice, que celle-ci n'est pas toujours disposée à assumer. Dès l'ouverture des cours, c'est le Consulat, sous la plume de Patrimonio, qui parle des étudiants comme de « nos protégés ». Il tire parti de la situation de la faculté, qu'il présente à l'administration ottomane comme une extension de la mission existante des Jésuites, elle-même placée sous protection Consulaire française, pour réclamer de celui-ci égalité de traitement par rapport aux étudiants du SPC[423]. L'idée de protection émane de la diplomatie française, comme un artifice destiné à doter le Consulat des garanties capitulaires contre le risque initial de fermeture de l'école de médecine par les autorités locales. Pourtant, l'usage de cette protection se retourne contre son initiateur et vient peser comme un fardeau supplémentaire sur les Affaires étrangères françaises, qui ont déjà investi beaucoup de crédits dans la fondation de la faculté et le financement de ses professeurs. Ces obligations sont d'abord reconnues par les inspecteurs envoyés par le ministère de l'Instruction Publique, en la personne du Dr Landouzy, chargé de présider les examens de la faculté en 1887, dont les propos sont rapportés par le Consul français :

> « Il nous faut donc, à tout prix, éviter ces avanies à des jeunes gens auxquels nous avons fait des promesses. Nous avons fondé une école, nous y avons mis des sommes importantes ; des professeurs pleins d'entrain, pour la plupart, ont consacré leur temps à former de jeunes médecins et leur ont fait entrevoir un avenir. Nous ne pouvons plus les abandonner sous peine de perdre notre influence à la conservation de laquelle nous

422 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 172, de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 27/01/1884.
423 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 172, de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 27/01/1884.

> mettons tous nos soins. En Syrie, on a confiance en la France, et en la France seule, car jamais jusqu'ici elle n'a trompé ses clients ou ses protégés. Il serait dangereux de tromper la confiance qu'ont mis en nous les étudiants en médecine. Leur inquiétude est déjà forte et la rentrée de cette année à l'Ecole s'est déjà ressentie de l'incertitude dans laquelle vivent les étudiants de quatrième année. »[424]

Pour les promoteurs de la FFM, il est donc urgent d'obtenir sa reconnaissance officielle, au moment précis où les premiers étudiants passent les examens de fin de quatrième année et devraient recevoir leurs diplômes de médecin, délivrés par le gouvernement français. Anticipant les difficultés de la négociation avec le gouvernement ottoman, le Consul était d'ailleurs revenu un an plus tôt sur la signification de la protection française aux étudiants et diplômés : « le chancelier de la Faculté de Beyrouth paraît dépasser la mesure lorsqu'il prétend que le but n'est pas atteint, que le diplôme décerné par le Gouvernement à la fin des cours ne fait pas de ceux qui l'ont obtenu des protégés français.[425] » Sans leur nier la qualité de protégés, il limite les obligations françaises à la responsabilité de chercher une solution en leur faveur, leur permettant d'exercer légalement – ou, implicitement, en faisant jouer l'entregent des diplomates de la République pour éviter aux jeunes diplômés des difficultés administratives.

En pratique, les diplomates français se trouvent bien dans l'obligation de défendre les jeunes médecins syriens face à l'administration ottomane. Il n'est donc guère étonnant que les jeunes docteurs aient une conscience aiguë de leur statut de protégé, comme l'affirme le Dr Amin Gémayel, qui se présente dans une lettre au Consul Général de France à Beyrouth comme « protégé français, lauréat de la Faculté de médecine, officier d'académie »[426], une décennie après le règlement définitif de la question de la reconnaissance des diplômes. Le statut de protégé français constitue l'un des bénéfices principaux, quoique officieux, du choix de la formation à la FFM. Le Gouvernement français, tenu par ses engagements de protection, est ainsi dans l'obligation de maintenir à flot la faculté de médecine contre tout risque d'échec institutionnel, et pour cela de nourrir le flot de fonds qui autorise l'expansion de l'institution. La protection rend plus difficile le désengagement financier de la France, qui serait perçu comme un revers retentissant et une porte ouverte à l'absorption, à moindres frais, de la faculté dans l'influence italienne ou allemande. Toutefois, malgré le réalisme budgétaire affiché par les Consuls successifs à l'égard des améliorations à apporter au fonctionnement de la faculté de médecine, la charge budgétaire est de plus en plus lourde.

---

424 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 58, de Petiteville à Emile Flourens, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 07/11/1887.

425 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 7 de Petiteville, à Freycinet, de Beyrouth, 18/05/1886.

426 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Dr Amin Gémayel au Consul Général de France à Beyrouth, de Bikfaya, 19/08/1909.

Il n'est donc pas étonnant que ces obligations aient conduit certains observateurs, dès les premières années de fonctionnement, à contester radicalement le bien-fondé même de la fondation ; et ce, pas seulement dans les rangs des opposants idéologiques, anticléricaux radicaux ou socialistes, au soutien officiel des Jésuites à Beyrouth. Le vicomte de Petiteville, se fait fin 1887 l'écho de ce désenchantement, entraîné par le rapport entre l'implication massive du gouvernement français et son bénéfice diplomatique immédiat très limité :

> « Mieux eût valu ne jamais fonder d'école de médecine. Le but de sa création a été de détruire l'école américaine. Le résultat est à peu près obtenu, de l'aveu même des docteurs Villejean et Landouzy, mais que demain nous ne mettions pas nos élèves en état de gagner honorablement et officiellement leur vie, l'école américaine, toute mauvaise qu'elle est, s'enrichira de nos dépouilles. »[427]

Là encore, ce jugement ramène l'évaluation budgétaire des résultats à la question de la reconnaissance officielle du diplôme de médecin de l'USJ. Le Consul avoue en substance que les revers subis en 1882-1883 par le SPC ne l'empêchent pas de rester un concurrent pour les Jésuites, même si ces derniers ne rencontrent pas, ou pas encore, de problèmes de recrutement.

Les mêmes doutes affleurent dans l'opinion que le Dr Villejean exprime en s'entretenant avec le Consul de France à Beyrouth, à la suite de sa tournée d'inspection en novembre 1886 ; mais à la question du diplôme, il ajoute celle du contenu des programmes, qui lui semblent irrecevables, venant d'une faculté qui aspire à être reconnue comme telle par l'Instruction Publique de France :

> « L'Ecole a besoin de remaniement, il est aisé de voir qu'elle n'a pas été fondée et organisée par des gens de métier. Il est possible d'en faire une école intéressante et appelée à un sérieux avenir, mais pour cela il vous faut assurer aux élèves un diplôme sérieux. – Cela dépend de vous et du Département de l'Instruction Publique, répliquai-je immédiatement. – La chose est vraie jusqu'à un certain point reprit mon interlocuteur, et pour ma part je suis prêt à appuyer l'obtention d'un diplôme de Docteur de la Faculté de Beyrouth, délivré par le Ministre de l'Instruction Publique en France, mais vos « docteurs », qui les reconnaîtra comme tels ? Croyez-vous que le Gouvernement ottoman les autorisera à exercer ? Comme je mettais en doute la nécessité de la reconnaissance de notre diplôme par l'autorité, M. Villejean me fit remarquer que l'école péricliterait si nous n'obtenions pas cette reconnaissance, cette sanction. […]
> Je le priai ensuite de me faire connaître confidentiellement les remaniements qu'il proposerait d'apporter à l'école étant donné que nous n'avions par l'intention de la fermer. Il n'hésita pas à déclarer que les professeurs étaient trop bien rémunérés et que le nombre des chaires devait être augmenté. Selon l'inspecteur, un cours d'hygiène serait indispensable, et les étudiants devraient être astreints à payer des frais

427 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 58, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 07/11/1887. Villejean et Landouzy sont les inspecteurs envoyés par le ministère français de l'Instruction Publique, respectivement en 1886 et 1887, et chargés de présider les jurys d'examens de doctorat et de rendre compte du fonctionnement de la faculté.

> d'inscription et d'examen, comme cela se pratique en Europe. Il serait possible d'après son avis de réaliser de cette façon des économies permettant d'acquérir des collections et des instruments indispensables et d'augmenter le nombre des professeurs.
> Ceux-ci, me dit-il en terminant, pourraient être classés en 2 catégories distinctes et seraient rétribués selon l'importance des [?] témoignés. La faculté ainsi remaniée ne vous coûterait presque rien, au bout de quelques années, car les élèves, en payant les droits d'inscription et d'examen l'aideraient à vivre, mais je ne parle ici que dans l'éventualité d'une reconnaissance du Grand Turc. »[428]

Aux échelons supérieurs de la hiérarchie diplomatique, le ton est plus sceptique encore ; outre la question du droit d'exercer pour les jeunes diplômés, ce sont les conditions de possibilité de la faculté qui sont remises en cause. A une lettre par laquelle le vicomte de Petiteville rendait compte des observations du Dr Villejean, un lecteur du ministère des Affaires étrangères fait les annotations suivantes :

> « Le créneau intellectuel du pays n'est pas encore assez élevé pour une université de ce genre. D'après le P. Charmetant[429] qui vient de visiter cette école nous n'avons pas de résultats sérieux à en attendre. Fantasmagorie. Poudre aux yeux. Dépenses énormes. Difficultés d'avenir avec le Gouvernement ottoman. »[430]

Le point de vue sévère du P. Charmettant n'est pas exempt de rivalités institutionnelles, puisqu'il représente une institution chargée d'aider en particulier au financement des écoles catholiques françaises du Proche-Orient en général : la faculté de médecine reçoit des ressources importantes que d'autres fondations envient. Quant à l'avis du lecteur, il est d'abord sensible à la question budgétaire et juge le rendement de la faculté insuffisant. Les prémisses de la condamnation portée contre la FFM sont corroborés à mainte reprise : il existe un problème de mise à niveau, qui relève, comme on va le voir, des priorités de l'enseignement secondaire religieux mais aussi des méthodes d'apprentissage. L'insatisfaction enregistrée à Paris est le résultat d'un écart manifeste entre la norme française affichée et la réalité de l'enseignement.

Les paramètres pris en compte par la hiérarchie diplomatique reposent sur une hiérarchie des finalités, que les Jésuites sont en mesure d'apprécier et de prendre en compte dans leurs demandes au gouvernement français. La pression, émanant du ministère français de l'Instruction Publique, pour monter le niveau de la faculté de Beyrouth, n'est qu'une de ces priorités, et certes pas la principale. Le poids accordé par le Quai d'Orsay à la lutte contre le SPC fournit aux Jésuites un levier pour contrebalancer les effets de leur dépendance

428 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 28, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 23/03/1887.

429 Sur Félix Charmetant, directeur-général de l'Oeuvre des Ecoles d'Orient, cf Dominique Trimbur : « Une appropriation française du Levant : la mission en Orient du cardinal Dubois, 1919-1920 », in Cabanel, *Op. cit.*, en particulier p. 109.

430 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 28, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 23/03/1887.

financière et politique chronique. La réduction du champ de formation médicale à une compétition frontale et exclusive avec le SPC, si elle sert les intérêts de l'USJ dans ses relations avec le Quai d'Orsay, ne masque pas des difficultés dues au caractère récent de l'institution. Le gouvernement français n'est d'ailleurs pas aveugle aux inspirations réformatrices qu'il peut trouver ailleurs, pour faire converger l'idéal de formation de l'Instruction Publique de France et les modalités culturelles de l'enseignement au Proche-Orient. Dans le cas des premiers inspecteurs, l'observation des autres facultés de la région est destinée autant à connaître la concurrence, qu'à chercher des solutions pour améliorer l'enseignement prodigué sous la direction des Jésuites. C'est la raison pour laquelle le vicomte de Petiteville insiste pour faire visiter la faculté de médecine du SPC au Dr Villejean ; et c'est encore pourquoi la mission officielle de son successeur, le Dr Louis Landouzy, envoyé en Orient en septembre, octobre et novembre 1887, est :

> « a. D'inspecter l'Ecole française de médecine de Beyrouth, et d'y faire subir aux étudiants un examen portant sur les matières du second examen et sur les cliniques ;
> b. De fournir une appréciation sur le présent et l'avenir de l'Ecole ; sur les améliorations et les extensions possibles et nécessaires ; sur les privilèges que réclame l'Ecole, et qu'il serait possible de lui accorder ;
> c. De voir, au Caire, ce qu'était l'enseignement de la médecine dans un pays musulman, qui, par sa situation, son régime politique, ses mœurs, sa religion et sa langue, pouvait attirer ou retenir les étudiants d'Afrique ou d'Asie ;
> d. De voir comment était pratiqué et accepté, en pays musulman, l'enseignement de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique dans une Faculté d'Etat, l'Ecole khédiviale étant avec la Faculté de Constantinople, le seul établissement conférant, dans les pays musulmans, des diplômes de docteur en médecine. »[431]

Laissons de côté le dédain implicite du SPC, qui délivre bel et bien des diplômes de docteur en médecine, ainsi que la question de l'anatomie sur laquelle nous allons revenir au chapitre 4 : cet ordre de mission implique une réactivité pédagogique. Au ministère français de l'Instruction Publique, on ne considère pas les autres institutions régionales exclusivement comme des rivales dévaluées, car les premières années de fonctionnement de la faculté de médecine de l'USJ ont montré le profit qu'il pouvait y avoir à les imiter.

Face à la faculté de médecine du SPC, dont la fondation suit une logique essentiellement missionnaire, celle de l'USJ n'est pas purement symétrique : son développement institutionnel se fait dans une dépendance double vis-à-vis d'un ordre religieux et d'un gouvernement qui, s'ils ont des intérêts convergents, ne sont pas strictement de connivence. Dans le cas de l'Ecole ottomane de médecine, créée à Damas en 1903, la

431 *Exposé des titres et travaux scientifiques du Dr L. Landouzy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Tenon, rédacteur en chef de la* Revue de médecine*, membre de la Société de biologie, lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine, Lauréat de l'Institut*, Paris, Félix Alcan, 1890, p. 202.

démarche est en revanche purement administrative ; mais alors qu'à l'USJ, la chronologie de la fondation était déterminée par un processus de négociations finalisées, l'Ecole ottomane de médecine de Damas semble née dans un chaos des décisions, face à des réticences internes à l'administration, et à la suite de décisions passées au forceps.

D – L'Ecole ottomane de médecine de Damas : un projet de déconcentration de la formation

La fondation de l'Ecole ottomane de médecine de Damas en 1903 est le produit d'un processus qui oscille entre la concurrence directe avec les facultés de Beyrouth et une logique territoriale proprement ottomane. Référence est faite à ce projet dès 1893 : en réponse aux questions des diplomates français relatives à la possibilité d'une reconnaissance officielle éventuelle de la faculté de médecine de l'USJ, Niẓām al-Dīn bey, inspecteur sanitaire de la province de Beyrouth[432], adresse à la Sublime Porte un rapport favorable à la faculté de médecine de l'USJ, qu'il aurait lui-même provoqué si l'on en croit le Consul de France. Dans ce document, il évoque un projet de redéploiement de la formation médicale dans l'Empire. Le but serait d'ouvrir quatre nouvelles écoles de médecine dans l'Empire à Monastir (Skopje), Smyrne, Erzeroum et Damas[433]. De ces quatre localisations, seule la dernière voit, en définitive, la réalisation du projet, une décennie plus tard.

Le choix de la ville semble avoir été problématique : si en 1893 il est question de Damas, un article du journal beyrouthin *Al-Aḥwāl* en date du 13/02/1900, reprenant le quotidien d'Istanbul *Ma'lūmāt*, annonce le projet d'ouvrir une nouvelle école ottomane de médecine à Beyrouth, et non Damas ; le Consul Général de France à Beyrouth s'en émeut, étant donné qu'il y a déjà deux facultés en ville[434]. Indépendamment de la question de la localisation, le projet est en tout cas dans l'air, puisque le contenu de l'article précise que la nouvelle de la fondation avait été annoncée une première fois dans les journaux d'Istanbul avant ce rectificatif[435]. La correspondance du Consul Général de France à Damas avec le *wālī** de la province de Syrie, Nāẓim Paşa, illustre surtout les hésitations de l'administration

432 « Maḥalliyyah » [Nouvelles locales], *Al-Bašīr*, n° 1049, 28/01/1891, p. 2.

433 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Réponse de Nizzam Eddine », s.d. [1893].

434 Abdul-Karim Rafeq, *The History of the Syrian University. The beginning and the growth – 1901-1946. The First State University in the Arab world. The centenary of the School of Medicine. The ninetieth anniversary of the School of Law*, Damas, Librairie Nobel, 2004 (en arabe), p. 10.

435 MAE Nantes, Constantinople, série E, 709 : annexe à la dépêche n° 12 du Consul Général de France à Beyrouth à Constans, Ambassadeur de France à Constantinople, de Beyrouth, 15/02/1900 : « Traduction d'un entrefilet du journal *Al-Ahwal* du 13 février 1900 ».

ottomane au sujet de la fondation d'une nouvelle école de médecine. Le *wālī* assure que la nouvelle de la création de cette faculté est erronée, et guère envisageable au vu de la situation financière de l'Etat ottoman. Aussi dit-il avoir envoyé un rapport recommandant la fondation d'une école de sages-femmes à Damas sur les fonds du ministère ottoman de l'Instruction Publique, création qui serait moins coûteuse[436]. Dans son numéro d'avril 1901, *Al-Ṭabīb* confirme ces propos en annonçant que Nāẓim Paşa est sur le point d'obtenir la fondation d'une école de sages-femmes, et tout en se félicitant de la nouvelle, émet le souhait de l'ouverture d'une institution similaire à Beyrouth[437].

L'iradé impérial requérant la mise en œuvre des efforts nécessaires à la fondation d'une école ottomane de médecine à Damas est cependant promulgué le 27/09/1901[438]. On est tenté d'émettre quelques hypothèses sur l'empressement du Sultan à mettre en branle le processus de formation de l'institution et donc à prévoir une ligne budgétaire à cette fin ; car les hésitations que nous venons d'évoquer indiquent que le processus de décision est très éloigné de la planification géographique évoquée en 1893. A quel type de circonstances, à quels tiraillements ou à quels imprévus correspond la création d'une faculté de médecine dans une province par l'Etat ottoman ?

Abdul-karim Rafeq, dans son ouvrage consacré à l'histoire de l'Université arabe de Damas, privilégie une explication qui place le souverain en position réactive vis-à-vis de ses sujets. Il fait état de diverses pétitions émanant de musulmans de Damas, et demandant l'ouverture d'une école de médecine à proximité, afin de les libérer du dilemme où ils se trouvent, contraints ou de se saigner financièrement pour envoyer leurs enfants à la faculté d'Istanbul, ou de les confier à l'une ou l'autre des écoles chrétiennes de médecine de Beyrouth. D'après cet auteur, ces pétitions auraient été relayées par l'entourage religieux damascène du sultan-calife, à travers la *ṭarīqah šāḏiliyyah yušratiyyah*, dont Abdülhamid II est membre. Ce concours de demandes, augmenté des besoins de l'armée stationnée dans la province de Syrie, aurait conduit le pouvoir à Istanbul à entreprendre la mise en œuvre d'un projet d'école de médecine[439]. Il faudrait donc voir dans la décision de créer l'Ecole ottomane de médecine de Damas le double résultat de l'influence de piliers de l'Etat hamidien, l'armée et une confrérie religieuse, sous l'effet conjugué de redéploiements militaires et de l'action des missionnaires.

Sans contester ces points, nous suggérons quelques autres facteurs contextuels qui ont pu jouer sur la décision impériale. Le premier est la possibilité qu'une puissance occidentale

436 Rafeq, *Op. cit.*, p. 9.
437 « *Madrasat al-qawābil fī'l-Šām* » [Une école de sages-femmes à Damas], in *Al-Ṭabīb*, 01/04/1901, p. 350.
438 Rafeq, *Op. cit.*, p. 10.
439 *Ibid.*, p. 11.

supplémentaire, la Russie, fonde une faculté de médecine de plus dans le bilād al-Šām, cette fois à Damas. Le projet est éphémère : *Al-Ṭabīb* annonce en mai 1898 qu'un représentant de la Société impériale de Palestine aurait obtenu de la Sublime Porte un permis pour y fonder une école où la médecine serait enseignée en langue arabe[440]. Le projet, qui n'aboutit pas, embarrasse néanmoins l'administration ottomane. En réaction, cette dernière facilite le fonctionnement de la FFM, en particulier lors de l'organisation des deux sessions d'examens de février et novembre 1899, qui suivent la reconnaissance officielle de celle-ci par la Sublime Porte[441]. L'administration ottomane s'efforce de faire barrage au projet russe en aidant l'un de ses concurrents existants, avant de se lancer dans une initiative mimétique ; tout cela porte ses fruits, et fin 1900, le projet de faculté de médecine russe apparaît déjà enterré[442]. L'échec en lui-même n'est guère étonnant, et il ne s'agit pas là du seul exemple de projet avorté de ce type : il en va de même de l'école de médecine que l'ABCFM crée à Aintab, et qui ferme en 1889[443]. Fonder une école de médecine et l'entretenir nécessite une solide assise budgétaire et une dose de bienveillance de la part l'administration locale.

Le second facteur est la pression interne à l'administration ottomane, en faveur d'une politique de santé publique plus affirmée et, pour pouvoir mener celle-ci à bien, l'extension de la formation médicale. Autour du moment où Nāẓim Paşa envoie un rapport au Sultan pour demander la fondation d'une école de sages-femmes plutôt que d'une faculté de médecine à Damas, l'administration de l'Ecole militaire impériale de médecine en envoie un autre, pour demander l'augmentation du nombre de médecins diplômés. D'après ce rapport, certaines provinces ottomanes sont vides de tout médecin possédant le diplôme d'Etat ottoman habilitant à exercer la médecine ; mais les auteurs estiment qu'il serait possible à l'Etat de former en 5 ans un nombre suffisant de diplômés pour répondre aux besoins du pays[444]. L'EIM semble avoir voulu faire pression en faveur d'un accroissement de ses propres moyens, mais face à l'avis de Nāẓim Paşa, le rapport a joué en faveur du projet d'école de médecine à Damas.

Aux pressions des religieux et de l'armée, il nous semble qu'il faut, pour expliquer la décision du Sultan, ajouter la concurrence entre les administrations. Cette impression de désordre se renforce au vu des circonstances qui, sur le moment, ont hâté la fondation de

440 « Madrasah ṭibbiyyah rūsiyyah » [Une école de médecine russe], in *Al-Ṭabīb*, 01/05/1898, p. 365.

441 MAE Nantes, Beyrouth, A, 172, « Rapport adressé par M. Cornil, Sénateur, à M. Leygues, Ministre de l'Instruction Publique », de Paris, 18/11/1899.

442 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Georges Leygues, ministre de l'Instruction Publique ; annexé à la dépêche n° 10 de Théophile Delcassé, ministre des Affaires étrangères, au Consul Général de France à Beyrouth, de Paris, 26/03/1901.

443 Penrose, *Op. cit.*, p. 66.

444 « Kulliyyat al-ṭibb al-'uṯmāniyyah » [La Faculté ottomane de médecine], in *Al-Ṭabīb*, 01/04/1901, p. 350.

l'Ecole ottomane de Damas : le gouvernement ottoman envoie un directeur en 1903, afin de mener de front l'ouverture de l'école et une tâche d'inspection et d'organisation sanitaires, alors que le choléra menace de s'insinuer en ville[445]. L'ouverture de la nouvelle institution, retardée pour des raisons vraisemblablement budgétaires, est ainsi précipitée par la menace directe de l'épidémie, et a lieu en définitive le 01/09/1903, en réponse à un vœu pressant du sultan Abdülhamid II[446]. Du projet initial, l'idée de distribution géographique raisonnée a disparu, et c'est l'urgence sanitaire qui impose, en catastrophe, l'ouverture d'une institution qui, moyennant une série de réforme, continue à fonctionner sans interruption jusqu'à la fin de la Première guerre mondiale, à l'exception d'une brève période lors de la Révolution de 1908[447].

A la différence du SPC et de l'USJ, conçues et réalisées en fonction de priorités claires, l'EOM semble avoir été fondée au terme d'un processus assez chaotique. C'est une école d'importance secondaire par rapport à l'EIM, dotée d'un personnel de moindre renommée professionnelle, traité comme un professorat de seconde classe ; et une incertitude plane sur l'ampleur de la demande de formation qu'elle vient satisfaire, car les estimations du nombre de diplômés entre 1903 et 1918 varient du simple au double, de 110 à 240, selon les auteurs[448]. L'ensemble de ces considérations nous amène à penser que l'Ecole ottomane de médecine de Damas n'a pas été tant conçue comme l'instrument d'une politique publique, mais comme un pion hasardé dans le jeu des rivalités nationales et religieuses, ainsi que le montre Rafeq.

445 Rafeq, *Op. cit.*, p. 12.
446 *Ibid.*, pp. 13-15.
447 *Ibid.*, p. 23.
448 *Ibid.*, pp. 26-28.

II – Les contraintes externes pesant sur la formation

A – Les conditions d'admission et la sélection des étudiants

1 – La demande de formation

Dans toutes les écoles de l'Empire, le recrutement des étudiants en médecine se fait sur la base de l'enseignement secondaire. A la FFM, les examens d'admission ne sont pas conçus pour amener aux études médicales. Dès son ouverture, le problème de la sélection et de la mise à niveau des étudiants se trouve posé.

Le tri se fait d'abord sur le plan sociologique. En dépit des affirmations initiales selon lesquelles l'enseignement devait être gratuit[449], la formation est payante et son recrutement n'a rien d'interclassiste. Il s'agit certes de former et de promouvoir une élite moderniste par la profession médicale, mais les Jésuites ne cherchent pas spécialement à produire des hommes nouveaux. Ajoutons que, comme le remarque Mathew Burrows, il existe une demande pour le type de formation que la France a à offrir au titre de sa « mission civilisatrice » au Levant[450] : il n'y a pas de problème fondamental de recrutement, et donc pas de raison de prendre le tout-venant des candidats.

Pour les Jésuites, il ne s'agit pas seulement de sélectionner parmi un bassin de fils de notables ou de familles à l'aise, mais encore de veiller à les orienter vers un enseignement convenable, et tout d'abord chrétien. La FFM vise notamment à écarter les étudiants catholiques du Département médical du SPC, mais aussi de l'EIM dont Sienkiewicz, qui n'est pas un témoin neutre, affirme qu'elle n'a pas bonne réputation en Syrie[451]. Canaliser les élites vers les institutions catholiques importe peut-être plus encore aux Jésuites que les projets d'ingénierie sociale qui motivent la fondation de la FFM, car c'est le moyen de renouveler les relais qui attachent le menu peuple maronite ou melkite à Rome.

449 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 130, de Patrimonio à Duclerc, de Beyrouth, 23/11/1882.
450 Mathew Burrows, « '*Mission civilisatrice*' : French cultural policy in the Middle East, 1860-1914 », in *The Historical Journal*, 1986, 29, 1, p. 132.
451 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 45, de Sienkiewicz à l'Ambassadeur de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 12/08/1880.

2 – La sélection à l'entrée la faculté de médecine

A la FFM, l'examen d'entrée prend en réalité la tournure d'un concours, comme celui passé pour l'admission à la faculté de médecine du SPC[452].

a – Les conditions de candidature et le programme

α – Les conditions d'identité et les usages politiques de la nationalité

Les examens d'admissions sont organisés chaque année à partir de 1883 dans le courant des mois d'octobre et novembre. Les conditions mises aux candidatures, portant sur la maîtrise des programmes de l'enseignement secondaire français en Méditerranée, ainsi que sur la nationalité et le lieu de résidence, délimitent un bassin de recrutement qui correspond à une aire d'influence imprécise ainsi qu'à une prénotion culturelle : ce que les diplomates nomment l'Orient. Les programmes, eux, s'inspirent des normes françaises ; mais leurs exigences de connaissances sont adaptées au public de la FFM. Ces deux dimensions sont assez représentatives de l'esprit de l'action scolaire française en Méditerranée : le modèle des cours est celui de la France, auquel on s'efforce indubitablement de faire adhérer les étudiants, et cependant les difficultés linguistiques et la distance culturelle justifient des accommodements avec cette norme qui maintient une différence entre les Français et les Ottomans acculturés à force de baigner dans la culture et la science de la France.

Les conditions de candidature sont progressivement formalisées, par souci de diplomatie vis-à-vis du gouvernement ottoman, de protection des normes de l'Instruction Publique française, et par inquiétude quant au seuil d'admissibilité. Dans l'ordre chronologique, la première condition posée, par une circulaire transmise par le Consul de France à Beyrouth à la date du 20/10/1896, est de pouvoir justifier d'une scolarité secondaire complète. Le but est évident : à savoir, en s'assurant de la durée d'étude dans une institution donnée, d'éviter la candidature de jeunes gens ayant abandonné leur formation secondaire en cours de route, ou ayant vagabondé d'une institution à l'autre. En pratique, cela barre la route

452 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n° 50, de Couget à Boppe, chargé d'affaires de France à Constantinople, de Beyrouth, 28/02/1914.

aux candidats autodidactes, à la différence du SPC où un Jurjī Zaydān peut concevoir le projet d'intégrer le Département médical sans formation initiale, se préparer en quelques mois auprès d'un étudiant, réussir les examens et de là, faire une carrière d'intellectuel[453]. Il y a une dimension méritocratique aux études de médecine, en ce qu'elles offrent la possibilité d'une carrière indépendante et valorisée en vertu d'un seul antécédent, le diplôme ; toutefois, les critères d'admission des étudiants ouvrent la porte plus ou moins grand, dans la mesure où l'instruction secondaire est déjà un critère socialement discriminant.

Les implications institutionnelles de la circulaire sont elles aussi de plus longue portée qu'il n'y paraît, car elle débouche sur la demande d'un certificat de scolarité de la part de la dernière école fréquentée, ce qui donne à celle-ci un pouvoir de dissuasion effectif sur les éléments les plus incertains et les plus susceptibles de faire baisser les taux de réussite[454]. De plus, cette mesure renforce le quadrillage identitaire des étudiants, classés de longue date par la faculté et le Consulat en fonction de leur confession religieuse : ces derniers sont repérés en fonction de l'établissement d'origine, ce qui peut être source de conflit ou de discrimination implicite.

La reconnaissance des diplômes de l'USJ à la fin de l'année 1898 entraîne au bout de deux ans une définition plus étroite des conditions de nationalité pour l'admission à la faculté de médecine. L'enjeu est double : il s'agit d'abord de garantir la délivrance du diplôme par l'EIM, laquelle est conditionnée à la présentation d'un *tezkéré nüfüs* (attestation officielle d'identité) valide, et donc au droit de résidence dans l'Empire ottoman[455]. De plus, le ministre français de l'Instruction Publique est intéressé à éviter que la scolarité à la faculté de Beyrouth ne devienne un moyen de contourner ses propres directives relatives à l'obtention du doctorat en médecine de l'Université française. Ce ministère décide en 1901 de poser les conditions de nationalité suivantes pour être admis à la faculté de médecine de l'USJ :

> « A la suite de la dépêche que mon prédécesseur a eu l'honneur de vous adresser le 5 novembre 1900, il a été décidé (16 février 1901)
> A – que les facilités accordées aux élèves de la Faculté de médecine de Beyrouth, en vue du diplôme d'Etat de Docteur en médecine, seraient exclusivement réservées aux Ottomans ;
> B – que les *Levantins* proprement dits, c'est-à-dire les jeunes gens de nationalité européenne *nés en Orient* et dont les familles y sont définitivement installées sans esprit de retour, pourraient également en bénéficier ;
> C – que *tous* les autres étudiants, Français ou étrangers, venant directement soit d'Europe soit d'Amérique ou résidant *momentanément* en Orient, n'auraient accès à la Faculté que s'ils justifiaient du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique

453 Anne-Laure Dupont, *Ǧurǧī Zaydān 1861-1914. Ecrivain réformiste et témoin de la Renaissance arabe*, Damas, Institut Français du Proche-Orient, 2006, pp. 119-135.

454 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, de Mgr Paul Debs au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 29/10/1896.

455 MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 232, n° 38, de Bompard à Couget, de Péra, 02/04/1912.

> (Lettres-Philosophie) ou à défaut de ce grade, d'une autorisation *spéciale* de mon administration. […]
> La question a d'autant plus d'intérêt que plusieurs étrangers (un Américain notamment) se sont présentés à l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Paris pour s'y faire inscrire.
> Lorsqu'ils ont appris, qu'en vertu de la Loi du 19 avril 1898, ils seraient seulement autorisés à postuler le diplôme universitaire ne conférant pas le droit d'exercer sur le territoire français, ils ont manifesté l'intention d'aller accomplir leur scolarité à Beyrouth où, ont-ils dit, le diplôme d'Etat leur serait délivré sans aucune difficulté. »[456]

En pratique, le droit d'admission est étendu à tous les candidats définis comme *orientaux*, terme dont l'ambiguïté géographique est éclaircie par l'exemple : il se réfère aux ressortissants de l'Empire ottoman, Egypte incluse, et de la Perse. Le critère semble être le caractère islamique de l'Etat d'origine, qui place l'Etat français en situation de protecteur des populations catholiques. Ainsi, en 1914, la question se pose de la licéité d'admettre un candidat de nationalité albanaise, en délicatesse avec l'armée ottomane en raison de ses opinions nationalistes. L'USJ s'efforce alors de trouver des points de droit permettant de répudier la candidature, qui risquerait de créer une situation embarrassante lorsque l'étudiant arriverait en face du jury franco-ottoman de doctorat. Un des arguments utilisés par le Père de Martimprey, chancelier de la faculté de médecine, est le statut de l'Albanie vis-à-vis de l'Orient : « l'Albanie ne faisant plus partie de l'Empire Ottoman et n'étant plus alors considérée comme pays d'Orient, il nous faudrait pour admettre ce candidat à notre Faculté une permission spéciale du Ministère. »[457] Finalement, le jeune homme n'est pas accepté. Le critère d'origine « orientale », qui traduit initialement les finalités de « mission civilisatrice » de la FFM au nom de la France et de l'Europe civilisée, a pris une définition géographique univoque et discriminante.

Ces critères de nationalité mettent l'administration de l'USJ et la diplomatie française en mesure de faire de l'Etat ottoman leur obligé, eu égard à une autre question politique des années de l'immédiat avant-guerre, l'immigration juive en Palestine. Lorsque le gouvernement russe interdit les études de médecine aux sujets juifs du Tsar, nombre d'entre eux demandent à pouvoir se présenter aux examens d'admission. Là encore, la chancellerie de la faculté s'efforce de refuser d'en admettre le plus grand nombre : l'argument invoqué se trouve de nouveau dans les directives relatives aux admissions, et dans le fait que les sujets russes ne sont pas des Orientaux. Toutefois, c'est aussi un moyen de repousser la perspective de voir des étudiants juifs russes se présenter aux examens de doctorat devant les membres

456 MAE Quai d'Orsay CPC NS Turquie 459, de Bayet à Delcassé, de Paris, 01/02/1904.

457 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, du P. de Martimprey, chancelier de la Faculté française de médecine de Beyrouth, à François Georges-Picot, Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 03/04/1914.

ottomans du jury, alors que l'Etat sultanien s'est lancé dans une politique limitant l'accueil des juifs d'Europe à ceux prêts à prendre la nationalité ottomane, et à l'exclusion de l'immigration vers la Palestine[458]. Pour les examens d'entrée à la faculté en octobre 1909, le chancelier de la faculté recense déjà près d'une cinquantaine de candidatures de ce type. Certaines émanent d'ailleurs de jeunes filles, ce qui est amené à poser des problèmes de reconnaissance officielle si elles obtiennent leur diplôme, vu la réglementation ottomane présentée au chapitre précédent. 3 candidats ont été admis aux examens, dont l'un, Spitzberg, est mineur et né de parents établis à Jaffa : il fait donc partie de la catégorie des Levantins. Les deux autres ont entamé les démarches de naturalisation, et ne peuvent passer les examens de fin de doctorat qu'après avoir obtenu la nationalité ottomane ; c'est à cette condition expresse qu'ils ont été reçus. A tous les autres, le chancelier a rappelé les conditions de nationalité pour l'admission, ce qui semble avoir dissuadé l'écrasante majorité[459]. Dans ce cas comme dans le précédent, l'application de la réglementation édictée par le ministère français de l'Instruction Publique n'est pas au service des intérêts français. Elle est utilisée pour éviter que l'universalisme de principe, au nom duquel l'USJ accueille les étudiants sans considération de confession religieuse ni d'appartenance ethno-nationale, n'entre en conflit avec les orientations politiques du gouvernement ottoman, représenté par trois professeurs de l'EIM au sein des jurys d'examens de fin de doctorat des facultés de Beyrouth.

β – Le programme

L'examen d'entrée en première année de médecine à l'USJ se fait sur programme, sauf pour les étudiants dispensés, à savoir les élèves ayant réussi les examens finaux des cours préparatoires de l'USJ, du collège des Lazaristes d'Antoura et du collège de la Sainte-Famille au Caire, ainsi que les bacheliers de l'enseignement français[460]. Les contenus de savoirs exigés des candidats astreints à l'examen d'admission sont établis par l'article 2 du règlement du 15 septembre 1883, révisé en 1885, qui stipule que

« Les épreuves écrites consistent en une composition de Français et en une

458 Notes verbales de la Sublime Porte aux représentations étrangères des 23/02/1888 et 21/11/1900 et « Règlement sur les Israélites débarquant en Palestine », s.d., in Young, *Op. cit.*, vol. 2, pp. 155-158.

459 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 19/10/1909.

460 MAE Nantes, Beyrouth, A, 184, « Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Instruction Publique [Joseph Chaumié] par le Docteur L. Hugounenq, Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon, Président du jury chargé de faire subir leurs examens aux élèves de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth (Syrie) (Session de février 1903) »

composition dans la langue vivante choisie par le candidat.
Les épreuves orales consistent en interrogations :
1° sur les notions de littérature française.
2° sur l'histoire de l'Europe depuis le XVIIe siècle jusqu'à nos jours et sur la géographie élémentaire de l'Europe et de l'Asie.
3° sur les éléments de l'arithmétique, de l'algèbre et de la géométrie.
4° sur les éléments de la physique, de la chimique et de l'histoire naturelle.
5° sur les éléments de la logique.
Les candidats devront, en outre, traduire un passage d'un auteur dans la langue vivante qu'ils auront choisie.
L'explication du latin et du grec ancien est facultative. »[461]

En pratique, les matières énumérées au 4° sont largement négligées, et l'importance des mathématiques est minorée. L'énoncé de ce programme peut servir de levier sur certaines institutions scolaires désireuses d'améliorer leurs performances, mais il se heurte à l'orientation générale de l'enseignement catholique francophone dans l'Empire ottoman.

b – La préparation aux épreuves

La préparation aux examens d'admission à l'USJ constitue une motivation pour les directeurs d'écoles secondaires. Le taux de réussite à ces examens constitue une publicité évidente pour chaque institution. Le programme des épreuves permet alors aux diplomates français et à l'Instruction Publique de peser sur certains aspects des programmes de secondaire, mais leur marge de manœuvre est étroite. Leurs interventions sont aisément perçues comme une ingérence idéologique, dans des écoles où l'enseignement est très orienté. Le conflit entre congrégations et anticléricaux, évacué en principe des relations entre les écoles catholiques sous protection française et les diplomates de la République, réapparaît ici : c'est moins du côté des écoles indigènes réputées plus « traditionnelles » dans leurs méthodes d'enseignement que les tensions se font sentir, que du côté des congréganistes expulsés de France, Jésuites et Lazaristes au premier chef.

L'inertie vis-à-vis des programmes pour les examens d'admission à l'USJ est limitée à des disciplines précises, et se fait surtout sentir de la part des écoles dont la direction est européenne. Ailleurs, dans les sciences exactes et dans les écoles dépendant des Eglises catholiques orientales, les religieux sont davantage accessibles aux demandes de réforme des programmes d'étude. L'archevêque maronite de Beyrouth, Mgr Paul Debs, défend le Collège

461 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 1, de Belloz, directeur de la direction politique du ministère des Affaires étrangères, à Patrimonio, de Paris, 17/01/1885.

de la Sagesse de Beyrouth dans une lettre adressée en 1895 au Consul de France, contre l'accusation de donner un enseignement de moindre qualité lancée par certains inspecteurs du ministère français de l'Instruction Publique : chiffres de recrutement à l'appui, il soutient que l'on s'y prépare correctement à la faculté de médecine. En ce qui concerne la principale demande de réforme, à savoir l'amélioration de l'enseignement des mathématiques, qui était négligé jusque là, il reconnaît bien volontiers la nécessité et l'intention qui est la sienne de s'y plier[462].

Chez les Jésuites et les Lazaristes, en revanche, l'orthodoxie intellectuelle prime sur le contenu théorique des programmes pour entrer à l'USJ. Le catalogue de la bibliothèque de l'externat témoigne de la prédilection, notée au reste par les inspecteurs du ministère de l'Instruction Publique, pour les auteurs du Grand siècle, notamment les sermonnaires[463]. Y occupent également une place notable les essayistes contre-révolutionnaires comme Chateaubriand et Joseph de Maistre, et les historiens de la même coloration politique, comme Michaud et Poujoulat[464]. Le catalogue révèle des lectures presque exclusivement eurocentriques, et surtout marquées par l'ambition d'encadrer les esprits pour prévenir la déchristianisation. Une même inertie face aux demandes de l'Instruction Publique de France laisse dans les écoles secondaires, et notamment chez les Jésuites, la priorité aux humanités et à la lecture d'auteurs hostiles à la modernité politique représentée par la Révolution Française. Les inspecteurs, soit par options philosophiques personnelles, soit en raison de l'écart entre l'enseignement dans les écoles secondaires françaises du bilād al-Šām et les lycées de la métropole, critiquent, en vain, les limites de principe de ces programmes. L'histoire et la philosophie sont les occasions privilégiées des escarmouches. Les examens d'histoire se cantonnent au dix-septième et au début du dix-huitième siècle, et le programme de philosophie reste concentré sur la logique, ce qui définit un programme d'apparence consensuelle[465]. Au terme des examens de 1894, l'un des inspecteurs, le Professeur Lépine, a beau jeu de se plaindre que ce choix conduit à passer sous silence « le rôle émancipateur de la France (et notamment de la Révolution française) »[466], qui inspire le soutien de la République à la faculté de médecine : le reproche d'ingratitude n'est jamais loin. Lépine est appuyé dans

462 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, de Mgr Paul Debs au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 29/10/1896.

463 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, n° 31 du Consul Général de France à Beyrouth à Gabriel Hanotaux, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 24/06/1895 ; Université Saint-Joseph, *Bibliothèque de l'externat. Catalogue des livres*, Marseille, Imprimerie E. Jouve et Cie, 1883, pp. 15-16 .

464 Université Saint-Joseph, *Op. cit.*, pp. 3-5 & 15-16.

465 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », daté du 30/12/1894.

466 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », daté du 30/12/1894.

sa critique par l'Instruction Publique de France, en raison des facilités consenties par celle-ci en faveur de la faculté de médecine. La reconnaissance du statut entier de doctorat en médecine de l'Université de France aux diplômes de la FFM, le 6 août 1894 constitue pour ce ministère un levier permettant de faire accepter ses exigences. Le raisonnement est qu'une institution qui délivre au bout de quatre ans des diplômes rigoureusement identiques à ceux des facultés françaises doit se rapprocher des conditions d'admission à celles-ci, sauf à dévaluer ces dernières par le jeu des équivalences en cours de scolarité[467]. L'argument pourrait porter s'il ne visait deux objectifs distincts d'un même coup, le niveau des examens d'admission et l'orientation politique de l'enseignement congréganiste dans l'Empire ottoman.

Le Consul, Saint-René Taillandier, est pris entre deux feux. Il fait valoir, dans ses annotations en marge du rapport du Dr Lépine, la difficulté d'imposer un manuel qui conviendrait à des religieux, « surtout aux Jésuites »[468]. De fait, les circonstances jouent en faveur de ces derniers. En premier lieu, ils contrôlent les deux bouts de la chaîne, administrant leur propre institution d'enseignement secondaire et la faculté de médecine elle-même. En second lieu, ils sont capables de mobiliser, le cas échéant, des protecteurs autres que le gouvernement français, à commencer par le Saint-Siège, tandis que les écoles catholiques de rite oriental sont davantage dans une relation de dépendance vis-à-vis de l'Etat français. Enfin, il y a autant de programmes nécessitant supervision et de susceptibilités à ménager que d'écoles congréganistes catholiques, latines, rattachées à des Eglises catholiques orientales et subventionnées par le gouvernement français, ou complètement indépendantes de la République ; et celles-ci sont légions[469]. Voilà qui prive l'Instruction Publique française d'un véritable pouvoir normatif. Les principales écoles congréganistes peuvent ensuite se retrancher derrière ces faits pour ne pas bouger d'un pouce.

Tout ceci ne revient pas à dire que les remarques des inspecteurs sur les lacunes des étudiants de première année, héritées des années d'enseignement secondaire, restent lettre morte. Cependant, le consensus autour des épreuves et des priorités de sélection pour les besoins de la formation médicale n'est pas la norme entre l'Instruction Publique et les écoles congréganistes. C'est pourquoi, en 1903, le problème se déplace vers un enjeu que le gouvernement français peut davantage contrôler, la composition de ces mêmes jurys d'admission.

---

467 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b de Raymond Poincaré, ministre de l'Instruction Publique à Hanotaux, de Paris, 02/03/1895.

468 *Ibid.*

469 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 28/01/1907.

c – Le jury des examens d'admission

Le problème principal posé par l'organisation des épreuves est celui de la composition du jury comme facteur de transparence du recrutement ou, au contraire, de clientélisme par école. Le système des dispenses pour les étudiants de certains cours préparatoires va déjà dans le sens de relations de clientèle. Le fait que les Jésuites soient à la tête de l'USJ et d'un ensemble d'écoles dans le bilād al-Šām redouble le problème : d'un côté, il semble préférable de donner à la Compagnie de Jésus un droit de regard sur ses futurs élèves, en incluant un de ses membres dans le jury[470]. De l'autre, et pour prévenir toute accusation de favoritisme, le gouvernement français a accepté la présence de représentants d'autres ordres ou congrégations dans la commission d'examens[471], avec l'accord de principe des Jésuites[472]. Le régime qui se met en place à partir de 1884 prévoit la représentation dans le jury, à proportion d'un membre par institution, du Collège des Lazaristes d'Antoura, du Collège maronite de la Sagesse et du Collège patriarcal grec-catholique[473]. Pendant une vingtaine d'années, le système fonctionne sans à-coup, et la question de la composition du jury s'efface derrière celle du niveau des étudiants admis.

Le problème de ce système, signalé en 1903 par un des inspecteurs de l'Instruction Publique, le Dr Hugounenq, est qu'au lieu de neutraliser les rivalités, il conduit à une forme de cartellisation des épreuves d'admission. A mesure que des écoles secondaires nouvelles apparaissent dans la région, et tout spécialement des institutions laïques, la situation devient source de conflit autour de la représentation au sein de la commission. L'inspecteur suggère de remplacer le système représentatif, vu comme trop confessionnel par les parlementaires anticléricaux français, et d'opérer une mise à plat[474]. Les dispenses d'examen d'admission seraient supprimées, sauf pour les bacheliers de l'enseignement français, et il ne resterait au jury que le Consul, qui le préside depuis les débuts de la faculté, et les représentants de l'USJ, désormais choisis exclusivement parmi les professeurs laïcs, payés par le gouvernement français. La réforme est mise en place dès les examens d'octobre 1903, mais elle ne suit pas

470 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 13 de Ferry à Patrimonio, de Paris, 08/12/1883.
471 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 2, de Freycinet à Patrimonio, de Paris, 18/02/1882.
472 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 109, du Consul Général de France à Beyrouth à l'Ambassadeur de France à Constantinople, de Beyrouth, 18/04/1881.
473 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 172, de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 27/01/1884 ; et n° 181, de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 12/03/1884.
474 MAE Nantes, Beyrouth, A, 184, « Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Instruction Publique par le Docteur L. Hugounenq, Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon, Président du jury chargé de faire subir leurs examens aux élèves de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth (Syrie) (Session de février 1903) »

jusqu'au bout les recommandations du Dr Hugounenq : les membres du jury sont pris en majorité parmi les professeurs de la FFM et sont pour la plupart laïcs, mais les Jésuites ont obtenu que l'un des leurs, enseignant à la faculté de médecine, y siège aussi[475].

Le nouveau régime repose toujours sur un compromis, dans la mesure où la FFM garde un droit de regard sur les admissions, et où les Jésuites continuent d'être représentés dans les jurys ; toutefois, il marque un déplacement du centre de gravité vers les intérêts gouvernementaux et ses orientations anticléricales. L'effectivité de la réforme sur l'élargissement du recrutement est limitée : non que la faculté de médecine n'attire pas des étudiants venus de plus loin et d'en dehors du giron des écoles catholiques francophones, mais cette dilatation du bassin de recrutement est antérieure au nouveau système.

Les problèmes de représentation, d'étiquette, etc., qui entourent cette réforme témoignent de la difficulté générale à mettre en place une procédure d'examen impartiale et perçue comme telle ; or la neutralité vis-à-vis des candidats est un des enjeux généraux de la promotion du diplôme académique. Ce dernier est à la fois un titre, dont la valeur n'est pas seulement sociale mais économique, en raison de l'investissement en temps d'étude ; et un indice objectivé de la valeur personnelle de celui qui l'obtient. Sans doute les échelles utilisées pour mesurer la valeur varient-elles d'un acteur à l'autre : un inspecteur de l'Instruction Publique s'intéresse surtout à l'excellence dans les champs disciplinaires présentés aux examens. En revanche, l'administration de la FFM cherchent moins à produire de savants médecins que des praticiens professionnels, sociables, chrétiens, bien introduits : de ce point de vue, c'est moins la démonstration de savoirs dans la salle de classe que les efforts d'intégration à l'environnement de l'Université Saint-Joseph dans son ensemble qui sont valorisés chez les étudiants. La défense du principe d'impartialité sert ici les buts politiques des anticléricaux, comme elle sert en général les intérêts des institutions étrangères, qui construisent à travers elle une image différentielle et positive d'elles-mêmes. Force est cependant de constater que les relations d'influence, *waṣṭah* ou *zi'āmah*, s'insinuent dans le système et qu'il n'est pas dans l'intérêt de l'USJ ou de sa nation protectrice d'y mettre un terme absolument. Cette question suscite néanmoins l'exercice d'une imagination procédurale qui rend visible les formes de l'impartialité, et qui laisse en même temps la porte ouverte au compromis entre les différentes parties, à condition que les circonstances politiques rendent celui-ci possible. C'est le cas en 1903, lorsque la réforme de l'examen d'admission est entraînée par une affaire qui évolue en conflit politique jusqu'au Parlement français. C'est

475 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 459, de Joseph Chaumié, ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts, à Delcassé, de Paris, 24/09/1903 ; et n° 60 de Sercey, Consul Général de France à Beyrouth, à Delcassé, de Beyrouth, 20/10/1903.

encore le cas, entre d'autres acteurs, quand les diplômes des facultés de Beyrouth sont reconnus par la Sublime Porte après longtemps d'attente.

B – L'impératif de reconnaissance officielle du diplôme

La formation de la FFM vise à produire des professionnels, et il importe donc que ces derniers soient légalement habilités à exercer. Ce point est l'objet d'une négociation ardue avec l'Etat ottoman sur plus de dix ans à partir de 1887, négociation dont le R.P. Jean Ducruet a établi, pour la FFM, la trame historique à partir des archives de la Compagnie de Jésus. Dans son ouvrage, qui vise à retracer l'histoire de la faculté, il illustre les mutations successives que connaît le statut du diplôme avant d'être reconnu légalement jusqu'à l'accord survenu entre les Jésuites, le gouvernement français et la Sublime Porte* à l'automne 1898[476].

Notre approche n'est pas la même, pour deux raisons. La première tient à l'optique de notre recherche, qui s'intéresse d'abord aux médecins, à leur formation et à leur pratique : la négociation autour de la validité des diplômes de la FFM est révélatrice des modalités d'application des règlements relatifs à l'exercice de la médecine, des motivations et des choix des étudiants en matière de formation, et du poids du titre universitaire dans la carrière. Durant les années de pourparlers, les étudiants sont en dehors de la discussion mais capables de la faire évoluant en allant s'inscrire chez les concurrents, au gré des circonstances. Cela ne fait qu'ajouter de la complexité aux tractations[477].

La deuxième raison tient à notre documentation, essentiellement tirée des fonds des archives diplomatiques françaises. Celle-ci met en valeur le diplôme, qui est au coeur des négociations, au détriment d'autres enjeux non moins importants pour les étudiants. Toutefois, nous avons trouvé des références récurrentes et nombreuses à l'angoisse qu'inspire aux futurs médecins la perspective d'exercer dans l'illégalité, faute d'un titre valide aux yeux des autorités locales, ce qui nous conforte dans l'idée que le diplôme est une articulation essentielle de la carrière, aux yeux des praticiens eux-mêmes. En outre, la documentation diplomatique a l'avantage de montrer ce qui se laisse seulement deviner dans les nombreuses citations que fait le Père Ducruet, à savoir la multiplicité des acteurs de la négociation : elle

476 Jean Ducruet, « Congrégations religieuses et gouvernements français anticléricaux partenaires en Orient (1880-1910) », in Cabanel (dir.), *Op. cit.*, pp. 101-106.

477 Le détail institutionnel de cette négociation a été résumé de façon synthétique par le Père Jean Ducruet (*Op. cit.*, pp. 53-62) ; notre objet ici est l'incidence des décisions adoptées dans le courant de la négociation sur la formation et le métier des médecine, plutôt que la négociation elle-même.

met notamment en relief toutes les tractations avec l'administration locale, les ministères ottomans et le pouvoir sultanien. L'analyse des enjeux de la négociation prend alors une profondeur nouvelle par rapport au récit de cet auteur : la reconnaissance du diplôme touche non seulement à de la viabilité de la FFM, qui motive l'attitude généralement assez conciliante des Jésuites à l'égard des demandes de l'Etat impérial, et à la souveraineté de l'Empire ottoman, mais également au contenu des cours et aux principes de la qualification médicale lorsque la discussion tourne autour du prestige de la science médicale française et des modalités de constitution d'un jury impartial. Enfin, les documents diplomatiques montrent clairement qu'il y a plusieurs temporalités dans la négociation : les solutions proposées à l'échelle des ministères français interfèrent à plusieurs reprises avec le *modus vivendi* trouvé avec l'administration locale pour permettre aux étudiants de pratiquer sans être inquiétés. Ici, la distance, la méconnaissance du terrain dans les bureaux parisiens et les principes généraux invoqués par ceux-ci[478] contribuent à rendre la situation des diplômés instable, jusqu'à ce qu'une crise, en 1897, impose de trouver une solution définitive.

Plusieurs dimensions du fonctionnement et de la formation de la FFM entrent en ligne de compte dans la négociation. Toutefois, la question centrale est celle de la validité du diplôme délivré par la faculté et, corrélativement, de la reconnaissance officielle de celle-ci. Nous passerons donc d'abord en revue les étapes des pourparlers autour de cette question avant d'en étudier les conséquences sur les autres points en discussion : la définition des programmes, la composition des jurys d'examen, la forme du diplôme et le protocole qui entoure sa remise aux nouveaux médecins.

478 Ducruet, *Op. cit.*, p. 59.

1 – De la validité du doctorat en médecine

a – Deux négociations concurrentes

α – Les acteurs

Le contexte de la négociation sur la reconnaissance des diplômes de la FFM est complexe. Celle-ci n'est pas face à face avec l'administration ottomane, mais dans une configuration multipartite, dans laquelle les ministères français et Rome interviennent. De plus, les tractations engagées par les Français qui représentent les intérêts des Jésuites ont lieu en parallèle avec une autre négociation, engagée par le SPC avec précisément les mêmes buts. Comprendre les positions des acteurs est alors nécessaire pour restituer la trame événementielle.

L'EIM et les facultés étrangères entrent en conflit sur la question de la validité du diplôme au nom des mêmes valeurs, et notamment de l'idée qu'il doit être possible d'encadrer la pratique de la médecine. Le SPC et la FFM participent de l'affirmation de la médecine occidentale, destinée à remplir ce rôle normatif, en particulier à travers les procédures d'examen que sanctionne le diplôme de médecine. L'EIM, d'accord en cela avec la législation de la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du nord, conteste que la médecine occidentale, comme science, soit une garantie suffisante pour les patients ; car qui contrôle alors le respect de leurs propres normes par les institutions de transmission des savoirs ?

Ce sont les mêmes considérations de santé publique qui ont conduit les Etats du dix-neuvième siècle à laisser les considérations médicales influer dans un sens volontariste sur leur politique, qui amène l'EIM, au nom du gouvernement ottoman, à se poser en unique instance de contrôle. Il n'est pas anodin que cette responsabilité échoie à une institution médicale, dans la mesure où les médecins de l'Empire considèrent, comme leurs collègues européens, que les normes de leur profession sont leur domaine réservé. Toutefois, ce sont les politiques qui ont la haute main sur la décision de reconnaître ou non les facultés étrangères de Beyrouth, et certains d'entre eux sont plus disposés à le faire que d'autres.

Du point de vue de l'Etat ottoman, il n'est *a priori* pas question d'octroyer aux facultés

de Beyrouth le droit d'habiliter leurs étudiants à pratiquer la médecine. La reconnaissance officielle du diplôme, condition de l'applicabilité du règlement de 1861, est un privilège régalien de l'Etat ottoman, qui par *iradé** impérial a investi l'EIM du monopole du droit à la collation des grades de docteur en médecine[479]. A ce compte, la FFM et le SPC, en délivrant leurs diplômes, usurpent une prérogative administrative, et de plus elles ont ouvert leurs portes sans autorisation du gouvernement. Il n'y a pas, côté ottoman, de raison de transiger sur une question de souveraineté, et surtout pas en faveur d'institutions que leur nature missionnaire et étrangère rend indésirable à l'Etat impérial.

Le SPC essuie les plâtres de la négociation à partir de 1871 ; très vite, il apparaît que la Direction de l'Administration médicale civile ottomane n'a aucune intention de reconnaître les diplômes qu'il délivre. Le *modus vivendi* qui se met en place à compter de 1872 comporte la reconnaissance de la valeur de l'enseignement dispensé, sans admettre la validité des diplômes décernés : les étudiants sont admis à venir repasser tous les examens à Istanbul. D'emblée, l'application de cette décision de l'EIM apparaît lourde et coûteuse en temps et en argent pour les diplômés du SPC, et certains d'entre eux choisissent de pratiquer sans permis, malgré les poursuites judiciaires. L'un d'eux, As'ad Ḥaddād, diplômé de la faculté en 1872, et installé à Tripoli, est accusé en 1873 d'exercice illégal de la médecine pour une opération chirurgicale malheureuse. Il s'en sort en mobilisant de « puissants amis » qui lui permettent de pratiquer avec la tolérance des autorités locales[480]. Jusqu'au tournant du siècle, une majorité des étudiants issus des deux facultés étrangères de Beyrouth se trouvent placés dans cette même situation, en proie aux poursuites de leurs concurrents immédiats détenteurs du DEO. Le SPC reprend périodiquement les négociations, sans succès.

Les Jésuites ne semblent pas avoir de position arrêtée sur la solution à adopter pour obtenir la reconnaissance de la validité du diplôme. L'enjeu de la négociation est de trouver les conditions permettant un accord conciliant les points de vue des parties en présence, et ouvrant l'exercice de la médecine aux diplômés de Beyrouth. Du côté de la faculté, on considère que la reconnaissance du diplôme garantirait un avantage comparatif sur le SPC. Toutefois, le processus qui conduit à la formation de jurys mixtes franco-ottomans en 1899 finit par occulter la rivalité locale. La concurrence des normes, qui se double de considérations protocolaires marquant la souveraineté, transforme la valeur d'usage du diplôme en jouant sur sa validité géographique, les modalités des examens et la forme matérielle des titres universitaires.

---

479 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 218 de l'Ambassadeur de France à Constantinople à Hanotaux, de Thérapia, 29/09/1897.

480 Daniel Bliss, *Letters from a new campus*, Beyrouth, AUB Press, 1994, p. 32 & p. 263

La concurrence entre les deux facultés de Beyrouth joue dans le sens de l'administration ottomane, laquelle s'efforce de bloquer un processus qui permettrait à celle des deux facultés étrangères qui serait reconnue la première de connaître une croissance rapide. En refusant de reconnaître leurs diplômes, l'Etat impérial s'efforce de limiter leur essor dans l'espoir de pouvoir développer convenablement ses propres structures de formation. La rivalité entre Jésuites et protestants et ses prolongements diplomatiques permet à l'administration ottomane de faire barrage à la reconnaissance de l'une ou de l'autre. Ainsi en janvier 1896, le Consul Général de France à Beyrouth rapporte à son ministère de tutelle que l'administration du SPC est convaincue de la reconnaissance prochaine de ses diplômes à Istanbul, ce qui durcirait la concurrence entre les deux facultés étrangères[481]. Le sens de cette communication peut difficilement se lire autrement que comme une invitation à intervenir pour prévenir cette éventualité.

Le gouvernement français ne se contente pas d'appuyer les pétitions des Jésuites auprès de la Sublime Porte, c'est lui qui les formule et les dépose. Toutefois, il n'avance pas uni sur la question de la validité des diplômes de la FFM. Le ministère de l'Instruction Publique, d'orientation nettement anticléricale, tient à maintenir ses critères académiques qui ont été exportés à Beyrouth. Dans cette perspective, il tend à faire abstraction des conditions d'enseignement et d'exercice de la médecine dans l'Empire ottoman qui déterminent les termes des négociations, ce qui le conduit parfois à faire barrage aux propositions de compromis sur le diplôme. Le ministère des Affaires étrangères est ordinairement plus prompt à prendre en compte les intérêts catholiques, mais aussi et surtout les réalités du terrain : ce sont ses représentants, les uns à Beyrouth auprès des Jésuites, les autres à Istanbul, en lien avec la Sublime Porte et l'entourage du Sultan, qui sont en mesure d'apprécier les circonstances favorables à la négociation et les exigences des autorités ottomanes.

β – Les étapes de la négociation française

La question de la reconnaissance des diplômes de la FFM est posée à partir de février 1888[482], après les examens de dernière année de la première promotion d'étudiants, mais avant la reconnaissance par le gouvernement français du titre de faculté, le 6 octobre 1888, qui doit

481 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, n° 9, du Consul Général de France à Beyrouth à Marcellin Berthelot, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 23/01/1896.

482 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Projet d'un mémoire à adresser à Sa Majesté le Sultan Abd-el-Hamid au sujet de la Faculté de médecine de l'Université St Joseph de Beyrouth », par le P. de Gigord, chancelier de la faculté de médecine de l'USJ, de Beyrouth, 23/02/1888.

permettre de délivrer à celle-ci des diplômes de doctorat. A partir du début des négociations, ce sont les acteurs politiques qui décident du rythme de leur déroulement, avec de longues phases de *statu quo*.

La négociation ne suit pas une trame chronologique unique, mais avance en fonction d'au moins deux trames coulissantes. La première est celle des gouvernements français, et Chantal Verdeil a montré que le rythme et la marge de manœuvre des négociations dépendait de la coloration politique du ministre de l'Instruction Publique de France, plus rapide sous les républicains modérés avant 1889 ou après 1892, plus lente sous les radicaux anticléricaux entre ces deux dates[483]. La deuxième est celle des orientations politiques de l'Etat ottoman, en particulier l'évolution vers un régime de plus en plus autocratique contre toute pression externe dans le sens d'un retour au régime constitutionnel, ce que symbolise le renvoi du Grand Vizir anglophile Kāmil Paşa en septembre 1891[484] ; ainsi que l'isolement du sultan à partir des massacres d'Arménie de 1894-1896, qui l'amène à se rapprocher de la France face aux velléités interventionnistes britanniques ou russes[485]. La « sorte de guérilla »[486] à laquelle il se livre contre le système capitulaire et tous les empiètements de souveraineté qui en découlent, se fait plus vive lorsqu'il n'a plus à ses côtés un grand commis de l'Etat préoccupé de modernisation et d'ouverture à l'Occident, mais moins prononcée lorsqu'il faut bien se faire des alliés quelque part au sein du concert européen. Par rapport à ces deux chronologies, l'inertie institutionnelle, démultipliée par l'implication de 4 ou 5 acteurs, entraîne des retards et une ou deux occasions manquées. Les tractations aboutissent lorsque le Sultan négocie l'appui de la France lors de la guerre de Crète, en 1898[487], par une série de concessions réciproques plus étendues que celles que l'une et l'autre parties envisageaient initialement.

א – La première négociation avec la Sublime Porte (février 1888-octobre 1889)

La délivrance des premiers diplômes conduit le P. de Gigord, chancelier de la FFM, à arguer en faveur de leur reconnaissance officielle dans une ébauche de mémoire adressé au sultan, où il fait valoir que le diplôme est valable dans les colonies françaises et « dans une certaine mesure » en France[488]. Il y argumente en faveur d'un système de jurys mixtes franco-

483 Verdeil, *Art. cit.*, in Cabanel, *Op. cit.*, p. 245.
484 Georgeon, *Op. cit.*, p. 264.
485 *Ibid.*, pp. 302-303.
486 *Ibid.*, p. 236.
487 Ducruet, *Op. cit.*, p. 60.
488 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Projet d'un mémoire à adresser à Sa Majesté le Sultan Abd-el-Hamid au sujet de la Faculté de médecine de l'Université St Joseph de Beyrouth », par le P. de Gigord, chancelier de la faculté de médecine de l'USJ, de Beyrouth, 23/02/1888.

ottomans, que l'Instruction Publique, qui a la responsabilité de délivrer les diplômes de doctorat, refuse catégoriquement[489]. La négociation est toutefois mise en route par l'Ambassade de France à Constantinople, jusqu'à une note verbale de la Sublime Porte qui refuse, en octobre 1889, toute validité aux diplômes de la FFM[490].

Ce texte ne renvoie cependant pas la faculté des Jésuites à l'illégalité, mais ménage pour elle un statut comparable à celui du Département médical du SPC, qui autorise les étudiants ayant achevé leurs études dans cette institution à passer les examens finaux de doctorat devant l'EIM. Le statut officiel permet de trouver une solution d'attente.

ב – Le temps des arrangements locaux (octobre 1889-août 1894)

A partir de l'échec français d'octobre 1889, les camps de la négociation fonctionnent à contre-temps. En 1890, l'administration locale à Beyrouth et le grand vizir en poste à Istanbul apparaissent disposés à faciliter l'organisation des examens à l'EIM pour les candidats arrivant de la FFM, et, à terme, à trouver une solution pour les organiser avec les Jésuites à Beyrouth, moyennant des concessions afin de respecter le principe de la souveraineté ottomane[491]. Un session d'examens est organisée dans la capitale ottomane pour les diplômés de Beyrouth, dont les résultats peu probants dissuadent le gouvernement français de recommencer[492]. C'est alors les ministres successifs de l'Instruction Publique à Paris qui, anticléricaux stricts, freinent les démarches : en réclamant que la FFM se conforme de façon rigoureuse aux règlements relatifs aux facultés de médecine de France, ils excluent tout accommodement avec le gouvernement d'Istanbul[493]. Lorsque le ministère revient à des républicains opportunistes, à partir de 1892, l'Instruction Publique propose à nouveau des concessions, mais trop peu et trop tard : le nouveau ministère à Istanbul empêche la reprise des négociations[494].

C'est à l'échelle locale, avec les gouverneurs de province, que les diplomates français s'emploient à négocier la possibilité, pour les médecins issus de l'USJ, d'exercer la médecine.

489 Ducruet, *Op. cit.*, p. 57.
490 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, traduction de la décision de la Sublime Porte sur l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth, transmise à l'Ambassade le 06/10/1889.
491 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 30, du Consul Général de France à Beyrouth à Ribot, de Beyrouth, 15/06/1890.
492 Ducruet, *Op. cit.*, p. 58.
493 Verdeil, *Art. cit.*, in Cabanel, *Op. cit.*, p. 245.
494 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, de Constans à Souhard, d'Istanbul, 04/03/1898.

Les gouverneurs de la province de Beyrouth[495] et du district du Mont Liban[496] sont particulièrement sollicités, et Paris espère même un temps relancer les négociations avec l'Etat ottoman par ce biais. Lorsque cette solution échoue à la fin de l'année 1893, le gouvernement français se persuade de chercher une solution purement française à la crise[497].

ג – Le fiasco du diplôme lyonnais et l'affaire Damiani (août 1894-début 1898)

La solution trouvée, et adoptée par le ministère français de l'Instruction Publique en août 1894, est de conférer, à partir de la session d'examen de 1895, le diplôme d'une faculté de médecine française, celle de Lyon, aux candidats reçus aux examens de doctorat de la FFM[498]. Le but est que les jeunes médecins puissent se présenter à Istanbul et passer, non plus les examens complets du doctorat, mais seulement le *colloquium* beaucoup plus léger qui est exigé des médecins diplômés des facultés étrangères reconnues par l'EIM[499].

Celle-ci n'accepte pas le procédé, qui revient à masquer que les étudiants ont été formés et examinés à Beyrouth, en sol ottoman. Le premier à en faire les frais est un natif de Jérusalem, Bernardin Damiani, installé depuis 1896 à Bethléem où sa pratique végète dans l'attente d'une reconnaissance officielle. Parti pour Istanbul afin d'obtenir le Diplôme d'Etat Ottoman et de commencer ensuite une carrière plus prometteuse ailleurs, il se présente courant juillet 1897 devant le jury du *colloquium* à l'EIM, à qui il tend son diplôme :

> « Aux premiers mots de ce *colloquium*, le conseil constata que le Sieur Damiani était porteur d'un diplôme de docteur en médecine délivré, le 14 janvier 1896, par le ministère de l'Instruction Publique, que ce diplôme avait été délivré sur le vu d'un certificat d'aptitude accordé, le 29 novembre 1895, par les professeurs et agrégés de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon ; que ce document était revêtu, non seulement de la signature de M. Combes, alors ministre de l'Instruction Publique, et du contreseing du directeur de l'Enseignement supérieur, mais encore, de celle du recteur de l'Académie de Lyon, et du sceau officiel de cette académie ; et que pourtant, aux termes des déclarations du Sieur Damiani, ce jeune docteur en médecine n'avait jamais été à Lyon, n'y avait pris d'inscriptions d'aucune espèce et avait, au contraire, suivi les cours de l'Ecole de médecine de Beyrouth et y avait passé avec succès les examens du doctorat, à la suite duquel, on lui avait délivré ce diplôme qu'il soumettait à l'examen du Conseil des Affaires médicales civiles.

495 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 6 de Saint-René Taillandier à Jean Casimir-Périer, ministre des Affaires étrangères, de Beyrouth, 20/01/1894.
496 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme n° 189, de Petiteville à l'Ambassadeur de France à Constantinople, de Beyrouth, 03/05/1889
497 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 14, de Saint-René Taillandier, à Cambon, de Beyrouth, 19/021894.
498 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de Leygues à Hanotaux, de Paris, 06/08/1894.
499 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Note pour la direction politique, de Saint-René Taillandier de [Montrond-Saint-Amand], 06/09/1894.

> En présence de l'antinomie complète des termes du diplôme et des déclarations verbales du porteur de ce document, le Conseil interrompit le *colloquium*, et son président communiqua à l'impétrant le refus du conseil d'admettre ce document et lui interdit toute pratique. Le Conseil était même sur le point de saisir le diplôme comme entaché de faux, mais il s'en abstint par considération pour le Gouvernement français.
> Le Dr Bernardin Damiani, en me rendant compte de cet incident m'a montré le diplôme qui lui a été remis par la faculté de Beyrouth. J'ai pu constater que ce document ne porte en effet aucune mention indiquant que l'intéressé est un élève de la faculté de médecine de Beyrouth, ne diffère en rien de ceux qui sont remis aux diplômés de la Faculté de Lyon.
> Je ne puis que regretter de n'avoir pas été informé, ni de l'arrivée à Constantinople du Dr Bernardin Damiani, ni de son intention de se présenter au *colloquium*. Si j'en avais été avisé, je me serais fait représenter les titres de ce médecin et n'aurais pu que le dissuader de soumettre à l'examen de l'autorité ottomane un diplôme délivré par l'Académie de Lyon[500]. »

Les professeurs de l'EIM refusent non seulement de laisser Damiani passer le *colloquium* ou même les examens normaux de doctorat, mais annoncent leur refus de laisser désormais les anciens étudiants des Jésuites se présenter devant eux jusqu'à ce que la FFM leur délivre un autre diplôme[501]. Les relations s'enveniment bientôt entre les diplomates français et le gouvernement ottoman, si bien qu'à la fin de l'année 1897, la situation semble bloquée, et l'oeuvre des Jésuites apparaît menacée.

ד – La seconde négociation et l'accord sur le jury mixte (été 1898-février 1899)

C'est précisément le cul-de-sac dans lequel la FFM se trouve sur le plan institutionnel, et que l'affaire Damiani a mis en pleine lumière, qui permet la sortie de crise. La volonté d'accommodement manifestée par Paris et un contexte international qui a rapproché la France de l'Empire ottoman rendent les circonstances favorables à une reprise des négociations sur la reconnaissance des diplômes de la FFM, abandonnées en 1889. La solution proposée par la Sublime Porte à l'automne 1898 est amenée et débouche sur l'organisation d'examens par un jury franco-ottoman à Beyrouth en février 1899[502]. Les diplômes de Beyrouth sont désormais reconnus et la situation statutaire de la faculté des Jésuites est stabilisée jusqu'en 1914.

---

500 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, projet de lettre de l'Ambassade de France à Constantinople à Hanotaux, de Thérapia, août 1897.

501 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 84, du Consul Général de France à Beyrouth à l'Ambassade de France à Constantinople, de Beyrouth, 17/09/1897.

502 Ducruet, *Op. cit.*, p. 59.

γ – L'accord entre le SPC et le gouvernement ottoman (1903)

La reconnaissance officielle des diplômes du Département médical du SPC, selon des modalités identiques à ce qui s'est fait à la FFM, survient cinq ans plus tard, en 1903. Elle constitue un épilogue intéressant à l'histoire de la négociation franco-ottomane, parce qu'elle permet de relativiser l'incidence de la concurrence entre les deux facultés beyrouthines, et parce qu'elle illustre la différence des principes justifiant l'intervention et la protection de la diplomatie entre la France et les Etats-Unis de l'époque.

Les Consuls français à Beyrouth tirent régulièrement motif de la concurrence entre les Jésuites et le SPC pour inciter le ministère ou l'Ambassade à relancer la négociation de leur côté. Toutefois, si la possession d'un titre légal à exercer la médecine revêtait une importance aussi déterminante pour les étudiants des facultés étrangères de Beyrouth, l'écart de quatre ans et demi entre la reconnaissance des diplômes de la FFM (1898) et le SPC (1903) apparaîtrait de nature à condamner la deuxième école au profit de la première. Or la faculté américaine se maintient à flot et continue, pendant les années intermédiaires, à délivrer des diplômes qui n'ont pas de valeur légale dans l'Empire ottoman à des étudiants qui s'en accommodent.

Les diplomates américains semblent avoir été moins activement impliqués dans la négociation que leurs homologues français, mais c'est bien l'intervention du Secrétariat d'Etat américain qui rend possible un accord. C'est en mars 1903, au tout début de la présidence interventionniste de Theodore Roosevelt que la question est réglée[503], et la formulation du problème des diplômes du SPC correspond rigoureusement aux critères d'ingérence internationale définis par celui-ci. Les responsables des principales institutions d'enseignement secondaire et supérieur protestant américain dans l'Empire ottoman commencent par pétitionner auprès de la présidence des Etats-Unis contre les avanies dont ils s'estiment victimes, tandis que les Français, suivis en cela par les Russes, les Allemands et les Italiens, ont obtenu par la convention de Mytilène (1901) la reconnaissance officielle de toutes les institutions religieuses désormais placées sous leur protection capitulaire. Le SPC en particulier est mis en valeur, comme une entreprise non lucrative prometteuse et entravée par le mauvais vouloir du Gouvernement ottoman[504]. John Hay, Secrétaire d'Etat de Roosevelt, charge alors Leishman, chef de la légation américaine à Istanbul, de relancer la

503 De Leishman, à Hay, d'Istanbul, 05/03/1903, cité in FRUS (1903), pp. 746-747.

504 De Hay à Leishman, de Washington, 02/02/1903, cité in, *Foreign Relations of the United States. Papers relating to the foreign relations of the United States, with the annual message of the President transmitted to Congress, December 7, 1903* (ci-après : FRUS (1903)), p. 735.

négociation sur tous ces points. La conjonction de la situation inégale existant depuis 1898 entre les deux facultés et l'argumentaire utilisé pour réclamer la création de jurys mixtes au SPC – à savoir, le principe d'égalité de traitement entre les puissances étrangères dans l'Empire ottoman, et la défense de la liberté internationale des échanges (entendue ici sur un mode non commercial) – relèvent de la politique de la porte ouverte et de son application comme mode de pression, qu'on a appelé, dans l'influence de William A. Williams « impérialisme de la Porte ouverte »[505] :

> « ce que le Gouvernement américain désire et attend maintenant, c'est que toutes les institutions éducatives, charitables et religieuses américaines sans exception, à travers l'ensemble de l'Empire ottoman seront munies des mêmes droits, privilèges et immunités que possèdent ou pourront obtenir d'autres institutions similaires placées sous la protection d'autres nations[506]. »

Dans la veine de la diplomatie offensive de l'administration dirigée par Theodore Roosevelt, Leishman affecte, tout en se réclamant d'un universalisme bienveillant, de prendre la question de haut vis-à-vis de l'Etat impérial[507]. La volonté soudaine des Américains de se montrer ostensiblement prêt à l'épreuve de force, qui n'est pas loin du mode d'action diplomatique du Gouvernement français, conduit la Sublime Porte à céder tactiquement sur une question sur laquelle elle estimait de toute façon sa position indéfendable dès lors qu'un accord du même type avait été trouvé avec la FFM.

Contrairement aux arguments des négociateurs français, la position américaine ne se fonde ni sur un système de normes nationales, ni sur des considérations d'ordre scientifique, mais sur l'idée de liberté commerciale. Elle est subordonnée au succès préalable des Français à trouver un accord avec l'Etat ottoman, ce qui confirme que les deux négociations sont intimement liées.

505 Dans l'ouvrage où il interprète les *Open Door Notes* du Secrétaire d'Etat de Theodore Roosevelt, Hay, Williams préfère parler d'« expansion par la Porte ouverte » *(*William Appleman Williams, *The Tragedy of American diplomacy*, New York / Londres, W.W. Norton & Company, 1984 [1ère édition : 1959], p. 229). La formulation la plus proche de « l'impérialisme de la Porte ouverte » se trouve p. 97 : « Et pour [le président américain Woodrow] Wilson, comme pour ses prédécesseurs et ses successeurs, la politique de la Porte ouverte était la version américaine de la politique libérale de l'Empire informel ou de l'impérialisme libre-échangiste ». L'intervention de Hay en faveur de pressions diplomatiques américaines accrues sur le Sultan cadre bien, en tout état de cause, avec cette interprétation, d'autant qu'elle fait intervenir en personne le théoricien de cette politique.

506 De Leishman, à Hay, d'Istanbul, 10/02/1903, cité in FRUS (1903), p. 738 (extrait d'une note adressée par la légation américaine à Constantinople à la Sublime Porte).

507 *Ibid.*

b – Le domaine géographique de validité des diplômes

L'objectif primordial de la négociation est d'obtenir une forme de reconnaissance, selon des procédures à déterminer, du droit des dipômés de Beyrouth à pratiquer la médecine dans l'Empire ottoman : la validité du diplôme est un enjeu de territorialité. Dès la première négociation autour de la reconnaissance du diplôme[508], l'EIM fait obstruction à la reconnaissance officielle, au motif que le diplôme de la FFM n'est pas reconnu en France, qui entend donc faire travailler dans l'Empire des étudiants dont l'administration française ne voudrait pas pour elle-même en métropole. Jusqu'en 1894, la validité territoriale des titres en France est le principal obstacle invoqué par l'Etat ottoman pour refuser de reprendre la négociation officielle.

La décision, datée du 6 août 1894, par laquelle le ministre français de l'Instruction Publique accepte de délivrer aux futurs diplômés de la FFM des doctorats en médecine de l'Université de Lyon, vise à débloquer cette situation. C'est un échec parce qu'il s'agit de placer l'EIM, qui ne s'y résigne pas, devant le fait accompli. Les conséquences sont de deux ordres. D'une part, les nouveaux diplômes sont à l'origine de l'affaire Damiani et du gel des relations entre la FFM et Istanbul à partir de l'automne 1897. D'autre part, le ministère français de l'Instruction Publique reconnaît la faculté de médecine de Beyrouth comme une faculté libre, régie par la loi du 15 mars 1880 sur les établissements libres d'enseignement supérieur. Il en résulte un contrôle accru du gouvernement français sur les programmes et sur les examens[509].

2 – Les pressions sur les programmes

L'indice de la valeur académique de la formation médicale universitaire est le contenu des programmes ; l'obligation d'obtenir un diplôme, mise en vigueur par le règlement de 1861, repose implicitement sur une norme de connaissances importée, la médecine occidentale. L'existence postulée d'une telle norme amène deux questions : en premier lieu, qui garantit le contrôle normatif, la faculté intéressée à sa propre réputation, ou bien l'Etat ?

508 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, Note sans titre, s.n., s.d. [26/09/1888].
509 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de Leygues à Hanotaux, de Paris, 06/08/1894.

En second lieu, qu'advient-il de la norme si les connaissances exigibles des médecins s'accumulent de façon accélérée, comme c'est le cas dès à partir des années 1860 ?

Le droit de regard sur les programmes d'enseignement n'est pas abordé de la même manière par l'EIM et par le ministère français de l'Instruction Publique. Du point de vue de la première, le droit de contrôle est affaire de prérogative ; du point de vue du second, il y va la de crédibilité scientifique de la France, il s'agit donc non seulement d'un principe, mais d'une politique.

a – Contrôle ottoman des programmes et principe de souveraineté

L'EIM et l'administration ottomane en général s'efforcent d'obtenir des facultés étrangères de Beyrouth leurs programmes d'étude : c'est un instrument de contrôle, d'usage peu fréquent, mais d'une force de dissuasion effective.

Le Département médical du SPC est, dès 1872, considéré comme une branche de l'EIM. Il est placé en théorie sous supervision ottomane, tandis que l'EIM maintient ses prérogatives et notamment son monopole de la collation des grades. Le gouvernement ottoman ne se sert pas du statut de cette faculté pour dicter les contenus d'enseignement : leur contrôle est une question de principe. L'augmentation du nombre des chaires médicales, leur redistribution et leur spécialisation, ainsi que l'embauche de nouveaux professeurs, obéissent à des considérations décidées entre l'ABCFM et le SPC. Le programme relève des enseignants de la faculté eux-mêmes, en particulier George Post, et les professeurs nommés après les démissions en chaîne connues en 1882, Charles F. Dight, Thomas D. Kay et Robert J. Neal[510]. De manière générale, le SPC est en mesure d'étendre l'éventail de ses formations médicales, paramédicales et autres sans ingérence administrative notable. La situation change quelque peu avec la Première guerre mondiale, pendant laquelle Cemāl Paşa inspecte en personne et à trois reprises les facultés ; le sentiment qu'il se fait alors du SPC est assez favorable pour limiter encore ses ingérences dans l'ordre des programmes (il se contente d'imposer des matières à caractère national : cours d'osmanlı, d'histoire et de géographie turque)[511].

En ce qui concerne la FFM, le désir de l'administration ottomane d'avoir un droit de regard sur les programmes des institutions françaises se heurte initialement à la politique générale des oeuvres scolaires françaises en Orient : celles-ci doivent éviter de communiquer

510 Penrose, *Op. cit.*, p. 63.
511 Behmardi, *Art. cit.*, pp. 135-137.

leurs programmes à l'administration ottomane, ce qui serait vu comme un moyen de pression et comme une forme de subordination au système éducatif ottoman[512]. Les velléités de contrôle administratif se manifestent presque dès l'ouverture, par une demande du gouverneur de Beyrouth faite au nom du Grand Vizir, de recevoir les programmes de la Faculté conformément à la législation ottomane[513]. Le Consul ne présente pas son refus comme une politique d'ensemble, mais comme l'effet de la protection assurée par la France sur l'USJ[514], dont la FFM est censée constituer une extension prévue depuis plusieurs années. Il demande au reste que l'école en question soit traitée de la même manière que le SPC. Ces deux arguments sont vulnérables ; quant au refus de principe de communiquer les programmes, ce n'est pas une orientation officielle tenable vis-à-vis d'un Etat souverain, car la protection capitulaire des écoles des Jésuites ne s'étend pas jusqu'à garantir le droit d'exercer la médecine. L'affaire en reste cependant là jusqu'à la remise des premiers diplômes de médecin en 1887 : la FFM n'a pas reçu d'autorisation dans ce sens.

De fait, les diplomates français ne croient pas possible d'empêcher le gouvernement ottoman de s'informer du contenu des programmes, qui ont été publiés à titre de publicité dans la presse égyptienne. Un effort est fait, cependant, pour contrôler la diffusion de cette information, et dans les semaines précédant la deuxième rentrée (1884), la FFM est conduite par le gouvernement français à ne pas communiquer les programmes de sa faculté de médecine à la presse syrienne, de crainte que l'administration ne tire prétexte du programme et de ses différences par rapport à celui de l'EIM, pour faire interdire l'école[515].

Cette politique n'est pas tenable à terme. Cinq ans plus tard, la Sublime Porte réclame, d'une façon plus pressante, un droit de regard sur les programmes dans la réponse qu'elle donne à la première demande de reconnaissance de la FFM formulée par l'Ambassade de France : à savoir, « [q]ue le programme qui sera rédigé et qui contiendra le détail des leçons qui seront données, serait approuvé par l'Ecole impériale de médecine, » et « qu'on aurait soin de ne pas donner de leçons en dehors du programme. »[516] Les Jésuites se plient aussitôt à cette exigence. Le contrôle ottoman des programmes n'est pas rigoureux, et n'influe guère sur le développement de la faculté.

Sous les Jeunes Turcs, le gouvernement ottoman se montre pourtant plus impérieux dans son contrôle de l'enseignement des facultés de Beyrouth. En 1914, la Sublime Porte

512 MAE Nantes, Jérusalem, E, 33, de Wiet, Consul Général de France à Jérusalem, à la Supérieure de l'Ecole des Soeurs de Saint-Joseph de l'Apparition à Ramallah, de Jérusalem, 18/02/1902.
513 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 169, de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 11/12/1883.
514 Ducruet, *Op. cit.*, pp. 30-31.
515 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 200, de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 13/08/1884.
516 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, traduction de la décision de la Sublime Porte sur l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth, transmise à l'Ambassade le 06/10/1889.

critique ouvertement la FFM sur son programme et sur l'organisation de ses enseignements, en usant d'un discours construit sur l'état des savoirs médicaux. Dans une note verbale du ministère ottoman des Affaires étrangères à l'Ambassade de France, il est demandé aux représentants français d'intervenir pour obtenir l'allongement de la scolarité médicale chez les Jésuites :

> « Ainsi que l'Ambassade de France ne l'ignore pas, la durée des études de l'Ecole de médecine de Beyrouth est de quatre ans.
> Le Département Impérial de l'Instruction Publique estime que cette durée est, vu les progrès de la médecine moderne, insuffisante pour permettre aux étudiants fréquentant l'Ecole susvisée d'acquérir des connaissances approfondies dans toutes les matières qui leur sont enseignées.
> Considérant d'autre part que la période de cours de la Faculté de médecine de Constantinople et ceux de l'Ecole de médecine de Damas est de six années, y compris celle du stage, le Département conclut à la nécessité pour ladite Ecole d'augmenter la durée de ses cours.
> Le Ministère des Affaires Etrangères serait obligé à l'Ambassade de France de vouloir bien donner à la Direction de l'Ecole précitée des instructions dans le sens qui précède. »[517]

L'intérêt de ce texte n'est pas dans son contenu informatif ou plutôt comminatoire, ni même dans le caractère imprécis des demandes du gouvernement ottoman, aussitôt relevé par l'Ambassade[518]. En revanche, l'auteur de la note verbale se prévaut d'une modernité médicale fondée sur l'accumulation des savoirs, pour critiquer l'insuffisance structurelle de l'enseignement de la FFM, inhérente à la durée de ses études. Implicitement, la Sublime Porte intime aux Jésuites de réserver l'année supplémentaire exigée à des enseignements en prise avec les découvertes de la révolution médicale commencée dans les années 1860-1870. Alors que jusqu'ici, le gouvernement ottoman affectait de ne pas y toucher en matière d'exigences scientifiques, ce document met en relief le couplage entre formation universitaire de base et recherche.

L'exigence d'une évolution des programmes au rythme de la recherche médicale illustre des tendances interventionnistes plus marquées du côté de l'Etat, ce qui dénote un phénomène de renouvellement générationnel dans les écoles de médecine ottomanes[519]. Pour l'essentiel, cependant, l'Etat ottoman n'est pas très directif en matière de programme. Le ministère français de l'Instruction Publique, au contraire, a une propension beaucoup plus

517 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, note verbale du ministère des Affaires étrangères de la Sublime Porte à l'Ambassadeur de France à Constantinople, d'Istanbul, le 03/02/1914.

518 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n° 16, de Bompard à Couget, de Péra, 05/02/1914.

519 Nous nous permettons ici de renvoyer à notre article : « Les médecins du bilād al-Šām et les articles médicaux à l'époque des premières facultés de médecine (années 1870-1914) : développement d'une pratique d'écriture et constitution d'un discours professionnel », in *Bulletin d'Etudes Orientales*, LV, 2003, pp. 243-244.

poussée à l'ingérence dans les affaires académiques.

b – Le contrôle de l'Instruction Publique de France : les ministères, les pères Jésuites et les inspecteurs

L'Instruction Publique de France entend exercer un contrôle étroit sur les enseignements de la FFM. Elle fonde ses exigences en matière de programme d'étude sur deux bases : d'une part, ses propres règlements et ses normes d'impartialité, qui ne doivent pas pouvoir être contournés en s'inscrivant dans une faculté française sur l'autre rive de la Méditerranée, et d'autre part, les recommandations des inspecteurs envoyés annuellement à partir de 1886.

Dès la présentation du projet du Père Normand, les Jésuites reconnaissent la validité des normes scolaires françaises, qui doivent s'imposer à travers les programmes, sous contrôle du Consul ; et ce, malgré l'écart de niveau prévisible entre les étudiants arrivants en faculté à Beyrouth et leurs homologues de France[520]. Cette reconnaissance est à double sens, car si elle fait peser un certain nombre d'obligations sur les épaules des professeurs, que les exigences réglementaires d'enseignement forcent chacun à donner beaucoup d'heures de cours dans plusieurs matières, l'Instruction Publique fait miroiter le rapprochement progressif du statut de la faculté de Beyrouth d'avec les facultés françaises, et le droit d'exercer en France métropolitaine.

Comme nous l'avons dit, dans sa mouture initiale (septembre 1883), le règlement de la faculté de médecine de l'USJ considère que celle-ci, dispensant une formation de trois ans, correspond aux écoles spéciales de médecine qui, en France forment une bonne partie des officiers de santé. Le programme initial, ainsi déterminé par le ministère de l'Instruction Publique de France qui délivre les diplômes :

> « 1ère année : la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales, l'ostéologie, les Articulations, la myologie, les éléments de physiologie.
> 2ème année : l'Anatomie, la physiologie, la pathologie externe et interne, la matière médicale.
> 3ème année : les cliniques interne et externe, la médecine opératoire, les accouchements et la thérapeutique, l'hygiène[521], »

n'est jamais appliqué, en raison du passage à quatre années d'études dès la première

520 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 45, de Sienkiewicz à l'Ambassadeur de France à Constantinople, de Beyrouth, 12/08/1880.

521 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, règlement de la Faculté Française de Médecine de l'USJ, 15/09/1883.

promotion. Durant la troisième année d'existence de la faculté, Goblet, ministre français de l'Instruction Publique, pèse les avantages respectifs d'une solution prévoyant la délivrance d'un diplôme en quatre ans à Beyrouth même et d'une autre, proposant d'envoyer les étudiants de Beyrouth passer leurs examens en France. Dans les deux cas, l'allongement souhaité de la scolarité suppose une augmentation du nombre de chaires de médecine, et le dédoublement de certaines d'entre elles. Cet accroissement de l'investissement français est subordonné à un contrôle sur l'applicabilité de ces réformes, à savoir l'envoi à Beyrouth des premiers inspecteurs de l'Instruction Publique[522]. Le contrôle de la faculté, qui devient systématique et annuel, dérive initialement du désir de vérifier la compatibilité des programmes d'enseignements à l'USJ avec les normes françaises imposées aux facultés de médecine en métropole et à Alger.

Dès 1888, le programme sur quatre ans est consolidé, moyennant des concessions sur son organisation, afin de se plier aux recommandations de l'envoyé de l'Instruction Publique, le Dr Rémy[523]. La croissance du nombre de professeurs de médecine est freinée par le montant élevé des traitements, qui ne suivent aucune progression en cours de carrière et dissuadent de créer de nouveaux postes plus spécialisés[524]. Parmi leurs confrères de France métropolitaine, seuls les professeurs de première classe de la Faculté de Paris sont mieux payés à cette date[525] ; les professeurs laïcs de Beyrouth, qui ne peuvent passer dans le système médical universitaire français[526], ont intérêt au maintien d'un nombre restreint de chaires, plutôt que de voir leur traitement amputé pour financer la création d'un poste supplémentaire, et tendent à rester aussi longtemps à leur poste qu'ils le peuvent, en fidélisant à côté leur clientèle locale.

Pour prix de la réforme, et de la transformation du programme d'enseignement, le ministère français de l'Instruction Publique reconnaît en 1888 à la FFM le statut de faculté avec le droit de décerner des doctorats même si cette appellation, assortie de guillemets par un des inspecteurs de l'Instruction Publique, n'a de valeur que de gratification symbolique[527]. Il lui permet en outre d'ouvrir une faculté de pharmacie l'année suivante grâce à l'embauche d'un pharmacien. Il ne s'agit pas d'un donnant-donnant, car le coût de la réforme et de l'embauche de nouveaux professeurs incombe au budget de la République. La convergence

522 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de Goblet à Freycinet, de Paris, 09/12/1886.
523 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 77, de Petiteville à Goblet, de Beyrouth, 22/12/1888.
524 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 28, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 23/03/1887.
525 Les traitements prévus étaient de 15 000 francs pour un professeur de 1ère classe à la faculté de médecine de Paris, contre 11 000 en province ; et 12 000 francs pour un professeur de 2e classe parisien, contre 10 000 francs pour un provincial : décret du 30/12/1888, « fixant les traitements des professeurs des Facultés [de médecine] et des Ecoles supérieures de pharmacie », cité in A. Lechopie et Charles Floquet, *Droit médical ou code des médecins*, Paris, O. Doin, 1890, p. 311.
526 Ducruet, *Op. cit.*, pp. 286-289.
527 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 28, de Patrimonio à Flourens, de Beyrouth, 23/03/1887.

avec les programmes d'étude conduisant au doctorat en médecine en France est d'abord une question de principe pour le ministère de l'Instruction Publique, qui délivre les diplômes. Le poids budgétaire supplémentaire lié à cette réforme n'est pas de nature à désarmer les critiques de la faculté de médecine.

A la suite de cette réforme, le programme des études suit la progression suivante :

> « 1ère année […] [:] physique – chimie – histoire naturelle – matière médicale – anatomie et physiologie – petite chirurgie (semestre d'été) ; les travaux [pratiques] de chimie, physique, histoire naturelle (excursions botaniques), pharmacie.
> 2e année […] [:] cours de matière médicale et thérapeutique, d'anatomie et physiologie, de pathologie externe, de pathologie interne ; la clinique médicale, la clinique chirurgicale (à l'hôpital), la polyclinique (à l'école) ; les travaux [pratiques] d'anatomie (hiver) ; l'histologie et physiologie (été).
> 3e année […] [:] cours de pathologie externe, pathologie interne, d'accouchement de pédiatrie.
> 4e année […] [:] cours de pathologie externe, de pathologie interne, d'accouchement & de pédiatrie ; la clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale, la polyclinique (au dispensaire)[528]. »

Comme dans le programme initial en trois ans, la première année sert à assimiler les sciences auxiliaires de la médecine, et en particulier à introduire l'anatomie et la physiologie. Au cours des années suivantes, l'accent est mis sur les disciplines médicales, en particulier sur la pathologie interne et externe, et corrélativement sur les cliniques.

Sur la période que nous étudions, deux réformes principales affectent la norme française des études de médecine, dont la position de l'USJ dans le champ de formation médicale concourt à empêcher l'application à Beyrouth. La première est la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine en France et dans les colonies[529], qui s'accompagne du nouveau régime des facultés et écoles de médecine entrant en vigueur le 1er décembre 1893[530], en remplacement du régime en quatre ans instauré par le décret du 20 juin 1878[531]. Elle prévoit une réorganisation des examens sur cinq ans au lieu de quatre, et en particulier l'insertion dans les travaux pratiques obligatoires d'une part plus grande de chimie biologique, de la parasitologie et d'un module facultatif, mais étalé sur deux ans, de bactériologie[532] : elle entérine ainsi sur le plan légal l'accumulation d'une vingtaine d'années de recherche biomédicale. Sur ces deux points, l'application de la réforme par l'augmentation

528 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie). Etat de l'Enseignement », par le P. Marcellier, chancelier de la faculté de médecine, de Beyrouth, 09/03/1889.
529 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, Faculté de Médecine de Paris, *Grades de Docteur en médecine, d'officier de santé, de sage-femme et de chirurgien-dentiste. Année scolaire 1895-1896*, Paris, G. Masson éditeur, 1895, p. 44-50.
530 *Ibid.*, p. 19.
531 Décret du 20 juin 1878, portant règlement pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, art. 1er, cité in Lechopie et Floquet, *Op. cit.*, p. 300.
532 *Ibid., p.* 4.

de la durée de cours d'une année et la mise à niveau des enseignements, la faculté de médecine de l'USJ tarde à appliquer les normes nouvelles, malgré l'insistance de Paris.

La question de l'allongement de la durée des études de quatre à cinq années est intimement liée à celle de la supervision des programmes de la faculté de médecine de l'USJ par l'Instruction Publique de France. Le projet est évoqué pour la première fois dans les années 1890 à la suite de la loi du 30 novembre 1892. L'Instruction Publique de France y insiste davantage à partir d'août 1894, lorsqu'elle reconnaît la validité sur le territoire français des diplômes décernés par l'USJ ; parmi les contreparties exigées, se trouve l'adoption de la norme française sur les programmes, et le passage à terme à une scolarité en cinq ans[533]. Cette volonté ministérielle se heurte à l'hostilité des enseignants de la faculté, qui font valoir en conseil des professeurs, le 7 novembre 1895, que l'enseignement en quatre ans est d'après eux adapté aux besoins des étudiants et du pays, qui ont en moyenne besoin de 5 à 6 ans pour avoir leur diplôme, et que la différence de durée des études se traduirait aussitôt par une fuite vers le SPC des étudiants effrayés de passer jusqu'à 7 ans à la faculté de médecine[534].

Près de vingt ans plus tard, la durée d'étude n'a pas changé, et l'Instruction Publique entreprend à nouveau d'obtenir l'application de la durée française légale des études de médecine, à la suite des décrets du 29 novembre 1911 et du 29 juillet 1912, répartissant les études médicales en vingt inscriptions sur cinq années[535]. La pression se fait plus forte dans la mesure où ce texte vise, non à allonger la scolarité, mais à la densifier et à en réformer le contenu pédagogique pour accorder plus de temps à l'étude en clinique[536]. Le changement de réponse des professeurs et du chancelier est instructif. La nécessité scientifique de l'allongement des études à cinq ans est reconnue par tous, et la demande de l'Etat ottoman dans ce sens est accueillie, extérieurement au moins, comme une aubaine. Elle est cependant repoussée en pratique, au motif que tout écart temporel « de quelques semaines ou même de quelques jours » entre la FFM et le SPC, dans la mise en œuvre de cette mesure, créerait un avantage comparatif décisif en faveur de la faculté proposant les études les plus courtes[537]. Le refus du conseil de supervision du SPC de procéder à la mesure est motivé officiellement au nom de la supériorité affirmée de sa formation en quatre années sur celle de l'EIM en six ans,

533 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, de Poincaré à Hanotaux, de Paris, 02/03/1895 ; et « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », daté du 30/12/1894.

534 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Procès-Verbal de la Réunion des Professeurs de la Faculté présidée par Monsieur le Consul Général de France le Jeudi 7 novembre 1895 »

535 *Ibid.*, p. 100.

536 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, extrait de la lettre de René Viviani, ministre de l'Instruction Publique, à Gaston Doumergue, ministre des Affaires étrangères, de Paris, 17/01/1914.

537 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, du P. de Martimprey, chancelier de la Faculté française de Médecine, à Coulondre, Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 22/02/1914.

et officieusement faute de moyens budgétaires[538] ; un an plus tôt, le vice-président du SPC, Moore, s'était pourtant prononcé devant le Consul Général de France en faveur de la scolarité en cinq ans. Les diplomates français se convainquent ainsi que la question posée tient à des enjeux purement budgétaires et non académiques, et se gardent alors d'intervenir auprès de la Sublime Porte pour obtenir l'application de la mesure, ce qui serait vu comme une action hostile du côté américain[539]. La résolution de la question est repoussée au-delà de la rentrée universitaire 1914. Celle-ci n'a pas lieu à la FFM en raison de la guerre, et l'allongement à cinq ans est en définitive décidé en 1919, sous occupation française[540]. Un jeu coopératif entre Français et Américains s'instaure quand les uns et les autres sont confrontés aux exigences ottomanes.

3 – Composition et protocole d'un jury d'examen

Très tôt dans la négociation, il est apparu que l'EIM réclamait un rôle actif dans l'évaluation des étudiants arrivés à la fin de leurs études, mais une multitude de problèmes vient s'agréger à cette question. Trois enjeux principaux surnagent : la formule d'examen à adopter, la composition du jury et la procédure de réunion et de fonctionnement des jurys, avec en particulier la question de la date d'organisation des examens.

a - Les formules d'examen : colloquium ou examens conférant les grades de docteur ?

Par formule d'examen, nous entendons les modalités d'organisation des épreuves, et plus spécifiquement l'articulation entre le contrôle des connaissances et la collation des grades. Comme la remise d'un diplôme suppose indissociablement une formation préalable, l'EIM ne peut prétendre au monopole de la collation des grades sans exercer un contrôle sur le niveau des candidats. C'est cette position qui la conduit à insister pour que les étudiants des deux facultés de Beyrouth viennent subir à Istanbul tous les examens du doctorat en médecine, sans tenir aucun compte des épreuves subies dans la faculté d'origine.

538 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n° 50, de Couget à Boppe, chargé d'affaires de France à Constantinople, de Beyrouth, 28/02/1914.

539 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n° 188, de l'Ambassadeur de France à Constantinople à Gaston Doumergue, de Péra, 19/03/1914.

540 Ducruet, *Op. cit.*, p. 101.

Avant 1898, le gouvernement français cherche à faire en sorte que les diplômés de la FFM ne passent que le *colloquium* : si le ministère français de l'Instruction Publique accorde la garantie de son autorité en délivrant les diplômes de doctorat, le refus de les reconnaître par l'EIM est construit à Paris comme une attaque contre la dignité du système éducatif français, et *in fine* contre le prestige de la science médicale française. L'argument est spécieux, puisque la France, pendant quelques années au moins, refuse l'application du *colloquium* à ses ressortissants désireux de pratiquer la médecine ; il permet de passer sous silence des considérations moins avouables, comme l'hostilité à la FFM en tant qu'institution confessionnelle et le souci de maintenir les Jésuites sous influence française.

La question de la formule de l'examen soulève deux problèmes : le premier est celui de savoir comment doit s'opérer la collation des grades, et le second, de déterminer où doivent avoir lieu les examens. Entre le *statu quo* – la collation des grades de docteurs exclusivement par l'EIM, sur la base d'examens en règle – et la solution radicale réclamée par l'Instruction Publique de France – l'abandon par l'Etat ottoman de ses prérogatives et la reconnaissance *de jure* des diplômes de la FFM –, deux solutions médianes sont avancées. La première consiste à faire passer aux étudiants de la faculté de Beyrouth le seul *colloquium* après les examens complets de la FFM ; les autorités ottomanes y voient une atteinte à leur souveraineté, jusqu'au moment où, en octobre 1898, ils proposent cette formule pour résoudre la question des diplômes. Dans le même temps, le Gouvernement français, qui a longtemps milité pour ce système, allant jusqu'à dispenser des doctorats de médecine d'Etat, se rétracte et obtient la mise en place de la seconde solution, à savoir la tenue d'un seul examen franco-ottoman[541].

Cette question en ouvre une seconde, qui intéresse plus directement les étudiants, à savoir le lieu d'examen. Tant que la validité des examens de la FFM n'est pas reconnue par l'EIM, les étudiants font leur scolarité à Beyrouth et vont à Istanbul en obtenir la validation. L'effet produit sur les nouveaux docteurs par la perspective de ce voyage est dissuasif. L'un des buts du Gouvernement français est toutefois d'obtenir qu'un jury ottoman se déplace à Beyrouth, pour permettre aux étudiants d'obtenir sans surcoût et sans attente leur diplôme. C'est ce que propose la Sublime Porte en septembre-octobre 1898, qui suggère d'abord la tenue d'un *colloquium* annuel à Beyrouth, juste après la session du 5e et dernier examen de doctorat de l'USJ[542], avant d'être amené par l'Ambassadeur de France à accepter la formule d'un examen commun.

541 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme de Cambon à Delcassé, de Thérapia, 31/10/1898.
542 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 217, de Cambon à Delcassé, 18/10/1898.

b – Les examens communs et la difficulté à composer un jury mixte

Pour effectuer un examen commun franco-ottoman, il faut que le gouvernement français accepte la participation de représentants de l'EIM à l'évaluation des futurs docteurs. L'idée de jury mixte est formulée à plusieurs reprises d'une phase à l'autre des négociations, et soulève de multiples objections françaises.

C'est au début de la négociation officielle avec la Sublime Porte que l'Ambassadeur de France à Constantinople, le comte de Montebello, suggère pour la première fois la formation d'un jury d'examen mixte, dans lequel siègerait un délégué ottoman, dénué de voix délibérative mais pourvu d'un pouvoir de veto sur l'attribution des certificats d'aptitude[543]. Dans le cours de la première phase de négociations officielles, la composition du jury est révisée dans le sens d'une plus large représentation de l'EIM[544]. Sous l'idée d'équilibre entre les composantes nationales du jury, c'est la réalité des rapports de force dans l'attribution des diplômes qui est en jeu.

Les pourparlers achoppent jusqu'en 1898. L'échec à élaborer une formule de jury mixte tient d'abord à des questions académiques. Comment garantir, au sein du jury, que seules des raisons scientifiques soient prises en compte dans le vote de ses membres ? Comment s'assurer, pour les institutions extérieures représentées dans le jury, d'avoir assez d'autorité pour faire valoir ses exigences académiques face aux autres ? La solution trouvée en 1898 repose sur une égalité numérique entre les délégués de l'EIM et ceux de l'Instruction Publique, devenus 3 à partir de l'assimilation du diplôme de l'USJ à un doctorat en médecine français en 1894. C'est en fait un marché de dupes si l'on considère que le jury est partagé exclusivement selon des lignes nationales, car les 5 membres du jury choisis parmi les professeurs de la faculté sont eux aussi des Français. Devant ce rapport numérique, l'EIM envisage en octobre 1899 de faire passer le nombre de ses délégués à 5, sans donner suite à cette idée[545] ; mais le comte de Sercey, Consul Général de France à Beyrouth, fait alors rapidement le calcul, pour constater que même dans cette éventualité, les Français disposeraient d'une majorité d'office[546]. Le parti-pris commun au gouvernement français et à l'EIM est de supposer que les clivages au sein du jury doivent suivre des lignes nationales. C'est probablement vrai lorsqu'il s'agit de trancher les questions de protocole, mais pas pour la

543 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, de Montebello à Petiteville, de Péra, 21/02/1888.

544 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Minute d'une note qui a été remise au Dr Zambaco le 4 Xbre 88 : Dispositions arrêtées par S.E. le Ministre de l'Instruction Publique de la République Française relativement à l'organisation et au fonctionnement de la Faculté de Médecine de Beyrouth. »

545 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme sans n°, de Constans à Sercey, d'Istanbul, 13/10/1899.

546 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme, de Sercey à Constans, de Beyrouth, 16/10/1899.

routine des examens. Voilà une preuve supplémentaire de ce que le fond de la question tient à la question de souveraineté que soulève l'octroi du droit de pratiquer la médecine.

Quant à l'autorité des deux institutions de tutelle, c'est dans le protocole que l'on cherche à la manifester. Les Français s'efforcent de refuser aux délégués de l'EIM la présidence du jury, et y parviennent en définitive. Dans l'intervalle, cependant, la question du protocole au sein du jury, c'est-à-dire celle de l'attribution de la présidence, d'une éventuelle vice-présidence et de la répartition des tâches dans le fonctionnement du jury, cristallise une nouvelle opposition entre les Gouvernements français et ottoman. En négociation avec le *wālī* de Beyrouth dans les premiers mois de 1892, le Consul Général de France à Beyrouth, Saint-René Taillandier, fait des ouvertures dans le sens de l'attribution d'une vice-présidence au délégué ottoman[547], mais progressivement, la position de son interlocuteur se durcit sur l'exigence de la présidence du jury[548], qui reviendrait du point de vue de l'Instruction Publique de France à l'abandon de la collation des grades. Lorsque le ministre de l'Instruction Publique, Léon Bourgeois, finit par se rallier à cette solution[549], le changement du titulaire du gouvernorat de la province de Beyrouth a déjà bloqué les négociations. Lors des négociations de 1898, en revanche, la question est laissée de côté ; elle réapparaît lors des examens de février 1899, mais la situation d'urgence dans laquelle la Sublime Porte a désigné des délégués de remplacement permet aux représentants français de s'assurer la présidence du jury, et d'en tirer un précédent[550]. L'enjeu de la présidence, qui est initialement d'essence académique (il s'agit en particulier de savoir qui départage un jury indécis), est devenu rigoureusement une question de préséance et de protocole, réglée au gré de l'évolution des rapports de force entre Gouvernements ottoman et français. Elle n'est d'ailleurs pas close avec la fin des examens de la session de février 1899, et se déplace autour de l'attribution des présidences de bureau d'examen, et de la responsabilité de planifier le déroulement des épreuves. En revanche, on va le voir, tout le protocole visible – cérémonies de début de la session d'examens, de proclamation des résultats et de remise des diplômes – est négocié à pas feutrés et millimétré pour donner au maximum le sentiment du respect de la dignité de chacune des composantes du jury[551].

La composition des jurys n'est pas qu'une question de prérogative et de science

547 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, télégramme n° 7, de Saint-René Taillandier à Ribot, de Beyrouth, 22/02/1892.

548 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme sans n°, de Saint-René – Taillandier, à l'Ambassade de France à Constantinople, de Beyrouth, 26/06/1892.

549 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 8, de Cambon à Souhart, Consul Général de France à Beyrouth, de Constantinople, 04/03/1898.

550 MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 172, n° 10, de Delcassé à Sercey, de Paris, 07/04/1899.

551 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth » [pour la session d'examens de la fin 1900], du Dr Morat à Leygues, s.d. [1901].

nationale. Le ministère français de l'Instruction Publique manifeste des réticences à collaborer avec les médecins ottomans. Nous ne savons comment nommer la première de ces résistances autrement que de l'orgueil, en l'occurrence celui des délégués de l'Instruction Publique dans les jurys de l'USJ, qui dans un jury mixte seraient « [exposés] à rencontrer à [leurs] côtés de très médiocre praticiens tout prêts à [les] traiter d'égal à égal et à chercher à opposer sans raison plausible leur veto à la collation d'un diplôme français à tel ou tel candidat »[552].

A cela s'ajoute une perception essentialiste et dépréciative de la bureaucratie ottomane, et de l'EIM par inclusion, celle du pays des bakchichs et de la fonction publique vénale[553] : une bonne partie des propositions de jurys mixtes s'emploient d'abord à désamorcer tout risque d'achat des éventuels délégués ottomans. Cela conduit à vider la coopération proposée avec l'EIM de sa substance, en réduisant ses représentants à de purs surveillants de la régularité du processus[554]. Au moment de l'accord final, cependant, il est devenu clair qu'il n'est pas question de cantonner les envoyés de l'EIM à un rôle secondaire.

Une dernière angoisse exprimée du côté des inspecteurs de l'Instruction Publique quant à la mise en place d'un jury mixte, est de voir l'EIM y nommer quelques uns de ses professeurs ressortissants d'un pays d'Europe : ce serait alors les rivalités européennes qui s'introduirait au sein des commissions d'examen, et qui seraient susceptible d'en paralyser le fonctionnement[555]. C'est pourquoi, toute vision culturaliste mise de côté, les mêmes inspecteurs qui dénonçaient la vénalité intrinsèque de tout jury ottoman, insistent néanmoins pour exiger des éventuels délégués de l'EIM qu'ils possèdent la nationalité ottomane[556]. A tout prendre, l'administration impériale apparaît ici comme un acteur neutre et préférable aux interactions avec les autres puissances nourrissant des vues sur les Etats du Sultan.

L'organisation de jurys mixtes pose problème avec l'administration ottomane et avec le personnel politique radical lorsqu'il occupe le ministère de l'Instruction Publique, mais un troisième acteur contribue à en retarder la mise en place. De tous les grands professeurs envoyés par le Gouvernement français année après année, l'inspecteur le plus résolu contre l'idée d'un jury mixte est le Dr Lortet, doyen de la faculté de médecine de Lyon. Il tire argument de ses propres voyages dans le pays à la fin des années 1870[557] pour disqualifier

552 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 30, du Consul Général de France à Beyrouth à Ribot, de Beyrouth, 15/06/1890.

553 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », par le Dr Lortet, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, s.d. [1894].

554 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, note du Dr Caubet au ministre de l'Instruction Publique, s.d. [1893].

555 MAE Nantes, Beyrouth, A, 335, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Rapport sur l'Etat de l'Ecole par M. le professeur Lortet. 1897 ».

556 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 42, de Cambon à Ribot de Péra, 14/03/1892.

557 Louis Lortet, *La Syrie aujourd'hui. Voyages dans la Phénicie, le Liban et la Judée 1875-1880*, Paris, Hachette, 1884.

l'administration ottomane, mais il cherche surtout à promouvoir les intérêts de l'université lyonnaise au Proche-Orient. De fait, du début des années 1890 à 1897-1898, la faculté de médecine de Lyon prend un ascendant de plus en plus manifeste sur celle de Beyrouth[558]. L'adoption du principe des jurys mixtes en octobre 1898 remet cette position en cause, et autour du Dr Lortet, se manifeste un intérêt local[559] contre le nouveau système, dont témoignent les prises de position dans la presse : celles-ci se retournent contre leurs auteurs, car la protestation convainc la diplomatie française d'éloigner pour de bon la FFM de la faculté lyonnaise[560]. La presse catholique française est alors mobilisée pour dénigrer les intérêts de celle-ci dans l'affaire, et la position de « succursale » à laquelle la faculté des Jésuites avait été réduite[561]. Le principe des jurys mixtes, qui s'applique dès la session de février 1898, fonctionne sans anicroche majeure, mais avec des tensions, jusqu'en 1914.

Toutes ces négociations sont invisibles des étudiants, qui ne voient que le programme qui leur est imposé, les modalités des examens qu'ils subissent, et la forme des diplômes qu'ils reçoivent. En étudiant celle-ci, on peut néanmoins percevoir qu'ils interagissent avec l'histoire de cette négociation.

4 – Les métamorphoses du diplôme

A circonstances changeantes, diplôme protéiforme : malgré le peu d'illusions que les diplomates français nourrissent sur le fond essentiellement politique de la dispute, le texte des diplômes de la FFM est évolutif, car les parrains de l'institution s'efforcent, par tâtonnement, de désamorcer le formalisme académique et administratif qui sert à justifier le refus ottoman de reconnaître les diplômes.

Le texte du diplôme n'est pas neutre pour l'histoire de la construction de l'autorité professionnelle, car la présentation, la solennité et les possibilités de carrière ouvertes au détour d'une formule sont susceptibles d'instrumentalisation pour aider à façonner l'image que les jeunes médecins cherchent à donner d'eux-mêmes, et pour nouer les liens de gratitude par lesquels se met en place l'influence. Toutefois, le raisonnement premier que tiennent les

558 « Une faculté de médecine française à Beyrouth », in *La Terre Sainte*, n° 539, 01/01/1898, pp. 6-8 [article tiré du *Petit temps*].

559 Sur la coalition d'intérêts lyonnais attachés à la montagne libanaise et à Beyrouth, sur les plans économique et académique, cf Michel Seurat, « Le rôle de Lyon dans l'installation du mandat français en Syrie. Intérêts économiques et culturels, luttes d'opinion (1915-1925) » in *L'Etat de barbarie*, coll. « Esprit Seuil », Paris, Le Seuil, 1989, pp. 173-225 ; et B. Botiveau, *Op. cit.*, p. 177.

560 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme n° 53, de Souhart à Cambon, de Beyrouth, 02/11/1898.

561 « L'Université de Beyrouth », in *La Terre Sainte*, n° 563, 01/01/1899, pp. 3-4 [article tiré de *L'Univers*].

nouveaux docteurs est qu'il vaut mieux avoir un titre en règle que recevoir les promesses réitérées des Jésuites et des diplomates français de voir bientôt les pompeux diplômes de la FFM reconnus par Istanbul. Cette donnée joue en faveur de l'EIM, dont les diplômes sont valides sans ambiguïté, à la différence de ceux que délivre la faculté de médecine de l'USJ. En allant passer leur doctorat à Istanbul, les étudiants de Beyrouth retournent contre les Jésuites et le gouvernement français l'accusation de formalisme : ces derniers cherchent tout au long des négociations à préserver des symboles de souveraineté, plutôt que d'assurer les meilleures conditions d'insertion sur le marché du travail à leurs diplômés. En cherchant à franciser autant que possible la forme du diplôme, en défendant pied à pied les apparences de la norme française, ils affirment une normativité absolue de la science médicale nationale ; or la FFM n'a ni les moyens financiers, ni le potentiel scientifique, ni l'autorité politique pour réellement appliquer et faire valoir cette norme contre les pouvoirs régaliens de l'Etat ottoman et les prérogatives de son administration. En revanche, la volonté de franciser les formes du diplôme laisse toute licence à l'EIM de réagir en insistant au contraire sur l'ottomanité du diplôme et de la collation des grades, et sur la délivrance du Diplôme d'Etat Ottoman comme seul et unique permis d'exercice.

a – Diplôme, diplomatie, diplomatique

Prenons le risque de décliner la paronomase, car c'est bien de la *diplomatique* du doctorat en médecine que nous devons nous préoccuper en premier lieu, soit l'ensemble des formules consacrées, des sceaux, signatures et contreseings, des choix de présentation aussi, et tout l'apparat d'officialité qui entourent le diplôme et enveloppent l'impétrant d'une aura de dignité professionnelle. Que ces données formelles soient une question de *diplomatie*, c'est un fait presque obligé puisque l'enjeu reste la reconnaissance officielle par l'Etat ottoman, et que le gouvernement français cherche à l'obtenir en gardant les prérogatives les plus larges possibles dans l'ordre des programmes et dans celui de la collation des grades. Produire un document doublement officiel, sous la tutelle conjointe de deux gouvernements qui veulent tirer la couverture à eux au nom de leur souveraineté, voilà qui nécessite de la diplomatie. Les questions de validité et de composition des jurys que nous venons d'étudier se devinent dans les formes du diplôme, d'autant que le Gouvernement français joue là-dessus pour avancer dans la négociation en barguignant ses concessions. On est souvent à la limite de l'authentique et du factice, et lorsque l'EIM en vient à se plaindre que la FFM décerne à ses

étudiants des faux, les diplomates français peuvent bien protester, animés d'une sainte colère ; mais rapidement, ils doivent accepter la reconnaissance des droits souverains de l'Etat ottoman et la disparition des éléments symboliques de la francité sur le diplôme pour que la faculté survive.

Toutefois, les questions formelles ne concernent pas seulement les diplomates et les fonctionnaires ottomans ; les diplômés eux aussi sont demandeurs de formes et de titres, non seulement comme défense contre les interventions de l'administration ottomane, mais également comme marqueur d'autorité et de distinction. Les institutions et les hommes concourent à valoriser le titre de docteur, et donc le diplôme.

α – Une « fiction » de diplôme : le Diplôme Spécial Français (1888-1894)

La diplomatique trahit la surenchère de la négociation : elle est trahison parce qu'elle révèle des étapes de la négociation, mais également en ce qu'elle permet de donner l'apparence des concessions. Ainsi en va-t-il de l'intitulé du diplôme : d'après l'article 3 du règlement de la FFM de 1883, ce doit être un « diplôme de médecin », inférieur à tous égards au doctorat en médecine[562]. A compter de 1886, les Jésuites s'efforcent d'obtenir le titre de docteur pour leurs étudiants, non pas – ou pas seulement – parce que le règlement de 1861 conditionne la pratique de la médecine à la détention d'un doctorat en médecine, mais avant tout sur les instances des futurs diplômés. Là, le prestige du titre se mêle à la concurrence avec le SPC, qui délivre, lui, des doctorats. Pour le P. Marcellier, il est entendu que l'intitulé de ces diplômes est une question d'apparence, sans valeur officielle en France[563], à la différence de ceux délivrés par les missionnaires protestants américains, qui sont valides aux yeux de la loi américaine. Le diplôme ferait de son détenteur un docteur en Syrie mais non en France. Cette solution revient pour le Consul de France à une « fiction », qui, espère-t-il alors, permettrait d'obtenir la reconnaissance officielle du diplôme par l'administration ottomane[564]. En 1887, il s'emploie à convaincre les deux premiers inspecteurs de l'Instruction Publique et leur ministère de tutelle de faire cette faveur formelle. Tout en acceptant de plaider cette cause à Paris, l'un d'eux, le Dr Landouzy invite les diplomates à ne pas se bercer d'illusions sur la valeur d'un document qui, de l'extérieur, doit se présenter comme un diplôme, mais en définitive n'est rien de plus qu'« un certificat signé peut-être par le Ministre de l'Instruction

562 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, règlement de la Faculté Française de Médecine de l'USJ [15/09/1883].
563 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, du P. Marcellier au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 04/1886.
564 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 7, du Consul Général de France à Freycinet, de Beyrouth, 18/05/1886.

Publique de France et contresigné par le Consul de Beyrouth[565] » ; soit l'attestation du suivi d'un cours n'ouvrant à aucun droit spécifique. La fiction échoue, car l'administration ottomane perçoit la ruse.

En revanche, si ce doctorat, le « Diplôme spécial français », est une fiction, un titre à la fois vrai – puisqu'il vient bien sanctionner un apprentissage et une série d'examen – et faux – au sens où il a les apparences d'un diplôme valide, sans conférer les droits y afférents –, c'est aussi qu'il n'obéit pas à une forme consacrée. A partir de là, sa composition est ouverte à la négociation, et stimule la créativité des Jésuites, des diplomates et de l'Instruction Publique de France pour faire une place aux demandes ottomanes, une place toujours aussi réduite que possible, s'entend, afin de maintenir françaises les apparences du diplôme. Celles-ci ne sont pas insignifiantes, car abstraction faite de la question de la validité, elles rendent compte des garanties académiques qui entourent le diplôme. Dans les divers projets français envisagés entre 1888 et 1898, les marques de l'autorité ottomane, acceptées contre l'essentiel, c'est-à-dire le droit d'exercer dans l'Empire, sont minorées, et rendues extérieures au diplôme. Au début de la première négociation pour la reconnaissance officielle, les diplomates français sont prêts à accorder au membre ottoman du jury – supposé unique à cette date – le droit d'apposer un visa témoignant de la régularité de la procédure. Ils sont disposés à lui donner un droit de veto et rien de plus[566]. A l'inverse, les premiers diplômes de docteur de la FFM, établis par l'Instruction Publique de France[567], distribués en novembre 1888 et acclamés par les étudiants d'un retentissant « Vive la France ! », portent des écussons tamponnés « RF » en chacun de leur coin et au milieu de leur grande largeur[568], et la signature du Grand maître de l'Université de France[569]. C'est une façon de signifier que l'autorité qui délivre le diplôme est celle de la science médicale française, avec toute l'aura de supériorité qui l'entoure à l'âge de Claude Bernard, Charcot et Pasteur ; l'autorité, plus réelle, qui donnerait éventuellement le droit d'exercer, pâlit en comparaison. Tout est fait, dans l'ordre des signes, pour forcer la gratitude des jeunes diplômés envers la France, ce à quoi les portait déjà l'orientation des enseignements qu'on leur avait dispensés quatre années durant, et pour réduire l'importance de la signature ottomane.

Une subtile évolution des Jésuites eux-mêmes vers l'idée d'une parité entre les composantes du jury se lit dans un « Projet d'arrangement relatif à la Faculté de médecine de Beyrouth » en 1893. Ce texte propose que ce soit la réunion des deux signatures du délégué

565 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 58, de Petiteville à Flourens de Beyrouth, 07/11/1887.
566 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, de Montebello à Petiteville, de Péra, 21/02/1888.
567 MAE Nantes, Beyrouth, A, 146, de Locroy à Goblet, de Paris, 06/10/1888.
568 Cf Annexe C.
569 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 77, de Petiteville à Goblet, de Beyrouth, 22/12/1888.

de l'Instruction Publique de France et du futur délégué de l'EIM qui confère le droit d'exercer dans l'Empire ottoman[570]. Dans une telle configuration, les deux délégations sont mises sur un pied d'égalité quant à la validation académique et la valeur légale. Reste qu'une telle proposition fait fi des demandes ottomanes que la France reconnaisse la validité des diplômes de la FFM sur son territoire en préalable à leur reconnaissance officielle dans l'Empire ; or le ministère français de l'Instruction Publique, suivant en cela ses inspecteurs, s'oppose à l'idée de reconnaître une compétence académique aux membres ottomans à déléguer dans les jurys de doctorat à Beyrouth.

Il préfère suivre la voie exactement inverse, en évinçant totalement l'EIM du jury par la délivrance du diplôme lyonnais. *A posteriori*, l'Ambassadeur à Constantinople, Paul Cambon, se plaint de n'avoir pas pu convaincre ces messieurs de l'Instruction Publique que le prestige de la science française n'était pas en jeu dans l'affaire[571]. De fait, l'ambassade semble n'avoir pas témoigné d'un excès d'enthousiasme pour cette solution. Lorsqu'en 1896, le Consulat de Beyrouth a envoyé au chargé d'affaires de France à Constantinople deux exemplaires du nouveau modèle de diplôme, les doctorats des Drs Philippe Barakat, futur médecin de l'Hôpital de la Sainte-Famille à Bethléem, et Ibrāhīm Sawmā[572], ceux-ci aboutissent dans une cave de l'ambassade sans susciter la moindre réaction de son personnel. Huit ou dix mois plus tard, sur les instances des deux intéressés, le Consul de France à Beyrouth doit demander à l'Ambassadeur de les lui réexpédier, sans qu'on les ait seulement examinés[573]. L'anecdote invite à relativiser l'importance que la diplomatie française accorde au diplôme en tant que tel, enjeu abstrait d'escarmouches épistolaires entre l'Ambassade et l'EIM : les formes qu'il prend en 1888, 1894 ou 1899 n'ont d'intérêt réel, de ce point de vue, que comme options de négociation, comme signifiant de la reconnaissance officielle ou non de la FFM. Il arrive quelquefois que ce soient les détenteurs de diplômes, à l'instar des Drs Barakat et Sawmā, qui rappellent aux diplomates qu'ils attachent la valeur du diplôme. C'est en particulier le cas lorsque le diplôme de Lyon remplace la première version du doctorat.

570 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Projet d'arrangement relatif à la Faculté de Médecine de Beyrouth », s.d. [1893].

571 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 8, de Cambon à Souhart, d'Istanbul, 04/03/1898.

572 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 86, du Consul Général de France à Beyrouth à de la Boulinière, de Beyrouth, 02/09/1896.

573 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, lettre particulière de Souhart à St-René Taillandier, de Beyrouth, 28/11/1897.

β – Les faux-semblants de l'affaire Damiani

Extérieurement, le doctorat que le ministère de l'Instruction Publique délivre aux étudiants de la faculté de médecine de l'USJ de 1888 à 1894 diffère de celui délivré par la faculté de Lyon de 1894 à 1897[574] sur trois points : la composition du jury, le visa d'approbation donné par le Consul de France à Beyrouth et non par le recteur d'académie de Lyon, et l'absence de la formule « pour en jouir avec les droits et prérogatives qui y sont attachés par les lois, décrets et règlements » qui donne le droit d'exercer sur le sol français[575]. En proposant un diplôme en tout point semblable, y compris pour la validité, à ceux de la faculté de médecine de Lyon, le gouvernement français estime avoir produit un titre authentique, de nature à satisfaire l'EIM et à permettre aux étudiants de la FFM de passer le *colloquium*, comme font tous les diplômés des facultés de France.

Par la décision d'août 1894, le diplôme de la FFM a pris une valeur supérieure à la version précédente, sans doute, et ceci crée une gradation implicite de légitimité scientifique et de prestige entre les diplômés de 1887 à 1894 et les docteurs sortis de l'USJ à compter de 1895. Un des meilleurs élèves formés dans la première période, le Dr Elie Jabārah, devenu chef de clinique à la faculté, demande d'ailleurs, au vu de ses titres ultérieurs, l'équivalence du doctorat en médecine français : il lui est difficile de participer de façon convaincante à la formation d'étudiants qui peuvent espérer un diplôme plus valorisé que le sien[576]. La formule du diplôme de Lyon se présente comme une solution – imparfaite, certes, puisqu'elle suppose le déplacement à Istanbul pour passer le *colloquium* – à la question de la reconnaissance officielle ; et dans un premier temps, elle est certainement perçue par les étudiants comme une amélioration. Au bout de peu d'années pourtant, l'adoption de ce nouveau diplôme suscite une vive confrontation avec les autorités ottomanes.

La forme d'un diplôme authentique est bien plus mal acceptée à Istanbul qu'une « fiction » de doctorat, comme le montre l'affaire Damiani. La fureur de l'EIM découle de ce qu'elle seule, par *iradé* impérial, a le droit de conférer les grades dans les Etats du sultan ; que la faculté de médecine de Lyon ne saurait se déplacer avec un de ses jurys d'examens, ni s'identifier à l'USJ ; et que le *colloquium* facilite l'obtention du permis d'exercer aux diplômés des facultés de médecine reconnues par les autorités ottomanes, qui ne font pas cet honneur à celle de Beyrouth[577]. Par conséquent, le diplôme de la faculté de Lyon ne peut

574 Cf Annexe C.
575 MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 337, note du Dr Caubet au minstre de l'Instruction Publique, s.d. [1893].
576 MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 162/b, du P. Cattin à F. Souhart, de Beyrouth, 19/12/1895.
577 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, note de Georges Outrey, s.l. [Istanbul], 11/12/1897.

représenter aux yeux de l'Administration médicale civile ottomane qu'une supercherie, et le *modus vivendi* qui s'était instauré entre l'USJ et l'EIM depuis 1890 environ, avec certes des hauts et des bas, est balayé.

Le compte-rendu de l'entretien subi par Damiani à l'EIM éclaire le raisonnement de l'administration ottomane en la matière, en même temps qu'il nous renseigne sur le déroulement général du *colloquium* : après avoir décliné son identité, l'impétrant donne des informations sur sa formation – le lieu d'inscription et d'études, la durée de celle-ci, les examens du doctorat. Placé dans cette situation, Damiani fait de candides aveux, gros d'une évidente « antinomie », qui déclenchent la crise. Dès lors, il est clair, pour la Direction de l'Administration médicale civile ottomane, que le diplôme lyonnais ne peut plus être pris comme un texte décontextualisé, porteur d'une valeur intrinsèque admise par l'EIM : c'est un document qui vise à dissimuler l'institution qui a formé son détenteur, ce qui lui ôte tout crédit. Le diplôme de Lyon délivré aux médecins issus de la FFM n'a de validité sur le territoire ottoman qu'au prix d'un mensonge de la part des impétrants : on est bien près d'un faux, en effet.

Les faux-semblants de la forme antérieure du diplôme, ou d'autres formules produites par l'imagination des chanceliers, inspecteurs, Consuls, Ambassadeurs, chargés d'affaires et autres directeurs de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique de France, ne posent aucun problème aux professeurs stambouliotes, tant qu'ils ont toujours face à eux un diplôme de la FFM qui se donne comme tel. En revanche, le diplôme de la faculté de médecine de Lyon, outre qu'il semble indiquer un rattachement institutionnel de l'USJ dont le Dr Lortet rêve tout haut[578], force la main à l'EIM dans le sens d'une reconnaissance de la faculté de Beyrouth : de cela, il est, moins que jamais question à l'été 1897.

De fait, à cette même date, l'administration locale devient plus sourcilleuse quant à la pratique des médecins issus de la FFM[579]. Avec l'affaire Damiani, la circulaire est appliquée avec plus de rigueur. Il est probable que l'EIM avait eu vent de la nouvelle forme du diplôme, car la venue de trois pontes de la faculté de Lyon, trois années consécutives, passe difficilement inaperçue. L'unilatéralisme de la démarche française entre 1894 et 1897 contraste radicalement avec la forme du diplôme issu de l'accord de 1898.

578 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, du Dr Lortet, destinataire inconnu, de Lyon, 28/07/1896.
579 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, n° 56, de Souhart à Hanotaux, de Beyrouth, 17/09/1897.

γ – Le diplôme de la FFM, matérialisation du compromis de 1898

L'affaire Damiani et ses conséquences radicales nécessitent un *aggiornamento* sévère de la position française. De fait, nous voyons maintenant qu'un certain nombre de tabous ont dû sauter pour rendre possible la convention du 31 octobre 1898, portant reconnaissance officielle de la faculté de médecine de l'USJ par la Sublime Porte. Elle impose un principe de parité, tant dans la composition du jury que dans la double définition du droit d'exercice ; principe qui se retrouve dans l'organisation graphique du diplôme. Deux colonnes manuscrites se font face, l'une à gauche en français, l'autre à droite en *osmanlı*, séparées par un cartouche portant les symboles de la Compagnie de Jésus et le texte du diplôme de doctorat proprement dit, décerné nominativement par le chancelier de la faculté sur la base des certificats d'aptitude délivrés par le jury. Les deux corps latéraux de texte manuscrit attestent de la validité du titre dans l'Empire ottoman pour les délégués de l'EIM, et sur le territoire français pour les délégués français[580]. L'organisation en triptyque fait ressortir la scission de la dimension académique du diplôme, placée au centre, en caractères d'imprimerie, de sa dimension légale, elle-même subdivisée en deux parties pour faire droit aux prérogatives de chacune des administrations : l'Instruction Publique de France, qui seule délivre le droit d'exercer sur le territoire français, pour la partie en français ; l'EIM et l'administration locale pour la partie en *osmanlı*.

Ce diplôme fait de bric et de broc, soigné en son cœur mais griffonné sur les marges, contraste par sa facture avec le sens commun qui veut qu'un diplôme porte dans sa graphie et sa mise en page la présomption de son officialité et de son authenticité. Il est vrai que les attestations autorisant l'exercice, comme celles évoquées au chapitre 1, étaient concentrées sur une feuille sans souci de solennité, qui était assurée par le style et le sceau ; mais les diplômes précédents de l'USJ montrent qu'en 1899, on s'attend, dans un diplôme, à une scripturalité formalisée par les possibilités de l'imprimerie. Au milieu de celle-ci, l'écriture manuscrite, irréductiblement individuelle, maintenue comme marque d'authenticité, vient littéralement boucher les trous.

Il y a là quelque chose d'assez peu solennel, qui constitue une satisfaction pour l'Administration médicale civile ottomane : le Diplôme d'Etat ottoman (DEO) qu'elle dispense à ses étudiants, aux étrangers qui ont été jugé aptes au terme du *colloquium* et, désormais, à ceux de la FFM, a plus d'allure et de style[581]. Examinons un instant sa composition et ses

580 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, reproduction photographique d'un diplôme de l'USJ [février 1899].
581 « *Ta'arrub al-šahādah al-ṭibbiyyah al-sulṭāniyyah* » [Traduction arabe du diplôme sultanien de médecine], in *Al-Ṭabīb*, Vol. 9, 11ème année, 01/06/1899, p. 2. Cf Annexe C.

référents : hormis l'éloge initial du Sultan, qui donne sa sanction à l'ensemble du processus diplômant, et dans laquelle il est comparé à Platon sur le plan intellectuel, la suite du diplôme détaille les disciplines étudiées et le succès aux examens. En vertu de l'avis de ses professeurs, l'impétrant est expressément autorisé par le Sultan à pratiquer la médecine. Toutefois, la comparaison faite à Platon articule en définitive, sinon la science, du moins l'esprit de recherche scientifique à la légitimité politique ottomane ; et cette légitimité est un fait de tradition, qui en se référant à la fois aux Grecs, renvoie en particulier à la tradition médicale arabe. La liste des disciplines à connaître dérive en revanche d'une division occidentale des savoirs médicaux, mais la logique du texte est de gommer toute solution de continuité dans le processus de transmission. Telle est la part subtile de l'idéologie dans la formulation ; toutefois, le document se conclut sur une note formelle très comparable aux appendices donnant validité dans les diplômes français :

> « sur l'avis de ses professeurs, nous [membres du jury] lui conférons, en considération des preuves qu'il a données de son habileté et de son talent face aux différentes questions de médecine et de chirurgie [auxquelles il a été confronté], le rang de docteur avec tous les privilèges [*imtiyāzāt*] y afférents, tant dans les sciences médicales que chirurgicales, et le titre de maître et d'enseignant ; nous lui permettons sans restriction d'exercer dans les Etats du Sultan les arts médicaux et chirurgicaux[582] »,

ce qui implique à la fois l'idée d'un ordre *sui generis* de compétence des médecins, l'affirmation de l'unité pratique de la médecine et de la chirurgie, et la définition des conditions d'exercice de la médecine en termes territoriaux. Sous le rapport de la définition de la souveraineté, le DEO repose sur des catégories juridiques homogènes au droit international de facture européenne. Toutefois, s'il est délivré tel quel par l'EIM à tous ceux qui réussissent les examens de l'EIM, de l'Ecole ottomane de médecine de Damas, de la FFM ou du SPC, ou encore le *colloquium*, comme l'indique les rédacteurs d'*Al-Tabīb* en appendice à la traduction du texte, la formulation du diplôme contient une semi-fiction. En effet, l'énoncé des droits conférés repose sur l'idée d'examens homogènes passés devant le jury de l'EIM, et d'un titre délivré, textuellement, « en présence » [*biḥaḍārah*] du sultan. La présence est symbolique et non réelle, sans doute, et l'homogénéité des épreuves est toute subjective. Toutefois, la délivrance du DEO aux diplômés de la FFM et du SPC implique, par le contenu même du titre, la réaffirmation du monopole de l'EIM sur la qualification médicale. La conclusion en est que, dans les accords arrachés par la FFM puis le SPC, chacune des puissances étatiques impliquées, Etat ottoman, France et Etats-Unis, lit ce qu'elle veut bien lire et consent à fermer les yeux sur les affirmations de prérogatives concurrentes.

582 *Ibid.*

La forme du diplôme tranche aussi, et ce n'est pas sans rapport, avec le cérémonial qui entoure sa remise, et l'attachement très marqué que les jeunes médecins sont réputés éprouver pour leurs titres : le mode de résolution de la querelle des diplômes privilégie la fonction sur la forme, l'authenticité et la validité du titre sur son apparence.

b – Un titre à faire encadrer ou un objet de haute politique ?

α – La question de l'échange du diplôme : le triomphe de l'imagination formaliste (1893)

Les mues du diplôme de l'USJ, celles qui ont effectivement lieu et celles qui restent à l'état de projet, ne sont pas simplement des marqueurs de la négociation sur sa reconnaissance jusqu'à ce que les lignes se stabilisent autour de la parité de prérogatives des uns et des autres. D'autres modifications de la forme et des usages du doctorat résultent du souci, à l'EIM, d'encadrer la pratique médicale en se donnant les moyens d'identifier les détenteurs du droit d'exercer. Avant 1894, les objectifs de la diplomatie française vont incidemment, non contre la lettre, mais contre l'esprit des règlements ottomans, car ils aboutissent à la possession, par ceux qui vont jusqu'au bout de la procédure d'obtention du permis d'exercice, de deux diplômes au lieu d'un; or nous avons vu au chapitre précédent que la Direction du Conseil des affaires médicales civiles s'employait précisément, par diverses dispositions, à bannir les circonstances qui conduiraient, par la possession de deux titres académiques, à une quelconque forme d'aliénation de diplôme (par vente, héritage, etc.) et saperaient ainsi les obligations académiques individuelles contenues dans le règlement de 1861. La situation de double diplôme dans laquelle se trouvent les docteurs de la FFM ayant passé l'examen d'Istanbul relève de ce type de situations, même si leur diplôme n'est pas reconnu par l'EIM.

Cette dernière adopte une attitude ambiguë à leur égard. D'un côté, elle s'efforce de les motiver à passer l'examen à Istanbul : cela peut aller, dans le cas d'un médecin originaire de la montagne libanaise, le Dr Essely, jusqu'à la promesse du poste de médecin municipal à Bagdad dès le moment où il obtient le diplôme de la FFM, en 1891, à condition qu'il obtienne d'abord le DEO. Les diplomates français font opposition avec succès à cette proposition, au motif qu'elle va contre les objectifs immédiats de la négociation en cours, qui vise à rien de

moins que la reconnaissance pleine et entière du doctorat de Beyrouth[583]. D'un autre côté, à partir de l'été 1892, l'EIM demande aux diplômés de Beyrouth de déposer, de façon systématique, leur diplôme[584], afin qu'il soit archivé et ne puisse tomber dans les mains d'un homonyme[585].

Cette mesure est un coup dur pour le Gouvernement français, qui s'était efforcé de donner au doctorat de la FFM, à défaut d'une validité légale, du moins une valeur académique, sanctionnée par la signature du ministre de l'Instruction Publique[586]. Elle est prise aussi au détriment des jeunes diplômés, qui – les diplomates reviennent régulièrement sur ce point – sont très attachés à leurs doctorats français, non seulement en tant que diplômes mais également en tant que titres français, dont les détenteurs sont des protégés de la France. Au surplus, les médecins perdraient au change s'ils venaient à immigrer, car on estime à Paris que le diplôme français serait nettement mieux coté que le DEO. Aussi, pour contrer la décision de l'EIM, diplomates et fonctionnaires français élaborent de l'été 1893 au début de l'année 1894 une série de tactiques de contournements.

Le premier moyen, suggéré en juillet 1893 par le Consul Saint-René Taillandier, serait de donner aux anciens étudiants un duplicata de leur diplôme à leur retour d'Istanbul[587]. Raymond Poincaré, alors ministre de l'Instruction Publique, écarte en octobre cette solution qui pose problème du point de vue de l'administration française : si l'on remettait le double d'un diplôme dont l'original, inaccessible pour le moment, n'est cependant pas détruit et pourrait être rendu à son possesseur contre son DEO au moment de partir s'installer à l'étranger, la même personne aurait ainsi deux fois le même diplôme[588]. Cela poserait pour les Français le même problème dont l'EIM s'efforce de conjurer l'apparition dans l'Empire.

Le second moyen, évoqué par Raymond Poincaré, alors ministre de l'Instruction Publique, serait de donner aux étudiants des copies authentifiées par le Consul Général de France à Beyrouth, à présenter à l'EIM à la place de l'original ; mais l'idée est repoussée, car l'Administration médicale civile aurait toutes chances de la rejeter en arguant qu'elles n'éviteraient en rien la détention de deux diplômes par la même personne[589].

583 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 5, du Consul Général de France à Beyrouth au comte de Montebello, 15/12/1891.

584 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, télégramme sans n°, de Cambon, au Consul Général de France à Beyrouth, de Constantinople, 02/06/1893 ; et « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », par le Dr Lortet, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, s.d. [1893].

585 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de la Boulinière, chargé d'affaires de France à Constantinople, à Jules Develle, ministre des Affaires étrangères, de Péra, 16/11/1893.

586 MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 337, de Saint-René Taillandier à Challemel-Lacour , de Beyrouth, 31/07/1893.

587 *Ibid.*

588 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de Poincaré à Develle, de Paris, 16/10/1893.

589 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de la Boulinière, chargé d'affaires de France à Constantinople, à Develle, de Péra, 16/11/1893.

On met alors en avant une troisième solution, qui consisterait à remettre initialement à tous les étudiants un diplôme doté de la même validité que le doctorat de l'USJ existant, mais d'essence provisoire. Les étudiants qui iraient passer les examens à Istanbul y déposeraient ce document, et ne récupèreraient un second diplôme, définitif celui-là, qu'après avoir présenté leur Diplôme d'Etat Ottoman au Consul Général de France à Beyrouth : ainsi le Gouvernement français serait convaincu que l'individu en question a dû remettre son diplôme d'origine. Comment produire, cependant, un diplôme provisoire qui ne risque pas d'être confondu avec le titre définitif ? Il est proposé de le faire légèrement différent, non dans le contenu mais dans la forme typographique[590]. Cette dernière hypothèse soulève cependant un cas de conscience au Consulat : le diplôme provisoire serait définitif pour tous les médecins qui ne font pas le voyage à Istanbul et continuent d'espérer que le Gouvernement français a les moyens de régulariser leur situation vis-à-vis des autorités ottomanes. Ce sont ces derniers, et non ceux qui vont à Istanbul, qui sont les plus fidèles clients de la France, à l'influence de laquelle ils font confiance. Pour ne pas les pénaliser, il faut veiller à ce que leur diplôme soit aussi authentique d'allure que possible, et que les altérations ne soient perceptibles que par ceux qui, dans l'administration française, ont à s'occuper de cette question précise. Le Consul, Saint-René Taillandier se rallie à cette solution[591], mais elle reste dans les cartons à mesure que l'Instruction Publique accepte, dans le même temps, l'idée de transformer le diplôme de la FFM en doctorat en médecine français à part entière[592].

Toutes ces palinodies illustrent le fait, tardivement reconnu par Paris, que le diplôme constitue un élément d'identification et qu'à ce titre, il importe que tout individu n'en est qu'un seul de valide dans le territoire où il exerce. On peut identifier quelqu'un par la parenté, par l'histoire personnelle, par les caractéristiques physiques, mais aussi par le diplôme, qui le situe dans l'ordre de la compétence et dans le monde du travail. Pour que l'identification fonctionne à une échelle macroscopique comme celle de l'Etat, il faut pouvoir proposer des modalités pour reconnaître les personnes à distance, sur la base de registres conçus à cet effet, par exemple. C'est ce que l'Empire ottoman a entrepris de faire dans le domaine de la médecine, et que la FFM vient troubler lorsqu'elle délivre ses diplômes, et plus encore lorsqu'elle remet à ses étudiants ceux d'une faculté française.

590 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de la Boulinière à Develle, de Péra, 16/11/1893.
591 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n° 8, de Saint-René Taillandier à Casimir-Périer, de Beyrouth, 08/02/1894.
592 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, de Spuller à Casimir-Périer, de Paris, 25/01/1894.

β – Diplômes en fuite

L'inflation des solutions envisagées, du dédoublement du diplôme de la FFM à sa fusion pure et simple dans le système académique français, correspond non seulement à la situation résultant de l'échange des diplômes, mais à l'urgence ressentie par les Jésuites face à la fuite des étudiants vers Istanbul ou la France. L'absence de reconnaissance officielle des doctorats de la FFM est une source d'incertitude qui n'a plus de raison d'être si ces diplômes sont destinés à être perdus en échange d'un DEO. Le jury présidé par le Dr Lortet, délégué de l'Instruction Publique de France aux examens de novembre 1893, ne décerne que trois doctorats à cette session, tandis que trois autres sont partis finir leur cursus à la faculté de médecine à Paris, et un nombre conséquent de leurs camarades ont gagné Istanbul[593]. Entre ces deux dernières options, la diplomatie française réussit au moins à persuader les étudiants d'aller plutôt passer leur doctorat dans les facultés françaises, ce qui constitue un moyen supplémentaire pour en faire des clients[594]. C'est aussi une manière de continuer à refuser le monopole de la collation des grades que possède l'EIM.

La crainte suscitée par l'obligation de remettre le diplôme est durable : si la question de l'échange de diplôme disparaît totalement de la correspondance à partir d'août 1894 et de la décision ministérielle de délivrer le doctorat en médecine français aux étudiants de Beyrouth, elle réapparaît de temps à autre. Ainsi Bernardin Damiani, lorsqu'il commence à évoquer son départ pour Istanbul à l'été 1896, demande si la procédure d'échange du diplôme est encore en vigueur, alors que son diplôme est celui de la faculté de médecine de Lyon qui, si la logique qui a prévalu à son attribution est juste, devrait le garantir contre ce risque[595].

Derechef à partir de l'affaire Damiani et plus encore avec le retard pris par l'organisation des examens de doctorat pour la session de la fin de l'année 1898, les étudiants en dernière année fuient en masse pour aller passer les dernières épreuves de doctorat à l'EIM, de peur de s'interdire toute pratique légale s'ils obtenaient le diplôme de la faculté de Lyon. Le flot n'est pas interrompu par l'annonce de l'accord trouvé en octobre 1898, car les étudiants peuvent à bon droit se demander si et comment il peut être appliqué. Le doute subsiste en particulier avant la première session des jurys mixtes. Sur une vingtaine d'étudiants encore présents à Beyrouth début décembre 1898[596], seuls douze (deux en

593 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », par le Dr Lortet, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, s.d. [1894].

594 MAE Nantes,Beyrouth, A, 337, n° 46, de Jullemier, gérant du Consulat Général de France à Beyrouth, à Hanotaux, de Beyrouth, 13/07/1894.

595 MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 164 : de Bernardin Damiani au P. Cattin, de Bethléem, 01/08/1896.

596 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme n° 959, de Souhart à Cambon, de Beyrouth, 27/11/1898.

pharmacie et dix en médecine) réussissent aux examens devant le jury mixte à la mi-février, et la déperdition n'est pas majoritairement due aux ajournements[597]. Aussi longtemps que l'accord n'a pas reçu d'application, son effectivité est incertaine, et les étudiants se déterminent en conséquence, en adoptant la solution qui le permet le plus sûrement de faire carrière dans l'Empire.

La session d'examen de février 1899 crée un précédent ; mais l'exode ne s'arrête pas pour autant, car l'inertie de la bureaucratie et la rumeur continuent, chacune à sa manière, à persuader certains candidats que la formule des jurys mixtes à l'USJ comporte encore des risques et des incertitudes, quant à la délivrance des diplômes et au droit d'exercer. Des étudiants de quatrième année gagnent ainsi Istanbul en juin 1899 face au retard pris pour la délivrance des diplômes de la session de février[598]. Pour l'administration de la faculté, c'est une mauvaise nouvelle, car c'est le signe que l'annonce de la convention sur les jurys mixtes n'a pas suffi à fixer les étudiants à Beyrouth[599] ; pour l'EIM, c'est une surprise, car de ce côté-là on estime que la question est réglée. La Sublime Porte diligente une enquête à Beyrouth pour déterminer s'il y a lieu d'accepter les huit étudiants aux examens de doctorat[600]. Tout au long de l'affaire, les Jésuites et les Français s'efforcent de lier discursivement les intérêts de l'EIM et ceux de l'USJ : s'il reste des raisons de passer de la seconde à la première après la mise en œuvre de la convention du 31 octobre 1898, ce ne peut être qu'en raison d'une différence de difficulté entre les examens. Si la faculté d'Istanbul accepte désormais les candidats beyrouthins, elle court le risque de voir son diplôme dévalué ou ravalé jusqu'à la vénalité ; en outre, elle fait du tort à ses propres professeurs, car c'est une offense faite aux membres ottomans des jurys mixtes. Pour la faculté des Jésuites elle-même, l'enjeu est de fidéliser les étudiants et de réduire l'élasticité de la demande de formation médicale entre les facultés, mais ce n'est pas la meilleure vérité à dire aux Ottomans. Ces derniers, sur la foi d'un rapport apparemment inspiré des positions françaises, rejettent la candidature des étudiants de Beyrouth[601]. Toutefois, le retard à délivrer les diplômes a été bien près de vider l'accord de 1898 d'une partie de son contenu.

En outre, les autorités ottomanes, apparemment dans l'attente de l'envoi des diplômes d'assimilation français, ne transmettent pas les conditions administratives pour l'envoi du DEO avant la fin de l'été 1899, retardant le moment où les diplômés de la FFM peuvent exercer légalement dans l'Empire. En avril 1899, le cas d'un médecin arménien, le Dr

597 MAE Nantes, Beyrouth, A, 172, n° 9, de Souhart à Delcassé, de Beyrouth, 19/02/1899.
598 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme n° 315, de Sercey à Constans, de Beyrouth, 30/06/1899.
599 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, du P. Cattin à Sercey, de Beyrouth, 21/06/1899.
600 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme n° 313, de Constans à Sercey, de Thérapia, 11/08/1899.
601 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme n° 365, de Sercey à Constans, de 'Alay, 25/08/1899.

Balthazar Melconian, qui, après avoir présenté son diplôme de la FFM obtenu à la session de février 1899[602], se voit interdire l'exercice de son métier par le *wālī* d'Adana[603], catalyse de nouveau l'inquiétude des étudiants ; or cette décision apparaît irréductible aux dysfonctionnements de la bureaucratie ottomane. De l'avis du Consul à Beyrouth, la négociation n'est pas terminée du point de vue de l'administration ottomane, qui n'a pas pris de décision irrévocable, et n'a notamment pas encore, à la fin juillet 1899, publié l'*iradé* impérial portant reconnaissance du diplôme de la faculté de Beyrouth.

La question tient, une fois encore, au monopole de l'EIM sur la délivrance des permis d'exercer dans l'Empire ottoman, qui est remis en question par la double validation (française et ottomane) des diplômes de la FFM. La faculté de Beyrouth est prête à accepter l'idée d'un diplôme portant permis d'exerce dans l'Empire ottoman, qui serait émis par l'EIM, de même que l'exercice en France nécessite, pour les docteurs de Beyrouth, l'obtention d'un diplôme d'assimilation à leur arrivée dans le pays. Dans les directives données au mois d'août 1899 pour obtenir le DEO, nécessaire pour pratiquer en toute légalité, l'EIM décide d'en revenir au système de l'échange de diplôme. Les nouveaux diplômés doivent faire parvenir, par le biais de la chancellerie de la faculté et du Consulat de France de leur résidence, outre le détail de toutes leurs notes aux différents examens subis au cours des 4 années d'études[604], l'original du diplôme décerné par les jurys mixtes. Ceux-ci sont destinés à être archivés, tandis que l'Ambassade doit transmettre les DEO à transmettre aux nouveaux médecins[605] : on en revient à la situation de 1892-1893. De fait, ces exigences suscitent une réaction défensive du P. Cattin, qui insiste pour que l'Ambassade trouve un moyen de conserver les diplômes de la FFM auxquels les étudiants sont, paraît-il, très attachés[606]. Ce n'est pas un hasard si Constans suggère au Consul à Beyrouth de délivrer des duplicatas en même temps qu'il recevrait les originaux pour transmission à l'EIM[607] : personne dans cette affaire n'entend vraiment abandonner ses prérogatives et « son » diplôme, et d'une manière générale les relations entre l'EIM et Paris, et entre les différentes délégations au sein des jurys mixtes restent marquées par de fréquentes tensions jusqu'en 1914.

Dans le champ de la formation médicale, les diplômes délivrés aux étudiants influencent, en fonction de leur validité, les trajectoires professionnelles : ils jouent un rôle notable dans l'émigration. La carrière du Dr Chukri Naamé illustre les perceptions que les

602 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, télégramme n° 216, du vice-Consul de France à Mersine à Constans, de Mersine, 10/05/1899.
603 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n° 11, du vice-Consul de France à Mersine à l'Ambassade de France à Constantinople, de Mersine, 26/04/1899.
604 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n° 36, de Constans à Sercey, de Thérapia, 25/10/1899.
605 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 29, de Constans à Sercey, de Thérapia, 29/08/1899.
606 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, du P. Cattin à Sercey, de Beyrouth, 08/11/1899.
607 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n° 29, de Constans à Sercey, de Thérapia, 29/08/1899.

anciens de la faculté des Jésuites peuvent avoir au sujet de l'utilité relative de leurs dipômes. Diplômé de la FFM puis de l'EIM, il a exercé comme médecin de l'hôpital gouvernemental à Jérusalem, puis à l'hôpital français du Taxim, avant de se décider à quitter le pays au moment où les carrières institutionnelles ottomanes lui sont barrées, à la suite de l'affaire Damiani. Il décide alors de quitter le pays, et d'aller travailler à Tunis, muni de son DEO[608]. En 1907, il demande un duplicata de son diplôme de la FFM, troqué contre celui de l'EIM en 1893, qui peut lui faciliter l'exercice de la médecine vis-à-vis de l'administration du protectorat français[609]. L'Instruction Publique de France refuse de lui donner un duplicata, puisque l'original n'a pas été détruit, mais s'efforce d'obtenir la restitution de ce dernier[610]. Après l'envoi de deux rapports sur la question à la Sublime Porte, l'Ambassade finit par recevoir un refus de la part de la Direction de l'Administration médicale civile ottomane, qui se refuse à extraire le diplôme de ses archives. Elle argue que le Diplôme d'Etat ottoman est tout aussi valide[611], mais cède début 1910 au bout de la deuxième tentative du médecin et des Français, et envoie le diplôme après réception du Diplôme d'Etat ottoman du médecin[612].

La pétition du Dr Naamé, si longue soit-elle à obtenir satisfaction, repose sur un calcul quant à la réceptivité des autorités locales face à tel ou tel diplôme : à Jérusalem ou au Taxim, c'est le diplôme français qu'il n'avait pas, pour l'avoir échangé, qui lui a barré la pratique de son art. A Tunis, et quelques mois plus tard en France où il va continuer sa carrière, il juge que ce document, même s'il n'est pas formellement valide, peut mieux servir ses intérêts que le DEO. Le besoin du diplôme peut être exprimé dans la langue de l'influence française et de la fidélité des protégés de la République, sans que ces liens soient insincères ; toutefois les réclamations à ce sujet s'inscrivent toujours dans un projet de carrière, ou à un moment de réorientation de la trajectoire professionnelle : juste avant la Première guerre mondiale, le Dr Naamé est installé en France. Les concessions successives de l'Instruction Publique de France sur la forme du diplôme et les droits qu'il confère, ont contribué à donner du contenu à l'influence française, au point d'orienter la trajectoire de certains protégés vers l'hexagone.

608 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, du Dr Ni'mah à Constans, de Thérapia, 22/01/1900.
609 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 459, n° 29, de Pichon au Consul Général de France à Beyrouth, de Paris, 03/09/1907.
610 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n° 134, de Sercey à Constans, de Beyrouth, 09/10/1907.
611 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, note verbale n° 75682/96, du ministre des Affaires étrangères ottoman à l'Ambassade de France à Constantinople, d'Istanbul, 21/12/1898.
612 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, note verbale n° 647/21, du ministre des Affaires Etrangères ottoman à Bompard, d'Istanbul 16/02/1910.

γ – Le spectacle politisé de l'esprit de corps

Le doctorat en médecine, délivré par le gouvernement français, matérialise et consolide l'influence française. Les Jésuites se plaignent régulièrement de la volatilité de leur population estudiantine, mais il ne faudrait pas tenir pour rien, pour de la phraséologie diplomatique, le discours sur la fidélité à la France, sur la francité du diplôme et les liens qu'elle concourt à nouer. On ne peut pas échapper au sentiment que la communauté de difficultés éprouvées dans les études, et les angoisses quant à la possibilité de pratiquer la médecine, aient contribué à fonder l'esprit de corps entre médecins issus de la même faculté. Un indice en est la place accordée aux cérémonies d'accueil des jurys extérieurs, de proclamation des résultats et de remise des diplômes dans la vie des deux facultés de médecine de Beyrouth. Moments de solennité empesée, d'exercice oratoire obligé, ce sont aussi des occasions de socialisation élitaire, voire politique, si l'on en juge par la description du cérémonial et le contenu des discours. Vis-à-vis des étudiants, le cérémonial, la dimension très protocolaire de la remise du diplôme et la visibilité sociale fonctionnent comme des « techniques d'intégration », qui façonnent l'esprit de corps[613], même si le déroulement et les règles de préséance sont conçus de façon très détaillée dans le but précis de manifester visuellement l'accord entre Français et Ottomans sur la validité des examens et des diplômes.

Les rapports des inspecteurs de l'USJ sont assez laconiques sur ce point, insistant de préférence sur le bon déroulement de la cérémonie. L'occasion prend de l'importance sociale à partir du moment où elle est revêtue de circonstances officielles ottomanes, à compter de 1899. Elle se fait alors devant un grand concours d'invités – représentants des Consulats, femmes des professeurs, notables beyrouthins – au milieu duquel jamais les familles des candidats ne sont mentionnées. Le Consul Général de France à Beyrouth, les délégués français et ottomans et les professeurs de la faculté sont assis sur une estrade, et une série de discours faits par le chancelier de la faculté, un représentant des étudiants, et les présidents des délégations française et ottomane s'enchaînent dans une ambiance empesée. L'ensemble se termine le soir par un dîner de gala, loin des étudiants, en présence des professeurs, du Consul et du gouverneur de la province[614]. L'ensemble est fort protocolaire, ce qui se conçoit après des années de débats sur les formes et la procédure d'attribution du diplôme. Une

613 Luc Boltanski, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Les Editions de Minuit, 1982, pp. 439-441.

614 Cf notamment : MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Bourgeois.

photographie prise lors de la remise des diplômes en novembre 1907 confirme cette impression : les étudiants posent en rang, en costume à col cassé et tarbouche, chapeau melon ou panama, le diplôme à la main. Au premier rang, les trois délégués de l'Instruction Publique sont assis, vêtus de la toge universitaire tandis que les envoyés de l'EIM sont en tenue militaire. Ils sont accompagnés d'un des pères jésuites et d'un homme qui, placé au centre, est très certainement le Consul de France[615]. L'ensemble est resserré et très ordonné.

On peut supposer que certains aspects qui transparaissent dans les longues descriptions des fêtes de remise des diplômes du SPC se retrouvent à la FFM, même si l'ambiance apparaît notablement différente, plus mondaine et plus décontractée à la fois. Ces textes sont pleins de remarques sur « l'esprit de la faculté »[616], que la faculté américaine cultive ostensiblement.

La description des fêtes de juillet 1912 montre qu'une des données de cette unité est la place faite à toutes les confessions par l'Etat impérial dans ces circonstances : le serment d'Hippocrate est prêté dans sa version ottomane, devant les délégués de l'EIM, par séries de dix, chacun jurant sur le livre saint de sa religion[617]. Le serment d'Hippocrate, promesse individuelle d'agir selon une éthique professionnelle est d'emblée affaire de groupe, d'esprit de corps et d'émulation, qui transparaît dans l'homogénéité des photographies de promotion, sur lesquels se reconnaissent certains des jurys venus de l'EIM, en uniforme militaire, et des professeurs, en toge. Les étudiants ont abandonné à ce stade les bonnets carrés pour le tarbouche et le complet[618], et leur costume préfigure le statut d'hommes respectables qu'ils sont appelés à occuper dans la société parmi laquelle ils se destinent à exercer. Comme sur la photographie de la cérémonie de 1907 à la FFM, les professeurs du Département médical et les délégués ottomans sont assis au premier rang, entourant le président du SPC, mais en une ligne plus longue, qui noie le caractère formel des uniformes des examinateurs envoyés par l'EIM au milieu des costumes de ville. Quelques enseignants portent le bonnet carrés, mais ils sont presque tous au second rang.

La scène de la prestation du serment d'Hippocrate, très représentative du sentiment patriotique par-dessus les différences religieuses qui prévaut après la révolution de 1908, a certainement son pendant à la FFM, même si les diplômés non-chrétiens y forment une proportion moindre du total[619]. Ces cérémonies illustrent tout à la fois l'esprit bien différent qui prévaut dans les deux facultés, et la promesse d'ascension sociale dont elles sont porteuses pour leurs nouveaux diplômés qui frayent, pour l'occasion, avec la bonne société levantine.

615 Cf Annexe B, illustration n° 7.
616 « Commencement week », in *Al-Kulliyeh*, vol. III, n° 8 (07/1912), pp. 241-248, in Ġādah Yūsuf Ḥūrī, *Ḥuṭ ab*, Beyrouth, AUB Press, 1992, p. 23.
617 *Ibid.*, pp. 25-26.
618 Cf Annexe B, illustration n° 8..
619 Verdeil, *Art. cit.*, in *Cahiers de la Méditerranée*.

C'est un cycle d'existence qui prend fin, dans lequel le savoir était guidé par les enseignants et réglé par l'institution académique. La remise des diplômes inaugure une entrée sur le monde du travail, qui n'est pas pure rupture : les médecins entrent dans la carrière autorisés et en quelque sorte augmentés par leurs titres.

Conclusion :

On cerne mieux l'incidence de quarante et quelques années de reconfiguration du champ de la formation médicale autour de l'obligation légale de diplôme et des facultés, en rapprochant ces dernières remarques d'images plus contemporaines : celles de remises de diplômes, telles que nous avons pu les observer en 2001 en tant qu'enseignant en faculté à Naplouse : une fête privée, rassemblant leaders étudiants, jeunes diplômés et familles, organisée dans la cour de l'université, visible mais séparée de l'extérieur. Appelés un à un et ovationnés, les jeunes diplômés, en toge et bonnet carré, s'avancent sur l'estrade, puis sont accueillis par les embrassades de leur famille ; on prend ensuite toute la série des formats de photographie de ce grand jour, qui sont ensuite encadrés et, si possible, on envoie un cliché aux journaux afin qu'ils publient l'image du nouveau diplômé à côté des félicitations de sa famille. La même année, à l'université de Birzeit, la cérémonie de remise des diplômes est retransmise par vidéoconférence pour permettre aux parents des étudiants de la bande de Gaza, mis dans l'impossibilité de venir en Cisjordanie par la situation politique, d'y assister et d'exprimer publiquement, aux yeux de leurs enfants, leur satisfaction. Ces cérémonies ont un cachet typiquement palestinien, en raison de leur politisation explicite : selon les jours, la cérémonie est organisée par tel, puis tel parti politique. Si l'on considère, cependant, que les leaders étudiants et les responsables de partis politiques font partie intégrante, au moins par vocation, des élites palestiniennes, on retrouve les mêmes logiques : celle de la gratification par le spectacle monté autour du diplôme, et des multiples formes de reconnaissance que la mise en scène superpose ; logique de l'allégeance aussi, qui est à la fois allégeance à l'université et au parti, lequel a pu, le cas échéant, aider les étudiants financièrement. A tout prendre, les cérémonies ont quelque chose de très américain. Le jeune diplômé y est mis en valeur, il y acquiert une autorité, ainsi qu'un charisme, même passager, qui promettent de droit une position sociale. Ni au temps du Dr Naamé, ni de nos jours, la possession d'un titre

universitaire n'ouvre une carrière assurée, et le Proche-Orient semble avoir connu d'emblée le chômage des jeunes diplômés, en particulier aussi longtemps que la question de la validité des doctorats des facultés de Beyrouth n'était pas réglée. Sur quoi repose alors cette position sociale ?

Sans doute faut-il proposer une réponse composée. Il y a d'abord le poids de la culture de l'écrit dans un pays d'Ecritures, qu'a renforcé l'habitude des « cultures de papier » que nous évoquions en introduction. Il n'est pas indifférent non plus que ce soient des jeunes gens de bonne famille qui s'engagent dans ces études, ni que l'accès à une fonction médicale officielle puisse ouvrir la perspective d'obtenir le titre de bey – autrement dit, que la médecine sanctionnée par le diplôme laisse apercevoir la possibilité d'accéder aux formes classiques de l'éminence sociale dans le monde ottoman. Il n'est pas non plus question d'évacuer la représentation, dont nous avons vu au premier chapitre certaines formes, du médecin savant comme notable local. De cela, les diplômés des facultés agissent comme s'ils étaient les héritiers directs, qui s'efforcent de trouver par le document écrit une épaisseur tant sociale que scientifique. L'histoire de la formation du champ de la formation médicale académique conduit toutefois à faire intervenir d'autres facteurs qu'une sociologie d'airain de la reproduction, ou que la continuité des représentations sociales. D'une part, l'obligation légale de diplôme établie en 1861 donne une légitimité individuelle au médecin, au nom de la loi et non au nom de l'ascendance familiale. D'autre part, il se passe quelque chose d'original avec la fondation des facultés de médecine étrangères de Beyrouth puis avec la querelle autour de la reconnaissance officielle de leurs diplômes.

Ce quelque chose tient aux gratifications que les étudiants retirent du processus qui conduit à l'obtention du diplôme. Ce n'est pas, à rigoureusement parler, la reconnaissance de leur mérite par un examen impartial : la possession d'une *ijāzah* forçait sûrement un certain respect, et il n'y a pas apparence que l'EIM ait fait passer, à la même époque, des examens outrageusement dominés par le favoritisme, bien que ce soit l'un des arguments majeurs de l'Instruction Publique française pour refuser, avant 1898, d'accepter des délégués ottomans au sein du jury de la faculté de médecine de la FFM. Cette vision culturaliste de l'incompatibilité entre Orient et impartialité perd de sa substance lorsque des délégués français admettent que les faveurs personnelles existent aussi dans le recrutement des facultés de France. En revanche, les débats entre l'EIM et les instances de tutelles des facultés de Beyrouth mettent en exergue la protection dont bénéficient les diplômés de ces dernières, et conduisent à l'élaboration des conditions de l'impartialité, si imparfaite soit-elle.

Du protocole et des embûches administratives, sortent des procédures de délivrance du

diplôme qui donnent aux titres des significations sociales nouvelles : la reconnaissance collective, dans le cercle des proches comme au sein des élites, d'un notable effort, accompli pour acquérir des compétences adaptées aux besoins de la société dans laquelle ils vivent ; et une disposition à la mobilité sociale et géographique, qui suppose la reconnaissance de la faculté d'origine mais permet sur ce prémisse d'élaborer des projections de carrière à plus long terme. C'est parce que les médecins formés à Beyrouth veulent se déplacer, et voient leurs projets de carrière contrariés, qu'ils font pression sur la diplomatie française en se réclamant du statut de protégé, ou qu'ils finissent par aller passer leur doctorat ailleurs. C'est avec l'EIM que les facultés beyrouthines doivent surtout lutter pour conserver leurs étudiants, ce qui explique pourquoi l'intensité de la rivalité entre les Jésuites et la faculté américaine perd progressivement de son omniprésence dans la correspondance diplomatique française au fil des années 1890. Les accords permettant aux deux facultés étrangères de délivrer le DEO élargissent les perspectives de carrière de leurs diplômés, et facilitent la mise en scène solennelle de la transmission de la compétence lors de la remise des doctorats.

Le modèle du diplôme à l'occidentale, et plus précisément à l'américaine, délivré en grandes pompes et sous les flashes, a fait école. Le conflit oublié autour de la validité des doctorats en médecine a été une étape formatrice des cérémonies du SPC, qui constituent le prototype de ce que nous avons pu voir nous-même. A Beyrouth, s'institue une pratique de la monstration et de la validation sociale de la compétence à travers les cérémonies publiques. C'est le résultat d'un accord qui donne satisfaction au désir de l'administration ottomane de participer au processus diplômant et de manifester aux yeux de tous ses prérogatives souveraines dans la reconnaissance de la compétence. La publicité de la remise des diplômes est devenue avec le temps la circonstance qui permet aux impétrants de se prévaloir d'une autorité *sui generis*, sous les bravos de leurs proches, de leurs pairs, de leurs maîtres et de la notabilité locale ; mais il y a plus. Le choix du modèle de cérémonie à l'américaine, plutôt que celui de la FFM, s'explique par la place que l'AUB a pris dans le fonctionnement des gouvernements mandataires de Palestine et de Transjordanie : l'administration des Etats coloniaux ou mandataires du Proche-Orient arabe a encouragé l'embauche d'un personnel subalterne indigène, formé en université. Les Britanniques ont bien accueilli les diplômés de la FFM, mais diverses raisons – une plus grande tolérance religieuse et l'enseignement en anglais notamment – ont joué dans le sens de l'AUB, qui est devenue très nettement l'université de référence à Jérusalem et à Amman durant le mandat. Le contingent des étudiants palestiniens issus de cette université est devenu important dès avant 1948 et elle est restée l'université de référence pour les Palestiniens au moins jusqu'à la guerre de 1967. C'est,

nous semble-t-il, cette histoire des pratiques universitaires qui a contribué à produire le cérémonial actuel dans les Territoires palestiniens.

Une convergence d'intérêts s'opère sur ce point entre l'administration ottomane et les facultés, qui n'ont eu de cesse de faire valoir leur légitimité tout le temps que la valeur intrinsèque de leur formation était minorée à Istanbul : la pompe des cérémonies de remise des diplômes répond aussi au désir d'afficher un statut officiel depuis longtemps rêvé. Du côté des étudiants, enfin, ces festivités sont une occasion de sociabilité mondaine, un moment rêvé pour élargir leur horizon professionnel.

Si nous revenons à notre question initiale sur les facteurs qui façonnent les diplômes et la personnalité professionnelle de leurs détenteurs, nous pouvons alors proposer une réponse partielle. La politisation du champ médical avant et après la reconnaissance officielle des diplômes des facultés de Beyrouth tient d'une part aux hésitations de l'administration ottomane entre la mission de défendre la souveraineté de l'Etat contre les ingérences occidentales et le souci de faciliter la croissance des effectifs médicaux, et d'autre part aux rapports de protection entre les puissances occidentales, surtout la France, et les facultés avec leurs étudiants. Le but des diplomates occidentaux est alors de garantir aux anciens élèves de Beyrouth la possibilité d'exercer leur art sous protection, sans permis formel de pratiquer. A partir de 1898 pour la FFM et de 1903 pour le SPC, les résultats de la négociation politique autour de la validité des diplômes concourent à la valorisation nouvelle et durable de l'objet « diplôme ». A terme, les dispositions de la reconnaissance officielle des facultés de Beyrouth encouragent les médecins diplômés à se faire les promoteurs de la biomédecine et des dispositions du droit médical qui excluent la pratique informelle de la médecine. L'esprit de corps, relatif à l'institution de formation, vient alors appuyer les stratégies de défense professionnelle.

Toutefois, ce n'est pas en revendiquant l'application rigoureuse du droit que les médecins diplômés défendent leur situation professionnelle, mais en se fondant sur leurs connaissances. C'est sur la base des enseignements reçus, comme nous allons le voir maintenant, qu'ils peuvent affirmer pratiquer une médecine scientifique.

Chapitre 4 : L'apprentissage universitaire de la médecine

Introduction :

Derrière le diplôme de médecine, se dissimule une maîtrise professionnelle résultée d'un enseignement complexe, fait de disciplines, théoriques et pratiques, essentiellement nouvelles pour l'étudiant. La phase de l'enseignement médical est cruciale pour notre propos, puisque c'est le passage par la faculté et l'assimilation de la médecine occidentale qui est le ressort de la transformation macrosociale que nous entendons analyser. C'est à ce moment-là que les futurs médecins acquièrent non seulement des connaissances, mais des habitudes professionnelles, une personnalité sociale, un langage spécifique, et un titre qui sanctionne et résume tout cela. Le détail des négociations sur les diplômes et les rapports des inspecteurs du ministère français de l'Instruction Publique sont une mine d'information, et nous permettent de mener une analyse détaillée de la formation à la FFM. De par la nature de notre matériau documentaire, il nous faut approcher les modalités de la formation à travers deux prismes principaux qui rendent les étudiants souvent invisibles dans le processus d'apprentissage.

Le premier prisme tient à la finalité de la documentation. Dans les tractations autour des diplômes des facultés de Beyrouth, les négociateurs envisagent le doctorat en médecine comme enjeu de souveraineté, et justifient davantage leurs positions en fonction d'enjeux administratifs que des intérêts des diplômés. Les étudiants et les jeunes médecins apparaissent comme une catégorie fonctionnelle, tantôt comme demandeurs et déclencheurs de la négociation, tantôt comme paramètres de celle-ci. Notre connaissance des étudiants passe principalement par la correspondance entre des institutions, la FFM, le Quai d'Orsay et le ministère de l'Instruction Publique. Dans ces sources essentiellement consulaires, les étudiants n'interviennent qu'indirectement. Les anciens élèves de la FFM se considèrent comme protégés français et à ce titre, estiment que leurs problèmes professionnels intéressent directement Paris ; mais c'est la faculté qui, en transmettant leurs doléances, continue à les prendre en charge au-delà de leur formation. C'est par elle, et par ses chanceliers surtout,

qu'elle assure la protection directe des étudiants. Il est temps de renverser la perspective, et de montrer comment les étudiants font leur apprentissage à l'intérieur des paramètres fixés par le diplôme.

Le second prisme tient au point de vue des inspecteurs chargés de la supervision des examens. C'est en soupesant leurs rapports et les commentaires des consuls qui en modèrent la teneur, que le gouvernement français s'efforce de suggérer aux Jésuites des réorientations d'enseignement et décide de financer des investissements en faveur de la faculté ; or les délégués de l'Instruction Publique sont généralement des anticléricaux qui, malgré une remarquable complaisance à l'égard de l'administration de la faculté, sont foncièrement hostiles aux Jésuites. De plus, ces prestigieux professeurs de médecine restent peu de temps à Beyrouth, et tirent l'essentiel de leur information d'entretiens avec les enseignants de la FFM ou du peu qu'ils peuvent deviner en observant quelques leçons et en présidant les sessions d'examen. L'esprit du contrôle des enseignements est tout autre au Département médical du SPC, supervisé outre-Atlantique par une organisation missionnaire tributaire des rapports de l'administration de la faculté.

Cette différence de mode de supervision transparaît dans l'esprit de l'enseignement dans ces deux institutions académiques. Elles suivent chacune un modèle national. L'accent est mis à la FFM sur la professionnalisation et donc l'acquisition rigoureuse de méthodes, au SPC sur une plus grande liberté d'esprit et d'initiative[620]. Sur le long terme, les anciens étudiants des Jésuites – toutes professions confondues – manifestent une préférence pour les carrières administratives[621] ; nous la retrouverons en analysant au chapitre 7 les filières qui se dessinent au sein de la population des médecins diplômés. Pour percevoir les caractéristiques pédagogiques qui donnent ces dispositions particulières aux praticiens issus de la Faculté Française de Médecine de Beyrouth, il est nécessaire de voir comment s'y applique le modèle français d'études médicales, et donc les modalités par lesquelles se fait sentir l'influence du ministère français de l'Instruction Publique.

La FFM forme des médecins à la française, mais la pédagogie de ses cours repose sur la prémisse que la population étudiante n'y est pas homogène à celle d'une faculté de France, et qu'il doit à tout le moins y avoir adaptation des techniques d'enseignement. Quelle part les méthodes d'apprentissage font-elles à des modèles empruntés ou imposés du dehors, dans l'organisation de la discipline, des chaires, des cliniques ou des travaux pratiques ? Quelle place prennent, dans le processus d'apprentissage, les réflexes intellectuels, les habitudes de

620 Jean-Jacques Waardenburg, *Les Universités dans le monde arabe actuel. Documentation et essai d'interprétation*, 2 Vol., Paris / La Haye, Mouton & Co, 1966, Vol. 1, p. 17.
621 *Ibid.*, p. 18.

travail et de mémorisation que les étudiants ont déjà acquis à leur entrée à l'université ?

La formation s'accompagne d'un formatage des futurs médecins qui tient à la discipline et à la pédagogie. Les modèles d'enseignement de la FFM ou du SPC sont autoritaires, et visent à transformer en profondeur les étudiants en les disciplinant. Il est constamment question, dans les rapports des inspecteurs de l'Instruction Publique, du souci de cultiver dans les classes l'esprit d'enquête et le sens critique, et les auteurs dénoncent régulièrement la toute-puissance du par-coeur, le manque de réactivité observé chez les impétrants lors des examens, et les rattachent à la pédagogie autoritaire des Jésuites. Ces critiques sont-elles significatives ? En quoi seraient-elles propres à la FFM ?

Il faut remettre la discipline et le magistère des enseignants en contexte ; or c'est une question aujourd'hui très politisée. Les modalités d'apprentissage dans le monde arabe sont de nos jours l'objet de fréquentes critiques, qui reposent sur l'idée que les sociétés du monde arabe sont confrontées à une stagnation socioéconomique expliquée par des blocages culturels, en particulier pédagogiques[622]. A l'opposé, les intellectuels et les chercheurs qui s'inscrivent dans la lignée des études post-coloniales font valoir que la discipline en classe doit être comprise comme un élément des rapports que nouent les individus aux autorités politiques successives qui ont placé le monde arabe sous leur emprise coloniale. Pour les Français et les Britanniques, l'éducation faisait partie de l'assujettissement des citoyens ; dans les Etats mandataires, c'était un des moyens pour produire des « citoyens coloniaux »[623] ; que l'on définisse ou non la présence ottomane comme coloniale, c'est déjà vers une finalisation de l'éducation au service de l'Etat qu'on s'oriente au temps du Tanzimat. Sans négliger les facteurs culturels plus anciens, par exemple l'importance accordée à la récitation dans les écoles coraniques, les études post-coloniales soulignent que ce passé est encore très présent, en raison de l'organisation des systèmes politiques et de l'influence rémanente des pays colonisateurs sur les contenus et les langues d'enseignement.

Les facultés étrangères de Beyrouth ne sont ni ottomanes, ni nées dans un cadre étatique issu de la colonisation européenne. Il n'y a pas ici de démarche d'assujettissement, même si les représentants de Paris s'emploient à franciser l'esprit des étudiants de la FFM. Pour remettre la discipline et la pédagogie en contexte, il faut revenir à Beyrouth dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle, une ville en pleine essor économique, urbanistique et

622 Un exemple nuancé de ce type d'approche se trouve dans le Rapport sur le développement humain du Programme des Nations-Unies pour le Développement : *Building a knowledge society. Arab human development report 2003*, UNDP, 2003. Cette notion de blocages pédagogiques est envisagée dans une perspective historique dans : Mohammed Souissi, « Science européenne et enjeux éducatifs en Tunisie de 1850 à l'Indépendance », in *Revue du Monde Musulman et de la Méditerranée*, 72, 1994/2 : *Modernités arabes et turque : maîtres et ingénieurs*, pp. 53-59.

623 Cf Elizabeth Thompson, *Colonial citizens. Republican rights, paternal privilege, and gender in French Syria and Lebanon*, New York, Columbia University Press, 2000, *passim*.

culturel, dans laquelle le développement de l'éducation est vu comme une priorité par la bourgeoisie locale. L'éducation dispensée est moderniste, mais elle n'est pas spécialement libérale dans ses méthodes. La pédagogie rigide des écoles de Beyrouth a déjà été problématisée par Jens Hanssen, pour qui le fait significatif n'est pas la sévérité du règlement du SPC, mais le caractère non moins austère et répressif des écoles de l'Etat ottoman ; toutefois, le même auteur ajoute aussitôt qu'au SPC, c'est hors de la pédagogie disciplinaire, dans les formes organisées de la sociabilité que s'insinue vraiment l'influence protestante américaine[624].

Les facultés étrangères de Beyrouth ne visent pas à former un personnel pour appliquer de nouvelles normes d'exercice du métier de médecin ou de gouvernance de la santé publique, mais à créer un groupe de professionnels chrétiens sous influence. C'est moins l'ordre imposé aux étudiants que son inspiration qui importe ici, avec des variations significatives entre la FFM, le Département médical du SPC et les autres écoles. La discipline dans les facultés de Beyrouth est stricte, comme dans les autres écoles de l'Empire ottoman, mais elle a des finalités originales : l'encadrement rigoureux des étudiants permet d'éviter une ébullition intellectuelle périlleuse pour les institutions missionnaires, et de contenir le projet réformiste que constitue la création d'une profession libérale dans des limites idéologiques conformes aux souhaits des Jésuites et de l'ABCFM. L'enseignement de la FFM suit une orientation philosophique bien définie, qui n'échappe pas aux inspecteurs de l'Instruction Publique. Ceux-ci tendent à condamner en bloc les partis-pris intellectuels et la pédagogie des Jésuites.

Les débats autour de l'enseignement à la FFM ne se résument pas à un affrontement philosophiques entre professeurs de médecine anticléricaux et Jésuites. On peut distinguer trois débats différents, mettant aux prises des acteurs qui changent d'une configuration à l'autre. Le premier est bien celui qui confronte inspecteurs et Jésuites, mais loin de se résumer à des enjeux philosophiques, il touche à la pratique pédagogique, au choix de personnel pour telle ou telle discipline, etc. Le deuxième débat nous parvient de façon indirecte : il oppose les Jésuites et les professeurs de médecine de la FFM aux étudiants, et a trait aux modalités culturelles d'application des programmes d'étude parisiens. Le troisième, originellement interne au monde médical français, est exporté à Beyrouth, et concerne les priorités de formation entre sciences médicales et clinique.

Les méthodes d'apprentissage en usage dans ces facultés procèdent des interactions entre les Jésuites et les inspecteurs de l'Instruction Publique. En lisant les rapports de ces derniers, on devine aussi une négociation indirecte qui engage les étudiants, et dont l'enjeu est

624 Hanssen, *Op. cit.*, pp. 178-187, notamment p. 184 et p. 186.

la mise en compatibilité de deux ensembles de représentations sociales : les habitudes de l'enseignement médical français et l'image que les habitants de Beyrouth se font de l'apprentssage dans l'enseignement supérieur. Les professeurs de la FFM trouvent des terrains d'entente avec les méthodes d'apprentissage qu'emploient individuellement les étudiants. Le découpage de l'enseignement en leçons et la corrélation entre les enseignements en classe et les cliniques contribuent à faciliter l'acquisition de réflexes systématiques. Leur but est d'inculquer la maîtrise d'un raisonnement médical assez solide pour examiner méthodiquement les symptômes et en déduire diagnostic et pronostic. En revanche, certaines disciplines d'enseignement, certains aspects de la formation médicale se révèlent véritablement problématiques pour des raisons culturelles. Dans cette mesure, l'enseignement de la FFM tend à s'écarter de ses modèles universitaires français.

Dans les grandes lignes, cependant, les cours sont conçus en fonction des recommandations du ministère français de l'Instruction Publique. Un des effets majeurs du contrôle exercé par Paris est l'exportation vers Beyrouth des débats qui agitent le monde hospitalo-universitaire français, en particulier la rivalité entre cliniciens et praticiens de la médecine de la laboratoire qui, au Levant, prend une signification nouvelle en raison des difficultés pour remplir les salles de malade de l'hôpital universitaire.

Peu ou prou, l'objectif est de conformer les étudiants aux mêmes normes, de leur donner des habitudes professionnelles reconnaissables, de considérer ces derniers comme une population dont la dissémination ultérieure n'entraîne pas un effacement de la marque de fabrique ottomane, américaine ou française donnée aux diplômés, mais une diffusion d'influence politique. Il ne s'agit donc pas ici de jouer au jeu des différences, entre les modalités d'enseignement dans une faculté de médecine européenne et les facultés de l'Empire ottoman, puisque le recours à un modèle extérieur est explicite. Notre projet est d'examiner ce qu'il est possible d'apprendre en faculté de médecine, comment on l'apprend, comment le corps malade ou mort est manipulé dans le cadre de cet apprentissage, et ce que les diplômés conservent, à terme, de leur formation académique. Toutefois, cela suppose que nous rendions également compte des phénomènes d'adapation technique et d'acculturation des programmes.

Les aménagements pris avec les programmes théoriques, les méthodes d'apprentissage et les accents donnés à certains enseignements constituent la marque spécifique de l'enseignement des différentes facultés de l'Empire ottoman, mais ne décrivent l'esprit de corps qui habite leurs diplômés. Ce dernier dépend du parcours post-universitaire, au cours duquel les anciens étudiants restent liés, pour le meilleur et pour le pire, à leur lieu de

formation. En s'installant dans leur pratique, les médecins sont déjà identifiables et influencés dans leur travail, sinon conditionnés, par l'institution qui les a amenés jusqu'au doctorat.

Quelles sont les caractéristiques et les modalités de la pédagogie employée à la FFM ? Dans quelle mesure les débats entre Jésuites et inspecteurs de l'Instruction Publique, entre les responsables de la faculté et les étudiants, et entre les délégués successifs des facultés françaises influent-ils sur la formation médicale dispensée ? A partir de là, quel est le profil professionnel des anciens étudiants de la FFM et par quels biais le « cachet » de cette institution et des autres facultés affecte-t-il la carrière ultérieure des praticiens diplômés ?

Nous étudierons dans un premier temps l'encadrement étroit de la population étudiante par les Jésuites, tant sur le plan disciplinaire que pédagogique, par lequel ils transforment les étudiants en des médecins chrétiens selon leur désir. Ceci passe par l'introduction à une démarche scientifique et professionnelle, et par un formatage philosophique délibéré.

Le contenu des enseignements nous intéresse surtout pour les problèmes qu'ils suscitent. L'usage pédagogique des cadavres, l'organisation des cliniques et l'enseignement de l'obstétrique sont sources de difficultés culturelles ; or les deux premiers sont centraux dans la conception anatomopathologique de l'enseignement médical qui continue de prévaloir à la fin du dix-neuvième siècle.

De leur passage par la faculté, les étudiants n'emportent pas qu'un bagage scientifique. La FFM leur inculque un esprit de corps qu'elle les pousse à conserver malgré leur dispersion géographique : ceci passe par une assistance pour trouver un emploi, la mise en place de structures associatives post-universitaires, ou l'organisation de congrès qui sont autant d'occasions de sociabilité entre anciens. Toutefois, l'estampille de la faculté des Jésuites n'est pas qu'un atout, elle peut se révéler source de difficultés de carrière, en particulier vis-à-vis de l'administration ottomane, et ce même après 1898.

I – Une pédagogie orientée et disciplinaire

La pédagogie est le lieu où se manifestent des différences d'approche à l'égard de l'enseignement et de l'apprentissage, entre les enseignants, les étudiants et les institutions qui supervisent les facultés médicales. Si les programmes sont conditionnés dans une certaine mesure par des contraintes externes et relatives au contenu scientifique des cours, les Jésuites

opèrent un recadrage, une acclimatation des orientations du ministère de l'Instruction Publique. Cette adaptation passe par des arrangements pris avec la pédagogie universitaire pour ne pas dérouter les étudiants ; mais du même coup, les Jésuites encadrent l'enseignement en posant leurs propres garde-fou intellectuels. L'esprit de l'enseignement médical est réorienté, pour éviter toute influence subversive et notamment irréligieuse. Ce n'est pas l'apanage de la FFM : au SPC, les crises de 1882 et de 1909 résultent de la contestation non seulement d'un système disciplinaire, mais des valeurs qu'il vient servir[625]. Il en va de même des écoles ottomanes d'enseignement supérieur sous Abdülhamid II, dont Corinne Blake montre qu'en plus d'une discipline de fer, inscrite dans le quotidien des classes depuis le *maktab ibtidā'i* (école primaire)[626], elles étaient régies par un véritable contrôle politique et policier[627]. La discipline facilite en outre l'adaptation des programmes franças, dans la mesure où les étudiants sont demandeurs de suivi professoral et acceptent le caractère intensif de l'enseignement.

Dans son étude de l'enseignement secondaire à l'époque hamidienne, Benjamin Fortna invite toutefois à relativiser l'effectivité de la discipline imposée aux élèves[628]. Très stricte sur le papier, celle-ci pouvait en certaines circonstances être détournée, et la punition pouvait être l'occasion de négociation, en fonction de la personnalité des élèves et des surveillants[629]. L'impression de discipline de fer et de pédagogie autoritaire à la FFM tient notamment à l'ampleur du rattrapage dans l'apprentissage des contenus de savoirs que les enseignants de la faculté de médecine estimaient devoir imposer aux étudiants pour tenir les programmes fixés par l'Instruction Publique de France.

A – La mise à niveau des connaissances

L'enseignement théorique occupe une place primordiale dans le processus de sélection et de formatage des étudiants pour en faire des médecins, car il fournit la base du tri à l'entrée de l'école de médecine, les orientations de la mise à niveau au début de la scolarité médicale, et les cadres du raisonnement médical appliqué en clinique. La préférence, très nette à l'USJ, pour un enseignement systématique, et indépendant d'un travail sur manuel, est cependant elle-même le résultat d'un mode d'apprentissage antérieur à l'entrée en faculté, auquel les

625 Dupont, *Op. cit.*, pp. 184-198 [pour la crise de 1882] & pp. 201-204
626 Corinne Lee Blake, *Training Arab-Ottoman bureaucrats : Syrian graduates of the* Mülkiye Mektebi*, 1890-1920*, Th. : histoire : Princeton University, 01/1991, pp. 56-57, pp. 80-81 et p. 92.
627 *Ibid.*, p. 124.
628 Fortna, *Op. cit.*, pp. 150-152.
629 *Ibid.*, p. 163.

professeurs de médecine adaptent la matière de leurs cours. C'est donc dans les antécédents scolaires, à travers l'examen d'admission, qu'il faut chercher l'origine des modalités d'enseignement et le besoin d'adapter la pratique universitaire occidentales aux étudiants de Beyrouth. La conformation aux modèles européens se fait sur le terrain des connaissances en sciences exactes et en langue, tandis que les méthodes d'apprentissage et certains enseignements médicaux suscitent des résistances et nécessitent négociation.

1 – Les priorités littéraires des écoles secondaires

La sélection lors des examens d'admission répond à des critères académiques, qui dans les premières années limitent presque exclusivement le recrutement aux seules écoles francophones. Celles-ci dispensent un enseignement qui ne correspond pas aux exigences de connaissance nécessaires à la poursuite d'études médicales. Le cours préparatoire mis en place à l'USJ, et par la suite ceux qui se créent chez les Lazaristes à Antoura, chez les grecs-catholiques et au collège maronite de la Sagesse à Beyrouth, sert en pratique des objectifs déconnectés des études de médecine ; ces classes ont cependant bien pour finalité d'opérer la mise à niveau requise, et fournissent une bonne partie des effectifs en médecine.

Les Jésuites fondateurs de la faculté ont conscience de l'écart entre la formation dispensée dans les écoles de Syrie, y compris les leurs, et les nécessités de l'apprentissage d'une discipline scientifique en français. L'accent du programme du cours préparatoire est mis sur les besoins linguistiques, et sur les sciences exactes comme sciences auxiliaires de la médecine. L'orientation de l'enseignement secondaire est imputée par les Jésuites à l'adaptation nécessaire des programmes aux attentes des parents, qui ne voient pas d'usage professionnel possible aux cours de science :

> « Le Père Normand avec qui j'ai très-sérieusement examiné cette question m'a déclaré qu'il lui faudrait deux années pour préparer les futurs étudiants en médecine. Le collège compte, d'ailleurs, plusieurs professeurs qui sont parfaitement en état de diriger les études dans le sens voulu et qui ont donné des preuves de leur capacité à Paris. Si, jusqu'à présent, on a simplifié les études au Collège des Jésuites, c'est uniquement parce que faute de but précis les élèves et leurs parents ne se soucient point de sciences qui ne peuvent les mener à rien. »[630]

La conception utilitaire de l'enseignement secondaire alléguée ici par le Père Normand contribue à une segmentation de la formation disciplinaire dans la durée. Le gros de

630 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°45, de Sienkiewicz à l'Ambassadeur de France près la Sublime Porte, de Beyrouth, 12/08/1880.

l'apprentissage des habitudes et des modes de raisonnement propres aux sciences exactes est reporté sur les années de cours préparatoire à la faculté de médecine et surtout de première année. A cette première épreuve, s'ajoute pour les candidats reçus à l'examen d'admission à la faculté un second obstacle discriminant : l'enseignement est intégralement dispensé en français, dont la maîtrise par les différents étudiants d'une classe donnée est très inégale. La compétence linguistique vient redoubler la sélection.

2 – Une population estudiantine hétérogène par le niveau de langue

a - Un recrutement composite

L'accent de la formation dans les écoles secondaires catholiques sous protection française est mis sur les humanités, et tout particulièrement sur la maîtrise de la langue française. Les élèves qui en sortent ont de bonnes connaissances en français, mais celles-ci sont orientées vers la littérature, et non vers le vocabulaire technique des sciences exactes. Les examens d'admission révèlent des élèves incapables, pour des raisons en partie linguistiques, de suivre directement des cours de médecine en français ; mais les mêmes possède un niveau de langue tout à fait honorable, et que le Consul Patrimonio s'aventure même à comparer à celui du baccalauréat français[631]. Il est clair, cependant, que même dans les disciplines littéraires on reste en dessous des exigences posées en métropole.

Cette impression n'est pas uniforme. La compétence initiale en français varie en fonction de l'établissement d'enseignement secondaire d'origine. Le collège que les Lazaristes, fort gallicans, tiennent à Antoura donne des étudiants meilleurs francophones que les Jésuites, parce que son enseignement est concentré sur l'acquisition du français[632]. Les élèves du collège de l'USJ apprennent le français, mais aussi davantage d'arabe et de latin.

b - Pourquoi former des médecins en langue française ? L'exportation de l'élitisme républicain

La finalité de l'enseignement médical en français comporte une dimension politique.

631 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°172, de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 27/01/1884.
632 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°58, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 07/11/1887.

Toutefois, le choix de la langue se justifie : les expériences d'enseignement en arabe de la médecine universitaire occidentale, au Caire dans les années 1830, puis au SPC de 1867 à 1882, ne se sont pas soldées par de brillants succès ; à la FIM, il a fallu plus d'une quarantaine d'années avant que l'enseignement en turc soit envisageable. L'existence de véritables filières linguistiques d'enseignement secondaire, constitue la condition première de possibilité du projet. Au reste, la transmission d'une discipline technique dans une langue donnée ne se décrète pas : il faut, pour la médecine, une terminologie, des manuels, des revues, et un bassin de recrutement d'enseignants compétents.

La question du niveau linguistique en français des étudiants, avant et après leur passage par l'USJ, n'est pas anodine. Elle permet en premier lieu d'évaluer la transformation opérée par la scolarité et d'estimer si les auditeurs des cours, de par leur compétence linguistique initiale, sont placés dans une situation initiale d'égalité des chances.

En second lieu, la maîtrise soutenue du français pour des médecins confrontés tout le jour à des patients arabophones pose la question des usages sociaux de la langue étrangère d'étude et de son entretien. Le français est la langue d'enseignement à l'USJ et les étudiants investissent de leur temps dans sa maîtrise à raison de ce critère, mais quelle est son importance dans les projections de carrière, s'il n'est pas utilisé avec les patients ?

L'enseignement médical de la FFM n'a pas d'effet d'homogénéisation : ceux qui maîtrisent le mieux le français apparaissent avantagés dans leur trajectoire post-universitaire. Les médecins que l'on retrouve dans l'orbite des Jésuites et de la France dans leur carrière possèdent, à en juger par leur correspondance, un niveau linguistique tout à fait correct.

Ce n'est pas un hasard : le niveau de langue est conçu comme un instrument de sélection ; le principe des cours en français est en soit un filtre qui avantage les écoles catholiques françaises et celles de l'Alliance Israélite Universelle, mais les inspecteurs éprouvent cependant un malaise persistant à l'égard du niveau général de français des nouveaux arrivants à la faculté. Le vicomte de Petiteville rapporte ainsi l'insatisfaction du Dr Netter (inspecteur pour les examens de 1889) et de ses prédécesseurs à ce sujet :

> « Déjà les inspecteurs se sont plaints à maintes reprises de l'insuffisance des connaissances des élèves de première année ; déjà ils ont constaté que pendant les premiers mois de présence à l'école de médecine, les étudiants ne faisaient que se dégrossir et se perfectionner dans notre langue qu'ils savaient d'une façon approximative. Ce reproche était fondé, mais malheureusement nous ne pouvions nous montrer par trop difficiles sur le choix des candidats en présence de l'incertitude planant sur l'avenir de l'école. Cet avenir, une fois assuré, les bons élèves afflueront et nous pourrons ajourner tous ceux qui ne présenteront pas de sérieuses garanties[633]. »

633 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°30, de Petiteville à Ribot, de Beyrouth, 15/06/1890.

La sélection sur la base du niveau linguistique atteint dans l'enseignement secondaire est problématisée en proportion du nombre des candidats. L'institution est ainsi écartelée entre plusieurs principes : d'un côté, l'élitisme du recrutement et l'exigence d'enseignement en langue française poussent la FFM à une homogénéisation linguistique par le haut. D'un autre côté, le but de la faculté de médecine comme instrument d'influence et les espoirs subséquents d'accroissement de ses effectifs tirent les exigences vers le bas. Elle poursuit ainsi deux stratégies contradictoires ; la première, d'ordre linguistique, vise un accroissement du nombre des candidats qui permettrait d'opérer un écrémage à l'entrée ; la seconde, relevant de l'ingénierie sociale, perçoit la faculté de médecine comme un début annonçant une multiplication à l'USJ des facultés et des formations conduisant à un diplôme professionnel. Dans cette dernière optique, le succès de la médecine doit amener la création de filières de droit, d'ingénierie *e tutti quanti*. Le trop-plein de candidats aux études de médecine est destiné à être diverti vers d'autres formations, elles aussi données en français. L'une et l'autre stratégies reposent sur un même présupposé, à savoir l'amélioration du niveau linguistique des meilleurs étudiants sortant des écoles secondaires françaises. Avant 1914, deux facteurs viennent battre en brèche ce postulat : le premier est que le recrutement s'étend progressivement au-delà du cercle des écoles sous protection française, signe du succès de la faculté ; le second est que la géographie du recrutement s'élargit également. En 1913, le Consul note ainsi que l'une des priorités de la FFM est de mettre à niveau en français les étudiants arrivant d'Istanbul et d'Anatolie, et d'améliorer les connaissances scientifiques de ceux originaires des écoles catholiques de Syrie[634], qui sont en revanche au-dessus du lot sur le plan linguistique. L'hétérogénéité du recrutement va croissant avec le temps, et cela ne fait qu'accroître l'importance de l'enseignement en français comme facteur de sélection.

c - Les résultats d'une éducation francophone

Pour la maîtrise du français, les études universitaires et le milieu de travail ne font rien à l'affaire et l'essentiel tient à la formation initiale dans le secondaire. Pour les plus doués, cette maîtrise ouvre des portes en France même, y compris celles des revues médicales françaises. On peut juger sur pièce de l'hétérogénéité rémanente des étudiants de la FFM sur le plan linguistique après l'obtention de leur doctorat. Le Dr Bernardin Damiani écrit, selon le Père Cattin, chancelier de la faculté, un « charabia à peine intelligible »[635], ce qui, à en juger

634 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n°37 de Couget, à Bompard, de Beyrouth, 26/11/1913.

635 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, du P. Lucien Cattin, chancelier de la FFM, au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 16/09/1897.

par une lettre dudit Damiani, révèle surtout le niveau d'exigence du Jésuite, car le médecin écrit dans un français incertain sur le plan grammatical, mais tout à fait intelligible[636]. La prose d'un autre médecin installé en 1905 dans le milieu peu francophone de Bethléem, le Dr Emile Arab, est en revanche irréprochable[637] et lui permet de publier dans des revues françaises. De fait il fait carrière en milieu francophone avant d'aller s'installer en France dans les années 1920. Son style témoigne du reste des penchants littéraires de l'enseignement secondaire catholique au Levant, avec une propension à faire des citations passe-partout tirées des *Nuits* d'Alfred de Musset à temps et à contre-temps[638]. Ces deux exemples ne constituent peut-être pas deux extrêmes, mais il est évident que la FFM sélectionne sur un niveau initial de français assez correct.

La FFM opère en revanche une transformation linguistique sur la maîtrise de la langue scientifique. Dans le secondaire, la connaissance du français, mais aussi du latin et du grec, ne conduit pas à une connaissance lexicale adaptée à l'enseignement des sciences. L'un des reproches récurrents des inspecteurs du ministère de l'Instruction Publique est que les étudiants, en première année surtout, ne savent pas repérer les étymologies utiles à la compréhension de la terminologie scientifique, Comme le note le Dr Netter,

> « Plusieurs [étudiants] manquent d'instruction première. Quelques uns de mes prédécesseurs se sont émus avec assez de raison de quelques critiques de ce manque d'instruction. C'est ainsi que les élèves ignorent l'étymologie de ces nombreux termes que la médecine emprunte au latin et au grec. Nous ne sommes pas trop surpris de ces lacunes que nous retrouvons très souvent en France chez les étudiants étrangers auxquels on a accordé l'équivalence. »[639]

Cette remarque rappelle celle de Van Dyck, évoquée au chapitre 1, sur les problèmes de dénomination des termes techniques médicaux dans la littérature médicale arabe moderne. Là où ce dernier blâmait l'usage systématique des calques linguistiques lors même qu'il existait des équivalents en arabe, les inspecteurs français prennent acte de la francisation de l'enseignement pour lui reprocher son caractère incomplet, limité à une connaissance de la langue usuelle[640]. Sur ce prémisse, ils conçoivent la part de la langue dans l'enseignement en fonction des pratiques lexicologiques propres à la médecine de la fin du dix-neuvième siècle :

---

636 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, de Bernardin Damiani au P. Cattin, de Bethléem, 01/08/1896.

637 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 430, du Dr Emile Arab à Pichon, de Bethléem, 02/08/1909.

638 Emile Arab et Grégoire Blanchard, *La Dernière étape du drame du cancer sur la scène mondiale*, *conférence faite à Bruxelles le 20 mai 1939 par M. le Dr Emile Arab, ex-Professeur de la Faculté Française de Beyrouth, et G. Blanchard, ex-préparateur des cours de chimie analytique et de toxicologie, ex-préparateur du cours de matière médicale, lauréat de l'Université de Besançon*, Paris, Centre d'Application de la Méthode G. Blanchard, 1939, p. 1 & 20.

639 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection de Novembre 1889. Rapport présenté à M. le Ministre de l'Instruction Publique [Armand Fallières] par le docteur Netter, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux », par le Dr Netter, 18/02/1890.

640 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°58, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 07/11/1887.

celles-ci reposent sur une connaissance du grec et du latin comme outils de création verbale, qui permettent de nommer la masse de nouvelles connaissances médicales accumulées dans les dernières décennies. Que cette morphologie de la terminologie médicale contemporaine soit assimilée par les diplômés, c'est un fait. La preuve en est qu'ils en usent et en abusent, sous forme de néologismes, lors des congrès organisés pour les anciens élèves.

3 – Les lacunes de l'enseignement scientifique dans le secondaire

Comme il apparaissait dans la comparaison évoquée plus haut entre les étudiants syriens et ceux d'Anatolie ou d'Istanbul, le niveau des connaissances scientifiques est lui aussi très hétérogènes ; il varie fortement, non seulement d'une région à une autre, mais entre les écoles secondaires d'une même région. Ainsi, les Lazaristes d'Antoura, réputés meilleurs que les Jésuites pour l'enseignement du français, sont en revanche à la traîne pour l'enseignement scientifique. D'après le Dr Pozzi, un des inspecteur du ministère français de l'Instruction Publique,

> « Les élèves, à leur entrée dans la faculté, ont une instruction générale très insuffisante, et surtout une instruction scientifique très restreinte. Cela tient à ce que les établissements d'instruction primaire et secondaire de Beyrouth et du Liban (entre autres l'école d'Antoura) ne font pas faire aux élèves des études scientifiques suffisantes pour les préparer à commencer leur médecine.
> Les établissements protégés et subventionnés par la France devraient recevoir l'avertissement d'élever le niveau des études scientifiques, de se pourvoir de professeurs et de modifier leurs programmes dans ce sens. »[641]

La situation qu'il observe fin 1905 est constante depuis la fondation de la FFM et ne semble pas connaître pas d'amélioration avec le temps. Là encore, la sélection est vue par les inspecteurs et les administrateurs de la faculté comme un idéal impossible à atteindre. Parmi ses remarques sur le rapport du Dr Netter, le vicomte de Petiteville notait en 1890 :

> « Il est bien certain que les examens d'admission à l'Ecole de Beyrouth n'offrent pas de très grandes difficultés, que les connaissances qu'on exige des candidats, à leur entrée, ne sont pas très considérables, mais nous ne saurions, quant à présent, du moins, nous montrer par trop difficiles. Tout d'abord, aucune institution de Syrie n'est à même de former des élèves ayant des notions sérieuses de chimie, de physique, ou d'histoire naturelle. Ces trois branches de la science forment l'enseignement principal de la première année à l'Ecole de Médecine et, en raison de la faiblesse de la plupart des jeunes gens, leur étude absorbe un temps peut-être trop considérable. Lorsqu'une reconnaissance officielle du Gouvernement Ottoman sera octroyée à notre école, nous pourrons éliminer tout à notre aise les candidats insuffisants, n'admettre même que ceux qui auront fait des études spéciales. En attendant, il serait au moins imprudent de

641 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre) ».

> décourager les enfants qui parlent et écrivent couramment la langue française et qui ont une bonne teinture d'histoire, de géographie et d'arithmétique. »[642]

La FFM a adapté la première année d'étude aux besoins des écoles secondaires françaises de l'Empire ottoman, afin d'opérer une mise à niveau en sciences exactes. Les cours préparatoires mis en place dans ce but, ainsi que l'Ecole préparatoire à la faculté de médecine qui vient remplacer le cours spécial de l'USJ en 1907[643], ne sont pas suffisants, et une partie de la scolarité en faculté de médecine est dévolue à un rattrapage par rapport aux programmes de science dans les lycées de France.

Ces critiques englobent l'USJ en tant qu'institution d'enseignement secondaire : les Jésuites donnent une priorité manifeste à l'enseignement littéraire. Le *Catalogue des livres* de l'externat (école secondaire) de l'Université Saint-Joseph compte 671 volumes, dont 11 seulement sont dévolus aux sciences exactes : à côté de livres au contenu *a priori* scientifique (les *Entretiens sur la Chimie*, de Giraudier, et les quatre volumes du *Livre de la Nature*), le reste tient d'ailleurs de la leçon de chose, entre les *Merveilles de l'Industrie de Mongin*, l'*Histoire d'un rayon de soleil* de Papillon et les *Souvenirs d'un vieux pêcheur* de Giraudière[644] ; on peut certes faire doubler ce chiffre, et en élever probablement le niveau d'éveil scientifique et technique, si l'on inclut dans le décompte la série des romans de Jules Verne[645]. Si les sciences exactes sont ainsi réduites à la portion congrue, c'est d'abord parce que les écoles de Syrie manquent, d'une manière générale, de personnel compétent pour ces enseignements, et sont ainsi prises en tenaille entre les cours qu'elles peuvent réellement offrir, et le désir de proposer aux élèves un débouché professionnel via la FFM[646]. A cela s'ajoute l'absence supposée d'intérêt des parents d'élèves pour une formation qui ne semble pas ouvrir de perspective professionnelle. C'est un lieu commun, mais de ceux qui structurent le discours des inspecteurs de l'Instruction Publique et des Jésuites, qui tous considèrent qu'il ne sert à rien de proposer un enseignement secondaire ou supérieur reposant sur un idéal de science désintéressée. Pour la même raison, les Jésuites excluent toute dimension de recherche à la FFM. L'enseignement de la faculté est conçu de façon purement scolaire, dans la continuité de pratiques pédagogiques remontant à l'enseignement secondaire.

642 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, de Petiteville à Spuller, de Beyrouth, 04/12/1889.
643 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n°37 de Couget à Bompard, de Beyrouth, 26/11/1913.
644 Université Saint-Joseph, *Op. cit.*, p. 17.
645 *Ibid.*, p. 8.
646 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 28/01/1907 [Notes du consul sur le rapport du Dr Pozzi sur la session d'examen de novembre 1906].

B – L'organisation des enseignements

1 – La progression des études

a – L'enchaînement des enseignements

Les études médicales à la FFM suivent une progression imitée de l'enseignement dans les facultés françaises, mais le contenu de cette progression est remodelé en fonction du niveau des étudiants à leur arrivée en faculté et de leurs habitudes d'apprentissage. Elle part des sciences fondamentales pour aller vers les matières les plus étroitement liées à l'activité médicale. Aux sciences auxiliaires de la médecines, qui font l'objet de la première année en France, se substituent les sciences fondamentales, enseignées en théorie en secondaire. Les disciplines de base de la médecine et de la pharmacie, dont l'anatomie et la physiologie, disciplines nouvelles pour les étudiants, sont étalées sur les deux premières années. Comme l'organisation des cours est conçue sur le modèle français qui ne sépare pas chronologiquement enseignement théorique et enseignement pratique, ce dernier commence à la fin de l'année, pendant le semestre d'été. Les étudiants apprennent alors la petite chirurgie, principalement les gestes médicaux de base. Une deuxième série de matières médicales – thérapeutique, pathologie interne et externe – est enseignée de la deuxième à la dernière année, pendant laquelle les cours de pathologies, enseignées par les professeurs qui s'occupent également des cliniques médicales et chirurgicales, occupent une place prépondérante dans l'enseignement. Les disciplines spécialisées (ophtalmologie et obstétrique) sont réservées pour la fin du cursus[647]. Dans le système scolaire français, ce programme suppose des bases scientifiques qui font défaut à Beyrouth à l'entrée en faculté : le reste de la progression de l'enseignement en est faussé. Les programmes ne sont pas rigoureusement figés ; diverses matières, l'hygiène et la bactériologie en particulier, y trouvent leur place ; mais ils doivent s'insérer dans l'organisation générale des cours, laquelle varie au gré des créations de chaire et non pas de l'augmentation du volume et du nombre de matières à enseigner. Avec l'accumulation accélérée de savoirs biomédicaux, les professeurs conçoivent des enseignements qui vont de moins en moins en profondeur.

647 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie). Etat de l'Enseignement », de Beyrouth, 09/03/1889.

L'enseignement à l'EIM et à l'Ecole ottomane de médecine de Damas est organisé de façon très différente, sur le modèle allemand. Les études durent 6 ans, les cinq premières années étant réservées à l'enseignement théorique et la dernière étant passée en stage hospitalier. Cette différence de système constitue un des motifs du refus des deux facultés étrangères de Beyrouth de voir l'organisation de leurs études alignée sur le modèle des facultés d'Etat ottomanes[648]. La progression des enseignements est elle aussi sensiblement différente : d'une part, en raison de la place plus grande que prend l'enseignement théorique, et d'autre part, du fait de l'enseignement prolongé sur les trois premières années d'une des disciplines auxiliaires de la médecine, la chimie, qui passe de la chimie générale en première année à la chimie proprement biologique et médicale durant la troisième, et qui prend une importance toute particulière dans la formation théorique. A Damas, la première année est dévolue aux sciences fondamentales (physique, chimie, géologie) et aux langues (turc et français) mais avec la continuation du programme de chimie pendant deux années encore après la première. Anatomie et physiologie constituent le gros de la deuxième et de la troisième année ; la pathologie interne et externe compose l'essentiel, avec les spécialités médicales, des deux dernières années du cycle d'enseignement théorique[649].

La formation dans les facultés ottomanes fait la part plus belle aux sciences fondamentales, ce qui explique l'angoisse des étudiants de la FFM allant passer les examens de l'EIM avant 1898, dont les résultats tranchent fortement avec les proclamations rituelles des Consuls sur la supériorité scientifique de la faculté des Jésuites.

b – La question du niveau des enseignements à la FFM

Que vaut au juste l'enseignement de la FFM ? S'approche-t-il de la norme dictée par l'Instruction Publique ? Méfions-nous des *satisfecit* décernés année après année par les inspecteurs de l'Instruction Publique, et de leurs critiques circonstancielles. Ponctuellement, on trouve tous les jugements imaginables : ceux qui égalent le niveau de la FFM à celui des facultés françaises et ceux des anticléricaux comme Jean Allemane, qui dénonce les Jésuites comme des « fabricateurs à la grosse de médecins ignares, vrais morticoles »[650]. Seule la répétition des critiques dans plusieurs rapports permet ici de faire le tri et d'évacuer le parti-pris. Elles permettent en outre de comprendre comment la FFM cherche à faire face à ses

648 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n°16, de Bompard à Couget, de Péra, 05/02/1914.
649 Rafeq, *Op. cit.*, pp. 21-22.
650 Cité in MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, Jean Allemane, « L'Ecole de Beyrouth », in *L'Humanité*, 24/11/1908.

dysfonctionnements.

Les remarques récurrentes montrent des faiblesses structurelles : mise à niveau trop rapide en première année, charges de cours trop lourdes du fait des regroupements thématiques causés par l'effectif réduit des professeurs et, en dernière instance, par des considérations budgétaires et salariales, survol formel et quasi-dictée des cours, pédagogie répétitive et autoritaire ; toutes choses qu'on ne peut attribuer à un facteur unique, que ce soient les exigences inhérentes à la norme française, la pédagogie autoritaire ou les habitudes d'apprentissage des étudiants.

La mise à niveau en première année constitue une étape d'une importance particulière, car c'est à ce moment-là que s'instaure le hiatus entre l'ambition de suivre les programmes de l'Instruction Publique de France et la nécessité d'opérer un rattrapage en sciences exactes ; rattrapage pour la forme, d'ailleurs, car par la suite, la dimension proprement scientifique de compréhension théorique des phénomènes cède le pas à l'apprentissage pratique en clinique, spécialement valorisé par les étudiants. Comme nous l'avons vu, le niveau en première année suscite l'insatisfaction générale des inspecteurs. Celle-ci, consacrée formellement aux sciences auxiliaires de la médecine, sur la base du programme français, est destinée en particulier à transmettre des méthodes de travail et d'écriture scientifique. Les inspecteurs de l'Instruction Publique de France signalent le soin mis par le Père Soulerin, professeur de chimie, à enseigner l'usage des formules chimiques. Il semble surtout qu'elles servent de repère mnémotechnique, permettant à l'étudiant de se raccrocher à une base de connaissance afin de ramener l'exercice à une question de cours :

> « En chimie, les candidats ont une tendance marquée à inscrire d'abord les formules sur le tableau, et à opérer sur les questions posées comme pour une équation algébrique ; la part des yeux et de la mémoire dans cette manière de procéder est évidente ; néanmoins les connaissances sont sérieuses, car les candidats répondent bien à des positions différentes de la question, ils manient avec sûreté les formules atomiques et les raisonnement ; il est évident que beaucoup de données acquises seront conservées. Ici encore les questions posées sont bien choisies et touchent généralement au domaine de la médecine[651]. »

La méthode d'écriture relève de l'apprentissage dans l'enseignement secondaire, mais les connaissances requises sont partiellement orientées vers la chimie biologique comme science auxiliaire de la médecine ; toutefois, « ces cours ne portent pas uniquement sur la physique et la chimie biologique comme dans les Universités étrangères et françaises depuis quelques années[652] ».

651 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth et la session d'examens de 1892, du Dr Caubet, au ministre de l'Instruction Publique.

652 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de

Les sujets d'examens au terme de la première année d'existence de la faculté mettent l'accent sur la pharmacologie et la toxicologie[653], ce qui se retrouve dans un récapitulatif de l'ordre des cours établi en 1889 : le cours de chimie se concentre sur la chimie organique, ainsi que sur des molécules qui interviennent dans le fonctionnement de l'organisme (urée et acide urique, albumine), sur les substances utilisées en pharmacologie (antimoine) et des méthodes d'analyse chimique dont la portée pratique apparaît directe (analyse des composés chimiques industriels et pharmaceutiques et repérage de leurs falsifications, analyse de la composition des eaux naturelles)[654]. L'analyse des eaux naturelles passe ainsi de la composition chimique de l'eau, sur le plan purement théorique ou par démonstration d'électrolyse, pour aborder ensuite des aspects réutilisables dans une perspective médicale ou industrielle : la dissolution de l'oxygène dans l'eau, la distinction des différents sels minéraux. Le cours est, de façon générale, organisé autour de l'idée de partir d'éléments basiques de chimie, pour exhiber à partir de là les finalités professionnelles possibles de la chimie ; ce qui renvoie au perpétuel grief qu'on fait aux étudiants de leur indifférence aux sciences fondamentales. Le cours, conçu dans une perspective de science appliquée, est ainsi adapté aux anticipations du professeur quant à la curiosité des étudiants.

Effet d'un programme de mise à niveau intensive, la connaissance de ces notions s'estompe alors que les étudiants se concentrent, les années suivantes, sur les disciplines proprement médicales. C'est là une source de problème avant 1898 : les étudiants qui se rendent à Istanbul sont vulnérabilisés par leur faiblesse dans les sciences auxiliaires de la médecine au moment de repasser l'ensemble de leurs examens devant le jury de l'EIM. La chose arrive notamment lorsque le Gouvernement français envoie en mai-juin 1890 huit diplômés de la FFM passer leur diplôme ottoman dans la capitale. Le nouveau grand vizir, Kāmil Paşa, anciennement en poste dans la montagne libanaise, prend les devants et propose de multiples facilités pour les diplômés qui se rendraient à l'examen, notamment la tenue des examens se tiennent dans les dix jours suivant l'arrivée en ville des impétrants, sans aucune des mesures dilatoires qui sont le lot des étudiants du SPC dans la même situation[655]. Il offre l'hospitalité de sa résidence, ce que le consul de France à Beyrouth interprète comme une manœuvre d'intelligence pour sonder les anciens étudiants des Jésuites. Enfin, il se porte garant du bon déroulement des épreuves si les candidats veulent bien lui fournir des lettres de recommandation de notables beyrouthins ou libanais, ce qui souligne le caractère de faveur

médecine de Beyrouth » pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Georges Leygues.

653 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, du P. Henry, Recteur de l'USJ et Directeur de la Faculté de Médecine, à Patrimonio, de Beyrouth, 02/07/1884.

654 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie). Etat de l'Enseignement », de Beyrouth, 09/03/1889.

655 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°7, de Petiteville à Ribot, de Beyrouth, 30/04/1890.

personnalisée de ces dispositions. Le résultat n'est pas à la hauteur des espérances françaises : les étudiants accumulent les impairs vis-à-vis de leur hôte et de l'EIM : aux dires de l'Ambassadeur,

> « Malgré l'accueil favorable fait par le Conseil de l'Ecole de Médecine de Beyrouth, à la combinaison que m'avait proposée Kiamil Pacha [Kāmil Paşa], j'ai trouvé les jeunes médecins que nous envoyais notre école animés de dispositions qui n'étaient guère de nature à faciliter ma tâche. Faisant montre d'un amour propre exagéré qui nous avait été déjà signalé par le rapport du Dr Netter, affichant pour la France un attachement, très louable assurément, mais dont l'expression un peu trop bruyante pouvait les compromettre, nos docteurs avaient pris, dès leur arrivée, une attitude qui n'était pas pour leur attirer les bonnes grâces des autorités dont ils relèvent, comme sujets ottomans[656]. »

Le tout est dit en langage diplomatique, mais la situation est transparente : les diplômés de la FFM arrivent comme en terrain conquis, en se prévalant de la protection de Paris, au grand dam de Kāmil Paşa et de l'Ambassadeur de France qui doivent ensemble arrondir les angles auprès de l'EIM. De surcroît, les examens se passent mal : sur dix-huit matières du programme, réparties en cinq séries, trois des huit étudiants échouent lors d'une première tentative, et ce n'est que sur intervention diplomatique qu'ils se voient autorisés à passer un rattrapage le lendemain, ce qui permet à tous les candidat de rentrer munis d'un diplôme légal[657]. Les échecs aux examens touchent des matières dont l'enseignement à Beyrouth rencontre de grandes difficultés, comme l'anatomie et la médecine opératoire, mais aussi, et de façon significative, en physique et en sciences naturelles, matières apprises en première année, qui ne posent pas de difficultés de principe[658].

Les échecs rencontrés par les huit candidats s'expliquent sans doute par leur surprise devant l'obligation de repasser des examens en bonne et due forme, à un rythme soutenu. Ils illustrent également un effet induit par les contraintes de programme posées par l'Instruction Publique de France : elles conduisent à orienter l'enseignement fondamental des sciences exactes vers les applications biologiques et médicales, mais en raison de la lourdeur et de l'exhaustivité du contenu des cours, ces matières sont abordées trop rapidement ou oubliées pendant le restant de la scolarité. Est-ce l'effet d'un cloisonnement des apprentissages chez les étudiants – ce qui ici signifierait, mettons, que ce qui a été enseigné en chimie médicale serait oublié en physiologie et qu'il incomberait au professeur d'en rappeler d'abord l'applicabilité, comme si les disciplines n'étaient nullement connexes –, ou la conséquence de

656 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°85, de l'Ambassadeur de France à Constantinople à Ribot, de Thérapia, 08/07/1890.
657 Ducruet, *Op. cit.*, p. 58.
658 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°85, de l'Ambassadeur de France à Constantinople à Ribot, de Thérapia, 08/07/1890.

stratégies d'apprentissage très utilitaristes, les étudiants étant tentés d'étudier une épreuve dans la seule perspective de l'examen de fin d'année ? Ne se concentrent-ils pas sur les matières les plus évidemment professionnalisantes, comme la médecine interne ? Elle ne constituerait de toute façon pas une spécificité de la FFM, mais il est vrai que l'organisation de l'enseignement encourage le phénomène. Les perspectives d'allongement de la scolarité à cinq ans ne constituent pas une solution au problème, puisqu'elles sont supposées s'accompagner d'un alourdissement proportionnel des programmes.

2 – La combinaison des enseignements

a - L'économie des enseignements

Ce sont des raisons essentiellement économiques qui dictent la répartition des matières et des cours entre les professeurs : ceux-ci sont bien payés, si bien payés que le Gouvernement français hésite à créer des chaires supplémentaires pour un salaire de 12 000 francs l'an chacune. On passe de quatre chaires l'année de la création, et sept dès 1884, à 11 en 1914, par création (pour la chaire d'hygiène et thérapeutique en 1889) et surtout par dédoublements successifs[659], mais les charges individuelles d'enseignement restent lourdes, tant en heures de cours qu'en matières et sujets divers à aborder. L'administration de la faculté regroupe sous une même chaire des disciplines médicales différenciées : ainsi de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie ; ainsi également de l'hygiène et de la thérapeutique médicale. A un niveau plus poussé de spécialisation, les regroupements se font, sans esprit de système, par affinité entre le thème et les préoccupations attachées à une chaire particulière ; les Jésuites l'admettent, tout en essayant de faire valoir, au risque de réunir dans un même cours des enseignements hétéroclites et surtout d'émietter certaines disciplines entre différentes chaires, que leur programme est aussi complet qu'on peut souhaiter. Dans le cadre de la première négociation sur la reconnaissance du diplôme, en 1889, ils dressent, chaire par chaire, un état du contenu des cours dispensés à la faculté qui illustre, faute de professeurs en nombre suffisant, la difficulté de répartir l'ensemble des matières à traiter dans un ordre logique satisfaisant et exhaustif. La médecine légale se trouve divisée entre les cours des professeurs de matière médicale (pour la toxicologie en particulier), de gynécologie et d'accouchements (pour toutes les questions de mœurs), de pathologie externe (pour les questions de meurtres),

659 Ducruet, *Op. cit.*, pp. 273-277.

de pathologie interne (pour les maladies mentales, parmi lesquelles celles causées par la syphilis, elle aussi classée dans ce cours) et d'anatomie (pour tout ce qui se rapproche de l'anthropométrie et de la détermination de l'identité, ainsi que pour la détermination de la mort légale). De même, l'hygiène, qui doit faire avec la thérapeutique l'objet de l'ouverture d'une chaire dès la rentrée 1889, est réparti entre la matière médicale, la physique, la physiologie et la pathologie interne[660]. La création, progressive et lente à venir, de nouvelles chaires ne résout pas le problème de surcharge des programmes, pour au moins deux raisons : les professeurs ne peuvent pas compter, de la part des étudiants, sur un apprentissage autonome – ce qui rejoint le problème plus général de l'adaptation d'une formation à la française au Proche-Orient – et de plus, la création des chaires ne suffit pas en raison de la croissance accélérée, dans ces décennies, du volume des connaissances ajoutées au programme.

Les Jésuites admettent l'étendue du problème ; en 1914, le P. de Martimprey, chancelier de la faculté de médecine, concède sans difficulté l'effet des chaires aux attributions trop étendues, associé à la concentration de la durée des études, sur la qualité de l'apprentissage :

> « Nos programmes sont trop chargés et la formation première de nos étudiants en général trop précaire et trop superficielle pour que nous puissions en 4 années seulement leur enseigner avec méthode et profit un programme qui comporte certainement cinq années d'études[661], »

toutes insuffisances qu'il attribue à la seule durée de l'enseignement.

Les inspecteurs de l'Instruction Publique ont, eux, à se plaindre de l'expansion des attributions scientifiques des différentes chaires, ce qu'ils font sur deux registres. Le premier est de se lamenter de leur propre indulgence envers les étudiants qui « se présentent devant [eux] le cerveau encombré et surchargé de matières disparates[662] », en raison du vaste champ couvert dans un même cours. Le second est d'insister sur le dédoublement des chaires, celle d'anatomie et physiologie en particulier, ou la modernisation du contenu des cours. Cette dernière condition suppose des moyens pour élargir le recrutement, autrement dit une injection budgétaire supplémentaire de la part du Gouvernement français. Ce n'est pas gratuit, et l'élargissement du professorat met en jeu trois jeux d'acteurs : les rivalités d'influence en

660 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie). Etat de l'Enseignement », de Beyrouth, 09/03/1889.

661 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, du P. de Martimprey, à Coulondre, Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 22/02/1914.

662 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport à Monsieur le ministre [de l'Instruction Publique] [Joseph Chaumié] sur les examens et sur la situation de la Faculté française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth (année 1903) », par le Dr A. Prenant, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, s.d. [1904].

Orient, la politique anticléricale et l'autonomie universitaire désirée par les Jésuites.

b - La nomination des professeurs : une question d'intérêt national, d'autonomie universitaire et de métaphysique appliquée

La volonté des Jésuites de garantir une certaine autonomie universitaire se manifeste avec un certain succès dans le recrutement des professeurs : le Supérieur général de la Compagnie de Jésus écrit ainsi qu'il met « pour condition *sine qua non* à l'ouverture de la Faculté de médecine notre complète indépendance dans le choix et le maintien des professeurs[663] ». Les diplomates cèdent sur ce point lors de la fondation de l'institution, pour des raisons qui tiennent à un double contexte, celui de la laïcité de combat en France et celui de la crise de 1882 au SPC à Beyrouth. La FFM a été conçue comme une exception à la laïcité par Gambetta, l'un des instigateurs de sa fondation ; mais des tensions récurrentes existent entre les Jésuites, demandeurs de garantie sur la pérennité de leur direction de la faculté, et le ministère français de l'Instruction Publique. Le droit de choisir des professeurs ostensiblement pratiquants est un point sur lequel les Jésuites se montrent intransigeants, même si c'est Paris qui verse les salaires.

La crise de 1882 au SPC est une aubaine pour le recrutement de la FFM, mais elle soulève des interrogations sur les options intellectuelles des professeurs embauchés par les Jésuites. En mars 1883, le Consul de France, Patrimonio, s'ouvre de ces inquiétudes au Ministre des affaires étrangères, Challemel Lacour :

> « L'essentiel est maintenant, si, toutefois, le Parlement consentait à accorder la subvention annuelle que M. Duclerc se promettait de solliciter de ses libéralités, l'essentiel, dis-je, est de veiller au choix des professeurs. Il ne serait pas sage, selon moi, de nous en désintéresser et cela pour des motifs divers que je crois inutile d'énumérer. Nous payons et il n'est que juste que nous désignions après entente avec le Supérieur Général des Missions de Jésuites en Syrie, les titulaires des chaires. Sans doute les hommes de savoir qui viendront enseigner la médecine en un milieu aussi profondément attaché au dogme auront besoin de tact et de prudence pour ne pas éveiller des susceptibilités après tout légitimes. En se bornant à constater les résultats de recherche de la science, sans en tirer les conséquences philosophiques, l'accord pourra exister entre la direction de l'université et les professeurs. Au surplus, en cas pareil, l'agent qui représentera l'Etat pourra user avec discrétion de son influence personnelle pour dissiper les malentendus.
> Si je crois devoir examiner cette éventualité, c'est que je vois que de bons esprits tirent de cet antagonisme entre la science et la religion des arguments contre l'institution d'une Ecole française de Médecine dans l'Université catholique de Beyrouth. Sans me dissimuler nullement la gravité de ces arguments, je suis porté à croire que dans la

663 Cité in Ducruet, *Op. cit.*, p. 282.

> pratique, les choses s'arrangeront mieux qu'il n'est permis de le supposer. En Orient et surtout en Syrie où la lutte contre la politique d'absorption des Anglais domine toute autre considération, les missionnaires Jésuites […] quand ils sont français, oublient les questions qui nous divisent à l'intérieur. Il y a des écarts personnels, je suis tout le premier à le reconnaître, mais l'ensemble aide puissamment à l'expansion de notre influence[664]. »

L'affaire Edwin Lewis n'est jamais évoquée dans la correspondance diplomatique, et pourtant on la devine à diverses reprises, comme ici. Elle se rajoute à l'idée de l'incompatibilité entre la science et la religion, mise en avant par les opposants français à la fondation de la faculté, et le Consul s'efforce de la conjurer de trois manières.

La première entend se fonder sur une connaissance du terrain et d'un état d'esprit des Syriens trop « dogmatique » pour être réceptif aux doctrines philosophiques modernes associées à la critique de la religion, et notamment pour bien accueillir le darwinisme. L'argument ne pèse pas lourd après la crise du SPC, mais eu égard au caractère confidentiel de cette dernière hors de Beyrouth[665], il est plausible vu de Paris.

La deuxième idée du Consul est d'ordre philosophique : il postule qu'un objectivisme positiviste, qui, comme Pasteur, laisserait Dieu à la porte de son laboratoire, est possible sur le plan didactique. De fait, l'une des conséquences immédiate de la crainte de voir la faculté de médecine agitée par une contestation philosophique irréligieuse est pédagogique : le cours des professeurs de médecine doit rester rigoureusement terre à terre, attaché à des contenus de savoir bien délimités.

Enfin, le Consul fait valoir qu'il a autorité pour régler les différends entre professeurs laïcs et Jésuites. Toutefois, l'ensemble de ce discours de prudence a une condition implicite, c'est que l'on ne recrute aucun professeur d'inspiration anticléricale.

L'Instruction Publique finit par obtenir un veto à raison de son implication financière dans le paiement des professeurs, mais se plie presque toujours aux désirs des Jésuites[666]. Convaincus par les diplomates, la plupart des républicains anticléricaux ne croit pas qu'un enseignement autre que confessionnel soit possible au Proche-Orient, ce qui explique leur volonté marquée de coopérer avec l'administration de la FFM :

> « Il faut espérer qu'ici, du moins, l'incompatibilité prétendue entre la science et la religion n'éclatera pas de sitôt au grand jour et ne mettra pas en péril l'œuvre naissante. Après tout, ce n'est là qu'une question de tact et de prudence ; nul doute que les médecins laïques sauront concilier leur devoir avec des susceptibilités nulle part plus légitimes que dans un établissement d'un caractère essentiellement religieux. Du moment qu'il était impossible de créer sur territoire étranger et particulièrement en

664 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°142, de Patrimonio à Challemel Lacour, de Beyrouth, 08/03/1883.
665 *Ibid.*, pp. 8-13.
666 Ducruet, *Op. cit.*, pp. 282-283.

> Syrie, une école laïque, il fallait s'accommoder des avantages précieux que nous tenons de notre protectorat et grâce auxquelles l'influence française a pénétré si avant dans le pays. Ce sont là des faits désormais hors de toute contestation, mais qu'il est toujours bon de répéter au moment même où bien des esprits logiques mais qui ne tiennent aucun compte de la situation en Orient essayeront, lorsque l'ouverture de cette Ecole sera connue au dehors, de mettre en contradiction la politique intérieure du Gouvernement de la République avec la ligne de conduite qu'il suit dans ces pays[667]. »

Les nominations de professeurs suscitent des conflits récurrents. En 1889, les circonstances de la nomination du Dr Boyer montrent que du point de vue de l'administration de la FFM, les critères religieux importent plus que la compétence professionnelle, tant pour les étudiants que pour les professeurs :

> « [L'inspecteur, le Dr Netter,] a rendu justice aux efforts de tous, mais il a regretté avec moi que le Gouvernement de la République n'ait pas une plus grande part dans le choix des professeurs. Ceux-ci sont nommés par les Jésuites et leur nomination doit être à la vérité sanctionnée par le Ministre de l'Instruction Publique, mais cette sanction est de pure forme. Il m'a fallu lutter il y a deux ans, pour faire passer M. le Docteur Hache comme professeur de chirurgie ; son concurrent était un certain Docteur Boyer, candidat du Provincial de Lyon. Grâce aux efforts combinés du Département et du ministère de l'Instruction Publique, j'arrivai bien à mes fins, mais, lors de la création de la chaire d'hygiène et de thérapeutique, M. Boyer fut de nouveau présenté par les Jésuites et passa. Aux yeux des Pères, ce docteur était donc apte à professer indistinctement la chirurgie ou l'hygiène et la thérapeutique. Sans avoir la prétention de porter sur M. Boyer un jugement quelconque, je dois reconnaître qu'il y a un danger à laisser trop de latitude à la Compagnie de Jésus lorsqu'il s'agit du choix d'un professeur à l'Ecole de médecine ; car dans son sens, les questions de sentiment paraissent l'emporter sur les questions d'instruction ou d'aptitude professionnelles[668]. »

Pour faire bonne mesure, le Consul qui rédige ces lignes s'empresse de louer au paragraphe suivant le dernier professeur recruté par les Jésuites et affecté à la chaire de pharmacie. Le conflit feutré relatif au Dr Boyer reste toutefois isolé jusqu'aux années 1890.

C'est surtout à mesure que l'Instruction Publique s'implique davantage dans la supervision du statut de l'école de médecine afin de rendre valide ses diplômes sur le territoire français, que les positions se durcissent. A partir de 1895, le gouvernement français demande, par l'entremise du consul, que la Compagnie de Jésus soumette au moins deux candidats pour chaque nomination, afin que le ministère des Affaires étrangères puisse choisir, sur avis de l'Instruction publique. Le conflit éclate à l'occasion de la nomination du Dr La Bonnardière en 1897 : le gouvernement réclame le passage à une liste de candidats soumis par les Jésuites, qui refusent en arguant de leurs droits acquis. Un an plus tard, la Compagnie semble prête à

667 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°169 de Patrimonio à Ferry, de Beyrouth, 11/12/1883.
668 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°30, du Consul Gal de France à Beyrouth, à Ribot, de Beyrouth, 15/06/1890.

transiger au vu de la pression exercée par le gouvernement français pour obtenir la reconnaissance officielle de la faculté par la Porte, mais l'affaire reste sans suite, et le droit de nomination par les Jésuites n'est plus contesté. Malgré ses convictions de médecin mangeur de curés, Emile Combe fait moins de difficultés pour nommer, en 1903, le successeur du Dr La Bonnardière, le Dr Justin Calmette, candidat présenté par le chancelier de la faculté[669], alors qu'un nombre significatif d'autres praticiens avaient présenté leur candidature, y compris un pastorien fermement soutenu, le Dr Borel, que Robert Blecher estime, au vu de l'ensemble des candidatures, le plus qualifié pour la chaire à pourvoir, celle d'hygiène, thérapeutique et médecine légale[670]. La nomination obéit à une logique d'institution. L'autonomie effective de la FFM en matière de choix de ses enseignants est un fait acquis.

Quel peut être l'effet sur l'apprentissage de la médecine et la compétence des étudiants d'une formation dont chacun des professeurs a charge de plusieurs cours à la fois, en sus de sa pratique privée ? Quelle est l'efficace de cours rapiécés, agrandis de bouts de disciplines autonomes, sur la logique de l'enseignement ? Tout dépend de l'utilité professionnelle de ces diverses matières imposées par les normes hexagonales – dans l'Empire ottoman, l'obstétrique et la médecine légale ne sont pas d'un usage courant pour un jeune médecin – et de la manière dont sont faits les cours. A la FFM, c'est le survol de l'ensemble du programme qui prévaut. Le format de l'enseignement, fondé sur un encadrement étroit et très scolaire, est doublement adapté : adapté aux finalités de la FFM, mais également aux habitudes de travail des étudiants.

C – L'encadrement de l'apprentissage

1 - Pédagogie et répétition : cahiers, interrogations orales et conférences

Dans la perspective des examens, plusieurs dispositifs d'apprentissage employés à la FFM reposent sur la répétition et viennent consolider l'importance du par-cœur dans la pédagogie. Le premier est le cahier réservé pour chaque matière à la prise de notes, obligatoire et tenu avec grand soin leçon après leçon[671]. La plupart des inspecteurs les

669 Ducruet, *Op. cit.*, pp. 283-284.
670 Blecher, *Op. cit.*, pp. 50-51.
671 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », par le Dr Lortet, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, s.d. [1894] ; MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b,

contrôlent, ainsi sans doute que les professeurs. Ces carnets constituent la seule base écrite du travail d'apprentissage. Ils constituent en outre un repère durable, au point que les nouveaux docteurs les conservent précieusement et les emportent partout avec eux, y compris dans l'émigration[672]. Il est par conséquent nécessaire qu'ils englobent le contenu des enseignements avec autant d'exhaustivité que possible ; par là, la méthode d'apprentissage joue sur l'organisation des cours, car du point de vue des étudiants, rien de ce qui sort de la transmission directe par les professeurs ne relève du programme.

La dimension mnémotechnique de l'apprentissage de la médecine répond aux attentes des étudiants. Le plan général du cours fonctionne comme un survol de l'ensemble des matières à étudier, détachées en petites unités thématiques indépendantes, si bien que les programmes se présentent comme de longues listes de thèmes qui constituent chacun une leçon[673]. Le fonctionnement de l'enseignement sur la base de la répétition et de l'apprentissage mnémotechnique est assumé par les professeurs[674]. Ceux-ci accompagnent la tenue rigoureuse des cahiers en adaptant leur pédagogie à cet outil de travail, tant par le calibrage des leçons que par les qualités d'exposition. Le cours se limite à une base de connaissances succinctes, objets d'un consensus dans le monde de la médecine, faute de temps suffisant pour considérer les hypothèses scientifiques et travaux récents dans une perspective critique[675]. Les enseignements théoriques sont dispensés à une vitesse de dictée, ce qu'un inspecteur – Morat, en 1900 – assimile à la pédagogie allemande, et non française[676] ; tel autre encourage en revanche cette habitude, qui loue un professeur d'avoir ralenti le *tempo* de son exposé[677].

Coucher par écrit les cours ne constitue que la première étape de leur assimilation : il s'agit encore de pouvoir les reproduire à l'oral. Dans ce but, les professeurs ont recours régulièrement aux interrogations orales en début de séance, la semaine suivante[678]. Surtout, l'administration de la FFM organise, sur le modèle des conférences des facultés de médecine de France, un système d'exposés publics devant les autres étudiants, à la différence près que

« Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », daté du 30/12/1894.

672 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth » pour la session d'examen de novembre 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d. [1901].

673 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie). Etat de l'enseignement », de Beyrouth, 09/03/1889.

674 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Professeur Truc, session de 1908 ».

675 MAE Nantes, Beyrouth, A, 201, « Rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction Publique [Aristide Briand] sur les examens et la situation de l'enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth (novembre 1906) », par le Dr Mossé, président du jury d'examen, s.d. [1907].

676 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth » pour la session d'examen de novembre 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d. [1901].

677 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », par le Dr Lortet, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, s.d. [1894]

678 *Ibid.*

tout s'y fait sur programme ou après préparation. Les Conférences Saint-Luc, obligatoires, reposent tantôt sur l'interrogation orale par un professeur, tantôt sur les présentations d'élèves devant leurs condisciples, si bien que l'apprentissage y est collectif. Quelques étudiants présentent, à partir du cours, des points précis et sont notés en fin d'exposé[679]. Les conférences sont conçues dans un esprit d'émulation, qui valorise les qualités d'exposition, soit la clarté mais également la qualité de langue : chaque année, des prix sont remis aux meilleurs conférenciers, en sus de ceux récompensant les meilleurs résultats aux épreuves de chaque année.

Dernier dispositif, les examens pour les enseignements théoriques sont conçus pour valoriser ceux des étudiants qui réussissent le mieux à se conformer à ce modèle d'apprentissage. Les sujets se composent d'une ou deux questions tirées telles quelles d'une leçon, et rarement posées sous une forme problématisée : hormis quelques questions qui appellent une démonstration (« Démontrer l'analogie de structure du membre supérieur et du membre inférieur ») ou un classement des informations sur un sujet donné (« Du thorax en général au point de vue anatomique et physiologique ; son rôle dans la respiration »), les énoncés se présentent comme des titres de cours[680], et de l'aveu de certains des inspecteurs de l'Instruction Publique, il s'agit pour certaines matières de purs prétextes à récitation[681]. Au vu de l'importance de la mémorisation dans ces examens, on comprend le scepticisme des membres ottomans du jury au sujet des épreuves de clinique, qui exigent de la part du candidat de sortir de la reproduction, pour produire un diagnostic, un pronostic et un traitement. La tendance des étudiants à se fier exclusivement à leur mémoire est là dès les débuts de la FFM, ce qui convainc les Jésuites d'interdire la participation aux examens aux étudiants qui n'auraient pas démontré dans l'année leur capacité à faire un diagnostic ou une opération ; une mesure que le comte de Petiteville estime « excessive dans un pays d'Europe », mais « justifiée en Syrie où les jeunes gens ont une tendance marquée à se croire des savants lorsqu'ils ont appris par cœur les matières d'enseignement qui leur sont demandées[682] ».

La question de l'absence d'autonomie de recherche et d'apprentissage observée chez les étudiants est quelque fois posée : elle suscite plusieurs niveaux de réponse. Le premier est de l'ordre des qualités intrinsèques de la population étudiante : les étudiants de la FFM « sont

679 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175 : « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth » pour la session d'examen de novembre 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d. [1901].

680 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, du P. Henry, recteur de l'USJ, au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 02/07/1884 [Rapport sur la première session d'examens de la faculté de médecine, 30/06-02/07/1884].

681 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre) », s.d. [1906].

682 MAE Nantes, Constantinople, de Petiteville à Spuller, de Beyrouth, 04/12/1889.

très vaniteux et ne reconnaissent pas aisément leurs erreurs. Ils se fient à leur mémoire et ne réfléchissent pas[683] ». Cela revient à dédouaner les professeurs en incriminant les élèves, et à travers eux à mettre en cause l'environnement socio-culturel comme obstacle à la pédagogie universitaire. A un deuxième niveau d'explication, on évoque un pli pris depuis l'enseignement secondaire[684], qui les conduit à tout mémoriser. La recherche, fondée sur l'analyse individuelle, leur est étrangère. Les diplomates répètent à l'envi, il est vrai, que tel n'est pas le but de la FFM :

> « La méthode d'enseignement pratiquée à la Faculté de Médecine de Beyrouth, fait observer M. Testut, est non pas celle de l'enseignement supérieur mais celle de l'enseignement secondaire. En effet, surveillés de très près, et sans cesse en contact direct avec leurs Professeurs, astreints d'une façon très stricte à suivre les cours, tenus en haleine par de nombreuses interrogations, les étudiants semblent traités non pas comme dans une Faculté de médecine, mais bien comme dans une sorte de collège médical. Et cette manière de procéder explique les succès des examens auxquels les étudiants ne se présentent que parfaitement préparés, après avoir subi, sous la direction attentive de leurs maîtres, un « entraînement » spécial : aussi à défaut d'idées générales ou originales possèdent-ils consciencieusement les matières qui font l'objet des examens. Leur demander davantage serait d'ailleurs se montrer trop exigeant car le but de la Faculté est bien moins de former une élite de savants que de produire un certain nombre d'honnêtes praticiens aptes à se former rapidement une clientèle. C'est là d'ailleurs le vœu principal de tout établissement syrien[685]. »

Si certains des inspecteurs partagent ce point de vue[686], la plupart expriment, par touches, leur frustration face au manque de réactivité aux questions incidentes des membres du jury extérieurs à la FFM lors des examens, qui traduit à la fois l'absence de lecture extérieure aux cours, et l'attente que le cours fournisse un *corpus* de réponses suffisantes pour affronter l'examen[687]. L'examen est perçu par les étudiants comme un effort de discipline de la mémoire, et c'est déjà, d'après l'ancien président et historien de l'AUB (nom que prend le SPC après la formation de l'Etat du Grand Liban en 1920), Penrose, un grand changement, par rapport à la forme des examens scolaires antérieurs à la fondation du SPC : forme qui ressemblait davantage à une déclamation théâtralisée qu'à une interrogation indépendante de

683 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de Novembre 1889. Rapport présenté à M. le ministre de l'Instruction Publique [Armand Fallières] par le docteur Netter, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux », 18/02/1890.

684 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303 « Rapport du Professeur Truc, session de 1908 » ; MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 14/06/1909.

685 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 14/06/1909.

686 MAE Nantes, Beyrouth, A, 184, « Rapport adressé à Monsieur le ministre de l'Instruction Publique [Joseph Chaumié] par le Docteur L. Hugounenq, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, Président du jury chargé de faire subir leurs examens aux élèves de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth (Syrie) (Session de février 1903) », s.d. [1903].

687 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre) », adressé à Aristide Briand, s.d. [après le 14/03/1906]

l'élève. Mettre en place ce type d'interrogation, même fondée sur le seul travail de la mémoire est une cause suffisante de tension, en ce que la nature de l'épreuve crée le risque d'une humiliation personnelle pour le candidat. Lorsque ce système d'examen est mis en place en 1869, les étudiants essaient de faire pression pour obtenir un retour au modèle auquel ils sont habitués, le théâtre et l'éloquence étant des éléments importants de la pédagogie des Jésuites qui, malgré eux, fournissent une part importante des étudiants du département médical du SPC. Certains professeurs arguent aussi que « les Jésuites ont introduit cette pratique et nous devons faire de même pour attirer [les élèves] »[688]. C'est en définitive le modèle de l'interrogation par l'instance neutre du jury qui est adoptée, mais l'anecdote illustre à la fois la volonté des étudiants de négocier les formes de l'évaluation, et l'origine étrangère des types d'examens en vigueur dans l'enseignement secondaire et supérieur au bilād al-Šām à l'époque. Les étudiants appuient leurs demandes sur une exigence de prévisibilité de la forme des examens, qui dans la circonstance s'oppose à leur impartialité, que permet l'interrogation au hasard sur un sujet. Les examens de la FFM sont eux aussi conformes à ce modèle.

Est-ce qu'il est possible de proposer une pédagogie différente ? Oui, sans doute, puisque dans certaines matières et tout spécialement dans les examens de clinique, on procède par exercices. L'adoption d'une pédagogie plus autonome, plus déroutante pour les étudiants sans doute, vaut-elle la peine ? C'est à voir, d'autant que la concurrence entre les Jésuites et les missionnaires américains tend à limiter la portée des réformes pédagogiques éventuelles ; les étudiants vont là où les examens sont réputés les plus accessibles. Les enseignants sont guidés moins par un souci d'innovation pédagogique, que par celui de tenir un cahier des charges, et en l'espèce, de produire efficacement de l'influence française, sans rebuter en quelque façon les étudiants de la faculté.

2 – Les formes de la discipline

Ce que nous savons de l'enseignement dans les facultés de médecine de l'Empire ottoman s'écarte des normes de l'éducation libérale, dans toute l'acception de ce dernier terme, mais il n'empêche que leurs responsables cherchent à transformer la société dans un sens moderniste, par l'intermédiaire des anciens étudiants. La discipline est instrumentale, afin de réformer les caractères et de donner de la compétence aux jeunes esprits. La littérature du SPC est truffée d'indices de l'opération en cours sur les qualités morales des étudiants, dans les chants aux thèmes bon enfant, dans la répudiation de toute grossièreté verbale, dans la

688 Penrose, *Op. cit.*, p. 22.

célébration d'un esprit « collège » moderne et vaguement chevaleresque. L'air du temps au SPC, égrainé page après page d'*Al-Kulliyeh*, revue des étudiants et anciens élèves, mêle l'allant de la jeunesse, l'esprit de compétition, la solidarité d'équipe et une exigence d'impeccabilité morale. Après un détour par la Nouvelle-Angleterre, *Rugby Chapel* et l'ethos des *public schools* anglaises décrit par Mark Girouard[689] ont voyagé jusqu'à Beyrouth. Il n'y a pas à notre connaissance d'équivalent d'*Al-Kulliyeh* pour les autres facultés, mais les photographies montrent l'esprit tout différent qui règne à la FFM : on y voit surtout des laboratoires et des hommes d'allure professionnelle, en blouse blanche ; nulle trace, en revanche, d'une ambiance distinctement estudiantine, jeune et légèrement potache. A cette nuance près, les deux facultés sont marquées par une discipline très stricte, bien différente des facultés européennes de l'époque, qui constituent pourtant leurs modèles.

Le premier aspect de cette discipline envahissante concerne les études elles-mêmes : à la FFM, une assiduité rigoureuse est exigée des étudiants, non seulement pour les conférences comme on vient de le voir, mais pour l'ensemble des enseignements théoriques et pratiques. C'est un corollaire logique de la pédagogie proche de l'enseignement secondaire en général, et du système d'exposition complète du programme en cours en particulier. Les appels systématiques et l'addition de l'obligation de cours à celle d'assistance aux cliniques à l'hôpital assure le contrôle de presque la totalité du temps des étudiants dans la journée. Le contrôle disciplinaire de la classe est très strict[690], mais la FFM n'est pas un environnement complètement replié sur lui-même Ainsi le samedi, jour où le SPC est fermé, les cours de la FFM se gonflent d'un certain nombre d'étudiants de la faculté rivale[691], intéressés à maîtriser le français comme langue médicale, et à élargir ainsi l'éventail de leurs possibilités de carrière. Le cours est ouvert, et dans son déroulement, les enseignants contrôlent l'emploi du temps des étudiants de la FFM, mais pas les relations sociales de ceux-ci, lesquelles incluent les étudiants du SPC.

689 Mark Girouard, *The Return to Camelot. Chivalry and the English gentleman*, New Haven / Londres, Yale University Press, 1981, pp. 163-196.

690 MAE Nantes, Beyrouth, A, 172, « Rapport adressé par M. Cornil, Sénateur, à M. Leygues, Ministre de l'Instruction Publique », de Paris, 18/11/1899.

691 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, « Rapport présenté à Monsieur le Ministre de l'Instruction publique sur les Examens de Novembre 1912 et sur la situation de l'Enseignement à la Faculté libre française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth par M. le Professeur F. de Lapersonne, Président du jury des examens », s.d. [1913].

3 – La contextualisation autoritaire des contenus d'enseignement : l'encadrement religieux des études médicales

Les Jésuites de Beyrouth poursuivent un objectif de formation qui va au-delà de la seule formation médicale : il s'agit en outre de former des médecins chrétiens, pieux, imprégnés des valeurs du catholicisme du dix-neuvième siècle. Ainsi que le dit Jean-Jacques Waardenburg, « [les] intentions originales de ces universités [étrangères dans l'Empire ottoman] étaient [...] d'inspiration chrétienne. S'il ne s'agissait pas toujours de convertir, il s'agissait bien de former une élite arabe à la lumière de l'Evangile et de l'Eglise[692]. »

D'une école de médecine à l'autre, l'encadrement intellectuel des étudiants est une préoccupation commune, dont l'importance a été renforcée par l'affaire Edwin Lewis. Aux enseignements scientifiques, qui à la FFM sont donnés dans les limites d'un objectivisme parent de la neutralité axiologique et métaphysique, on adjoint d'autorité des cours qui fournissent un cadre herméneutique, éthique et théologique à l'ensemble de la formation.

L'intitulé de ces cours rend compte de cette préoccupation. A Damas, la première année de médecine comporte un enseignement de « religion »[693] dont le contenu reste indéterminé. Au SPC, deux cours distincts et obligatoires donnent un encadrement philosophique chrétien aux études médicales : le premier, celui de métaphysique donné par Harvey Porter et le président de l'Université, Daniel Bliss[694], englobe les liens entre faits et observations scientifiques et vérités révélées, tandis que le second, dispensé par Bliss, joint la morale religieuse sur le plan scientifique à la déontologie médicale[695]. Le SPC impose également l'assistance aux services religieux à tous, et dispense ainsi un enseignement théologique continu. Si cette dernière obligation reflète la vocation missionnaire de la faculté américaine, le souci de la direction de la faculté américaine est celui qui se retrouve dans les autres écoles de médecine de l'Empire, à savoir éviter que les étudiants n'adhèrent à une philosophie matérialiste.

L'encadrement philosophique de l'enseignement médical à la FFM revêt un intérêt particulier. En premier lieu, les obligations religieuses dans cette faculté sont moins contraignantes, à tout le moins qu'au SPC, son rival immédiat : l'assistance à la messe catholique est imposée à tous les chrétiens orientaux, soit la majorité des étudiants, mais non

692 Jean-Jacques Waardenburg, *Op. cit.*, p. 13.
693 Rafeq, *Op. cit.*, p. 21.
694 Penrose, *Op. cit.*, p. 21.
695 *Ibid.*, p. 46.

aux autres : « les protestants, musulmans, israélites, druses en sont dispensés[696]. » L'instrument privilégié du formatage philosophique des étudiants est ailleurs, dans le déontologie médicale donné par le Père Cattin, chancelier de la faculté. L'intitulé est conciliable avec la prohibition du prosélytisme que les Jésuites s'imposent, d'accord avec le Gouvernement français, mais il permet d'affirmer des doctrines chrétiennes en direction de tous les étudiants.

C'est pour se défendre de l'accusation de prosélytisme et de dénigrement des philosophes des Lumières que le Père Cattin en rend public le contenu. A la suite de la protestation adressée fin 1902 aux parlementaires de la gauche française par le directeur, Henry Olivier, et des professeurs de l'Ecole Laïque Française (ELF) de Beyrouth, un débat parlementaire tendu est consacré à la FFM, à ses examens d'admission et à sa nature confessionnelle. Tandis que le Professeur Lépine, inspecteur de l'Instruction Publique, regrettait, quelques années plus tôt, que le programme de philosophie pour être admis à y étudier la médecine laisse de côté toute la philosophie à partir du dix-huitième siècle, le personnel de l'ELF est plus direct :

> « dans cette Faculté, où les élèves, même schismatiques, sont obligés d'assister à la messe chaque semaine, un Révérend Père fait une conférence religieuse ; et, dans ces conférences, nos plus grandes gloires du XVIIIe siècle, les Diderot et les d'Alembert sont traités (nous citons textuellement) de « polissons »[697]. »

Le Père Cattin, chancelier de la faculté, répond en détaillant les intitulés des présentations faites en 1901-1902 et 1902-1903 dans le cours hebdomadaire de déontologie médicale, auquel « tous les étudiants, sans distinction de croyance, assistent » car il « est destiné à élever leur sens moral – chose particulièrement indispensable en Orient » où les Occidentaux voient la duplicité morale partout ; et le religieux de conclure que « le professeur n'a pas à s'occuper des philosophes du XVIIIe siècle ». L'analyse thématique des sujets de cours conduit à dresser une opinion nuancée. La liste est sèche, et faute de posséder le contenu de ces conférences, nous estimons légitime d'en percevoir les orientations à la lumière de ce que nous savons par ailleurs des difficultés auxquelles se trouvent confrontés les médecins diplômés. De toute évidence, le propos du Père Cattin n'est pas réductible à une préparation aux situations susceptibles de poser des problèmes éthiques ou axiologiques dans

696 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 459, « Réponse du Chancelier et des Professeurs de la Faculté française de Médecine de Beyrouth à la lettre de M. E. [*sic*] Olivier à MM. les sénateurs et députés du Bloc Républicain, « Les congrégations religieuses et l'influence française en Syrie », adressée à Son Excellence Monsieur Delcassé, ministre des Affaires étrangères », par le P. Cattin, de Beyrouth, 15/06/1903.

697 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 459, Henry Olivier *et al.*, *Lettre à MM. les Sénateurs et Députés du Bloc Républicain. Les Congrégations religieuses et l'influence française en Syrie*, Montpellier, Imprimerie Lithographie Salles et Paul, 1902, p. 5.

le cadre de l'exercice de leur métier et aborde des thèmes relatifs à la révélation religieuse.

La formulation des intitulés s'inscrit toujours dans une perspective d'action des praticiens, et partant de déontologie, ou plutôt d'éthique médicale – quoique le Père Cattin use de préférence de celui de morale (« Les relations de la médecine et de la morale », « La morale du médecin »). La plupart des énoncés placent « le médecin » dans des situations problématiques typiques qui dépassent les normes d'exercice de la profession.

Le Père Cattin s'emploie à encourager une moralisation de l'activité médicale, du point de vue de la loi (« Les droits du médecin devant la morale et la loi », « La médecine et les certificats devant la morale et les lois », « Le médecin et la responsabilité morale, civile et pénale », « Le médecin et sa conscience ») et de la relation qui lie le praticien au patient (« Le médecin et le secret professionnel »). Ces aspects s'ancrent directement dans le droit médical, tout comme les questions qui abordent le risque que le patient peut encourir dans un traitement, en particulier chirurgical (« Le médecin et les opérations »), et les formes de la concurrence sur le marché médical (« Le médecin et ses confrères », « Le médecin et les honoraires »). Parfois, des questions relevant de l'ordre légal, mais à l'inspiration curieusement surannées sont évoquées, comme « Le médecin et le duel ». D'autres cours abordent des questions légales très contemporaines, comme la définition de la responsabilité du médecin dans l'information sur les épidémies (« Le médecin et les contagions »)[698]. Les enseignements de déontologie abordent d'un point de vue légal les problèmes qui se posent aux médecins, mais avec un substrat de propagande religieuse. La même ambiguïté entoure le traitement des fondements de la déontologie médicale (« Les fondements et les sources du Devoir médical »), qui semble appeler une réflexion sur le serment d'Hippocrate, et qui néanmoins s'accompagne d'une réflexion plus proprement religieuse (« Le médecin et les lois religieuses et ecclésiastiques »).

L'enseignement de la déontologie médicale s'inscrit dans le système religieux et politique des *millet*-s*. Le Père Cattin inscrit son propos dans le jeu des différences confessionnelles institutionnelles de l'Empire ottoman. Ses exposés font place à l'importance du partage du sentiment religieux comme condition de la confiance entre patient et praticien, et au poids de l'appartenance communautaire dans la mosaïque religieuse du pays. Dans l'intitulé « Le médecin, sa religion et celle de ses clients », l'identité ou la différence confessionnelles sont d'emblée données comme des facteurs affectant la relation médecin-

698 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 459, « Réponse du Chancelier et des Professeurs de la Faculté française de Médecine de Beyrouth à la lettre de M. E. [*sic*] Olivier à MM. les sénateurs et députés du Bloc Républicain, « Les congrégations religieuses et l'influence française en Syrie », adressée à Son Excellence Monsieur Delcassé, ministre des Affaires étrangères », par le P. Cattin, chancelier de la FFM, de Beyrouth, 15/06/1903.

patient.

Celle-ci n'est cependant pas abordée du point de vue exclusif de l'appartenance confessionnelle ou de la foi. Certaines spécialités médicales, susceptibles de désarçonner les médecins ou de causer une réputation douteuse, sont également abordées, en particulier celles qui impliquent le traitement des femmes : le sujet « Le médecin et l'obstétrique devant la morale », outre ce qu'il manifeste de l'importance accordée aux accouchements à la FFM, procède de cette inspiration. Pourtant, les médecins de la région ne procèdent que de façon rarissime à des accouchements : le but du cours est plus vraisemblablement d'aborder les difficultés que le médecin peut rencontrer dans le traitement de ses patientes.

La liste des enseignements invite les futurs médecins à peaufiner leur image sociale en fonction des normes culturelles locales afin de pouvoir s'acquitter des tâches propres à leur profession. Ils doivent manifester leur moralité aux yeux de tous (« Le médecin et la moralité publique »), leur compétence et leur savoir (« Le médecin et ses connaissances intellectuelles, littéraires et scientifiques ») et la conscience de leur rôle social (« Le médecin et la dignité professionnelle », « Le médecin et les pauvres ») afin d'être à même d'exercer. La faculté vient alors renforcer l'image élitiste que ses diplômés développent d'eux-mêmes.

Le Père Cattin s'attache en particulier à cultiver un esprit de décence en toutes questions relatives au couple et à la sexualité, ce sur quoi le cours de 1902-1903 met l'accent. Il aborde en effet des questions comme la sexualité des enfants (« Le médecin et la moralité de l'enfance »), le lien entre sexualité et mariage (« Le médecin et les Lois de la Continence et du Mariage »), et la construction du désir (« Le médecin et les passions sensuelles »), toutes choses qu'il renvoie à la doctrine chrétienne de la chair et du mariage (« Le médecin et les procédures ecclésiastico-matrimoniales »). Cette pente du discours ne doit cependant pas conduire à penser qu'il est incompatible avec les orientations de la puissance laïque protectrice, sauf à faire l'impasse sur une longue tradition de moralisme républicain. Le Père Cattin trouve une médiation dans le vocabulaire psychiatrique de l'époque, dont l'inspiration rejoint les prudences et les euphémismes langagiers de la morale catholique, pour parler de la diversité des pratiques sexuelles (« Le médecin et les curiosités malsaines », « Le médecin et les pratiques défendues »). Le point de convergence entre cette longue exploration de la sexualité et la médecine, est fourni par une certaine psychiatrie, qui conduit à considérer « Le Médecin et les maladies morales », et « Le médecin et l'aliénation mentale au point de vue moral ». Les intitulés sont formulés dans un vocabulaire qui oscille du religieux univoque au lexique scientifique du temps. La doctrine catholique, l'austérité morale de l'esprit républicain, l'inspiration normative des aliénistes et les mœurs orientales participent de cet

intérêt normatif pour les questions de sexualité.

D'autres thèmes s'inscrivent dans une perspective claire de défense des croyances et pratiques religieuses catholiques. Deux des conférences de l'années 1902-1903 sont consacrées, l'une au « Médecins et [aux] guérisons miraculeuses », l'autre au « Médecin et [aux] manifestations extranaturelles »[699]. Si la première renvoie en particulier au développement des pratiques de pèlerinage qui prennent une importance toute particulière dans la vie de l'Eglise catholique de France après 1848 autant qu'à la polémique antireligieuse qui attaque les miracles comme piliers de la révélation, la formulation de la seconde est plus significative encore. Au terme dévoyé de « surnaturel », le Père Cattin a préféré un ordre « extranaturel » qui renvoie au caractère présumé limité de l'explication naturelle des phénomènes. Il affirme ainsi que l'ordre des choses de la nature, régi par les lois scientifiques, est un ordre inscrit dans un ordre divin plus vaste et plus général, de façon à désarmer sur le plan métaphysique les critiques scientistes de la religion et des preuves de l'existence de Dieu. C'est un moyen de faire place à l'ordre du miracle et donc de la confirmation de l'action divine dans le monde par la révélation, et d'évacuer les auteurs des premières Lumières, Pierre Bayle ou Fontenelle par exemple, qui critiquaient les fondements miraculeux de la religion instituée, et de l'Eglise catholique au premier chef.

La prégnance de ce formatage théologique de l'esprit des jeunes médecins se devine avant et après ce document. En août 1891 déjà, le journal de langue arabe publié par les Jésuites de Syrie, *Al-Bašīr*, consacrait un éditorial aux rapports entre « Les médecins et la religion », qui visait à répudier l'influence intellectuelle et surtout thérapeutique des médecins athées.

> « Un écrivain célèbre, Joseph de Maistre, disait : à chaque fois que l'être humain a approfondi l'étude d'une science particulière, il a perdu le besoin de religion et la dévotion ; aussi, lis, si c'est nécessaire, les ouvrages des médecins qui ont abandonné la religion, mais garde-toi de les appeler à ton chevet quand tu es malade[700].

699 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 459, « Réponse du Chancelier et des Professeurs de la Faculté française de Médecine de Beyrouth à la lettre de M. E. [*sic*] Olivier à MM. les sénateurs et députés du Bloc Républicain, « Les congrégations religieuses et l'influence française en Syrie », adressée à Son Excellence Monsieur Delcassé, ministre des Affaires étrangères », par le P. Cattin, chancelier de la FFM, de Beyrouth, 15/06/1903.

700 L'article cité ici développe l'idée centrale de ce passage, légèrement adapté, de Joseph de Maistre, qu'il vaut la peine de citer un peu plus longuement : « Plus les sciences se rapportent à l'homme, comme la médecine, par exemple, moins elles peuvent se passer de religion : lisez si vous voulez les auteurs irréligieux, comme savans, ou comme écrivains, s'ils ont le mérite du style ; mais ne les appelez jamais auprès de votre lit. Laissons de côté, si vous le voulez, la raison métaphysique qui est cependant bien importante ; mais n'oublions jamais le précepte de Celse, qui nous recommande quelque part de chercher autant que nous le pouvons *le médecin ami* ; cherchons donc avant tout celui qui a juré d'aimer tous les hommes, et fuyons par-dessus tout celui qui, par système, ne doit l'amour à personne » : cf Joseph de Maistre, *Les Soirées de St Pétersbourg ou Entretien sur le Gouvernement temporel de la Providence*, Paris, Librairie grecque, latine et française, 1821, 7e entretien, t. 2, pp. 246-247.

A la vérité, on dit que les médecins les plus savants et les plus compétents à guérir les maladies n'étaient pas moins célèbres pour leur piété et leur crainte de Dieu qu'ils n'étaient connus pour leur compétence et l'étendue de leurs connaissances. Tous ceux qui appliquent leurs efforts à découvrir les choses cachées de la nature devraient être pleins du sentiment de la sagesse et des bienfaits du Créateur de cette nature. […]

Quelqu'un d'autre a dit que l'ère actuelle avait vu et continuait d'assister à un spectacle douloureux. Elle a vu et continue de voir des médecins nier de façon catégorique l'existence de Dieu et de l'âme. Ces médecins s'enorgueillissent de compter parmi les bêtes et allèguent que c'est la matière qui s'est organisée dans les êtres vivants de la manière que nous voyons, à savoir une certaine disposition à ce que les actions s'agencent dans le corps sous la forme de ce que nous nommons la vie, sans besoin de faire l'hypothèse d'un autre créateur qui la causerait dans le corps.

Partant, ils se permettent les plus infâmes et les plus criminelles expérimentations thérapeutiques sur les malades. En vérité, on dit que l'homme n'est ainsi à leurs yeux qu'une bête, et leur irréligion leur permet de traiter les malades à la manière des animaux.

Les journaux nous rapportent qu'un médecin soignait deux femmes atteintes du cancer, et qu'après avoir extirpé la tumeur cancéreuse, il introduisit dans leur peau une partie de celle-ci afin de vérifier si cette maladie se répandait dans le corps par injection, et il ne s'écoula pas longtemps avant que ne meure la première des deux ; et l'on ne sait pas ce qu'il advint de la seconde.

La question fut soulevée devant la Société de médecine de Paris, qui protesta contre ce fait abominable et considéra qu'il rabaissait le médecin au rang du boucher. Elle informa la presse qu'un fait similaire était arrivé à Berlin.

Nous disons que ce n'est là que le fruit de l'impiété et de la négation de Dieu, et qu'il est impossible qu'un médecin pieux commette de telles atrocités impies. […]

Si celui qui étudie la médecine est vulnérable au danger de tomber dans le gouffre que constitue l'école matérialiste, il ne verra devant lui pour ainsi dire rien d'autre que des choses matérielles ; qu'adviendra-t-il de lui s'il étudie la médecine auprès d'un maître mécréant qui lance des imprécations sur ce qu'il ne connaît pas, et apprend de lui des allégations corruptrices ? La contagion de l'irréligion ne tardera certainement pas à l'infecter, car vous connaissez l'autorité du professeur sur l'intellect de l'élève.

Le mal que commet le médecin incroyant, lorsqu'il présente les apparences de l'éducation chrétienne, nul ne peut le mesurer ; combien de malades perdront la vie éternelle du fait d'un médecin négligent à l'avertir du danger de mort qui plane sur lui ; combien de personnes malades perdront leur foi profonde en étant nourries de paroles mécréantes ?

On s'accorde à dire que la médecine est une des activités qui coûte le plus à celui qui l'exerce, la plus lourde de responsabilités après les moines et les prêtres.

Il nous apparaît en outre que la médecine permet au praticien croyant de rendre un pieux service aux âmes s'il est croyant, dévot et pratiquant, empli de décence, d'humilité et de sérieux ; il se souviendra de la conduite exigée par la religion et l'éducation, sans craindre d'être confronté aux dangers qui découlent du rejet des vérités révélées.

Combien meilleur est le médecin que vous pouvez voir plein de dévotion envers Dieu pendant le traitement des malades, qui ne se croit rien de plus qu'un instrument dans la main de la divine Providence, et qui considère que toute guérison vient de Dieu et que c'est Dieu qui a attribué les remèdes spécifiquement à chaque maladie et le guide vers leur découverte, afin que les humains en bénéficient[701] ! »

701 « *Al-ṭabīb wa'l-dīn* » [Le médecin et la religion], in *Al-Bašīr*, n°1076, 05/08/1891, p. 1.

Le texte n'est pas signé, même s'il est daté de Beyrouth et manifeste une cohérence thématique avec les sujets de conférence que nous venons d'évoquer, et qui, par la composition de son argumentation, justifie bien une longue citation. Comme l'actualité de la faculté de médecine occupe régulièrement les colonnes d'*Al-Bašīr* à partir des années 1880, et que ses références (Joseph de Maistre) recoupent ce que nous avons vu de la culture littéraire des étudiants de la FFM, et que le titre du papier reprend rigoureusement la forme d'énoncé des conférences du Père Cattin, il est probable qu'il s'agit d'une de ses conférences de déontologie médicale, traduite et adaptée dans le système de valeurs autochtones.

De fait, la deuxième moitié du texte sonne comme une mise en garde et pour les patients, et pour les praticiens ou futurs médecins : à suivre ce courant de pensée, ils risqueraient non seulement de mettre en danger leur salut, mais aussi de se compromettre socialement, tandis que le médecin pieux fait sa réputation. La foi est un impératif de carrière pour les diplômés de la FFM.

La mise en garde passe cependant principalement par deux autres ordres de raisons. Le premier se présente comme un argument humaniste, qui répudie l'idée que la vie est le produit de l'auto-organisation de la matière, dans la veine des auteurs matérialistes du dix-huitième siècle. A cela, l'auteur répond sur le plan des représentations : il n'y a plus alors de césure théorique entre l'homme, l'animal et l'ordre rigoureusement matériel des choses. En se référant à Joseph de Maistre, le texte s'inscrit implicitement dans la polémique entre les philosophes matérialistes des Lumières et leurs adversaires. Il peut aussi renvoyer aux tenants de la génération spontanée. Les références ne sont pas explicitées et peu importe, car l'article ne se pique pas de faire un contre-argumentaire scientifique ; et le moyen, du reste, de l'infliger au lecteur en première page d'un journal généraliste ? En revanche, les clivages entre ordres de la nature s'imposent comme une vérité dans l'ordre de la morale.

L'illustration du propos, trouvée dans la presse française, suscite puis conjure les peurs des patients, celles en particulier qui s'attachent à l'expérimentation en médecine. Nous y reviendrons au chapitre 7 ; bien que l'article s'inscrive dans un univers référentiel européen et même plus précisément français, il est calibré, sur le plan argumentatif, pour impressionner l'esprit des lecteurs locaux, soit en renvoyant à des craintes communes, soit en faisant appels à la culture médicale autochtone. Ainsi, la dernière phrase tranche avec le style général de l'article, et il y a lieu de penser qu'elle a été rajoutée par le traducteur, qui s'est plu à conclure sur une référence implicite à la médecine du Prophète. La conception selon laquelle la maladie vient « de Dieu » se retrouve est très répandue à travers le monde arabo-

musulman[702], et la voilà exprimée dans une citation presque textuelle d'un *ḥadīṯ**[703], qui compte parmi les fondements de la médecine prophétique mais qui passe ici presque inaperçu après une série de références chrétiennes et européennes. La tradition médicale arabe et les étiologies autochtones sont appelées en renfort pour faire barrage au matérialisme athée et populariser une version chrétienne de la médecine occidentale. L'auteur de l'article est contraint de jongler avec les précautions oratoires pour ne pas condamner l'ensemble de la biomédecine occidentale, progressivement intégrée aux enseignements de la FFM, avec les médecins mécréants. L'opposition entre médecine occidentale et médecine traditionnelle arabe s'estompe lorsqu'on passe sur le registre de la métaphysique et des rapports que celle-ci peut entretenir avec l'étiologie.

On peut également deviner l'influence de l'encadrement philosophique des étudiants de la FFM à travers les ouvrages très postérieurs du Dr Chukri Naamé, qui publie, quarante ans après ses études, *L'Idée directrice*, un ouvrage qui ne tranche guère, sur le fond, du retour au finalisme opéré par la philosophie néo-thomiste dans les années 1930[704]. L'intérêt de l'ouvrage, si l'on excepte l'illustration qu'il donne de la culture littéraire très française de certains anciens élèves de la FFM, se trouve dans le dispositif argumentaire, qui mobilise un certain nombre d'auteurs positivistes au service de son argumentaire pour battre en brêche le matérialisme de la génération de Diderot comme de celle de Darwin. Le formatage philosophique des étudiants est profond et durable.

Accompagné d'une discipline austère, il est certainement efficace pour prévenir que les débats intellectuels n'interfèrent avec le fonctionnement de la FFM ; en revanche, on peut se demander si le propos déontologique est parfaitement adapté pour des étudiants qui, au cours des enseignements, ont maintes occasions de constater que la médecine occidentale au Proche-Orient pose des difficultés morales très embarrassantes, face auxquelles il nous semble que l'éloquence cultivée du Père Cattin n'est pas d'un grand secours.

---

702 Saadia Radi, « Les maux entre Dieu, les génies et les hommes », in Jean Benoist (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996, pp. 172-173.

703 Ghada Karmi, « The colonisation of traditional Arabic medicine », in Roy Porter éd., *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial societies*, coll. "Cambridge history of medicine", Cambridge, Cambridge University Press, 1985, pp. 329-330.

704 Chukri Naamé, *L'Idée directrice. L'évolutionnisme dans saint Augustin*, Paris, Vigot Frères éditeurs, 1934.

II – Les contenus d'enseignement

Dans les différentes facultés de l'Empire ottoman, on retrouve une division des cours entre enseignement théorique et clinique qui est un héritage de la médecine arabe, mais qui prend un caractère importé au dix-neuvième siècle en raison de l'application de modèles éducatifs occidentaux et de la place croissante que prend la formation scientifique dans l'enseignement médical à partir des années 1860-1870. Ce qui différencie les facultés de l'Empire de leurs modèles occidentaux ne tient pas essentiellement au contenu des cours sur le papier, mais aux difficultés de nature culturelle rencontrées dans leur mise en œuvre ; or ces difficultés dépassent l'enseignement pratique. A travers le cas de la FFM, nous en distinguons ici trois principales, ordonnées par ordre d'apparition dans la scolarité médicale : l'usage des cadavres, l'institution d'un enseignement clinique reposant sur l'hospitalisation des patients, et la place du genre dans l'apprentissage de la médecine à travers la fondation d'une clinique obstétricale. L'intégration des spécialités biomédicales à la formation ajoute une complexité supplémentaire à l'organisation de la formation, mais les problèmes qu'elle pose sont dûs à des enjeux institutionnels et non pas à la promotion de la médecine occidentale et aux résistances qu'elle rencontre. Dans chacun de ces cas, la translation de Paris à Beyrouth du programme officiel défini par le ministère français de l'Instruction Publique induit des variations majeures entre le départ et l'arrivée dans la manière d'enseigner les mêmes sujets.

A – Les problématiques du cadavre : une connaissance du corps humain médiatisée par nécessité

Comment normaliser l'usage des cadavres ? Comment leur donner, malgré la pénurie, la place qui leur revient dans la pédagogie médicale d'après les programmes de l'Instruction Publique ? La scolarité à la FFM prévoit des enseignements fondés sur la dissection (anatomie), l'autopsie (anatomie pathologique) et sur la manipulation technique du corps mort (médecine opératoire), en conformité avec le paradigme dominant dans l'enseignement médical français. L'application de cette norme pose une multitude de problèmes, entre le vol de cadavres, les réticences des étudiants, les exigences des inspecteurs de l'Instruction

Publique et les scandales parmi la population de Beyrouth. Les professeurs de la FFM se trouvent pris entre des contraintes contradictoires, celles de Paris d'un côté et celles qu'imposent la vindicte publique et l'Etat ottoman de l'autre, qui obligent la faculté à concevoir les enseignements nécessitant cadavres selon des modalités spatiales ou matérielles qui entretiennent une distance et un malaise à l'égard du corps mort chez les étudiants.

1 – Cadavres et modèles pédagogiques

C'est l'acclimatation d'un modèle médical qui est en jeu dans l'utilisation pédagogique du cadavre. Quelle que soit l'incidence scientifique du pasteurisme, l'enseignement français de la médecine reste marqué jusqu'à la Première Guerre mondiale par le modèle anatomopathologique et la recherche dans les corps morts des lésions qui permettent de localiser l'origine des maladies : il y a besoin de « matériel » de ce genre pour une variété de cours, l'anatomie générale, la médecine opératoire, la physiologie et l'anatomie pathologique[705]. Toutefois, et c'est la raison majeure de la pénurie de cadavres, l'ouverture et la mutilation des corps est dans l'Empire ottoman l'objet d'une prohibition oscillant entre l'interdiction formelle et le tabou.

Le rapport au cadavre des différents acteurs pose une question de point de vue. Pour les étudiants, dissection et autopsie nécessitent un travail de rationalisation, comme de poser que le cadavre est toujours déjà matière inerte lorsqu'il arrive dans l'amphithéâtre de dissection. Cette matérialité est difficile à concilier avec les émotions individuelles et avec les valeurs inculquées par la FFM. Dans le même temps, les inspecteurs de l'Instruction Publique poussent dans le sens de la normalisation des exercices sur cadavres, ce qui jette une lumière crue sur leurs sentiments anticléricaux. Pour manipuler le corps humain mort, il faut s'affranchir d'inhibitions, ce qui passe ordinairement par la participation individuelle aux manipulations ; or il semble bien que les étudiants de la faculté des Jésuites ne touchent guère aux cadavres, en raison de leur rareté. Les corps, soumis à une euphémisation constante par les inspecteurs de l'Instruction Publique et désignés comme « sujet » ou « sujet de dissection[706] » ne revêtent apparemment jamais aux yeux des étudiants ce caractère de pure

705 Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 03/2005, n°156-157 (5-36), p. 11.

706 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°85, de l'Ambassadeur de France à Constantinople, au ministre des Affaires étrangères, de Thérapia, 08/07/1890 ; n°9, du Consul Général de France à Beyrouth, au Comte de Montebello, Ambassadeur de France à Constantinople, de Beyrouth, 14/03/1891 ; MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d.

matérialité qui résulte d'une manipulation fréquente[707]. Pour contenir les émotions du public de la FFM, les enseignants et les inspecteurs en viennent à mobiliser la science, comme thème discursif et comme idéal abstrait. Ce volontarisme s'inscrit, comme la prise en compte de la répugnance des futurs médecins, dans les modalités des enseignements à dissection.

Dans le spectacle de la dissection, le corps mort se révèle comme un objet limite, dépouillé méthodiquement des formes de la personnalité, et manifesté progressivement comme chose, à mesure qu'on exhibe son intériorité et que l'on décompose matériellement son unité physiologique. Tout se passe comme si les étudiants, conscients de ce qu'Anne Carol appelle la « blessure profanatrice » que constitue la dissection[708], étaient mus par des intuitions aristotéliciennes : dans le passage du corps dont les traits et les fonctions physiologiques sont encore visibles au milieu de la chair dépecée, ce qui disparaît est la visibilité des fondements du mouvement. Est-il encore homme ? Est-il déjà matière informe ? C'est, dans le vocabulaire du Stagirite, les apparences de l'âme qui se désagrègent. Que l'on épargne les traits potentiellement porteurs de signification, comme ceux du visage, ou qu'on les découpe, n'est-ce pas l'âme du mort, y compris dans son acception spirituelle, que l'on pressent ou que l'on fait disparaître ? Pour des croyants, il semble bien que la postérité de cette âme dans l'au-delà soit en jeu, et le travail sur les cadavres est d'autant mieux à même de poser aux étudiants de la FFM des cas de conscience qu'ils sont constamment ramenés, on vient de le voir, à la morale chrétienne et à l'idée de faire leur salut.

Les inspecteurs de l'Instruction Publique perçoivent le conflit de valeurs que suscite l'imposition d'un modèle pédagogique fondé sur la manipulation des cadavres dans une école confessionnelle catholique. Ils ne sont pas longs à interpréter cette situation avec les clés de l'histoire positiviste des sciences, et à invoquer la figure caricaturale d'un Moyen-Âge occidental obscurantiste[709], pour comparer *a contrario* le professeur d'anatomie de la FFM, le Dr Nègre, à un médecin de la Renaissance[710]. C'est là un schème plaqué à tort et à travers, sans doute, mais il montre que l'interdit à l'égard de la dissection et de l'autopsie a une base religieuse.

Pas plus que dans l'Occident médiéval, le Proche-Orient ottoman n'a émis d'interdit formel et absolu sur les dissections de cadavres, mais il importe de comprendre comment des normes dérivées de l'islam ont pu être entendues et étendues au-delà de leur interprétation

707 Anne Carol, *Les Médecins et la mort XIXe-XXe siècle*, coll. « Historique », Paris, Aubier, 2004, pp. 261-262.
708 *Ibid.*, p. 264.
709 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de Médecine en novembre 1909 », adressé à Gaston Doumergue, ministre de l'Instruction Publique, s.d.
710 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d.

littérale, pour qu'un sentiment de l'interdit s'instaure, aussi puissant parfois que s'il était de nature légale. En inspectant le soubassement de ce qui se présente comme un interdit, on peut percevoir comment une référence décontextualisée peut être à la source d'une norme effective à laquelle est assignée une nature, en l'occurrence religieuse, et un cadre sociologique, ici confessionnel. Encore est-ce donner trop de pertinence aux justifications et aux références : à travers la question des dissections, la phénoménologie d'une norme se dessine. Le refus des dissections de corps humains est un donné ; mais dans son soubassement intime, il y a à la fois un écheveau de sentiments désagréables et une modalité collective, le sens du scandale que ce type de pratique peut entraîner. Le domaine d'application de cette norme va alors au-delà des limites que sa nature et son cadre lui auraient assignées si la logique abstraite gouvernait ces questions, car l'interdit d'ouvrir les cadavres est la manifestation d'un inconfort moral qui est de l'ordre du ressenti, et ne s'inscrit pas à l'intérieur de frontières sociales bien tracées. Ainsi, cet interdit a à voir avec l'islam, et ses formulations renvoient à la foi musulmane des morts, mais ce que cette pratique a d'inhabituel, de possiblement attentatoire au salut des morts, de pénible et d'irrespectueux – à l'égard des familles, sinon des défunts – la rend tout autant indésirable aux yeux des autres confessions. Ces sentiments corrélatifs d'un processus de socialisation, se superposent à la répugnance que dictent aux étudiants leurs sens et leur idée de la nature du métier qu'ils sont en train d'apprendre.

2 – De la nature de l'interdit

a - Un interdit religieux ?

Les références à une opposition religieuse aux dissections et aux autopsies pratiquées à la FFM ont des fondements très contemporains dans la mauvaise réputation qui entourent les facultés de Beyrouth et les protestations lancées contre elles. Toutefois, les fondements légaux de cette hostilité renvoient à la tradition juridique de l'islam et aux temps glorieux de la médecine arabe. Le Dr Lortet affirme au terme de la session d'examens de 1896 que l'administration de la faculté a fait le nécessaire pour que les élèves en classe d'anatomie ne soient désormais plus « inquiétés par les menaces des ulemas »[711], comme il aurait parlé de l'Inquisition espagnole : comment dire plus clairement qu'ils l'ont été par le passé ? La question nécessite une mise en perspective dans le temps long de l'histoire des sciences : c'est

711 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth - 1896 », du Dr Lortet, au ministre de l'Instruction Publique, s.d.

en effet par l'étude de l'anatomie que la médecine occidentale s'est initialement distinguée de la médecine arabe à partir du seizième siècle, et on peut se demander ce que cette divergence doit aux différences entre les religions sur le traitement des morts.

La référence aux *ʻalīm*-s situe implicitement l'interdit dans l'ordre du *fiqh* ; la logique voudrait qu'une telle prohibition ait été formulée à l'époque où s'est formé le *corpus* de la médecine arabo-islamique, en fonction des circonstances rencontrées par les médecins de cette époque. Les recherches d'Emilie Savage-Smith n'ont pas permis d'exhiber une *fatwā** allant dans ce sens, et révoquent sérieusement en doute son existence supposée par les historiens antérieurs de la médecine arabe : les recueils de *fatwā*-s ne font pas d'allusion spécifique au *tašrīḥ* (ce qui se traduit, selon les cas, par anatomie ou dissection)[712], et le principal recueil de *ḥisbah* pour les questions médicales, celui d'al-Šayzarī (mort en 589 AH / 1193 AD), stipule que les chirurgiens doivent connaître le *tašrīḥ*, réserve étant faite de l'ambiguïté sémantique qui entoure ce terme[713]. Pour Savage-Smith, un tel interdit n'a jamais été prononcé dans l'Islam médiéval[714], même s'il est possible de le trouver dans l'islam actuel – elle se réfère alors à l'Ayatollah Khomeini – exprimé sans équivoque, mais avec une réserve importante : à savoir, qu'il n'englobe que les cadavres de musulmans[715]. Il est possible de discerner dans cette réserve la trace d'un *ḥadīṯ* ou une citation d'al-Ḥanbalī, mais dans aucune de ces occurrences, il n'est question de dissection, puisqu'elles traitent des cadavres de soldats tombés à la guerre[716]. En revanche, Ibn al-Nafīs, qui, le premier, donne la preuve de la circulation pulmonaire au septième siècle AH / treizième siècle AD, déclare, en première page de son *Šarḥ tašrīḥ al-Qanūn* [Commentaire sur l'anatomie du *Canon* d'Avicenne], n'avoir pas eu recours à la dissection, que la šarīʻah décourage autant que les émotions de l'opérateur ; là encore, il n'y a pas d'interdit formel[717]. Cette dernière référence nous semble particulièrement significative, car par la nature de ses recherches, Ibn al-Nafīs aurait pu considérer la dissection comme utile, comme le font Realdo Colombo et Michel Servet qui refont la même découverte dans les années 1540-1550, en étudiant la paroi entre les ventricules gauche et droit et la vascularisation du poumon[718]. Si Ibn al-Nafīs est sincère, sa décision de s'abstenir de disséquer les cadavres humains aurait à voir avec une tendance religieuse – mais non pas un interdit absolu – et avec sa propre répugnance à cette pratique. S'il ne l'est pas – et c'est

712 Emilie Savage-Smith, « Attitudes toward dissection in Medieval Islam », in *Journal of the history of medicine and allied sciences*, janvier 1995, 50:1, pp. 74-75.
713 *Ibid.*, p. 82.
714 *Ibid.*, p. 81.
715 *Ibid.*, p. 77.
716 *Ibid.*, pp. 76-77.
717 *Ibid.*, pp. 99-100.
718 Mirko D. Grmek, *La Première révolution biologique. Réflexion sur la physiologie et la médecine du XVIIe siècle*, Paris, Payot, 1990, pp. 93-100.

l'avis du Dr Abdul-Karim Chéhadé dans son commentaire historique de l'ouvrage du médecin damascain –, c'est qu'il a dû recourir à des dissections cachées d'animaux et d'hommes. Le corps du texte contredit du reste la première page, en incluant plusieurs références au résultat de la dissection[719]. La prohibition est devenue un fait juridico-religieux formel après le treizième siècle, dans des limites dérivées d'interprétations larges de textes sacrés et d'auteurs religieux, et sous l'influence d'eschatologies populaires postulant la résurrection des corps dans l'état exact précédant leur décomposition. En cela, la situation dans le monde musulman est assez comparable à l'Occident médiéval, qui n'a pas connu d'interdit absolu à l'endroit de la dissection des cadavres, mais un encadrement administratif de celle-ci. En Europe et en Orient musulman, l'ouverture des corps est l'objet d'une répugnance intime associée aux croyances sur l'au-delà[720]. En tout état de cause, l'interdit de disséquer le cadavre de musulmans est devenu assez évident avant le 19e siècle pour définir alors les limites dans lesquelles les promoteurs des facultés ottomanes de médecine peuvent envisager l'enseignement de l'anatomie.

Pour preuve, les autorités qui président à la fondation des facultés publiques prennent toutes la peine de justifier au regard de l'islam l'inclusion de dissections anatomiques dans l'enseignement ; c'est le cas en Egypte après la décision de Clot Bey, directeur de l'école de médecine d'Abū Za'bal, d'y avoir recours. Les protestations subséquentes[721], émanant surtout des étudiants, vont jusqu'à une tentative de meurtre du médecin français par l'un d'eux. Dans ce cas précis, Clot Bey contourne la difficulté immédiate posée par le public de l'école, en circonvenant d'abord les *'alīm*-s, avant les étudiants. Vis-à-vis de ceux-ci, il se sert d'abord de substituts – modèles de cire et cadavres de chiens – avant d'introduire l'ouverture de corps humains[722] : la méthode est sensiblement la même, quoique avec une chronologie différente, à la FFM.

L'aval des religieux est aussi une condition préalable à l'enseignement pratique de l'anatomie à la FIM, pour laquelle le Gouvernement ottoman obtient une *fatwā* justifiant cette pratique à des fins scientifiques et universitaires en 1841[723]. Dans l'un et l'autre cas, l'importation délibérée des programmes d'études justifie une formalisation du droit à

719 Abdul-Karim Chéhadé (Dr.), I*bn al-Nafīs et la découverte de la circulation pulmonaire*, Damas, Institut Français de Damas, 1955, pp. 43-45.

720 Rafael Mandressi, *Le Regard de l'anatomiste. Dissection et invention du corps en Occident*, coll. « L'Univers historique », Paris, Le Seuil, 2003, pp. 19-60.

721 Cité in Savage-Smith, *Art. Cit.*, p. 67.

722 El Azhari Sonbol, *Op. Cit.*, pp. 64-65.

723 Enis Ulucam, Nilufer Gokce, & Recep Mesut, « Turkish anatomy education, from the foundation of the first modern medical school to today », présentation au 7e congrès national d'histoire de la médecine, Istanbul, 06/09/2002, mis en ligne à : http://209.85.135.104/search?q=cache:rGGVcin_jzQJ:www.ishim.net/ishimj/4/09.pdf+anatomy+Ottoman+Turkey&hl=fr&ct=clnk&cd=7&gl=fr, consulté le 04/02/2007.

l'encontre de ce qui était réputé licite, et au risque du scandale. Dans le dernier exemple, cependant, l'Etat ne se contente pas d'obtenir un avis légal autorisant les dissections humaines : il se garantit un monopole, dont sont exclus par implication les facultés étrangères de Beyrouth. La dissection fait visiblement problème dès le début des contacts entre la FFM et la Sublime Porte : dans un rapport transmis par le Gouvernement français à un médecin de l'entourage du Sultan, le Dr Zambaco Pacha, il est précisé que les épreuves de dissection, obligatoires aux examens français, peuvent être remplacés par des interrogations orales, des croquis au tableau ou des travaux pratiques exécutés sur mannequin ou sur pièces sèches (pièces anatomiques déshydratées pour conservation)[724]. Cette information, transmise dans le contexte des négociations pour obtenir la reconnaissance officielle de la FFM, n'est pas innocente : la licéité de la dissection en dehors de la FIM a été l'objet de débats durant ces tractations, et la décision négative de la Sublime Porte sur cette question justifie la note verbale qui clôt les pourparlers :

> « Le rapport rédigé en Conseil d'Etat à la suite de cette demande porte qu'il est nécessaire que ceux qui se proposent d'exercer la médecine aient reçu l'enseignement des écoles fondées par le Gouvernement, ou bien qu'ils prouvent qu'ils possèdent cet art ; en outre, comme l'enseignement de la médecine ne peut être exclusivement théorique, il est nécessaire qu'il y ait des établissements réservés à la pratique, tels que des amphithéâtres de chirurgie et des laboratoires de chimie ; or il y a des inconvénients à ce que des opérations telles que l'anatomie du corps humain se fassent dans des locaux autres que les écoles de médecine du gouvernement, et l'institution de locaux de ce genre est un droit qui rentre dans les attributions du seul gouvernement impérial ; bien qu'on veuille considérer comme un précédent en faveur de l'établissement ouvert par les Jésuites, l'Ecole de médecine créée précédemment à Beyrouth par les missionnaires américains, celle-ci n'ayant pas été ouverte en vertu d'une autorisation officielle, et ayant seulement obtenu récemment d'être considérée comme une école de médecine de second degré, dépendante de l'Ecole Impériale de Médecine en ce qui concerne les programmes, les diplômes et les examens, ce précédent ne peut être invoqué en l'espèce. »[725]

Il vaut la peine d'analyser en détail ces quelques lignes. Nulle part la prohibition de la dissection de cadavres humains n'y intervient, et pour cause : si celle-ci était illicite dans son principe, elle le serait à Istanbul autant qu'à Beyrouth. Toutefois, c'est bien en vertu d'un interdit de cet ordre que la reconnaissance officielle de la FFM est refusée ; il est caché derrière les « inconvénients » attachés à l'existence d'« amphithéâtres de chirurgie », c'est-à-dire d'anatomie, dans des locaux autres que ceux de l'EIM. Les contrariétés en question sont laissées dans le vague à dessein, même si l'on devine qu'elles ont trait à l'ordre public face au

724 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, « Dispositions arrêtées par S.E. le ministre de l'Instruction Publique de la République Française relativement à l'organisation et au fonctionnement de la Faculté de Médecine de Beyrouth », d'Edouard Locroy au Dr Zambaco Pacha, de Paris, 04/12/1888.

725 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, Traduction d'une note verbale de la Sublime Porte, transmise à l'Ambassade, d'Istanbul, 06/10/1889.

scandale suscité par les dissections, et à la manière de se procurer des cadavres. Le SPC ne peut ici servir d'exemple, non seulement parce qu'il a été établi sans permis officiel, mais également parce qu'il ne jouit pas de privilèges en matière de dissection. Le président du collège peine à s'approvisionner en cadavres ; et du reste, dans ses premières années, la faculté de médecine a été en butte à l'hostilité manifeste des Beyrouthins lorsqu'elle était le théâtre de dissections humaines[726].

Ayant évoqué les scandales possibles au sujet de l'ouverture des cadavres, la Sublime Porte se replie derrière l'argument de souveraineté. Si la demande de reconnaissance officielle de la FFM se termine par une fin de non-recevoir, ce n'est pas, textuellement, parce que la délivrance des diplômes est un enjeu de souveraineté : c'est le vrai cœur du problème, mais il est difficile pour l'administration ottomane de s'en tenir là quand l'Etat continue à déplorer la pénurie de médecins diplômés. Plus finement, la Sublime Porte définit le problème des enseignements médicaux comme un enjeu d'ordre public, dont l'origine est implicitement à chercher dans les convictions religieuses des sujets du Sultan.

De fait, les inspecteurs, quand ils ne répètent pas les lieux communs de la littérature anticatholique pour les appliquer au monde musulman, maintiennent que le nœud sociologique du problème est confessionnel. De l'avis du Dr Lortet, ce n'est pas seulement la dissection qui pose problème. Le scandaleux est surtout « qu'on porte des mains regardées comme sacrilèges sur les cadavres humains »[727] ; mains sacrilèges, parce que chrétiennes sur des cadavres potentiellement musulmans. Un de ses successeurs, le Dr Demons, cherche en casuiste à épuiser les possibilités : les expertises médico-légales, qui interdisent d'ailleurs l'usage scolaire de cadavres devenues pièces à convictions[728], sont rares du fait de l'hostilité populaire, et en particulier celle des musulmans, à l'ouverture des cadavres. Les hôpitaux militaires n'offrent guère de ressources, ni les *millet*-s* non-musulmans : chez les chrétiens, des « confréries » réclament les corps de leurs adeptes. Plus faisable, de l'avis de ce professeur, serait de récupérer des cadavres de chrétiens ou de juifs, mais cela reste délicat : l'interdit sur l'ouverture des cadavres n'est, en définitive, pas limité aux seuls musulmans, il constitue une donnée de l'environnement culturel beyrouthin et ottoman en général[729].

726 Jurji Zaydan, : *The Autobiography of Jurji Zaidan (with four letters to his son) / Mudhahkirat Jurji Zaydan* [Philipp Thomas (éd.)], Washington, Three Continents Press, 1990, p. 51.

727 MAE Nantes, Beyrouth, A, 335, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Rapport sur l'état de l'Ecole par M. le professeur Lortet. 1897 », pour la session d'examen de novembre 1897, adressé à Alfred Rambaud, ministre de l'Instruction Publique.

728 MAE Nantes, Beyrouth, A, 260, « Remarques du Chancelier de la Faculté française de médecine de Beyrouth sur le rapport de M. le Doyen Jeannel au sujet des examens de doctorat », par le P. de Martimprey, de Beyrouth, novembre 1913.

729 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°6, de Saint-René Taillandier à Casimir-Périer, de Beyrouth, 20/01/1894 ; MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de Médecine en novembre 1909 », à Doumergue, s.d.

Toutefois, cette dernière option est douteuse elle aussi, en raison de l'hostilité des juifs et des chrétiens à la manipulation de leurs morts et de leurs croyances dans l'au-delà, et l'inspecteur de l'Instruction Publique suggère en définitive de faire transporter des cadavres bien conservés de Marseille à Beyrouth.

L'histoire de l'anatomie illustre la rémanence de formes dominantes d'identité. Dans l'Europe du Moyen-Âge et de la Renaissance, la préférence pour des sujets de dissection inconnus, ou, à défaut, soit d'origine lointaine, soit de basse condition, la sélection illustre la permanence *post mortem* de catégories sociales et géographiques[730]. Aux Etats-Unis, dans le courant du dix-neuvième siècle, la préférence pour tel ou tel cadavre se fait selon des critères de classes et, secondairement, de race[731]. En France, les médecins préfèrent les dépouilles de condamnés à mort, qui ne comportent *a priori* pas de dégénérescence ou de lésions importantes[732]. Dans ces différents cas, c'est la marginalité sociale du mort et son appartenance aux couches défavorisées de la population qui évite que le passage de son corps par l'amphithéâtre de dissection ne fasse scandale. A Beyrouth et dans l'Empire ottoman des années 1880-1914, l'attitude à l'égard des corps morts se réfère d'abord à la religion, non seulement du point de vue du devenir eschatologique des défunts, mais aussi de leur inclusion dans un système confessionnel. Que ce confessionnalisme soit primordial ou bien plutôt reconstruit et renforcé dans le cours du dix-neuvième siècle[733] n'importe guère, car la fondation des facultés de médecine étrangères s'inscrit dans un mouvement qui donne au système confessionnel ottoman une effectivité sociale nouvelle, mouvement par lequel les puissances occidentales poussent l'Etat ottoman à identifier ses sujets par leur appartenance à un *millet*. Ce système réformé embrasse les vivants et les morts.

Autrement significatif est le sentiment de scandale évoqué dans l'hypothèse de la dissection de musulmans par des professeurs chrétiens et ressortissants d'une puissance occidentale, car cette réaction populaire naît de la perception commune de plus en plus claire des visées colonialistes de l'Europe. Une sourde hostilité aux puissances impériales agite les esprits contre les dissections de sujets ottomans effectuées dans les facultés étrangères. Que cela se manifeste en référence à l'islam et à la défense des musulmans, ce n'est pas étonnant dans les années 1880-1890 qui voient le patriotisme ottoman se teinter d'un nationalisme religieux islamique à fond anticolonialiste. C'est pourquoi l'explication confessionnelle s'impose à l'esprit des envoyés du Gouvernement français, vraisemblablement avec quelque

730 Mandressi, *Op. cit.*, p. 176
731 Michael Sappol, *A Traffic of dead bodies. Anatomy and embodied social identity in Nineteenth-century America*, Princeton / Oxford, Princeton University Press, 2003, p. 8.
732 Carol, *Op. cit.*, pp. 264-265.
733 Makdisi, *Op. Cit.*, pp. 78-95.

raison. Cependant le sentiment de malaise causé par la l'ouverture des cadavres est général dans le monde ottoman et suffit à renforcer la méfiance publique à l'égard des facultés.

b - Ni carabins, ni bouchers, mais de respectables professionnels : la dissection à l'épreuve des anticipations des étudiants

La réticence des étudiants doit pour partie à leur formation religieuse, mais elle tient aussi au caractère pénible de la dissection et de l'autopsie. A la vue s'ajoute l'odeur des corps, qui contribue à la réticence des étudiants, impréparés à la dissection humaine à leur entrée en faculté. Ces sentiments sont évacués avec une certaine hauteur mandarinale par les envoyés de l'Instruction Publique, convaincus qu'il y a un impératif scientifique et, par conséquent, éthique, à faire procéder à l'examen de corps morts par les étudiants en médecine[734]. On perçoit pourtant aussi sous leur plume l'intuition que le mouvement instinctif de recul des apprentis-médecins dépasse le domaine de la sensibilité, et cèle des anticipations sur la position sociale des docteurs en médecine.

Il est rare que la faculté dispose de cadavres à l'époque des examens ; si les Drs Hugounenq, en 1903, et Jeannel, en 1913, imposent des épreuves d'anatomie sur cadavre, les étudiants en apparaissent particulièrement perturbés[735]. L'obligation de travailler sur un corps mort leur est inhabituelle : même lorsque la faculté dispose de « sujets », ils n'y touchent guère, ou avec précaution. En effet, la dissection anatomique est pratiquée par le Dr Nègre de façon essentiellement démonstrative : il fait office de chef de travaux, accompagné d'un seul assistant frotté d'anatomie, et les étudiants regardent sans mettre la main à la pâte[736]. De plus, l'odeur pénible conduit les étudiants à fumer abondamment pour couvrir la pestilence. Cette habitude et l'attitude générale des étudiants dans la circonstance n'ont pas à Beyrouth le caractère viril, subtilement cannibale et lugubrement humoristique que décrit Michael Sappol pour les facultés américaines de la même époque, où les dissections humaines étaient bien

734 Sur la conviction, qui prévaut chez les médecins de l'âge du positivisme, de la nature foncièrement éthique de la dissection, et ce même au prix des vols de cadavre, cf Sappol, *Op. cit.*, pp. 13-15.

735 MAE Nantes, Beyrouth, A, 184, « Rapport adressé à Monsieur le ministre de l'Instruction Publique par le Docteur L. Hugounenq, Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon, Président du jury chargé de faire subir leurs examens aux élèves de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth (Syrie) (Session de février 1903) » ; MAE Nantes, Constantinople, E, 706, extrait du rapport du Professeur Jeannel, inspecteur de l'Instruction Publique pour les examens de doctorat de la faculté française de médecine de Beyrouth en novembre 1913, adressé à René Viviani, ministre de l'Instruction Publique, s.d. [1914].

736 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d.

plus fréquentes et requéraient la participation des étudiants[737]. A Beyrouth au contraire, ils sont tenus à distance du théâtre de la dissection, sur les gradins, et perdent ainsi une partie de ce qui fait la valeur du travail sur la matière corporelle : la connaissance tactile des chairs, mais aussi une expérience désinhibante. Sur ce présupposé, un des inspecteurs discrédite l'exercice tel qu'il est pratiqué à la FFM comme peu sérieux, ou plutôt comme « pseudo-dissections tabagiques »[738] : s'il est de coutume d'allumer cigares et pipes pour faire passer l'odeur des corps, faire du théâtre de dissection un authentique fumoir est, de l'avis de cet observateur, une fin en soi pour les étudiants. Un autre de ses confrères, non moins désireux d'imposer la norme française qui suppose un nombre important de dissections, regrette que les étudiants n'aient pas l'occasion de disséquer un demi-cadavre tout seuls dans le cours de leur scolarité, et ce, tant pour les désinhiber face aux travail sur les corps que pour raccourcir le temps accordé à l'anatomie dans les travaux pratiques, et en consacrer davantage aux autres matières, plus pointues, enseignées par le Dr Nègre[739]. Le vrai enjeu est donc dans l'approvisionnement en cadavres ; les inspecteurs de l'Instruction Publique semblent oublier que le temps n'est pas si loin où, au début du dix-neuvième siècle, la même rareté des corps morts empêchait souvent la plupart des étudiants des écoles de médecine de la province française de participer aux dissections et aux autopsies[740], tant la pratique s'est normalisée depuis lors.

A en juger par une photographie du laboratoire d'anatomie prise en 1898-1899, et reproduite dans le livre du Père Ducruet sur l'histoire de la FFM, il arrivait toutefois que les étudiants manipulent eux-mêmes les cadavres. La portée informative du cliché doive être relativisée dans la mesure où les plaintes des inspecteurs de l'Instruction Publique sur l'incompétence des étudiants pour la dissection et l'autopsie sont quasi-systématiques. Elle révèle toutefois quelque chose d'un esprit potache parmi les étudiants de la FFM : le cadavre, crâne scié, est étendu sur une table de bois trop courte pour les jambes. Elle n'a pas de rivière pour évacuer les fluides du cadavre, et il semble qu'on ait délibérément déplacé le cadavre depuis l'amphithéâtre pour prendre le cliché. Trois étudiants, dont deux en blouse et un en costume de ville, s'emploient à écarter les ouvertures effectuées sur son corps avec des pinces. Tout autour, les autres étudiants manipulent des crânes en prenant des postures à la Hamlet ou en montrant des points de repère sur la boîte crânienne. L'un d'entre eux, derrière l'un de ceux qui s'occupe du cadavre, semble même converser avec un squelette pendu à côté de lui[741]. Les

737 Sappol, *Op. cit.*, pp. 81-83.
738 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Professeur Truc, session de 1908 », adressé à Doumergue, s.d.
739 *Ibid.*
740 Bonner, *Op. cit.*, p. 38.
741 Cf Annexe B, illustration n°5 & 6.

étudiants prennent visiblement la pause dans une situation conçue par le photographe, et la scène n'invalide pas, selon nous, notre propos sur la rareté des ouvertures de cadavres.

Le témoignage autobiographique d'un ancien étudiant, non de la FFM mais du SPC, conduit à relativiser le sentiment de répugnance attribué aux étudiants, parce qu'il implique que la dissection n'est pas un spectacle, mais une expérience personnelle. Le journaliste et romancier Jurjī Zaydān, puisque c'est de lui qu'il s'agit, aborde son expérience de la manipulation des cadavres comme une confession :

> « L'anatomie est elle aussi une science très gratifiante, car on y apprend ce dont le corps humain est composé. Pour cette étude, il fallait acheter les os d'un squelette humain. Les os étaient rares, du fait des difficultés rencontrées pour obtenir des cadavres, dans la mesure où les gens refusaient l'autopsie de leurs morts. Ordinairement, le Collège se procurait furtivement des cadavres, en payant pour cela des prix élevés. Les étudiants achetaient des os, et il était rare d'avoir un squelette entier avec toutes ses parties, grandes et petites. Je me dis que je voulais un corps entier. Je fus informé, un jour, qu'un homme du peuple à Ra's Bayrūt [le quartier de Beyrouth où est situé le SPC] était mort et avait été enseveli dans une tombe creusée dans le sable. Je m'arrangeai avec un ami pour aller le voler. Nous emmenâmes avec nous un homme avec sa houe pour déterrer et porter le cadavre. Nous fîmes cela le troisième ou le quatrième jour après le décès, présumant que le cadavre serait dans un cercueil et qu'il serait aisé de le transporter tel quel. Nous nous y rendîmes après minuit, comme des voleurs effrayés. Nous creusâmes plusieurs tombes en nous méprenant sur le lieu de la tombe que nous cherchions – et ce, bien que nous fussions venus durant le jour pour repérer l'endroit. Finalement, nous le trouvâmes, enterré sans cercueil. Nous emportâmes autant de morceaux que nous pûmes, parce que l'aube allait nous surprendre, et nous fîmes retraite dans la peur. Personne au Collège ne sut cette affaire, hormis mon ami. Le lendemain matin, les gens virent les tombes ouvertes et en accusèrent les étudiants du Collège, mais sans savoir qui avait fait le coup.
> Je n'oublierai jamais une scène de ma première année, lorsqu'on nous amena un jour le cadavre d'un garçon de neuf ans, qui avait été enterré la veille au soir dans le cimetière de Mār Mitrī à Ašrafiyyah. J'ignorais qu'il était de là-bas, bien que la plupart des habitants de ce quartier soit nos proches et nos amis, puisque c'était là que se situait notre maison. Quand le cadavre arriva au Collège, il fut hissé secrètement dans un abri entre les combles de l'Ecole de médecine et le toit. On nous convoqua pour la dissection et je fus envoyé comme les autres. C'était la première fois que j'assistai à cette procédure. Je me rappellerai toujours le moment de l'ouverture du cercueil : le corps était couvert de fleurs et une odeur d'ambre en émanait, en raison de toutes ces feuilles et ces fleurs. Mon regard tomba sur le corps du garçon, et sa vue me fit une impression indélébile au fond de l'âme. Jusqu'à aujourd'hui, lorsque je sens l'odeur d'une feuille ou d'une fleur d'ambre, la vue du corps se présente à moi.
> Le Dr Wortabet, professeur d'anatomie, commença à disséquer le corps et à le diviser entre les étudiants de toutes les classes. Deux jours plus tard, ce fut pour moi le moment de rentrer à la maison voir les miens ; c'était mon habitude de rentrer tous les samedi et de rester jusqu'au dimanche. Lorsque j'arrivai et que nous échangeâmes des saluts, ma mère m'étonna en me disant « Pauvre gosse, le fils Untel. Il est mort et son corps a été volé. Les gens disent que c'est le Collège qui a fait cela. » Je prétendis n'en rien savoir, mais je fus désolé, car ce garçon comptait parmi nos relations[742]. »

742 Zaydān, *Op. cit.*, pp. 51-52.

Des fleurs, des feuilles et une acre odeur de mort : il y a quelque chose de verlainien dans ce moderne Prométhée. En décrivant ses premières expériences pratiques de l'anatomie et le mélange d'émotions qui hantent son souvenir, Zaydān s'efforce de démêler le fil sociologique qui le lie à la famille du garçon mort, de celui des affects qui entourent un événement personnel doublement traumatique. Il y a d'un côté le ressenti intime devant le cadavre de l'enfant, plein encore des apparences de la personnalité, mais d'une personnalité abstraite parce qu'anonyme ; l'auteur n'explicite pas, alors, ses émotions, mais les donne à concevoir sur le mode d'une psychologie associationniste, par la force et l'empreinte du souvenir. De l'autre côté, la prise de conscience de l'identité du garçon disséqué, sur laquelle Zaydān reste très pudique, attend la fin de la semaine et le retour au giron familial. L'évitement d'un registre émotionnel trop fort ou trop analytique suggère, non pas l'affadissement des impressions, mais au contraire, la puissance traumatique qui le conduit à parler de cet événement en en effleurant seulement la charge intime ; le secret autour de l'origine du cadavre entretient le caractère initiatique de l'ouverture du cadavre, déjà observé quelques décennies plus tôt à l'école de médecine du Caire[743]. La méthode pédagogique employée par le Dr Wortabet, qui conduit ces étudiants, tout juste entrés en faculté, à participer au travail sur le cadavre, ce qui rend plausible que certains de ces jeunes gens se soient faits pilleurs de tombes. En tout état de cause, les étudiants du SPC apparaissent mieux disposés à faire face, émotionnellement, aux dissections anatomiques que ceux de la FFM convoqués en spectateurs à des démonstrations.

En réduisant les réticences des étudiants à l'égard du travail sur les cadavres à un effet de leur sensibilité, nous risquerions de sous-estimer leur portée. Elles sont redoublées d'une répulsion socialement construite à l'égard de l'organique : même lorsqu'ils travaillent sur des chiens pour les examens, les étudiants « font preuve d'une certaine inexpérience et d'une grande timidité », et craignent de « compromettre les préparations en les nettoyant à fond »[744]. L'inexpérience prend ici une définition très large, puisqu'elle inclut un refus certain de travailler sur la matière organique, à une date (1892) où le travail sur des cadavres de chiens était la norme du travail anatomique à la FFM. Il semble que les étudiants se soient efforcés d'obtenir que les travaux pratiques sur les chiens prennent fin, et de fait il n'y est plus fait allusion dans les rapports des inspecteurs après 1894, jusqu'en 1908. L'inspecteur envoyé cette année-là par l'Instruction Publique, le Professeur Truc, l'envisage au conditionnel,

743 Anne-Marie Moulin, « *L'esprit et la lettre de la modernité égyptienne. L'enseignement médical de Clot Bey* », in Daniel Panzac & André Raymond (éds.), *La France et l'Egypte à l'époque des vice-rois. 1805-1882*, Le Caire, Institut Français d'Archéologie Orientale, 2002, p. 122.

744 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, Rapport du Dr Caubet sur la Faculté de Médecine de Beyrouth pour la session d'examens de novembre 1892, adressé au ministre de l'Instruction Publique, s.d. [1893].

comme une possibilité à explorer pour l'entraînement à la médecine opératoire[745] : autant dire que l'habitude s'est perdue.

Derrière le refus du travail sur les cadavres humains ou animaux, se cache une anticipation de l'image du médecin comme travailleur intellectuel, une dévalorisation générale des activités manuelles, y compris académiques, et une répulsion particulière face au travail sur la matière vivante. En deçà même de ce qu'ils peuvent projeter sur le cadavre comme relique d'une personnalité, les étudiants rejettent ce qui, dans l'organicité de leur matériau de travail, suppose que le chemin de la connaissance passe par l'induction à partir de réalités viles : leurs réactions sont pleines de la même gêne que celle qui emplit le Socrate de Platon, lorsque Parménide l'accule à admettre que de la boue aussi, il doit y avoir une idée. Le Dr Landouzy s'en fait la remarque dès novembre 1887, qui réclame « que les élèves […] soient un peu plus habitués à voir, à toucher, à sentir même, qu'on leur mette entre les mains, sous les yeux, les plantes s'il s'agit de botanique, les os et la chair s'il s'agit d'anatomie. Le travail manuel leur manque et ma crainte est qu'ils n'entrent dans la vie embarrassés de la réalité. » Le même Landouzy fait reproche à la FFM des accommodements qu'elle prend avec les étudiants quant à l'apprentissage de la médecine : considérant qu'« il faut, quand on est étudiant en médecine, mettre la main à la pâte, [et que] cela a plus d'importance ici qu'ailleurs où les jeunes gens ont une grande mémoire, peu de fond et beaucoup de vanité », il demande qu'on « [mette] sur la porte de la Faculté de Beyrouth « Ecole professionnelle de médecine »[746]. » Le contenu importé de la formation médicale devrait en rabattre quelque peu sur les anticipations exagérées que se font les étudiants sur le métier qu'ils sont en train d'apprendre, mais le terme ironique d'« Ecole professionnelle de médecine » sous-entend qu'ils ont en tête une hiérarchie mentale très rigide des types de formation. Cette idée préconçue préfigure une stratification des carrières et des positions sociales ultérieures : en ne la contredisant pas, la FFM se présente sans le dire comme un outil d'ascension ou de reproduction sociale pour ses étudiants. Elle les encourage à suivre la voie d'une professionnalisation, qui entretiendrait leurs anticipations ou les compenserait à tout le moins sur le plan symbolique en asseyant leur autorité médicale sur un substrat de scientificité[747]. La faculté ne cherche pas à transformer les critères autochtones de l'autorité et des activités nobles, mais seulement à produire un personnel aux compétences nouvelles et une élite par destination.

745 MAE Nantes, Beyrouth, Série A, 303 : "Rapport du Professeur Truc, session de 1908", adressé au ministre de l'Instruction Publique, s.d.

746 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°58, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 07/11/1887.

747 Jack Haas & William Shaffir, *Becoming doctors : the adoption of a cloak of competence*, Greenwich (Connecticut) / Londres, Jai Press, 1987, pp. 1-4.

Autant les cadavres restent marqués par une forme d'identité, en l'occurrence confessionnelle, et c'est une cause majeure de leur pénurie ; autant leur dissection, comme activité, trouble l'esprit des étudiants en sapant l'image valorisante qu'ils se font de l'identité professionnelle en advenir de leur futur métier. C'est une des causes de l'insuccès récurrent du travail sur les corps morts à la FFM, que déplorent les inspecteurs de l'Instruction Publique les uns après les autres. A travers cet échec, c'est la finalité de transformation individuelle et sociale inhérente à cette faculté de médecine qui est affectée : les étudiants restent timides vis-à-vis des corps, et on ne voit pas pourquoi cela cesserait avec l'obtention de leur doctorat ; l'insatisfaction de leurs examinateurs témoignent de ce que la faculté n'a pas réussi à endurcir leur sensibilité, ni leur regard, à l'égard des corps et de la mort[748]. En revanche, la faculté devient davantage un instrument de production ou de reproduction d'élites, en conformant son enseignement aux représentations communes de l'activité des élites socioprofessionnelles ottomanes.

L'usage des cadavres reste marginal dans les facultés de Beyrouth, mais sans jamais disparaître : à défaut d'un usage proprement pédagogique et participatif, l'observation du corps mort et de ses lésions reste un élément fondamental dans l'épistémologie sous-jacente à la formation médicale de l'époque en Europe. Vaille que vaille, les administrations des écoles de médecine s'arrangent pour contourner l'interdit.

3 – Un enseignement tenu au secret

Même enveloppées d'un parfum d'interdit, les dissections se pratiquent à la FFM. Leur rareté, en comparaison de la norme française, tient à la fois aux circonstances secrètes dans lesquelles on se procure des cadavres, au surcoût économique de ces acquisitions risquées et aux sentiments mêlés que nourrissent les autorités de la faculté à l'égard des moyens de s'en procurer : on ne retrouve pas nécessairement chez eux le positivisme sûr de son bon droit des inspecteurs de l'Instruction Publique ou des professeurs de l'école de médecine. Entre l'acquisition des corps et leur dissection, un dispositif se met en place pour garantir la tranquillité de la faculté.

La première composante en est informelle et inavouable, puisqu'elle englobe les modalités d'achat des cadavres : l'approvisionnement est externalisé, faute de pouvoir disposer de ceux des personnes décédées à l'Hôpital du Sacré-cœur tenu par les Filles de la Charité, qui fait office d'hôpital universitaire. Plusieurs raisons s'y opposent en effet :

748 Cf Mandressi, *Op. cit.*, *passim*.

l'hôpital est de petite taille, le taux d'occupation de ses lits est faible, et les sœurs refusent de fournir les quelques cadavres de défunts sans aveu qui y décèdent[749]. Les professeurs blâment tout spécialement pour la pénurie la Sœur Garnier, Supérieure de l'hôpital dans les années 1890, avec qui ils entretiennent généralement des relations tendues[750] ; mais en l'espèce, la politique de la Sœur Pacod, qui lui succède n'est pas différente. Peu avant la Première guerre mondiale, un inspecteur en vient à la conclusion que c'est la combinaison de la petite taille et des réticences de l'administration de l'hôpital qui est en cause, et place ses espoirs dans le grand Hôtel-Dieu en cours de construction, qui doit devenir le nouvel hôpital universitaire[751]. Toutefois, les agrandissements importants qu'a connus l'hôpital allemand, rattaché à la faculté de médecine du SPC, n'a pas donné davantage de cadavre à cette dernière[752]. Quel que soit l'hôpital, la peur du scandale dissuade son administration de remettre ses cadavres aux professeurs de médecine[753].

Les cadavres sont acheminés par des pilleurs de cimetière, qui se réclament de la famille[754], et se font payer grassement pour le service[755]. Les frais encourus ne s'arrêtent pas là, car quelles que soient les précautions, la nouvelle de ces dissections s'ébruite : pour éviter l'intervention des fonctionnaires ottomans locaux, qui pourraient prétexter de l'absence d'autorisation pour l'ouverture des cadavres à la FFM, le chancelier de la faculté achète monétairement le silence de l'administration[756]. C'est efficace, car nulle part en 31 ans d'enseignement jusqu'à la fermeture de l'école de médecine en 1914, on ne trouve trace d'une intervention directe des autorités civiles de Beyrouth contre les dissections. En revanche, il apparaît que la commande de cadavres volés gêne moralement une partie du personnel de la FFM ; le mode et la rareté de cet approvisionnement façonnent le rapport que le personnel de la faculté entretient avec les corps qu'il se procure. Dans certains cas, les enseignants thésaurisent le cadavre à leur disposition, allant jusqu'à refuser de le montrer à l'inspecteur de l'Instruction Publique et *a fortiori* aux autres enseignants de la faculté susceptibles d'en avoir

749 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre), adressé à Briand, s.d. [1906].

750 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Procès-Verbal de la Réunion des Professeurs de la Faculté présidée par Monsieur le Consul Général de France le Jeudi 7 novembre 1895 ».

751 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, extrait du rapport du Professeur Jeannel, inspecteur de l'Instruction Publique pour les examens de doctorat de la faculté française de médecine de Beyrouth en novembre 1913, adressé à Viviani, s.d.

752 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre) », adressé à Briand, s.d.

753 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat, à Leygues, s.d.

754 *Ibid.*

755 MAE Nantes, Beyrouth, A, 335, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Rapport sur l'Etat de l'Ecole par M. le professeur Lortet. 1897 », adressé à Rambaud, s.d.

756 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth - 1896 », du Dr Lortet à Rambaud, s.d.

l'usage[757]. Le recours au vol de cadavre est tantôt admis ouvertement, tantôt imputé à la seule faculté américaine, tantôt réprouvé et considéré comme dommageable pour la réputation de la FFM[758]. L'attitude de l'administration du SPC est similaire : lorsqu'un inspecteur demande ce qu'il en est au Président de cette institution, celui-ci élude la question en souriant et en donnant l'impression claire que l'achat de cadavres volés est avéré et fréquent[759]. Moyennant ces expédients, la FFM dispose en général de 2 à 3 cadavres l'an[760], et jusqu'à six pour l'année 1903[761]. La rareté est donc variable, mais les quantités de corps obtenues ne permettent pas de satisfaire les différentes matières qui en ont besoin[762], ni de mettre l'enseignement en conformité avec les normes françaises, qui tendent, avec la réforme des programmes français en 1911, à accentuer l'importance des travaux pratiques et notamment des opérations sur cadavres[763]. La crainte du scandale prévaut.

La peur que les dissections ne soient aperçues explique le dispositif caché dans les locaux de la faculté et permettant leur réalisation. Dans les bâtiments initiaux de la faculté, utilisés de 1883 au milieu des années 1890, l'objectif premier pour l'enseignement de l'anatomie est la discrétion : l'amphithéâtre de dissection est installé en sous-sol[764], où les cadavres sont acheminés par une entrée dissimulée[765]. La conséquence de cette localisation est que, à l'inverse des dissections autorisées en Europe, qui depuis la Renaissance ont lieu dans des pièces aérées et très éclairées[766], celles qui se pratiquent à la FFM ne reçoivent guère de lumière. C'est d'autant plus problématique que le travail sur les cadavres dans cette faculté ne laisse guère de place à la participation des étudiants aux dissections humaines : l'essentiel de

757 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de Médecine en novembre 1909 », adressé à Doumergue, s.d.

758 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre) », adressé à Briand, s.d.

759 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de Médecine en novembre 1909 », adressé à Doumergue, s.d.

760 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », adressé à Leygues, 30/12/1894 ; MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport sur les examens de la faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth », pour la session d'examen de novembre 1904, du Dr Ferré à Chaumié, de Paris, 22/12/1904.

761 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport à Monsieur le ministre [de l'Instruction Publique] [Chaumié] sur les examens et sur la situation de la Faculté française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth (année 1903) », pour la session d'examen de novembre 1903, par le Docteur Prenant, Professeur à la Faculté de médecine de Nancy, s.d.

762 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Améliorations très désirables soit à la Faculté soit à l'Hôpital », de la FFM, de Beyrouth, 20/11/1905.

763 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, extrait du rapport du Professeur Jeannel, inspecteur de l'Instruction Publique pour les examens de doctorat de la faculté française de médecine de Beyrouth en novembre 1913, adressé à Viviani, s.d.

764 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection de Novembre 1889. Rapport présenté à M. le Ministre de l'Instruction Publique par le docteur Netter, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux », par le Dr Netter, 18/02/1890.

765 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth et les examens de la session de novembre 1892, du Dr Caubet, au ministre de l'Instruction Publique, s.d.

766 Mandressi, *Op. cit.*, p. 167.

l'exercice est dans la monstration des pièces du corps, ainsi masquées par la pénombre. Dans la deuxième moitié des années 1890, l'amphithéâtre de dissection est reconstruit pour abriter davantage de tables de travail, et donc promouvoir la dissection par les étudiants eux-mêmes ; il est mieux éclairé, et mis aux normes françaises[767]. Toutefois, la pénurie des cadavres se maintenant, les étudiants, à qui la FFM n'a pas réussi à faire accepter l'importance pédagogique de la manipulation des cadavres, restent spectateurs, et les professeurs ont recours à des méthodes de substitution pour familiariser les futurs médecins avec les corps.

4 – Substituts et représentations

a - Les substituts organiques

Face aux réticences des étudiants, les professeurs des facultés de Beyrouth multiplient les exercices de substitution à l'ouverture des cadavres et les rendent de plus en plus exempts d'organicité. Le succès que rencontrent les différents substituts nous est inconnu : les différents inspecteurs sont en désaccord quant au procédé le plus probant. Un premier moyen, déjà évoqué, est de faire des dissections animales, en l'occurrence des dissections de chiens, qu'il est facile de capturer à Beyrouth et dont l'ouverture ne semble pas créer de scandale[768]. Cette solution est suggérée par le Dr Lortet en 1891 ; l'objectif est faire travailler les étudiants sur la différence entre veines et artères, sur l'innervation des muscles[769], et de les habituer à manier le scalpel, à ligaturer les artères ou à la vue du sang[770] ; le succès est mitigé.

Un autre moyen employé pour entraîner les étudiants, tout en gardant aux travaux pratiques le caractère d'un travail sur la matière du corps humain, est d'importer des pièces microscopiques, destinées à illustrer les lésions tissulaires. Le Dr Prenant, inspecteur de l'Instruction Publique pour la session d'examen de novembre 1903, s'efforce de mettre en place des réseaux d'approvisionnement de pièces de ce type[771], si bien qu'une dizaine

767 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth - 1896 », pour la session d'examens de novembre 1896, du Dr Lortet à Rambaud, s.d.

768 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », adressé à Leygues, du 30/12/1894.

769 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection de 1893 », du Dr Lortet à Spuller, s.d.

770 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°9, du Consul Général de France à Beyrouth, au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.

771 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport à Monsieur le ministre [de l'instruction publique] [Chaumié] sur les examens et sur la situation de la Faculté française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth (année 1903) », du Dr A. Prenant, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, s.d.

d'années plus tard, l'usage en est devenu normal. Fin 1913, le chancelier de la Faculté, le P. de Martimprey, ne décolère pas qu'un inspecteur, le Professeur Jeannel, ait considéré la formation pratique de la faculté comme « nulle », faute de cadavres, alors que la faculté dispose de collections microscopiques suffisantes, superbement ignorées par le président du jury[772]. La pénurie conduit à privilégier les travaux pratiques d'histologie et l'observation microscopique. Le matériau reste organique et humain mais n'a ni la forme, ni la forte odeur, ni le toucher d'un cadavre, puisqu'il est vu à travers une lame de verre et des lentilles. La médiation du microscope rend socialement acceptable ce qui provoquait la réticence des étudiants et la colère des riverains quand on le disposait dans un amphithéâtre, même hors de portée des regards extérieurs. Du point de vue de l'apprentissage des connaissances anatomiques, le déplacement de l'amphithéâtre de dissection vers le laboratoire est à la fois une nécessité logistique et une façon de limiter les conflits avec le voisinage.

b - Variations autour d'un cadavre

D'autres moyens visent expressément à contourner ou à atténuer le caractère organique des travaux pratiques d'anatomie ou de médecine opératoire. L'école de médecine possède différents outils standard pour l'anatomie, comme les pièces anatomiques d'Auzoux[773], le squelette élastique du même inventeur[774], ou encore les moulages Farabeuf[775]. Le travail sur os et « pièces sèches », c'est-à-dire organes ou parties de cadavres desséchés pour conservation, ne pose pas de problème, et tout se passe comme si l'absence de tout fluide et en particulier du sang désinhibait les étudiants. Ces différentes pièces, accumulées à partir

772 MAE Nantes, Beyrouth, A, 260, « Remarques du Chancelier de la Faculté française de médecine de Beyrouth sur le rapport de M. le Doyen Jeannel au sujet des examens de doctorat », du P. de Martimprey, de Beyrouth, novembre 1913.

773 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, « Rapport présenté à Monsieur le Ministre de l'Instruction publique sur les Examens de Novembre 1912 et sur la situation de l'Enseignement à la Faculté libre française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth par M. le Professeur F. de Lapersonne, Président du jury des examens », s.d. ; le système d'Auzoux reproduit l'anatomie du corps humain à peu de frais, à partir de papier mâché. Son inventeur, le Dr Louis Auzoux (1797-1880) a durablement contribué à façonner les programmes d'études anatomiques des facultés de médecine françaises, et laissé son nom à des générations de manuel, à la suite de l'*Anatomique clastique* dont il commence la parution en 1839 : cf Louis Auzoux (Dr), *Leçons élémentaires d'anatomie et de physiologie, ou Description succincte des phénomènes de la vie dans l'homme et les différentes classes d'animaux, à l'aide de l'anatomie clastique*, Paris, J.B. Baillière, 1839.

774 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection de Novembre 1889. Rapport présenté à M. le Ministre de l'Instruction Publique [Fallières] par le docteur Netter, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux », 18/02/1890.

775 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth et sur la session d'examen de novembre 1892, du Dr Caubet, au ministre de l'Instruction Publique, s.d. ; les moulages de Farabeuf s'inscrivent dans la réforme de la pédagogie médicale dans la France des années 1870 ; le but de ces moulages était de faciliter la transition de l'anatomie à la médecine opératoire, en soulignant de couleurs différentes les veines, les points de repère pour les incisions, etc.

des envois des facultés françaises, constituent progressivement un musée anatomique suffisant pour la mise en place d'une pédagogie participative, guidée par le professeur[776].

Ces différents outils de travail ne se prêtent pas tous aux mêmes types d'activité. L'importance des pièces authentiques, même déformées par la dessiccation, est d'illustrer la variabilité de l'anatomie, dont les professeurs cherchent à donner l'intuition à leurs étudiants. Dans le paradigme anatomopathologique, les pièces standardisées ne constituent qu'un idéal trompeur, des formes exemptes des déformations révélant des lésions antérieures au décès. A la différence des dissections de cadavres, ces différentes pièces sont rapidement en nombre suffisant pour être manipulées ensemble par tous les étudiants d'une même classe, et si la FFM forme le « regard anatomique »[777] de ses étudiants, c'est dans ce type d'activité.

c - Coupes et croquis : les supports de l'imagination anatomique

L'objectif de ces différents moyens est de permettre aux étudiants d'imaginer le fonctionnement du corps ; le travail de figuration est double, en raison de la pénurie de cadavres d'une part, et de la distance entre le corps mort, ouvert à l'observation, et le corps vivant. Le moyen de cette imagination est graphique, en coupes microscopiques ou macroscopiques, et en croquis. A l'exercice, la portée du recours au dessin se trouve toutefois déplacée de la propédeutique vers une finalité en soi d'apprentissage. Conçu pour donner des repères et orienter la connaissance du corps humain vers la thérapeutique et la chirurgie, la représentation graphique devient un instrument de sélection des étudiants, et un appui pour ces derniers en situation d'examen.

La compétence en tant que dessinateur devient une nécessité pour les études médicales. L'idée d'une épreuve de dessin aux examens d'admission est réclamée pour la première fois par le professeur Lépine en 1894, qui a pu constater dans les cahiers des étudiants la piètre qualité des croquis qui tentaient de reproduire ceux du professeur d'anatomie. Il impose en outre un système d'entraînement et de contrôle progressif des connaissances, sous la forme d'un croquis de synthèse reprenant la séance précédente, à remettre au début de chaque cours. La pénurie de cadavres rend la formation médicale impossible sans une maîtrise de la représentation graphique ; le Consul appuie du reste l'idée, et le chancelier de la faculté l'accorde[778]. L'épreuve est mise en place dès la session suivante

776 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », du Dr Lortet à Spuller, s.d.

777 Mandressi, *Op. cit.*, *passim*.

778 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », adressé à Leygues, 30/12/1894 ; et n°31, du Consul Général de France à Beyrouth, à Hanotaux, de Beyrouth, 24/06/1895.

des examens d'entrée, et rapidement, le croquis, notamment microscopique, devient assez habituel dans la pratique des étudiants pour qu'il devienne un type d'illustration fréquent dans les pages d'*Al-Machreq*, revue à laquelle ils contribuent abondamment. La formation de la FFM a pris là une tournure plus manuelle, comme l'eût souhaité le Dr Landouzy, mais pas plus professionnelle pour autant. L'enseignement de l'anatomie est compris par les étudiants comme une discipline technique et mémorielle, que le dessin, bien ou mal fait, contribue à désincarner[779].

Le manque de cadavres affecte la formation chirurgicale, qui nécessite de s'entraîner avant de pratiquer sur les patients à opérer ; ceux-ci sont du reste rare, en raison de la faible fréquentation de l'hôpital universitaire. Les solutions adoptées comme entraînement aux gestes chirurgicaux ne sont guère convaincantes. Les étudiants tracent au crayon sur la peau des garçons de salle les incisions à effectuer en prévision de telle ou telle opération, mais il n'y a pas ou peu d'occasions d'œuvrer sur les chairs[780]. La médecine opératoire est ainsi englobée dans la même frustration que l'anatomie, de la part des inspecteurs de l'Instruction Publique, qui ont lieu de regretter que les épreuves ne ressemblent qu'à un « simulacre »[781]. Le problème de la médecine opératoire est à double entrée : la première est l'interdit sur la manipulation des cadavres, au nom de la loi et de l'opinion publique. La seconde tient à l'organisation des cliniques et aux réticences culturelles que suscite l'hospitalisation.

B – Les vicissitudes de l'enseignement clinique : problèmes de genre et de nombre

Malgré des motifs similaires (la coopération délicate avec le personnel infirmier et les réticences des patients), l'enseignement clinique pose des problèmes de deux ordres bien distincts : le premier est inhérent à l'adaptation d'un paradigme de formation reposant sur le contrôle médicalisé, et c'est la faisabilité de l'enseignement par les cliniques qui pose alors problème ; le second tient à la finalité sociale, ou plutôt à l'absence effective de celle-ci, ainsi qu'il arrive lorsqu'on veut former des jeunes gens à la gynécologie et à l'obstétrique. Dans le premier cas, c'est le cadre hospitalier qui est source de difficultés ; dans l'autre, c'est la

779 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth et la session d'examens de novembre 1892, du Dr Caubet, au ministre de l'Instruction Publique, s.d.

780 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », du Dr Lortet à Spuller, s.d.

781 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, extrait du rapport du Professeur Jeannel, inspecteur de l'Instruction Publique pour les examens de doctorat de la faculté française de médecine de Beyrouth en novembre 1913, adressé à Viviani, s.d.

population concernée par la matière. Il y a là pour les étudiants un avant-goût des difficultés de leur insertion ultérieure dans leur environnement de travail.

1 – La primauté du clinicat

L'enseignement en clinique occupe une place variable d'une faculté à l'autre, et diffère surtout entre les facultés ottomanes d'Etat, où il se confond avec un stage hospitalier en fin de parcours, et les facultés étrangères de Beyrouth. Toutefois, le fondement théorique est le même d'une institution à l'autre : les connaissances médicales fondamentales ne peuvent être acquises que par un entraînement au chevet des malades, et le cadre optimal de cette formation est l'hôpital. La primauté du clinicat dans la médecine occidentale du dix-neuvième siècle est dérivée d'une matrice théorique qui promeut la variation et la formalisation statistique de la médecine : une bonne formation est celle qui permet au futur médecin d'observer le maximum possible de cas différents, et d'apprécier la nature du mal, son évolution probable et le mode de traitement approprié à travers les aléas des divers symptômes. Dans cette perspective, l'acuité professionnelle de l'apprenti et son « flair diagnostique »[782] dépendent du nombre d'observations faites et, en définitive, du taux d'occupation des lits des hôpitaux universitaires. Afin qu'une clinique fonctionne correctement, il est nécessaire que le nombre de cas hospitalisés traités annuellement atteigne un seuil statistique, et que ceux-ci restent assez longtemps pour faire le suivi de la maladie ; mais au Proche-Orient, les patients, nombreux dans les dispensaires, se font rares dans les salles de malades.

Avec le développement de la médecine de laboratoire et de la biomédecine dans les années 1860-1900, le raisonnement qui sous-tend l'organisation de la formation en clinique est sapé : la vérité de la pathologie semble passer du chevet du malade au bout du microscope. En France en particulier, observe Bruno Latour, la défense de la clinique comme modèle médical devient un enjeu de mobilisation professionnelle, car les médecins ne voient guère quelle place leur est laissée dans le dispositif de détermination du diagnostic et du pronostic[783]. A la FFM, la place réservée à la clinique dans la formation médicale n'est qu'indirectement due au conflit d'intérêts professionnels entre cliniciens et microbiologistes, qu'importent les inspecteurs de l'Instruction Publique en tirant les prioriétés d'enseignement dans le sens de leurs disciplines médicales respectives. Les rapports qu'entretiennent

782 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°9, du Consul Général de France à Beyrouthn au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.

783 Bruno Latour, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, 2001, pp. 187-206.

l'enseignement clinique et le recours au microscope à Beyrouth sont en partie déterminés par la fréquentation des cliniques hospitalières et de la polyclinique (ou clinique ambulatoire) respectivement.

a - Des problèmes d'effectifs et d'organisation

Les professeurs de la FFM ont en tête l'architecture forte des programmes français, centrée autour des séjours en hôpitaux et s'en servent dès 1885-1886 pour militer en faveur de l'allongement de la durée des études médicales à quatre ans. Au sein du corps professoral, la primauté de la clinique s'impose progressivement. Suivant les paroles du Dr Nègre, professeur d'anatomie et de physiologie, lors des fêtes jubilaires de la faculté de médecine en mai 1908,

> « La médecine […] forme un tout dont les diverses parties s'enchaînent. Les rouages compliqués de la machine humaine, saine ou malade, demandent de longues études théoriques. On pourrait les condenser, les résumer peut-être, mais il y a une chose capitale qu'on ne saurait abréger sans inconvénients graves, c'est la clinique. On peut lui appliquer l'aphorisme des hygiénistes sur les distributions d'eau : on n'en peut jamais donner trop, parce qu'on n'en donne jamais assez. » »[784]

Cependant, ni la FFM, ni le SPC ne s'avèrent en mesure de produire les conditions quantitatives et temporelles d'études cliniques efficaces. C'est particulièrement vrai chez les Jésuites, car l'hôpital du Sacré-cœur, conçu dès ses débuts comme hôpital universitaire[785], n'offre qu'une trentaine de lits en 1889[786], contre une soixantaine en 1891 à l'hôpital prussien de l'ordre de Saint-Jean de Jérusalem, qui abrite les cliniques de la faculté américaine[787]. Les patients sont notoirement trop peu nombreux pour l'enseignement clinique de la faculté de la FFM, et les salles de malades ne sont généralement que partiellement occupées en raison des dysfonctionnements du service médical. En outre, jusqu'au milieu des années 1890, la bonne marche de l'hôpital est grevée par des problèmes relationnels entre les médecins-professeurs de la faculté de médecine, et par des dissensions entre le collectif des professeurs et les Filles de la Charité, infirmières et administratrices de l'hôpital.

Unis dans l'appartenance au personnel de la faculté, les professeurs sont rivaux dans leur pratique privée, et la mésentente entre eux est cordiale[788]. Indépendamment du nombre de

784 « Fêtes jubilaires de la Faculté – samedi 9 mai 1908 », in *BAAFFM*, Vol. 2, 1907-1914, 1907-1908, p. 63.

785 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n °95, du Consul Général de France à Beyrouth à l'Ambassadeur de France à Constantinople, de Beyrouth, 23/02/1881.

786 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de Novembre 1889. Rapport présenté à M. le Ministre de l'Instruction Publique [Fallières] par le docteur Netter, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux », 18/02/1890.

787 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°9, du Consul Général de France à Beyrouth au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.

788 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », adressé à Leygues, 30/12/1894. Le

patients hospitalisés, tenir un service hospitalier est une source de visibilité professionnelle, et un atout auprès de la clientèle. Or, jusqu'au début des années 1890, seuls deux des professeurs, les Drs de Brun (professeur de pathologie interne) et Hache (professeur de pathologie externe et de chirurgie) sont à la tête d'un service hospitalier. Les autres médecins-professeurs doivent s'adresser à ceux-ci pour toute hospitalisation, et se contenter de tenir leur propre clinique ambulatoire à la faculté ou dans des locaux attenant à l'hôpital. Chacun voit alors midi à son clocher : les médecins tenus à l'écart du service hospitalier répugnent à renvoyer les cas intéressants à leurs collègues, qui les humilient en procédant à leur propre examen pour décider s'il y a lieu d'hospitaliser. Les deux médecins de l'hôpital préfèrent hospitaliser les patients utiles pour leur propre enseignement clinique, tandis que leurs collègues maintiennent délibérément certains malades en soins ambulatoires[789]. La question est réglée par l'ouverture d'une clinique thérapeutique et d'une clinique obstétricale dans le courant des années 1890, sans mettre fin à la pénurie de patients hospitalisés.

Vis-à-vis des Filles de la charité, les difficultés s'apparentent au problème, également connu en France à cette époque, de la coordination de l'hôpital universitaire et de la faculté[790], et notamment des ressources financières allouées par le Gouvernement français pour le fonctionnement des cliniques de la faculté à l'hôpital. Ainsi défini, l'objectif de ces subsides est mal défini ; formellement versés pour les besoins des seules cliniques, ils échappent en réalité au contrôle de l'université et finissent par être utilisés par les religieuses à des fins qui n'y ont pas trait : installation du gaz et de salles de bain, approvisionnement de la pharmacie car « sans médicament, il n'y a pas de clinique possible »[791]… Les professeurs de la faculté cherchent à imposer leurs propres priorités d'achat, et pèsent en faveur de l'achat de fournitures dernier cri, sur un budget pour lequel ils ne sont pas responsables : ainsi convainquent-ils, en mars 1891, le consul de répercuter leur demande d'envoi par le ministère du sérum antituberculeux de Koch, déjà utilisé sur les malades de l'hôpital prussien par les professeurs du SPC[792] ; démarche faite en toute hâte, et quelque peu hâtive d'ailleurs, vu les résultats peu probant dudit sérum, dont le journal des Jésuites de Beyrouth, *Al-Bašīr*, se fait l'écho le même mois. De fait, le produit est finalement interdit dans l'Empire ottoman[793].

---

consul, à qui est adressé le rapport, l'a annoté ainsi : « En fait, le véritable Conseil [de la Faculté], c'est le Consulat ; les séances du Conseil sont son fait, les professeurs étant animés de sentiments de rivalités personnelles et ne parlant pas les uns devant les autres. »

789 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°9, du Consul Général de France à Beyrouth au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.

790 Bonner, *Op. cit.*, p. 111.

791 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°6, de Saint-René Taillandier à Casimir-Périer, de Beyrouth, 20/01/1894.

792 MAE Nantes, Constantinople, E, 7070 n°9, du Consul Général de France à Beyrouth au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.

793 Sur la nocivité du sérum de Koch, cf « *Mu'ālajat Kūh* » [Le traitement de Koch], in *Al-Bašīr*, n°1056, 18/03/1891, p. 4 ; sur son interdiction dans l'Empire ottoman, cf « Règlement d'examen médical dans les

Les professeurs reprochent notamment aux Filles de la Charité la parcimonie des achats de pansement antiseptique, qui place le professeur de chirurgie dans une situation contradictoire, entre les normes d'antisepsie qu'il préconise dans ses cours théoriques et sa pratique en clinique[794]. Entre la réticence de la Sœur Garnier et l'agacement communiqué par le Dr Hache au Dr Lépine, qui rapporte le fait, se lit éventuellement une différence de génération de formation aux gestes de la médecine, mais surtout une concurrence dans l'application de ceux-ci. Autant le branchement du gaz, l'installation de salles de bain ou l'approvisionnement en médicament concerne d'abord les Filles de la Charité qui administrent l'hôpital et les traitements des patients, autant les pansements antiseptiques ressortissent de la décision du chirurgien. Celui-ci n'est pas partisan d'accélérer la mise en place des dépenses qui sont indifférentes à son contrôle, et comme le note l'inspecteur de l'Instruction Publique pour 1903, le Dr Prenant,

> « les cas chirurgicaux traités à l'hôpital sont d'un intérêt médiocre, et les traitements qui sont opposés aux affections chirurgicales ne portent pas toujours la marque d'un modernisme suffisant ; l'asepsie n'a pas encore pénétré à Beyrouth, et l'on en est resté à l'antisepsie, dont l'un des moindres inconvénients est la dépense de produits coûteux tels que l'iodoforme[795]. »

Le « modernisme » qui, près de dix ans plus tôt, dictait un approvisionnement massif en pansements antiseptique, n'est plus de mise. Il ne s'agit plus de nettoyer *a posteriori* les chairs, tâche dont s'acquittait le chirurgien. L'asepsie touche à l'entretien de l'hôpital, et n'est donc plus du seul ressort du Dr Hache. Le problème majeur du fonctionnement des cliniques est devenu le manque de personnel soignant pour assister les médecins : les Filles de la Charité connaissent un problème de recrutement dans ce secteur, et ont du mal à envoyer une des leurs pour assurer l'asepsie du théâtre d'opération[796].

Le remplacement de la Mère Garnier par la Mère Pacod, au milieu des années 1890, inaugure une phase de relations moins tendues entre le personnel de l'hôpital et les professeurs de la faculté de médecine. L'hôpital universitaire ne se remplit pas pour autant : aux lits vides, s'ajoute le fait que les patients font des séjours brefs, ce qui empêche de suivre le développement des maladies, d'autant plus que les patients atteints d'affections chroniques

---

douanes » (art. 11), du 25/01/1315 mālī / 6 ša'bān 1317 AH / 07/02/1900 AD, cité in G. Young, *Op. cit.*, vol. III, pp. 215-219.

794 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », adressé à Leygues, 30/12/1894.

795 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport à Monsieur le ministre [de l'Instruction Publique] [Chaumié] sur les examens et sur la situation de la Faculté française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth (année 1903) », du Dr A. Prenant, s.d.

796 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport sur les examens de la faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth », du Dr Ferré à Chaumié, de Paris, 22/12/1904.

ne sont pas admis[797]. De plus, les intérêts des Sœurs et ceux des professeurs qui tiennent les services hospitaliers coïncident, dans une mesure certes limitée, pour réduire le nombre de patients disponibles en vue de l'enseignement clinique. Certains patients aisés sont ainsi admis avec l'accord d'un des professeurs, tout en bénéficiant de la gratuité des soins qui est de rigueur à l'hôpital en tant que fondation de charité, et demandent à être soustraits à l'examen des étudiants. Le professeur et les religieuses décident de concert dans ces circonstances. Pour le premier, il y va de sa clientèle et de sa réputation : les professeurs de la FFM organisent leur activité à la faculté et à l'hôpital universitaire de façon à préserver et étendre le succès de leur cabinet en ville[798]. Les religieuses, quant à elles, font valoir qu'elles ont tout pouvoir sur les admissions à l'hôpital, et en usent en se conciliant une clientèle que la fortune et le nom rendent intéressante, quand ce ne serait que par les dons qu'elle peut faire à l'institution. Ces circonstances tirent des paroles crues du Professeur Demons, envoyé par l'Instruction Publique en 1909 :

> « On retrouve là une situation qu'on a longtemps vue en France et qui, si elle n'y a pas encore complètement disparu, s'améliore heureusement chaque jour. J'ai eu plusieurs conversations sur ce sujet avec le RP Cattin, avec la Supérieure de l'Hôpital, avec le Professeur de Chirurgie. J'espère que peu à peu et de mieux en mieux on se rapprochera de l'idéal rêvé : beaucoup de malades pauvres à l'hôpital, pas de malades riches – du moins, si l'on n'a en vue que les intérêts de l'enseignement, à moins que tous les malades indistinctement puissent servir à l'instruction des élèves[799]. »

Les exigences des patients aisés sont servies par le manque de patients dans les salles de malades, qui mettent en relief la stratification sociale de la ville et des environs. Si les élites locales se retrouvent en position de dicter la conduite de l'administration à leur endroit, c'est que le gros de la population qui le peut préfère s'en tenir aux cliniques ambulatoires ou se faire soigner à domicile, quitte à payer les visites :

> « [en] Orient, les indigènes n'aiment pas à être hospitalisés. Ils viennent volontiers aux consultations et il faut reconnaître que les policliniques rendent de grands services à l'enseignement. Mais le séjour à l'hôpital, malgré les soins éclairés et assidus dont on les entoure, les répugne [*sic*], surtout si ce séjour doit être de longue durée[800]. »

L'hospitalisation représente une solution pour des patients isolés, venus de loin, ou incapables d'assurer financièrement le coût des visites d'un médecin.

---

797 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°9, du Consul Général de France à Beyrouth au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.

798 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 28/01/1907.

799 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de Médecine en novembre 1909 », adressé à Doumergue, s.d.

800 *Ibid.*

Cette situation a deux conséquences sur la formation des étudiants. La première est qu'ils éprouvent dès leurs années de faculté l'impopularité de l'hôpital comme cadre de traitement, alors qu'un certain nombre d'entre eux est destiné à y commencer ou y faire leur carrière. En tant que praticiens, ils ont un premier contact difficile avec les patients à l'hôpital, et beaucoup plus aisé en clinique ambulatoire. La seconde est que la présence des étudiants dans les salles de malades est mal vue, ou du moins perçue comme un désagrément, et qu'ils se trouvent cantonnés aux seuls patients pauvres par le désir d'une frange aisée de la clientèle de s'assurer des conditions de faveur à l'hôpital.

Les cliniques hospitalières sont pénibles pour les futurs médecins, qui, dans les premières années de la faculté, n'y sont guère assidus. Il en résulte des résultats peu brillants aux examens de la fin de l'année 1889. L'administration de la faculté et le Consul Général de France réagissent sans concession en invoquant le caractère fondamental de l'enseignement clinique, et rendent la présence aux cliniques obligatoire, assortie de la condition d'avoir effectué au moins un diagnostic ou une opération en clinique dans l'année pour pouvoir se présenter aux examens[801]. Les professeurs de clinique exigent désormais un diagnostic univoque lors des examens. La pression disciplinaire est un succès, et l'attitude des étudiants change du tout au tout : pour les examens de la fin 1906, la clinique a mobilisé le gros des efforts des étudiants, ce qui fait dire au consul que

> « [l'on] ne saurait s'étonner de ce que leur génie les porte à étudier passionnément et avec toutes les ressources de leur intelligence la partie vitale de leur art, la science clinique, faite d'observation quotidienne et personnelle au chever du malade, celle qui leur permettra de gagner beaucoup d'argent en sauvant beaucoup de vies humaines[802]. »

b - L'adaptation de la rationalité clinique au fonctionnement des écoles de médecine

Que s'est-il passé ? Comment la clinique, reposant sur la variabilité et le contact direct et physique avec les patients, a-t-elle été acclimatée à la FFM ? La citation ci-dessus renvoie à des motifs économiques et carriéristes, ou plus exactement aux anticipations que les étudiants font de leur trajectoire professionnelle ultérieure. L'ambition est sans doute un facteur fondamental, et un changement majeur par rapport à l'autosatisfaction enregistrée vingt ans plus tôt parmi les étudiants : entre-temps, la FFM a élargi son recrutement, et les étudiants peuvent déjà se faire une idée de ce qui les attend sur le marché médical. La compétence

801 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, de Petiteville à Spuller, de Beyrouth, 04/12/1889.
802 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, du Consul Général de France à Pichon, de Beyrouth, 28/01/1907.

acquise dans les cliniques semble être devenue une garantie nécessaire, et il ne suffit pas de se raccrocher à son titre pour faire sa vie.

Ce n'est pas faux, mais partiel ; car en devenant l'exercice privilégié de la formation à la FFM, l'examen clinique se transforme et sa rationalité en est affectée. Fondé sur l'observation d'un nombre restreint de patients, l'entretien au lit du malade prête le flanc au soupçon quand viennent les examens : dans des chambres de malades peu remplies, les membres ottomans du jury émettent à plusieurs reprises l'idée que les étudiants ont été préparés. L'accusation découle d'un fait statistique, mais aussi de la continuation des relations tendues entre Istanbul et les facultés étrangères après l'adoption du compromis des jurys mixtes. Dès 1899, habitude est prise de tenir la moitié des examens de clinique à l'hôpital militaire de Beyrouth, où les patients sont bien plus nombreux qu'à l'hôpital du Sacré-Coeur. En 1901, le Professeur Morat se félicite que cette répartition soit maintenue, alors que le jury ottoman d'une des années précédentes avait demandé, en vain, que tous les candidats soient examinés hors de l'hôpital français, de crainte qu'ils n'aient mémorisé les cas de ses patients lors de leurs derniers cours de cliniques. C'est au tour des délégués de l'EIM de retourner contre la faculté française l'accusation de manquer à l'impartialité des examens ; et de fait, Morat atteste que la partialité n'est pas inconnue dans les facultés européennes – pour en dédouaner immédiatement la faculté française de médecine de Beyrouth :

> « Point de pression faite par les professeurs locaux pour sauver quelques candidats par trop à la limite. La « recommandation » qui en Europe assaille le juge par tant de voies et de côtés différents n'a pas pénétré jusqu'ici. C'est au surplus une impression assez particulière que ressent le juge européen de rencontrer en plein Orient les conditions idéales d'un jugement équitable[803]. »

L'exigence ottomane de voir les examens de clinique s'effectuer à l'hôpital militaire de Beyrouth, en terrain inconnu pour les étudiants, ne s'efface pas avec le temps, au contraire. En réponse au dernier rapport d'inspection avant la Première guerre mondiale, le chancelier de la faculté de médecine note l'importance diplomatique de l'organisation de cet examen, réparti également entre l'hôpital militaire et l'hôpital français ; et de signaler que le président de la délégation ottomane, Aristidi Bey,

> « voulait exiger que tous les examens de cliniques fussent faits à l'hôpital militaire, parce qu'à l'hôpital français, il se pouvait que les étudiants connussent déjà d'avance tous les malades et leurs maladies, raison qui a bien sa valeur[804]. »

803 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d.

804 MAE Nantes, Beyrouth, A, 260, « Remarques du Chancelier de la Faculté française de médecine de Beyrouth sur le rapport de M. le Doyen Jeannel au sujet des examens de doctorat », novembre 1913.

C'est presque un aveu : autant concéder que la faculté ne fait pas d'effort pour empêcher que les candidats ne soient familiers des cas présentés à l'examen. L'enjeu de ces examens de clinique est, pour la composante ottomane comme pour la composante française du jury, de renforcer progressivement leurs positions respectives en instrumentalisant le déroulement des examens, afin de redessiner à leur avantage les lignes que l'accord de 1898 avait démarquées entre les prérogatives des uns et des autres.

Le seconde trait qui se dégage de la formation clinique reçue à l'hôpital, est la grande méticulosité qui guide le « colloque singulier » avec les patients. Ainsi que le rapporte un des inspecteurs de l'Instruction Publique :

> « J'ai été agréablement surpris de la manière dont les candidats ont subi leurs épreuves cliniques, si bien que je me suis demandé si les élèves ne connaissaient pas d'avance les malades. Il m'a été répondu qu'il n'en était rien ; Et l'on m'a donné l'explication suivante : chaque malade entré à l'hôpital est étudié à fond, son observation est prise minutieusement et mise à jour quotidiennement. On ne laisse rien passer sans le regarder. On ne laisse rien perdre. En écoutant mon interlocuteur, je me rappelais l'histoire de ce grand clinicien du siècle dernier qui, durant toute sa carrière, n'aurait eu qu'un service d'une dizaine de lits[805]. »

L'argument exposé par les professeurs de la FFM est assez peu convaincant, d'autant que le même soupçon est émis à plusieurs reprises par les membres ottomans du jury. D'un même mouvement, l'inspecteur révèle de quelle autre manière les faibles effectifs hospitaliers affectent l'économie de l'enseignement clinique : en l'absence d'un internat, régulièrement déplorée par les envoyés de l'Instruction Publique à partir de 1904[806], le suivi médical des patients hospitalisés est l'occasion d'un examen en règle par les étudiants suivant la clinique. Le travail en hôpital est ainsi abordé comme un exercice technique et procédurier, à l'exemple de la clinique médicale du Dr de Brun, que les étudiants prennent pour modèle :

> « Pour si restreintes que soient ces ressources, M. de Brun les utilise fort bien et arrive à en tirer profit. Il examine et fait examiner à fond tous ses malades, il relève les moindres particularités, insiste sur l'étiologie et la physiologie pathologique de chaque symptôme, épuise, en un mot, toutes les ressources que chaque os, même le plus banal, offre à un clinicien bien documenté. M. de Brun peut également rattacher chacune de ses observations à son enseignement théorique de pathologie interne ; c'est un avantage qui ne se rencontre pas toujours dans nos facultés françaises[807]. »

805 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de Médecine en novembre 1909 », adressé à Doumergue, s.d.

806 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport sur les examens de la faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth », du Dr Ferré à Chaumié, de Paris, 22/12/1904.

807 MAE Nantes, Beyrouth, A, 184, « Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Instruction Publique [Chaumié] par le Docteur L. Hugounenq, Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon, Président du jury chargé de faire subir leurs examens aux élèves de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth (Syrie) (Session de février 1903) », s.d. [1903].

C'est bien là ce qui fait la force du Dr de Brun, ancien interne des hôpitaux de Paris[808], objet des éloges répétés des inspecteurs. Sa méthode, visant à compenser la pénurie des patients, est de tirer parti de toute forme de lésion pour examiner toutes les pathologies possibles, et pour structurer le raisonnement médical de ses étudiants, ce qui l'amène à multiplier systématiquement les hypothèses à partir d'un même symptôme. Toutefois, l'exemple du maître a ses limites. Il n'est de réelle variation pathologique que dans les cliniques ambulatoires, en raison de la gratuité des consultation qui attire un grand concours de peuple. Il découle une seconde conséquence : l'examen clinique, dans les limites d'un entretien rapide, ne constitue pas le champ d'observation quantitatif et différentiel des lésions et des tissus qui est au principe de la médecine anatomopathologique. Aux examens de doctorat, cela se traduit par une attention à la séméiologie plutôt qu'aux lésions à l'origine du mal, ce que le Dr Prenant, en 1904, explique par l'insuffisance de la formation en physiologie pathologique[809]. En une quinzaine d'années, la faculté a mis en place une formation clinique qui requiert la maîtrise d'un certain nombre de techniques pour établir diagnostic, pronostic et traitement, mais l'essentiel de ce que les étudiants apprennent reste théorique.

Il est certain que les inspecteurs de l'Instruction Publique forcent le trait quand ils décrivent l'état des enseignements, et sont surtout sensibles aux carences dans leur propre discipline de spécialité. Les problèmes de l'enseignement pratique à la FFM ont plusieurs sources. Ils découlent en partie de contraintes organisationnelles, notamment l'éparpillement de certaines disciplines entre les enseignements de plusieurs professeurs. Les conditions matérielles sont parfois inadéquates : il manque ainsi une collection conséquente de pièces microscopiques pour la physiologie et l'anatomie pathologique, manque comblé peu avant la Première Guerre mondiale[810] . Toutefois, le plus difficile, pour l'Instruction Publique, est de devoir trancher entre des courants médicaux rivaux, entre cliniciens et partisans de l'étude approfondie des sciences biomédicales.

808 MAE Nantes, Beyrouth, A, 201, « Rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction Publique [Briand] sur les examens et la situation de l'enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth (novembre 1906) », du Dr Mossé, s.d. [1907].

809 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport à Monsieur le ministre [de l'Instruction Publique] [Chaumié] sur les examens et sur la situation de la Faculté française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth (année 1903) », du Dr A. Prenant, s.d. [1904].

810 MAE Nantes, Beyrouth, A, 260, « Remarques du Chancelier de la Faculté française de médecine de Beyrouth sur le rapport de M. le Doyen Jeannel au sujet des examens de doctorat », par le P. de Martimprey, de Beyrouth, novembre 1913.

c - Techniques biomédicales et clinique

Le conflit entre cliniciens et partisans des sciences biomédicales se double d'un conflit institutionnel ; car les mêmes médecins qui se disent les plus chauds partisans de développer la formation à une médecine scientifique, réclament que les enseignements nécessaires soient confiés à un médecin et constituent donc un enseignement proprement médical. Leur idée est que puisqu'on ne peut faire abstraction des disciplines biomédicales, il est à tout le moins nécessaire que la profession médicale en garde le contrôle par la formation. Les Jésuites, au contraire, veulent y affecter l'un des leurs et en font une affaire d'autonomie universitaire.

La question est soulevée vers 1893, sous l'aiguillon de la concurrence avec le SPC. L'importance de la création de cet enseignement est reconnue, d'autant que la faculté américaine s'est munie d'un professeur compétent, le Dr Graham, formé à l'école de Koch[811]. Toutefois, le cours à mettre en place suppose un investissement en temps et en argent, soit par recrutement onéreux d'un professeur spécialiste, soit par envoi d'un des enseignants à Paris pour un stage d'apprentissage des techniques de laboratoire. Dans cette dernière hypothèse, deux questions subsidiaires sont posées, la première étant de savoir s'il faut choisir un médecin ou non pour assurer ce cours précis, et la seconde étant le moment choisi pour libérer un professeur du cours et l'envoyer en mission.

Ainsi se déplace à Beyrouth l'ambiguïté du courant pastorien, qui associe des médecins et des savants issus de la biologie et de la chimie[812]. Les inspecteurs s'efforcent de recadrer la microbiologie dans le cadre des disciplines directement médicales. Ils insistent pour en réserver l'enseignement aux seuls médecins au sein du corps professoral[813]. L'administration préfère envoyer en stage pour six mois à l'Institut Pasteur le Père Bouloumoy, pour des raisons liées à la disponibilité d'un remplaçant[814].

Dès son envoi à Paris, le Père Bouloumoy est en proie à la vindicte du Dr Lortet, chargé du rapport à l'Instruction Publique sur la situation de la FFM pendant trois années successives, 1895, 1896 et 1897[815]. L'inspecteur souligne l'incompétence du religieux pour le

811 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth. Inspection du 1893 », du Dr Lortet à Spuller, s.d. [1894].

812 Cf Latour, *Op. cit.*, p. 27.

813 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, « Rapport adressé à M. le Ministre [de l'Instruction Publique] [Emile Combes] au nom du Jury d'Etat envoyé à Beyrouth en 1895 par M. Lortet »

814 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, n°31 du Consul Général de France à Beyrouth à Hanotaux, de Beyrouth, 24/06/1895.

815 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, « Rapport adressé à M. le Ministre au nom du Jury d'Etat envoyé à Beyrouth en 1895 par M. Lortet » ; MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth - 1896 », par le Dr Lortet ; MAE Nantes, Beyrouth, A, 335, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Rapport sur l'Etat de l'Ecole par M. le professeur Lortet. 1897 ».

maniement des microscopes. Toutefois, un certain scepticisme, exprimé par le Professeur Lépine dans le rapport d'inspection de 1894, entoure encore l'utilité réelle de cet apprentissage, dénué encore de finalité professionnelle à Beyrouth aux yeux des étudiants[816]. En 1896, Lortet réagit implicitement à cette dernière considération en justifiant l'enseignement de la bactériologie et des études microscopiques de laboratoire par des considérations d'organisation sanitaire internationale : le Proche-Orient est sur la route des épidémies vers l'Europe, et il faut donc faire former, par un médecin versé en épidémiologie, les praticiens qui doivent contribuer à arrêter cette progression en chemin[817]. Si le cours n'est pas dans l'intérêt des étudiants, il est en revanche dans celui de la France.

Dans cette joute par rapports interposés, deux conceptions du rôle des médecins diplômés s'opposent. Selon la première, celle du Professeur Lépine, il est illusoire d'imaginer faire des anciens de la faculté des hommes de science, et le plus sage est de concentrer l'enseignement sur ce qui est opérationnel dans le cadre d'une pratique médicale généraliste privée : dans cette perspective, l'accent doit être mis sur l'enseignement clinique, ce qui est fait. Selon la seconde conception, exprimée par le Dr Lortet, il y a place, dans l'exercice de cette médecine de ville ou dans un cadre institutionnel, pour une médecine recentrée autour du laboratoire, sur le modèle pastorien[818].

La question de l'envoi du Père Bouloumoy en mission à l'Institut Pasteur est de nouveau posée en 1901, afin qu'il mette à jour ses connaissances en microbiologie et se forme en parasitologie[819]. La FFM est prise en tenaille entre d'un côté l'impératif d'adapter les matières à enseigner à l'état contemporain de la recherche médicale, et donc la nécessaire formation continue des professeurs, et d'un autre côté, des problèmes d'effectifs enseignants à la faculté qui brident toute velléité de prendre un congé de formation. Entre ces deux contraintes, l'administration de la FFM choisit de déléguer les disciplines biomédicales à un professeur religieux, plus facile à remplacer qu'un laïc chargé d'un cours de médecine.

Ni dans l'argumentaire du Dr Lortet, ni dans les choix de l'administration de la FFM, ni dans les considérations des consuls, une place n'est laissée à la portée éventuelle de l'étude au microscope pour assister la clinique. Avec le temps, la pratique que les étudiants ont de l'instrument va en s'améliorant[820], mais l'enseignant s'en sert essentiellement dans la ligne de

816 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, n°31 du Consul Général de France à Beyrouth à Hanotaux, de Beyrouth, 24/06/1895.

817 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, « Rapport sur la Faculté de Médecine de Beyrouth - 1896 », par le Dr Lortet.

818 Latour, *Op. cit.*, pp. 130-140.

819 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d. [1901].

820 MAE Nantes, Beyrouth, A, 293, « Rapport sur les examens de la faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth » du Dr Ferré à Chaumié, de Paris, 22/12/1904.

son cours général de sciences naturelles[821] . De l'avis de certains inspecteurs, les étudiants n'ont que peu l'occasion d'utiliser ce matériel pour l'anatomie pathologique[822], et leurs notions de bactériologie sont essentiellement théoriques[823].

Les étudiants de la FFM ont ainsi tendance à laisser une place plus marginale aux observations microscopiques que leurs collègues issus du SPC. Malgré les difficultés d'enseignement, la clinique est le point fort des diplômés de la FFM, qui y consacrent l'essentiel de leur attention et de leur prose présentée lors des congrès médico-pharmaceutiques de l'Association des anciens élèves de la faculté française de médecine de Beyrouth (AAEFFM). Lors du congrès de mai 1908, le Dr Joseph Rosenfeld, installé à Jaffa, s'intéresse ainsi à des ambiguïtés symptomatiques – en l'occurrence, un cas de grippe présentant certaines apparences de la fièvre typhoïde et de la tuberculose – en regrettant de ne pouvoir, faute de moyen, procéder à des examens de laboratoire ; c'est le surgissement peu après d'une épidémie de grippe en ville qui lui permet de fixer son diagnostic[824]. D'une manière générale, dans les présentations des anciens étudiants éloignés de la faculté, le passage au laboratoire est relégué à la fin du processus, en confirmation des conclusions tirées de l'observation prolongée au lit du malade.

Les professeurs et anciens élèves du SPC travaillent différemment, en articulant le suivi au chevet du malade et le recours à la bactériologie. L'une des raisons en est la conscience que les ambiguïtés nosologiques qui focalisent l'attention des anciens élèves de la FFM constituent précisément un des limites majeures du modèle anatomopathologique[825]. Ils complètent l'examen des lésions et des symptômes par l'analyse de laboratoire.

Dans le doute, les diplômés du SPC accumulent les données, les inscrivent dans des nomenclatures et en font des statistiques, comme cela se faisait déjà avant l'avènement des sciences biomédicales. Ils manifestent une certaine défiance à l'égard de la nosologie, en raison par exemple du reclassement de certaines pathologies comme symptômes[826], et de la redéfinition progressive des maladies à la lumière de la bactériologie. La conscience de ces

821 MAE Nantes, Beyrouth, A, 201, « Rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction Publique [Briand] sur les examens et la situation de l'enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth (novembre 1906) », du Dr Mossé, s.d.

822 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Professeur Truc, session de 1908 », adressé à Doumergue, s.d. [1909].

823 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre) », adressé à Jean-Baptiste Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction Publique, s.d. [1906].

824 Joseph Rosenfeld, « Un cas de grippe ayant simulé la fièvre typhoïde et la tuberculose aiguë », in *BAAEFFM*, Vol. 2 (1907-1914), 1907-1908, pp. 118-119.

825 François Dagognet, « Nosologie », in Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, coll. « Quadrige », Paris, PUF, 2004, pp. 794-797.

826 American University of Beirut / Library Archives : Najib Ardati, « Medical Notes. A review of the medical diseases of Syria 1881-1910 », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 3, n°7, 05/1912 (233-240), p. 233.

difficultés oriente le travail des étudiants vers des recherches entreprises en équipe.

Les bactériologues du SPC s'intéressent en particulier à la méningite meningococcique ou cérébro-spinale, en raison notamment de similitudes symptomatiques observées avec la fièvre typhoïde et la malaria[827]. Elle se déclenche avec un caractère épidémique tant à Beyrouth autour de 1911, qu'à Jérusalem à partir de 1908. Dans cette dernière ville, un diplômé du SPC, le Dr Tawfīq Kanʿān, accumule d'abord les statistiques hospitalières puis cherche à reconstituer l'épidémiologie du mal. L'observation clinique est peu probante, et le diagnostic n'est fixé que par l'observation de méningocoques au microscope par une équipe dans laquelle le Dr Kanʿān est associé à deux médecins de l'hôpital protestant allemand de la ville, les Drs Grupendorf et Hoffman, et par le médecin de l'hôpital juif Shaare Zedek, le Dr Wallach ; l'hypothèse est ensuite confirmée par les observations du médecin de l'hôpital municipal, le Dr Abū Šadīd, médecin juif diplômé du SPC comme Kanʿān[828]. Devant des épidémies récurrentes, et pour les besoins de la recherche bactériologique, les anciens de la faculté américaine s'intègrent sans difficultés à des équipes de travail dont les autres membres viennent d'Europe : au terme de leur formation initiale à l'école de médecine, ils partagent la même culture et les mêmes habitudes de l'observation en laboratoire et des disciplines de la microbiologie. Les diplômés de la FFM font parfois équipe autour de leurs maîtres, en particulier le Dr de Brun, mais leurs observations sont presque toujours cliniques et individuelles.

L'importance accordée par les professeurs et les anciens élèves aux épidémies n'est pas neutre : leur caractéristique est la grande quantité de malades dans un temps limité, qui permet de multiplier les observations et, dans les cas graves, de suivre celles-ci à l'hôpital. A cette exception près, l'enseignement clinique est déterminé par la pénurie des patients à observer. Une autre discipline pose un problème similaire, pour des raisons non de modèle médical, mais de relations de genre : l'enseignement de gynécologie et d'obstétrique.

2 – Une impossible respectabilité : de la clinique gynécologique à la clinique obstétricale

De prime abord, la formation en gynécologie et surtout en obstétrique dispensée à la FFM et au SPC peut sembler superflue : les médecins n'ont que rarement, voire jamais, l'occasion de les pratiquer dans l'Empire ottoman en raison de la répugnance de la patientèle à

827 American University of Beirut / Library Archives : Najib Ardati, « Medical Notes. The value of bacteriology in general practice », *Op. cit.*, p. 31.

828 American University of Beirut / Library Archives : Tawfīq Kanʿān, « Cerebro-spinal meningitis in Jerusalem », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 2, n°6, 04/1911, pp. 206-215.

se confier aux soins d'un homme en cas de grossesse. Pourtant, le Proche-Orient connaît, à partir de l'époque des Mandats, une croissance nette des accouchements à l'hôpital ou en maternité, effectués par des médecins très majoritairement hommes, au détriment des sages-femmes[829] ; et cette transition n'est pas seulement le résultat des mesures autoritaires adoptées par les puissances mandataires.

On ne saurait réduire la répugnance des femmes à accoucher à l'hôpital, sous le contrôle de médecins de sexe masculin, à une réticence culturelle, sauf à évacuer d'autres facteurs rebutants, comme le caractère peu accueillant des hôpitaux, et le rôle du reste du personnel soignant. Ce serait en outre faire l'impasse sur l'importance des sages-femmes traditionnelles dans ce domaine, et de leur influence. Enfin, du point de vue de la faculté, ces enseignements ont une finalité spécifique et une portée sur la socialisation professionnelle des étudiants. Tout cela fait de la gynécologie et de l'obstétrique un observatoire des conditions dans lesquelles les étudiants découvrent les résistances ordinaires à la médecine qu'ils pratiquent et la réalité du pluralisme médical.

a - Ouvrir les portes du harem

Les inspecteurs délégués auprès de la FFM reviennent à plusieurs reprises sur l'intangibilité de la séparation des genres dans le monde musulman. Leur témoignage est à prendre pour ce qu'il est, celui d'hommes qui, pour la plupart, ne passent à Beyrouth qu'une quinzaine de jours, et qui répètent ce qu'on leur disent les professeurs, les Jésuites et les diplomates. Toutefois, ils expriment une idée qui accroît l'importance accordée à Paris à l'obligation d'enseigner la gynécologie et l'obstétrique à la FFM. Les Drs Villejean, Landouzy[830] et Netter[831] s'accordent pour mettre en doute l'utilité d'une maternité, qui reste à construire pour la FFM, afin de se mettre en conformité avec les normes du ministère français de l'Instruction Publique. L'un de ces inspecteurs étaye ce doute de considérations sociologiques en évoquant la réticence des femmes des meilleures familles, ce qui peut se lire à rebours : pour rendre la maternité viable, l'objectif premier est d'y attirer les élites ou, à tout le moins, la bourgeoisie beyrouthine, petite et grande.

Ces anticipations sont confortées dans un premier temps par la fréquentation massive de la clinique gynécologique ambulatoire que le Dr Rouvier tient trois jours par semaine. Celle-ci est, d'emblée, ciblée sociologiquement : à sa réouverture pour le début de l'année

829 E. Young, *Op. cit.*, pp. 91-114.
830 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°58, de Petiteville à Flourens, de Beyrouth, 07/11/1887.
831 MAE Nantes, Beyrouth, E, 707, de Petiteville à Spuller, de Beyrouth, 04/12/1889.

académique, en novembre 1892, *Al-Bašīr* annonce qu'il s'agit d'un « dispensaire spécialisé pour les femmes issues de la classe moyenne », et que la consultation, loin d'être gratuite, y coûte un demi-*mecidiyye**[832] : le but de Rouvier et de la FFM est visiblement de sélectionner socialement les patientes à l'entrée, pour garantir la respectabilité de la patientèle. L'annonce néglige en outre de mentionner la finalité universitaire de cette clinique, de façon à ne pas rebuter la catégorie espérée.

Pour décrire la réussite de cette clinique gynécologique, les consuls et les inspecteurs de l'Instruction Publique mobilisent des stéréotypes culturalistes qui tiennent lieu d'alternative au motif récurrent de la méfiance des femmes musulmanes vis-à-vis des médecins de sexe masculin[833] : on évoque alors l'angoisse de l'infertilité, accompagnée de la peur lancinante de la répudiation[834], et la présente de femmes de toutes confessions, « même les Musulmanes, strictement voilées »[835]. Il nous semble qu'il faut aller chercher ailleurs les conditions de ce succès.

Le dispositif géographique et relationnel mis en place à la clinique du Dr Rouvier compte parmi les conditions de l'affluence des patientes. L'endroit nous est décrit comme « une maison située en bas du jardin de l'hôpital »[836], isolée, dans laquelle les consultations se font en présence de l'ensemble des patientes. Discuter de problèmes gynécologiques personnels est dans l'ordre de l'acceptable, dans la mesure où cela se fait dans un espace ouvert au public ; la réputation d'immoralité attachée à l'hôpital tient d'abord à sa structure close, sans témoin.

A la suite de ce succès, les inspecteurs de l'Instruction Publique passent de l'opposition au soutien à la fondation d'une maternité. Le principal artisan de ce revirement est le Dr Lortet, qui fait valoir sa connaissance du terrain. La création d'une clinique obstétricale est nécessaire comme prolongement de la « clinique gynécologique, qui est des plus importantes au point de vue de notre influence, car elle fait pénétrer ainsi les médecins français jusque dans le harem des maisons musulmanes[837] ». La démarche de Lortet, qui présente la médecine enseignée à la faculté comme un briseur de tabou et un forceur de verrous mentaux, se donne comme transgressive du point de vue de la culture autochtone,

832 « I'lān » [Annonce], in *Al-Bašīr*, n°1046, 09/11/1892, p. 4.
833 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, du Dr Caubet, président du jury d'examen pour la session de 1892, au ministre de l'Instruction Publique, s.d. [1893].
834 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°9, du Consul Général de France à Beyrouth, au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.
835 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, « Rapport adressé à M. le Ministre au nom du Jury d'Etat envoyé à Beyrouth en 1895 par M. Lortet », s.d.
836 *Ibid.*
837 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1893 », du Dr Lortet, au ministre de l'Instruction Publique, s.d. [1894].

mais elle repose sur l'idée que la médecine peut devenir socialement acceptable par les femmes enceintes, parce qu'elle est une activité essentielle technique : dans la clinique gynécologique, « [une] quarantaine d'élèves étaient chaque jour exercés au toucher, à l'examen des femmes enceintes et au diagnostic des affections utérines[838]. » L'examen gynécologique est rentré dans les mœurs, ce qui laisse croire qu'il peut en aller de même des accouchements.

Le Dr Lortet voit dans le projet de maternité un enjeu politique et en une affaire d'opportunité pour la faculté et la diplomatie française, car il n'y a pas encore de service de ce type au SPC[839], mais il minimise des difficultés : l'intimité et la moralité des parturientes ne sont pas seules à faire obstacle à l'institution d'une maternité.

b - Le médecin, la parturiente, la Mère supérieure et la rumeur du monde

Au moins deux facteurs institutionnels inhibent la fondation d'une maternité pour compléter la clinique gynécologique. Le premier est directement financier, car l'un des inspecteurs ambitionne de créer une institution dans les règles de l'art, pour un coût de 100 000 francs ; ce que le Consul de France à Beyrouth annote avec ironie : « Le Dr Lépine voit en grand. Tout cela est une question de fonds. Où les trouver ? »[840] Dans ce projet, la maternité doit être placée sous l'entière administration de la faculté, ce qui induit le second facteur : le refus de la congrégation responsable de l'hôpital, en la personne de la Mère Garnier, d'être chargé d'un service d'obstétrique.

Visiblement, le conflit est davantage affaire de convictions individuelles que d'institution, car la supériorité de la Mère Garnier marque un durcissement qui prend fin dès son départ en 1896. A son arrivée à la fin de l'année 1889 ou au début 1890, elle chasse la clinique gynécologique des locaux de l'hôpital, et contraint le Dr Rouvier à la recréer dans une maison louée par les Filles de la Charité, sans aucune assistance des religieuses désormais[841], et supprime les trois lits dont il pouvait disposer en cas de besoin pour des accouchements ou des soins nécessitant hospitalisation[842]. L'effet est double : d'une part,

838 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, « Rapport adressé à M. le Ministre [de l'Instruction Publique] [Combes] au nom du Jury d'Etat envoyé à Beyrouth en 1895 par M. Lortet », s.d. [1896]

839 *Ibid.*

840 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1894 par R. Lépine, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon », adressé à Leygues, 30/12/1894.

841 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, n°9, du Consul Général de France à Beyrouth, au Comte de Montebello, de Beyrouth, 14/03/1891.

842 MAE Nantes, Archives des Postes, Ambassade de France à Constantinople, Série E, 707 : du vicomte de Petiteville, à Spuller, de Beyrouth, 04/12/1889.

faute de personnels auprès du médecin, la clinique gynécologique est paralysée, ce qui conduit le professeur à avoir recours à l'assistance des étudiants comme aides-soignants. D'autre part la Supérieure réduit l'intérêt des deux ans de cours d'obstétrique, imposés pour conformer l'enseignement aux programmes français.

La décision de la Mère Garnier sert et dessert à la fois l'enseignement clinique, ce qui est accessoire pour la religieuse qui a en tête de faire appliquer strictement la règle de sa congrégation. Il s'agit pour elle, par conséquent, d'éloigner de l'hôpital et des religieuses placés sous sa responsabilité toute activité entachée d'un soupçon d'immoralité. Sous la pression de la faculté et du consulat, la Supérieure se dit prête à accepter un « service toléré », c'est-à-dire une maternité ouverte dans l'hôpital, et tenue par des infirmières n'émanant pas de la congrégation des Filles de la Charité mais placées sous la supervision de celles-ci[843].

Si l'affaire s'envenime de 1893 à 1896, c'est en raison de la mésentente qui s'est immédiatement installée entre les professeurs de la faculté et la Mère Garnier, dont les inspecteurs de l'Instruction Publique se font l'écho en reproduisant le point de vue des premiers. Les institutions françaises locales – le Consulat et les Jésuites – servent de « tampon », et l'affaire ne calque pas les tensions anciennes et bien présentes entre les Larazistes, dont dépendent les Filles de la Charité, et les Jésuites, ni une hostilité pour les représentants de la France républicaine[844]. Les religieuses, dans une inspiration rigoriste apparemment sincère, se prévalent de leur règle comme jamais auparavant, tandis que la faculté de médecine radicalise son discours en faveur de la maternité, en le teintant du même scientisme que sur la question des cadavres.

C'est finalement en 1898 que la maternité ouvre, avec l'accord de la Mère Pacod, la nouvelle Supérieure, et avec une délégation de personnel affecté au nouveau service parmi les Filles de la Charité. En l'espace de deux ans, elle accueille une cinquantaine d'accouchements, ce qui, de l'avis du Dr Morat, est suffisant pour faire tourner une clinique[845]. Le Dr Hugounenq est moins optimiste : d'octobre 1901 à la fin janvier 1903, dix-neuf accouchements seulement ont été effectués, ce qui a permis aux élèves d'assister chacun à une moyenne de deux naissances ; chiffre que l'auteur du rapport, dans un euphémisme révélateur, considère comme « une moyenne qui n'est peut-être pas atteinte par les étudiants de quelques facultés de France ». Tout est dans le « peut-être », et un successeur admet que le

843 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth. Inspection de 1893 », du Dr Lortet à Spuller, s.d. [1894] ; et n°46, du gérant du Consulat Général de France à Beyrouth, à Hanotaux, de Beyrouth, 13/07/1894.

844 MAE Nantes, Beyrouth, A, 162/b, n°31, du Consul Général de France à Beyrouth, à Hanotaux, de Beyrouth, 24/06/1895.

845 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d.

nombre d'accouchements est d'ordinaire très insuffisant pour une clinique, si bien que l'on fait venir pour les sessions d'examens des femmes vues à la clinique gynécologique[846]. Hugounenq constate en outre que presque toutes les mères sont des chrétiennes[847], tandis que le Dr Amin Gémayel, maronite et diplômé de la faculté, évoque la condition spéciale des « milieux druses et [des] harems musulmans, où jamais le médecin n'est appelé pour faire les accouchements » et où *a fortiori* on n'enverrait pas une mère accoucher à l'hôpital[848]. Devant l'insuccès de la clinique obstétricale, les inspecteurs invoquent le poids du confessionnalisme comme invariant structural pour justifier les lourds frais encourus .

Qui fréquente l'hôpital ? Des chrétiens exclusivement, affirment les délégués de l'Instruction Publique, au risque de la caricature. Le Consul de France fait valoir une autre explication, pour faire barrage au projet d'asile-ouvroir pour mères célibataires suggéré par le Dr Morat. La maternité a d'emblée accueilli une population spécifique, celle des femmes tombées enceintes hors mariage justement, qui recherchent à l'hôpital un accouchement discret, garanti par un secret médical absolu. Le stigmate de la naissance illégitime, associé par le consul au spectre du crime d'honneur, les met en marge du monde social, et incite les femmes mariées, déjà peu enclines à se faire hospitaliser, à éviter la maternité[849]. Autant la consultation gynécologique, lieu ouvert et public dont la finalité reste avouable, peut rassembler une clientèle nombreuse et respectable, autant le passage par la maternité, comme lieu fermé, vient faire porter une ombre sur la moralité des accouchées. Aussi y séjourne-t-on le moins longtemps possible, de peur de faire enfler la rumeur publique. Le projet bien intentionné du Dr Morat risquerait ainsi de faire beaucoup plus de tort que de bien aux accouchées. La stigmatisation des accouchées à l'hôpital a une conséquence immédiate pour la formation des étudiants : non seulement les parturientes sont peu nombreuses, mais la plupart du temps elles ne se prêtent pas à une observation dans la durée, y compris en cas de naissance difficile. L'interprétation du consul fait une place aux anticipations et aux perceptions de la population beyrouthine à l'égard de la nouvelle maternité.

Celle-ci est, du reste, un lieu désagréable pour les femmes enceintes ; l'accueil y est peu convivial. Le stigmate qui affecte globalement celles qui y accouchent retire encore

846 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Rapport sur la faculté de médecine de Beyrouth, par le professeur S. Pozzi, président du jury des examens en 1905 (novembre) », à Bienvenu-Martin, s.d. [1906].

847 MAE Nantes, Beyrouth, A, 184, « Rapport adressé à Monsieur le ministre de l'Instruction Publique [Chaumié] par le Docteur L. Hugounenq, Professeur à la faculté de médecine de l'Université de Lyon, président du jury chargé de faire subir leurs examens aux élèves de la faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth (Syrie) (Session de février 1903) », s.d. [1903].

848 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Dr Amin Gémayel au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 19/08/1909.

849 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, « Au sujet du rapport du Dr Morat sur la Faculté de médecine de Beyrouth », de Sercey à Delcassé, de Beyrouth, 12/05/1901.

davantage d'attractivité à la maternité. L'absence de sages-femmes, à la maternité, est également dissuasive ; mais elle est aussi délibérée.

c - Médecins ou sages-femmes ?

Le personnel médical des différentes facultés de l'Empire ottoman hésite quant à la désirabilité de former des sages-femmes. L'Etat central possède une école spécialisée à Istanbul, mais la distance dissuade la plupart des candidates[850] quand même elles maîtriseraient la langue turque, et malgré l'encouragement officiel à étudier cette profession. Dans les provinces arabes, on l'a vu, l'Empire caresse un temps un projet d'école à Damas, mais ce n'est qu'en tant qu'alternative moins onéreuse à la fondation de l'Ecole ottomane de médecine.

A Beyrouth, le SPC préfère fonder une école d'infirmières en 1909, non sans difficultés de recrutement d'ailleurs[851], tandis qu'à la FFM les professeurs, les inspecteurs de l'Instruction Publique et les anciens élèves dissertent de l'utilité de former des sages-femmes. Le Dr Morat y est hostile, et argue que le mieux est d'inviter les femmes en couches à venir voir directement les médecins, de peur que la formation d'une profession autonome à côté des médecins ne contribue à légitimer le commerce des sages-femmes dénuées de formation académique, les *dāyah*-s[852]. Quelle que soit leur formation académique, les sages-femmes ne sauraient, selon lui, présenter les garanties désirables de moralité professionnelle, non en raison d'une réputation douteuse attachée à leur activité, mais du fait des qualités intrinsèques de la formation médicale.

Les partisans de la fondation d'une école spécialisée font valoir, entre autres arguments, des raisons d'hygiène, et esquissent une sociologie de l'accouchement dans le bilād al-Šām. Le Dr Demons, inspecteur de l'Instruction Publique en 1909, affirme que les femmes du « peuple » ont recours aux services des *dāyah*-s, en sous-entendant qu'il n'en va

850 « *Al-mumarriḍāt wa'l-qawābil* » [Les infirmières et les sages-femmes], in *al-Ṭabīb*, 01/05/1900, pp. 314-315.

851 Le bassin de recrutement potentiel le plus abondant, à savoir les étudiantes issues de l'immigration juive sont souvent dans l'incapacité d'entrer au SPC. La première année d'existence de l'école d'infirmière, 75 candidates juives russes se présentent aux examens d'admission, en raison du blocage de l'accès aux professions de santé dans leur pays d'origine. Elles sont presque toutes ajournées, faute de connaître l'anglais. Cf « Commencement week », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 1, n°6, 07/1910, pp. 179-188 ; cité in Ghada Y. Khoury (éd.), *Huṭab al-iḥtifālāt al-sanawiyyah li'l-madrasah al-kulliyyah al-sūriyyah al-injiliyyah, al jāmi'ah al-amīrikiyyah fī Bayrūt - ḥāliyyan 1870-1920* [Discours prononcés lors des cérémonies annuelles du Syrian Protestant College, aujourd'hui l'Université Américaine de Beyrouth, 1870-1920], Beyrouth, AUB Press, 1992 (ci-après *Huṭab*), p. 3.

852 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d.

pas de même d'une élite occidentalisée, dont il semble affirmer qu'elle va plutôt voir les médecins[853]. Le Dr Amin Gémayel emprunte également ses arguments en faveur de l'école de sages-femmes à une conception diffusionniste des pratiques de santé, mais y met plus de sophistication : dans cette perspective, les diplômées constitueraient autant de foyers d'influence, à côté d'autres agents constituant une élite composite incluant aussi notamment prêtres et industriels locaux, qui tous assumeraient un rôle social en faveur de la santé publique. Les sages-femmes auraient comme domaine d'influence spécifique les familles, ce qui est déjà le cas avec les *dāyah*-s, dont le rôle social est resté intact[854].

Gémayel donne une fonction pédagogique aux sages-femmes diplômées qu'il appelle de ses vœux, fonction cohérente avec les accents qu'il veut voir mettre dans leur formation : l'hygiène, et en particulier l'antisepsie appliquée aux accouchements, afin de lutter contre la fièvre puerpérale, dont il décrit les effets comme catastrophiques. Elise Young, analysant le discours médical et politique sur les sages-femmes de la Palestine mandataire et des camps de réfugiés après 1948, fait état d'accusations similaires ; or, loin de favoriser cette maladie, leurs gestes sont moins invasifs que ceux des médecins et concourent ainsi à limiter la prévalence de cette infection[855]. Le placage sur les sages-femmes d'une pathologie souvent imputable aux médecins et aux conditions de soins dans les hôpitaux, et la volonté de dédouaner ainsi le corps médical, déjà observés en Europe, transpirent dans le discours du Dr Gémayel ou dans celui des médecins des camps de réfugiés 50 ans plus tard. C'est un motif discursif transmis et, dans le cas des étudiants de la FFM avant 1914, appris en faculté.

Probablement n'est-ce pas la même chose de blâmer les sages-femmes pour les occurrences de la fièvre puerpérale dans le bilād al-Šām vers 1900 et dans l'environnement très spécifique des camps de réfugiés palestiniens des années 1950 ; toutefois, la profondeur historique n'est pas inutile ici, puisqu'elle illustre le fond du problème à chaque fois, à savoir le conflit de pouvoir entre les médecins et les sages-femmes, qui ont une autonomie d'intervention médicale plus grande que les infirmières. Quoi qu'il en soit de la réalisation des projets d'écoles de sages-femmes, ils ne visent pas à ériger celles-ci en alternatives aux docteurs, ni à retirer à ceux-ci le domaine des accouchements. Comme il n'y a pas de répartition des tâches entre les uns et les autres, l'obstétrique donne matière à des conflits d'intérêts ; et, vu la nature des intérêts, les conflits se doublent d'une dimension de genre.

Avant 1914, les projets de formation des sages-femmes n'aboutissent pas, et l'hôpital

853 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de médecine en novembre 1909 », adressé à Doumergue, s.d. [1910].

854 MAE Nantes, Beyrouth, A, 198, « Projet d'association pour la Propagande populaire de l'Hygiène en Orient. Discours prononcé à l'Assemblée générale annuelle de la Faculté française de médecine de Beyrouth, le 18 juin 1905 », du Dr Amin Gémayel.

855 E. Young, *Op. cit.*, p. 22 et pp. 122-123.

du Sacré-Cœur reste le domaine réservé des médecins. Ainsi, l'addition d'une sage-femme laïque à la clinique obstétricale de l'Hôpital du Sacré-coeur, prévue à la fondation de la maternité, n'a pas lieu[856], et de fait, cette compétence est absente parmi le personnel assez nombreux que compte cette clinique en 1900 (sept médecins, soit un professeur, un chef de clinique, deux aides de clinique, et deux stagiaires ; trois à quatre infirmières dont une ou deux viennent de l'hôpital ; et un portier) [857]. Le personnel infirmier est l'objet de plaintes constantes des inspecteurs, mais aussi d'anciens élèves, qui évoquent l'incompétence de « matrones dépourvues de toute instruction sérieuse »[858] et d'« infirmières mercenaires »[859], que la création d'une école de sages-femmes aurait eu le mérite de remplacer gratuitement. Aucune école de sages-femmes n'est créée dans le bilād al-Šām, et en ce qui concerne la FFM au moins, tous les arguments sont contrebalancés par le sentiment de la concurrence qu'elles pourraient faire. Le conditionnel est d'ailleurs ici une coquetterie, car la compétition est déjà rude avec les *dāyah*-s.

d - Une concurrente sérieuse et honnie : la dāyah

Un indice de la sévérité de la concurrence représentée par les *dāyah*-s se trouve dans le discours construit dont usent les médecins diplômés et les revues savantes liées aux différentes facultés de médecine : le motif récurrent des « sages-femmes ignorantes » dit assez le ressentiment des médecins diplômés à l'égard de praticiennes sans diplômes qui distraient bien des patients et la quasi-totalité des femmes enceintes de leurs cabinets et cliniques. Les *dāyah*-s ne bénéficient pas seulement de l'avantage de leur ancrage social et de leur présence dans nombre de localités ; leur pratique requiert de la compétence et présente l'avantage d'être moins violente pour les femmes en couche, psychologiquement et physiquement, que celle des médecins. Définie en terme d'accessibilité et de convivialité de la relation médecin-patient, l'alternative de soins disponibles entre les praticiens diplômés et les *dāyah*-s n'est pas favorable aux médecins diplômés.

Les reproches des médecins diplômés sont de deux ordres, relatifs les uns à la

856 MAE Nantes, Beyrouth, A, 335, « Faculté de Médecine de Beyrouth. Rapport sur l'Etat de l'Ecole par M. le professeur Lortet. 1897 », adressé à Rambaud, s.d. [1898].

857 MAE Nantes, Beyrouth, A, 175, « Rapport sur les examens passés et l'état de l'Enseignement à la faculté de médecine de Beyrouth », pour la session d'examens de la fin 1900, du Dr Morat à Leygues, s.d.

858 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, « Rapport du Dr Demons. Président du jury d'examen à la Faculté Française de médecine en novembre 1909 », adressé à Doumergue, s.d. [1910].

859 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Dr Amin Gémayel au Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 19/08/1909.

technique médicale et les autres à l'influence sur les esprits. Dans les pages de la revue savante *Al-Ṭabīb* à l'époque où celle-ci est placée sous la supervision directe du Dr George Post, professeur au Département médical du SPC, on reproche aux sages-femmes la violence de leurs procédés et l'incompétence de leurs gestes : celles-ci sont réputées arracher le placenta et le cordon ombilical, que certaines nouent quelque fois mal, au risque de provoquer des hémorragies fatales[860]. Le reproche ne manque pas de sel quand on considère les moyens utilisés par les médecins au moment de l'accouchement : trente ans plus tard, le Dr Franklin Moore, professeur d'obstétrique au SPC, reproche à ses confrères d'user du seigle ergoté, vasoconstricteur susceptible de causer la gangrène, pour hâter les accouchements. Son article, publié dans les colonnes de la revue des étudiants et anciens élèves, *Al-Kulliyeh*, reflète en partie le contenu de son cours ou de ses conférences, et les conseils qu'il y donne sont ceux qu'il prodigue à ses étudiants. Or, s'il tient le seigle ergoté comme « la méthode de l'homme paresseux » et de la vraie « dynamite » qui « fait exploser la parturiente », son outil de prédilection est le forceps, « l'instrument efficace de l'homme actif et déterminé »[861]. On reste dans l'ordre des méthodes invasives, assorties ici d'un élément de force virile, opposé à la faiblesse physique et morale associée au seigle ergoté. Le poids du genre est ici sous-entendu, puisqu'il n'est question que des qualités propres à l'homme et de leur négation ; les sages-femmes n'ont tout bonnement pas leur place dans cette opposition. Toutefois, le même auteur leur en fait une dans un autre article, où il loue la césarienne, malgré les risques d'infections qu'elle comporte encore à cette date : en cas de probable accouchement difficile, il la conseille « si le cas peut être pris en charge avant qu'une infection n'ait été introduite par des sages-femmes importunes [*meddlesome*] ; si l'opération peut être exécutée avant que toutes les autres méthodes ne soient utilisées et n'aient échoué », et alors la parturiente « se réveille pour trouver la crise passée, et n'aura à aucun moment été déchirée par la souffrance »[862]. L'auteur associe ici les *dāyah*-s, non seulement aux infections *post-partum*, mais aussi aux méthodes les plus invasives, et à un stéréotype de mégère rien moins qu'apprivoisée dans l'épithète *meddlesome*. Les patientes, elles, préfèrent manifestement ces « sages-femmes importunes » qui effectuent les accouchements en faisant s'asseoir les femmes sur un tabouret troué, afin de leur permettre de mieux contrôler les mouvements de leurs muscles[863]. La tentative discursive du Dr Moore de réconcilier la virilité du praticien et le caractère non-

860 « *Al-wilādah wa'l-qābilāt (al-dāyāt)* »[La naissance et les sages-femmes (les *dāyah*-s)], in *Al-Ṭabīb*, n°49, 01/1882, p. 32.
861 American University of Beirut / Library Archives : Franklin T. Moore, « Medical notes », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 3, n°6, 04/1912, pp. 205-207.
862 American University of Beirut / Library Archives : Franklin T. Moore, « Medical notes », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 2, n°5, 03/1911, pp. 181-184.
863 E. Young, *Op. cit.*, pp. 21-22 et p. 98.

invasif et respectueux de la parturiente n'est pas vraiment de nature à convaincre les patientes.

Les sages-femmes ne sont apparemment guère impressionnées non plus, et de fait elles entretiennent l'image sociale négative des médecins diplômés. Les exemples donnés par le Dr Kāmil al-Ḥūrī, installé à Homs, révèlent à tout le moins que les méthodes thérapeutiques de ces derniers sont perçues ordinairement comme très invasives : il cite le cas des enfants agités à qui l'on raconte que « le médecin va venir te couper la langue », ou des voisins leur affirmant que leur mère, partie en voyage, est partie chez le médecin pour se faire arracher les dents. Par leur influence et par leurs paroles, les *dāyah*-s sont données par cet auteur comme un des principaux vecteurs de cette mauvaise réputation, qui revient à une caricature de la médecine occidentale et de l'importance qu'elle accorde à la chirurgie[864]. S'il y a lieu d'y voir de la malveillance et une forme de concurrence déloyale, ces exemples disent assez clairement que la médecine enseignée dans les facultés et exercée par les praticiens diplômés est traumatisante, ce qui n'est pas faux dans le cas des méthodes obstétricales.

La pénurie de patientes à la clinique obstétricale de la FFM, mais aussi à la maternité du SPC, s'explique d'abord par des considérations de genre. Toutefois, le moins que l'on puisse dire est qu'il est rapide d'y voir l'effet d'une division culturelle stricte de la vie sociale : bien des aspects particuliers de la médecine et surtout de l'obstétrique, telles qu'elles s'enseignent en faculté, sont propices à la greffe d'enjeux de genre. Les caractéristiques de la formation aident à la constitution d'une image sociale quelquefois révoltante (pour la dissection humaine) ou effrayante des médecins diplômés, et les sages-femmes, par intérêt professionnel, nourrissent ces représentations. Les étudiants sont imperméables à ces idées, car ils ont été formatés intellectuellement durant leur formation. Le discours médical se structure à travers les modalités de la formation, mais les facultés encouragent aussi activement la constitution d'un esprit de corps qui leur soit propre.

III – « Même éducation médicale, même cachet de famille »

Les modalités de la formation académiques des médecins ottomans leur imprime une marque de fabrique que l'on peut parfois suivre à travers leur carrière, dans la prose thomiste du Dr Naamé, ou dans l'ethnographie imprégnée d'une familiarité avec la Bible qu'écrit le

864 Kāmil al-Ḥūrī, « *Al-qawābil al-jāhilāt fī Sūryā* » [Les sages-femmes ignorantes en Syrie], in *Al-Ṭabīb*, 18e année, 01/08/1907 (307-309), p. 308.

médecin palestinien Tawfīq Canaan[865]. L'inspiration ambiguë de l'Ecole ottomane de médecine de Damas – école fermement ottomaniste mais faisant « partie d'un milieu damascène et de plus en plus arabe »[866] – imprime également une marque intellectuelle sur les diplômés : les enseignements se font d'abord en turc, puis en arabe après 1908, devant une population étudiante essentiellement arabe et très sensible à la signification de tels aménagements pédagogiques[867]. Le glissement de l'ottomanisme à l'arabisme n'est alors pas loin. L'empreinte de chacune de ces institutions donne une inflexion aux carrières et un esprit de corps que les facultés étrangères, en particulier, se préoccupent de consolider.

A mesure que la situation juridique des diplômés des facultés de Beyrouth se clarifie, leurs administrations universitaires s'efforcent d'entretenir des relations de clientèle avec eux pour la suite de leur carrière. Ce n'est plus la possibilité même de l'exercice de la profession médicale qui fait problème, et qui nécessite un soutien actif, mais le maintien de liens avec les anciens étudiants. Pour autant que la formation de jeunes médecins soit motivée par l'objectif de se créer une clientèle professionnelle et intellectuelle au sein des élites occidentalisées de l'Empire ottoman, il importe aux promoteurs des facultés étrangères de ne pas perdre de vue les étudiants dans la dispersion de leurs carrières. La relation, étant de type clientéliste, est à double sens, car les diplômés ont à gagner à ne pas laisser leurs liens avec l'*alma mater* se détendre, tant pour l'appui voire la protection politique qu'ils en attendent, que pour les compléments de formation qu'ils peuvent y trouver. La faculté est le moyen privilégié, sinon le seul, de l'actualisation de leurs connaissances médicales, et l'esprit de corps suscité par le passage à l'université en fournit les moyens.

A – Suivi des diplômés et esprit de corps

1 – La migration des diplômés : diffusion ou dispersion ?

Pour les intéressés eux-mêmes, les déplacements et migrations dans le cours de la carrière sont parfois opaques, entre la bonne fortune et les différentes formes de relations de

865 Salim Tamari, « Lepers, lunatics and saints. The nativist ethnography of Tawfiq Canaan and his Jerusalem circle », in *Jerusalem Quarterly Files*, hiver 2004, n° 20, pp. 24-43.
866 Blecher, *Op. cit.*, p. 115.
867 Ḥannā, *Op. cit.*, p. 18.

clientèle qui peuvent guider leurs pas. Il n'en est pas de même pour l'administration des différentes facultés, pour qui ces trajectoires professionnelles, vues d'un point de vue macroscopique, doivent servir des objectifs généraux. Pour ces dernières, l'accumulation des trajectoires de l'ensemble des médecins diplômés peut être compris selon deux logiques superposées. La première est celle de la diffusion, diffusion d'un esprit représentatif des valeurs de la faculté ou, plus particulièrement pour la FFM, diffusion de valeurs religieuses et politiques. La seconde dérive de conceptions sociologiques qui se veulent pleines de réalisme et encouragent les étudiants à la dispersion.

La répartition de la population des diplômés, constellée de Beyrouth jusqu'en Egypte, en Perse, en Indochine, au Brésil et à New York, est accueillie d'un œil favorable à deux titres. Le premier est que la dispersion des anciens élèves manifeste leur caractère entreprenant et leur adaptabilité ; l'évocation de leurs trajectoires chez un Jésuite comme le Père Collangettes prend des accents darwiniens inattendus :

> « Ce n'est pas tout de conquérir un diplôme. Après, c'est la lutte pour la vie, le souci de l'existence. La carrière médicale est encombrée, crie-t-on de toutes parts[868] […]
> Il ressort que plus de 40 de nos anciens élèves [sur environ 350 en exercice à cette date] sont établis à Beyrouth. Le corps médical de cette ville comprend déjà les professeurs de notre Faculté, les professeurs de la Faculté américaines et leurs anciens élèves, les médecins militaires et un certain nombre d'autres médecins libres. […] La plupart d'entre eux travaillent pourtant, en dépit de la concurrence, et je connais tels docteurs frais émoulus de la faculté, qui ont déjà une belle clientèle. Il faut l'avouer cependant, si un jeune médecin me consultait sur le choix de sa résidence, je ne lui conseillerais pas de se fixer à Beyrouth. Mais à toute règle il y a des exceptions : les raisons de familles sont d'un grand poids dans ce genre de décision, et le voisinage de la faculté peut aussi être une attraction. Nos chefs de clinique trouvent évidemment dans leur poste un appui moral précieux.
> Au Liban, à la montagne, comme on dit ici, 61 de nos anciens élèves exercent leur art, parfois dans des centres assez populeux, souvent dans de petits villages. Ces médecins et pharmaciens travaillent d'ordinaire dans leur village d'origine, et ils ont raison. La vie du médecin de campagne, au Liban, ne laisse pas que d'être rude. Dans ce pays très accidenté, dont les sommets sont couverts de neige quatre ou cinq mois de l'année, les course à cheval sont souvent longues et pénibles, et les honoraires modiques. Pour le médecin qui est né dans le pays, et qui a des goûts modestes, ces inconvénients me semblent largement compensés. Son champ d'action est plus libre et la vie est moins chère. […]
> Le Syrien émigre facilement, il tient du Phénicien. Il va n'importe où ; au bout d'un temps plus ou moins long, il revient au pays, quitte à repartir ensuite. […] [Ces docteurs émigrés] étendent ainsi la sphère d'influence de notre Faculté[869]. »

La concurrence médicale est non seulement jugée nécessaire et utile, mais ses modalités sont parées d'une dimension culturelle stéréotypée à travers la figure du Phénicien,

868 MAE, Nantes, Constantinople, E, 706, M. Collangettes, s.j., *Faculté de médecine, 1883-1908*, Beyrouth, Imprimerie catholique, 1908, p.58.
869 *Ibid.*

mobile, industrieux, endurant face aux rigueurs de l'environnement et à la concurrence humaine, et organiquement attaché à son village. L'image du commis-voyageur de l'influence de la faculté sert les fins de la FFM, car elle se combine à l'idéologie conservatrice implicite, contenue dans l'ambition de retourner au pays d'origine. L'adhésion au principe de la concurrence médicale remplit une autre fonction, celle d'éviter à la faculté d'avoir à assumer toutes les demandes d'appui adressées par ses diplômés. La FFM n'est toutefois pas avare de son soutien pour les jeunes médecins entrants dans la carrière.

La constatation de la dispersion des étudiants est de ce point de vue bienvenue, puisqu'elle permet d'écarter la menace de la « pléthore » de médecins, fatasme récurrent de la profession médicale française ici exporté au Levant[870]. L'importation d'une problématique professionnelle depuis la France – la surpopulation médicale – remet en cause le développement de la faculté, dont l'une des raisons d'être est précisément le manque de médecins ottomans, et est prise avec sérieux par le corps professoral, qui documente la démographie médicale dans les principales villes de destination des diplômés. Etudiant, carte à l'appui, la répartition des anciens de la faculté française de médecine, le Dr Nègre s'efforce lors des fêtes jubilaires de 1908 de répudier ce spectre. On se demande pourtant ce qui lui fait dire qu'il y a, avec 51 médecins pour un million d'habitants, surpopulation médicale au Caire, mais que leurs 43 confrères installés parmi les 150 à 200 000 habitants de Beyrouth représentent un effectif adéquat pour « une agglomération intelligente et relativement instruite[871]. » Cinq ans plus tard, le chancelier de la faculté admet sans détour que cette dernière ville connaît aussi la surpopulation médicale[872]. La statistique constitue ici davantage un appareil de justification dans le contexte d'un débat qui se répercute à Paris, qu'un outil démographique. Alors que le SPC s'efforce de multiplier les formations et que les étudiants en médecine ne sont que 138 sur un total de 874 inscrits de 1866 à 1917, la faculté française de médecine, avec ses 250 étudiants en médecine, est lente à se diversifier et le débat sur la « pléthore » de ses médecins dissimule la primauté de la faculté de médecine, financée par Paris et maintenue au centre du développement de la FFM[873].

Par implication, ces chiffres mettent en lumière le maintien de liens de correspondance entre la faculté et ses anciens étudiants : si l'université se refuse à servir de bureau de placement, elle et le SPC se dotent d'outils qui leur permettent de maintenir le plus gros des

870 Pierre Darmon, *La Vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, coll. « La vie quotidienne », Paris, Hachette, 1988, pp. 132-134.

871 Henri Nègre « Aperçu historique de la Faculté », *BAAEFFM*, Vol. 2, 1907-1914, 1907-1908 (61-69), pp. 65-67.

872 MAE Nantes, Beyrouth, A, 260, « Remarques du Chancelier de la Faculté française de médecine de Beyrouth sur le rapport de M. le Doyen Jeannel au sujet des examens de doctorat », novembre 1913.

873 « Conférence du Dr Raphaël Blanchard faite au Comité de l'Asie Française, le 29/01/1912 », in *BAAEFFM*, Vol. 2, 1907-1914, 1911-1912, pp. 33-35.

diplômés dans leur sillage et d'entourer leur carrière.

2 – Les institutions de l'esprit de corps

Deux types d'institutions servent à maintenir le lien entre université et diplômés, et manifestent l'existence d'un esprit de corps propre à chacune des facultés, au-delà de la remise des diplômes : les associations d'anciens élèves et les congrès médicaux, organisés le cas échéant par celles-ci.

a - Les associations d'anciens élèves

La création d'associations médicales en lien avec une faculté n'est pas à proprement parler une innovation des facultés étrangères de Beyrouth. Deux grandes sociétés existent avant les années 1890, établies principalement à Istanbul autour des professeurs de l'EIM. La Société Impériale de Médecine créée en 1856 en coopération avec des médecins des armées alliées présentes dans la capitale ottomane est dirigée par les mandarins de la médecine officielle ottomane, dont Mavroyéni Pacha et l'un des professeurs vétérans de l'EIM, Zoéros Paşa. Elle publie une *Gazette médicale d'Orient* rédigée en français et en turc. La Société médicale « Osmanié », pour sa part, est créée par iradé impérial autour de 1877 et a des médecins militaires de l'EIM à sa tête. Chacune de ces deux sociétés a un recrutement visiblement sélectif, et compte en 1892 moins de 100 membres, soit bien moins que les associations fondées à partir des facultés de Beyrouth[874]. La différence est de toute évidence question d'objectifs : les deux grandes sociétés officielles de médecine sont destinées à l'action publique pour la santé, à la défense des intérêts de la profession de médecin et aux sciences médicales, alors qu'à Beyrouth, l'objectif est d'abord de constituer un collectif à partir des anciens étudiants égayés de par l'Empire et le monde. Cela n'empêche certes pas les membres des associations d'anciens élèves de déborder sur la mobilisation pour la santé publique, la défense professionnelle ou la discussion scientifique.

L'organisation des associations d'anciens élèves, qui appartient au registre traditionnel d'action tant des écoles des Jésuites que des facultés américaines en direction des étudiants, suit deux voies bien différentes à la FFM et au SPC. Les modalités nous renseignent sur les buts poursuivis à travers la forme associative.

874 Apéry (éd.), *Op. cit.*, pp. 360-362.

C'est la FFM qui initie le mouvement en 1897, par une décision venue d'en haut. L'initiative se discute entre le Père Cattin, chancelier de la faculté de médecine, et Souhart, Consul Général de France à Beyrouth, que le premier convainc de l'utilité de réunir un dîner entre professeurs et anciens élèves résidant autour de Beyrouth :

> « J'ai constaté avec peine que nos anciens ne gardent pas des relations assez suivies avec leurs professeurs & que plusieurs d'entre eux, après deux ou trois ans d'exercice de leur profession, nous ignorent absolument.
> Il m'est évident que l'influence qu'ils peuvent exercer au double point de vue religieux et français y perd.
> Si chaque année, au moins une fois ils étaient invités à se réunir autour de leurs anciens maîtres, à conférer avec eux, à rendre compte du bien qu'ils font, ne conserveraient-ils pas mieux le feu sacré que nous cherchons à leur inspirer & qu'ils emportent tous de la Faculté avec leur Diplôme de Docteur en Médecine[875] ? »

Dans l'immédiat, et dans le contexte de non-reconnaissance des diplômes de la FFM par le Gouvernement ottoman, le but premier de la manifestation prévue est de galvaniser la confiance des anciens élèves qui se sentent abandonnés. Le sentiment d'impuissance semble avoir été spécialement profond parmi les étudiants à cette époque, mais la démarche conjoncturelle se double d'une dimension structurelle, celle des liens invisibles mais permanents que crée la formation. L'Association des Anciens Elèves de la Faculté Française de Médecine (AAEFFM) est fondée à la suite de la première assemblée générale, tenue le 27 avril 1897, et commence à publier en 1898 un bulletin annuel, qui vise d'abord à informer sur la composition des nouvelles promotions de médecins et à permettre le suivi des anciens étudiants affiliés à l'association. L'AAEFFM se présente comme une création de la FFM en direction de ses diplômés, limitée aux médecins et aux pharmaciens.

Dès l'origine de cette association, le P. Cattin mêle la valorisation de la concurrence professionnelle à une définition de l'esprit de corps unissant les diplômés comme un lien quasi-familial :

> « Il faut que nos anciens élèves acquièrent de plus en plus la certitude qu'en quittant la Faculté, ils n'ont pas cessé pour cela d'appartenir à une famille où chacun des membres peut et doit compter sur les autres… La concurrence du talent est toujours permise ; elle est l'âme de tout progrès mais, après avoir songé à soi d'abord, chacun pensera naturellement à celui qui a même éducation médicale, même cachet de famille… Voilà pourquoi je vous propose de constituer une sorte de société de mutuel appui par une Association des Anciens élèves de la Faculté.[876] »

C'est à l'AAEFFM qu'est délégué le suivi des anciens étudiants et l'organisation de la solidarité. Les assemblées générales annuelles fournissent une tribune pour exposer les

875 MAE Nantes, Beyrouth, A, 166, du P. Cattin à Souhart, de Beyrouth, 23/04/1897.
876 Discours du P. Cattin à la 1ère assemblée générale de l'AAEFFM, 27/04/1897 ; cité in H. Nègre, *Art. cit*., p. 65.

difficultés de la pratique médicale, échanger des informations de carrière, et créer des liens.

Quelques années avant la guerre, certains membres cherchent à lui donner une vigueur nouvelle en lui donnant une visibilité et un organe de type scientifique. A la fin 1912, le Dr Emile Arab, chef de clinique chirurgicale à la faculté qui a déjà eu l'occasion de faire paraître dans la presse médicale française ses articles sur la médecine populaire dans la région de Bethléem et sur les mérites de la faculté française de médecine[877], propose de doter l'AAEFFM d'un journal. L'objectif de ce *Beyrouth médical* à naître, imité de *Paris médical*, est de publier des articles médicaux, et pour ce faire le Dr Arab demande la collaboration des professeurs à la rédaction. Peut-être s'agit-il également de faire pièce à *Al-Kulliyeh*, le magazine du SPC, qui paraît déjà depuis l'automne 1910. L'initiative, présentée devant le président du jury d'examen, le Dr de Lapersonne, est accueillie avec circonspection : ce dernier, ayant l'expérience des publications scientifiques, invite à rédiger un cahier des charges très strict. Une commission composée de trois professeurs et de trois membres de l'association est nommée, mais le projet en reste là. Nous ignorons ce qui l'a fait avorter, mais la gestion de l'affaire montre que l'AAEFFM fonctionne sur un mode très hiérarchique.

Il n'en va pas de même au SPC. Là, le mode d'organisation est inverse : des associations locales d'anciens élèves sont créées dans un certain nombre de villes où résident les diplômés de toutes les disciplines, tandis qu'*Al-Kulliyeh* publie le résumé de la correspondance des anciens élèves. Une association locale est créée à Beyrouth en juin 1910, qui devient au début de l'année 1911 l'Association Centrale des Anciens Elèves du Syrian Protestant College (ACAESPC). A compter de ce moment, le magazine de la faculté en devient l'organe officiel[878]. Des associations se créent ainsi progressivement là où les diplômés du SPC s'installent, jusqu'au Brésil et aux Etats-Unis.

Que font ces associations, dans quel environnement associatif et avec quelle visibilité sociale ? Qui sont les anciens étudiants qui y adhèrent ? On peut s'en faire une idée en suivant les activités de celle de Jérusalem de 1911 à 1914. Nous ignorons la date de sa fondation, mais elle existe déjà et compte 14 membres lorsque le Président du SPC, Howard Bliss, lui rend visite en novembre 1911. Il constate l'implication de ses membres dans la vie sociale de la ville, tout en s'efforçant d'y recruter des étudiants dans les différentes écoles secondaires protestantes. La sociabilité des anciens du SPC passe par l'association, mais aussi par la YMCA, dont le 21e anniversaire est l'occasion du voyage de Bliss ; il constate que « [c'est] un plaisir de voir nos diplômés et anciens étudiants prendre une part si active à une entreprise

877 Emile Arab, « Un établissement qui tient en Orient la première place », in *La Presse médicale*, n°6, 20/01/1912, pp. 58-62.

878 American University of Beirut / Library Archives, « Alumni association », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 2, N°5, 03/1911, pp. 179-180.

de ce type, qui veut unir les jeunes gens de toutes religions pour promouvoir ce qu'il y a de mieux et de plus noble dans la vie privée et publique. » L'anniversaire de la YMCA et le dîner de la section locale de l'ACAESPC constituent davantage une mise en valeur sociale de cette dernière qu'une occasion de se retrouver ; parmi les convives, on trouve le maire de Jérusalem, Ḥusayn bey al-Husseini, le pédagogue et directeur de l'Ecole nationale constitutionnelle, Ḫalīl al-Sakākīnī, le secrétaire de la YMCA, le pasteur de l'église luthérienne du Rédempteur, le premier drogman du Consulat des Etats-Unis et plusieurs missionnaires protestants[879]. Le dîner se place ainsi à l'intersection de trois cercles de sociabilité, l'un protestant, le deuxième intellectuel et le troisième officiel, ce qui correspond *grosso modo* à l'environnement dans lequel évoluent les diplômés du SPC en ville.

L'initiative de voyages entre Jérusalem et Beyrouth vient tantôt du collège et tantôt de la section hiérosolomytaine de l'ACAESPC, et les occasions sont nombreuses. Lors de la visite des équipes sportives du SPC à Jérusalem, ou de l'arrivée de la Jerusalem Athletic Association (elle-même largement constituée d'anciens de la faculté américaine), on organise non seulement les matches, mais un concert, une réception et une visite des navires de guerre américains et britanniques croisant devant Beyrouth[880]. La visite des Drs Hall et Khauli, professeurs au SPC, pour une conférence missionnaire, donne à nouveau occasion à réception, concert et mise en valeur des anciens élèves dans un des hôtels de la ville[881]. Ces différentes occasions brassent au-delà des diplômés du SPC, et facilitent ainsi l'agrégation des nouveaux diplômés à l'environnement urbain dans lequel ils s'installent.

De fait, l'adhésion à la section de l'ACAESPC de Jérusalem est surtout l'affaire de nouveaux diplômés. Fin 1911, elle compte 14 membres, dont 5 des promotions 1910 et 1911 ; fin 1913, les effectifs totaux n'ont pas bougé, mais la moitié des membres ont été diplômés depuis 1910, dont quatre en 1912. Sur 51 anciens étudiants du SPC, diplômés ou non, résidant à Jérusalem, la majorité reste en dehors des activités de l'association. La composition de la section évolue aussi par matière, ce qui accentue le sentiment de renouvellement : alors qu'en 1911, le plus gros groupe était celui des médecins avec 6 membres, ceux-ci ne sont plus que 4 en 1913, contre 3 pharmaciens et trois diplômés de l'école de commerce du SPC[882]. Quelques anciens, dont le Dr Canaan et le Dr Abū Šadīd, restent fidèles au poste. Pour les autres, la

879 American University of Beirut / Library Archives, Howard Bliss, "A visit to Jerusalem", in *Al-Kulliyeh*, Vol. 3, n°2, 12/1911, pp. 33-37.

880 American University of Beirut / Library Archives, « College notes », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 4, n°5, 03/1913, pp. 146-147.

881 American University of Beirut / Library Archives, « Alumni Association », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 5, n°1, 11/1913, p. 23.

882 American University of Beirut / Library Archives, Howard Bliss, "A visit to Jerusalem", in *Al-Kulliyeh*, Vol. 3, n°2, 12/1911, pp. 33-37 ; « College notes », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 4, n°5, 03/1913, pp. 146-147 ; « Alumni Association », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 5, n°1, 11/1913, p. 23.

section de Jérusalem de l'ACAESPC semble surtout être un point de passage avant d'élargir sa sociabilité locale ou de déménager.

Pour chacune des deux facultés étrangères, l'esprit de corps a également un volet scientifique, centralisé à Beyrouth, sous la forme des congrès médicaux.

b - Les congrès médicaux

C'est la FFM qui a la primeur de ces initiatives d'organiser avec ses anciens élèves, à partir de 1900, un congrès médico-pharmaceutique à périodicité variable (le 8e a lieu en novembre 1910)[883]. D'après les comptes-rendus, les jeunes médecins se succèdent pour présenter des exposés fondés pour la très grande majorité sur quelques observations cliniques, faites sur leur terrain de travail, et suivies d'une reprise par le professeur de la faculté spécialiste du domaine concerné. Le fonctionnement du congrès de la faculté française maintient ainsi, dans sa forme, les relations maître-élève, alors qu'aux congrès médicaux du SPC, les exposés sont plutôt suivis d'une batterie de questions émanant des professeurs mais également de l'assistance. La position des anciens étudiants dépend cependant aussi des stratégies dont ils usent en matière de présentation : si la plupart ne présentent qu'un seul exposé, certains en présentent deux, voire trois, comme font lors du Congrès de 1908 le Dr Philippe Barrakat, médecin du dispensaire français de Homs et ancien médecin de l'hôpital français de Bethléem, et son successeur le Dr Emile Arab. Dans ce dernier cas, la dimension auto-promotionnelle est flagrante, car sur les trois papiers qu'il présente, le premier est un état statistique du fonctionnement de l'hôpital qu'il dirige, et le second un résumé des opérations chirurgicales des opérations effectuées dans cette même institution[884].

Une logique bien différente prévaut aux congrès du SPC. Deux congrès médicaux sont organisés avant la guerre, en 1911 et 1913, et ont une dimension pédagogique et commerciale plus affirmée que ceux organisés à la FFM. La première journée du congrès est passée en clinique ou en salle d'opération, et permet aux anciens étudiants de se familiariser avec des innovations thérapeutiques ou de nouveaux appareils de laboratoire[885]. Ensuite seulement commencent les conférences avec exposés, suivis en soirée de dîners assortis de discours de

883 Nègre, *Art. cit.*, p. 65 ; et *BAAEFFM*, Vol. 2, 1907-1914, 1910-1911, pp. 38-39.

884 Emile Arab, « L'hôpital français de la Ste Famille et l'Assistance médicale indigène en Palestine » ; « Fièvre paludéenne, et typho-malaria en Palestine » ; « La chirurgie à l'hôpital de la Ste Famille durant les années 1906-1907 » ; Philippe Barakat, « Plaie pénétrante de l'abdomen » ; « Un cas d'éclampsie traité par la saigné », in *BAAEFFM*, Vol. 2, 1907-1914, 1907-1908, pp. 108-109, pp. 127-128 et p. 143.

885 American University of Beirut / Library Archives, « The medical congress », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 2, n°6, 04/1911, pp. 202-206.

contenu plus léger, plus axé sur la vie de la faculté et après elle que sur la médecine proprement dite, comme les discours sur « L'esprit du Collège », par le Dr Tawfīq Sallūm, et sur « Le bon vieux temps », par le Dr Dāwūd Kātibah, ancien médecin-adjoint de l'hôpital anglais de Naplouse, lors du banquet du congrès de 1913[886]. Les communications sont conçues pour permettre aux anciens étudiants de rester en phase avec les innovations médicales. La mise à jour des connaissances se révèle être l'une de leur grande difficulté une fois qu'ils sont installés à distance de Beyrouth, et comme le SPC ne propose pas de formation continue, les congrès biennaux constituent un pis-aller. Dans l'attente de la mise en place de cours pour diplômés, les anciens élèves réclament l'annualisation des congrès, ce qui est impossible en raison de la lourdeur de l'organisation. A défaut, ils s'abonnent aux grandes revues médicales représentées dans les murs du SPC à l'occasion du congrès.

C'est peut-être l'intérêt principal du congrès pour ses participants, avec la mise à jour de leurs connaissances scientifiques : l'occasion s'offre à eux d'investir dans des publications professionnelles ou dans du matériel récent, afin, là encore, de suivre l'actualité de la médecine. Grands journaux médicaux et compagnies pharmaceutiques sont présentes aux alentours des salles de conférence, à l'exemple de la firme britannique Burroughs & Wellcome, représentée à chaque fois par son agent en Syrie, Miš'alānī. Ces réunions s'inscrivent ainsi dans des flux commerciaux internationaux orientés vers les fournisseurs des nations protectrices. Réciproquement, lesdites firmes ont recours à l'avis des médecins issus du SPC ou à l'estampille de la faculté américaine pour populariser leurs produits auprès des anciens étudiants. Ainsi, lorsqu'une firme allemande commercialise dans l'Empire ottoman le Pneumosan, un médicament anti-tuberculeux, elle insère dans les pages d'*Al-Kulliyeh* le témoignage favorable du Dr Najīb Dibs, ancien du SPC installé à Salt, sous celui d'un médecin anglais[887]. La garantie est double, car la réclame renvoie à la fois à l'innovation associée à l'Occident et à la confiance entre anciens élèves d'une même faculté.

L'organisation et le style des institutions qui visent à entretenir l'esprit de corps à la FFM et au SPC sont bien différents, si bien qu'elles ne se substituent pas à une organisation de type proprement professionnel. Une association, fondée à l'initiative de l'AAEFFM pour regrouper l'ensemble des médecins diplômés du bilād al-Šām, l'Association Médico-Pharmaceutique de Syrie (AMPS), vise à pallier ce manque et à défendre les médecins diplômés en effaçant les origines universitaires des uns et des autres[888]. Toutefois, ainsi que le

886 American University of Beirut / Library Archives, « The Second medical alumni conference », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 4, n°6, 04/1913 (161-165), p. 164.

887 American University of Beirut / Library Archives, « Pneumosan [Amyl-thio-trimethylamine compound]. No contra-indications », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 4, n°6, 04/1913, hors pagination.

888 MAE Nantes, Beyrouth, A, 303, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 17/07/1909.

souligne Robert Blecher, les effectifs en sont réduits et les projets communs sont souvent compliqués par les différences de formation et de sensibilité d'une faculté à l'autre[889]. Les médecins diplômés oeuvrent en communs sur un certain nombre de projets, mais leurs conceptions théoriques de la santé révèlent une diversité des approches de la santé, inhérente à la variété des programmes et des modèles de formation médicale.

La mission première de l'AMPS est censée être de défendre les intérêts des médecins diplômés du bilād al-Šām, notamment contre les praticiens sans diplôme, mais la première et principale mobilisation de cette association, en 1910, est de protester contre une tentative du Gouvernement Jeune-Turc de « nationaliser » l'Administration médicale civile à travers l'Empire, et en particulier l'accès aux postes de médecins municipaux.

B – Les diplômes de Beyrouth, un stigmate vis-à-vis de l'administration ottomane

La logique qui prévaut dans les relations entre le Gouvernement ottoman et les puissances protectrices des facultés étrangères de Beyrouth est celle d'une guerre de position, menée dans une logique clausewitzienne par les deux parties. Avec l'affaire de Mytilène, en 1901[890], le Gouvernement français a montré qu'il était capable d'user de l'occupation militaire d'un territoire pour obtenir des abandons de souveraineté autres que territoriaux. A une échelle bien moins grave, la question des normes d'examen montre que la prise d'avantages politiques par la diplomatie relève du même conflit, quoique par d'autres moyens. Il en va de même des nominations aux postes de l'Administration médicale civile ottomane, que l'Etat impérial entend réserver aux diplômés des institutions nationales, réputés libres d'influence étrangères.

889 Blecher, *Op. cit.*, pp132-134.

890 L'affaire de Mytilène est le résultat d'une question judiciaire engageant deux hommes d'affaires français dans l'Empire ottoman, dont le gouvernement français tire parti en 1901 pour exiger le règlement en sa faveur d'un certain nombre de litiges, en particulier en matière de protection des fondations religieuses. Les deux parties en viennent à la rupture des relations diplomatiques puis à l'occupation de l'île de Mytilène par la flotte française, jusqu'à l'acceptation des conditions de Paris par le Sultan. Cf Bruce Fulton, « France's extraordinary ambassador : Ernest Constans and the Ottoman Empire, 1898-1909 », in *French historical studies*, automne 2000, vol. n° 23, n° 4, p. 693.

1 – Deux objectifs connexes : reconnaissance des diplômes et débouchés professionnels administratifs (1871-1910)

Comme le diplôme, l'accès aux carrières administratives est constitue encore un enjeu de souveraineté et de carrière ; et les deux questions sont liées, car la condition pour occuper une fonction officielle dans l'Administration médicale civile, et *a fortiori* un poste de fonctionnaire, est de posséder un doctorat en médecine.

D'après la traduction d'une note de 1893 attribuée, au conditionnel, au Directeur de l'EIM, Sa'īd Paşa, l'EIM aurait pris, vers 1889, la décision de refuser aux élèves de la FFM le droit de se présenter aux examens de doctorat à Istanbul – décision qui, si elle a bien eu lieu, a été rapportée dès l'année suivante – et celle de ne jamais accorder de place officielle de médecin aux diplômés de cette faculté[891]. La décision semble avoir été de courte durée. A la date de 1893, les diplomates français s'efforcent précisément de placer les diplômés de la FFM dans l'administration ottomane et parmi eux, le Dr Naamé, diplômé de la faculté en 1891 et d'Istanbul l'année suivante, a été nommé au poste de médecin de l'hôpital gouvernemental de Jérusalem[892] ; le poste décrit en 1896 dans une notice de l'administration de la FFM comme une « b.[onne] p.[osition] »[893]. Qu'est-ce qui a provoqué le retournement de position de l'EIM en faveur des diplômés de la FFM ?

Il semble que l'attitude des étudiants et de la faculté des Jésuites y soit pour quelque chose. En 1891 en effet, un premier signe d'accommodement est envoyé par le gouverneur du *sanjak* de Tripoli, pris de court par une épidémie de choléra qui, d'après la rumeur, aurait entraîné la fuite de tous les médecins du chef-lieu sauf deux[894]. Rumeur ou pas, on réclame l'envoi de 4 étudiants de la FFM en dernière année de médecine : les élèves de la faculté de médecine sont immédiatement mobilisables. D'après le consul de France à Beyrouth, la nouvelle galvanise les étudiants de quatrième année et tous se portent volontaires. Sont retenus deux Egyptiens, Fatḥallah Dahhān et Zākī Ṣabbāġ, un natif de Tripoli même, Charles Dūbā, et un étudiant originaire de Jaffa, né d'une famille juive d'Algérie, Simon Moyal[895] ; ils partent aussitôt lutter contre l'épidémie dans le chef-lieu même du *sanjak*, puis aux alentours, à Ṣāfītā et à Ḥuṣn Sulaymān[896]. Toutefois, devant un dévouement signalé dans la presse

891 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, Note relative à une décision attribuée à Saïd Pacha, Directeur de la Faculté de Médecine de Constantinople et Moukhtar Bey, greffier, au secrétaire de la Faculté de Médecine de Constantinople, s.d. [1893].
892 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, du Dr Naamé à Auzépy, de Jérusalem, 07/06/1898.
893 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, « Médecins et pharmaciens sortis de la Faculté de Beyrouth » s.d. [1896].
894 « *Al-Kūlīrā* » [Le choléra], in *Al-Bašīr*, n°1046, 07/01/1891, p. 3.
895 « *Aḫbār maḥalliyyah* » [Nouvelles locales], in *Al-Bašīr*, n°1055, 11/03/1891, p. 1.
896 « *Al-Kūlīrā* » [Le choléra], in *Al-Bašīr*, n°1047, 12/01/1891, p. 3.

locale, ʻAzīz Paşa, *wālī* de Beyrouth dont la juridiction s'étend à Tripoli, promet de solliciter de la Sublime Porte un aménagement exceptionnel au système des examens de fin de doctorat. Pour cette année seulement, deux médecins ottomans seraient adjoints au jury, ce qui dispenserait les candidats heureux d'avoir à se rendre à Istanbul pour y repasser les examens[897]. Il semble que la question soit ensuite enterrée, puisque le Dr Naamé, qui finit justement en 1891 son doctorat, doit attendre un an de plus pour obtenir le permis d'exercer. Toutefois, les promesses du gouverneur ouvrent la question de l'exercice de fonctions officielles par les diplômés de la FFM.

Après la nomination, dans des circonstances que nous ignorons, du Dr Naamé à la direction médicale de l'hôpital municipal de Jérusalem, la diplomatie française fait activement pression sur l'administration locale pour obtenir l'appel d'autres diplômés de la FFM à des postes officiels ottomans, et finit par obtenir du *wālī* de la province de Beyrouth que deux diplômés de la faculté, Etienne Manouk et Joseph Saʻd, soient médecins de district (*baladah*), sans être en possession du DEO. Les deux hommes ont été choisis par le Père Cattin, chancelier de la FFM. L'un des deux élus est envoyé dans le sanjak de Naplouse, auprès de la municipalité de Jénine instituée peu d'années plus tôt, pour un traitement de 900 piastres par mois ; et l'autre, dans le *sanjak* de Tripoli, à Banias, pour 800 piastres mensuels. Le consul de France à Beyrouth y voit le début d'une normalisation générale, favorisée par un revirement de politique du gouverneur de la province qui promet de recruter de nouveau parmi les anciens de la FFM si des places similaires se libèrent[898]. Deux ans plus tard, cependant, les deux médecins ont disparu des cadres de l'administration ottomane et sont installés en pratique privée[899]. Il semble que leur position officielle n'ait tenu qu'à la personne de Hālid Paşa, et que sitôt que celui-ci a quitté le poste de Beyrouth, les Drs Manouk et Saʻd aient été victimes d'un mouvement de balancier politique et de la volonté de l'EIM de maintenir ses prérogatives en matière de diplôme et de nominations aux fonctions médicales officielles. Jusqu'à l'accord de 1898, toutes les nominations officielles des diplômés de la FFM restent conditionnelles, même si l'administration locale réussit à les faire admettre en regard des besoins ponctuels de l'Administration médicale civile.

A Jérusalem, l'hostilité de l'EIM rend la position du Dr Naamé précaire. Il est menacé à plusieurs reprises d'être limogé, une première fois avant 1897, puis de nouveau en janvier 1898 et en juin de la même année. Sentant sa position vaciller, le médecin en avise le Consul de France à Jérusalem et le ministère français des Affaires étrangères, et demande à être

897 MAE Nantes, Constantinople, E, 707, télégramme chiffré de Guiot, gérant du Consulat Général de France à Beyrouth, au comte de Montebello, de Beyrouth, 16/02/1891.
898 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, n°13, de Saint-René Taillandier à Casimir-Périer, de Beyrouth, 19/02/1894.
899 MAE Nantes, Beyrouth, A, 164, « Médecins et pharmaciens sortis de la Faculté de Beyrouth » s.d. [1896].

nommé à un poste dans un des établissements français de la région, à l'hôpital français de Jérusalem ou à celui de Jaffa[900], en vain malgré la crainte du Quai d'Orsay si l'abandon du Dr Naamé à son sort devait dévaloriser la protection française aux yeux des anciens de la FFM[901]. Par la suite, le ministère réussit à imposer l'embauche de médecins diplômés de la FFM dans la plupart des postes en dispensaires ou hôpitaux français du Proche-Orient, mais l'objectif prioritaire est de leur ouvrir la possibilité de travailler au service de l'Etat ottoman.

Avec la reconnaissance officielle des facultés de Beyrouth, l'accès aux emplois publics devient plus aisé pour leurs diplômés des facultés de Beyrouth, désormais détenteurs du DEO. Pour le seul sud du bilād al-Šām, on compte en 1908 trois médecins municipaux issus de la FFM, les Drs Emile Arab à Bethléem, Jad Halīl Hūrī à Jénine et Moïse Many à Hébron[902] - un chiffre qui, *grosso modo*, se maintient, malgré les changements de personnel, jusqu'en 1914. Toutefois, l'Etat ottoman n'a pas renoncé à barrer l'accès aux diplômés des facultés étrangères de Beyrouth.

2 – La « nationalisation » des carrières administratives (1910)

En 1910, l'Etat ottoman esquisse une marche arrière sur l'accès des diplômés de Beyrouth aux postes au sein de l'Administration médicale civile. La décision s'inscrit dans l'esprit nationaliste du gouvernement des Jeunes-Turcs. La réaction que cette mesure suscite semble éclairer les sensibilités régionales qui, progressivement, s'oppose au nouveau pouvoir.

Tout commence dans le courant de l'année 1909, dans la province de Mossoul, lorsque le *qā'imaqām** d'Erbil propose à plusieurs reprises la nomination officielle d'un diplômé de la FFM, installé dans la localité l'année précédente et chargé immédiatement de la gérance du poste de médecin de la municipalité, que son titulaire n'est jamais venu occuper[903]. Le ministère ottoman de l'Intérieur reconnaît le titulaire comme démissionnaire mais refuse la suggestion du *qā'imaqām*, au motif que le remplaçant intérimaire, « Fathallah Effendi [étant] diplômé d'une Ecole de Médecine étrangère de Beyrouth et qu'il serait par suite contraire aux règlements de lui confier l'emploi de médecin municipal, on est en train de choisir une autre personne pour cette fonction[904]. » Bientôt, le ministère de l'Intérieur promulguent les

900 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, du Dr Naamé à Auzépy, de Jérusalem, 07/06/1898.
901 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, d'Auzépy à La Boulinière, chargé d'affaires de France à Constantinople, de Jérusalem, 14/07/1898.
902 *BAAEFFM*, Vol. 2, 1907-1908, pp. 35-41.
903 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n°9, du gérant du Vice-Consulat de France à Mossoul à Bompard, de Mossoul, 10/03/1910.
904 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, traduction de la lettre du Ministre de l'Intérieur ottoman au Caïmakam d'Erbil, n°307, 24/08/1325 mālī / 04/09/1909 AD.

règlements en question, en janvier puis mars 1910. Le premier est une lettre circulaire à la date du 12 janvier 1325 / 26 janvier 1910, qui, d'après la synthèse d'un médecin ottoman adressée au chancelier de la faculté de médecine de la FFM, stipule que

> « Par lettre circulaire datée du 12 janvier écoulé n°585, le Ministre de l'Intérieur invite les autorités provinciales à attirer l'attention des Commissaires de Réforme siégeant dans les Vilayets sur ce qu'il faut exclure du cadre du personnel actif ceux des médecins de municipalité qui sont diplômés des Ecoles étrangères, spécialement celles d'Athènes et de Beyrouth (Faculté Française et Ecole Américaine). On ajoute que par l'engagement de tels médecins dans le cercle administratif on porte atteinte à la dignité médicale, considérant qu'agir ainsi c'est les faire descendre au degré de « Bélédié Tchaouchi » (gardes domestiques, garçons…) des municipalités. »[905]

La décision s'inscrit clairement dans la foulée de la Révolution de 1908 : son mode d'application se fait à travers les instances nées de celle-ci (les « commissaires de réforme »), et son texte est empreint d'un idéal moderniste et d'un patriotisme en lutte contre les ingérences étrangères dans le pays. C'est l'origine étrangère de la formation au SPC et à la FFM qui est essentiellement en cause, nullement le modèle occidental de médecine qu'elles contribuent à diffuser. C'est du reste ce que met en avant, à la date des 22 et 24 février 1325 / 7 et 9 mars 1910, une seconde série de décisions, qui viennent compléter l'éviction des médecins diplômés des facultés étrangères déjà en poste : à savoir,

> 1°) la « dépêche adressée du Ministère de l'Intérieur au Vilayet de Beyrouth n°624 du 22 Février 1325 :
> « La nomination des médecins, anciens étudiants d'Ecoles étrangères aux charges de médecins de la municipalité ou de médecin de l'hôpital municipal porte atteinte aux droits des médecins de la Faculté Impériale. En conséquence, et parce qu'il est aussi possible que ceux qui étudient dans des pays étrangers égarent les esprits contrairement aux intérêts de la patrie et que leur emploi dans les services officiels soit préjudiciable – nous vous donnons cet avis afin que dorénavant toute mesure pareille soit évitée. »
> [2°)] La dépêche en date du 24 février 1325 n°1211 : « La charge de médecin de municipalité et de médecin de l'hôpital municipal est réservée aux anciens étudiants de la Faculté Impériale de Médecine. Nous avons appris que les Médecins de MM… (suivent les noms) sont les uns anciens élèves de la Faculté Américaine, les autres anciens élèves de celle des Jésuites. Il faut donc que vous me fassiez connaître le plus tôt possible les traitements qui leur sont assignés afin de nommer à leur place des médecins habiles et aptes. »
> Ces deux avis se réfèrent à un avis de la Présidence du Conseil Impérial de Médecine et du Service de la Santé Générale[906]. »

C'est le lien entre formation et influence étrangère qui est mis en cause : dans la première, en dénonçant une sorte de complot et l'incidence des médecins sur l'opinion dans

905 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, du P. Cattin à Fouques Duparc, Consul Général de France à Beyrouth, de Beyrouth, 03/05/1910.
906 *Ibid.*

un sens antipatriotique ; dans la seconde, en contestant l'aptitude des diplômés de Beyrouth.

Les réactions initiales prudentes ou bureaucratiques des Jésuites et des diplomates[907] contrastent avec la réaction des journaux, des médecins concernés et des hommes d'influence dans l'opinion à Beyrouth lorsque les décisions du ministère de l'Intérieur sont connues, début mai 1910.

Avertis par l'administration des facultés dans les premiers jours du mois, les étudiants et anciens étudiants sont les premiers à agir, par l'entremise de l'AMPS. Ses dirigeants protestent contre les décisions récentes en se réclamant de la constitution et en s'adressant à la fois au Grand Vizir, au ministère de l'Intérieur et aux députés de Beyrouth, Sulaymān Bustāni et Riḍā bey al-Ṣulḥ[908]. Rappelant le principe d'égalité en droit et en devoir entre tous les sujets du sultan stipulé par l'article 17 de la Constitution, et l'ouverture des fonctions officielles à tous les Ottomans sans distinction ni discrimination, sous réserve de leur compétence (art. 19), l'Association se borne à dénoncer le préjudice dont ils sont victimes, et le caractère anticonstitutionnel de la mesure. Répondant sur ce terrain, Riḍā bey al-Ṣulḥ laisse entrevoir à la mi-mai le rappel prochain de l'essentiel de la mesure[909], qui sans être formellement rapportée, voit son application suspendue[910]. Jusqu'ici, les acteurs, associations et hommes politiques inclus, s'inscrivent dans un cadre argumentatif strictement légal, d'accord avec les buts et les moyens légalistes d'une association de défense professionnelle.

La perception de la question prend une portée politique plus aiguë lorsque les journaux s'emparent du sujet, à partir du 10 mai, et déplacent l'enjeu et les justifications des mesures. Si le journal arabophone local *Al-Ṣabaḥ* titre, dans un registre neutre, sur « Les médecins ottomans »[911], *Le Réveil*, quotidien francophone, dénonce une collusion, au plus haut de l'Etat, entre « Médecine et xénophobie »[912]. Le contenu de l'article, plus modéré, conteste les décisions prises comme un empiètement du gouvernement sur les droits des municipalités par l'interdiction d'embaucher des diplômés de la FFM ou du SPC. L'autre est contenue dans le titre : même si nulle référence n'y est faite dans le reste du texte, la xénophobie se réfère littéralement aux puissances étrangères patronnant les facultés de Beyrouth, et par extension aux diplômés eux-mêmes. Toutefois, le titre s'inscrit dans le contexte de mésentente croissante entre nationalistes turcs et hommes politiques originaires des provinces arabes de l'Empire. L'affaire se solde par le retrait de l'interdiction d'embaucher des diplômés des

907 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, n°80, de Fouques Duparc à Bompard, de Beyrouth, 15/05/1910.
908 « Compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Association », *Bulletin de l'Association des Anciens Elèves de la Faculté Française de Médecine*, Vol. 2 (1907-1914), 1909-1910, pp. 30-31.
909 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, « Médecins et pharmaciens », in *Le Réveil*, 12/05/1910.
910 « Compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Association et du 8e congrès médico-pharmaceutique », *BAAEFFM*, Vol. 2 (1907-1914), 1910-1911, pp. 40-41.
911 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, « *Al-Aṭibbā' al-'uṯmāniyyūn* », in *Al-Ṣabt*, 12/05/1910.
912 MAE Nantes, Constantinople, E, 706, « Médecine et xénophobie », in *Le Réveil*, 10/05/1910.

facultés de Beyrouth, mais aussi par un décret imposant la connaissance de la langue turque pour obtenir un poste de médecin officiel[913]. Cette seconde mesure poursuit en définitive le même but que la première – mettre les diplômés des facultés étrangères de Beyrouth en difficulté lors du recrutement – mais peut être justifiée par les besoins du service, sans préjudice aucun pour les candidats puisqu'il ne s'agit toujours que d'une compétence. Les étudiants et anciens des facultés étrangères ne protestent pas formellement, mais expriment leur frustration dans les débats du congrès suivant de l'AAEFFM[914].

L'AMPS n'est pas ici comme un lieu de sociabilité politique, en dépit de la politisation qu'on impute dès cette époque au SPC. A une attaque gouvernementale contre leur dignité professionnelle, les diplômés des facultés de Beyrouth répondent en faisant ostensiblement le choix de l'honorabilité professionnelle. L'affaire de 1910 ne fait que souligner à leurs yeux l'importance de l'organisation associative post-universitaire dans le développement de la catégorie des médecins diplômés comme groupe social et, à terme, comme profession instituée. Pourtant, la finalité de l'AMPS se trouve détournée de son objectif initial contre la pratique médicale illégale, du fait que les modalités de la concurrence entre les facultés nationales ottomanes et les facultés étrangères sont directement éprouvées par les médecins diplômés, tandis que la concurrence faite par les praticiens des formes autochtones de médecine est moins visible.

Conclusion :

Les méthodes de travail employées à la FFM tranchent avec son modèle français. Toutefois, l'idée de l'importation d'un format d'éducation médicale rend mal compte de cet écart. En raison des diverses contraintes de formation, l'enseignement qui y est dispensé s'écarte de la logique des programmes français et insiste moins sur l'esprit d'analyse individuelle que sur les procédures de traitement des problèmes, la dimension technique des exercices et la discipline formelle et mnémotechnique des étudiants. Cette formation a pour cadre un encadrement disciplinaire strict, induit par la crainte de dérives subversives à partir de la crise darwinienne de 1882. L'impression globale qui se dégage des rapports des

913 « Compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Association et du 8e congrès médico-pharmaceutique », *BAAEFFM*, Vol. 2 (1907-1914), 1910-1911, pp. 40-41.
914 *Ibid.*

délégués de l'Instruction Publique est plutôt voisine du système préparationnaire français que de l'enseignement par cœur et répétitif : la formation est intensive, rapide en raison du maintien de la durée de formation à quatre ans, faite d'exercices fréquents. Le climat d'étude et le formatage intellectuel opéré par les Jésuites contribuent de façon efficace à transformer les promotions successives en un groupe de médecins chrétiens et soucieux de professionnalisme.

A cela s'ajoutent les soins que prend l'administration de la FFM pour maintenir les anciens étudiants dans son orbite : associations, congrès, réunions, banquets, etc. L'attachement au lieu de formation, si austère soit-elle, suscite des formes de sociabilité et un activisme lié à la faculté bien après l'obtention du précieux titre. Ainsi que le montre l'activité de l'AMPS, le diplôme de médecin contribue à façonner un groupe social ; et à l'intérieur de celui-ci, les facultés maintiennent un esprit de corps.

L'idée de cette partie était d'étudier deux hypothèses, deux possibilités parallèles de transformation opérée par la formation médicale académique. L'une, formelle, était la conséquence de la définition et de la reconnaissance d'un titre destiné à habiliter les médecins, et incluait la matérialité du diplôme, ses contraintes institutionnelles, et tout ce qui, dans l'ordre du discours et du décorum, conférait une autorité professionnelle spécifique. L'importance accordée à la forme du diplôme, aux droits qu'il donnait, nous apparaissait avoir accompagné le mouvement par lequel la possession d'un titre universitaire est devenue le fondement d'une autorité *sui generis* au Proche-Orient, distincte de celle de l'Etat ou de la religion. La mise en avant des diplômes par les facultés a conduit les étudiants et le reste de la population à assimiler l'idée que c'étaient des gages d'éminence, au point de façonner les comportements de leurs détenteurs : la figure stéréotypée de l'intellectuel arabe, volontiers assertorique, tranchant, inaccessible pour ses étudiants aurait hérité quelque chose des négociations sur les diplômes de Beyrouth à la fin du dix-neuvième siècle. La seconde hypothèse était inspirée par l'idée que l'éducation médicale, formatage ou formation (et « ou » n'est pas exclusif ici), pouvait venir compléter le dispositif formel qui aboutissait à la valorisation du diplôme par ses détenteurs et à la déférence qu'il était réputé inspirer. Le diplôme, résultat d'examens impartiaux, serait un gage de la valeur objective de son possesseur, estimée à travers sa capacité à se plier à des exercices complexes en vu des examens ; il en serait résulté la conviction que le bon médecin serait celui qui serait fidèle aux méthodes de sa formation médicale, et que celle-ci conditionne le droit d'exercer et la parole en matière médicale. L'étude historique de la production du diplôme et de la transmission suggère quelque chose de plus complexe que ces deux résultats anticipés, qui relèvent chacun

de l'*habitus* bourdieusien ; si disposition acquise il y a, c'est plutôt vrai à la fin de notre période, au terme d'un processus qui inclut la forme associative pour consolider collectivement l'image et la position sociales des diplômés.

La place des étudiants puis des médecins dans leur environnement immédiat, en terme de réputation individuelle, de statut socio-professionnel ou de rôle social, est l'objet de négociations, souvent teintées de politique en raison des termes définissant le champ de la formation médicale académique. Les facultés restent un terme de référence, et peuvent servir de patron à une partie des étudiants, mais la plupart d'entre eux s'efforcent surtout d'anticiper et de conjurer l'instabilité prévisible des débuts de carrière. C'est souvent en poste, dans un poste officiel ou en consultation privée, qu'achèvent de se former les habitudes de la profession médicale. Ainsi en est-il dans le sud du bilād al-Šām, et là se trouve pour nous l'intérêt de choisir ce terrain d'études : pour beaucoup de médecins, il constitue un nouvel apprentissage, une étape et une prise de contact avec la réalité multiforme de l'exercice de la médecine et des relations avec les patients.

Troisième partie : l'épreuve du terrain

Plus que leurs confrères installés en Europe, les médecins actifs dans l'Empire ottoman sont souvent destinés à connaître une mobilité professionnelle significative. Les facultés essaiment leurs diplômés dans les frontières de l'Empire et au-delà ; enfants du pays ou étrangers à la contrée, les jeunes médecins ne viennent de toute façon pas s'établir dans le sud du bilād al-Šām par hasard. Qu'on envisage leur pratique sur le terrain avec les outils de la géographie, de la sociologie ou de l'anthropologie, il faut convoquer les idées de déplacement, de mobilité professionnelle, de rencontre. L'expérience du terrain que font les médecins diplômés est le produit d'un mouvement individuel, dont on peut se demander s'il anticipe, accompagne, contrecarre ou suit les dynamiques de la société dans laquelle les praticiens viennent s'installer.

Une population de médecins

La période qui va de 1871 à l'occupation de la Syrie par les troupes du général Allenby à l'automne 1918 connaît une augmentation significative du nombre de médecins diplômés dans le sud du bilād al-Šām, comme dans le reste de l'Empire ottoman. Dans le même temps, la dispersion de ceux-ci dans un nombre croissant de localités produit une nouvelle géographie médicale, aux logiques spatiales bien déterminées. Un tel mouvement ne constitue pas une « médicalisation » du pays[915], c'est-à-dire l'ingérence progressive et conquérante des médecins dans toutes les activités humaines, du gouvernement au quotidien des individus. L'énonciation du processus aurait un effet pervers nominaliste, en noyant

915 Michel Foucault, « Histoire de la médicalisation », in *Hermès. Cognition, communication, politique*, n° 2 : *Masses et politique*, 1988, pp. 13-29.

l'explication historique dans un substantif attrape-tout ; or l'augmentation des effectifs médicaux et leur dispersion n'ont pas d'effets médicalisants uniformes et se font selon des logiques propres chacune à un segment de la population des médecins. Le gros de celle-ci se compose de praticiens juifs venus d'Europe centrale et orientale, de missionnaires occidentaux catholiques ou protestants, et de médecins originaires d'autres régions de l'Empire. Une bonne partie d'entre eux occupe des postes de médecin dans les institutions sionistes, missionnaires ou gouvernementales. L'offre de ces fonctions, avec ses concentrations et ses béances, contribue fortement à la répartition géographique des médecins.

La mobilité géographique est le trait saillant de la carrière des médecins ; c'est l'entrée que nous allons privilégier dans notre analyse du devenir des médecins après l'obtention de leur diplôme, non seulement en raison de l'importance des migrations de population en général durant notre période, mais surtout parce notre objet d'étude est d'emblée spatialisé. Les organisations sionistes, les missionnaires protestants et l'Eglise catholique ont tous une idée de ce qu'ils entendent par « Terre d'Israël », « Palestine » ou « Terre sainte », même si leurs notions n'ont pas de pertinence dans l'organisation du territoire par l'administration ottomane. C'est par rapport à ces espaces qu'ils définissent une aire d'activité privilégiée qui recouvre qui leurs revendications pour la colonisation juive, qui leur « mission de Palestine », qui l'étendue de la juridiction du Patriarcat latin de Jérusalem. Les stratégies des uns et des autres incluent l'emploi de médecins : l'expansion de la médecine universitaire dans le sud du bilād al-Šām résulte pour une bonne part du volontarisme des acteurs institutionnels nationaux et étrangers, et se ressent de leurs conceptions territoriales. Pour expliquer la mobilité des médecins et leur installation dans la région, on ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la structuration abstraite de l'espace qu'opèrent, à partir d'un corps de références d'origine religieuse, les institutions qui supervisent la création d'hôpitaux et de dispensaire, et donne ainsi du travail aux diplômés.

De la mobilité médicale

Le recrutement institutionnel n'est pas le seul moteur de mobilité des médecins, mais c'est le plus visible. Les autres facteurs explicatifs passent à l'arrière-plan, du fait que la région qui nous occupe n'est pas attractive pour quiconque veut faire une carrière médicale :

on n'y trouve ni grands hôpitaux, ni grands pontes, ni abondance de ressources cliniques, ni clientèle fortunée dans les mêmes ordres de grandeur qu'en Europe. Faute de perspectives de réussite économique comparables à celles offertes en Europe ou même à Beyrouth, faute aussi d'intérêt scientifique notable, le sud du bilād al-Šām n'attire les médecins diplômés qu'en vertu de l'imaginaire et des espoirs religieux et politiques qu'il suscite, ou en raison d'un contrat d'embauche. Pourtant, le recrutement des médecins diplômés n'est pas local pour la grande majorité. Il y a un paradoxe apparent entre le caractère inattractif de la région sur le plan professionnel, et l'origine géographique extrarégionale de la plupart des médecins qui viennent gonfler les effectifs médicaux ; une analyse prosopographique des médecins diplômés par le prisme de la mobilité géographique devrait permettre de l'élucider.

Dans ce but, nous avons toutefois été obligé d'accepter de réduire les formes de la mobilité pour les rendre gérables dans une base de données : l'essentiel de la mobilité humaine, à travers les âges, est quotidienne, et la catégorie de résidence que nous employons pour définir les étapes des trajectoires et les spatialiser. Ce serait déjà sous-estimer la mobilité des individus *lambda* que de s'y fier ; mais les médecins diplômés sont susceptibles de partir en déplacement de quelques jours, quelques semaines et même plusieurs mois. Ainsi que l'observe Paul-André Rosental,

> « l'idée même de caractériser la migration comme un mouvement d'un point à l'autre revient, pour les sciences sociales, à importer de manière indiscutée une catégorie administrative, à savoir la résidence, au cœur de la construction de leur objet […]. Catégorie atomistique, la résidence réduit l'appartenance géographique des individus et des groupes à un point de l'espace, et l'appartenance relationnelle, en particulier familiale, au ménage[916]. »

Pour compenser l'incidence de cette réduction abusive, nous nous sommes employé à replacer l'itinérance des médecins dans la description de leur travail ordinaire. C'est encore un pis-aller, car si l'on peut généraliser l'idée que les praticiens ont leur base de repli dans une institution médicale urbaine, et font des excursions en rayonnant autour de ce pôle, il reste que notre méthode contribue à sous-évaluer le potentiel de diffusion de l'influence du médecin par ses sorties dans les villages. Toutefois, l'information est trop clairsemée pour que nous essayions de dresser une géographie micro-régionale du rayonnement médical, et seule la description fine permet de donner du contenu à l'idée d'influence.

916 Paul-André Rosental, *Les Sentiers invisibles. Espace, familles et migrations dans la France du 19e siècle*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1999, p. 15.

Ethnolocalisme, indigénat, intégration sociale et acculturation

Cette première série d'observations en appelle une seconde. Composée de praticiens originaires d'ailleurs (des ailleurs qui varient de quelques encablures à quelques milliers de kilomètres), la population des médecins est généralement étrangère à la population locale. Quelle incidence ce fait a-t-il sur les carrières ? Est-ce qu'il inhibe l'installation durable sur place, signe d'intégration locale ?

La réponse à cette dernière question semble dépendre du degré de proximité culturelle entre le médecin et ses patients, qui rend leurs interactions plus ou moins aisées. Ce n'est sans doute pas une variable indifférente, à condition toutefois de ne pas occulter la contraposée de cette hypothèse. L'intégration sociale quelque part ne détermine pas en elle-même une disposition à s'établir, mais seulement une certaine naturalité des relations sociales qui imite l'autochtonie, et la possession de codes anthropologiques permettant de décrypter les situations créées par la relation médecin-patient ou rencontrées dans la vie courante. Cette connaissance ne suffit pas à rendre plus facile ni pérenne l'installation du praticien. On peut supposer que la proximité culturelle est de nature à faire ressortir parmi les habitants du cru une certaine froideur, lourde de ressentiment à l'encontre du médecin parachuté dans le village : pour décrire ces réactions, on peut empreinter à Jean-François Legrain l'idée d'ethnolocalisme, à savoir « l'appartenance à un espace de solidarité géographiquement délimité et éminemment restreint.[917] » Elle est d'autant plus pertinente ici que cet auteur montre le caractère décisif à long terme, et dans les élections palestiniennes de 1996 encore, des juridictions inférieures de l'administration ottomane que constituent les *nāḥiyyah*-s, qui regroupent tout au plus quelques villages[918]. Dans le cas de figure d'un recrutement extérieur au voisinage, soit restreint, soit élargi à des ensembles régionaux, le fait que le médecin maîtrise les principaux codes culturels en usage peut rendre plus délicate sa position singulière, parce que l'incongruité des normes de comportement inhérentes à la pratique, des relations du praticen avec les patients de l'un et l'autre sexes, ou de ses déplacements est moins excusable. Au complet étranger, on fait plus aisément crédit de son incompréhension et de ses maladresses. Dans cette hypothèse, les médecins ottomans se trouvent placés dans un entre-deux, aux confins de l'autochtonie et de l'hétérochtonie.

917 Jean-François Legrain, *Les Palestines du quotidien. Les élections de l'autonomie, janvier 1996*, coll. « Les Cahiers du CERMOC », Beyrouth, Centre d'Etudes et de Recherches sur le Moyen-Orient Contemporain, 1999, p. 100.

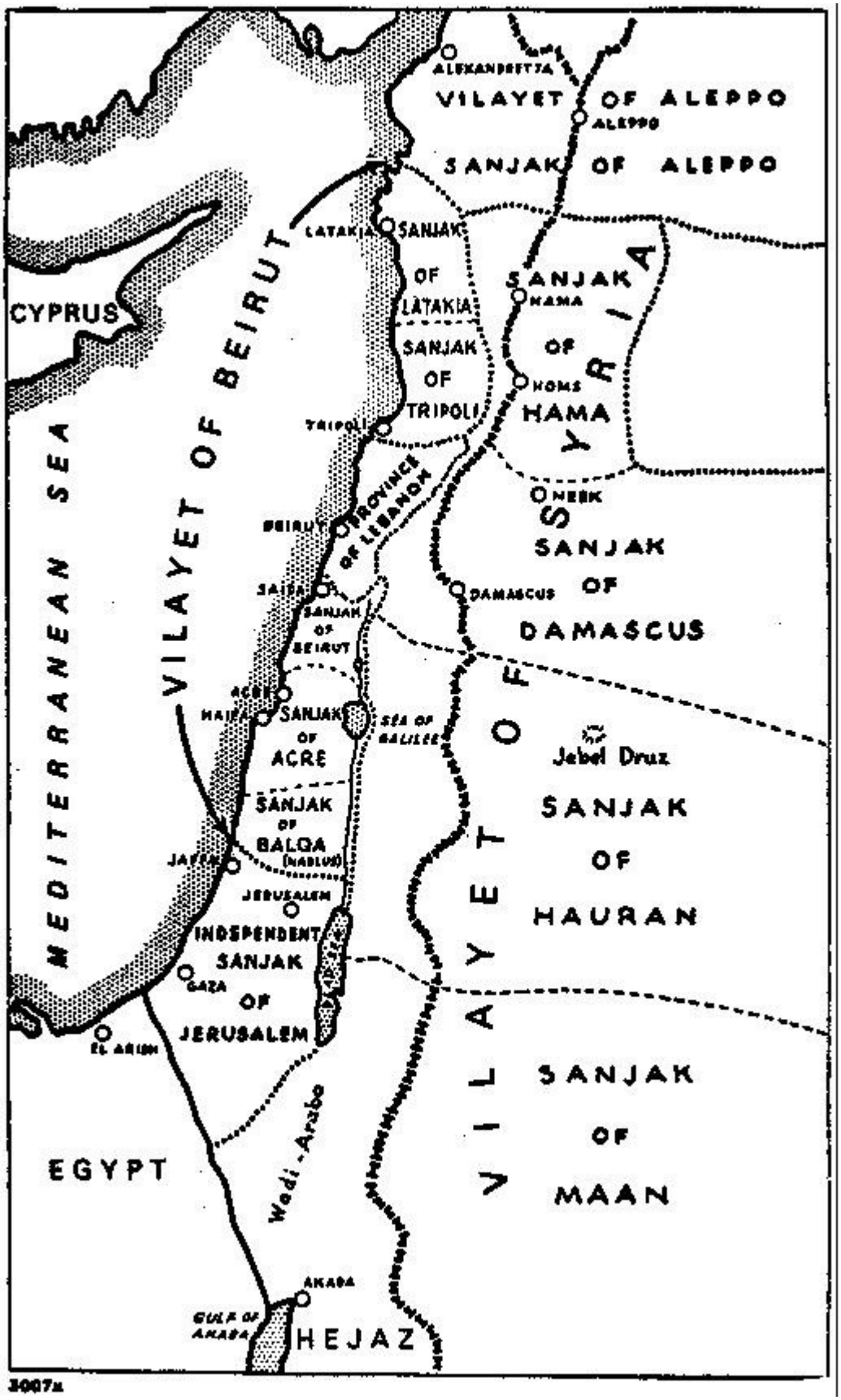
918 *Ibid.*, pp. 103-104.

Le type de carrières offertes aux médecins formés à Beyrouth, au service d'institutions impériales, vient compliquer la question : voilà que le praticien objet du recrutement est qualifié indifféremment d'« indigène » ou de « Syrien ». Le sens de cet indigénat mérite d'être éclairci ; on peut à tout le moins supposer que les choix de carrière des médecins sont affectés négativement par ces divers étiquetages, qui sous-entendent des rapports de domination ou un ostracisme potentiel.

Réalité et vraisemblance des motivations médicales

En outre, les objectifs professionnels des médecins ne sont pas coulés tous dans le même moule. S'établir quelque part n'est pas également désirable par tous, ni à tous moments de la carrière ; on peut penser que le lieu de naissance n'est pas une donnée indifférente dans ce choix, mais ce n'est sûrement pas la seule pertinente. Pratiquer dans le sud du bilād al-Šām peut résulter d'une conviction politique ou religieuse pour un Européen, que son entourage taxe peut-être d'excentricité ; c'est en tout cas un choix lourd de conséquences et potentiellement un frein pour la carrière. En est-il de même pour un médecin syrien, ou bien est-ce plutôt une étape, voire un tremplin ? Là encore, les trajectoires professionnelles portent la trace géographique de ces choix individuels, et leur accumulation devrait permettre de trancher entre nos hypothèses.

L'organisation de cette étude vise à la fois à rendre évident l'augmentation des effectifs médicaux qui incite à décrire les années 1871-1918 comme une période de médicalisation, et à désamorcer les risques de généralisation abusive contenus dans ce concept en faisant valoir la variété des filières de carrières bien différenciées et les résistances rencontrées sur le terrain. Le point de départ est un travail statistique qui requiert tout d'abord une mise au point méthodologique.



Carte n° 1 : Les divisions administratives de la Syrie ottomane, 1914. (Source : http://domino.un.org/unispal.nsf/cf02d057b04d356385256ddb006dc02f/aeac80e740c782e4852561150071fdb0!OpenDocument, consulté le 01/05/2007.)

Chapitre 5 : Outils et matériaux – Eléments de méthodologie

Introduction :

La construction des outils géographiques et sociologiques d'une étude sur base de données expose de multiples façons l'historien au risque de la réduction, voire de la simplification abusive. Aux limites de la documentation, cohérente ou éparse, et au caractère sélectif de la narration historique, s'ajoute l'obligation de formalisation. Celle-ci transforme très fortement le raisonnement de l'historien, puisqu'elle l'oblige à faire le choix des critères les plus inclusifs et les plus significatifs, pour le munir d'un jeu aussi complet que possible de classifications, et le mettre en mesure d'en tirer des conclusions statistiques. Ce travail préalable est nécessaire pour situer les médecins à une échelle macroscopique dans des tendances lourdes des transformations du sud du bilād al-Šām ; mais pour opérer une telle contextualisation, il faut décontextualiser et réduire des situations très différentes à un nom, un mot, un chiffre même, afin de permettre le dénombrement des similitudes. Il en ressort une distribution spatiale significative mais désincarnée. Elle appelle en complément un traitement sociologique de la base de données, à la recherche d'explications différenciées derrière les phénomènes statistiques. Les outils qui guident notre approche du terrain sont d'abord holistes, mais la nature des informations impose de faire le lien avec une approche individualiste.

De prime abord, nos données sont de l'ordre de l'identification et de la localisation géographique, éventuellement de l'histoire singulière et de l'ancrage sociologique. C'est le reflet du choix du diplôme comme critère discriminant de notre population : il atteste des compétences d'un individu qu'il permet d'identifier. Repérer les médecins diplômés devient un enjeu pour les facultés et les institutions médicales, à qui ces informations procurent des garanties sur les détenteurs des diplômes et les moyens d'intervenir dans leur pratique, ou de maintenir des liens avec eux. En faisant ressortir les origines et les trajectoires, déduites de la succession des localisations, nous empruntons et répétons l'approche et les modes de pensée

des acteurs du champ médical, en particulier de l'administration des facultés de médecine. L'importance que nous accordons ainsi à la confession religieuse comme élément d'identification, et comme partie intégrante de l'origine des médecins diplômés, découle notamment du poids que la FFM et les fondations missionnaires accordent à cette information. On dira que la finalité de celles-ci n'est pas la nôtre, mais qu'il y va surtout de problèmes d'orientation et de gestion de l'influence de la faculté pour les jésuites, et de normes de recrutement pour les missions, et que par conséquent, il est abusif de projeter les catégories d'informations individuelles recueillies par les facultés sur l'ensemble de la carrière ultérieure. Le risque serait, en suivant les catégorisations utilisées par les institutions, de plaquer des critères sans pertinence réelle dans la vie des médecins, tout en négligeant d'autres dimensions plus significatives. Il ne pouvait donc être question de nous cantonner aux sources produites du côté des facultés et des employeurs.

Ici, la dispersion des sources, difficiles pourtant à réduire à des catégories communes, joue en notre faveur. Elle fait apparaître, à travers les publications, conférences, etc., d'autres liens entre facultés et médecins, ou l'insertion de ces derniers dans d'autres réseaux de sociabilité que ceux de l'*alma mater*. Il reste que les origines et le fait migratoire sont prépondérants et définissent des profils de carrière récurrents, au prix bien sûr de simplifications. En définitive, la catégorisation de l'information à laquelle invitent les sources facilite grandement le repérage géographique des médecins ; en revanche, elle laisse en creux, dans les marges et les remarques incidentes, l'environnement sociologique et les circonstances fortuites qui orientent les carrières.

De même que les approches géographique et sociologique sont inséparables, parce qu'elles procèdent du travail de formalisation des mêmes données, de même, les questionnements problématiques se répondent. Lorsque nous constatons l'augmentation globale du nombre de médecins et leur dispersion dans un nombre croissant de localités, nous devons nous demander à la fois ce que sont les logiques qui induisent cette spatialisation de la profession médicale, et ce qui, dans les choix des praticiens, rend la région attractive. Dans ce cas, les attraits de la localité d'arrivée sont rarement seuls en jeu : les modalités de recrutement semblent illustrer à l'échelle individuelle des pressions institutionnelles qui vont dans le sens de l'accroissement des effectifs. Toutefois, une fois encore, les mécanismes sociologiques à l'oeuvre demandent confirmation à partir de cas précis.

Dans un autre ordre d'idées, l'insertion des médecins sur le terrain pose à nouveau la question de la pertinence de l'espace que nous avons défini et assigné à notre étude. Une bonne partie des institutions médicales s'inspire d'un imaginaire géographique qui prévaut, vu

d'Occident, sur les faits territoriaux contemporains ; mais les médecins qui s'installent dans la région obéissent à des motivations toutes particulières, que ce soit la fascination millénariste de la « Terre sainte » ou le sionisme.

Avant d'aborder, au chapitre 6, l'exploitation géographique de la base de données, et au chapitre 7, son versant sociologique, nous voulons ici retracer la constitution de information, avec les difficultés qu'elle nous a données. Nous verrons donc tout d'abord la mise en place des catégories d'analyse que les sources, tantôt dictent, tantôt suggèrent. Puis nous chercherons à faire ressortir, dans la succession des sources utilisées dans la base de données, des ordres d'informativité différents d'un type de document à un autre ; le but est de déterminer les informations les plus communes et par conséquent les plus quantifiables, et celles qui, par leur caractère fugitif et leur confinement à des sources ponctuelles, donnent au contraire un éclairage qualitatif.

I – Constitution d'une population statistique : les médecins ayant exercé dans le sud du bilād al-Šām entre 1871 et l'automne 1918

A – Identification et origines

Afin de répondre à nos interrogations, nous avons soumis les informations nominatives dont nous disposions sur une population de médecins diplômés, à un traitement statistique. Les critères de sélection étaient au nombre de deux. D'une part, il fallait ne considérer que des médecins ayant un diplôme émanant d'une école ou d'une faculté de médecine, mais pas nécessairement le Diplôme d'Etat Ottoman leur donnant le droit d'exercer dans l'Empire. D'autre part, il fallait qu'ils aient exercé dans le sud du bilād al-Šām à une date quelconque entre 1871 et l'automne 1918, quand la présence ottomane dans la région prend fin. Nous avons sérié les éléments de trajectoires par étapes successives. La première série d'information englobait toutes les données de naissance : outre le nom, la date et le lieu de la naissance, ainsi que l'appartenance confessionnelle. Ensuite venait la formation universitaire et les conditions d'obtention du doctorat et du diplôme d'Etat ottoman, eu égard à la grande rareté des informations sur l'éducation antérieure. Après cela, nous cherchions à retracer les

débuts de carrière, puis l'installation dans le sud du bilād al-Šām ; le départ éventuel de cette dernière région, et la carrière ultérieure ; le mariage ; enfin, l'ensemble des fonctions institutionnelles occupées, au service de l'administration médicale civile ottomane ou bien d'organisations tant religieuses que politiques.

Plusieurs problèmes se sont posés à nous à ce stade : en premier lieu, notre information était compilée à partir de sources très hétérogènes, qui, sauf exception, ne donnaient pas à voir des trajectoires. Le résultat était pointilliste, et nous avons dû généraliser des observations sur la carrière et ses motivations à partir de quelques cas, afin de reconstituer la continuité d'une vie ; nous avons, de ce fait, péché par souci de continuité. En deuxième lieu, nous voulions reconstituer les caractéristiques de l'identité de chacun des médecins, afin de distinguer leurs origines ; mais cette entreprise était passablement problématique. On peut tirer des informations du nom de famille ou du prénom ou du lieu de naissance quant à l'appartenance confessionnelle ; mais une marge d'ambiguïté persiste dans tous les cas. En troisième lieu, nous nous sommes surtout attaché à la mobilité spatiale, parce que la mobilité sociale, qui accompagne souvent les changements d'affectation, nous posait une variété de questions. Dans l'Empire ottoman de la fin du 19^{e} et du début du 20 siècle, comment situer la profession médicale en terme de statut social ? Est-ce que la carrière de médecin est perçue à l'époque comme propice à la mobilité sociale ascendante ? Est-elle lucrative, ou du moins dans quelles circonstances peut-elle l'être ? Quelles sont les fonctions dont peut se prévaloir le médecin pour accroître son prestige et sa notoriété ? Nous étions en mesure de répondre ici et là, au coup par coup, mais non pas de systématiser les informations pour donner des tendances d'ensemble. Est-ce que les études académiques de médecine tenaient leurs promesses pour les jeunes Ottomans qui les tentaient ? Nous étions mal armé pour répondre.

1 – L'onomastique

Chacune de ces informations permet d'appréhender une partie du problème, sans pour autant être transparente. Le nom, pris isolément, est trompeur, à deux titres au moins. En tant qu'identifiant, il ne fonctionne pas avec une efficacité égale d'une aire culturelle à une autre ; tout ici est affaire d'usage. Dans la très grande majorité des cas, l'administration ottomane ne donne dans ses annuaires administratifs, les *sālnāmah*-s, que le prénom du fonctionnaire, accompagné de son titre (effendi, bey ou paşa) : à fins de bon gouvernement, il suffit à la Sublime Porte de savoir que Šahdān Effendi est médecin de la municipalité de Safad en 1881-

1882[919], et que Šawkat Effendi est en poste auprès de celle de Ma‘an de 1898 à 1900[920] pour les identifier entre tous les employés de l'Administration médicale civile. Il n’en va pas de même dans les provinces arabes de l’Empire ottoman ni dans le reste de la partie orientale du bassin méditerranéen, où les pratiques d'appellation des individus sont différentes ; mais en raison de la transmission fréquente du prénom du grand-père au petit-fils, ou quelquefois du père au fils comme dans le cas des Drs Nicéphore Mazaraki et Nicéphore jr. Mazaraki[921], le risque de confusion est toujours là. Il ne nous reste alors qu’à démêler le vraisemblable dans leurs carrières respectives, et par exemple à déduire que le père, qui jouit à Jérusalem d’une très bonne réputation et d’une clientèle triée sur le volet, a peu de chance d’être celui des deux qui assure des intérims à répétition dans différents hôpitaux de la ville[922].

Le deuxième risque est inhérent à la démarche que nous venons d’adopter, à savoir à la déduction d’autres informations à partir du nom et du prénom – mais aussi bien à partir du lieu de naissance. L’inférence de la religion ou de l’appartenance à une *hamūlah* à partir de l’onomastique ou de l’origine géographique n’est pas un exercice illégitime. La pratique est sanctionnée par les habitudes des habitants du bilād al-Šām : on s’en sert habituellement pour obtenir des informations sur l’appartenance confessionnelle qu’il serait indélicat de demander directement, mais qui sont nécessaires afin de se positionner par rapport à son interlocuteur dans un espace social segmentaire. C’est un indice minimal, et dans le meilleur des cas, le nom seul permet uniquement une identification religieuse très générale : que dire d’un Dr Khoury (et nous en avons compté quatre sur notre période), sinon qu’il est chrétien comme le prête (*Ḫūrī* en arabe) qu'il compte parmi ses aïeux ? Nous nous sommes donné pour règle de ne remplir les trous de la documentation qu’*a minima*, en évitant de décider en faveur du seulement vraisemblable, hormis lorsque l’alternative nous paraissait incongrue comme dans le cas des Drs Mazaraki.

919 *Sālnāmah*, province de Syrie, 1299 AH / 1881-1882 AD, p. 219.
920 *Sālnāmah*, province de Syrie, 1316 AH / 1898-1899 AD, p. 226 ; 1317 AH / 1899-1900 AD, p. 233.
921 Schwake, *Op. cit.*, vol. 2, p. 483.
922 MAE Nantes, Jérusalem, E, 26, n°16 : du consul de France à Jérusalem à l’Ambassadeur de France à Constantinople, de Jérusalem, 15/02/1909 ; MAE Quai d’Orsay, CPC, NS Turquie, 430 : de Gueyraud au Ministère des Affaires Etrangères, de Jérusalem, 08/11/1910.

2 – Les données de naissance : lieu et confession religieuse

a – Lieu de naissance, immigrations, autochtonie et identité

Le lieu de naissance est un indice pour appréhender l'autochtonie ou l'hétérochtonie d'un individu et pour évaluer la part éventuelle d'ethnolocalisme, c'est-à-dire de préférences guidées par l'identification à une origine géographique autant que par des considérations de lignage[923], dans son parcours. C'est aussi un révélateur du contexte d'immigration des praticiens venus d'Europe. C'est encore un outil nécessaire (mais non suffisant) de précision de l'appartenance confessionnelle, lorsque le nom prête à confusion. Certains noms, certains lieux sont indéchiffrables, à moins de connaître, en sus du nom et du lieu de naissance, la composition confessionnelle de cette localité. A titre d'exemple, nous n'avons pas été en mesure de déterminer la religion du Dr Rašīd 'Abdallah, médecin au nom passe-partout, né en 1875 dans le village de Choueifat, localité où vivaient et vivent toujours ensemble druzes et maronites[924], et installé à Acre en 1909[925].

Ce qui est vrai du point de vue confessionnel, l'est aussi sur le plan de l'intégration à l'environnement local : une partie des médecins arrivent au milieu des principaux flux migratoires de l'époque, marqués, selon les motivations personnelles et l'environnement social dans lequel les nouveaux arrivants s'installent, par une propension plus ou moins grande à l'adaptation socioculturelle. Les vagues de migrations internes et d'immigrations en direction du Proche-Orient, à la fin du dix-neuvième et au début du vingtième siècle sont nombreuses, causées tantôt par une inspiration religieuse ou politique, tantôt par des expulsions ou des persécutions de masse, et souvent par une superposition de ces motifs. Ce qui les singularise, c'est d'abord le rapport qu'une partie des migrants entretiennent à l'imaginaire religieux associé au lieu d'arrivée. Avant 1918, c'est nettement moins le volume des migrations que leurs motivations qui font de la région de notre étude un espace à part dans un Empire ottoman.

De fait, les données que nous avons réunies devaient être contextualisées au moins de trois façons pour prendre sens, et pour que nous puissions considérer comme probant les profils de carrière que nous cherchions à établir. La première était de voir si une installation

923 Legrain, *Op. cit.*, pp. 100-101.
924 Jean Ducruet (dir.), *Livre d'Or de la Faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph, 1883-1983*, Beyrouth, Université Saint-Joseph, 1992, p. 155.
925 *BAAEFFM*, Vol. 2, 1909-1910, p. 35.

donnée dans la région faisait partie d'une vague migratoire. Dans l'affirmative, la deuxième était de nous interroger sur les motifs de la vague de migration à laquelle le médecin se rattachait. La troisième était de voir si les migrations de médecin vers le sud du bilād al-Šām – ainsi que leur éventuelle réémigration – avaient quelque chose d'exceptionnel, de particulier à la profession, ou bien si elles accompagnaient seulement des tendances générales. L'importance des installations liées à des fonctions institutionnelles et la part démesurée du nombre de chrétiens dans le lot ont tôt fait de nous convaincre que les tendances migratoires globales avaient une importance moindre que les motivations spécifiques des médecins.

De quelles vagues d'immigration parlons-nous au juste ? L'ensemble est très bigarré, même si les effectifs sont quelquefois dérisoires. Durant notre période, le sud du bilād al-Šām accueille des immigrants allemands qui se revendiquent les héritiers des Templiers, des colons américains et suédois d'inspiration messianique, des esclaves originaires de l'ouest du Soudan et du Tchad actuel, des combattants musulmans d'Algérie fidèles de l'émir ʻAbd al-Qādir, des Tcherkesses chassés du Caucase par l'expansion de l'Empire du Tsar, des Arméniens rescapés de 1915, des juifs et des musulmans marocains, des babis et bahaïs fuyant les persécutions de leurs sectes en Iran, etc. Bon nombre de ces communautés se concentrent, dans les villes en expansions ou, plus rarement, à la campagne, en Galilée ou dans la vallée du Jourdain surtout.

Ces différentes populations immigrées constituent des minorités très visibles, par leurs habitudes culturelles et notamment vestimentaires : nombreux sont les clichés de Tcherkesses en chapeau d'astrakhan ou de juifs polonais portant le *streiml*. Si toutefois l'on met à part le pittoresque recherché par les photographes, ces flux ne donnent pas à la région, ou pas encore, le profil mouvant d'une société d'immigration. Certaines populations choisissent l'assimilation, d'autres, d'origine européenne pour l'essentiel, portent haut, au contraire, leur différence culturelle : il n'y a pas d'uniformité en la matière, ni du côté des réactions de l'opinion publique locale en face des nouveaux arrivants. L'appartenance confessionnelle, en particulier, n'est pas une étiquette invariablement attachée aux nouveaux arrivants, alors que pour les médecins elle est très fréquemment évoquée. L'intégration plus ou moins poussée des migrants se dessine dans la langue d'usage courant, dans les cercles de sociabilité, dans l'implication sociopolitique des personnes, etc., et de ce point de vue il n'y a pas de loi sociologique de l'assimilation des immigrés en fonction de l'origine ou la confession religieuse.

De fait, pour la plus grande part des travaux qui constituent le débat historique autour des migrations en direction du Proche-Orient puis de la Palestine mandataire, la place des immigrés n'est pas abordée principalement selon une problématique de relations culturelles

entre des minorités visibles et la majorité démographique. C'est le rapport démographique entre autochtones et immigrés, entre juifs et arabes ou entre arabes autochtones et le reste des résidents qui fait débat. Le choix de l'une ou l'autre de ces définitions des agrégats à dénombrer a une signification téléologique très claire, et renvoie à la question de la légitimité des nationalismes en conflit – le sionisme comme nationalisme juif et le nationalisme palestinien comme nationalisme à la fois arabe et régional – comme mouvements organiques et anticoloniaux. Dans la bataille de chiffres que se livrent aujourd'hui divers experts, les données socioprofessionnelles sont secondaires, et la population des médecins en particulier est envisagée comme un facteur structurel de développement proto-étatique. C'est là une formulation essentiellement retrospective des enjeux des relations entre autochtones et immigrés.

L'historiographie de la démographie palestinienne et de sa composante migratoire est très facilement l'objet de récupérations idéologiques. La plupart des spécialistes s'accordent sur le fait d'une augmentation importante de la population entre 1850 et 1914, encore que Beshara Doumani souligne la difficulté de proposer une évaluation sérieuse de la population de la région dans la première moitié du dix-neuvième siècle[926]. Les historiens de la démographie se divisent sur trois sujets principaux connexes : la part relative de l'accroissement naturel et du solde migratoire avec l'Egypte ou les circonscriptions administratives voisines de l'Empire ottoman, dans l'augmentation de la population arabe ; la validité ou non des recensements ottomans ; et la répartition confessionnelle au sein de l'agglomération la plus chargée de symboles et d'enjeux conflictuels, Jérusalem.

La question du solde migratoire, qui nous préoccupe ici, a été mise sur le devant de la scène par Joan Peters dans un ouvrage à sensation mais sans crédit scientifique, *From time immemorial*[927] ; l'auteur attribue l'essentiel de la croissance économique de la Palestine à partir des années 1850 aux activités des sionistes, et explique la quasi-totalité de la croissance démographique du pays et notamment des régions côtières par ce facteur, mélangeant au passage migrations internes (à l'Empire ottoman puis au mandat de Palestine) et migrations entre pays voisins, et effaçant de son étude les migrations arabes à partir de la Palestine à cet époque, vers l'est du Jourdain et l'Amérique latine notamment. L'historien israélien Yehoshua Porath, dans sa recension très critique de l'ouvrage[928], développe un argumentaire qui le conduit à revaloriser l'accroissement naturel de la

926 Beshara Doumani, « The political economy of population counts in Ottoman Palestine : Nablus, circa 1850 », in *IJMES*, 02/1994, vol. n°26, n°1 (1-17), p. 16, note 39.

927 Joan Peters, *From time immemorial. The Origin of the Arab-Jewish conflict over Palestine*, New York, Harper & Row, 1984, *passim*.

928 Yehoshua Porath, « Mrs Peters' Palestine », in *The New York review of books*, 16/01/1986, vol. 32, n°21-22, mis en ligne à http://www.nybooks.com/articles/5249, consulté le 01/05/2007.

population autochtone à la fin de l'époque ottomane et sous le Mandat. Ses vues nous intéressent car il attribue la transition démographique en Palestine à la mise en place d'hôpitaux et de centres de soins médicaux par les Ottomans et les Occidentaux à partir des années 1850, qui selon lui ont permis une chute notable de la mortalité infantile. Cela présuppose que les institutions médicales aient un effet mécanique sur les statistiques démographiques ; un des postulats de notre étude est justement de révoquer cette hypothèse en doute, en montrant notamment les réticences des autochtones à l'égard des agents de la médicalisation.

Indépendamment des enjeux idéologiques, ces deux approches souffrent de mettre en avant des facteurs globaux de transformation, l'économie sioniste ou la médecine et la santé publique. Pour obvier ce risque, Alexander Schölch a choisi de contextualiser à une échelle plus réduite les évolutions, et a analysé l'évolution démographique, région par région, des circonscriptions administratives de Jérusalem, Naplouse et Acre, entre les années 1850 et les années 1880[929]. Au bout du compte, il propose une plus grande variété de raisons et notamment un faisceau d'explications structurelles et épidémiologiques qui envisage la baisse de la mortalité dans une perspective qui, d'un point de vue de santé publique, est plus convaincante. D'après cet auteur, la population palestinienne aurait cru à partir du milieu des années 1860 – et pas avant – en raison de l'espacement des épidémies de choléra après la brutale saignée de 1865-1866, et en raison de l'imposition effective de l'ordre public dans la région dans ces mêmes années 1860, ce qui aurait ouvert la voie à une croissance économique accélérée. La croissance économique n'a peut-être pas d'effet mécanique sur la croissance démographique, mais elle concourt très efficacement à la réduction de la mortalité en général. Dans le cas qui nous intéresse, elle s'accompagne de migrations intérieures importantes, notamment à partir du Liban. Schölch se refuse à trancher entre les différents facteurs, mais il s'abstient également de leur donner une signification dans un récit national associant « une terre sans peuple » à « un peuple sans terre », ou opposant « indigènes » et « intrus ».

Sans nous étendre davantage sur une vaste littérature, retenons l'idée que la croissance économique de la deuxième moitié du dix-neuvième siècle a une multiplicité d'effets induits, dont une amélioration tendantielle de l'état général de santé de la population. Elle donne une relative attractivité à la plaine côtière et aux villes saintes de Jérusalem et Nazareth[930], sachant qu'une partie notable des migrations revient à un déplacement de

929 Alexander Schölch, « The demographic development of Palestine, 1850-1882 », in *IJMES*, 11/1985, vol. 17, n° 4, pp. 485-505.

930 Il est dommage que Fred M. Gottheil se soit départi de sa neutralité axiologique dans un article récent, au titre ambitieux, sur la dimension économique des migrations vers la Palestine (« The smoking gun, Arab

quelques kilomètres, pas plus, et à la fondation d'une *hirbah*, un hameau situé non loin du village d'origine sur des terres mises en valeur à la faveur de la croissance agricole. Comme on le verra au chapitre 7, les médecins participent moins de ces migrations extrêmement localisées, et évoluent au cours de leur carrière sur de plus longues distances.

Il faut faire une place à part aux immigrations juives – le pluriel est ici de rigueur – qui sont arrivées dans l'Empire ottoman à partir des années 1830, et qui du reste ne se sont pas systématiquement installées dans le sud du bilād al-Šām, mais aussi à Alep, à Bagdad ou à Beyrouth. Elles se sont acculturées à des degrés divers selon qu'elles se sont installées dans des villes où une communauté existait de longue date, ou dans des colonies juives : c'est l'idée que recouvre l'opposition historiographique entre « vieux *Yichouv* » (les communautés juives, d'inspiration supposée essentiellement religieuse, installées dans le sud du bilād al-Šām avant la montée en puissance du mouvement sioniste) et « nouveau *Yichouv* » (les immigrés sionistes)[931]. Au reste, déduire à partir de l'onomastique qu'un médecin est d'une famille originaire d'Europe centrale ou orientale est souvent payant, mais on peut se tromper d'une ou deux générations quant à la date d'immigration. L'éclairage supplémentaire que donne la connaissance du lieu de naissance permet alors de resituer les individus dans une société où les frontières communautaires sont moins accusées, durant notre période, qu'elles ne le deviennent après la Première guerre mondiale. On voit ainsi des enfants originaires de colonies juives fréquenter les facultés de médecine de Beyrouth et donc, par la force des choses, se faire des relations bien au-delà des frontières communautaires. Est-ce à dire que cette sociabilité est durable et constitue un indicateur d'insertion en milieu autochtone ? Rien n'est moins sûr, mais le souci des

---

immigration into Palestine, 1922-1931 », in *The Middle East Quarterly*, 11/2003, vol. n°10, n°1, mis en ligne à http://www.meforum.org/article/522/, consulté le 01/05/2007), au début duquel il appelait d'ailleurs à désidéologiser l'histoire démographique du Proche-Orient ; car son idée centrale est certainement valide, selon laquelle la croissance agricole et industrielle, plus rapide à l'intérieur du Mandat de Palestine que dans les Etats voisins, ne peut manquer d'avoir attiré des migrants économiques. Le problème est que son raisonnement pèche à divers niveaux. En premier lieu, l'auteur attribue abusivement le gros de la croissance dans les zones les plus attractives à l'économie sioniste, un jugement à tempérer fortement au vu des investissements consentis – malgré elle, le plus souvent – par la puissance mandataire, et du fait que l'économie arabe palestinienne connaît aussi un dynamisme qui ne se résume pas à quelques *success stories* d'hommes d'affaires entreprenants et occidentalisés. En outre, il met en avant les motivations économiques des migrants à partir, en négligeant la réticence anthropologique forte des habitants du Proche-Orient à voyager et *a fortiori* à devenir des déracinés. Enfin, son but est de montrer le poids des migrations clandestines, qui ont par nature d'être difficiles à quantifier. Ce faisant, non seulement il sous-estime l'activité de la police mandataire, mais en outre il oublie le fait que les migrants répugnent souvent à se jeter dans l'inconnu en voyageant à longue distance, et que beaucoup des transferts de population associés par l'historiographie à l'exode rural sont en fait des migrations de courte distance, de village à village ou de village à bourg (cf Rosental, *Op. cit.*, pp. 34-40).

931 Jeff Halper, *Between redemption and revival. The Jewish Yishuv of Jerusalem in the nineteenth century*, Boulder / San Francisco / Oxford, Westview Press, 1991, *passim*, notamment pp. 1-5, où cet auteur signale les ambiguïtés de la distinction entre les deux *Yichouv*, souvent reconstruite *a posteriori* par l'historiographie à des fins idéologiques.

facultés de cultiver l'esprit de corps de leurs diplômés nous incline à le penser. Nous avons eu l'occasion d'évoquer la branche de Jérusalem de l'association des anciens du SPC ; les travaux de Michelle Campos sur la loge franc-maçonne Barkai à Jaffa fournissent aussi une illustration de la sociabilité interconfessionnelle entre gens éduqués, et du reste on y retrouve un certain nombre de médecins comme les Drs Albert / Abraham Abū Šadīd et Joseph Rosenfeld[932]. le fait est que les relations entre les habitants des colonies juives et leurs voisins arabes sont moins conflictuelles parmi les immigrés arrivés avant 1904 que parmi ceux qui constituent, à partir de cette date, la deuxième *Aliya* (vague d'immigration sioniste)[933].

Une observation incidente découle de nos interrogations sur la construction sociale de l'étrangeté du médecin au sein de la population au milieu de laquelle il travaille : nous avons admis plus haut que les origines géographiques plus ou moins éloignées des médecins affectaient, dans un sens à étudier, leur insertion locale sur le plan professionnel. Implicitement, nous avons admis que les praticiens originaires du lieu, et dans une certaine mesure de la région, bénéficiaient de quelque chose de plus, à savoir qu'ils sont d'emblée intégrés socialement dans la localité où ils travaillent. Peut-être est-ce là une conclusion hâtive. L'intégration sociale repose pour partie sur les représentations de l'entourage des individus « intégrés », mais aussi sur la participation de ceux-ci à la vie sociale locale et sur leur intériorisation d'un certain nombre de croyances et d'idées autochtones. Vu sous cet angle, l'apprentissage universitaire de la médecine produit, y compris chez les fils du pays, une étrangeté par rapport aux pratiques et savoirs médicaux en usage. Il en résulte à la fois une capacité à jeter là-dessus un regard critique et réfléchi, et une difficulté à en rendre raison, à en exhiber la cohérence ou le contexte, par suite de l'assimilation, en faculté, d'un discours médicalisant. Les médecins diplômés ne deviennent pas, en vertu de leur apprentissage, prophètes ou étrangers en leur pays, mais leur formation change leur regard sur les formes autochtones de médecine dans les lieux dont ils sont originaires ; et ce changement les amène à considérer la pratique médicale autochtone au moyen de tropes intellectuels de même nature que ceux qu'on retrouve dans l'appréciation des médecins immigrés – à savoir les jugements de valeur et l'exotisme. Il n'est pas insignifiant que le principal ouvrage ethnographique consacré aux formes de médecines religieuses, publié en 1914 par un autochtone, le Dr Tawfīq Canaan, réunisse ces deux motifs dans son titre, *Aberglaube und Volksmedizin im Lande der Bibel* [Superstition et médecine populaire au pays de la Bible ; la

932 Michelle Campos, « Freemasonry in Ottoman Palestine », in *Jerusalem Quarterly Files*, printemps 2007, n° 22-23, p. 45 & 51.

933 Jean-Marie Delmaire, *De Jaffa jusqu'en Galilée. Les premiers pionniers juifs (1882-1904)*, Paris, Presses Universitaires du Septentrion, 1999, pp. 111-112.

construction du substantif désignant la superstition lui donne, en allemand, une connotation aussi péjorative qu'en français][934]. Méfions-nous, par conséquent, de faire de l'autochtonie ou de l'hétérochtonie des personnes un déterminant du rapport que les praticiens entretiennent avec la variété des formes de médecine rencontrées sur le terrain.

b – Appartenance confessionnelle

L'appartenance confessionnelle est considérée comme une donnée de naissance dans l'Empire ottoman, et encore aujourd'hui dans une bonne partie du monde musulman : elle dépasse la question de la foi effective des individus, et constitue un marqueur individuel, qui contribue à définir un positionnement dans le monde social. Elle constitue néanmoins une catégorie en redéfinition dans le courant du dix-neuvième et au début du vingtième siècle. Les rescrits impériaux de 1839 et 1856 définissent l'égalité en droit entre les sujets ottomans dans le cadre des communautés confessionnelles, les *millet*-s* : tous les sujets du sultan ont les mêmes droits, mais tous sont définis devant la loi par leur appartenance religieuse. La situation ainsi créée est marquée par la montée en puissance des chrétiens orientaux[935], tant au sein de l'administration ottomane que dans le sillage des constructions massives d'églises, d'écoles, d'hôpitaux, etc., entreprises par les Eglises occidentales dans le bilād al-Šām. La nature confessionnelle des facultés qui se créent à Beyrouth est un atout supplémentaire pour ce segment de la population ottomane, ainsi attiré vers les professions libérales et notamment la médecine.

L'arrivée de plus en plus nombreuse des immigrés juifs européens à partir des années 1860, soit par dévotion religieuse, soit par conviction sioniste, donne une pertinence supplémentaire à l'analyse en termes confessionnels. D'une part, l'égalité en droit entre tous les sujets, instaurée une première fois par l'administration égyptienne d'occupation dans les années 1830, puis des rescrits impériaux de 1839 et 1856, retire l'obstacle à l'immigration que constituait pour les non-musulmans l'inégalité civique, formelle ou réelle, par rapport aux sujets musulmans. D'autre part, et quelles que soient les motivations personnelles de la démarche, le flux des immigrants suscite, au sein des différentes institutions communautaires juives en Europe, une volonté de régénérer le vieux *Yichouv*, qui inclut une dimension sanitaire et médicale[936]. Aux nouveaux arrivants se joignent des praticiens, dans des effectifs

934 Canaan, *Op. cit.*

935 Jonathan Frankel, *The Damascus affair. « Ritual murder, » politics, and the Jews in 1840*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997, p. 55.

936 Sur l'attitude contrastée des juifs orthodoxes à l'égard des projets de réforme urbaine et leur ralliement à

modestes mais significatifs par rapport à la population totale des médecins diplômés installés sur place.

Ces deux effets conjugués engendrent une distorsion statistique du recrutement médical, si l'on prend pour terme de référence la population de la région, à très large majorité musulmane sunnite. L'écart est irréductible à une conséquence du processus de sélections des sources, lequel n'est assurément pas neutre mais ne saurait expliquer la rareté des occurrences incidentes des médecins issus de la religion majoritaire. Ceux-ci apparaissent notamment comme médecins de l'administration ottomane dans les *liwā'** et les municipalités ; mais les effectifs ainsi dénombrés sont très limités, et d'ailleurs visiblement incomplets. Le recensement ottoman de 1897 dénombre 169 médecins et chirurgiens (« *tabib ve cerrah* »)[937] rattachés à la fonction publique impériale (« *memurîn ve haderne ve sairenin* ») ; parmi eux, 4 sont affectés à la province de Beyrouth, 3 à celle de Syrie, et un à la *mutaṣarrifiyyah* de Jérusalem[938]. Ce dernier chiffre, à tout le moins, est une erreur : à cette date, le gouvernement ottoman emploie à Jérusalem même, outre le Dr Naamé à l'hôpital municipal, le Dr Photios Efklidès comme médecin du district de Jérusalem[939]. L'Administration médicale civile embauche des médecins de toutes confessions, pourvu qu'ils soient munis du DEO. En revanche, la nature confessionnelle des facultés de Beyrouth induit les étudiants musulmans à préférer les écoles de médecine d'Etat, ce qui facilite ensuite leur recrutement dans la fonction publique. Le fait confessionnel est un « fait social total »[940], dont les répercussions sont multiformes et ne dépendent pas nécessairement d'une causalité linéaire ou d'une intentionnalité directe et individuelle des acteurs. Les conséquences cumulées en sont cependant remarquables, et il nous faut l'intégrer à notre analyse comme une donnée de naissance, susceptible de produire un effet de sélection à divers moments de la carrière.

3 – Les faits d'éducation : les données sur la formation et leurs limites

Les faits d'éducation, c'est-à-dire le type d'enseignement reçu, de façon formelle ou

ceux-ci et à la construction d'hôpitaux à Jérusalem : Halper, *Op. cit., pp.* 70-71 et 97-98. Sur la place de la médecine dans les projets du sionisme herzlien : Theodore Herzl, *Altneuland*, Berlin / Vienne, B. Harz Verlag, 1904, notamment pp. 86-88, 136, 174, 178-179.

937 Institut de statistiques – République de Turquie, *Osmanlı devleti'nin ilk istatistik yıllığı 1897 / The First statistical yearbook of the Ottoman empire*, coll. « Historical statistics series », vol. 5, Ankara, Institut de Statistiques – Bureaux du Premier Ministre – République de Turquie, 1997, p. 51.

938 *Ibid.*, p. 52.

939 MAE Nantes, Jérusalem, E, 36, de Ledoulx, à la Société des Eaux Minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), de Jérusalem, 18/03/1897.

940 M. Mauss, « Essai sur le don », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950, pp. 143-279, notamment p. 147 pour la première référence à ce concept.

informelle, et les écoles fréquentées, ne se laissent pas deviner. Aussi notre information est-elle dans l'ensemble plus ténue, à l'exception de la formation universitaire. Il est clair que tous les étudiants admis en faculté ont fréquenté des institutions d'enseignement primaire et secondaire, mais nous n'en avons trouvé que rarement trace. L'exemple de Jurjī Zaydān, qui est admis au SPC malgré son parcours d'autodidacte[941], illustre le fait qu'une éducation secondaire complète n'était pas nécessaire pour entreprendre des études de médecine. En tout état de cause, nous avons collecté très peu d'informations individuelles sur la formation antérieure à l'admission en faculté. Peut-être est-ce l'effet du choix des sources prospectées, mais la dispersion très grande des écoles secondaire ajoute de la difficulté à un tel projet. Nous avons donc mis l'accent sur la trajectoire universitaire des futurs médecins comme moment d'orientation de la carrière.

L'accès à des séries documentaires conséquentes sur le SPC et la FFM crée ici un biais dans notre documentation. Les anciens élèves de l'EIM, et de l'Ecole ottomane de médecine de Damas à partir de 1909, sont, dans le premier cas, plus rares dans nos sources, et, dans le second, rigoureusement absents. Dans l'Empire ottoman, on n'a pas l'habitude de préciser le lieu de formation des docteurs. Lorsque nous rencontrions un médecin ottoman qui n'avait pas été formé à Beyrouth, nous nous sommes limité à tenir compte d'informations sans ambiguïté.

Ajoutons que l'histoire des facultés et de la délivrance des diplômes de médecine ajoute quelques incertitudes de plus. Certains auteurs qui se sont intéressés à l'histoire de la médecine de notre région au dix-neuvième siècle envisagent le diplôme dans l'Empire ottoman comme la sanction d'études dans la faculté qui délivre le titre. De fait, on imagine mal comment un historien, face à un diplôme estampillé d'une université donnée, ne tiendrait pas le fait pour très probable. Toutefois, le présupposé qui va de la prémisse (le diplôme comme objet, avec cachet et signature) à la conclusion (tel médecin a fait ses études dans telle faculté) confond la formation et la sanction du droit d'exercice de la profession. De ce dernier, nous avons dit qu'il était affaire de souveraineté, et par conséquent on ne peut pas toujours déduire qu'un homme a étudié la médecine à Istanbul à partir de son diplôme. La situation de double diplôme, qui est celle des diplômés des facultés de Beyrouth avant les accords de 1898 et 1903, est ici source d'erreur. C'est ce qui arrive avec le Dr Albert / Abraham Abu Chédid, qu'un spécialiste des hôpitaux de Jérusalem au 19e siècle, le Dr Norbert Schwake, présente comme docteur de la faculté d'Istanbul en 1901[942]. En fait, le médecin en question s'est vu

941 Zaydan, *The Autobiography of Jurji Zaydan*, Londres, Three Continents Press, 1990, pp. 45-49.

942 Schwake, *Op. cit.*, vol. 2, p. 513. L'erreur n'incombe pas à Norbert Schwake lui-même, qui reprend ici les informations tirées d'un dictionnaire biographique des premiers sionistes, celui de David Tidhar : *Enziklopedia le-halutzei ha-Yishuv u-vonav* [Encyclopédie des pionniers et des bâtisseurs du Yichouv], Tel

délivrer son diplôme par le SPC dès 1899, à une époque où ce titre n'était pas valide aux yeux de l'administration ottomane, et est parti ensuite passer le DEO à Istanbul[943]. Dans d'autres cas semblables, en revanche, les étudiants quittent les facultés de Beyrouth pour aller finir leur scolarité à Istanbul : une telle situation, qui il est vrai ne survient pas parmi notre population, est de nature à semer le doute en sens inverse.

Quelques années plus tard, c'est la Première Guerre mondiale qui vient jeter le trouble dans les statistiques : la FFM est fermée dès l'automne 1914, et si une petite partie de ses étudiants trouve à gagner la France pour y finir leur médecine, les autres poursuivent leur cursus dans les facultés de l'Empire qui existent encore, en particulier au SPC. Trois ans plus tard, avec la déclaration de guerre des Etats-Unis aux Empires centraux, c'est au tour de la faculté américaine de fermer, et d'être absorbée par l'école de médecine d'Etat jadis installée à Damas. De nouveaux transferts s'ensuivent. Un homme qui entre à la FFM peu de temps avant la Première guerre mondiale, avant de se réinscrire au SPC, est ainsi amené à changer deux fois de faculté : c'est le cas du Dr Judah Barsal, qui après un début de formation chez les jésuites, entre en deuxième année au SPC en 1915[944], et obtient son diplôme de l'Ecole ottomane de médecine relocalisée à Beyrouth depuis 1914[945], laquelle absorbe la faculté américaine quelques mois après l'entrée en guerre des Etats-Unis. Il a donc pu continuer à étudier au SPC, qui a changé de nom entre temps.

Le vagabondages du SPC à la FFM et réciproquement arrivait parfois avant 1914 ; toutefois, avec la Première Guerre mondiale, le changement d'institution n'a plus rien de volontaire ; aussi en avons-nous tenu compte dans la construction des données statistiques. Dans tous les autres cas, nous avons choisi de retenir comme lieu de formation dans notre décompte la faculté où les études ont été finies et dont l'étudiant a obtenu le doctorat, indépendamment du temps passé dans ses salles de cours. C'est un critère arbitraire, mais qui a l'avantage d'être parfaitement univoque, et de traduire le fait que le *cursus studiorum* est l'objet des choix stratégiques des étudiants.

Aviv, s.n., 1966 ; le Dr Abū Šadīd, né à Jérusalem en 1872 (d'après Schwake) ou 1875 (d'après l'annuaire des anciens élèves du SPC) de parents immigrés d'Algérie juste après l'adoption du décret Crémieux, est prénommé tantôt Albert, comme signe d'adhésion à la France qui avait donné leur citoyenneté nouvelle à ses parents, et tantôt Abraham par référence à sa judéité.. En tant que sioniste engagé, qu'homme proche du Consulat de France à Jérusalem et que membre actif de l'association locale des anciens élèves du SPC au côté de quelques nationalistes palestiniens notoires, il occupait le type de positionnement qui brouille les frontières des taxinomies que nous dressons ici. Conserver la dualité de ses prénoms nous semble un bon moyen de ne pas trahir la diversité de ses ancrages sociaux.

943 American University of Beirut / Library Archives, *Directory of Alumni 1870-1952*, p. 36.

944 *Ibid.*, p. 117.

945 *BAAEFFM*, 1920-1921, p. 109.

B – Les jalons de la carrière

1 – Les indices de l'activité et de la mobilité

L'objectif de ce chapitre est de faire le lien entre ce dont nous avons rendu compte dans les chapitres précédents – l'obtention du droit d'exercice et la formation médicale universitaire – et un terrain donné. Dans cette perspective, il convient de répertorier les étapes séparant la remise des diplômes et l'installation dans le sud du bilād al-Šām, puis au cours du séjour dans cette dernière région et éventuellement par la suite, sans nous préoccuper strictement des limites chronologiques que nous avons assignées à notre étude : il s'agit de rendre compte d'une installation dans la profondeur temporelle d'une carrière. Nous avons indexé, pour chacun des médecins recensés, les localités et les fonctions occupées au cours de leur vie, en partant du rang 1 pour le premier lieu de résidence après le diplôme, ou pour le premier poste (fonction officielle ou pratique privée) à compter de ce moment. Nous avons éliminé du décompte ceux dont la trajectoire laissait un trou entre la remise du doctorat et la première activité professionnelle documentée.

Cette démarche nous permettait de situer dans le cours d'une vie la place occupée par l'installation dans le sud du bilād al-Šām, d'en évaluer *a minima* la durée et de la caractériser comme lieu d'établissement durable ou, au contraire, comme étape et potentiellement tremplin. Tout ceci repose sur une hypothèse et une approximation : l'hypothèse est celle d'une mobilité minimale, avec occupation continue d'un même lieu entre deux informations attestant de la présence du médecin à des dates données. Il s'agissait de combler les trous entre les points du temps que représentent la série discrète des documents, afin notamment de pouvoir évaluer la durée de sa carrière dans un même endroit. Certes, poser que l'activité d'un médecin dans un même lieu est continue, d'une référence à la suivante, est contradictoire avec l'hypothèse selon laquelle les médecins ottomans sont une population fondamentalement mobile. Elle est cependant plus opératoire qu'une approche qui n'enregistrerait que la série des informations documentées, sans les relier les unes aux autres : nonobstant leur mobilité, les médecins s'efforcent de se faire une réputation et une clientèle régulière, ce qui suppose de la stabilité. Leur mobilité n'est pas une caractéristique du métier, comme ce pouvait être le cas des *maġribī*-s ; elle recouvre le fait que certaines fonctions et certaines localités sont vues comme plus prometteuses pour la carrière. Implicitement, notre méthodologie repose donc sur l'idée que le désir d'ascension sociale tend à structurer la trajectoire géographique des

praticiens. Cela nous semble légitime, même si ce postulat ne résout par notre interrogation quant à la définition des critères qui permettraient de repérer et baliser les voies d'ascension sociale.

Il est une période pour laquelle nous nous sommes interdit de faire l'hypothèse de la continuité d'installation, à savoir la Première guerre mondiale. La quasi-totalité des médecins ottomans en âge de servir dans l'armée turque sont alors recrutés dans les services médicaux de celle-ci. Le témoignage du médecin persan Ḥabīb Mu'ayyad, jeune bahaï qui a étudié la médecine au SPC puis a rejoint aussitôt après 'Abdul Bahā', successeur de Bahā' Ullah à la tête de cette jeune religion, est ici éclairant : après avoir rejoint son maître à Haifa, il s'installe pour pratiquer dans le village d'Abū Sinān, au nord-est de cette ville, de novembre 1914 à mai 1915, et sa pratique, quoique excentrée, est prise d'assaut par les habitants des environs, du fait du départ massif des praticiens diplômés[946]. A dire vrai, une partie significative des médecins de notre base de données, comme de l'ensemble des diplômés ottomans, a passé une partie de la guerre dans le sud du bilād al-Šām, devenu zone de front, mais les affectations militaires sont souvent autant de blancs dans leur biographie.

La part d'approximation dans notre méthode est inhérente aux besoins de l'exercice du métier de médecin dans la région : un praticien, établi dans une ville ou une bourgade, n'y est pas attaché comme à un bureau, il multiplie au contraire les tournées de soin dans les villages et les excursions prolongées, par exemple pour suivre la caravane du *Ḥajj*. La localisation d'un praticien sur une période donnée correspond davantage à une affectation formelle, un pôle autour duquel il exerce, qu'à une pratique de cabinet – l'équivalent, pour nous, de la résidence dans le raisonnement de Paul-André Rosental.

Nous avons indexé selon le même système les fonctions institutionnelles occupées dans le courant de la carrière : ces différents postes, de médecin d'hôpital, de dispensaire, de l'Administration médicale civile, de l'armée, de consulat, de sociétés philanthropiques, et par la suite de l'OETA, du gouvernement mandataire de Palestine ou de celui de Transjordanie, voire de l'UNRWA, occupent une place capitale dans la trajectoire géographique et sociale des praticiens diplômés. Toute la question est de comprendre pourquoi : est-ce parce que ce type d'emploi procure un fixe qui, pour être d'un montant parfois modeste, est stable ? Est-ce enjeu de prestige ? Est-ce affaire de publicité ? Ce sont là autant de questions auxquelles nous allons apporter des réponses de type qualitatif ; mais il est un point sur lequel notre analyse statistique peut être éclairante, à savoir le degré de corrélation entre le changement de fonction institutionnelle et le changement de localisation géographique. Si les deux variables

946 Ḥabīb Mu'ayyad, *Eight years with 'Abdul-Bahâ'*, 1945, traduit et mis en ligne par Ahang Rabbani, à http://ahang.rabbani.googlepages.com/muayyad , consulté le 30/04/2007.

sont liées assez étroitement, c'est que les médecins les plus mobiles sont aussi les plus susceptibles de faire de ce type d'emploi un élément essentiel de leur stratégie de carrière.

Nous partons donc du postulat que certains des médecins orientent leur parcours professionnel selon des objectifs plus ou moins définis, et ne se soumettent pas rigoureusement aux aléas des postes et de l'existence. L'étude des extrêmes de la carrière – le repérage du lieu de naissance et le fait de savoir si un praticien s'installe définitivement dans le sud du bilād al-Šām – est pertinente de ce point de vue. Est-ce que l'on s'installe dans cette région, ou bien est-ce qu'on la quitte ? Est-ce qu'on suit une trajectoire « ethnolocale », avec retour au lieu d'origine, ou au contraire « cosmopolite », avec un changement durable de localisation géographique, deux ou davantage ? Le problème est, une fois encore, que la documentation ne donne jamais que des informations ponctuelles : comment déterminer qu'un médecin s'est installé, durablement sinon définitivement, dans une certaine région, sans espoir de retour ? En nous concentrant sur ceux d'entre eux qui restent dans le sud du bilād al-Šām, nous avons répertorié comme « durablement installés dans la région » tous les médecins que nous avons pu repérer pour la dernière fois dans cet espace, au terme d'un séjour égal à au moins la durée moyenne *a minima* de séjour dans la région. Cette durée, imprécise parce que nous ne connaissons jamais ou presque la durée exacte de l'installation, s'établit d'après nos calculs à un peu plus de dix ans, une période qui indique sans doute que l'on s'est ancré quelque part. Que le lieu d'installation définitive soit celui espéré par le médecin, c'est une autre histoire, et en général nous n'avons pas de renseignement clair sur ce point. Cela importe peu, d'ailleurs, car les trajectoires, marquées par la mobilité, font une place à l'incertitude et au changement des projets.

2 – Lignage et mariage

Les relations familiales et le mariage appartiennent aux catégories classiques des analyses de mobilité[947] ; or ce sont deux angles morts de notre information, dans la grande majorité des cas. La plupart du temps, nous apprenons que tel ou tel est marié ; quelques rares fois, nous connaissons le nom du conjoint, ou le lieu du mariage. En une occasion très ponctuelle, nous lisons même que le Dr Ibrāhīm Naṣṣār songe à s'installer à Ain Ksur, près de Beyrouth, lors de son mariage avec Alice Kurani en septembre 1927[948], mais il retourne en

947 Pour un exemple récent de ce type d'approche, relu à la lumière de l'analyse des relations de genre, cf Hélène Guétat-Bernard, « Mobilités spatiales des femmes Bamiléké du Cameroun : des médiations et des continuums », in Guénola Capron, Geneviève Cortès et Hélène Guétat-Bernard (dir.), *Liens et lieux de la mobilité. Ces autres territoires*, coll. « Mappemonde », Paris, Belin, 2005, pp. 63-80.

948 American University of Beirut / Library Archives, « Alumni news », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 14, n°1, 11/1927,

définitive reprendre son service à l'hôpital St Charles Borromée de Haifa, pour lequel il reçoit en 1929 les félicitations du pape Pie XI[949]. Le médecin, lui-même originaire de Jérusalem[950], semble avoir envisagé de faire carrière dans le pays de naissance de son épouse. De fait, l'entrée dans la vie conjugale peut être un moment d'installation professionnelle à long terme, mais le fait est rare dans notre documentation.

Ce n'est que pour les sociétés missionnaires, qui instrumentalisent le mariage de leurs employés au service de leur action, que nous recueillons un certain nombre de données à la veille des noces et dans les mois qui suivent. Une société comme la CMS se mêle activement du choix des conjoints désirés par ses employés, de façon que les deux époux contribuent à l'activité de la mission : pour les médecins missionnaires, la préférence de l'institution va de façon ostensible au choix d'épouses susceptibles de remplir des fonctions d'infirmière, ou à défaut de maîtresse d'école[951]. Cette immixtion dans la vie des couples n'est pas seulement déterminée par les intérêts de la mission ; il y va aussi du sort des enfants éventuels, qui sont souvent renvoyés vers la mère-patrie et délaissés en cas de veuvage ou d'impossibilité pour l'épouse à assumer une existence en pays de mission[952]. Nous reviendrons plus loin sur la question du mariage ou du célibat des médecins missionnaires, qui joue sur leur insertion locale ; mais il apparaît d'ores et déjà difficile de traiter statistiquement du mariage dans la carrière.

Il en va de même des liens entretenus avec la parentèle, à ceci près que ces derniers sont non seulement difficiles à repérer, mais en outre protéiformes : coups de main divers, transmission dynastique du métier par pression familiale, encouragement parternel ou imitation, répartition des tâches entre collatéraux à l'intérieur du secteur de la santé, demande de retour au pays natal de la part des parents, les interférences sont souvent invisibles. Lorsqu'elles sont manifestes, elles semblent orienter les trajectoires des médecins tous azimuts ; nous ne voyons pas comment quantifier l'information existante. La famille délimite sans aucun doute un ordre des possibles pour l'avenir de l'étudiant, confronté au besoin de financer ses études et parfois à la difficulté de trouver un travail d'appoint pendant celles-ci. Le cercle des proches constitue, pour cette raison, une dimension du projet de devenir médecin. Si l'on pense en termes d'influence, et pas seulement de contraintes, on trouve aisément une multitude d'autres acteurs, telles les autorités religieuses. L'aide que peut

p. 22.

949 American University of Beirut / Library Archives, « Alumni news », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 15, n°9, 07/1929, p. 261.

950 American University of Beirut / Library Archives, « Alumni news », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 8, n°1, 11/1921, p. 125.

951 CMS G 3 P/O 1896/33, de Wright à Baylis, de Naplouse, 30/12/1895 ; et CMS G 3 P/O 1896/37, de Wright à Baylis, de Naplouse, 05/02/1896.

952 CMS G 3 P/O 1894/200, de J.R.L. Hall à Baylis, de Jérusalem, 30/11/1894.

procurer un évêque d'une Eglise catholique orientale sous forme de recommandations peut être aussi significative dans les études et la carrière que le soutien familial ; du reste, il n'est pas question ici seulement d'entregent, mais aussi d'influence intellectuelle et spirituelle, comme celle de 'Abdul Bahā' encourageant ses disciples à étudier la médecine. A nous de repérer les points d'appui sur lesquels peut reposer une carrière médicale réussie.

3 – La notoriété scientifique

Il faudrait en outre pouvoir trancher si la mobilité géographique et sociale des praticiens se traduit par une notoriété plus ou moins locale, ou internationale. De cela, la réputation scientifique peut servir d'indice, mais c'est une catégorie imprécise : de qui peut-on dire qu'il est connu pour ses travaux, et à l'intérieur de quels cercles ? L'activité de production n'en est qu'un indicateur indirect : elle dénote davantage la maîtrise des codes d'une écriture très spécifique, l'insertion dans des problématiques et dans des cercles intellectuels[953], ainsi que des connections éditoriales. Ce sont souvent les mêmes noms qui reviennent, et les mêmes personnes qui se font une spécialité de publier, soit des articles médicaux, soit des travaux divers exigeant une culture scientifique – topographie, géographie, archéologie, études bibliques et ethnographie pour citer les domaines principaux. L'approche est souvent locale, mais le fait que la masse de cette production soit rédigée dans l'une ou l'autre des langues européennes induit un lectorat étranger : du point de vue de la carrière, ce genre de publication ne peut avoir d'incidence directe.

Les motivations à écrire sont légion, mais pour ce qui nous concerne, c'est leur rapport avec le métier de médecin qui importe. Les praticiens qui publient un article ou prononcent une communication poursuivent-ils des fins professionnelles ? On peut formuler une réponse à cette interrogation en distinguant successivement les publications médicales et non-médicales ; et à l'intérieur de la première catégorie, les revues médicales proprement dites (telles les grandes revues britanniques, *The British medical journal* ou *The Lancet*, mais également la revue du SPC, *Al-Kulliyeh*, qui contient des sections proprement consacrées à l'exposé des progrès de la médecine) et les publications consacrées aux congrès professionnels, se démarquent des revues savantes plus généralistes et du tout-venant des articles de presse et des conférences. Dans le premier cas, la littérature médicale est destinée par ses auteurs à leurs pairs, tandis que dans le second, elle s'adresse à un plus large public.

953 Sur les directions de recherche et le cercle dans lequel évolue l'un des plus prolifiques individus de notre base de données, le Dr Tawfīq Canaan, cf Tamari, *Art. cit.*, *passim*.

En Europe, les communications à l'intention du monde médical, et en particulier les comptes-rendus cliniques, constituent à la fin du dix-neuvièmee siècle un instrument de reconnaissance professionnelle pour leurs auteurs[954] ; il en va indirectement de même de leurs confrères installés dans le sud du bilād al-Šām. On a vu au chapitre précédent que les revues médicales occidentales trouvent parmi les anciens élèves des facultés de Beyrouth des abonnés, et la fréquence des traductions dans la presse locale invite à ne pas sous-estimer le lectorat local des principaux journaux professionnels occidentaux. Les médecins installés dans la région ont toutes les chances d'être lus par quelques uns de leurs collègues, ou par les étudiants de la faculté qu'ils ont fréquentée jadis. Il est manifeste que ce type de publication est plus valorisant que leur équivalent local, ne serait-ce que parce qu'il suppose des liens avec un comité de rédaction à Londres, Hambourg ou Paris. Le détour par l'Europe, sous la forme de l'article et du voyage de formation, constituent un élément de distinction au sein de la profession médicale locale. Le statut de l'auteur en est rehaussé. Les conférences et articles médicaux publiés dans la presse ou les revues savantes généralistes ont souvent une portée directement publicitaire auprès des patients. Alternativement, ils peuvent mettre en relief le rôle social du médecin, ce qui revient encore à interpeler la clientèle potentielle.

Selon le cas, selon la langue d'écriture, les publications médicales indiquent une stratégie de reconnaissance professionnelle ou de construction de la clientèle. Auprès de leurs pairs et des autorités de leur domaine, que les médecins veulent trouver en Occident, l'article est en passe de devenir, à la fin du dix-neuvième siècle, la condition pour faire reconnaître sa valeur scientifique. Ce n'est pas à dire que le modèle de la médecine comme science est tout-puissant à l'époque, ce qui ne serait pas vrai ; mais ces revues sont celles qui donnent la plus grande visibilité aux auteurs, celles aussi où la critique scientifique des travaux publiés peut être la plus prompte.

L'écriture dans des périodiques en arabe n'est pas à dédaigner, mais elle a une autre portée, puisque cette langue est en train de redéfinir son idiome académique : il s'agit de s'adresser à un lectorat éduqué mais non spécialiste, et au-delà de celui-ci, par la lecture à voix haute dans les lieux de sociabilité, à un public plus large. L'article de presse répond alors à des ambitions superposées : il comporte une dimension de vulgarisation scientifique, avec l'introduction de quelques grands noms et de données épidémiologiques ou bactériologiques, mais celle-ci est généralement accompagnée d'une finalité de santé publique, tout spécialement en temps d'épidémie. En outre, le nom de l'auteur et ses observations

954 Christopher Lawrence, « Incommunicable Knowledge : science, technology and the clinical art in Britain, 1850-1914 », in « Medicine, History and Society », *Journal of contemporary history*, 10/1985, Vol. 20, n° 4, pp. 503-520.

particulières sur le sujet lui donnent une visibilité telle que la dimension publicitaire de ces articles, si sérieux soient-ils, est évidente. La concomitance du développement de la presse de langue arabe et de la réforme de la profession médicale profite à cette dernière, qui peut asseoir la notoriété de certains de ses membres sur leurs écrits.

Il est plus délicat de percer les motivations des publications non-médicales, sans doutes parce que celles-ci sont trop diverses. Elles ont cependant, le plus souvent, un caractère topique : lorsqu'ils ne se prévalent pas de leurs titres professionnels, les médecins mettent en avant leur connaissance du terrain. C'est, *a fortiori*, le signe d'un ancrage local ; mais il est mâtiné de discours politique ou de méthode. Les médecins, bardés de leur diplôme et de leurs habitudes de travail, s'efforcent de mettre le pays en coupe réglée sur un plan scientifique, et, à terme, de le territorialiser et de l'historiciser.

4 – Une catégorie fugitive : la réputation

En contrepoint à l'étude statistique de la mobilité des médecins diplômés et à leurs projections de carrière, nous avons cherché des éléments d'information quant à leur réputation auprès des patients, mais les documents qui s'y rapportent sont souvent l'objet de manipulations évidentes.

Des opinions sur le travail des médecins s'expriment notamment dans de fréquentes pétitions, dont la raison d'être réside dans une situation d'insatisfaction ou de conflit. En quoi ces documents nous renseignent-ils ? On y trouve des éléments récurrents d'éloge ou, au contraire, de scandale qui laissent l'historien dubitatif. Toutefois, on peut aussi y lire, en creux, ce que serait l'intégration sociale réussie pour un médecin. Cette idée d'intégration sociale est elle-même variable, en fonction de la position sociale acquise par les différents médecins, et du reste de leur trajectoire.

II – La sédimentation des documents

Toutes les sources ne se sont pas révélées d'une égale efficacité pour remplir les cases de notre base de données. Il en va comme de la stratigraphie : les unes donnent une

information large, déjà compilée et formatée bien souvent par les institutions ; les autres sont ponctuelles, comme autant d'étroits mais riches gisements documentaires. Une telle métaphore n'a rien de révolutionnaire, près de quarante ans après *L'Archéologie du savoir*[955] ; toutefois, il ne s'agit pas ici de penser seulement la discontinuité des sources et le travail d'interprétation de l'historien, mais d'adapter cette problématique aux procédures, forcément empreintes de simplification et de réductions, qui président au travail sur base de données. La sédimentation dont nous rendons compte n'est pas seulement empilement de couches distinctes, elle possède une morphologie propre qui oriente le regard historien vers tel ou tel fonds documentaire. Lorsque nous étudions les médecins diplômés en tant que diplômés, il va de soi que la documentation relative aux facultés de médecine constitue le socle de l'information, et les étapes probables (service militaire, embauche au service d'institutions – ici étatiques, missionnaires ou sionistes) des strates rajoutées.

Il importe alors de hiérarchiser les sources, car une telle mise en ordre éclaire les zones d'ombre de notre base de données et les coups de projecteur sur tel individu ou telle sous-population de médecins. Si un découpage par type de source est seul susceptible de permettre un classement univoque des documents, sans redite ni omission, nous mettrons en relief pour chacun les apports principaux susceptibles d'éclairer notre étude.

Nous avons, en faisant usage d'une variété de source, recensé 247 médecins diplômés, actifs dans le sud du bilād al-Šām à une date quelconque entre 1871 et l'automne 1918. C'est une population très caractérisée, dont la composition reflète à la fois les biais entraînés par la collecte des sources, et des facteurs structurels affectant l'exercice de la médecine à l'époque considérée. On peut y lire le refus de l'EIM de délivrer des DEO à des femmes, ou la nature confessionnelle et missionnaire des facultés de médecine de Beyrouth. En faisant la liste exhaustive, fonds par fonds et ouvrage par ouvrage, des sources utilisées ici, on peut faire ressortir des logiques inhérentes à la carrière médicale.

A – Le socle institutionnel

1 – Les facultés de médecine

En l'espèce, la plus pertinente et la plus riche catégorie de sources est celle produite par les facultés de médecine elles-mêmes au cours de leur histoire, ou par d'autres institutions

955 Michel Foucault, *L'Archéologie du savoir*, coll. « Sciences humaines », Paris, NRF-Gallimard, 1969.

en relations directes avec elles. On y trouve des données quasi-systématiques sur les parcours universitaires individuels bien sûr, mais également sur l'origine géographique, la confession religieuse, et la carrière. L'USJ a publié régulièrement de 1898, et à nouveau de 1919 à 1921 un *Bulletin de l'Association des Anciens Elèves de la Faculté Française de Médecine*, puis à partir de 1922 un *Bulletin de l'Association des Anciens Elèves de l'Université Saint-Joseph*, qui visent en particulier à permettre aux diplômés de maintenir le contact avec leurs anciens condisciples et rapportent, certes avec un décalage, les relocalisations de ceux des anciens étudiants qui maintiennent le contact. Les changements fréquents montrent que le lien avec la faculté ne se distend que rarement complètement. En 1922, la FFM y ajoute une *Liste officielle* rétrospective qui systématise toutes ces informations[956]. Le recteur de cette même université s'est en outre fendu d'un ouvrage rétrospectif systématique prévu pour les cent ans de l'institution ; mais le *Livre d'or de la Faculté de Médecine de l'Université Saint-Joseph* ne va, pour chaque étudiant, que jusqu'à la remise du diplôme. L'USJ est encore derrière la publication de la revue savante généraliste de langue arabe *Al-Machreq*, publiée de 1898 à 1914 et à nouveau à partir de 1920 ; dans les pages de celle-ci, quelques uns des médecins considérés trouvent un débouché à leurs articles, dans des registres très variés. A ces publications, s'ajoute la correspondance entretenue par l'USJ avec la diplomatie française, qui remplit un certain nombre de dossiers, voire de cartons, dans les archives du Ministère des Affaires Etrangères au Quai d'Orsay et à Nantes[957].

Le SPC, devenu Université Américaine de Beyrouth (AUB) en 1920, offre un matériau similaire au chercheur : les archives des facultés à la *Japhet Library* abritent notamment la revue des élèves et des anciens élèves, *Al-Kulliyeh*, qui commence à paraître en 1910, et un répertoire des anciens élèves pour la période 1870-1952, qui dresse pour chacun une biographie aussi exacte que possible. Les pages de la revue contiennent chaque mois, outre des articles médicaux, un résumé de la correspondance envoyée par les diplômés et anciens étudiants. Ce mode d'information implique qu'un certain nombre d'entre eux s'évanouissent dans la nature, mais au bout du compte, une majorité maintient le contact au fil de la carrière. La même AUB conserve en outre dans ses archives des dossiers individuels, mais ceux-ci sont consacrés quasi-exclusivement aux membres du corps enseignant, et à quelques personnalités de notoriété publique. En outre, à côté d'*Al-Kulliyeh*, il arrive marginalement que les médecins diplômés du SPC comptent parmi les contributeurs à *Berythus*, la revue de sciences de l'antiquité de l'AUB, ouverte à la recherche ethnographique.

956 Faculté française de médecine de Beyrouth, *Liste officielle de MM. les médecins et pharmaciens diplômés de la Faculté française de Beyrouth (session de mars 1887-session de juillet 1922)*, Beyrouth, Imprimerie catholique, 1922.

Enfin, l'AUB a commencé, au sortir de la guerre civile des années 1975-1992, à publier une série d'ouvrages compilant des documents sur les débuts de la faculté, dont un recueil des discours prononcés lors des fêtes de fin d'année : parmi les orateurs, on trouve un certain nombre de médecins installés plus tard dans le sud du bilād al-Šām, au moment-charnière où ils quittent l'institution qui les a formés et s'apprêtent à exercer[958].

Faute d'avoir travaillé sur des sources équivalentes portant sur l'EIM et l'Ecole Ottomane de Médecine de Damas, nous savons qu'une partie des médecins est invisible dans nos statistiques. Pour la faculté d'Istanbul, le fait de vivre dans un environnement arabophone a pu induire un certain nombre de praticiens envoyés bureaucratiquement en poste dans les provinces arabes de l'Empire ottoman à chercher à quitter la région rapidement. Le fait est que les références incidentes aux diplômés de l'EIM sont rares dans nos sources. De l'aveu d'un ancien professeur de la faculté stambouliote, Abdül-Hakim Hikmet, il y a là un fait structurel : l'affectation des médecins militaires dépend de l'entregent des étudiants, et les mieux introduits s'arrangent pour monopoliser les postes à Istanbul même ou dans son voisinage immédiat. Les autres circulent de poste en poste, ne restant que quelques années dans le même lieu[959], et ne daignent parfois même pas venir occuper leur poste, comme nous l'avons vu précédemment. Ils ont donc un temps souvent limité pour se familiariser avec la société locale, éventuellement apprendre la langue vernaculaire, se faire un nom, et être mutés. Ce type de parcours les rend moins visible pour l'historien.

Il n'en va pas de même de la faculté de Damas, dont les premiers médecins reçoivent leur diplôme en 1909, et sont implicitement destinés aux provinces arabes de l'Empire. Ceux-ci n'arrivent sur le marché médical que tardivement dans notre période, mais les effectifs des promotions sont nombreux ; de plus, ils sont principalement d'origine locale. Supposer que ces médecins n'auraient qu'une importance marginale est d'autant moins légitime que cela revient à appliquer rétrospectivement à la fin de l'époque ottomane la politique des autorités mandataires britanniques, qui interdisaient aux médecins sortis de la faculté arabe de médecine de Damas d'exercer en Palestine et en Egypte, alors qu'ils étaient les bienvenus en Transjordanie, au Hedjaz et en Iraq[960]. Il est notamment probable, au vu de la volonté manifestée, à partir de 1910, par l'administration médicale civile ottomane, de se passer des services offerts par les diplômés des facultés de Beyrouth, que les médecins issus de l'école de Damas occupent des postes de plus en plus nombreux de médecins de municipalité et de district à la veille de la Première guerre mondiale.

958 Ghada Y. Khoury, *Ḫuṭab*, *passim*.
959 Hikmet, *Art. cit.*, pp. 58-59.
960 M. Neveu-Lemaire, *La Faculté arabe de médecine de Damas. Extrait de* La Presse médicale *(N°23, du 20 mars 1929)*, Paris, Masson et Cie, 1929, p. 9.

Hors de l'Empire ottoman, on trouve occasionnellement plusieurs diplômés d'une même faculté de médecine dans notre liste, par exemple dans les tables des thèses soutenues à la faculté de médecine de Paris[961]. Reconstruire leur *cursus studiorum* ne peut cependant procéder que d'une démarche rétrospective, très hasardeuse à moins de savoir déjà où tel praticien a été formé.

2 – Les organisations sionistes

Les archives des organisations sionistes contiennent à la fois des papiers individuels, comme ceux du Dr Hille Jaffe[962], et des documents émanant des institutions qui ont entamé le processus d'organisation de la médecine à destination de la population juive de la région, en particulier dans les colonies agricoles[963]. L'essentiel de la documentation utilisée ici est conservé aux Archives Centrales Sionistes, mais elle est très incomplète, par rapport à une démographie médicale juive qui explose à la veille de la Première guerre mondiale.

Cette documentation est riche d'informations sur les fonctions institutionnelles exercées par tel ou tel dans les colonies juives, et partant sur la trajectoire des médecins sionistes dans le sud du bilād al-Šām ; en dehors de cette dimension, les parcours sont en revanche plus difficiles à déterminer. A côté de cette dimension bureaucratique, due au mode de fonctionnement des organisations sionistes et des colonies juives, nous avons trouvé relativement peu de choses sur le parcours antérieur des médecins.

3 – Les sociétés missionnaires et les organisations religieuses

Parmi les organisations à finalité religieuse, il faut distinguer entre celles qui sont apostoliques et, partant, destinées au prosélytisme, et celles qui ne le sont pas : ce critère détermine largement le sens et la perception de la présence des médecins à leur service. Les efforts entrepris par certains d'entre eux pour distinguer entre les soins médicaux et l'apostolat à proprement parler sont vains, parce que les services médicaux servent à une démonstration de la religion de ceux qui les rendent. Lors même que les institutions médicales chrétiennes se veulent ennemies d'un prosélytisme agressif, comme c'est le cas de la

961 Cf la thèse de médecine du Dr Jean Lin, enregistrée sous ce patronyme, ce qui, on va le voir, a son importance : « Etude sur les différents traitements de la kératite à hypopon », in *Table analytique des thèses soutenues à la faculté de médecine de Paris, 1887-1888*, Th.D, Paris, 1888.

962 CZA A 31/1-4.

963 Cf notamment : CZA A 60, A 69, J 15, Z 3 et Z 4.

Jerusalem and the East Mission Society (J&EMS) anglicane, leur inspiration religieuse finit par prendre un sens missionnaire. D.C. Joseph, fondateur d'une petite mission protestante autonome en fait le reproche à l'initiateur de cette dernière société, l'évêque George Popham Blyth :

> « Il n'y avait pas de mission auprès des juifs à Haifa (l'évêque Blyth prétendait qu'il y avait une mission, mais il n'avait pas de missionnaire, seulement un chapelain indigène qui lisait des prières à l'hôpital avant d'aller prêcher aux Arabes à l'église) ; l'évêque avait fait placé une grande croix en fer *au-dessus de la porte d'entrée*, aucun juif ne se serait risqué à entrer ; aussi ces malheureux étaient-ils tenus à l'écart de l'hôpital[964]. »

L'ostentation de la religion chrétienne n'est pas du goût théologique de ce missionnaire évangélique, dont les convictions sont éloignées de celle de Blyth, homme de la Haute Eglise anglicane. La différence la plus évidente entre les institutions médicale est celle entre les institutions relevant du christianisme, religion apostolique, et celles mises en place par les communautés juives, dont la religion, au contraire, répugne au prosélytisme.

Au premier groupe appartiennent d'évidence les organisations missionnaires, qui représentent pour les médecins des employeurs de première importance en « Terre sainte », et qui fournissent une somme conséquente d'archives. Nous nous sommes servi ici tout spécialement des archives relatives aux missions médicales de la Church Missionnary Society(CMS)[965], de la London Society for the Promotion of Christianity among the Jews (LJS), qui devient vers 1914 Church Ministry to the Jews[966], de la J&EMS (J&EMS)[967] ; ainsi qu'aux dossiers consacrés aux hôpitaux des Filles de la Charité et des Sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition[968]. On peut ajouter à cette série d'organisations et d'institutions les rapports de l'Hôpital ophtalmologique britannique Saint-John de Jérusalem, dont ses patrons récusent avec la dernière énergie qu'il soit une institution missionnaire prosélyte, mais qui est perçue comme telle par les habitants de la Ville sainte : là encore, l'usage de la croix – une croix de Malte, d'origine croisée, qui pis est – comme étendard de l'institution détermine les

964 J&EMS, 22 : de D.C. Joseph à Bickersteth, 30/10/1917.

965 Rassemblées sous les cotes CMS G 3 M O jusqu'en 1880, puis CMS G 3 P/O et CMS G 3 P/P pour les années 1880-1914 ; à quoi s'ajoutent les publications des missions médicales de la CMS : le *Medical Mission Auxiliary Fund* (1892) qui devient *Medical Mission Quarterly* (1893-1897) puis *Mercy and Truth* (à partir de 1897) ; et les rapports annuels de ces missions compilés dans *Preaching and Healing* (1901-1907). Certains des hôpitaux fondés par cette société fonctionnent encore, notamment celui de Naplouse, qui donne quelques informations historiques dans la courte brochure destinée à ses visiteurs : *St Luke's Hospital, Nablus*, Naplouse, s.d.

966 Tout particulièrement le dossier Dep. CMJ d.63.

967 Les informations individuelles les plus pertinentes de notre point de vue sont contenues dans les manuscrits n°2232 et 2234 du Jerusalem and the East Mission Fund à Lambeth Palace, et dans la revue de la J&EMS, *Bible Lands*.

968 7 volumes des archives consulaires et diplomatiques françaises leur sont consacrées : MAE Nantes, Jérusalem, A, 103 à 108, et MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 430.

perceptions[969].

Tracer une limite claire entre les institutions missionnaires et les autres institutions chrétiennes est une gageure, tout particulièrement quand le prosélytisme est nécessairement dissimulé, parce que réprouvé par les habitants du pays et soumis à une interdiction légale par l'Etat ottoman. Aucune institution médicale ne poursuit ouvertement un but de conversion ; et du reste, si la prédication est plus agressive dans certaines d'entre elles, la finalité missionnaire n'est jamais complètement absente. Le sud du bilād al-Šām est terre de mission, et si la guérison des malades compte parmi les charismes énumérés par saint Paul, le médecin au service d'une institution chrétienne fait peu ou prou œuvre d'apostolat, parfois d'ailleurs à son corps défendant. De fait, les sources relatives aux institutions religieuses ne nous renseignent qu'incidemment sur les motivations des médecins qu'elles emploient, et si cela se produit, c'est peut-être que les fins de ces derniers ne coïncident pas avec les objectifs généraux de l'organisation. En revanche, on y apprend beaucoup sur les fonctions successives occupées, le mode de recrutement, les obligations afférentes aux emplois, et le détail du travail au quotidien. Tout cela est d'autant plus évident lorsque la vie quotidienne est reconstruite dans les sources pour y montrer la place occupée par l'apostolat, ou bien mise en scène à fins de publication, sur tous les registres susceptibles de convaincre les éventuels donateurs : la différence culturelle, cristallisée autour de la relation médecin-patient, double l'altérité religieuse qui motive la mission, et devient la matière même de l'argumentation.

La problématique est assez différente pour les médecins employés dans les institutions destinées à la population juive orthodoxe, qu'elle soit maghrébine ou originaire d'Europe, installée de longue date ou immigrée récente. A des degrés divers, les composantes de cette communauté partage une hantise majeure, celle de voir une partie de ses membres dévoyée et attirée à rebours des exigences de la Torah, soit par les missionnaires chrétiens, soit par les partisans du judaïsme réformé de la Haskalah[970]. Le problème qui se pose régulièrement, à l'embauche dans les hôpitaux juifs tels que Bikur Cholim, Misgav Ladach ou Shaare Tzedek à Jérusalem[971], est de discerner si le profil du candidat est convenable, tant du point de vue de la compétence universitaire que de l'orthodoxie religieuse, ce qui donne souvent, sur le

969 Ces rapports sont notamment conservés parmi les archives de la municipalité de Jérusalem dans le carton JCA 2680. Sur la croix qui domine l'hôpital : JCA 2680, 2e rapport sur l'Hôpital ophtalmologique britannique de Jérusalem, 24/06/1884. A partir de là, les rapports se confondent en dénégation de la méfiance religieuse des musulmans et des juifs, mais celle-ci, qui était naguère censée n'avoir jamais existé, est réputée avoir complètement disparu en 1889 ; cf JCA 2680, 6e rapport sur Hôpital ophtalmologique britannique de Jérusalem, 31/12/1889.

970 Yossef Sharvit, *La France, l'élite rabbinique d'Algérie et la Terre sainte au XIXe siècle : tradition et modernité*, Paris, H. Champion, 2005, p. 328 et pp. 378-379.

971 Ces problèmes transparaissent dans leurs relations avec leurs puissances protectrices, qui placent aussi quelques fois leurs nationaux ou protégés dans le service médical de ces fondations : cf MAE Nantes, Jérusalem, A, 137.

positionnement religieux des médecins à l'intérieur de la communauté, une information plus précise que l'identification comme juif ou, éventuellement, comme ashkénaze, séfarade ou oriental. Ajoutons que ces hôpitaux juifs, sont peu à peu identifiables, à travers les options de leur personnel, comme plutôt religieux ou, comme l'hôpital juif « réformé » Meyer Rothschild et, progressivement, l'hôpital Misgav Ladach, comme plutôt sioniste. A mesure que la colonisation sioniste prend de l'ampleur, ces institutions se repositionnent.

La différence de perspective induite par le recours au prosélytisme ou son refus oriente ainsi notre information sur les médecins : dans le premier cas, ce sont les frontières confessionnelles qui importent, et les moyens de les transgresser par l'action médicale, tandis que dans le second, transparaît surtout un positionnement à l'intérieur de la communauté religieuse.

4 – Les archives des institutions étatiques occidentales

Elles peuvent se répartir autour de deux formes d'autorité : l'une, diplomatique, dépend en dernier ressort de rapports de force pacifiques dans le cadre de la souveraineté ottomane ; l'autre est l'administration militaire d'occupation qui, à partir de 1917, se substitue territorialement à l'administration de l'Empire.

Les archives diplomatiques sont susceptibles d'usages multiples ; mais les représentations européennes, comme instances de protection nationale et comme vecteurs d'influence, ont des fonctions particulières dans le vaste ensemble que constitue une politique étrangère. D'une part, elles interviennent dans toute procédure judiciaire entreprise contre ces hôpitaux en tant que fondations religieuses, y compris lorsque les poursuites ont trait aux actions du personnel. D'autre part, elles jouent un rôle dans le recrutement des médecins, et proposent parfois aussi un poste de médecin du consulat, chargé de faire des rapports sur la situation sanitaire, d'établir les mesures sanitaires conservatoires nécessaires pour la population des nationaux du pays qui les mande en cas d'épidémie, et le cas échéant, de faire passer des visites médicales à ces derniers. Ces différents aspects transparaissent clairement dans les archives des consulats français et allemands, qui s'engagent dans une concurrence régionale aiguë à partir de 1898[972]. Cette rivalité et le recrutement de personnel qu'elle induit sont, en définitive, toujours dépendants du bon vouloir de l'administration ottomane.

---

972 Pour les consulats de France : MAE Nantes, Beyrouth, A ; 303 et 337 ; et Jérusalem, B, 105 ; E, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 22, 26, 31, 32, 33, 34, 35,36 et 37 ; ainsi que MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 459 ; et CCC, Jaffa, ainsi que Jérusalem, 4 et 5. Pour les consulats d'Allemagne : ISA 427-197 פ, et 486-913 פ.

Il n'en va pas de même du corps expéditionnaire anglo-français qui s'étend progressivement du sud vers le nord de l'ensemble du bilād al-Šām à partir du printemps 1917, lentement puis à un rythme très accéléré à partir de la défaite ottomane de Tul Karm en septembre 1918. L'administration militaire des pays de l'Entente filtre tout au long de la période de guerre et au début de l'année 1919 l'accès des organisations philanthropiques et missionnaires ou, dans le cas des institutions les plus directement liés aux Empires centraux, organise leur fermeture. Avant l'institution de l'Administration des Territoires Occupés Ennemis (connue sous son acronyme anglais d'OETA) en octobre 1918, qui marque le changement formel de souveraineté et le terme de notre étude, le corps expéditionnaire entame, dans les régions sous son contrôle, des réformes en imposant en mai 1918 aux professions de santé l'obtention d'un permis d'exercice[973], et supervise pendant un temps toute l'assistance médicale sur place. Les premiers rapports du Département de la santé de l'Administration mandataire et les archives du service de santé du Détachement Français de Palestine[974] nous donnent un aperçu de l'activité des médecins et de leur redistribution géographique dans cette période charnière entre l'ordre ottoman et l'ordre britannique.

5 – Les *Sālnāmah*-s ou annuaires administratifs des provinces ottomanes

On l'a dit plus haut, ces sources, formelles, sèches, et souvent incomplètes, sont d'une valeur informative limitée. En revanche, elles ont un mérite immense, celui de faire ressortir l'implication de l'Etat dans la promotion d'une médecine de type universitaire. Nous n'avons pu consulter que certains des annuaires relatifs à la province de Syrie, laquelle n'englobe en outre qu'une partie de notre espace. Ceux des années 1299 AH / 1881-1882 AD, 1302 AH / 1884-1885 AD, 1316 AH / 1898-1899 AD et 1317 AH / 1899-1900 AD nous ont signalé quelques médecins qui, n'apparaissant nulle part ailleurs dans notre documentation, donnent l'impression de n'avoir été que des fonctionnaires de passage.

---

973 Gouvernement de Palestine, Département de la Santé, *Annual report of the Department of Health*, Jérusalem, 1921, p. 47.

974 Ces dernières archives sont conservées parmi les archives des Services de Santé de l'Armée de Terre à l'Hôpital du Val-de-Grâce, carton n°778. On trouve également quelques informations éparses sur le personnel médical du corps expéditionnaire du Général Allenby dans la correspondance de T.E. Lawrence (notamment dans une lettre à sa famille, du Caire, 12/02/1915, mise en ligne à http://telawrence.net/telawrencenet/letters/1915/150212_family.htm, consulté le 30/04/2007) et dans un rapport de la Croix-Rouge sur les prisonniers de guerre ottomans en Egypte : F. Blanchod, Emmanuel Schoch, & F. Thormeyer, *Turkish prisoners in Egypt. A report by the delegates of the International Committee of the Red Cross*, Le Caire, Publications de la Croix-Rouge, 1917, mis en ligne à http://www.gutenberg.org/files/10589/10589-h/10589-h.htm, consulté le 30/04/2007.

B – Des gisements isolés : monographies et publications

1 – Les biographies, autobiographies, souvenirs et recueils de correspondance

La matière des témoignages personnels et des biographies est bigarrée et très variable d'un document à l'autre. Plutôt que de chercher vainement à classer des points de vue irréductiblement individuels, le mieux est ici de raisonner en termes de genre littéraire.

Deux opuscules se dégagent alors, et par la forme – la biographie édifiante –, et par leur intérêt pour nous, puisqu'il s'agit à chaque fois de la vie de personnages éminents dans le monde des missions médicales. Le premier, *A Galilee doctor*, retrace la vie du Dr David Torrance, médecin écossais fondateur de l'hôpital missionnaire de Tibériade, où il meurt en 1923, après plus d'une trentaine d'année passée sur place[975]. Le second, *Paterson of Hebron « the Hakim »*, est consacré à un de ses collègues, fondateur d'un hôpital missionnaire lui aussi, mais cette fois, dans la ville des Patriarches[976]. Dans les deux ouvrages, la description est passablement romancée, parsemée de références bibliques, d'épreuves qualifiantes face à une population et des autorités initialement hostiles, et d'exemples alternant le comique et le pathos : tout cela est conforme au genre de la biographie de missionnaire. Dans le même temps, ces ouvrages s'attachent au détail des étapes de deux trajectoires professionnelle et à la problématique du rapport aux autochtones. Les biographes laissent ainsi apparaître les inflexions des parcours, quitte, sans doute, à tordre légèrement ceux-ci pour les conformer à des modèles narratifs.

Le suivi d'une trajectoire est au cœur des quelques travaux ultérieurs consacrés, sous forme d'articles ou d'ouvrages biographiques, à certains d'entre eux, au sujet des Drs Vartan[977], Scrimgeour[978], Masterman[979] ou Mauchamp[980]. Le Dr Norbert Schwake a également

975 W.P. Livingstone, *A Galilee doctor. Being a sketch of the career of Dr D.W. Torrance of Tiberias*, Londres, Hodder and Stoughton, 1923.

976 Ewing, *Op. cit.*, *passim*. Ajoutons que ces deux médecins ont laissé des fonds d'archives importants, Torrance au service d'archives de l'Université de Dundee (à ses papiers s'ajoutent ceux de son fils Herbert, missionnaire lui aussi) et Paterson à la National Library of Scotland (le fond compte 34 volumes, dont la majeure partie, il est vrai, est postérieure à 1918 et même au départ de Paterson de Palestine en 1922) : cf le détail de ces collections à http://www.dundee.ac.uk/archives/ms038.htm pour Torrance (consulté le 25/04/2007) ; et à http://www.mundus.ac.uk/cgi-bin/search?coll_id=1010&inst_id=14&keyword=UK pour Paterson (consulté le 25/04/2007).

977 Nakhle E. Bishara, « A Medical pioneer in Nazareth », in *Korot. The Israel Journal of the History and Medicine and Science*, vol. 12, 1996-1997, pp. 124-136.

978 Adel Zidat, « Western medicine in Palestine, 1860-1940 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, Vol. 10, 1993, pp. 269-279.

979 Yaron Perry & Efraim Lev, « Ernest William Gurney Masterman, British physician and scholar in the Holy Land », in *PEF*, vol. 138, n°2, 10/2006, pp. 133-146.

980 Jonathan G. Katz, *Murder in Marrakesh. Emile Mauchamp and the French colonial adventure*,

consacré une bonne partie de son travail sur les hôpitaux et les médecins de la région à une démarche biographique[981]. Ces différents ouvrages donnent un éclairage individuel, qui ne suffit pas à reconstituer la position sociale des praticiens. En revanche, on peut trouver des informations *a contrario* sur cette dimension là où les médecins brillent par leur absence. Ainsi, le dictionnaire des notables de Palestine à la fin de l'époque ottomane établi par 'Adel Manna' ne comporte qu'un seul médecin diplômé, le Dr Muḥammad Tawfīq Ḥathạt (1881-1934), de Gaza, qui n'a exercé avant 1918 qu'à Istanbul, avant de devenir médecin personnel du šarīf Ḥusayn[982]. Ce dernier fait n'ajoute certes rien au détail de notre information, mais il est significatif pour ce qu'il révèle du statut social des médecins : les médecins autochtones, même les plus savants, n'entrent pas en tant que tels dans la définition de la notabilité retenue par cet auteur pour la période qui nous intéresse. C'est plutôt une confirmation de notre propos général, car l'accès à l'éminence sociale suppose un ancrage social ainsi qu'une influence dont l'acquisition demande du temps et, souvent, des appuis familiaux. De ce que nous pouvons savoir de leurs origines sociales, les médecins autochtones sont loin d'être tous des *homines novi*, mais la constitution d'une assise sociale prend du temps.

Comparativement, l'intérêt des souvenirs personnels et des autobiographies est de proposer une forme et un point de vue plus libres, le « pacte autobiographique » entre l'auteur et son lecteur étant ennemi des trames imposées[983] ; il tient également à la dimension contextuelle des références au métier de médecin. L'incertitude factuelle y est aussi présente que dans les biographies citées plus haut, car ces dernières sont, principalement, le résultat d'entretiens ou d'une connaissance intime, et avalisent pour l'essentiel la manière de voir du sujet-personnage du récit.

Nous avons utilisé ici sept de ces textes, dont trois sont l'œuvre de médecins. Le premier, *Majma' al-Masarrāt* [La collection des menus plaisirs], de Šākir al-Ḥūrī, éphémère médecin du gouvernement à Acre dans les années 1870, retrace sur un mode ironique et à la première personne du singulier une vie et une carrière de médecin[984]. Le deuxième, *Al-Ḏikrayyāt* [Les souvenirs], de Qayṣar Ḥūrī, médecin installé dans le sud du bilā al-Šām à la veille de la Première guerre mondiale puis de nouveau durant le conflit, et qui se fait

Bloomington / Indianapolis, Indiana University Press, 2006 ; sur le milieu d'origine et la formation initiale de Mauchamp et le passage de Mauchamp à Jérusalem avant sa mission et son assassinat au Maroc, *vide* pp. 33-45.

981 Schwake, *Op. cit.*, *passim* ; « The Austrian Hospital in Nazareth », in Marian Wrba (éd.), *Austrian presence in the Holy Land in the 19th and early 20th century. Proceedings of the Symposium in the Austrian Hospice in Jerusalem on March 1-2, 1995*, Tel-Aviv, Publication de l'Ambassade d'Autriche à Tel-Aviv, 1996, pp. 81-97.

982 'Ādil Mannā', *A'lām Filasṭīn fī awāḫir al-'ahd al-'uṯmānī (1800-1918)* [Les notables de Palestine à la fin de l'époque ottomane (1800-1918)], Beyrouth, Institut d'Etudes Palestiniennes, 1997, p. 95.

983 Philippe Lejeune, *Le Pacte autobiographique*, Paris, Le Seuil, 1975, *passim*.

984 Šākir al-Ḥūrī, *Majma' al-masarrāt*, Beyrouth, Laḥad Ḥāṭir, 1985 (1ère édition : 1908), *passim*.

mémorialiste des personnalités de Haifa et de la Palestine mandataire. L'ouvrage se présente comme une collection de textes indépendants, articles republiés, fiches biographiques et poèmes sur divers personnages, de 'Abdul Bahā' à l'historien 'Arif al-'Arif, en passant par une collection de médecins de la fin de l'époque ottomane et surtout de la période mandataire[985]. Le dernier ouvrage de souvenirs utilisé est celui du Dr Ḥabīb Mu'ayyad, jeune Persan qui décrit son séjour de 8 ans au SPC et à Haifa jusqu'en 1915, mais qui est essentiellement consacré à garder la trace des dits de 'Abdul Bahā' ; lequel, en revanche, nourrit régulièrement son propos de considérations médicales[986]. L'intérêt de l'ouvrage est que dans ce cas précis, la carrière entreprise est approuvée, suivie et infléchie à plusieurs reprises par le chef spirituel des bahaïs : il y a là un projet d'inspiration spirituelle, très voisin de celui des missionnaires chrétiens.

Parmi les souvenirs et autobiographies rédigées par des auteurs extérieurs à la profession médicale, celui de Bertha Spafford-Vester, *Our Jerusalem*, présente un intérêt particulier du fait des activités de son auteur. Il a été rédigé, au terme de la guerre de 1948, par une fille d'immigrés européens qui a animé, sous le mandat, un dispensaire pour enfants à l'intérieur du complexe de l'American Colony, dans la Ville Sainte. Le personnel et les patients étaient de toutes communautés[987]. L'ouvrage, souvent imprécis il est vrai, est traversé par des trajectoires très diverses, dont celles de médecins, qui se nouent autour de ce lieu, à la fois communauté religieuse protestante, dispensaire et, jusqu'à ce jour, hôtel.

L'ouvrage de Nassib Boulos, *A Palestinian Landscape*, présente lui aussi, quoique à un moindre degré, l'intérêt d'avoir été rédigé par un homme familier du monde médical, en l'espèce un fils de médecin[988]. Il se présente à la fois comme une biographie, dans laquelle les antécédents familiaux sont étayés, et comme la profession de foi politique d'une personnalité proche des positions politique de la monarchie jordanienne. Le parcours professionnel de son père apparaît essentiellement déterminé par une appartenance confessionnelle (protestante) et des choix de postes qui lui permettent de posséder, dès l'occupation de la région par les troupes d'Allenby, un bon réseau au sein de l'administration d'occupation britannique.

Dans les deux derniers ouvrages de souvenirs que nous avons consultés, les références à la médecine et à ses praticiens sont des incidentes. Dans le journal de Ḫalīl al-Sakākīnī, cette dimension est induite par la forme des notes prises au fur et à mesure, sans souci pédagogique. C'est pur hasard de la sociabilité si le Dr Elias Ḥalabī, ami personnel de

985 Qayṣar Ḫūrī, *Al-Ḏikrayyāt*, 2 Vol., Jérusalem, Al-Maṭba'ah al-tijāriyyah, 1945, *passim*.
986 Ḥabīb Mu'ayyad, *Op. cit.*
987 Bertha Spafford-Vester, *Our Jerusalem. An American family in the Holy City, 1881-1949*, Garden City, New York, Doubleday & Compagny, 1950.
988 Nassib Boulos, *A Palestinian landscape*, Beyrouth, Arab Institute for Research and Publishing, 1998.

l'auteur, passe et repasse par la maison Sakākīnī[989], ou si le Dr Corbett, médecin assistant de l'hôpital de la LJS, compte en 1914 parmi les étudiants en arabe de l'auteur[990]. C'est un hasard de la santé si le fils de ce dernier a souvent besoin de soins d'urgence, et si le père parcourt une série de praticiens présents à Jérusalem au lendemain de l'entrée en guerre de l'Empire ottoman pour en trouver un qui soit disponible, croisant dans sa quête le Dr Abū Šadīd et le Dr Sterling, prisonnier comme ressortissant d'une puissance ennemie après la fermeture de son hôpital à Gaza[991]. C'est un autre hasard de la guerre si le Dr Canaan est installé à Damas comme médecin militaire, quand Sakākīnī y est déporté en 1918[992]. Ce ne sont que des informations biographiques ponctuelles, mais ces hasards répétés indiquent à la fois la place des médecins diplômés dans la vie quotidienne d'un homme éduqué, et les préférences thérapeutiques de ce dernier.

Muḥammad ʻIzzat Darwazah, intellectuel et homme politique natif de Naplouse, s'inscrit en revanche dans un projet très clair de narration rétrospective, avec les privilèges que peut lui donner une longue existence de *Cent ans en Palestine*[993] ; mais là encore, si la médecine y est évoquée pour elle-même à la fin du dix-neuvième siècle comme un secteur en lente transition, les portraits de médecin y sont rares.

Nous avons complété ces informations par quelques entretiens, dont le plus significatif est celui que nous avons fait avec le Dr Ḥātim Abū Ġazālah, notable septuagénaire de Naplouse et ancien membre du conseil municipal à coloration nationaliste élu autour de la forte personnalité de Bassām al-Šakaʻah[994]. Les propos de ce médecin nous ont permis de relier quelques fils dans les différentes descriptions du paysage de la pratique médicale rencontrées ailleurs. Les souvenirs de cet homme s'étendent jusqu'au Mandat britannique, disons jusqu'aux années 1930, et englobent des praticiens déjà présents à la fin de l'époque ottomane[995]. Son discours, très construit, et plein du sentiment de l'importance de son lignage à Naplouse, tend à faire coïncider l'histoire médicale de la ville jusqu'au mandat et l'histoire familiale. La généalogie est souvent un moteur de la curiosité historique et une raison de sauvegarder les documents, et dans ce cas précis la mémoire des hommes de la famille se

989 Ḥalīl al-Sakākīnī, *Yawmiyyāt Ḥalīl al-Sakākīnī. Yawmiyyāt. Rasā'il. Ta'ammulāt*, Vol. 1, *New York. Sulṭānah. Al-Quds*, Jérusalem / Ramallah, Institute of Jerusalem Studies / Centre cuturel Khalil Sakakini, 2003, p. 288, pp. 291-292, pp. 294-296, p. 308, p. 313, p. 317, p. 319, p. 334 & p. 339.

990 *Ibid.*, Vol. 2, p. 42 & p. 82.

991 *Ibid.*, p. 137 & p. 142.

992 *Ibid.*, pp. 319-320.

993 Muḥammad ʻIzzat Darwazah, *Miʼat ʻām Filasṭīn. Muḏakkarāt wa-tasjīlāt* [Cent ans en Palestine. Souvenirs et documents], 2 Vol., Amman, Association palestinienne d'histoire et d'archéologie / Centre palestinien de géographie, 1984.

994 Sur les élections de 1976 et le succès – d'ailleurs à relativiser – des candidats réputés proches de l'OLP, cf Aude Signoles, « Histoire(s), mémoires et ambivalences. Le cas des municipalités palestiniennes dans la lutte nationale », in N. Picaudou (dir.), *Op. cit.*, pp. 219-234.

995 Entretien avec le Dr Ḥātim Abū Ġazālah, Naplouse, 12/07/2005.

substitue aux documents disparus[996].

On pourrait espérer trouver ailleurs des histoires familiales documentées ; nous n'en avons guère trouvées de pertinentes pour notre propos. Ainsi, nous avons pu consulter l'histoire de la famille Maksud, dont l'un des aïeux, médecin formé à la FFM, s'était installé en France à la fin du dix-neuvième siècle ; las, il n'y avait là rien qui se rattachât à notre étude, sauf une brève mention du Dr Chukri Naamé, cousin de la famille par alliance[997]. D'une manière générale, le rendement des documents autobiographiques et des souvenirs, face à un questionnement aussi spécifique que celui qu'induit l'étude de la mobilité professionnelle, est assez aléatoire.

2 – Publications des médecins ou à leur sujet

La part de hasard est moindre, en revanche, si l'on cherche les publications produites par les médecins ou la littérature historique qui leur est consacrée : catalogues, tables des contributeurs aux revues, et parfois bibliographies individuelles permettent de retracer des carrières éditoriales, à la condition, il est vrai, d'avoir constitué au préalable une liste de noms susceptibles de donner des résultats. En revanche, ce sont souvent les mêmes revues qui accueillent les mêmes auteurs, par affinités personnelles ou par cohérence thématique, ce qui simplifiait d'autant notre prospection.

a - Les publications des médecins

C'est d'abord dans leur domaine de spécialité que les médecins diplômés sont d'abord sollicités pour publier ou demandeurs d'espace éditorial. Le fait caractéristique de la période est que leurs articles et ouvrages s'étendent au-delà de la médecine, et que leur compétence scientifique soit tenue pour un fait acquis dans l'ensemble des domaines des sciences exactes

996 *Ibid.* ; d'après le Dr Abū Ġazālah, une armoire pleine de papiers familiaux remontant assez loin dans le temps a brûlé dans le *dīwān* [maison d'hôte] de la famille dans le cours de l'opération « Rempart » lancée par l'armée israélienne en Cisjordanie en avril 2002.

997 Roger Maksud, *Histoire et généalogie des familles Maksud, Gardie, Thorain*, non-publié, 1994. L'histoire de cette famille, depuis sa fuite en Egypte à partir de la Biqā' à la suite des événements de 1860 jusqu'à son installation en Beauce et à sa dissémination ultérieure, mériterait l'attention des historiens. On y retrouve pêle-mêle des éléments d'histoire de l'immigration et de la xénophobie jusqu'à ses avatars vichyssois ; la figure de Jean Moulin qui, préfet d'Eure-et-Loir en 1940, intervient personnellement pour empêcher l'application de la loi restreignant l'exercice de la médecine aux citoyens nés français au Dr Jean-Edouard Maksud, ancien de la FFM, et à son fils, directeur de l'hôpital de Bonneval ; et des éléments d'histoire de la Grande guerre (l'un des fils du Dr Maksud, mort en 1916, a laissé une correspondance de 200 lettres assez riches sur son expérience du front et très révélatrices du patriotisme ombrageux commun aux membres de la famille d'un ancien étudiant de la FFM).

et de la technologie (planification urbaine, ingénierie et hydrologie[998], observations astronomiques et météorologiques) et dans les sciences humaines et sociales.

α – Les publications médicales

La nature des publications médicales savantes est principalement de l'ordre de l'information géographique (statistiques hospitalières, épidémiologie ou observations de formes pathologiques locales). Les signatures des médecins de notre liste se retrouvent dans des revues locales (*Al-Kulliyeh*, déjà citée, ou *Al-Ṭabīb*, qui aborde tous les domaines scientifiques, malgré son titre apparemment spécialisé : « Le médecin »), ou à finalité régionale, comme *La Médecine orientale*, qui paraît de 1896 à 1907 et dont le comité de rédaction se divise entre Français, Ottomans, et Européens résidant dans l'Empire ; mais aussi dans des gazettes européennes comme *La Presse Médicale*, la *Gazette médicale de Paris*, ou *The Lancet*.

Les journaux comme *Filasṭīn* (fondé à Jaffa) ou *Al-Bašīr* (établi à Beyrouth) relaient, malgré un tirage réduit, les informations sanitaires quotidiennes et les articles que leur soumettent les médecins vers le grand public. Ce sont aussi des espaces publicitaires pour les médecins et les pharmaciens.

La dimension topique des préoccupations médicales affichées dans les publications disparaît chez les médecins qui quittent le sud du bilād al-Šām et vont se spécialiser dans des institutions scientifiques à l'étranger. C'est le cas des articles et ouvrages des Drs Arab et Naamé : le premier se lance dans la radiesthésie comme mode de dépistage du cancer[999] tandis que le dernier s'occupe d'endocrinologie[1000] et de cancérothérapie[1001], pour finir par se piquer

998 Vincent Lemire, *La Soif de Jérusalem. L'eau dans la Ville sainte. Enquêtes archéologiques, politiques hydrauliques, conquêtes territoriales*, 3 Vol., Th., Université de Provence, Aix-en-Provence, 24/06/2006, vol. n° 1, p. 355.

999 Emile Arab et Grégoire Blanchard, *La Dernière étape du drame du cancer sur la scène mondiale. Conférence faite à Bruxelles le 20 mai 1939 par M. le Dr Emile Arab, ex-Professeur de la Faculté Française de Médecine de Beyrouth et G. Blanchard, ex-préparateur des cours de chimie analytique et de toxicologie, ex-préparateur du Cours de matière médicale, lauréat de l'Université de Besançon*, Paris, Centre d'Application de la Méthode G. Blanchard, 1939.

1000 Chukri Naamé, *Etudes d'endocrinologie*, Paris, A. Maloine et fils, 1913.

1001 Chukri Naamé, *La Dyscytogénèse hypocytopoïétique dyseutrophique ou cancer*, Paris, A. Maloine et fils, 1919 ; *Les Extraits d'organes dans la thérapeutique du cancer*, Sceaux, Imprimerie de Charaire, s.d. [reproduction d'un article tiré de *Sciences et voyages*, 01/08/1939] ; *Les Extraits d'organes dans la thérapeutique du cancer (métastases, hérédité ou contagion)*, s.l., n.d. [reproduction d'un article tiré de *Sciences et voyages*, 01/05/1940] ; « Cancer et opothérapie », in *Revue de pathologie comparée*, n°366-367, 5-20/02/1929, pp. 191-197 ; n°367-368, 5-20/03/1929, pp. 286-287, pp. 303-314 ; n°369-370, 5-20/04/1929, pp. 374-376 ; n°475, 04/1936, pp. 493-500 ; n°483, 12/1936, pp. 1387-1393 ; n°485, 02/1937, pp. 216 sq. ; n°488, 05/1937, pp. 578-580 ; n°490, 07/1937, pp. 765-766 ; n°495, 12/1937, pp. 1244-1246 ; n°498, 03/1938, pp. 468-469 ; n°499, 04/1938, pp. 600-604 ; n°501, 06/1938, pp. 803-805 ; n°503, 08/1938, pp.

de philosophie des sciences[1002].

β – Les publications non-médicales

Le fait caractéristique de la production intellectuelle des médecins que nous étudions n'est cependant pas dans leurs écrits d'ordre médical, mais dans le reste de leurs travaux académiques. Ces derniers tournent toujours autour du sud du bilād al-Šām comme Terre sainte. La région est l'objet d'un intérêt renouvelé dans le cadre des sciences bibliques qui se constituent en champ de savoir au dix-neuvième siècle. Une multitude de revues apparaît, en Occident surtout mais aussi au Proche-Orient, qui ouvre leurs colonnes aux hommes éduqués vivant dans le bilād al-Šām, qu'ils soient autochtones ou immigrés. Les médecins y apportent une habitude de formuler leur propos dans une forme systématique et selon un idéal de scientificité. Une bonne partie des articles rédigés par des médecins et relevant des sciences humaines paraissent dans des revues spécialisées, comme le *Palestine Exploration Fund*, le *Zeitschrift des Deutch-Palästina Vereins*, le *Zeitschrift der Deutschen Morgenlandischen Gesellschaft*, le *Liber Annuus* publié par la Custodie Franciscaine de Terre sainte, *Das Heilige Land*, ou sous le mandat, le *Journal of the Palestine Oriental Society* et la revue du *Mamour Research Institute*. La production dans en langues européennes peut donner lieu à de longues bibliographies, comme dans le cas du Dr Canaan, sans parler de ses écrits en arabe[1003] : le panorama illustre certes une certaine variété de centres d'intérêts[1004], mais le gros de cette littérature est ethnographique et paraît dans des publications de sciences bibliques. Dans le même genre, signalons les écrits des Drs Arab[1005] et Mauchamp ; ce dernier laisse inachevé, lors de son assassinat à Marrakesh en 1907[1006], l'ébauche d'un ouvrage consacré à *La*

993-995 ; n°507, 12/1938, pp. 1377-1379 ; « L'adrénaline dans le choléra », in *Revue de pathologie comparée*, n°491, 08/1937, pp. 872-874 ; « Radio d'une sténose grave du pylore », in *Revue de pathologie comparée*, n°495, 12/1937, pp. 1242-1244.

1002 Chukri Naamé, *L'Idée directrice. L'évolutionnisme dans saint Augustin*, Paris, Viot Frères, 1934 ; *Le Dieu des sciences*, Paris, Les Editions littéraires et artistiques, 1943.

1003 « Die Schriften von Dr. med. Taufik Canaan », in *ZDPV*, n°79, 1963, pp. 1-7.

1004 Ses écrits comprennent, outre une variété d'articles ethnographiques ou archéologiques, quelques ouvrages ethnographiques dont l'un nous intéresse particulièrement : *Aberglaube und Volksmedizin im Lande der Bibel*, coll. « Abhandlungen des deutschen Kolonialinstituts », Hambourg, L. Friederichsen & Co., 1914 ; enfin, des ouvrages politiques au moment du soulèvement de 1936 : *Conflict in the Land of Peace*, Jérusalem, Syrian Orphanage Press, 1936 ; *La Cause palestinienne arabe*, Jérusalem, The Modern Press, 1936 (ce dernier ouvrage a été également publié en anglais et en arabe).

1005 Emile Arab, « La médecine populaire en Syrie et en Palestine », in *La Presse médicale*, n°26, 30/03/1912, pp. 334-336.

1006 Emile Mauchamp, *La Sorcellerie au Maroc*, Paris, Dordon-Ainé, 1910 ; ce médecin a également consigné des notes de ses voyages du temps de service à Jérusalem : « Un raid au désert : Sinai, Arabie-Pétrée, Moab (note de voyages, 1902) », in *Bulletin de la Société des Sciences Naturelles de Saône-et-Loire*, 29e année, juin 1903, n°6, pp. 139-155 ; juillet 1903, n°7, pp. 163-183 ; *Pétra (Impressions de Caravane)*, Chalon-sur-Saône, E. Bertrand, 1905.

Sorcellerie au Maroc, dans la veine du livre d'Edmond Doutté, *Magie et Superstition en Afrique du nord*. Certaines revues apportent des informations du même ordre, comme celle des colons allemands de la société dite des Templiers, *Warte des Tempels*, dont une sélection a été éditée bien plus tard sous le titre *Palästina-Chronik*[1007].

b - Autres publications et travaux relatifs aux médecins

Il nous reste à mentionner quelques sources publiées supplémentaires, comme la fin de thrène de notre corpus : nous avons fait usage de travaux et publications divers, dont un *Annuaire médical libano-syrien et vade mecum du praticien* des années 1930[1008], et divers travaux et documents d'histoire locale touchant à la médecine collectés à Naplouse[1009].

Conclusion :

La construction de notre base de données nous a ainsi confronté à quatre ordres de problèmes méthodologiques principaux touchant aux catégories de notre analyse. Le premier tient aux modes de désignation des individus, par le nom et par le titre, qui est la condition première pour pouvoir dénombrer les médecins. Cette question, instrinsèquement culturelle, illustre de vastes différences de conventions de transmission. Il en va tout d'abord de la transmission du prénom, tout d'abord, avec des normes variant d'un espace à un autre en Méditerranée orientale : alors que le même prénom est souvent donné du grand-père à l'aîné des petits-fils, il passe souvent du père au fils au sein des populations grecques. Cette difficulté est redoublée par l'usage préférentiel du prénom, y compris, dans les populations et

1007 Alex Carmel, *Palästina-Chronik*, 2 Vol., vol. n°1 : *1853 bis 1882. Deutsche Zeitungsberichte vom Krimskrieg bis zur ersten jüdischen Einwanderungswelle*, vol. n°2 : *1882 bis 1918. Deutsche Zeitungsberichte von der ersten jüdischen Einwanderungswelle bis zum Ersten Weltkrieg*, Ulm, Armin Vaas Verlag, 1978-1983.

1008 *Annuaire médical libano-syrien et vade mecum du praticien (réunis). Liste officielle des facultés de médecine, médecins, chirurgiens, dentistes et hôpitaux. Réseau des stations thermales – 1935 – 8e année*, Paris / Beyrouth, Publicité Franco-Orientale, 1935.

1009 A savoir : Iḥsān al-Nimr, *Tāriḫ jabal Nāblus wa'l-Balqā'* [Histoire du Jabal Nāblus et de la Balqā'], 5 Vol., Naplouse, 1957-1961 ; Fāris Rašād al-Mas'ūd, *Masīrat al-ḥadamāt al-ṭibbiyyah fī madīnat Nāblus*, Présentation faite devant le Club Ebal, Amman, 22/09/1999 ; *Nibḏah tārīḫiyyah 'an mustašfā al-Waṭanī* [Historique de l'hôpital national de Naplouse], document diffusé par le ministère palestinien de la santé, 15/03/1999 (traduction : Neila el-Helou).

l'administration turques, de manière tout à fait officielle. En outre, on peut se demander la pertinence que peuvent avoir les titres médicaux dans la désignation des praticiens : est-ce que la désignation comme *ṭabīb* recouvre l'idée que le médecin a été formé sur le mode académique ? Il nous semble que c'est préférentiellement le cas à la fin du dix-neuvième siècle, mais que l'usage de « *Duktūr* » en arabe renvoie sans équivoque au titre ; inversement, dans les sources de langue anglaise, « *doctor* » est souvent placé derrière le mot « *quack* », pour désigner les « charlatans » et autres « empiriques » autochtones.

La précision de la confession correspond à une compréhension du contenu de l'identité qui est commune aux Européens et à l'administration ottomane : la religion est, sauf exception, déterminée à la naissance. Toutefois, avec l'arrivée des missionnaires occidentaux, ces exceptions ne sont plus tout à fait aussi rares parmi les chrétiens ottomans. L'identité religieuse devient plus fluctuante au sein des populations qui fournissent le gros des médecins autochtones. Nous n'avons que peu de cas avérés de conversion dans notre base de données, mais beaucoup d'autres sont fils de convertis.

Enfin, les modes d'identification des individus ont une dimension historique, et se transforment en particulier avec la fin de la présence ottomane. Le mandat, qui se fonde sur une distinction entre juifs et non-juifs, transforme le système de segmentation communautaire officielle, notamment pour les allocations de fonds entre juifs et Arabes, même si le département de la Santé mandataire classe le personnel médical par confession religieuse. Le gouvernement de Palestine crée également de nouvelles frontières, ce qui réduit la mobilité individuelle et tend à limiter l'espace géographique des trajectoires professionnelles. Enfin, le changement de gouvernement affecte la reconnaissance des diplômes, avec le même effet limitatif pour les carrières des anciens étudiants de l'école de médecine de Damas. Par conséquent, l'espace dans lequel se définissent les carrières varie grandement en fonction de la date, et change du tout au tout entre 1914 et les années 1918-1922.

La situation de morcellement territorial depuis l'établissement des mandats affecte non seulement le devenir des individus documentés, mais la documentation également. L’ensemble de ces sources hétéroclites produit une information composite, mais susceptible parfois d’être traduite en données spatiales et en indicateurs de la mobilité géographique des praticiens.

Chapitre 6 : Des logiques sélectives de distribution spatiale

Introduction :

La présence de plus en plus massive de la médecine occidentale dans le sud du bilād al-Šām dans les dernières décennies de la présence ottomane est un fait visible : les hôpitaux se multiplient, de même que les références aux médecins détenteurs du titre de « docteur » dans la presse régionale.

Il importe cependant de ne pas se limiter à ces données impressionnistes et, puisque nous envisageons ce décollage numérique dans un espace donné, nous avons voulu repérer dans la géographie et dans le temps le peuplement progressif du sud du bilād al-Šām par les médecins diplômés. La dispersion brute des médecins sur la période 1871-1918 peut s'interpréter comme un test de Rohrschach, où chacun discerne les formes qui lui agréent, celles d'un sionisme conquérant sur la côte ou celle d'une implantation assez importante à l'intérieur, celle d'une présence médicale très urbaine ou celle des isolats villageois, comme à Abū Sīnān, celle de l'enclavement à l'est du Jourdain ou celle du dynamisme de Salt et de Karak.

En observant ce qui se passe décennie après décennie, en revanche, une clarification s'opère. La population des médecins va en augmentant fortement de 1871 à 1918, et présente globalement des caractéristiques très spécifiques, qui la distinguent, à maints égards indépendants de l'éducation, de la masse des habitants du sud du bilād al-Šām. De 7 médecins recensés ponctuellement pour l'année 1871, on passe à 71 pour l'année 1914, et encore 49 pour 1918, malgré les décès et la dispersion entraînés par la Première guerre mondiale. Cette augmentation numérique fixe les caractéristiques qualitatives de la population des médecins, tout en s'accompagnant d'un essaimage progressif de ces derniers.

Le découpage temporel que nous avons adopté, décennal jusqu'en 1900 puis divisé entre l'avant-guerre et la Première Guerre mondiale, a quelque chose de parfaitement arbitraire : les périodes de dix ans ne représentent rien d'autre qu'une mesure du temps. Toutefois, nous n'avons pas non plus trouvé de bornes événementielles plus pertinentes. Sur les cartes que nous avons dressées pour chacun des segments de temps ainsi délimités, se

manifestent néanmoins des tendances lourdes, qui structurent ici notre propos. Qu'on garde simplement en tête que ce ne sont que des orientations générales. De fait, nous avons adopté à chaque fois une périodisation flottante, parce que les logiques que nous dégageons sont souvent à long terme.

Le constat qui se dessine à la lecture des cartes correspondant aux segments temporels successifs est d'abord celui d'une transition d'une action médicale en « Terre sainte » d'inspiration religieuse, dans toute la variété que peut couvrir ce terme, vers un mode opératoire qui emprunte aux techniques étatiques et coloniales. Il faut toutetois raffiner cette idée en remarquant que les différents acteurs de la profession médicale n'apparaissent pas de façon synchrone.

C'est cette pensée qui organise notre propos. Les faits bruts que nous avons distingués dès l'abord font voir des structures de recrutement médical, en terme de genre d'abord, mais également dans la répartition confessionnelle et dans la place que prenne. L'observation que de telles structures sont absentes ou plus mystérieuses du point de vue de la répartition géographique, nous avons distingué quatre logiques spatiales principales dans le peuplement médical du sud du bilād al-Šām.

On voit tout d'abord nettement dans les années 1870 l'aboutissement d'un mouvement entamé dans les années 1840, par lequel religieux et missionnaires investissent le domaine médical à proximité des Lieux saints chrétiens et, secondairement, juifs. Cette tendance, qui se traduit notamment par une concentration médicale durable à Jérusalem, n'est pas abrogée à partir des années 1870, mais l'intervention accrue des Etats européens sur le terrain médical résulte notamment du nouvel ordre diplomatique instauré en 1871 et renforcé pour l'Empire ottoman au terme du Congrès de Berlin de 1878.

Dans un premier temps, dans les années 1880, cela se traduit par une dispersion missionnaire accrue, davantage tournée vers la population musulmane de notre région, et plus méthodique dans sa conception.

Dans un second temps, dans les années 1890, la croissance de la population médicale cesse d'être principalement une dépendance de l'action religieuse et missionnaire. Le sionisme commence à devenir visible sur nos cartes, à mesure que les bureaucraties des organisations de colonisation puis les structures collectives des partis politiques font une place accrue aux médecins dans leur fonctionnement. Toutefois, la période ne voit pas seulement l'essor des médecins de colonies juives rurales, mais également celui de la pratique dans les villes côtières en expansion économique, Jaffa et Haïfa surtout. Nous avons englobé les années d'avant-guerre dans la présentation de chacune de ces trois logiques, qu'elles intensifient sans

en transformer les orientations.

En revanche la Première Guerre mondiale est l'occasion d'une diminution des effectifs liée au conflit et aux privations, ainsi que d'une vaste redistribution, favorisée par les affectations militaires souvent, par le hasard aussi parfois. C'est à la fin de la guerre qu'une nouvelle géographie médicale se met en place, surtout au fur et à mesure de l'avancée du corps expéditionnaire du général Allenby.

I – Caractéristiques générales : une population croissante et atypique

Le *sex ratio*, la confession religieuse et l'importance des fonctions institutionnelles nous font chacun mettre le doigt sur des aspects constitutifs du groupe social des médecins en cours de constitution : on peut y deviner le poids des institutions et notamment de l'Etat ottoman sur la carrière, les réseaux mobilisables et les instances de valorisation professionnelle. La répartition géographique des médecins identifiés apparaît en revanche, au premier abord, plus mystérieuse ; elle illustre surtout le poids de certaines villes, les plus avancées du sud du bilād al-Šām sur une voie moderniste.

A – Une population très majoritairement, mais non pas exclusivement, masculine

Le taux de féminisation de la population des praticiens diplômés serait faible si l'on pouvait faire abstraction des rôles de genre et des décisions de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles sur les conditions mises à l'obtention du DEO. Dans les formes de médecine autochtone pratiquées dans la région, les femmes jouent un rôle, mais non pas celui du médecin lettré traditionnel. Il est difficile de dire que les praticiens de la médecine universitaire occidentale constituent une population plus ou moins féminisée que les praticiens des médecines autochtones, faute de données chiffrées pour ces derniers.

La très grande majorité des médecins que nous avons recensés est de sexe masculin, à

raison de 235 hommes contre 12 femmes sur un total de 247, soit 95 % contre 5 %. C'est une situation de quasi-monopole en termes de genre, et cependant le fait surprenant est que la proportion ne soit pas de 100 % contre rien, et que les femmes ne soient même pas des isolats. En effet, nous avons vu au chapitre 2 qu'après les examens passés par le Dr Mary Eddy à l'EIM, cette dernière avait décidé de refuser strictement d'octroyer un diplôme de médecine aux femmes. Cette décision n'a pas été strictement appliquée.

Comment expliquer ce fait ? Si l'on essaie de caractériser plus finement ces douze femmes, un début de lumière se fait. Parmi elles, seule une possède la nationalité ottomane, et encore est-elle en même temps citoyenne américaine. 9 sont protestantes, et ont travaillé pendant tout ou partie de leur séjour dans des institutions missionnaires. Les 3 autres sont juives et ont toute été employées à un moment donné dans des fondations sionistes. Chacune des douze peut faire jouer la protection consulaire, et une bonne partie d'entre elles ont été recrutées à dessein, en tant que femmes médecins, tout particulièrement pour occuper des niches thérapeutiques comme la gynécologie, la vénérologie et l'obstétrique : l'idée est la même qui a motivé dans les années 1890 la fondation de la clinique obstétricale à la FFM. Diplômées en Occident, elles n'ont pas obtenu de titre ottoman les autorisant formellement à exercer, à l'exception Mary Eddy. Eu égard aux positions institutionnelles qu'elles ont occupées, elles ont toutefois dû pratiquer leur métier avec la tolérance de l'administration ottomane.

Un cas précis et détaillé nous permet même de penser qu'elles ont probablement toutes réussi à obtenir un permis formel d'exercer, mais d'un moindre niveau que le DEO. Josephine Fallscheer-Zürcher (née Zürcher) est citoyenne suisse (mais en l'espèce, représentée dans l'Empire ottoman par les institutions diplomatiques allemandes), a fait de brillantes études de médecine, notamment auprès de Charcot ; elle est diplômée d'une faculté de médecine de l'Empire allemand. Elle débarque seule à Alexandrette en 1896, et s'installe à Urfa en juillet 1897[1010]. Là, elle épouse Heinrich Fallscheer, dont nous inclinons à croire, au vu de son nom et de la carrière de son épouse, qu'il est le fils du Révérend Christian Fallscheer, fondateur de la mission de la CMS à Naplouse. Elle arrive dans l'Empire ottoman à l'époque où l'EIM décide de refuser aux femmes le droit de passer le DEO, et fait jouer l'ambassade d'Allemagne pour obtenir, le 05/03/1898, un permis d'exercice de la médecine valable pour la Syrie et visé par l'administration ottomane. De 1898 à 1916, elle pratique alors la médecine avec le soutien efficace de son consulat face aux ingérences répétées des autorités locales, qui

1010Hans-Lukas Kieser, « Le petit monde autour d'un hôpital missionnaire : Urfa, 1897-1992 », in François Georgeon & Paul Dumont (dir.), *Vivre dans l'Empire ottoman. Sociabilités et relations intercommunautaires*, coll. « Histoire et perspectives méditerranéennes », Paris / Montréal, L'Harmattan, 1997, pp. 214-215.

tendent à considérer la situation dans laquelle elle travaille comme irrégulière. Elle exerce à Aintab tout d'abord, de juin 1898 à juin 1899, comme chirurgien-assistant à l'hôpital de la mission américaine ; puis à Alep de juin 1899 à septembre 1904, en pratique privée ; à Mar'āš ensuite, comme directeur et chirurgien de l'hôpital missionnaire allemand, de septembre 1904 à juillet 1905, et à Antioche de juillet à décembre 1905, comme représentante médicale de la mission écossaise de la ville. C'est en janvier 1906 qu'elle s'installe dans le sud du bilād al-Šām, d'abord en pratique privée à Haïfa, puis à partir de janvier 1913 et jusqu'en novembre 1915, dans la ville où son mari avait probablement grandi, Naplouse. Après ces presque 10 ans de pratique privée, elle passe 5 mois à travailler à l'hôpital des diaconesses de Kaiserwerth à Jérusalem, transformé en hôpital du corps expéditionnaire allemand. Le 1er avril 1916, elle est recrutée comme médecin du dispensaire suédois de Bethléem pour un contrat de deux ans, en remplacement du titulaire, absent de son poste depuis 1914. Elle se présente alors au médecin de la municipalité, le Dr Konstantin, qui refuse de reconnaître son permis d'exercice, tout comme l'inspecteur sanitaire pour la province de Syrie, le Dr Ḥusnī Bey, alors installé à Jérusalem. Cette décision n'est accompagnée d'aucun motif.

L'incident illustre à la fois le contenu du permis octroyé en 1898 aux yeux des autorités ottomanes, et le fait que les relations administratives entre l'Etat impérial et les ressortissants des puissances alliées du Sultan dans la Première guerre mondiale gardaient une teneur potentiellement conflictuelle autour d'enjeux de souveraineté, comme avant la guerre. Face aux difficultés du Dr Fallscheer-Zürcher, le Dr Einszler, médecin du consulat d'Allemagne, se propose alors pour se porter garant de cette dernière, qu'il présente comme son assistante. Le Dr Ḥusnī Bey refuse cet arrangement, arguant que cette garantie doit s'appliquer au moindre geste médical de la femme médecin, ce qui implicitement est impossible pour un homme en poste à Jérusalem. Seul le Dr Konstantin serait habilité à se porter garant, sans d'ailleurs être soumis aux mêmes exigences de présence ; il faudrait en revanche le dédommager à un tarif modique, mais symbolique de sa mainmise sur le travail de sa consoeur. L'affaire remet en cause le gagne-pain du Dr Fallscheer-Zürcher, désormais tributaire de la bonne volonté du médecin municipal. De plus, le refus administratif de la garantie du Dr Einszler interdit virtuellement à ce dernier de travailler avec celle qui, quelques semaines plus tôt, était sa collaboratrice à Jérusalem ; car il lui faudrait à chaque fois obtenir de l'administration l'autorisation de la prendre, à titre exceptionnel, comme assistante.

De ces différentes considérations, il découle en premier lieu que le permis d'exercice obtenu en 1898 est perçu rétrospectivement par l'administration comme temporaire et circonstanciel. En deuxième lieu, la manière dont est envisagée la garantie d'un docteur de

sexe masculin indique que le refus de délivrer des diplômes de médecine aux femmes repose implicitement sur l'idée d'une irresponsabilité juridique des femmes en matière de gestes médicaux. L'idée n'apparaît nulle part ailleurs dans les textes juridiques que nous avons rencontrés, ce pourquoi nous inclinons à penser qu'il s'agit d'une interprétation arbitraire, mais les acteurs officiels de cette histoire agissent comme si c'était un fait administratif implicite. Enfin, l'inspecteur sanitaire s'efforce, par sa décision, de placer sous la responsabilité directe d'un sujet ottoman un médecin européen, en tirant bénéfice de ce qu'il s'agit d'une femme. L'enjeu est une fois de plus la prérogative souveraine d'octroyer l'exercice de la médecine, manifestée ici dans la révocabilité du permis. L'abolition des capitulations en 1914, au début de la guerre, fournit à l'inspecteur sanitaire ottoman les circonstances favorables pour affirmer l'autorité de l'administration impériale dans ce domaine[1011].

Toutefois, l'opération tourne court. Cemāl Paşa, gouverneur de la province de Syrie[1012], se rallie au point de vue des diplomates allemands et ordonne à Muḥammad Midḥāt, gouverneur général de Jérusalem, de délivrer au Dr Fallscheer-Zürcher, « dans un but humanitaire », un nouveau permis d'exercer la médecine[1013]. Ce sont en définitive les relations entre alliés qui ont prévalu. D'une manière générale, il nous semble probable que l'exercice de la médecine par les femmes médecins n'était possible que sous protection occidentale.

B – Une population à la composition confessionnelle très différente de celle des habitants de la région

La distribution confessionnelle des médecins dénote une spécificité très accusée par rapport à la composition de l'ensemble de la population du sud du bilād al-Šām. Si l'on raisonne en grands groupes religieux (Tableau n°1), trois faits saillants se dégagent. En premier lieu, les médecins musulmans sont proportionnellement très peu nombreux dans la

1011 ISA 427-197 פ, lettre du Dr Josephine Fallscheer-Zürcher à l'Ambassadeur d'Allemagne à Constantinople, de Jérusalem, 27/04/1916.

1012 Cemāl Paşa, ministre de la Marine et général de la IVe armée ottomane, stationnée aux frontières avec l'Egypte, allie alors à sa position de premier plan au sein du régime Jeune-Turc, des responsabilités administratives étendues à la tête d'une grande province de Syrie créée en 1915, après l'entrée en guerre de l'Empire. Cette refonte correspond, entre autres aspects, à une volonté de l'Etat impérial de se débarrasser des découpages et des provinces autonomes qui existaient jusque là dans la région et dont la création était partiellement liée à des pressions occidentales. Cf Paul Dumont & François Georgeon, « La mort d'un empire (1908-1923) », in Mantran, *Op. cit.* (576-647), p. 622 ; & Hamit Bozarslan, *Histoire de la Turquie contemporaine*, Paris, La Découverte, 2004, pp. 19-20.

1013 ISA 427-197 פ, traduction du permis d'exercer la médecine délivré par Muḥammad Midḥāt au Dr Josephine Fallscheer-Zürcher, le 10 juin 1332 (23/06/1916).

population considérée, dans une région où les musulmans sunnites sont nettement majoritaires. En deuxième lieu, une nette majorité est chrétienne, alors que les chrétiens ne constituent, semble-t-il, qu'environ un dixième des habitants de Palestine (c'est-à-dire en excluant l'est du Jourdain) en 1914. Enfin, les médecins juifs sont eux aussi nombreux, à hauteur d'environ un quart du total, alors que leurs effectifs au sein de la population palestinienne sont du même ordre de grandeur que ceux de la population chrétienne à la fin de notre période. Une partie de ces différences tient à la construction de notre population : notre sentiment est qu'une bonne partie des médecins musulmans sunnites et des médecins juifs est absente du lot. Toutefois, même en tenant compte de ces lacunes, l'écart de composition entre les deux populations considérées reste significatif, car même à l'EIM, les non-musulmans constituent au moins jusqu'aux années 1870 une grande partie des effectifs, en dépit d'un règlement de 1847 fixant les proportions en fonction de la religion à deux tiers d'étudiants musulmans contre un tiers d'étudiants issus des *millet*-s[1014]. Il y a là un effet structurel, dont les explications se laissent mieux deviner à partir d'une répartition confessionnelle plus fine.

Appartenance religieuse	Effectifs	Proportion du total en %
Chrétien	156	63,16
Juif	62	25,1
Musulman sunnite	10	4,05
Bahaï	2	0,81
Athée	1	0,4
Indéterminé	16	6,48
Total	247	100

Tableau n° 1 : Répartition de la population des médecins par grands groupes religieux.

Si l'on définit plus précisément la répartition confessionnelle, en distinguant les grands ensembles à l'intérieur du christianisme et du judaïsme, l'effet de distorsion apparaît plus marqué encore (Tableau n°2). La communauté la importante, les protestants avec près d'un tiers du total des médecins, est extrêmement réduite dans le sud du bilād al-Šām, ou partout ailleurs dans l'Empire ottoman du reste. Les principaux groupes (par ordre décroissant protestants, catholiques et judaïsme ashkénaze) sont ceux que l'on imagine de prime abord immigrés depuis l'Europe. A rigoureusement parler, c'est une erreur, en raison de l'existence de communautés protestantes et catholiques (latins émigrés d'Europe depuis des siècles, maronites ou chrétiens unis) de l'Empire ottoman, et du fait d'une immigration religieuse ashkénaze en plusieurs vagues depuis le 17e siècle. Toutefois, cette répartition est déjà un indice de l'importance locale du fait missionnaire, chrétien mais aussi bahaï, parmi les

1014 Yıldırım, *Art. cit.*, pp. 128-130.

populations éduquées à l'université, et des deux grandes tendances de l'immigration juive depuis l'Europe, la piété orthodoxe et le sionisme.

Si l'on associe le fait migratoire à l'exercice de la profession médicale, on peut expliquer les étapes de la distribution des médecins en un nombre croissant de localités et la forte distorsion de la répartition confessionnelle de ce groupe par rapport à la population locale. Il faut toutefois un maillon explicatif supplémentaire pour rendre compte de cette association : de toute évidence, le recrutement institutionnel joue ici un rôle fondamental.

Appartenance confessionnelle	Effectifs	Conversions	Proportion du total en %
Protestant	79		31,98
Dont : converti du catholicisme au protestantisme	-	1	0,4
Catholique	43		17,41
Dont : converti de l'islam au catholicisme	-	1	0,4
Orthodoxe	9		3,64
Arménien grégorien	1		0,4
Chrétien (confession indéterminée)	24		9,72
Juif ashkénaze	41		16,6
Juif séfarade ou maghrébin	3		1,21
Juif oriental	1		0,4
Juif (origine indéterminée)	17		6,88
Musulman sunnite	10		4,05
Bahaï	2		0,81
Athée	1		0,4
Indéterminé	16		6,48
Total	247	2	100

Tableau n° 2 : Répartition de la population des médecins par confessions religieuses.

C – Une population attirée par les postes institutionnels

Dans leur grande majorité, les médecins diplômés occupent, à un moment de leur carrière dans le sud du bilād al-Šām, des fonctions au service d'institutions, ottomanes ou étrangères. Ils sont salariés, rétribués par des institutions lointaines, et soumis à reddition de comptes à l'égard de ces dernières. Leur marge de manœuvre dans la société où ils évoluent se trouve donc limitée à la fois par les nécessités de leur activité dans leur environnement local, et par la voie hiérarchique qui entraîne une supervision de leur travail à l'échelle de la région, et même depuis Istanbul ou les pays d'Europe.

Les fonctions au sein d'institutions médicales sont une caractéristique récurrente de l'exercice de la médecine, et le fait reste vrai après la fin de la présence ottomane. La grande

majorité des médecins recensés (202 sur 247) a exercé un poste de ce genre dans les années 1871-1918. On peut, là encore, se demander s'il n'y a pas un biais, inhérent au travail sur archives : l'essentiel des fonds conservés est institutionnel, et sans doute les médecins recrutés par des fondations laissent-ils une trace documentaire plus fréquente. Dans la mesure où nous avons été en mesure de suivre des carrières sans emploi de ce type, il nous semble tout de même que cette critique est insuffisante à saper la portée des statistiques. Etre embauché sur un tel poste procure une stabilité de revenus et une visibilité désirables, et les médecins qui se trouvent dans cette situation peuvent exercer en pratique privée à côté, parfois dans les locaux mêmes de l'institution. L'attractivité des postes institutionnels est ainsi de nature à infléchir la mobilité géographique des médecins.

D – Le fait brut de la dispersion

Si nous observons la distribution géographique de l'ensemble des localités ayant vu l'installation d'un médecin entre 1871 et 1918, et le nombre des médecins différents dans chacune (carte n° 1), ce qui se dégage est moins une logique géographique qu'une polarisation. La concentration des effectifs médicaux les plus élevés durant notre période concerne Jérusalem et ses environs tout d'abord, puis Jaffa et son proche arrière-pays ensuite, et enfin Haïfa et les environs de la baie de Saint-Jean d'Acre.

Un deuxième fait saillant est la moindre concentration des installations dans le sud de la région, dans les terres de montagne et sur la côte au midi de Bethléem, à l'exception de Gaza.

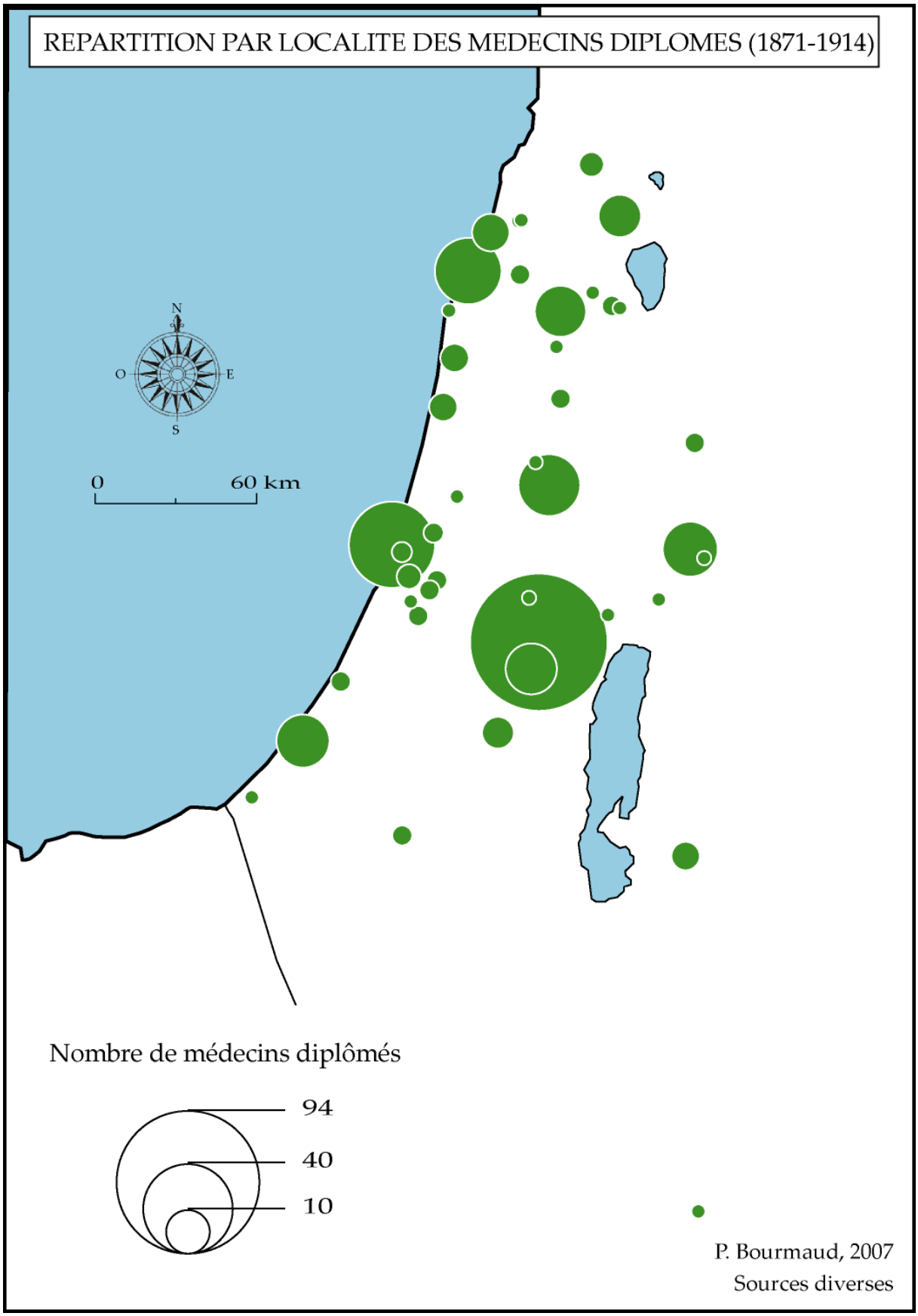
En outre, les régions à l'est du Jourdain sont moins densément peuplées de médecins que celles qui se trouvent à l'occident du fleuve. On peut penser que cela a à voir avec l'état de moindre présence étatique et de moindre urbanisation de cet espace[1015]. La présence, relativement précoce, de médecins diplômés à Gaza et à Salt conduit à relativiser ce qui, dans cette hypothèse, associe trop étroitement l'activité locale des médecins diplômés et celle de l'Etat. Il pourrait y avoir subsidiarité entre l'Etat et les médecins diplômés, même missionnaires ; mais d'une certaine façon, et la chose est très visible à Salt, le travail des médecins missionnaires se fait avec moins de contraintes politiques sur les marches de l'Etat ottoman, ou (pour Gaza) dans une région frontalière.

On peut néanmoins affiner la perception de cette dispersion en notant, dans les

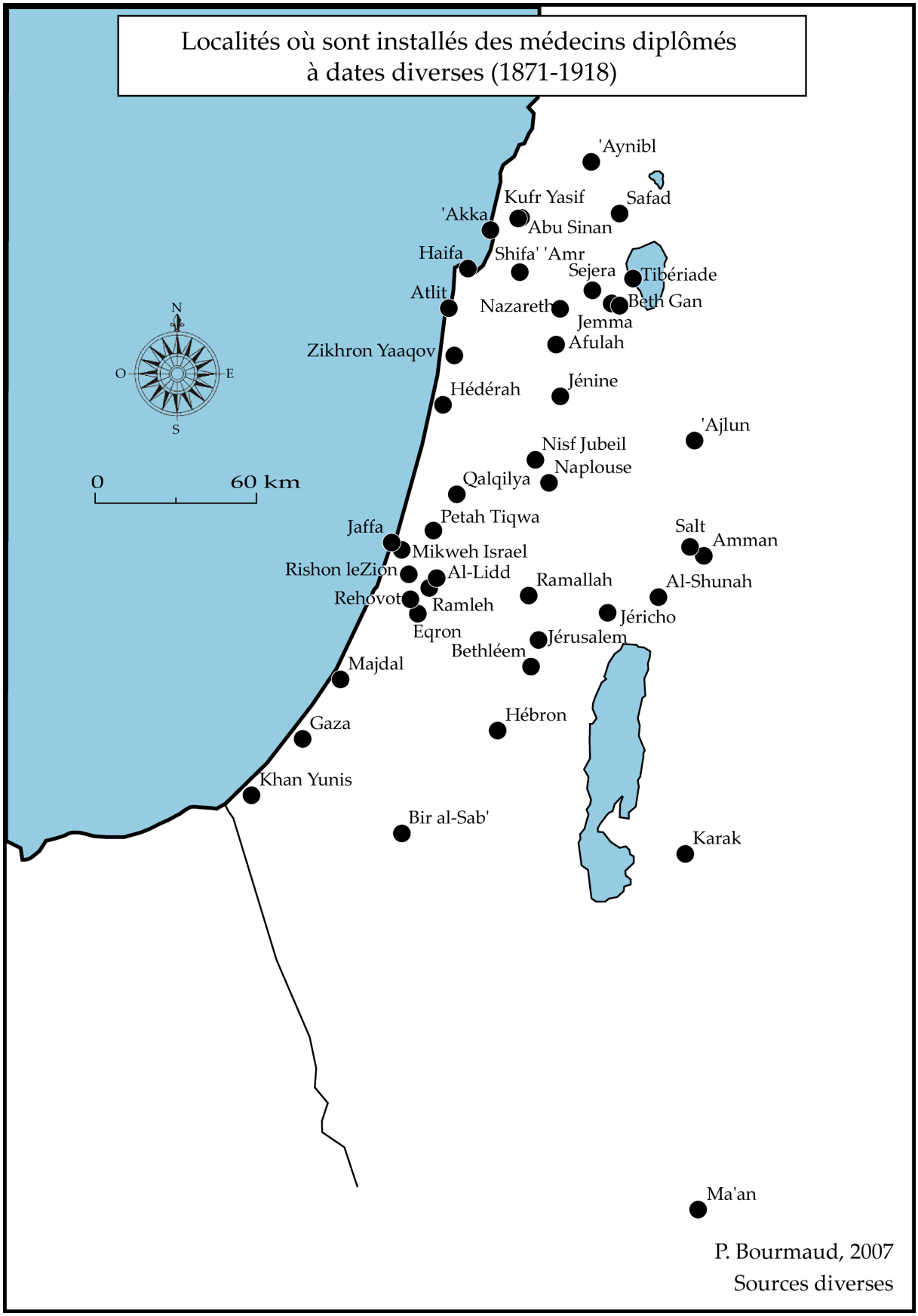
1015 Eugene Rogan, *Frontiers of the State in the late Ottoman Empire*, coll. "Cambridge Middle East Studies", Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 4-20.

données brutes de cette dispersion (Tableau n°3), les caractéristiques des localités en question. Il s'agit, pour l'essentiel, de villes ou, à tout le moins, de bourgades. Les principales exceptions sont les colonies juives, conçues comme des noyaux de peuplement futur. Dans la grande majorité des cas, les médecins s'installent en ville, dont près d'une centaine dans la seule Jérusalem, que les différentes estimations de population, malgré les divergences, considèrent peuplée de 60 à 100 000 habitants en 1914. Si la Palestine connaît à partir des années 1840 et jusqu'à 1914 une urbanisation lente, et passe, d'après 'Adel Mannā', d'un taux d'urbanisation de 20 % en 1840 à plus de 25 % en 1880, la grande majorité de la population sur les deux rives du Jourdain reste paysanne ou bédouine[1016]. La localisation massive des médecins en ville dénote à la fois un choix de carrière et une conception centraliste de la pratique médicale. Ce choix les conduit à multiplier les visites à domicile, parfois à distance importante, et éventuellement à entreprendre des tournées rurales. En outre, la concentration massive des médecins en quelques points de l'espace les met en situation de rude concurrence.

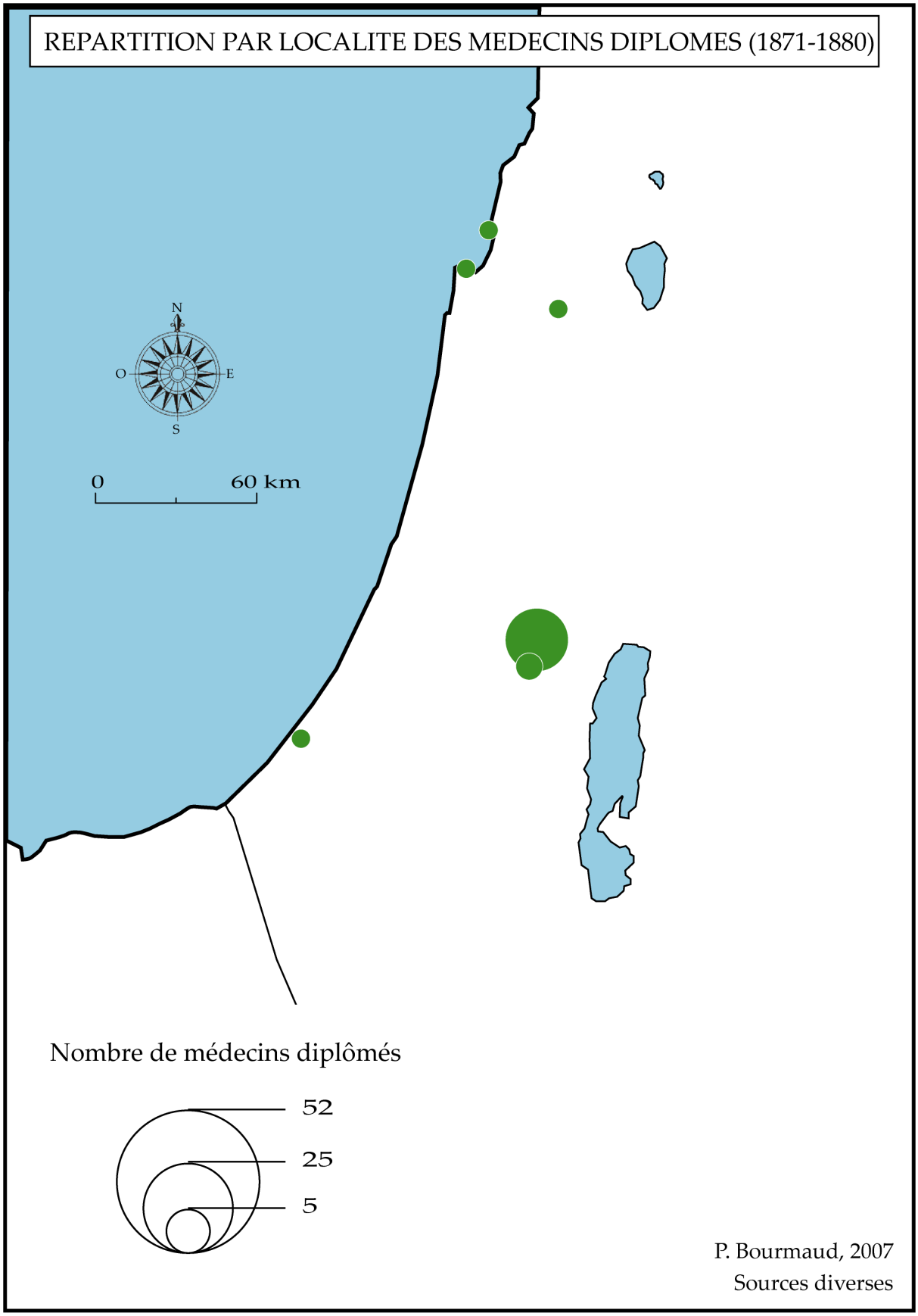
1016 'Adel Manna', *Tārīẖ filasṭīn fī awāẖir al-'ahd al-'uṯmānī 1700-1918 (qirā'ah jadīdah)*, Beyrouth, Institut d'Etudes Palestiniennes, 1999, p. 209.



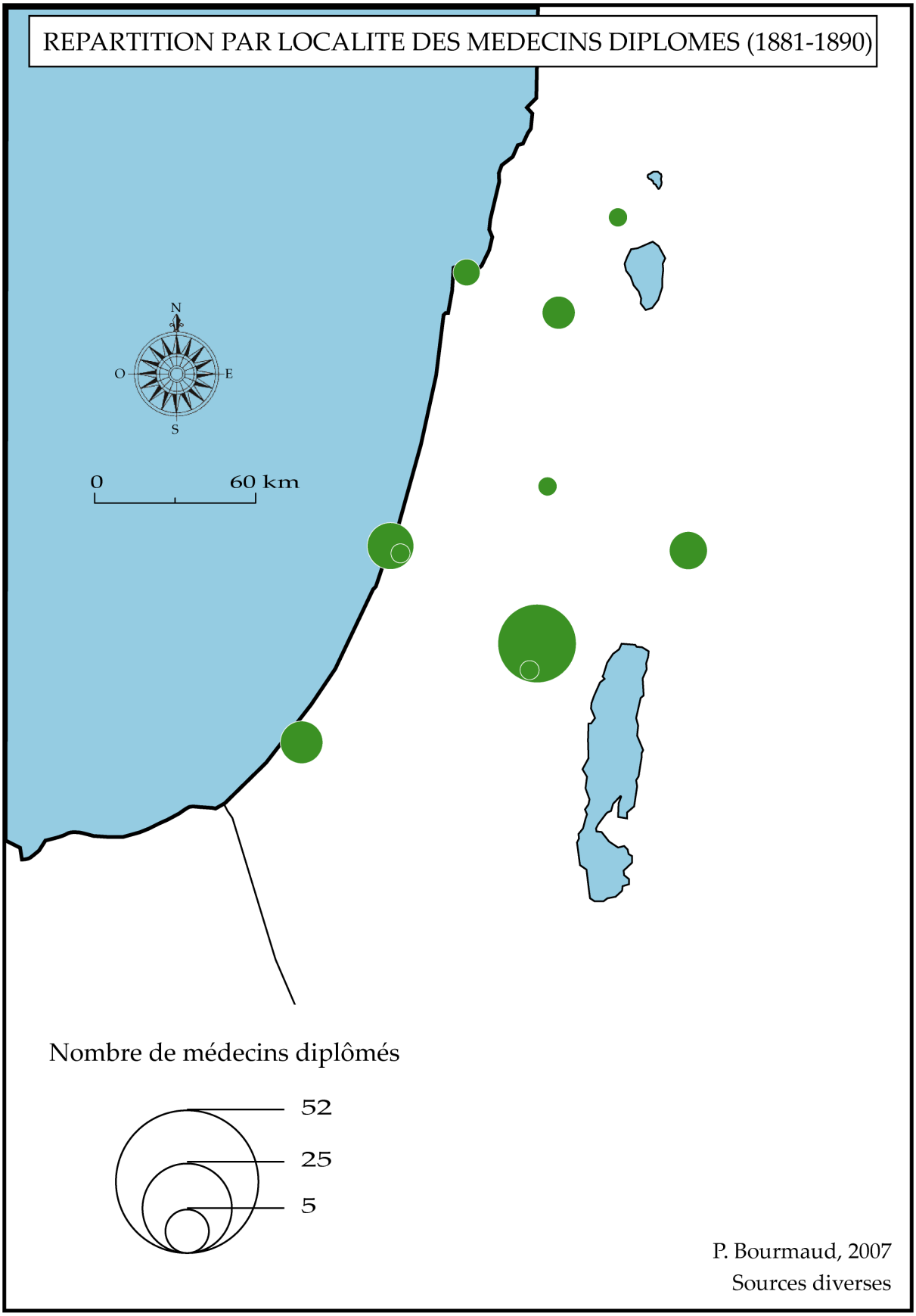
Carte n° 1 : Nombre de médecins diplômés installés en pratique par localité sur la période 1871-1918.



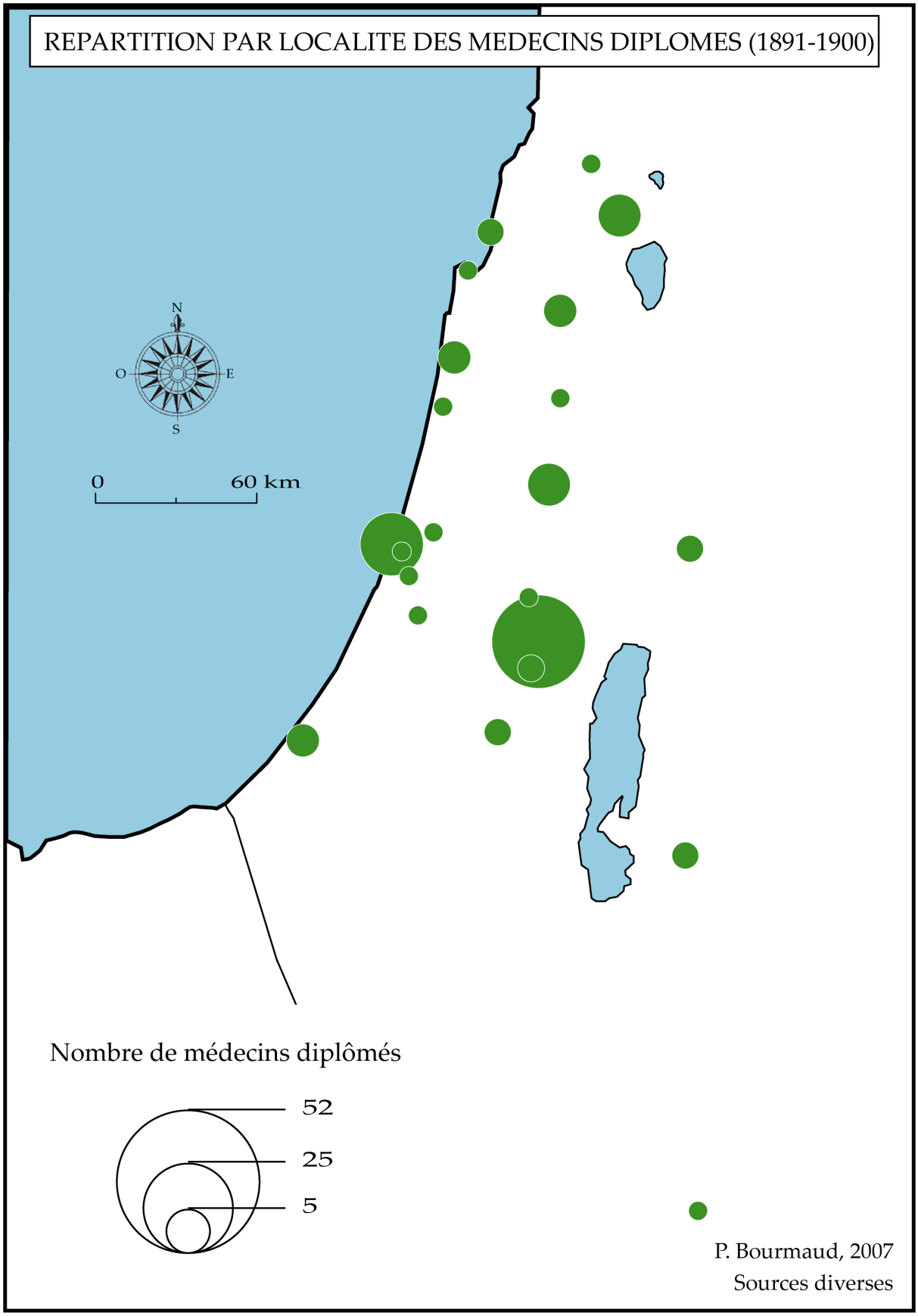
Carte n° 2 : répartition des localités d'installation des médecins 1871-1918.



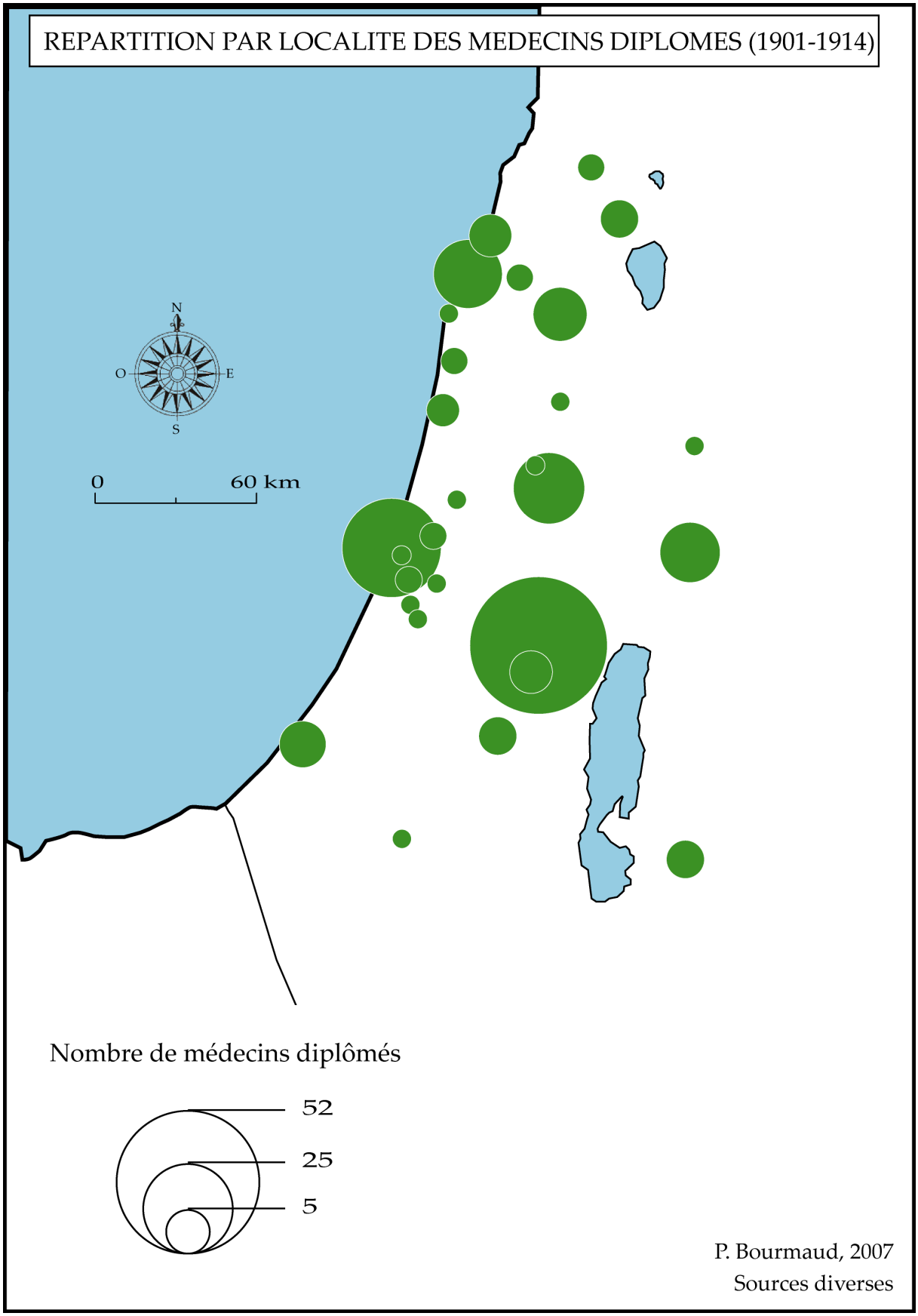
Carte n° 3 : Nombre de médecins diplômés installés en pratique par localité sur la période 1871-1880.



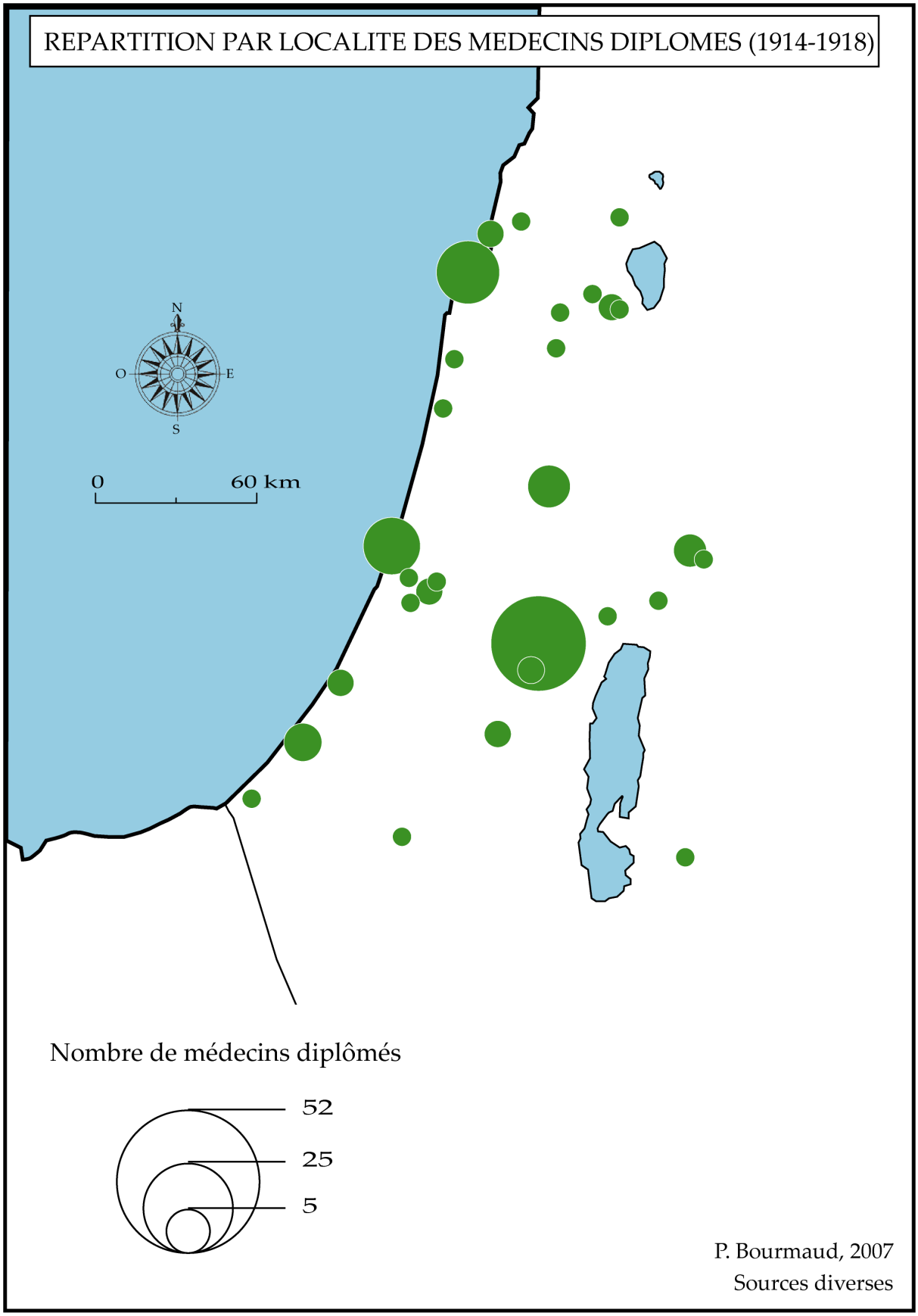
Carte n° 4 : Nombre de médecins diplômés installés en pratique par localité sur la période 1881-1890.



Carte n° 5 : Nombre de médecins diplômés installés en pratique par localité sur la période 1891-1900.



Carte n° 6 : Nombre de médecins diplômés installés en pratique par localité sur la période 1901-1914.



Carte n° 7 : Nombre de médecins diplômés installés en pratique par localité sur la période 1914-1918.

Sanjak	Région	Localité	Nombre de médecins installés
Mutaṣarrifiyyah de Jérusalem	Jérusalem et ses environs	Jérusalem	94
		Bethléem	13
		Ramallah	1
		Jéricho	1
	Plaine côtière	Jaffa	37
		Gaza	14
		Ramleh	2
		Al-Lydd	2
		Mikweh Israel	2
		Petah Tiqwa	2
		Rishon leZion	3
		Ekron	2
		Majdal	2
		Rehovot	1
		Khân Yûnus	1
	Sud de la Palestine	Hébron	5
		Bir al-Sab'	2
Sanjak de Naplouse	Jabal Nablus	Naplouse	19
		Nisf Jubeil	1
		Jénine	2
	Plaine côtière	*Hadera*	4
		Qalqilya	1
		Zichron Yaakov	4
Sanjak d'Acre	Plaine côtière	Haïfa	22
		Acre	7
		Atlit	1
	Galilée	Nazareth	13
		Tibériade	13
		Safad	9
		Ain Ibl	3
		Shifâ' 'Amr	2
		Jemma	2
		Beth Gan	1
		Sejera	1
		Kufr Yasif	1
		Abû Sinân	1
		Afûlah	1
Sanjak du Hauran	Est du Jourdain	Salt	15
		Karak	4
		Ajlûn	2
		Amman	1
		Al-Shûnah	1
Sanjak de Ma'an	Est du Jourdain	Ma'an	1

Tableau n° 3 : Les installations de médecins par localité, 1871-1918. (Un médecin peut être compté dans différentes localisation successives ; en italique, les colonies juives ; cf carte n° 2 pour la répartition de ces localités.)

II – La logique des lieux saints (années 1840- années 1870)

A – La mission médicale auprès des minorités confessionnelles

Pour l'essentiel, la carte des localités occupées dans la décennie 1871-1880 (carte n° 3) dérive d'une tendance ancienne de l'activité missionnaire : parmi les 6 villes et bourgades recensées, on compte Jérusalem, Nazareth et Bethléem, ainsi que cet appendice de l'histoire de la chrétienté aux Lieux saints, Acre, dernier bastion de la présence croisée à tomber en 1291. Cette répartition particulière s'explique si l'on considère que l'importance quantitative des institutions médicales religieuses, et des postes qu'elles proposent, entraîne un accroissement de la population des médecins par un effet d'offre.

Les missions chrétiennes sont de longue date concentrées dans les agglomérations où vivent des populations relevant des *millet*-s, et travaillent presque exclusivement en direction de ces communautés, afin d'éviter l'accusation de prosélytisme envers les musulmans. Lorsque leur activité se tourne de façon très marquée vers la médecine, dans le courant du 19e siècle, cette géographie se transpose dans ce nouveau domaine d'activité. Elle constitue le premier axe pour établir une matrice explicative de la distribution spatiale des médecins diplômés.

Dans le courant des années 1830, l'activité missionnaire prend un nouvel élan, à mesure que les sociétés protestantes réussissent à s'installer durablement au Proche-Orient. Elles y narguent l'Eglise de Rome établie de longue date, et les religieux catholiques relèvent le gant[1017]. Les années 1840 voient la poursuite de ce mouvement, et la mise en place d'institutions médicales au service des projets missionnaires, d'abord à Jérusalem, puis à Nazareth dans les années 1860. Les plus impliquées dans cette concurrence missionnaire médicale sont les sociétés et organisations suivantes : la London Society for Promoting Christianity amongst the Jews (ci-après LJS), les Diaconesses (luthériennes) de Kaiserwerth, l'Edinburgh Medical Mission Society (EMMS), l'United Free Church Ministry to the Jews (UFCMJ), la Church Missionary Society (CMS) et, à partir des années 1880, la Jerusalem and the East Mission Society (J&EMS), côté protestant ; les Frères de saint Jean de Dieu, les

1017 Heleen Murre-van den Berg, « Introduction », in Heleen Murre-van den Berg (éd.), *New Faith in ancient lands. Western missions in the Middle East in the Nineteenth and early Twentieth centuries*, coll. « Studies in Christian missions », Leyde / Boston, Brill, 2006, pp. 4-8.

Sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition, les Filles de la Charité et les Sœurs de saint Charles Borromée, côté catholique. Ces différentes sociétés et congrégations sont protégées à des degrés divers par des puissances européennes, la Grande-Bretagne (LJS, EMMS, UFCMJ, CMS et J&EMS), la Prusse (Diaconesses de Kaiserwerth) puis l'Allemagne avec ou sans le concours de l'Autriche (Frères de saint Jean de Dieu, Sœurs de saint Charles Borromée) et la France (Sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition, et surtout les Filles de la Charité, relevant de la fort gallicane Congrégation des missions lazaristes[1018]).

Toutefois, un très net changement d'inspiration se fait sentir entre les années 1840 et les années 1880. Dans un premier temps en effet, les sociétés protestantes empruntent leur inspiration à un millénarisme évangélique très marqué par la pensée contre-révolutionnaire du début du 19e siècle. Leurs projets, et ceux de la LJS au premier chef, sont frappés au coin de l'attente de la fin des temps, et déclinent les diverses possibilités pour faire advenir les conditions de celles-ci, en particulier la conversion des juifs et leur retour en Terre sainte[1019]. Cette théologie, qui compte des partisans très hauts placés et notamment des proches du *Foreign secretary* Lord Palmerston, ne dicte pas ses orientations à la diplomatie de Londres, mais elle se greffe sur une politique étrangère britannique de plus en plus active dans la région, qui emprunte ses justifications à tous les registres argumentaires disponibles[1020] ; moyennant quoi, le gouvernement britannique protège activement les missionnaires protestants sur le plan diplomatique, mais les sociétés protestantes mènent leurs opérations de façon relativement autonome.

Le profil de l'action missionnaire médicale dans les années 1880, alors qu'elle connaît un nouveau départ, est bien différent : les organisations dont l'essor est le plus visible sont moins directement liées au millénarisme évangélique : ainsi de la CMS, et *a fortiori* de la J&EMS. Surtout, les Etats sont plus activement engagés derrière les sociétés et les congrégations, ce qui affecte les stratégies missionnaires. L'idée de former des clientèles au sein des communautés confessionnelles a toujours été à l'ordre du jour ; mais le transfert des rivalités européennes vers la médecine accélère le rythme des fondations d'institutions

1018 Joseph Hajjar (Mgr), *L'Europe et les destinées du Proche-Orient. Unité arabe – mission chrétiennes. La question syro-palestinienne et syro-libanaise*, coll. « Bibliothèque de l'Histoire de l'Eglise », 8 vol., Paris, Bloud & Gay, 1970, pp. 592-593 ; et Chantal Verdeil, *Art. Cit.*, p. 236.

1019 Cf Mayir Vereté, in « The idea of the restoration of the Jews in English protestant thought » in Norman Rose (éd.), *From Palmerston to Balfour. Collected Essays of Mayir Vereté*, Londres, Frank Cass, 1992, pp. 78-140 ; Mahmoud Yazbak, « Templars as proto-Zionists ? The "German colony" in late Ottoman Haifa », in *Journal of Palestine Studies*, été 1999, vol. 28, n°4, pp. 40-54 ; et Hajjar, *Op. cit.*, pp. 326-329 ; voir aussi, sur le messianisme empreint d'idéal croisé qui se développe à partir de 1799-1800 puis dans le cadre de la Sainte-Alliance, et qui nourrit l'opinion publique et le discours politique sur la « Terre sainte », Alphonse Dupront, *Le Mythe de croisade*, 4 vol., coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, NRF-Gallimard, 1997, Vol. 1, pp. 530-556.

1020 Hajjar, *Op. cit.*, pp. 331-332.

médicales. Cela produit un appel d'air pour des diplômés en mal de poste ; mais cela crée aussi des obligations mutuelles entre les nations d'Europe et les communautés qu'elles protègent. L'assistance médicale se banalise dans les localités où la concurrence est la plus vive, car elle devient un moyen de conserver sa clientèle. Inversement, les *millet* s'ouvrent davantage aux ingérences étrangères par ce biais. Entre autres conséquences, cela signifie que les médecins engagés pour ce type d'emploi deviennent, bon gré mal gré, médecins d'une communauté religieuse, bien qu'ils soignent sans distinction de religion. Leurs coreligionnaires ne se font pas faute de réclamer l'attribution de services médicaux gratuits, en reprochant aux médecins ou aux sociétés missionnaires de s'enrichir à la faveur d'actions caritatives[1021]. A Jérusalem, où la diversité des confessions et des rites est maximale, et où la compétition entre les nations européennes est plus vive, cette exigence prend un caractère systématique. Une dimension de chantage teinte les discours quelque peu misérabilistes sur les besoins de chacune des *millet*-s : celles-ci mettent leur fidélité confessionnelle et leur appartenance à une clientèle natinoale en jeu pour obtenir davantage de service. Comme on le verra plus loin, cette tendance accentue, du côté des sociétés missionnaires, l'exigence que les médecins soient compatibles avec elles sur le plan confessionnel.

B – La Terre sainte, terre de mission : une occasion d'imiter le Christ

1 – L'imaginaire territorial de la « Terre sainte » dans la mission protestante

Les préférences géographiques des missionnaires pour tel ou tel lieu dépendent fortement sa sacralité aux yeux du christianisme. Sans doute l'ensemble du sud du bilād al-Šām est-il « Terre sainte » de ce point de vue, mais du point de vue des missionnaires européens, il y a une hiérarchie implicite. En tête, se trouve Jérusalem, où des hôpitaux sont créés dans les années 1840 dans un contexte de relations conflictuelles entre missionnaires protestants et communautés juives locales, puis de compétition entre nations européennes protectrices des différentes confessions religieuses non-musulmanes[1022]. Ensuite vient Nazareth, où les mêmes rivalités nationales et confessionnelles sont à l'œuvre et se traduisent

1021 CMS G 3 P/O 1885/73, de Wolters à Lang, de Jérusalem, 02/04/1885 ; et CMS G 3 P/O 1885/74, traduction de la pétition des représentants de la congrégation protestante de Salt, s.d. ; cf également Eugene Rogan, *Op. cit.*, pp. 130-130.

1022 Schwake, *Op. cit.*, *passim* ; voir aussi Norbert Schwake, « Le développement du réseau hospitalier en Palestine », in Dominique Trimbur & Ran Aaronsohn (éd.), *De Bonaparte à Balfour. La France, l'Europe occidentale et la Palestine 1799-1917*, Paris, CNRS-Edition, 2002, pp. 109-131.

par des fondations hospitalières à partir des années 1860[1023]. Ce sont les deux noyaux de la diffusion de la médecine occidentale dans notre espace, et Jérusalem y reste la ville la plus importante pour la médecine jusqu'à 1918 et au-delà.

La lecture des fondations d'institutions médicales au prisme de l'Histoire sainte est un lieu commun de la littérature missionnaire : Gaza « est mentionnée dans le livre de la Genèse et dans les Actes des Apôtres »[1024] ; Karak est un « endroit intéressant au pays de Moab […] où sont enterrés les restes du premier grand législateur, Moïse, Jéhovah Lui-même honorant de sa main la dépouille de Son fidèle serviteur »[1025]. Cette publicité est modulée selon les publics donateurs, qui sont de tous âges, comme le montre cet extrait relatif à mission médicale de Naplouse :

> « Qui connaît un autre nom pour la Palestine ? – La Terre sainte. – Mais oui ! et il n'en est pas de meilleur que celui-là, car il rappelle le Saint Sauveur, qui vécut, mourut, et ressuscita d'entre les morts dans ce pays, qui sera toujours le lieu le plus sacré de la Terre. Si tu te rendais en Palestine de nos jours, tu ne *verrais* pas, en fait, Notre Seigneur marcher au milieu du peuple comme Il le faisait jadis, ni bénir les enfants, ni soigner les malades, les aveugles, les sourds, les muets ou les infirmes. Pourtant, qu'a-t-Il dit à Ses amis avant Son ascension vers le ciel ? – « Voyez, je serai toujours avec vous, jusqu'au bout du monde. » Nous *savons* donc que Sa présence est dans Son Eglise, en tous lieux de la Terre, et qu'Il aime encore les enfants, et prend en Sa pitié les malades, les pauvres et les ignorants, comme Il le faisait dans les temps anciens.
>
> Rendons maintenant visite à l'hôpital de la CMS à Naplouse. Cherche un peu, sur la carte de la Palestine, le puits de Jacob (près de l'ancienne Sychar), où Notre Seigneur, las et assoiffé, s'assit pour parler à la Samaritaine. A près d'un mille et demi du puits, en remontant la vallée[1026], se trouve la ville moderne de Naplouse, dont les maisons aux toits plats et blancs réfléchissent la lumière du soleil ; de là, on voit le Mont Ebal et le Mont Gérizim, « scintillant dans la lumière du soleil couchant ». La plupart des habitants de Naplouse sont musulmans (ou mahométans), bien que les bazars soient souvent pleins de pèlerins russes, arméniens et grecs, ainsi que de Bédouins du désert et d'autres étrangers, marchandant et hurlant les uns sur les autres. Il demeure une petite colonie de samaritains, mais cette population intéressante tend à disparaître.
>
> En 1891, le Dr Bailey, un missionnaire de la CMS, est arrivé à Naplouse en venant d'Angleterre et a démarré une mission médicale. Il a ouvert un petit hôpital dans un vieux café en 1893, mais a dû rentrer au pays l'année suivante, et c'est le Dr Gaskoin Wright qui a pris sa place. L'activité augmente vivement, et le Dr Wright a demandé au Comité [de la CMS] de construire un hôpital, mais pour le moment, on n'a pu que lui répondre : « Nous n'avons pas d'argent pour cela. » […]
>
> Jetons maintenant un coup d'œil aux petites filles de la clinique. Une foule de bébés

1023 Ziadat, *Art. cit.*, pp. 270-271 ; Schwake, « The Austrian Hospital in Nazareth », pp. 81-84.

1024 Robert Sterling, « Gaza medical mission », in *Medical Mission Quarterly*, vol. 1, n°4, 10/1893, pp. 10-14.

1025 Frederick Johnson, « Kerak Medical Mission », in *Medical Mission Quarterly*, Vol. 2, n°15, 07/1896, pp. 68-71.

1026 L'auteur emprunte à différentes lettres de missionnaires, et la précision de la description se ressent de ce patchwork : la topographie de Naplouse décline de l'est vers l'ouest, suivant le cours intermittent du Nahr Iskandarūn, wadi dont les eaux courent à l'occident vers la Méditerranée. Par conséquent, c'est en descendant la vallée qu'on se rend en ville à partir du puits de Jacob, situé à l'est.

> en pleurs, de femmes et d'enfants attendent le docteur. Pendant ce temps, Miss Adamson [infirmière de la mission] nettoie et panse les plaies. Les gens sont souvent si sales que les laver prend beaucoup de temps. Regarde un peu ces nourrissons, emmaillottés dans des calicots si serrés qu'ils ne peuvent bouger ni les bras, ni les jambes, comme des momies. En revanche, qu'est-ce qu'ils crient ! Cette petite fille sourde et muette que voici est venue chercher une lotion pour ses yeux. La pauvre enfant, qui a l'air si malade, s'appelle Ajul Bodea. Tu vois, elle a amené des noisettes et des confiseries comme cadeau pour Miss Adamson. Elles ont l'air vraiment infectes pour nous, mais sans nul doute, elle les trouve délicieuses. L'enfant chérie de l'hôpital est Turah aux yeux noirs. Elle a dû subir deux opérations du pied. Au début, elle pleurait tous les jours, mais la voilà bien plus heureuse maintenant. Turah n'a que neuf ans, mais elle n'aime pas être dorlotée par le médecin, « parce que », nous dit-elle, « c'est un homme et je suis une fille. » Les femmes orientales ne comprennent pas qu'un docteur de sexe masculin les soignent – nombre d'entre elles préfèreraient mourir que d'aller en voir un. […] Miss Adamson dit qu'elle veut quelques jolies vestes usées en laine douce, pour confectionner les plâtres, ainsi que des bandages, des chemises de nuit, des cotonnades, lainages, et autres vêtements usagés en lin, des draps, des serviettes, de la ouate, et des jouets de toutes sortes. Pourrais-tu essayer de faire la collecte de quelques unes de ces choses ? Est-ce que tu auras une pensée pour te souvenir des petits garçons et des petites filles, juifs et musulmans, quand tu recevras tes cadeaux de Noël ? Tous les jours, on lit les prières à l'hôpital. Les garçons musulmans adorent chanter, et aiment apprendre les hymnes chrétiens[1027]. »

Le passage méritait d'être cité longuement, parce qu'il illustre à la fois l'adaptation de la rhétorique missionnaire à un public juvénile, et les glissements de registre de propagande. On ne pourrait dire plus clairement que la raison d'être spécifique de l'action de la CMS, à Naplouse et ailleurs aux alentours, a pour raison d'être l'équation entre Palestine et Terre sainte, entre une dénomination géographique et historique d'une part, et un référent religieux d'autre part. De fait, la structure régionale de la mission de la CMS, dont l'Egypte est retranchée en 1890, est intitulée « mission de Palestine », et couvre les deux rives du Jourdain ; ce nom recouvre une idée territoriale, même si l'installation de nouveaux dispensaires se fait souvent selon des logiques opportunistes, indifférentes aux délimitations spatiales et aux frontières politiques. Globalement, néanmoins, la « mission de Palestine » englobe un espace bien balisé et identifié dans sa cartographie par les contemporains.

Le texte ci-dessus illustre à l'extrême ce que nous disions du pouvoir de suggestion collective, à distance, associée à la sacralité de l'espace étudié. On y retrouve aussi, bien entendu, l'application des règles de base de la collecte de fonds à buts caritatifs ou humanitaires : il est bon de particulariser une fin morale universelle – ici, l'évangélisation et l'empathie avec la souffrance – en lui donnant des traits individuels et en la focalisant autour d'un projet précis. En raison du public visé, l'imagination est stimulée avec un soin tout

1027 « In the Holy Land », extrait de « The children's page. Church Missionary Society Medical Mission Fund Juvenile Branch », pp. 1-3, encart in *Medical Mission Quarterly*, Vol. 2, n°16, 10/1896, pp. 94-95.

particulier, et son vecteur est l'anecdote évangélique. La curiosité juvénile est conçue par l'auteur du texte comme se nourrissant davantage encore d'imaginaire que pour les adultes, et son éveil se double d'une invitation toute particulière à l'interactivité.

Dès le début, on ouvre le champ avec la mise en scène du jeu de questions et réponses impliquant, implicitement, le lecteur, dans une manière de leçon de catéchisme : l'espace dont il est question est en fait déjà connu ; et l'enfant est invité à un déplacement par la pensée dans le temps autant que dans l'espace. Le passage de la géographie à l'histoire sainte transporte, à la manière de l'armoire magique de C.S. Lewis, vers un lieu dont la présence ici n'a de motivation que narrative : la mention du puits de Jacob et de la Samaritaine est la clé imaginaire qui ouvre une description de la ville contemporaine empreinte du pittoresque des guides touristiques.

Le couplet sur le vacarme bigarré et polyglotte des marchés n'a pas seulement fonction illustrative : il singularise culturellement les missionnaires. La présence des pèlerins chrétiens non-protestants en son milieu, plutôt qu'en dévotion, jure avec le dévouement de la mission médicale, et la référence à la communauté samaritaine si « intéressante » a pour écho la référence aux patients juifs de l'hôpital, objets privilégiés du prosélytisme de la CMS comme les musulmans. La même différenciation culturelle affecte les relations avec les patients.

Pour venir d'un autre horizon, ces derniers sont néanmoins des figures auxquelles le jeune lecteur britannique pourrait presque s'identifier ; mais tout est dans le presque. Les enfants hospitalisés doivent paraître à la fois comme camarades potentiels, et comme des êtres au comportement inexplicable, sinon par manque d'éducation ou d'hygiène, du moins par leurs caractéristiques culturelles. Le moins rationnel et le plus injustifiable dans cette représentation des interactions à l'hôpital semble bien être dans les rapports des femmes et des filles aux médecins, qui sont dictés par des relations de genre codifiées, que l'auteur adulte néglige soigneusement de déchiffrer pour son jeune lecteur. L'hôpital est l'occasion de rectifier une séparation entre hommes et femmes qui, telle qu'elle est décrite, se révèle contre-productive.

Dans ce contexte, la fonction du médecin, à l'imitation du Christ, n'est pas seulement de soigner mais aussi d'enseigner, en imposant tout d'abord des normes, puis en faisant passer un message missionnaire. La nature de celui-ci est adaptée au public juvénile : la description se clôt par l'évocation de Noël, de cadeaux et d'une salle de malades pleine d'enfants musulmans chantant des hymnes comme des enfants anglais chanteraient des *carols*. Le contraste de l'une à l'autre de ces images vise sans doute à susciter une sorte de mauvaise

conscience chez les jeunes lecteurs, mais aussi à montrer l'efficacité du travail missionnaire. L'idée du premier paragraphe, selon laquelle le Christ était encore à l'œuvre, même dans cette région de la Palestine où il n'y a plus guère de chrétiens, du moins de chrétiens sincères selon les protestants, est réalisée à la fois par l'activité médicale et par la pédagogie missionnaire.

Elargissons le propos. Nous ne sommes pas en train de suggérer que les références nombreuses au sacré et l'imagination populaire aient suffi à faire advenir une idée territoriale qui aurait inspiré une réalité ultérieure ; cette idée ne nous paraît pas plus acceptable que celle qui subordonnerait intégralement les découpages de frontières des années 1920-1924 dans le pays à des impératifs stratégiques tels que les ressources en eau, l'accès à un port sur la Mer rouge ou la place du futur mandat de Palestine sur la route des Indes. L'idée de Palestine existe avant 1914 dans les représentations d'un groupe qui va bien au-delà du mouvement sioniste, avant que l'on discute son contenu territorial exact à la conférence de Paris et jusqu'aux rectifications des frontières mandataires en 1924. Pour être idéelle, la Palestine n'est cependant pas vide de sens ou d'effectivité dans les opérations des acteurs étrangers dans la région. Elle enveloppe notamment des pratiques spatialisées de l'action caritative, et parfois des intérêts très bien compris, qui ont un effet peu visible mais structurant, en raison notamment du rôle que les sionistes et les missionnaires britanniques jouent dans les allées du pouvoir et sur le terrain dans l'immédiat après-guerre. La territorialité ottomane n'est pas effacée mais sur le plan médical, elle n'est pas seule pertinente, et ne nous apparaît pas aussi significative que les projets non-gouvernementaux conçus dans les limites de l'espace imaginaire de la « Terre sainte ».

Ceci suppose que ladite « Terre sainte » soit repérée dans l'espace. Au 19e siècle, elle l'est assurément, mais comme une région, aux délimitations symboliques et hésitantes, et non comme une circonscription administrative. Le nombre de cartes qui, des années 1840 aux années 1910, représente cet espace dénué de territorialité formelle à cette époque, est impressionnant, et les diverses enquêtes topographiques effectuées pour éclairer les sciences bibliques et l'archéologie nourrissent cette production constamment renouvelée[1028]. Sans doute les limites de cet espace sont approximatives et varient selon le point de vue politique

1028 Deux sites mettent en ligne un certain nombre de ces cartes, dont le cadre géographique est toujours à peu près le même, allant de la frontière égyptienne et de Bir al-Sab' vers le sud jusqu'à Tyr ou Saïda : il s'agit de l'Université hébraïque de Jérusalem : http://www.jnul.huji.ac.il/dl/maps/pal/html/eng/mapsbydate_4.html, consulté le 17/06/2007 ; et de la collection Perry-Castañeda de l'Université de Texas : http://www.lib.utexas.edu/maps/historical/history_middle_east.html, consulté le 17/06/2007. La plus importante enquête topographique de l'époque est sans doute celle qu'entreprend Claude Conder dans les années 1870, et qui vise, sous l'égide du *Palestine Exploration Fund*, à identifier au maximum les lieux cités dans la bible : Claude Reignier Conder, *A Survey of Western Palestine*, *The Survey of Western Palestine. Memoirs of the topography, orography, hydrography and archaelogy*, Londres, Palestine Exploration Fund, 1881-1883 ; Claude Reignier Conder, *The Survey of Eastern Palestine. Memoirs of the topography, orography, hydrography, etc.*, Londres, Committee of the Palestine Exploration Fund, 1889.

des auteurs[1029]. Toutefois, si l'on entend par territoire, non l'application d'un ordre politique institutionnel sur un espace géographiquement défini, mais la mise en place d'une action collective organisée et conçue dans un espace de référence, il n'y a pas de doute : la « Terre sainte » est territorialisée du point de vue de l'action des sionistes et des missionnaires.

Les premiers, régulièrement en butte avec les pouvoirs politiques du temps autour de cette définition du territoire, s'efforce par différents moyens d'obtenir la révision des décisions officielles dans un sens conforme à leurs vues. C'est d'abord le cas à l'est du Jourdain, quand le baron de Rothschild commence à envisager, en 1889, d'y acheter des terres pour la colonisation et doit battre en retraite face à l'efficacité de l'inertie administrative des autorités ottomanes, qui, selon l'hypothèse de Eugene Rogan, aspiraient à être les seuls acteurs du développement territorial dans cet espace[1030]. C'est à nouveau le cas dans les années qui suivent la Première guerre mondiale, lorsque les frontières tracées en 1920 entre la Palestine, la Syrie et le Liban placent un certain nombre de colonies juives dans le territoire alloué aux Etats sous mandat français, avec pour effet qu'elles se trouvent en dehors de l'espace à l'intérieur duquel est prévu la formation du foyer national juif. La démarche du mouvement sioniste est alors volontariste, qui consiste non seulement à faire pression à l'échelon international pour obtenir une rectification des frontières incluant Metullah et les autres colonies juives du nord de la Galilée dans le mandat de Palestine, mais en outre à chercher *in extremis* à créer de nouvelles implantations en Syrie, comme levier pour faire valoir les revendications sionistes sur les terrains au sud du Litani, sur le Golan et sur le Hauran. La manœuvre, rapidement flairée par l'administration mandataire française, échoue presque aussitôt, mais elle révèle que la définition du territoire, telle qu'imaginée et désirée par le mouvement sioniste, est alternative à celle des pouvoirs politiques en place. Les sionistes mettent activement en œuvre leurs propres conceptions territoriales contre les autorités, au besoin par le fait accompli[1031].

Du point de vue des organisations missionnaires, la définition du territoire n'est pas loin non plus d'être l'espace dans lequel elles mènent et étendent progressivement leurs activités. Les missions protestantes anglaises et américaines s'entendent en 1873 pour délimiter leurs sphères d'influence respectives selon une ligne sise entre Acre et Tyr[1032]. Les principales congrégations missionnaires catholiques actives dans le domaine médical sont

1029 Gideon Biger, *An Empire in the Holy Land. Historical Geography of the British administration in Palestine 1917-1929*, New York / Jérusalem, St Martin's Press / The Magnes Press, 1994, pp. 40-43.
1030 Eugene L. Rogan, *Op. cit.*, p. 71.
1031 Henry Laurens, *Histoire de la question de Palestine.*, Vol. 2 : *Une Mission sacrée de civilisation*, Paris, Fayard, 2002, pp. 55-57.
1032 CMS C M/O 12/29d ; CMS G 3 P/O 1907/117, de Jane Low, à un destinataire inconnu, de Jérusalem, 05/1907.

également conçues dans un espace palestinien ; le cas le plus remarquable ici est celui des Filles de la Charité.

2 – Une « Terre sainte » qui vaut de l'or : l'expansionnisme caritatif des congrégations catholiques à l'ère des Empires

Le développement de l'œuvre des Filles de la Charité en « Terre sainte » articule l'occupation d'un espace défini par sa sacralité et des jeux de pouvoir très personnalisés qui produisent une autonomie juridictionnelle interne à la congrégation. A partir de la fondation d'une première maison à Jérusalem en 1886, les Filles de la Charité sont dirigées pour l'ensemble de la « Terre sainte » par sœur Sion puis sa propre sœur, sœur Vincent Sion, qui manifestent toutes deux une indépendance jalouse : elles installent écoles, asiles, dispensaires et hôpitaux contre les velléités d'ingérence des supérieures et visitatrices de la congrégation établies dans la province de Syrie voisine. Sœur Sion, nommée contre son gré à Jérusalem[1033], se lance dans une coûteuse politique d'investissements qu'elle justifie, d'après l'historien maison de la Province de Syrie des missions lazaristes, en arguant que « [c]e terrain nous coûte de l'or, […] mais quoi d'étonnant, c'est de la Terre sainte…[1034] » : les Filles de la Charité installent écoles, asiles, dispensaires et hôpitaux à Bethléem, Haïfa et Nazareth[1035]. L'humour du propos, réel ou apocryphe, peu importe, cache l'effet inflationniste des achats de terrains dans la région par les Européens : les achats de vastes terrains en « Terre sainte » par des organisations européennes créent un marché foncier secondaire pour les institutions européennes, où le niveau des prix est très élevé ; mais l'investissement imaginaire de la région crée les conditions de cette dérive en multipliant les donations des fidèles.

C'en est au point que la Maison de Jérusalem des Filles de la Charité peut s'autoriser le luxe d'une rivalité interne entre sœur Sion et sœur Marmier à Bethléem[1036], qui bâtissent toutes deux contre vents et marées, grâce à des circuits de financement différents[1037]. Tandis

1033 Pierre Corcket, *Les Lazaristes et les Filles de la Charité au Proche-Orient 1783-1983*, Beyrouth, Maison des Lazaristes, 1983, pp. 297-299.

1034 *Ibid.*, p. 302.

1035 Dom Eugène Legrand, *Sœur Sion et l'établissement des Filles de la Charité en Terre sainte*, Paris, Victor Lecoffre, 1905, p. 76, p. 210, & pp. 232-233.

1036 Les querelles entre sœur Sion et sœur Marmier occupent une épaisse correspondance entre cette dernière et le consul de France à Jérusalem, Charles Ledoulx, qui tourne à l'espionite de la part de la religieuse, à mesure que celle-ci s'aliène ses appuis au sein de sa congrégation : MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, notamment : de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 01/10/1889 ; de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 10/09/1890 ; de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 03/08/1891 ; de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 07/09/1891 ; de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 13/09/1891 ; de N. Bettembourg à sœur Marmier, de Paris, 19/09/1891.

1037 Sœur Sion faisait visiblement fond sur les « pèlerins de pénitence » qui viennent plusieurs fois par an en

que sœur Sion construit un vaste asile, elle accuse sœur Marmier, auprès de la Congrégation de la mission des Lazaristes, à Paris, de voir trop grand dans ses constructions. La supérieure de Bethléem bénéficie en revanche du soutien du Consul Général de France à Jérusalem, Charles Ledoulx, qui porte à bout de bras les œuvres de Bethléem. Le diplomate, fâché avec la Supérieure de la Maison de Jérusalem qui s'était adressée directement au *mutaṣarrif* de la ville pour obtenir un permis en vue de ses établissements, est convaincu que sœur Sion ne joue pas le jeu des stricts intérêts français, mais ne parvient pas à contrer la religieuse[1038].

Au reste, le Consul appuie les demandes de fonds de la Maison de Bethléem par les deux canaux qui sont à la discrétion de l'Etat français. Le premier est celui des subventions, ordinaires et extraordinaires, votées par le Parlement en vertu du principe selon lequel « l'anticléricalisme n'est pas un article d'exportation »[1039]. Le second est celui des fonds récoltés par l'Etat à travers le Pari Mutuel, ancêtre du Pari Mutuel Urbain[1040]. Le financement, en cas de gros travaux, des fondations catholiques de « Terre sainte » par les bénéfices tirés par l'Etat des paris sur les courses hippiques serait purement anecdotique, si le cadre religieux des intérêts français dans la région n'entourait pas les institutions d'un climat moralisant, comme on le verra au sujet du recrutement du personnel. Les demandes de fonds du Pari Mutuel apparaissent formulées dans la correspondance avec d'autant plus de naturel que de nombreuses institutions caritatives ou philanthropiques françaises y ont recours chaque année. Le fait est, en tout cas, que le mode de financement des hôpitaux catholiques est à la fois privé et public, ce qui est une constante du budget des actions caritatives et humanitaires internationales ; la part de l'Etat croît à partir des années 1870, avec des répercussions sur le fonctionnement des fondations caritatives religieuses. Cela donne aux puissances une marge de manœuvre plus grande, mais non pas absolue, vis-à-vis de ces dernières.

Sœur Marmier est renvoyée en France en avril 1892[1041], et à partir de 1894, sœur Sion obtient que la Maison de Jérusalem dépende directement de la maison mère, rue du Bac ; cela

Terre sainte à partir de 1883 : cf Corcket, *Op. cit.*, p. 301 ; quand à sœur Marmier, elle bénéficiait non seulement de l'appui du consul, mais encore des circuits de revues catholiques spécialisées comme *La Terre sainte*, qui répercute les appels aux dons de l'œuvre de Bethléem : cf « Nouvelles de Terre sainte », in *La Terre sainte*, vol. 4, n°289, 15/07/1887, pp. 989-990 ; « Echos d'Orient », vol. 5, n°308, 15/05/1888, p. 151 ; « Les Sœurs de Saint-Vincent de Paul en Terre sainte », vol. 5, n°325, 01/02/1889, pp. 34-37 ; « Bethléem », vol. 6, n°347, 01/01/1890, p. 12. Ce soutien se retourne contre elle, probablement en raison de ses démêlés avec sœur Sion avec qui elle est alors à couteaux tirés, lorsqu'une lettre destinée à la Supérieure Générale des Filles de la Charité est reprise dans cette revue : MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 31/12/1890.

1038 Legrand, *Op. cit.*, pp. 117-118 et p. 125.

1039 Oissila Saaïdia, « L'anticléricalisme article d'exportation ? Le cas de l'Algérie avant la Première Guerre mondiale », in *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 2005, n° 87, pp. 101-112.

1040 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, du ministre des Affaires étrangères à Ledoulx, de Paris, 18/04/1895 ; de sœur d'Aiguillon, supérieure de la Maison des Filles de Charité à Bethléem, au Consul Général de France à Jérusalem, de Bethléem, 28/10/1900 ; du Dr Henry à Gueyraud, Consul Général de France à Jérusalem, de Bethélem, 05/02/1914.

1041 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 12/04/1892.

revient pour elle à avoir les pleins pouvoirs, contre ses rivales au sein de la congrégation, et contre le représentant de la diplomatie française. Preuve que sœur Sion se joue des juridictions administratives officielles, elle réussit à circonvenir les efforts pour contenir son activité fondatrice lors de la création de l'hôpital de Nazareth. Il est institué début 1898 dans des circonstances rocambolesques, au grand dam du Consul de France à Jérusalem et hors de sa circonscription de résidence – laquelle reproduit les circonscriptions administratives ottomanes[1042]. Dans ces différents cas, sœur Sion a su user de son entregent, de jeux de pouvoir locaux et de disparités dans le fonctionnement des juridictions consulaires, pour tailler un espace où monter son projet missionnaire et caritatif. A la mort de sœur Vincent Sion en 1913, Jérusalem et la « Terre sainte » sont immédiatement intégrées à la Province de Syrie de la congrégation[1043] ; mais ce particularisme institutionnel, résultat de l'esprit d'indépendance de sœur Sion et du sens aigu qu'elle avait de son autorité, avait trouvé jusque là à se justifier dans le discours de la particularité géographique de la région qui lui avait été confiée.

A un autre niveau de décision, il est vrai, la définition territoriale des zones d'action obéit à un équilibre des pouvoirs entre puissances européennes et, en fin de compte, à une répartition des zones d'influence insérées dans le jeu global des négociations entre chancelleries : c'est ce qui fait que Constans, Ambassadeur de France à Constantinople, suggère en 1900 à son ministre de tutelle, Delcassé, de demander au gouvernement russe « le champ libre en Syrie sinon en Galilée », en échange d'un soutien au Tsar dans sa politique au Caucase et en Anatolie orientale[1044]. Parmi les Eglises, la papauté joue elle aussi une partition subtile sur le plan territorial : elle doit tenir compte du point de vue des intérêts et prérogatives respectifs de la Custodie franciscaine de Terre sainte, des congrégations et des Eglises orientales unies, alors que les juridictions des provinces, maisons, etc. ne coïncident pas avec les diocèses de ces dernières. On pourrait sans doute déconstruire plus avant l'idée territoriale de « Terre sainte », n'était son caractère opératoire pour analyser les décisions institutionnelles qui structurent régionalement le champ médical.

Il nous faut renforcer ce que nous disions du pouvoir d'évocation mentale de la « Terre sainte ». Non seulement elle stimule l'imagination des donateurs potentiels, mais en outre elle a une valeur spirituelle très forte : aux yeux des missionnaires elle manifeste la continuité de la présence du Christ parmi les hommes, et tout spécialement dans cette « Terre

1042 MAEN Nantes, Jérusalem, E, 32, de Blanchon à Souhart, Ministre Plénipotentiaire chargé du Consulat Général de France à Beyrouth, de Jérusalem, 03/02/1898.

1043 Corcket, *Op. cit.*, pp. 321-322.

1044 De Constans à Delcassé, 13/03/1900, cité in Joseph Hajjar, *Le Vatican, la France et le catholicisme oriental (1878-1914)*, coll. « Religions société politique », Paris, Editions Beauchesne, 1979, p. 110.

sainte » d'où il semblait, au premier abord, avoir disparu depuis le terme de son existence terrestre et plus encore depuis la conquête musulmane. C'est là une raison suffisante, mais non pas exclusive, de l'attractivité de la région pour des croyants ; et par conséquent il est d'ores et déjà clair que la religion, comme déterminant ou comme motivation, joue une place de choix dans la dynamique d'installation des médecins. La force de l'évocation de la révélation religieuse comme inspiration missionnaire est indéniable, elle n'est pas immuable pour autant. Le ton de la page pour les enfants citée ci-dessus est bien loin du millénarisme qui inspirait les premières missions médicales protestantes dans la région. L'attente de la fin des temps a cédé la place à la vision d'une région à transformer.

L'évolution du discours est sensible dans les années 1870 et 1880, et dénote le passage à une vision impériale, qui se traduit dans les nouvelles implantations des missions médicales. La synthèse de cette réorientation de l'esprit missionnaire se trouve dans la géographie médicale, elle aussi en mutation entre les années 1870 et les années 1880 : on peut dire qu'aussi longtemps que le millénarisme joue un rôle primordial au sein des sociétés missionnaires, les institutions médicales reproduisent la carte des principaux lieux saints. A mesure que les Etats se mêlent plus visiblement de l'action missionnaire, et que celle-ci est comprise par ses promoteurs comme un élément d'un processus, implicitement impérial, de civilisation et de modernisation, la distribution des médecins diplômés cesse d'être rigoureusement polarisée. Vers 1880, la dispersion progressive des médecins n'obéit pas encore à un fonctionnement de profession, qui voudrait que ceux-ci se répartissent au gré de la clientèle, pour pouvoir garantir leurs revenus. A cette date, et en 1914 encore dans une large mesure, ce sont les institutions médicales, en particulier religieuses et missionnaires, qui dominent. Par capillarité d'intérêt, cela veut dire que le travail du médecin dépend de déterminants confessionnels et, souvent, de protections nationales.

C – Une logique confessionnelle forcée par les autorités

Au début des années 1880, les autorités ottomanes voient elles aussi dans la fondation d'hôpitaux privés un phénomène essentiellement confessionnel, qu'elles essaient de réguler en partant de l'idée qu'il leur appartient d'appliquer à leur fonctionnement la définition du confessionnalisme qui structure la législation impériale. Aussi les autorités de l'Hôpital ophtalmologique britannique Saint-John de Jérusalem sont-elles embarrassées lorsque le gouverneur de la ville leur demande d'affilier cette institution à une des Eglises existantes en

ville : un des principes qui avait présidé à la fondation de l'institution était sa parfaite neutralité religieuse. Sans doute l'hôpital penche-t-il dans les faits du côté du protestantisme, mais ses promoteurs s'en défendent hautement et se vantent des lettres d'approbation envoyées par le Patriarche grec orthodoxe de la ville et par des rabbins britanniques. L'administration ottomane fait valoir, en revanche, que l'affiliation confessionnelle est intéressante pour l'institution, afin de bénéficier d'exemptions de droits de douane, et présente visiblement l'affiliation confessionnelle comme une obligation[1045].

Le texte auquel il est fait référence en matière d'exemptions de droit de douane n'est nullement aussi tranché ni comminatoire : le « Règlement sur les franchises douanières des couvents et établissements de bienfaisance appartenant aux Communautés et Ordres religieux indigènes et étrangers » du 7 Dū'l-Ḥijjah 1281 AH vise à entériner et à ordonner légalement les franchises douanières dont bénéficient de longue date les établissements religieux, qu'ils soient juifs ou chrétiens. L'article 3 de ce règlement est consacré aux franchises dont bénéficient les « établissements ou œuvres de bienfaisance, tels que hôpitaux, dispensaires pour soulager les malades nécessiteux et les indigents, orphelinats, internats ou externats gratuits pour l'éducation des enfants pauvres et hospices », franchises qui sont plafonnées à l'année. Nulle part il n'y est question d'une obligation d'affiliation, le lien entre communautés religieuses et établissements de bienfaisance est évoqué comme une simple possibilité[1046].

Deux ans après l'intervention du gouverneur de Jérusalem, il est vrai, est publié un règlement sur les « Cliniques des spécialistes », autrement dit les hôpitaux et cliniques privées, dont l'article 1er précise que « les médecins qui voudraient instituer des cliniques particulières, devront être sujets ottomans et avoir une spécialité. Ils seront tenus à faire confirmer leurs aptitudes ainsi que leurs bonnes mœurs par le Conseil médical civil.[1047] » La formule semble distinguer deux cas légaux : les cliniques privées, nécessairement tenues par des sujets ottomans, et les cliniques relevant d'institutions étrangères de bienfaisance reconnues, fondées grâce à un firman obtenu sur intervention de leurs puissances protectrices. En pratique, cette casuistique semble n'avoir guère de réalité ; mais le gouverneur de Jérusalem applique avec zèle le principe d'affiliation confessionnelle qui structure le droit ottoman, comme par habitude de gérer les établissements privés de bienfaisance comme des questions religieuses. A l'exception des hôpitaux institués par le gouvernement et les

1045 JCA 2680, 1er rapport annuel sur l'Hôpital ophtalmologique britannique St John de Jérusalem, 1883.

1046 « Franchises douanières des couvents et établissements de bienfaisance appartenant aux Communautés et Ordres religieux indigènes et étrangers, règlement », 7 Dū'l-ḥijjah 1281 AH, in G. Young, *Op. cit.*, Vol. III, pp. 241-248.

1047 « Cliniques des spécialistes », règlement, [sans date], cité in G. Young, *Op. cit.*, p. 208. D'après le Département de la Santé du mandat, le texte date du 07/05/1885 : Government of Palestine, *Annual Report of the Department of Health for the year 1925*, Jérusale, 1925, p. 22.

municipalités, l'intégralité des institutions médicales dans le sud du bilād al-Šām est de nature confessionnelle, même lorsque cette situation va à l'encontre de l'intention des fondateurs. Par suite, les médecins, quelles que soient leurs convictions personnelles, sont au service d'institutions religieuses.

En résumé, la carte de la présence des médecins dans le pays dans les années 1870, à une date où leurs effectifs sont encore très réduits, dérive d'un imaginaire religieux, et non d'une logique de santé publique que déterminerait, par exemple, le *ratio* entre effectifs médicaux et population. La distribution géographique des médecins dans cette période laisse en outre deviner que la carrière médicale, dans la mesure où elle est déterminée par l'offre de postes institutionnels, est étroitement liée à l'appartenance confessionnelle. Deux facteurs, l'un d'ordre missionnaire, l'autre de nature migratoire, complexifient par la suite cette carte, mais la référence à la sacralité des lieux reste un critère récurrent en même temps qu'une référence qui permet d'éveiller l'attention et l'imagination des éventuels donateurs.

III – L'essaimage au gré du peuplement urbain (années 1880 – années 1890)

La répartition des médecins pour la décennie 1881-1890 (cf carte n° 4) montre, dans la plupart des localités où la présence de médecins avait été enregistrée dans la décennie précédente, une augmentation de leurs effectifs ; et une déconcentration en direction de localités moins symboliques et *a priori* moins prometteuses d'un point de vue missionnaire. Cette évolution est en grande partie imputable à des changements de stratégie chez les religieux tant catholiques que protestants.

Si l'on analyse la dispersion dans le détail, les nouvelles localités d'installation des médecins se répartissent entre des sites côtiers, à Jaffa et dans une première colonie juive à proximité, l'école agricole Mikweh Israel fondée en 1872 par Charles Netter pour le compte du baron Edmond de Rothschild, et des villes importantes ou centres administratifs à l'intérieur des terres, à Naplouse, Tibériade et Salt. Dans les années 1880, l'assignation d'un médecin à une colonie juive de peuplement apparaît n'être qu'un signe avant-coureur. En revanche, les deux autres groupes de localités témoignent, selon deux modalités différentes,

d'une même tendance au rattrapage de la distribution du peuplement urbain.

A – Une volte-face missionnaire : l'extension des activités des protestants en direction de la population musulmane

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les années 1880 sont marquées par un regain d'activité médicale missionnaire. Le cas des sociétés anglicanes l'illustre de façon très vive, car le changement de stratégie que ce nouveau dynamisme traduit est au cœur de différends aigus au sein de celles-ci. Des problématiques similaires orientent l'activité missionnaire des congrégations catholiques. Pour les principales institutions impliquées dans le développement d'institutions médicales, qui se rattachent aux différentes confessions chrétiennes, l'heure est à l'expansion et à la diffusion de la médecine occidentale. Par la mission médicale, il s'agit d'atteindre de nouveaux publics, au-delà des communautés chrétiennes orientales. Cette préoccupation induit la recherche de nouvelles terres de mission, et un nouveau rapport à l'espace, dans lequel l'itinérance et le fait de se rendre connu afin de se faire accepter progressivement occupent une place essentielle. En outre, la création de missions dans des régions où les effectifs des communautés religieuses non-musulmanes sont peu importants implique un ensemble de règles de prudence vis-à-vis des autorités ottomanes et de la légalité, qui interdit tout prosélytisme en direction des musulmans et tout dénigrement ouvert de l'islam. Le recours à la mission médicale est un moyen de contourner et, parfois, de transgresser cet interdit. Par ricochet, il s'ensuit une professionnalisation de l'action médicale des missionnaires. Examinons ces différents points en détail.

1 – La crise du protestantisme en « Terre sainte » et le renouveau des missions médicales

L'investissement massif des sociétés missionnaires dans l'action médicale résulte à la fois d'un examen des stratégies qui marchent, et d'un volontarisme de la part des différentes sociétés missionnaires. Au juste, les deux dimensions ne semblent pas distinctes dans le déroulement des événements. L'histoire des missions protestantes en Terre sainte connaît une rupture au début des années 1880, lorsque l'évêché protestant de Jérusalem, qui jusque là réunit anglicans et luthériens allemands, cesse d'avoir un titulaire. Au bout de quelques

années, en 1887, un évêque anglican sans lien avec les institutions luthériennes est nommé en la personne de George Popham Blyth. Toutefois, cet homme, qui a été un très actif missionnaire en Inde, est accueilli assez froidement par les sociétés missionnaires existantes, en particulier la CMS[1048]. Le nouvel évêque est accusé de « ritualisme », une manière de dénoncer chez lui des tendances au catholicisme romain. Le fait est que sa présence rompt le consensus religieux qui existait entre les institutions protestantes depuis la fondation de l'évêché en 1842[1049]. Une partie des protestants de la tendance la plus évangélique se tient à l'écart de Blyth, de peur qu'en donnant l'impression de travailler de concert avec lui, ils ne mécontentent leurs donateurs en Grande-Bretagne. C'est dans ce contexte tendu que l'évêque critique les stratégies missionnaires de la CMS[1050].

Sa critique porte sur les populations-cibles de l'action missionnaire de cette société, sur les méthodes de présentation du christianisme et sur les œuvres privilégiées, qui constituent trois aspects cohérents d'une sorte d'anti-missiologie, une pratique missionnaire complètement inadéquate au terrain. Selon lui, la CMS a concentré ses efforts sur les seuls chrétiens orientaux, et tout particulièrement sur les orthodoxes, ce qui a engendré l'hostilité déclarée de leur Eglise et le mépris du reste de la population : « la désignation commune de la CMS parmi les Arabes de toutes croyances, chrétiens et non-chrétiens, était « les chacals », c'est-à-dire ceux qui vivent de la proie des autres, une allusion amère à leur prosélytisme »[1051]. Inversement, Blyth se plaint que la CMS ait négligé ce qui devrait, à ses yeux, représenter le gros du travail, à savoir les activités dirigées vers les juifs et surtout l'islam en tant que confession majoritaire.

Le terme de « prosélytisme », ou, dans le lexique de la CMS, « l'activité missionnaire agressive »[1052], est un reproche supplémentaire. Il inclut l'assistance financière aux communautés indigène, les lectures bibliques et les sermons imposés aux patients, l'apprentissage d'hymnes aux enfants hospitalisés, les entretiens face à face dans des circonstances choisies et propices à la propagande religieuse, comme au chevet d'un malade hospitalisé et coupé de sa famille durant l'essentiel de ses journées, etc. Blyth critique la forme, mais aussi le manque de prise en considération des conséquences : la crispation des habitants à l'égard de la mission et le discrédit de leurs activités, une hostilité religieuse

1048 J&EMS 22/5 : « Notes on the C.M.S. », s.n., 1959.

1049 Ce n'est pas un hasard, le statut de cet évêché à la fois anglican et luthérien avait été dès le début une pomme de discorde entre évangéliques favorables à sa création et Haute Eglise, résolument hostile. Parmi les plus farouches opposants, se trouve John Henry Newman, dont cette affaire entraîne le départ de l'Eglise d'Angleterre en direction de l'Eglise de Rome ; cf R.W. Greaves, « The Jerusalem bishopric », in *The English historical review*, juillet 1949, vol. 64, n°252, pp. 328-352.

1050 J&EMS, 22/5 : « Notes on the C.M.S. », s.n., 1959.

1051 *Ibid.*

1052 CMS G 3 P/O 1892/362, du Dr Bailey à Zeller, de Naplouse, 23/07/1892.

croissante envers les protestants de la part des Eglises chrétiennes orientales, et une indifférence, criante et contre-productive à tous points de vue, vis-à-vis de la population musulmane, la plus nombreuse dans le pays[1053]. Les attitudes diamétralement opposées de la CMS à l'égard des chrétiens orientaux et de l'islam sont, de l'avis de Blyth, corrélées. Les congrégations protestantes indigènes lui semblent être le premier et le plus efficace frein à toute tentative missionnaire en direction des musulmans. De fait, les chrétiens convertis au protestantisme ont contribué activement, à diverses reprises, à consolider la frontière entre chrétiens de toutes confessions et musulmans. Cela s'est produit principalement de deux manières : d'une part, les protestants convertis à partir des autres Eglises chrétiennes ont souvent manifesté de la distance, voire un franc ostracisme à l'endroit des quelques rares musulmans convertis par les sociétés missionnaires britanniques[1054]. D'autre part, les chrétiens locaux ont parfois dénoncé auprès des autorités locales le prosélytisme de la CMS, entre autres institutions, envers les musulmans ; ce type de démarche est venu, le plus souvent, des Eglises rivales[1055], mais quelquefois aussi de membres des congrégations protestantes en conflit avec les missionnaires[1056].

Contre cette missiologie, Blyth se prononce en faveur d'une action qui prêche d'exemple, et qui repose sur la présentation des vertus du christianisme par les réalisations des chrétiens et notamment par les services rendus. L'idée de désintéressement ostensible est ici essentielle pour l'entreprise missionnaire. Cette démarche est censée, par imprégnation, convaincre ceux qui en bénéficient des vertus et de l'élévation morale inhérentes au protestantisme. L'idée de l'évêque de Jérusalem est de mettre l'accent sur des secteurs d'activité négligés dans l'organisation sociale locale, ou susceptibles d'innovations significatives par l'application de méthodes importées d'Occident. Il isole trois domaines d'action potentiellement utile et exemplaire, à savoir l'éducation, les organisations de femmes et la médecine. Avec cette idée en tête, il favorise matériellement et institutionnellement la multiplication des fondations d'écoles et d'hôpitaux, et le recrutement de missionnaires femmes européennes comme moyens d'atteindre l'intimité des foyers et des cœurs.

Le revers de cette orientation est qu'elle minore la prise de responsabilité par les congrégations locales. De plus, les détracteurs de Blyth l'accusent de tout miser sur les constructions et les institutions. L'évêque, bien entendu, s'en défend[1057]. Le fait est,

1053 J&EMS 22/5, « Bishop Blyth & the Church Missionary Society in Palestine. Statement by Bp Blyth : written in his own hand », copie dactylographiée, de Londres, 04/06/1900.
1054 CMS G 3 P/O 1904/170, compte-rendu d'entretien entre F. Baylis et le Dr A.H. Griffith, de Londres, 23/11/1904.
1055 CMS G 3 P/O 1893/229, « Reports, &c &c, CMS Palestine mission conference, November 1893 », du Rév. C. Fallscheer, de Naplouse, 11/1893.
1056 CMS G 3 P/O 1894/104, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 26/06/1894.
1057 J&EMS 22/5 : « Notes on the C.M.S. », s.n., 1959.

cependant, que ses prises de position très tranchées suscitent le ressentiment de missionnaires qui ont le sentiment d'être accusés injustement, et que la voie qu'il privilégie pose des problèmes de priorité et de recrutement.

On peut apprécier la pertinence des critiques de l'évêque à deux points de vue : celui de l'action de la CMS dans son ensemble, dont les méthodes sont censées être répercutées au sein de la mission de Palestine ; et celui du travail des missionnaires sur le terrain, en « Terre sainte ». Dans le premier cas, il s'agit d'analyser une missiologie, et partant, de rendre compte d'un discours, discours constamment mis à l'épreuve de la pratique il est vrai, mais discours néanmoins, tel qu'il se publie dans la presse de la CMS. Dans le second cas, notre objet est la mise en place de missions médicales en « Terre sainte » même, à travers la correspondance interne à la mission de Palestine. Là, notre hypothèse de départ est que cette dernière organisation, sous la double pression de l'évêque et de la maison-mère acquise à l'idée des missions médicales, développe non sans réticence un réseau d'institutions de ce type. Ce processus suppose une projection géographique, sinon une planification, et l'application de critères d'efficacité qui affectent les besoins de personnel. La mission de Palestine de la CMS ne constitue pas un exemple représentatif, mais on y discerne l'articulation de la prise en compte du contexte religieux et d'une préoccupation d'adapter l'action missionnaire à la démographie locale : ces deux tendances, nouvelles par rapport à la période antérieure, tiennent à la fois à des pressions institutionnelles et à des principes opérationnels nouveaux à l'échelle de l'ensemble du champ d'action des sociétés missionnaires. Nous venons de rendre compte des pressions institutionnelles locales : quelle est la part de la méthodologie missionnaire dans l'expansion des missions médicales ?

2 – La dynamique d'une société missionnaire : formulation d'un discours méthodologique et légitimant sur les missions médicales au sein de la CMS

La CMS conçoit son action à une échelle beaucoup plus large que la seule « Terre sainte », et fonde des missions médicales dans l'ensemble des terrains qu'elle investit à partir des années 1890 : un Fonds missionnaire médical est mis en place, et des dispensaires et hôpitaux sont créés en Inde, en Chine, en Perse, en Irak, au Caire ou dans la région des Grands lacs en Afrique australe. Dans un tel contexte, les critiques de Blyth sont secondaires dans le processus décisionnel qui réoriente les activités de cette société vers la mission médicale ; et cependant, émanant d'un homme d'expérience sur le terrain missionnaire, elles

sont représentatives, voire annonciatrices de la mutation en cours.

Pour la CMS, l'expansion des missions médicales constitue un *aggiornamento* à la suite d'autres organisations du même type[1058], et sous l'influence conceptuelle de la politique impériale britannique. Les missionnaires qu'elle envoie opèrent dans des zones sous domination coloniale (Inde, Afrique centrale) ou sous influence britannique (pour une partie de la Perse). L'action de la CMS en Chine dépasse la zone d'influence britannique, et la Palestine reste sous contrôle ottoman, mais les conceptions théoriques qui sous-tendent le développement des missions médicales sont élaborées, pour l'essentiel, dans un contexte colonial, et s'en ressentent. Dans le même temps, les missions médicales sont pensées comme le moyen le moins offensif et le plus détourné pour exercer une influence. On oscille ainsi continûment d'une logique de pouvoir nu et brut à une autre, fondée sur un pouvoir subtil d'influence et de subversion des esprits en direction du christianisme ; dans le premier cas, la réflexion est guidée par une perspective géographique de type stratégique, tandis que dans le second, on emprunte davantage à la psychologie et à l'ethnologie.

a – Une méthodologie marquée par les pratiques coloniales

La théorie des missions médicales emprunte aux conceptions coloniales contemporaines de trois manières : elle est pensée à la manière d'une conquête et d'une occupation militaire de l'époque, conçue méthodiquement et bureaucratiquement sous les apparences de missions isolées et aventureuses[1059] ; en instrumentalisant les classifications autochtones, elle conceptualise la segmentation de la population comme moyen d'asseoir son influence[1060]. Enfin, elle repose sur un esprit pionnier qui se nourrit de l'illusion d'opérer dans

1058 Young, Theron Kue-Hing, « A conflict of professions : the medical missionary in China, 1835-1890 », in *Bulletin of the history of medicine*, 1973, 47 (3), pp. 250-272.

1059 Arendt, *Op. cit.*, pp. 160-169

1060 Il ne s'agit pas seulement de « découvrir et mettre en évidence les *différences* entre colonisateur et colonisé » et de les « *valoriser* » (Albert Memmi, « Portrait du colonisateur », in *Portrait du colonisé*, Paris, Buchet / Chastel, 1957, p. 96) mais d'étendre le champ de la taxinomie à la population des colonisés et, ici, des indigènes, car la binarité de la relation colonisateur / colonisé ou Européen / indigène est ostensible, et focalise potentiellement les conflits. « Diviser pour mieux régner », en hiérarchisant les subdivisions sociales, est une maxime ancrée dans la technique coloniale à double titre : elle crée le brouillage des conflictualités nécessaires à l'exercice stable du pouvoir, et concourt à la construction des savoirs sur les sociétés indigènes. Toutefois, les catégories ainsi produites, assurément articulées à une vision politique, participent souvent d'un « réalisme descriptif », sur le mode de la vignette ou plutôt du cliché : les observations singulières viennent illustrer un propos construit au préalable et résumé sous un nom collectif, aux attitudes désormais attendues par l'observateur. L'effectivité de cette technique de description explique la recherche de catégories instrumentales équivalentes dans la description des sociétés extérieures à l'espace colonial proprement dit : cf Timothy Mitchell, « The invention and reinvention of the peasant », in *Rule of Experts. Egypt, techno-politics, modernity*, Berkeley / Los Angeles / Londres, University of Carolina Press, 2002, p. 123.

un vide religieux et médical, ou mieux dans des ténèbres, et qui par esprit de système, « condamne [l'indigène] […] au mépris et à la pauvreté, à la dépendance pour l'éternité »[1061]. L'implantation des missions médicales, dont l'entretien est coûteux, est mûrement réfléchie en fonction de ces trois dimensions.

Le recours au vocabulaire militaire est certes rhétorique, et « la mission médicale est l'artillerie lourde de l'armée missionnaire »[1062] et « le plus lourd bélier contre la plus forte des citadelles »[1063] : c'est un moyen contre lequel il est difficile, pour les populations qui voient arriver les missionnaires, de souhaiter seulement se défendre. Ce type de mission est susceptible d'être accepté de tous, y compris des populations les plus hostiles, et d'abord des musulmans. Les emprunts à la pensée militaire vont toutefois beaucoup plus loin et incluent la définition d'objectifs géographiques stratégiques à occuper. Ces derniers dictent un tri des localités, selon des objectifs d'abord missionnaires plutôt qu'humanitaires :

> « Ainsi, considérer – comme il arrive assez communément – le travail de la mission médicale comme quelque chose de plus ou moins purement philanthropique fait courir le risque de graves erreurs lorsqu'on décide de questions pratiques telles que la localisation et la méthode. Un tel point de vue interdirait, par exemple, de placer un hôpital missionnaire partout où il s'en trouve déjà un qui ne soit pas chrétien par sa nature ; ou de remplacer un hôpital non-chrétien par un hôpital missionnaire ; et la conclusion serait presque exclusivement influencée par la question : Où et quand peut-on fournir les plus grands secours aux souffrances physiques ? Alors que, comme on va le voir, d'autres questions importantes entrent en ligne de compte. Qu'on se rappelle que la question n'est pas : Où une mission médicale a-t-elle la marge la plus grande pour une action philanthropique ? mais bien : *Où son action philanthropique peut-elle être utilisée pour le plus grand avantage de l'évangélisation du pays*[1064] *?* »

La mission médicale est clairement instrumentalisée et le choix des localités dépend de l'anticipation des possibilités de prosélytisme. On verra que ce critère guide en partie la prise de décision d'envoyer des médecins en « Terre sainte ».

Dans la mesure où la mission médicale est conçue d'abord pour des terrains difficiles, ses théoriciens font valoir qu'elle doit comporter un dispositif géographique dédoublé, qui affecte sa localisation : un « centre », sous la forme d'un hôpital auquel on peut renvoyer les patients pour opération, et des stations aux alentours, occupées d'abord par des missionnaires itinérants, souvent des infirmières, et destinées à devenir des dispensaires à mesure que la

1061 Albert Memmi, *Op. cit.*, p. 91. Le raisonnement d'Albert Memmi fonde cette conclusion sur une situation politique, celle de la colonisation pleinement installée, qui n'est pas pertinente ici ; ainsi décrit, le « refus du colonisé » de la part du colonisateur (*Ibid.*, p. 90) est cependant le corollaire du discours civilisateur et pionnier, et précède souvent la réalité politique de la colonisation, puisqu'il se fonde sur la notion d'essences raciales ou culturelles.

1062 H. Lankester, « Medical Mission in theory », in *Mercy and truth*, n°38, 02/1900 (37-42), p. 39.

1063 H. Lankester et A.H. Browne, « Some observations on general medical mission policy », in *Mercy and truth*, n°10, 10/1897 (219-223), p. 221.

1064 *Ibid.*, p. 220.

confiance s'installe. Toute la difficulté est de réunir assez de personnel pour éviter que le centre ne rassemble tous les moyens en hommes, ce qui suppose que l'hôpital n'y soit pas une structure de grande ampleur[1065]. De cet équilibre découle la définition d'effectifs optimaux pour les missions médicales, à hauteur de deux médecins, dont de préférence, dans le monde musulman, une femme, et deux infirmières accompagnées par des apprentis-infirmiers et infirmières[1066].

La planification géographique des missions médicales doit en outre tenir compte de la répartition des infrastructures à la fois dans un but de supervision et d'assistance à partir du centre, et dans l'idée qu'hôpitaux et dispensaires ont un pouvoir d'attraction intrinsèque par lequel il s'agit de maximiser le nombre de patients exposés au message des missionnaires. De l'avis de deux théoriciens de la mission médicale, Lankester et Browne :

> « Afin que l'influence de la mission médicale soit aussi étendue que possible – atteignant parfois jusqu'aux villages et aux districts les plus éloignés, que les travailleurs chrétiens ne peuvent visiter que très rarement […] –, il est nécessaire que la localisation soit déterminée après longue considération de l'emplacement des chemins de fer, des grandes routes caravanières, et des centres vers lesquels la population rurale, pour le commerce ou pour d'autres raisons, tend le plus naturellement à converger[1067]. »

La prise en considération de la démographie – ou plus exactement des fonctions urbaines – que ces mêmes auteurs évacuent comme critère de localisation un peu plus tôt dans l'article, revient ici en tant qu'élément de la stratégie missionnaire : l'affluence vers la mission médicale ne les intéresse pas en soi, dans une perspective de santé publique, mais comme moyen de faire passer un message chrétien en profitant d'un effet de masse. Ajoutons néanmoins que trois ans plus tard, l'un de ces deux théoriciens, Lankester, considère que la mission médicale est quand même un devoir en soi pour d'authentiques chrétiens européens, dans la mesure où ceux-ci disposent de la « science occidentale » et sont en mesure d'apporter un secours sans équivalent autochtone : « si nous, en tant que disciples du Christ, » conclue-t-il, « nous ne les aidons pas, personne d'autre ne le fera.[1068] » La tension entre dimension humanitaire et finalité missionnaire conquérante se laisse deviner, mais elle fonctionne à l'intérieur d'un cadre conceptuel très militarisé et fort peu désintéressé, ce qui, on le verra, suscite d'emblée la critique.

Au final, les théoriciens de la mission médicale conçoivent leur objet avec les armes

1065 *Ibid.*, p. 223
1066 Albert Cook, « Medical itineration », in *Mercy and truth*, n°66, 06/1902 (174-179), p. 175.
1067 H. Lankester et A.H. Browne, « Some observations on general medical mission policy », in *Mercy and truth*, n°11, 11/1897 (255-257), pp. 255-256.
1068 H. Lankester, « Medical mission in theory », in *Mercy and truth*, n°38, 02/1900 (37-42), p. 41.

de cette géographie qui « sert d'abord à faire la guerre[1069] », et empruntent aux militaires leur conception stratégique de l'action missionnaire. Pour matérialiser l'efficacité des missions protestantes, l'un d'eux, Albert Cook, suggère un mode graphique directement importé des écoles d'officiers :

> « Prenez une bonne carte du monde, et un nombre de petits drapeaux sur épingles, tels que ceux dont on se sert si couramment sur les cartes de guerre, consultez la liste [des missions] à la fin de ce magazine, et placez un fanion partout où il y a une mission médicale. Pour être exhaustif, vous devrez consulter les rapports d'autres sociétés missionnaires, et y inclure leurs missions médicales. La première chose qui vous frappera est qu'elles sont déplorablement rares, surtout sur des cartes à grande échelle […].
> Une étude un peu plus attentive vous montrera que, pour être rares, les missions médicales s'agglutinent [*cluster*] le long de la Frontière du Nord-Ouest [de l'Inde, du Waziristan au Cachemire]. […] Ou prenez la Palestine, l'Arabie turque [*Turkish Arabia*, c'est-à-dire l'Irak actuel], et la Perse ; dans ces pays, le seul travail possible, ou presque, est celui du missionnaire médical et de la dame missionnaire[1070]. »

Cook renvoie ici au deuxième emprunt visible à la pratique coloniale, la segmentation des populations-cibles de l'action missionnaire, selon des lignes clairement confessionnelles. Cette méthode se comprend pour des raisons missiologiques, c'est certain : vis-à-vis des musulmans, les hommes de la CMS font valoir les difficultés rencontrées lors de débats théologiques ou de la prédication, en raison des résistances fortes des auditeurs à l'idée de la divinité et de la crucifixion de Jésus[1071], et des possibilités de malentendus suscitées par la relative proximité, du point de vue du contenu de la révélation, entre l'islam et le christianisme[1072]. Devant cette situation spécifique, les missionnaires ont le choix. Ils peuvent acculturer, ou à leurs propres yeux édulcorer, leur propos théologique pour le rendre acceptable de leur public, mais non pas de leur hiérarchie. Ils peuvent aussi instaurer la confiance de personne à personne, comme préalable à la discussion de questions religieuses[1073].

Là où l'on quitte le problème missiologique classique de l'acculturation, et où l'on se dirige plus nettement vers la pratique coloniale, c'est dans l'instrumentalisation délibérée des différences sociales et culturelles. Tantôt celles-ci sont systématisées pour orienter l'action missionnaire : ainsi, les ruraux de « Terre sainte » ont la réputation d'être plus accessibles au message missionnaire que les citadins[1074]. Tantôt elles sont utilisées en faveur de la mission :

1069 Yves Lacoste, *La Géograpie, ça sert, d'abord, à faire la guerre*, Paris, Maspéro, 1976.
1070 Cook, *Art. cit.*, pp. 174-175.
1071 « The way to win Moslems », in *Mercy and truth*, Vol. 1, n°8, 08/1897 (186-187), pp. 186-187.
1072 Bailey, « Nablus medical mission », in *Medical mission quarterly*, n°3, 04/1893 (14-16), p. 14.
1073 « The way to win Moslems », in *Mercy and truth*, Vol. 1, n°8, 08/1897 (186-187), p. 186.
1074 CMS G 3 P/O 1892/412, de C.T. Wilson à Baylis, de Jérusalem, 26/11/1892 ; CMS G 3 P/O 1904/83, « Report of Nablus Medical Mission, Conference May 9th, 1904 », de Wright.

en traitant les membres des élites gratuitement, un médecin missionnaire peut espérer leur faveur dans les questions institutionnelles, et attirer à lui par imitation les classes respectables de la société. C'est ainsi que le Dr Wright, à Naplouse, s'attire les bonnes grâces du gouverneur et du mufti en 1896, après quoi le dispensaire de la mission enregistre la fréquentation des effendis (les notables) de la ville, pourtant hostiles à l'action locale de la CMS de manière générale[1075]. Le souci affirmé de traiter également toutes les classes de la société à l'hôpital vient paradoxalement renforcer sur le plan du discours ce différentialisme sociologique, en présentant la mission comme un espace exceptionnel, hors norme là où il s'installe, parce que fréquenté par tous et même par la notabilité : le « même » invalide ici le « tous ». Le passage suivant illustre ce paradoxe : l'égalité de traitement entre les patients est proclamée, mais laisse voir le soin particulier mis à accueillir la bonne société :

> « Nulle part le Brahmane n'est plus inaccessible et hautain qu'en Inde du sud ; mais à Madura, j'ai vu un hôpital construit par les plus habiles missionnaires médicaux américains avec l'argent donné par les Brahmanes […] ; et dans les salles de malades j'ai vu un certain nombre de Brahmanes parmi les patients, envers qui le docteur lui-même est un évangéliste fidèle. Ceux-là seraient hors de portée de toute autre méthode.
> De même, à Damas, j'ai vu le fier Turc et l'Arabe fanatique dans le hall de prédication de l'hôpital missionnaire, et à Jérusalem, la foule des juifs attendant la consultation du Dr Wheeler et écoutant comme nulle part ailleurs à Jérusalem les doctrines du Messie crucifiés. Ainsi, le missionnaire médical est amené, dans tous les pays, à fréquenter amicalement des classes qui fuiraient le prédicateur évangéliste, et à établir avec leurs membres des contacts tant sociaux que professionnels.[1076] »

On verra plus loin que l'effacement des disparités sociologiques est une illusion démentie par la pratique ; mais les missionnaires médicaux apparaissent ici comme au-dessus des différences de position sociale, et capables d'en jouer. Ils bénéficient d'une position à part, extérieure aux hiérarchies de la société au milieu de laquelle ils opèrent, du fait des services irremplaçables qu'ils rendent. Toutefois, et parce qu'ils veulent approcher la société dans son entier et non pas être au service du tout-venant, les missionnaires montrent d'une manière appuyée leurs efforts en direction des élites.

De là découle la fonction pionnière des missions médicales par rapport au reste de l'activité missionnaire : sans elles, les autres méthodes d'approche échouent du fait de l'hostilité de la population locale. Le terme pionnier, à l'égard des missions médicales, est employé de façon récurrente. Il pénètre de part en part le discours public de la CMS, mais il est diffus et dépasse les frontières institutionnelles pour se retrouver dans une multitude

1075 G.R.M. Wright, « Nablus medical mission », in *Medical mission quarterly*, n°14, 04/1896 (31-33), p. 32 ; et Seton-Adamson, « Nablus medical mission », in *Medical mission quarterly*, n°15, 07/1896 (66-68), p. 67.

1076 A. Neve, « The place of medical missions in the evangelization of the world », in *Mercy and truth*, n°107, 11/1905 (339-343), p. 343.

d'organisations missionnaires. Cette prégnance discursive est sensible dans le discours d'un précurseur en la matière au Proche-Orient, le Dr George Post, professeur au SPC et vétéran des missions presbytériennes dans la montagne libanaise. Dans sa préface, citée par *Mercy and truth*, à un ouvrage du révérend James S. Dennis, autre théoricien de la mission médicale, il déclare :

> « Les missions médicales sont les pionniers de l'évangélisme. Elles peuvent être implantées là où nulle autre branche du travail d'évangélisation ne serait possible. Elles reposent sur un besoin universel et ressenti par tout un chacun. Tout être humain est malade quelquefois, et s'il ne l'est pas lui-même, il est souvent angoissé par le sort d'un membre de sa famille affligé, ou celui d'un ami. Le docteur a par conséquent un accès immédiat et chaleureux à nombre de gens qui ne souhaitent ni n'accepteraient d'avoir quelque rapport que ce soit avec les missionnaires… Le ministère de la guérison est en lui-même du Christ [*Christlike*]. Longtemps après le succès à établir fermement le travail de prédication, d'imprimerie [pour les ouvrages apologétiques et les distributions de Bible dans les langues vernaculaires], d'enseignement, et de civilisation, l'action médicale devrait continuer comme un mode opératoire [*agency*] missionnaire. Dans bien des cas, la forme gagnerait à en être changée. Plutôt que d'être poussée, d'un bout à l'autre du pays, par des docteurs étrangers, il vaudrait mieux fonder des écoles de médecine au moyen desquelles on pourrait former des indigènes, hommes et femmes, pour la bonne cause[1077]. »

Post plaide ici *pro domo* en défendant la formation – médicale et missionnaire – d'autochtones comme mode de recrutement privilégié du personnel des missions, une opinion qui est loin de faire l'unanimité dans ce milieu. Elle trouve cependant, dans la suite de l'ouvrage préfacé, une justification statistique, en raison de la multiplication des missions médicales protestantes recensées à travers le monde en 1902, et de la difficulté à trouver assez de volontaires pour les maintenir en activité : 379 hôpitaux, dont 11 en « Palestine », 10 en « Turquie » et 6 en « Syrie », ainsi que 783 dispensaires, dont 21 en « Palestine », 17 en « Syrie » et 13 en « Turquie »[1078]. De toute évidence, la « Terre sainte » est le principal foyer d'action missionnaire médicale dans l'Empire ottoman, à la fois en raison de son importance religieuse et de la plus grande difficulté à approcher par d'autres moyens une population à nette majorité musulmane. Toutefois, la référence aux fondements théologiques de la mission médicale – à savoir que le Christ guérissait les malades et qu'à travers certains de ses disciples, l'Eglise reçut à la Pentecôte cette même grâce – donne une valeur en soi à ce mode opératoire. Il y a toujours un hiatus entre l'instrumentalisation de la mission médicale comme préalable aux méthodes missionnaires plus classiques, et le message universaliste du christianisme, qui fait du service des hommes, indépendamment de leur foi, un devoir. Pour

1077 Préface de l'ouvrage de James S. Dennis, *Centennial Survey of foreign missions*, supplément à *Christian Missions and social progress*, Edimbourg / Londres, Oliphant, Anderson & Ferrier, 1902, cité in «Centennial survey of foreign missions », in *Mercy and truth*, n°66, 06/1902 (179-182), pp. 179-180.

1078 *Ibid.*, p. 181.

comprendre l'articulation entre ces deux aspects, il faut relativiser la rhétorique militaire de la CMS. Cette dernière n'a pas les moyens de faire le bien des gens malgré eux, et si elle planifie la localisation et le développement de ses missions avec beaucoup de stratégie, son attitude à l'égard des patients relève de la séduction, non de la contrainte.

De fait, les rapports entre les missions protestantes britanniques et le colonialisme débordent d'ambiguïtés. Résumant l'écart entre les opinions personnelles des missionnaires, hostiles en bien des lieux à l'expansion coloniale britannique, et le caractère indéniablement instrumental de leurs activités dans le processus de conquête, l'historien des missions protestantes Andrew Porter rappelle que « malgré leurs meilleures intentions, les missions pourraient bien être d'effectifs bâtisseurs d'empire[1079]. » On doit tenir compte de l'attention des missionnaires à susciter une foi sincère, à instaurer une confiance libre et bénévole chez les patients, et à user d'une prudence dans leurs rapports quotidiens, avant de les taxer, parfois indûment, d'impérialisme. Toutefois, force est de constater que tandis que certains missionnaires de « Terre sainte » recommandent la prudence vis-à-vis des penchants colonisateurs de la mère-patrie[1080], d'autres n'hésitent pas à exprimer leur désir de voir les « puissances chrétiennes », et d'abord la Grande-Bretagne, venir les débarrasser du gouvernement ottoman[1081]. On ne peut pas non plus évacuer d'un revers de main l'ambiguïté de la missiologie médicale qui dérive de ses modèles militaires et coloniaux.

a – La mission médicale, une œuvre de persuasion

Le succès des missions médicales découle de la nature des besoins auxquels elles répondent, et dans la préface citée ci-dessus, George Post explique sans fard sur quel chantage affectif elles s'appuient vis-à-vis des patients : les services médicaux s'accompagnent systématiquement d'une prédication à l'ouverture des consultations. Devant l'affluence, il n'est pas question pour les patients de s'y dérober. C'est là la force et la faiblesse de cette stratégie missionnaire : force, car elle est efficace pour présenter le message évangélique, mais faiblesse parce qu'elle prête le flanc à une critique éthique très embarrassante. Ainsi, en 1897, un « missionnaire revêtu des ordres et installé depuis une vingtaine d'années en Palestine », habitué de méthodes plus traditionnelles, admet que la mission médicale revient à « soudoyer [*bribe*] avec force (d'une façon tout à fait justifiable) » les musulmans ayant

1079 Andrew Porter, *Religion versus empire ? British Protestant missionaires and overseas expansion, 1700-1914*, Manchester / New York, Manchester University Press, 2004, p. 316.
1080 CMS G 3 P/O 1895/175, de J.R.L. Hall à Baylis, de Jérusalem, 26/11/1895.
1081 CMS G 3 P/O 1896/98, « Report Nablus District, April 1896 », par le révérend Christian Fallscheer.

besoin de traitement[1082]. Avec le temps, cependant, les théoriciens de la mission médicale s'efforcent d'atténuer l'importance du chantage affectif, au moins dans leur discours. En 1900, Lankester estime que les missions médicales

> « auraient été rapidement évacuées du débat il y a quelques années, dans l'idée qu'elles étaient à peine plus qu'une manière de soudoyer les gens pour les attirer à l'intérieur et leur faire entendre l'Evangile, de simples adjuvants laïques au travail missionnaire. J'ose pense qu'aujourd'hui, en comparaison, peu de gens présenteraient des vues aussi étroites au sujet de leur pouvoir et de leur utilité[1083]. »

Selon lui, l'idée s'est imposée, avec le développement rapide des missions médicales, selon laquelle la quantité de soins prodigués constitue un but à part entière, et déjà un succès à mettre au crédit des sociétés missionnaires.

En cela, Lankester pèche probablement par optimisme, car six mois plus tôt, un autre auteur s'efforçait, en vantant le travail des missions et en particulier leur action médicale dans la même revue *Mercy and truth*, de répudier une critique adjacente. Un sec calcul mathématique de l'efficacité des missions de la CMS de par le monde, qui avec un budget de 330 000 £, avaient fait 16 000 convertis au protestantisme en 1898-1899, établissait à 22 £ le montant dépensé pour chaque converti. L'accusation implicite était que toute l'activité de la société revenait à acheter, par des voies directes ou indirectes, la foi des nouveaux convertis ; mais le calcul ne prenait pas en compte le résultat des différentes activités des missionnaires à côté de la prédication. Pour cet auteur, le christianisme et, en l'occurrence, l'activité missionnaire étaient indissociables du processus de civilisation[1084]. En faisant de la religion chrétienne une condition de celui-ci, il justifiait l'existence des missions et leur rhétorique conquérante ; cependant, le cas des missions médicales dans le sud du bilād al-Šām incite à voir dans leur succès quelque chose de beaucoup plus circonstanciel.

Le « missionnaire revêtu des ordres et installé depuis une vingtaine d'année en Palestine » cité plus haut est plus enclin à voir dans l'efficacité des missions médicales un phénomène temporaire : il ne lui apparaît pas probable que la région se peuple de médecins musulmans capables avant longtemps, ce qui laisse la place aux médecins de la CMS[1085]. Toutefois, son propos sous-entend qu'à terme, une population médicale autochtone est appelée à se développer et à rendre obsolète la stratégie des missions médicales. En « Terre sainte », cela signifie que les sociétés missionnaires doivent agir de façon rapide, malgré la

1082 « The way to win Moslems », in *Mercy and truth*, Vol. 1, n°8, 08/1897, pp. 186-187 ; de façon significative, l'auteur de ces paroles reste anonyme dans le chapeau de l'article, qui l'évoque seulement comme « un missionnaire actif depuis 20 ans en Palestine ».
1083 H. Lankester, « Medical mission in theory », in *Mercy and truth*, n°38, 02/1900 (37-42), p. 37.
1084 « A false equation », in *Mercy and truth*, n°32, 08/1899 (188-189), pp. 188-189.
1085 « The way to win Moslems », in *Mercy and truth*, Vol. 1, n°8, 08/1897 (186-187), p. 187.

très grande difficulté et le coût – bien supérieur à la moyenne de 22 £ pour l'ensemble de la CMS – des conversions, pour profiter des circonstances favorables, avant que l'Etat ottoman n'ait produit dans ses facultés des effectifs médicaux suffisants pour ses provinces. De fait, à partir de 1888 environ, les dispensaires puis les hôpitaux se multiplient à un rythme accéléré.

Il est un dernier élément de la théorie des missions médicales, celui du rapport aux formes autochtones de médecine, qui intéresse tout particulièrement notre étude, et aide en même temps à définir le sens dans lequel elles peuvent être rattachées à un processus de civilisation. Citons encore la préface déjà citée de George Post, inspirée, entre autres choses, par son expérience du Proche-Orient :

> « Les missions médicales sont les seuls opposants efficaces au charlatanisme si intimement lié à la superstition religieuse. Parmi les types d'humanité les plus bas en Afrique, en Polynésie et dans les religions aborigènes de l'Amérique, il occupe sa place. Du côté du peuple, la peur abjecte de l'inconnu, et du côté des sorciers [*sorcerers*] et des rebouteux ou des sorcières-médecins [*witch-doctors*], une ruse diabolique et pleine de malice, ont donné ensemble à ces derniers un pouvoir de nuisance incroyable. Les gens croient que les bois, les fontaines, les grottes ou les rivières sont habités d'esprits malins ou du fantôme des défunts. Ils croient que la maladie est produite par de tels êtres, et que les sorciers [*wizards*] et sorcières [*witches*] ont les moyens d'affliger leurs victimes de toutes sortes de maux. […]
> Les missions médicales cassent le pouvoir des rebouteux et des sorcières-médecins, et détruisent leur prestige. Elles enseignent la vraie nature de la maladie et de la mort, et montrent qu'elles sont indépendantes des esprits malins qu'on suppose être leur cause[1086]. »

Post n'est pas le seul à lier les missions protestantes et la critique des étiologies surnaturelles. Le contraste entre la médecine positiviste et naturaliste enseignée dans les facultés occidentales, et les systèmes médicaux autochtones qui font une place au surnaturel dans l'explication des maladies, est instrumentalisé au bénéfice des missions protestantes. La religion chrétienne est ainsi présentée par ces dernières comme entièrement du côté du rationalisme médical. Le prosélytisme en faveur du christianisme va de pair avec un effort pédagogique pour détacher les autochtones de leurs praticiens habituels, qui sont souvent aussi des personnalités religieuses. Cette coalition d'intérêts induit une attitude particulièrement militante contre les formes autochtones de médecine. Une hostilité aussi déclarée tranche avec la prudence dans l'approche des questions religieuses, qui est consubstantielle aux missions médicales.

En revanche, le discours est représentatif de ce qui peut se retrouver dans l'entourage et l'environnement intellectuel de cet auteur, à savoir une hostilité déclarée à l'égard des médecines autochtones, mêlée du sentiment de leur disparition inéluctable. Post, en effet,

1086 « Centennial survey of foreign missions », in *Mercy and truth* (179-182), pp. 179-180.

répercute ici des croyances semblables à celles qu'il a lui-même dû rencontrer au Proche-Orient, bien qu'il se réfère expressément à des régions qu'il place d'ailleurs visiblement plus bas dans la hiérarchie, implicite d'un bout à l'autre de son propos, qu'il établit entre les civilisation. Ainsi les *'afrīt*-s, créatures immatérielles nées de l'union primordiale d'Adam et de sa première femme (avant Eve), sont réputés être présents dans les grottes et les fontaines. Divers ordres des *jinn*-s (esprits immatériels, bienveillants ou malveillants selon les cas, habitants le monde matériel et y agissant) sont réputés habiter dans des emplacements privilégiés[1087]. Les représentations étiologiques communes sont données par Post comme invariantes, d'une région du monde à une autre ; et sil elles peuvent l'être, c'est qu'elles apparaissent, nous dit-il, selon un unique schéma qui allie la crédulité des patients aux intérêts de religieux incompétents et manipulateurs. Contre le machiavélisme des sorciers, la mission médicale s'impose comme une ruse de la raison. De fait, la dénonciation des médecins populaires d'inspiration religieuse et le traitement ethnographique de leurs activités, signe avant-coureur de leur disparition supposée prochaine, sont un article courant du discours des missionnaires de « Terre sainte ».

3 – Les choix stratégiques de la mission de Palestine de la CMS

a – Les premières missions médicales de la CMS en Palestine (1881-1888)

L'action missionnaire indirecte, par l'entremise des fondations religieuses caritatives, n'est pas une nouveauté absolue pour la CMS, mais il est vrai que les hommes de la mission de Palestine tendent à accueillir avec réticence les investissements lourds requis. Sur le plan scolaire, la société peut se prévaloir d'un réseau assez important dans bon nombre de villes et bourgades du pays. Pour le reste, ses missionnaires ne sont pas convaincus de l'efficacité de la stratégie prônée par Blyth, notamment en direction des musulmans. Alors que d'autres sociétés protestantes actives en Palestine ont investi d'emblée dans la médecine, soit par choix stratégique comme la London Society for promoting Christianity among the Jews (LJS), soit par vocation comme l'Edinburgh Medical Missionary Society (EMMS), la CMS ne s'y lance que tardivement, à partir de 1878. Les deux premières missions médicales sont créées respectivement en 1881 à Gaza par le Révérend A.W. Schapira[1088], et en 1883 à Salt. La

1087 Canaan, *Op. cit.*, pp. 16-18.
1088 CMS G 3 P/O 1881/90, de Ferguson à la CMS, s.l., 15/10/1881.

première de ces créations emploie dans un premier temps un diplômé du SPC[1089], le Dr As'ad Salīm[1090]. La seconde est confiée à un de ses anciens condisciples, le Dr Ibrāhīm Zu'rab[1091]. L'un et l'autre, décrits comme « docteurs indigènes » [*native doctors*] apparaissent comme des pis-aller pour la CMS. C'est surtout vrai du premier, qui est décrit comme n'étant pas un « chrétien authentique » (ce qui semble indiquer qu'il n'est pas protestant), qu'il convient de conserver à son poste en attendant la nomination d'un médecin britannique[1092]. Il semble que les dispensaires de Gaza et de Salt constituent des exceptions à l'époque de leur fondation, et des à-côté de l'activité missionnaire. Le recrutement indigène des médecins indique que leur activité doit rester sous la supervision des missionnaires européens coutumiers de modes d'action plus traditionnels que la mission médicale : on verra plus loin qu'une hiérarchie entre missionnaires européens et indigènes est strictement maintenue dans les missions protestantes. Laisser, au début des années 1880, la mission médicale à des « médecins indigènes » est un signe révélateur de la place subalterne qu'occupe ce secteur d'activité dans les priorités de la mission de Palestine.

Au surplus, le choix de la mission médicale est affaire de sensibilité individuelle chez les missionnaires, et le conflit entre la CMS et Blyth associe cette stratégie contestée à un conflit de personnes autour de l'homme à l'origine du dispensaire protestant de Gaza. Au début des années 1880, le Révérend Schapira reste en marge des activités de la CMS, dont le comité financier lui reproche son manque de rigueur comptable. Il est remercié de ses fonctions sur ce motif en 1885[1093]. Blyth l'embauche en 1890 pour travailler à Haïfa au service de deux sociétés missionnaires, le Parochial Ministry to the Jews et la J&EMS[1094]. Dans cette fonction il entre en conflit avec les missionnaires de la CMS qui, naguère, l'employait. La querelle devient emblématique de l'antipathie qui règne, au niveau institutionnel, entre les missionnaires évangéliques et l'évêque de Jérusalem. Blyth loue chez Schapira des aspects de son travail qui participaient de sa mise à l'écart du temps où il oeuvrait pour le compte de la CMS : son intérêt spécifique pour la population musulmane – Schapira est parfaitement arabophone et ne limite pas son horizon de sociabilité aux petites communautés chrétiennes de Gaza – et son intérêt pour la médecine comme outil missionnaire[1095]. En revanche, le missionnaire nouvellement recruté par la J&EMS a

1089 CMS G 3 P/O 1881/95, d'A.W. Schapira à la CMS, de Gaza, 28/10/1881.
1090 CMS G 3 P/O 1882/34, de J.R.L. Hall à la CMS, de Jérusalem, 11/04/1882.
1091 CMS G 3 P/O 1883/59, de J.R.L. Hall à la CMS, de Jérusalem, 27/03/1883.
1092 CMS G 3 P/O 1882/34, de J.R.L. Hall à la CMS, de Jérusalem, 11/04/1882.
1093 CMS G 3 P/P 2, résumé de CMS G 3 P/O 1885/109, de Hall au comité de supervision de la mission de Palestine, 04/06/1885 [original manquant].
1094 J&EMS 22/3, Dossier « PMJ Correspondence, 1889-95, with further corres. re. Rev. Schapira ».
1095 J&EMF 2335, prospectus « Hospital for Jews, Mahomedans and Christians of all creeds », du Rév. A.W. Schapira, de Clapham, 28/10/1892.

visiblement des comptes à régler avec la CMS, et les employés de cette société à Haïfa se plaignent de la position difficile dans laquelle il les met, de propos apparemment délibéré[1096]. Deux camps se forment bientôt : le Dr Bailey, installé à Naplouse, apprend à ses dépens que la CMS qui le paie lui demande de choisir entre la fidélité à son employeur et son amitié pour le révérend Schapira[1097]. La nomination de ce médecin représente pourtant un tournant pris par la CMS, dans le sens de la missiologie préconisée par Blyth, à savoir le recours à la médecine comme action missionnaire à part entière.

b – La multiplication des missions médicales (1888-1906)

Il n'y a pas solution de continuité entre le discours missiologique général et la pratique de la mission de Palestine de la CMS : la priorité accordée à la médecine par cette dernière se traduit par un souci aigu de planification de l'action. Il semble qu'en relançant l'idée de missions médicales en 1888, la CMS ait eu en tête d'envoyer un de ses missionnaires « traditionnels », C.T. Wilson, pour donner des soins de base en excursion autour de Jérusalem et jusqu'à Hébron[1098]. Ce projet pose cependant des problèmes de répartitions géographiques, puisqu'il conduit à créer une nouvelle fonction missionnaire à Jérusalem, où le nombre de médecins est déjà important, et à continuer de négliger de vastes districts. De plus, cette initiative aboutirait à continuer de négliger des régions de population musulmane importante ; elle est répudiée à l'hiver 1889. Ainsi que le faisait remarquer un an plus tôt un autre missionnaire « traditionnel », le Révérend T.F. Wolters,

> « Suis-je le seul à tenir pour acquis que le comité de supervision considère les mahométans comme l'objectif ultime de ses efforts missionnaires dans le pays ? Si c'est le cas, je suis, quant à moi, très heureux de ce fait [des dispositions du comité de supervision]. En effet, j'aimerais que ce projet soit repris à Constantinople et à Smyrne, et je ne pense pas que les Anglicans en général et la CMS en particulier rempliront leur devoir en ce qui concerne la religion mahométane tant que ces stations missionnaires ne seront pas rouvertes. Mais je laisse cela de côté pour le moment, et puisque le comité de supervision souhaite atteindre les mahométans de Palestine, j'ai une ou deux remarques à faire : […]
> Il semble que la distribution des « centres » en Palestine, et du « pouvoir » concentré dans ces centres, soit défectueuse. Il ne fait pas de doute que l'on rencontre des mahométans partout à travers le pays, mais il n'est pas moins hors de doute que les centres mahométans sont Gaza, Naplouse, Acre et Salt. C'est moins vrai de Jérusalem et Jaffa ; et de Nazareth et Haïfa encore moins. A l'heure actuelle le pouvoir est concentré à Jérusalem, Jaffa et Nazareth ; je ne demande pas une redistribution immédiate du pouvoir, mais je crois que dans les développements ultérieurs de la

1096 CMS G 3 P/O 1892/261, de C.S. Gollmer à J. Zeller, d'Acre, 22/06/1892.
1097 CMS G 3 P/O 1892/369, de Zeller à Bailey, de Jérusalem, 30/09/1892.
1098 CMS G 3 P/O 1889/64, de C.T. Wilson à Lang, de Jérusalem, 06/03/1889.

mission, l'accent devra être mis sur Gaza, Naplouse, Acre et Salt[1099]. »

On l'a vu, le changement d'orientation qui s'opère autour de 1890 a une origine interne à l'organisation missionnaire de la CMS, et indépendante des critiques de Blyth ; en revanche, Wolters use du langage – non seulement le recours dépréciatif aux « mahométans », mais la conception de l'action autour de « centres » – propre au discours de la CMS sur ses missions médicales. Les priorités qu'il affiche viennent prolonger des orientations existantes, mais marginales. Le propos de Wolters indique cependant un scepticisme à l'intérieur de la mission de Palestine à l'égard des orientations voulues par la maison-mère, et cette méfiance n'est pas, ou pas seulement, résistance au changement. Le sentiment d'être poussé contre son gré par la maison-mère se mêle au ressentiment contre l'évêque, dans la mesure où leurs directives respectives vont dans le même sens.

Aussitôt qu'est posé le principe d'une action missionnaire en direction des musulmans, en effet, les hommes de terrain se posent la question de la réception de leur entreprise. Il s'ensuit un flottement sur la nature exacte de la mission médicale et sur sa localisation : quelle ville, de Naplouse ou d'Hébron, est potentiellement la plus accueillante pour les missionnaires, ou plutôt la moins hostile ? Vaut-il mieux concentrer l'action en ville, ou se faire connaître dans les campagnes dans l'espoir que celles-ci sont mieux disposées ? La médecine est-elle bien le mode d'action adéquat pour attirer la population musulmane vers la mission ? Ces débats agitent le personnel de la mission de Palestine dans les années 1888-1892, lorsque décolle la stratégie médicale de la CMS dans la région.

Les arguments en faveur de Naplouse sont assortis d'un *caveat* sur la sensibilité des habitants à toute entreprise missionnaire, quelle qu'elle soit : la CMS est prévenue contre ces difficultés au vu des multiples conflits surgis depuis l'ouverture de la mission anglicane en 1854[1100]. Un missionnaire suggère par conséquent d'opter pour un début modeste :

> « Les missions de Gaza, Jaffa, Nazareth, Salt et Jérusalem. Dans cette dernière ville, on trouve 24 docteurs, principalement européens, alors qu'à Naplouse, avec une population de 30 000 personnes dont 28 000 sont musulmans, il n'y a qu'un seul docteur, l'employé du gouvernement (un militaire). Je pense qu'une missionnaire médicale serait bien reçue par les musulmans les plus fanatiques [*bigotted*]. Si on l'envoyait à Naplouse, une des dames de l'hôpital de Jaffa, Miss Nicholson, infirmière diplômée, serait très heureuse et accepterait d'y aller sur son salaire de quatre francs. […] Je suggèrerais donc Naplouse comme lieu où le besoin d'une mission médicale se fait le plus sentir, et que [Miss Nicholson] commence par des visites à domicile chez les femmes jusqu'au moment où elle aura gagné leur confiance, et pourra sans

1099 CMS G 3 P/O 1888/106, de T.F. Wolters à Lang, de Nazareth, 22/03/1888.

1100 Ejal Jakob Eisler, « Gewalt gegen die protestantische Mission in Nablus und die nachfolgende Versöhnung (1854-1901) », in Ulrich Van der Hayden & Jürgen Becher (éds.), *Mission und Gewalt : der Umgang christlicher Missionen mit Gewalt und die Ausbreitung des Christentums in Afrika und Asien in der Zeit von 1792 bis 1918/19*, Missionsgeschichtliches Archive, n°6, Stuttgart, Franz Steiner, 2000, pp 43-53.

problème ouvrir un dispensaire[1101]. »

Ce passage illustre une prise de conscience de la distorsion de la répartition géographique des médecins par rapport à la démographie. La CMS, qui se lance tardivement dans les activités médicales, doit pour bien faire prendre en compte l'héritage de plus de quatre décennies d'investissements européens dans ce secteur. La valorisation des lieux saints et les flux migratoires, qui viennent gonfler la population de Jaffa et Jérusalem, ont abouti à la disproportion observée par ce missionnaire : vers 1890, le nombre de médecins diplômés varie entre Naplouse et Jérusalem de un à 24, alors que si l'on compare la population totale de ces agglomérations, le rapport entre ces deux villes est d'un à moins de trois. Toutefois, cette différence marquée s'explique implicitement par le caractère tardif de la nomination de médecins diplômés à des postes officiels à Naplouse, et explicitement par une stratégie d'évitement, de la part des Européens et des missionnaires en particulier, à l'égard de cette ville. Aussi est-il suggéré dans la citation ci-dessus de procéder par imprégnation progressive, en envoyant un agent peu visible, qui pénètrerait l'intimité des foyers et aurait accès aux enfants en approchant les femmes. Ce n'est que dans un second temps qu'il conviendrait de fonder une mission médicale visible, sous la forme d'un dispensaire bénéficiant de la confiance acquise par la missionnaire pionnière. Il est clair que les hommes de la CMS s'attendent à une résistance forte à leurs projets, et n'imaginent pas les Naplousains dupes de la manœuvre consistant à rendre la mission acceptable grâce aux services médicaux.

Si l'on change d'échelle, et si l'on considère l'ensemble du *sanjak* de Naplouse, fait observer quelques temps plus tard le Dr Bailey, premier médecin missionnaire installé dans cette ville, on observe la même carence en médecins diplômés pour une population de 140 000 habitants[1102]. Manque de médecins diplômés ne signifie pas absence de soins, mais un discours se met en place dans la correspondance interne à la CMS, qui conçoit la fondation de missions médicales comme la création d'un accès à un traitement médicalisé.

La logique géographique qui favorise Naplouse n'est pas sans poser des problèmes, souvent mis en avant par les missionnaires à partir de la fondation de la mission médicale dans cette ville. Il n'y a pas de pharmacien pourvu en médicaments importés d'Europe et en matériel pour les hôpitaux, sauf à se rendre à Jaffa, à de deux jours de route[1103]. Naplouse est finalement retenue parce qu'elle permet de rayonner et d'attirer les patients sur une vaste région négligée jusque là, mais ce positionnement enclavé pose des problèmes de fonctionnement.

1101 CMS G 3 P/O 1889/45, d'un auteur indéterminé à Lang, s.l., 23/02/1889.
1102 CMS G 3 P/O 1891/222, de Bailey à Touch, de Naplouse, 21/07/1891.
1103 CMS G 3 P/O 1892/283, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 06/07/1892.

Avant de trancher entre les deux localités possibles, les responsables locaux de la CMS ont longuement tergiversé. C.T. Wilson était hostile à l'idée d'envoyer un médecin en résidence à Hébron, en raison de l'éloignement de cette ville de Jérusalem et des difficultés de supervision qui en découleraient, du caractère ostensible de la mission, en l'absence d'un autre médecin européen sur place, et du risque qu'Hébron absorbe la totalité de l'activité du médecin sans lui laisser le temps de se rendre dans les villages des environs[1104]. Son argumentation ne convainc pas ses supérieurs, qui retiennent Naplouse et décident d'y envoyer le Dr H.J. Bailey, qui s'était déclaré volontaire en juillet 1888 pour aller travailler spécifiquement en « Terre sainte »[1105].

Toutefois, le projet d'Hébron n'est pas complètement abandonné : une dame fortunée, miss Butchard, songe également à financer l'envoi d'infirmières à Naplouse, mais s'y refuse si la CMS entend y envoyer un médecin célibataire comme Bailey[1106]. De plus, elle craint qu'une collaboration entre ses infirmières et un docteur nommé par une autre société réduirait son rôle à elle à celui de donateur. Les révérends Christian Fallscheer, en poste à Naplouse, et Hall, installé à Jaffa, s'efforcent donc d'obtenir une réaffectation de Bailey : ce dernier irait à Hébron, où miss Butchard refuse d'aller, et laisserait cette dernière fonder une mission médicale amie à Naplouse, qui pourrait ensuite être intégrée à la mission de Palestine[1107].

Hall revient à la charge en faveur d'Hébron à la conférence de la mission de Palestine de la CMS, à l'automne 1889. Il donne plusieurs arguments en faveur de ce projet, notamment l'attitude libérale du nouveau gouverneur de Jérusalem à l'égard des institutions européennes, qui laisse espérer des relations plus faciles avec l'administration locale, et la présence d'un dispensaire des Filles de la Charité, qui montre que des chrétiens peuvent opérer dans le domaine médical à Hébron, et que la CMS risque d'être dépassée par la concurrence religieuse. Par-dessus tout, Hall tient à ménager la possibilité du projet de miss Butchard, afin d'occuper deux grandes villes au lieu d'une, tout en limitant les dépenses d'installation. Le projet de cette dame avorte cependant au printemps 1890, tandis que la CMS perd le soutien de miss Constance Newton, qui dirige l'hôpital des missions Mildmay à Jaffa et se proposait d'envoyer quelques unes de ses infirmières aider le médecin qui serait envoyé à Hébron[1108]. Bailey, après un long séjour à Gaza, s'installe finalement à Naplouse en juillet 1891[1109].

La question de la fondation d'une mission médicale protestante dans la ville des Patriarches est finalement réglée peu de temps après, sans la CMS. Les missions Mildmay

1104 CMS G 3 P/O 1889/64, de C.T. Wilson à Long, de Jérusalem, 06/03/1889.
1105 CMS G 3 P/O 1889/272, de Bailey au comité de supervision de la mission de Palestine, s.l., 12/10/1889.
1106 CMS G 3 P/O 1890/86, de R. Lang à Touch, de Damas, 08/04/1890.
1107 CMS G 3 P/O 1889/231, de J.R.L. Hall à Lang, de Jaffa, 29/08/1889.
1108 CMS G 3 P/O 1890/86, de R. Lang à Touch, de Damas, 08/04/1890.
1109 CMS G 3 P/O 1891/222, de Bailey à Touch, de Naplouse, 21/07/1891.

relancent le projet en avril 1893. Entre-temps, le Dr Alexander Paterson, médecin missionnaire et membre de l'Eglise libre d'Ecosse[1110], avait été pressenti pour s'installer à Gaza sous l'égide de la CMS, dans la mesure où il avait déjà prêté son assistance bénévole à la mission médicale de cette société au Caire. Celle-ci requérait cependant de ses missionnaires qu'ils entrent en pleine communion avec l'Eglise d'Angleterre, ce à quoi Paterson se refusait. Il est finalement engagé sur le poste d'Hébron par les missions Mildmay, qui ne posent pas de condition de confession religieuse, du moment que leur personnel est composé de protestants[1111]. L'anecdote illustre le dilemme des sociétés missionnaires qui ont besoin d'employés convaincus sur le plan théologique, mais dont le bassin de recrutement est limité, même en Occident. *A fortiori* le problème devient insoluble si une société missionnaire limite son personnel autochtone aux seuls fidèles de sa propre Eglise.

Localisation	Date de fondation	Période où la mission est sous direction occidentale, sous contrôle de la CMS
Gaza	1878	1886-1914
Salt	1883	1902-1914
Jaffa	1885	1908-1914
Naplouse	1891	1891-1914
Karak	1895	1895-1906
Acre	1896	1896-1905

Tableau n° 4 : Les fondations de missions médicales dirigées par la CMS, 1878-1914. (Sources : Robert Sterling, « Gaza medical mission », in *Medical mission quarterly*, n°4, 10/1893, p. 10 ; Frederick Johnson, « Kerak medical mission », in *Medical mission quarterly*, n°15, 07/1896, p. 69 ; « Editorial notes », in *Medical mission quarterly*, n°16, 10/1896, p. 84 ; « The late miss Constance A. Newton », in *Mercy and truth*, n°143, 11/1908, pp. 367-369 ; M. Tiffin, « Some notes from Jaffa », in *Mercy and truth*, n°177, 09/1911 (294-296), p. 295 ; CMS G 3 P/O 1902/53 ; CMS G 3 P/O 1903/124 ; CMS G 3 P/O 1904/172 ; CMS G 3 P/O 1906/113 ; CMS G 3 P/O 1906/194 ; CMS G 3 P/O 1908/1 ; CMS G 3 P/O 1908/6 ; CMS G 3 P/O 1909/104 ; CMS G 3 P/O 1910/3 ; CMS G 3 P/O 1914/135.)

La fondation de la mission médicale de la CMS ouvre la voie à d'autres. Progressivement, six centres principaux sont occupés (cf Tableau n° 2), mais le choix du médecin est révélateur de l'importance respective de chacun de ces centres. Les deux premières missions médicales de la CMS sont occupées par des médecins diplômés du SPC,

1110 De 1843 à 1900, l'Eglise d'Ecosse, d'obédience presbytérienne, connaît un schisme autour de la question des relations entre l'Eglise officielle et le parlement britannique. Les évangéliques en son sein forment l'Eglise libre d'Ecosse, qui est particulièrement active en « Terre sainte », notamment sur le plan médical. *Vide* J.H.S. Birleigh, *A Church history of Scotland*, Londres, Oxford University Press, 1960, pp. 334-369.

1111 Ewing, *Op. cit.*, pp. 60-62.

mais à la fin des années 1880, la société adopte le principe de recruter des Européens, pour donner plus de poids à la mission médicale dans ses activités. Jusqu'en 1904, le remplacement progressif des médecins autochtones par des médecins européens, qui le cas échéant embauchent des diplômés de la faculté américaine pour les seconder, est un signe de la croissance de la mission.

Toutefois, les missions médicales de cette société forment un véritable réseau, dont l'entretien est coûteux. Il apparaît à partir de 1904-1905 que la CMS n'est plus en mesure d'assumer financièrement le fardeau de l'ensemble de ses missions médicales, et choisit d'en limiter le nombre à travers le monde[1112] : elle abandonne l'approche extensive, c'est-à-dire la couverture du maximum de localités, au profit d'une approche intensive, autour des missions de Gaza et de Naplouse[1113]. Cela se traduit par le remplacement des médecins européens de Karak et d'Acre par des confrères diplômés du SPC[1114]. L'objectif déclaré est de se rapprocher de deux médecins par mission, dont si possible une femme, et deux infirmières européennes, de façon à faciliter la médecine itinérante. Même ainsi réorganisée, la mission de Palestine de la CMS reste étroitement dépendante de généreux Britanniques. Quand les dons se tarissent soudain pour être réaffectés au service de la mère-patrie, en août-septembre 1914, la plupart des centres sont mis en sommeil[1115]. Les missionnaires qui restent sont bientôt emprisonnés ou évacués par les autorités locales.

La création de ce réseau se fait selon des modalités révélatrices, empruntant aux techniques de la bureaucratie et de la colonisation contemporaines. Il y a toutefois une distance entre le discours, d'inspiration clairement colonialiste, qui paraît dans *Mercy and truth* notamment, et des situations de terrain qui nécessitent une diplomatie permanente. Il en va de même pour les institutions médicales catholiques.

B – Les institutions médicales catholiques : entre demande sociale, réactivité aux menées protestantes et rivalités nationales

Les ressemblances entre la méthode des missions médicales protestantes et catholiques

1112 CMS G 3 P/O 1909/104, « Memorandum to be submitted for approval of Medical Committee and Group n°III Committee », 02/07/1909.

1113 CMS G 3 P/O 1906/194, Sidney Gould, « General review. Palestine mission – 1906 », 04/11/1906.

1114 CMS G 3 P/O 1904/172, minutes du comité permanent de la mission de Palestine de la CMS, de Jérusalem, 14/11/1904 ; et CMS G 3 P/O 1905/13, de T.F. Wolters à Baylis, de Jérusalem, 11/01/1905 ; CMS G 3 P/O 1908/1, de Henry Sykes au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS , de Jérusalem, 24/12/1907.

1115 CMS G 3 P/O 1914/135, minutes du comité permanent de la mission de Palestine de la CMS, de Jérusalem, 25/08-12/09/1914.

en « Terre sainte » sont grandes, en dépit de discours aux tonalités très différentes. Les congrégations rattachées à l'Eglise de Rome font valoir de façon plus ouverte leur patronage national, et chez elles, le recours à la médecine n'est pas l'objet de débats pointus, dans la mesure où le secours des souffrants appartient à la vocation d'un certain nombre d'entre elles.

C'est dans le contexte de l'ordre européen bismarckien, au lendemain de la guerre de 1870-1871, que la concurrence entre nations catholiques ou partiellement catholiques se renforce, et relance le mouvement de fondation d'institutions rattachées à l'Eglise de Rome : les nouveaux hôpitaux se multiplient. Chacune des fondations nouvelles est un moyen de soutenir la concurrence, et une façon de faire valoir ses droits ou d'essayer de s'en arroger subrepticement de nouveaux. Un tournant a lieu en 1878, quand le congrès de Berlin mine, en le réaffirmant formellement, le droit exclusif de la France à protéger les institutions catholiques latines aux Lieux Saints, c'est-à-dire à les représenter diplomatiquement et juridiquement : le Saint-Siège n'est pas en mesure d'assumer ce rôle, sachant qu'il n'y a pas de nonciature auprès de la Sublime Porte. Liberté est donnée aux différentes puissances européennes de protéger individuellement leurs ressortissants dans l'Empire, y compris – c'est là la nouveauté – les religieux catholiques. La France conteste cette interprétation du Traité de Berlin et entend assumer la protection de ces derniers, mais la question se règle par la négociation et le jeu des rapports de force interétatiques. Le Vatican et le Gouvernement ottoman soufflent tous deux le chaud et le froid[1116].

1 – Les débuts de l'activité hospitalière catholique (années 1850-1870)

Le choix de multiplier les institutions médicales est tributaire du jeu des relations internationales, qui instaure une logique de rivalités expansionnistes, mais il a d'autres sources. Il faut distinguer ici entre la présence institutionnelle et la pratique de la mission par la médecine. Si la Custodie franciscaine de Terre sainte possède de longue date une infirmerie dans le couvent Saint-Sauveur à Jérusalem, l'Eglise catholique suit le mouvement initié par les protestants britanniques puis prussiens en fondant en 1851 son propre hôpital[1117]. L'histoire de la création de ce dernier, résultant d'une improbable convergence d'intérêts, illustre l'instrumentalité des institutions médicales fondées au 19e siècle. A l'origine de sa fondation, se trouve un médecin juif berlinois, le Dr Mendelssohn, issu de la même famille que le philosophe (Moïse) et le compositeur (Félix), socialiste lassallien rescapé de la

1116 G. Young, *Op. cit.*, vol. II, pp. 131-132.
1117 Schwake, *Op. Cit.*, vol. 1, p. 351.

répression de la révolution de 1848 en Allemagne. Réfugié dans l'Empire ottoman, il cherche à obtenir le passeport et propose aux représentants de la France d'assurer le service médical d'un hôpital à Jérusalem en échange de la nationalité française. Dans le contexte des rivalités entre consulats et entre missions qui prévaut à la fin des années 1840 et dans les années 1850, le consul représentant la République Française, Botta, est intéressé, et s'entend avec le patriarche latin de Jérusalem, Mgr Valerga, pour que l'hôpital soit un projet commun, franco-catholique. C'est un moyen pour le prélat de battre en brêche la Custodie Franciscaine de Terre sainte, engagée elle aussi sur le terrain médical ; mais il y met une condition à son approbation, à savoir, que le médecin soit un catholique. Mendelsohn, athée convaincu, se convertit donc en grande pompe au catholicisme, et obtient ainsi un poste et le passeport tant désiré[1118]. Dans ce processus, le pivot de la décision s'est progressivement déplacé de la France vers le patriarcat latin ; la République et le représentant de la papauté sont indifférents aux intérêts et aux opinions de Mendelssohn, qui sont du reste transparents pour eux. En revanche, son activité les intéresse comme mode opératoire de la diffusion d'une influence politique et religieuse. A partir de la fondation de l'hôpital, c'est la captation des bénéfices symboliques qui en découlent, qui devient l'enjeu des rapports de pouvoir entre le consulat et le patriarcat.

Ceux-ci s'affrontent sur la question du nom de l'institution, et sur la nationalité de son médecin. Appelé d'abord « *Ospedale cattolica* », l'hôpital est rebaptisé en 1859 « Ospedale San Luigi », du nom d'un saint français, en réponse aux demandes de Napoléon III[1119], fâché que la France finance une institution perçue comme essentiellement italienne[1120]. Le patriarche s'assure la mainmise sur l'hôpital grâce au contrôle qu'il exerce sur le service infirmier par ses prérogatives de supervision spirituelle des congrégations présentes en « Terre sainte » : les religieuses affectées à l'hôpital sont les Sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition, majoritairement françaises mais non pas gallicanes. A ce titre, Mgr Valerga conteste en août 1857 le « caractère national français » de l'hôpital, qu'il appelle tantôt patriarcal, tantôt catholique[1121]. Jusqu'à la fin des années 1870, le compromis est maintenu : le nom de l'hôpital est celui d'un saint français, mais il est affiché en italien à la porte de l'institution[1122].

1118 Schwake, « Le développement du réseau hospitalier en Palestine », in Trimbuer & Aaronsohn (éds.), *Op. cit.* (109-131), pp. 119-120.

1119 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, de Barrère, consul de France à Jérusalem, au ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 24/11/1859.

1120 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, de Mgr Valerga à Lequeux, gérant du consulat de France à Jérusalem, de Jérusalem, s.d. [1852] ; et du ministre des Affaires étrangères à Lequeux, de Paris, 17/04/1852.

1121 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, de Mgr Valerga au gérant du consulat de France à Jérusalem, de Jérusalem, 22/08/1857.

1122 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, du gérant du consulat de France à Jérusalem à l'Ambassadeur de France à Constantinople, de Jérusalem, 17/02/1870.

Pendant toute cette période, le directeur du service médical est un médecin italien. Privé des bénéfices symboliques se rattachant à la protection de l'hôpital, le gouvernement français s'en désintéresse financièrement, maintenant son allocation à un montant inchangé, tandis que la qualité des services de l'hôpital se délite et que les patients se tournent vers d'autres institutions. En novembre 1881, à la veille du déménagement vers un nouvel bâtiment, un médecin français, le Dr Sabadini, compare son aménagement à celui des hôpitaux « de la fin du siècle dernier » et constate le manque d'hygiène qui y règne[1123]. Du dissensus entre le gouvernement français et le patriarcat quant au statut de l'hôpital, est née une situation dans laquelle l'hôpital ne remplit qu'imparfaitement ses fonctions médicales.

Derrière les symboles, se cache un enjeu de contrôle. L'hôpital est reconstruit aux frais d'un catholique français, le comte de Piellat, de 1878 à 1881[1124]. Celui-ci fait miroiter le transfert de sa propriété à la France, mais en est dissuadé par les lois sur les congrégations non-autorisées passées par les gouvernements républicains[1125], et l'hôpital conserve une certaine indépendance vis-à-vis du gouvernement français, même si ce dernier y nomme un médecin qui est également affecté au poste de médecin sanitaire du gouvernement français à Jérusalem[1126]. La refondation de l'hôpital produit dans un premier temps un effet d'attraction sur la population locale[1127], mais après une dizaine d'années une désaffection relative s'installe en parallèle à une nouvelle stagnation des moyens investis par la France[1128]. L'Hôpital saint Louis de Jérusalem des sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition est devenu le noyau d'un réseau d'hôpitaux et de dispensaires tenus par cette congrégation, à Jaffa, Nazareth, Naplouse et Ramallah, mais ces institutions restent de taille modeste. Les priorités françaises sur le terrain médical sont désormais ailleurs.

2 – Un processus contrasté de constitution d'un réseau d'institutions médicales sous protection nationale : les Filles de la Charité dans l'orbite française (années 1880-1914)

Patronnant deux réseaux d'institutions médicales dépendant de son influence, le gouvernement français préfère investir au plus près de ses intérêts en favorisant le réseau mis

1123 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, du Dr Sabadini au consul de France à Jérusalem, de Jérusalem, 01/11/1881.
1124 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, note portant jugement du tribunal civil de Jérusalem, adressée au consulat de France à Jérusalem, avec traduction, de Jérusalem, 12/11/1878.
1125 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, n°11, du consul de France à Jérusalem au ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 25/08/1881.
1126 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, note sans auteur, au ministre des Affaires étrangères, 22/02/1879.
1127 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, n°34, du consul de France à Jérusalem au ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 10/01/1882.
1128 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, n°76, de Gueyraud à Bompard, de Jérusalem, 22/08/1912.

en place par les Filles de la Charité, plus gallicanes que les Soeurs de Saint-Joseph de l'Apparition.

Sur le plan pratique, les congrégations catholiques n'abordent pas la fondation d'institutions médicales en pays musulman sans expérience préalable. Les Filles de la Charité s'installent en « Terre sainte » après des décennies d'activités dans la Montagne libanaise, tandis que les Sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition ont pu roder leur approche des patients en Afrique du nord, où elles ont développé des institutions médicales dans le sillage de la colonisation française, et participé à l'activité missionnaire en direction des populations kabyles[1129]. A la différence des premiers hôpitaux protestants établis dans les années 1840 à Jérusalem, mais à l'instar de la CMS, les congrégations catholiques abordent l'action médicale missionnaire en « Terre sainte » avec une expérience préparatoire.

L'ouverture du dispensaire puis de l'hôpital des Filles de la Charité à Bethléem illustre bien les rivalités internationales qui poussent le gouvernement français à intervenir en faveur des congrégations, et l'usage de relais locaux dont il use dans ce sens. Pour les raisons de personnes exposées plus haut, la maison de Bethléem est en rivalité avec la maison de Jérusalem, qui lui est supérieure hiérarchiquement ; mais les conditions de la fondation de la première reflètent les rivalités existantes entre la France et l'Italie, ainsi qu'entre les Franciscains, à dominante italienne, et le Patriarche latin, Mgr Bracco, lui aussi originaire de la péninsule.

Au début de l'année 1886, une pétition circule parmi la population catholique de Bethléem pour demander au roi d'Italie de financer l'envoi d'un médecin italien. Elle n'est pas provoquée par un besoin de soin ni par une confiance particulière dans la compétence des médecins européens : le coeur de la pétition est dans la nationalité du praticien demandé. D'après le Consul de France Charles Ledoulx, clairement intéressé dans l'affaire, l'instigateur de la démarche est Dom Belloni, un religieux natif d'Italie et qui, dans l'affaire, relaie les intérêts de son pays d'origine malgré les relations à couteaux tirés entre Humbert I^{er} d'Italie et le pape Pie IX : c'est la solidarité nationale qui prime, d'autant que le Royaume d'Italie continue de financer certains couvents de Terre sainte et encourage une presse catholique favorable aux intérêts nationaux dans la région. La démarche du religieux italien manifeste aux yeux du consul une profonde ingratitude, puisque la France a fourni des sommes généreuses pour son Œuvre de la Sainte-Famille, installée sur de vastes terrains à proximité de Bethléem. A l'ingratitude s'ajoute, si l'on en croit le diplomate français, la tromperie, car Belloni aurait fait croire aux notables dont il demandait la signature que la pétition était

1129 Karima Dirèche-Slimani, *Chrétiens de Kabylie, 1873-1954. Une action missionnaire dans l'Algérie coloniale*, Paris, Editions Bouchene, 2004, p. 23 & pp. 53-60.

adressée au gouvernement français, comme puissance tutélaire traditionnelle des œuvres catholiques. Ces derniers, qui ont signé avec leur *murūr* [cachet] et ne savent, pour la plupart, probablement pas lire, auraient appuyé la démarche en toute bonne foi[1130].

Pour contrer la manœuvre italienne, Ledoulx entreprend une manœuvre à double détente. Dans un premier temps, il reçoit deux pétitions émanant de notables de Bethléem. La première se plaint avec force détails de l'absence d'un médecin plus proche que celui de l'hôpital de Tanṭūr, en direction de Jérusalem, et dénonçant les tarifs des médecins de Jérusalem en visite à domicile[1131]. La seconde, adressée par un groupe de notables de Bethléem, rappelle l'envoi de la première et, faute de réponse, réclame plus directement du Gouvernement de la République l'envoi d'un médecin français et d'une pharmacie[1132]. Les circonstances du texte, en réaction immédiate à la pétition de Dom Belloni, et l'argumentaire, qui repose sur les droits antiques de la France en « Terre sainte », ne laissent guère de place au doute : la pétition a été téléguidée par le consulat français, qui se l'est fait adresser pour pouvoir s'en prévaloir ensuite en deux endroits. Le premier est le Patriarcat latin de Jérusalem, siège dont le détenteur, Mgr Bracco, a reçu du pape un droit de regard sur toutes les installations nouvelles de congrégation dans la région. De lui, Ledoulx demande alors le droit, pour les Filles de la Charité, de s'installer à Bethléem, ce qui est accordé. En second lieu, Ledoulx se prévaut auprès de son ministère de tutelle de ce succès à bloquer la manœuvre italienne et à prévenir durablement l'installation d'institutions médicales catholiques concurrentes dans la petite bourgade de Bethléem. C'est un appel à peine déguisé à contribution sonnante et trébuchante en faveur de la nouvelle œuvre catholique et essentiellement française[1133] ; le supérieur de la Congrégation de la mission des Lazaristes, dont dépendent les Filles de la Charité, ne tarde d'ailleurs pas à formuler une demande en ce sens par l'intermédiaire du Consul[1134]. Copie des pétitions et de leur traduction est envoyée au Quai d'Orsay, ce qui éclaire le raisonnement qui annonce la demande de subvention : Ledoulx entend montrer par ce document qu'il y a une demande sociale. Dans la mesure, en effet, où c'est au Parlement français qu'il revient en définitive de trancher l'octroi d'une subvention, le discours du consulat et celui des congrégations est recadré pour donner une justification sociale à la demande.

Le type de planification stratégique observée chez les sociétés missionnaires

1130 MAE Nantes, Jérusalem, E, 7, de Ledoulx au ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 07/04/1886.
1131 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, Pétition des *muḫtār*-s de Bethléem au consul de France à Jérusalem, de Bethléem, 23/02/1886.
1132 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, Pétition des habitants de Bethléem au consul de France à Jérusalem, de Bethléem, 08/03/1886.
1133 MAE Nantes, Jérusalem, E, 7, de Ledoulx au ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 24/05/1886.
1134 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, d'A. Fiat à Ledoulx, de Paris, 15/06/1886, p. 144.

protestantes britanniques n'a pas lieu d'être ici, eu égard au nombre de gouvernements et d'institutions impliqués dans tout projet de fondation nouvelle, et défendant pied à pied leurs intérêts. Pour aucune des nations catholiques, il n'y a de place pour une stratégie globale, qui risquerait d'être rembarrée par Rome sur les instances des puissances rivales. Cette configuration conduit en revanche les congrégations solidaires, formellement ou informellement, des différentes puissances protectrices, à chercher, systématiquement mais au coup par coup, à occuper le terrain et à y être pionnier, en s'appuyant sur une diplomatie nationale très agressive.

Le souci d'occuper le terrain conduit les congrégations catholiques à adapter leur recrutement à la législation ottomane. Ainsi en est-il de la pratique de la médecine dans la région de Bethléem : en 1870 encore, l'abbé Morétain appartenait au paysage médical local. Ce religieux visitait les villages à partir de Bayt Jalā puis de Bayt Saḥūr, et y dispensait des soins, ainsi qu'à Bethléem[1135], avant d'être envoyé par le patriarche latin de Jérusalem, Mgr Valerga, faire de même à Salt en 1870-1871[1136] et à Kerak en 1871[1137]. Ce type d'activité médicale itinérante, sans diplôme, est encore courant dans les années 1880 : au même moment que la CMS envisage d'envoyer un missionnaire sans qualification à Naplouse, en 1888-1889, la maison des Filles de la Charité de Bethléem envoie ses religieuses donner des soins autour de Bethléem, en particulier à Hébron où elles s'efforcent, dix-huit mois seulement après leur installation à Bethléem au printemps 1887, d'acquérir ou de louer un local pour créer un dispensaire régulier[1138] ; trois ans plus tard, sœur Marmier, qui voit grand là comme à Bethléem, ambitionne d'y ouvrir un hôpital Saint-Charles[1139]. Le rappel en France de la religieuse met fin au projet, mais dans un premier temps, les Filles de la Charité sont très actives à Hébron. Au cours de l'année 1888, la ville des Patriarches est l'objet d'une excursion par semaine « quand le temps le permet », mais ces excursions médicales entraînent une fréquentation élevée : si l'on compare le nombre de patients « assistés », c'est-à-dire venus en consultation, au dispensaire permanent de Bethléem et à celui, hebdomadaire, d'Hébron, le second tient une place significative dans le travail des Filles de la Charité : tandis qu'à Bethléem, on enregistre un total de 54068 consultations, le même chiffre pour Hébron équivaut à 40 % de ce chiffre, ou pour être précis 21967 consultations. Les religieuses vont aussi régulièrement dans les villages de Bayt Saḥūr à raison d'une ou deux fois par semaine, Bayt Jalā tous les jours, mais aussi Bayt Ṣafāfha, al-Malḥah, Ṣūr Baḥr, Walājah, Arṭas ; Bittir,

1135 « Nouvelles d'Orient et d'Occident », in *La Terre sainte*, n°20, 23/10/1869.
1136 « Mission d'Es-Sath et de Bethsaourd », in *La Terre sainte*, n°16-17, 12/09/1869, p. 85.
1137 Pierre Médebielle, o.p., *Madaba et son histoire chrétienne*, Jérusalem, Imprimerie du Patriarcat Latin, 1987, p. 171.
1138 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, le 19/12/1888.
1139 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 02/11/1891.

« Ossen » et al-Ḫāḍir, situés tout autour de Bethléem[1140]. Tandis que les visites à Hébron sont un préalable à l'ouverture d'une institution une fois la confiance établie, les excursions aux alentours de Bethléem sont un moyen de rabattre les patients vers le dispensaire des Filles de la Charité, qui finit par devenir Hôpital de la Sainte-Famille, sous la direction médicale initiale du Dr Pacher[1141], un médecin suisse. L'hôpital devient cependant, progressivement, le cœur de l'activité des religieuses, à mesure que l'Etat ottoman s'oppose de plus en plus activement à la pratique informelle de la médecine par les missionnaires. Comme pour les missions protestantes, c'est, dans le courant des années 1890, le médecin diplômé qui prend le relais des infirmières et religieuses non-qualifiées comme propagateur de l'influence des institutions médicales aux alentours des localités où elles sont installées. Les médecins diplômés s'installent de préférence dans les villes et les bourgades du sud du bilād al-Šām, mais ont d'emblée une aire d'activité rurale. L'implantation rurale des colonies juives conduit en revanche les médecins sionistes à quitter, très progressivement, les villes.

IV – La conséquence retardée d'une logique de peuplement : l'assignation de médecins aux colonies juives (années 1890)

D'après notre base de données, le nombre de médecins affectés dans les colonies agricoles sionistes (cf carte n° 5) connaît une brutale croissance dans les années 1890, conséquence légèrement décalée des nombreuses fondations de ce genre à partir de 1882. Le décalage temporel, qui est certainement en partie lié aux sources exploitées, a quelque chose de surprenant, dans la mesure où la première de entreprise juive de peuplement rural, celle de Petah Tiqwa fondée par des juifs religieux déjà bien installés dans le pays, a failli être un désastre sanitaire. Quatre années après sa fondation en 1878, et après les ravages répétés de la malaria, il a été jugé nécessaire de la refonder[1142]. L'écart enregistré est cependant significatif d'une réalité de la colonisation juive et de la place des médecins dans leur collectivité.

Deux facteurs entrent ici en ligne de compte. Le premier est l'histoire de la fondation et de la croissance des colonies juives, et le second, la logique de leur distribution par rapport

1140 MAE, Nantes, Jérusalem, A, 108, « Béthléhem. Hopital de la Ste Famille. Statistiques de l'année 1888 », annexé à la lettre de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 05/01/1889.
1141 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de sœur Marmier à Ledoulx, de Bethléem, 19/02/1892.
1142 Delmaire, *Op. cit.*, pp. 16-17.

aux villes en essor à la fin du 19e siècle. Le développement d'implantations rurales à partir de 1882, parallèlement à une immigration accrue, principalement en provenance de l'Empire russe, connaît de multiples revers. Les colonies se maintiennent, mais c'est au prix d'un vaste effort d'organisation infrastructurelle, auquel la *Palestine Jewish Colonization Association* (PJCA), dirigée et financée par le baron Edmond de Rothschild, apporte une assistance intensive. L'aide est de nature financière et technologique[1143], mais elle consiste également en la constitution d'une bureaucratie de la colonisation juive.

Un certain nombre de médecins sont ainsi engagés dans le but de mettre en place un système de santé ramifié dans les différents sites dépendant de la PJCA, et pour aider à l'assainissement des environs :

> « à la tête de chaque colonie se trouvent un Administrateur et un chef de culture. Pour chaque groupe, il y a un médecin diplômé qui a sous ses ordres des officiers de santé. Ceux-ci n'ont recours au médecin en chef que dans les cas de maladie grave. Ce dernier toutefois doit contrôler ses subordonnés, et s'astreindre à visiter chaque colonie, au moins une fois par semaine[1144]. »

La hiérarchie bureaucratique répercute une gradation des titres médicaux, puisqu'il n'y a de médecin diplômé que dans les groupes de colonies. Ce n'est pas qu'une question de logique administrative, car les officiers de santé sont à la date de cette citation (1898) une réalité entrée dans un lent déclin, tant en France où l'organisation bureaucratique de la PJCA est conçue, que dans l'Empire ottoman où, formellement, le titre équivalent n'est plus délivré. Les médecins diplômés susceptibles de s'installer dans les colonies juives sont trop peu nombreux encore, pour être affectés ailleurs qu'aux postes à responsabilité.

Pour n'être pas subalterne, ce type d'emploi est toutefois potentiellement instable, en raison de l'incertitude pesant sur l'existence de chacune des colonies. Pour trouver une illustration de cette idée, il suffit de considérer le parcours du Dr Hillel Jaffe (1864-1936), qui travaille d'abord dans les villes de Haïfa puis Tibériade[1145], avant d'entrer dans la bureaucratie médicale de la PJCA comme médecins des colonies de Zikhron Yaaqov d'octobre 1893 à novembre 1895[1146]. La précarité de sa position est illustrée par son travail dans la colonie de Hédéra (aujourd'hui Haderah), constamment menacée en raison de son environnement

1143 Derek Jonathan Penslar, « Zionism, colonialism and technocracy : Otto Warburg and the Commission for the exploration of Palestine, 1903-7 », in *Journal of contemporary history*, 01/1990, Vol. 25, n°1, pp. 144-145.

1144 MAE Nantes, Jérusalem, A, 137, « Rapport sur les colonies agricoles en Palestine », s.n., de Jérusalem, 09/1898.

1145 Delmaire, *Op. cit.*, pp. 121-122.

1146 CZA A 31/2, certificat établi par le Dr Hillel Jaffe pour Moshe Kohan, aide-pharmacien de la colonie de Zikhron Yaaqov, de Jaffa, 19/08/1897

insalubre[1147]. Il finit par choisir une position géographique plus stable en s'installant à Jaffa[1148], ce qui lui permet de rayonner, et occupe les fonctions de médecin de la colonie d'Eqron[1149] et de l'école agricole Mikweh Israel[1150], à une assez courte distance de sa résidence urbaine. Il est également sollicité pour occuper d'autres fonctions similaires à Rishon leZion[1151] et à l'hôpital juif de Jaffa[1152]. Le fonctionnement bureaucratique de la PJCA n'empêche pas cette instabilité d'affectation. Peut-être la renforce-t-il, car ses relations sont « polies mais distantes »[1153] avec le baron de Rothschild, d'autant qu'il est affilié au groupe sioniste des « Amants de Sion », aux relations souvent tendues avec l'administration de la PJCA. Son installation à Jaffa, d'ailleurs provisoire – il occupe d'autres fonctions dans des colonies agricoles par la suite – semble aller de pair avec une lassitude vis-à-vis des instances de colonisation agricole.

Gardons-nous de généraliser ce cas, ou d'y chercher, chez les médecins des colonies juives, un élément de désintérêt à l'égard de leur travail : un des successeurs du Dr Jaffe, le Dr Jacobson, reste au moins vingt ans en poste à Zikhron Yaaqov, exemple de colonisation réussie. La stabilité en poste est d'abord une affaire de réussite de la colonie dans son ensemble, et d'affinités électives entre le praticien et les responsables de la colonie ou la PJCA[1154]. Du reste, la génération des médecins engagés pendant la Première *aliyah*, celle des Drs Jaffe, Stein ou Waitz, commande généralement l'admiration des colons pour son dévouement[1155]. Le degré d'engagement dans les projets de colonisation est une chose, et le lieu de résidence en est une autre.

La carrière du Dr Jaffe illustre une autre difficulté de l'implantation dans les colonies, inhérente à leur situation géographique. L'insalubrité des terrains sablonneux, parfois à proximité de marais, qui sont achetés pour fonder les colonies juives agricoles, entraîne parfois une forte morbidité dans ces dernières. Hédéra est caractéristique : le site est un véritable foyer malarial, au point que l'administration du baron de Rothschild demande le démantèlement de l'implantation[1156]. Les colons maintiennent leur présence contre vents et marées, au prix d'une surmortalité importante, et le Dr Jaffe, en tant que médecin de la colonie, fait front avec eux. Lui-même est toutefois convaincu du caractère épouvantable des

1147 Delmaire, *Op. cit.*, p. 85.
1148 CZA A 31/3, de Jaffe à Alexandre Marmorek, de Jaffa, 22/02/1901.
1149 CZA A 31/4, de Jaffe à Levi, de Jaffa, 21/02/1902.
1150 CZA A 31/4, certificat du Dr Hillel Jaffe, de Jaffa, juillet-août 1902.
1151 CZA A 31/4, de Jaffe à Levi, de Jaffa, 10/03/1902.
1152 CZA A 31/3, de Jaffe à un destinataire inconnu (désigné comme « grand rabbin »), de Jaffa, 07/07/1901.
1153 Delmaire, *Op. cit.*, p. 122.
1154 CZA Z 3/1626, auteur inconnu, à Richard Lichtenheim, s.l., 21/07/1916.
1155 Delmaire, *Op. cit.*, p. 86.
1156 *Ibid.*, pp. 84-85.

conditions sanitaires, mais réussit à obtenir de l'administration de la PJCA le maintien de la colonie[1157]. C'est l'expertise de Jaffe, comme médecin et comme assainisseur, qui a emporté le morceau ; et de fait les médecins sionistes se font une réputation comme planificateurs urbains par suite de leurs grandes plantations d'eucalyptus, sur le modèle des fermes coloniales d'Algérie. Toutefois, les difficultés rencontrées par Jaffe à Hédéra illustrent les périls inhérents à la vie dans les colonies agricoles juives pour les médecins eux-mêmes. Ils exercent un métier dangereux, notamment en comparaison de la vie dans les villes de la région.

L'écart apparent d'une décennie environ entre le début de la colonisation agricole juive et le décollage des effectifs médicaux à leur service tient à des difficultés de recrutement : le nombre de médecins juifs diplômés ne suffit pas à remplir les postes à pourvoir, et quand bien même ce serait le cas, il faudrait motiver les médecins à s'investir dans des entreprises incertaines et souvent dangereuses pour la santé. Le décollage n'a lieu qu'à mesure que l'ensemble de la population juive de Palestine croît, et le nombre de docteurs avec elle. La situation au moment de la deuxième *Aliya** (1904-1907) est bien différente à tous points de vue. Non seulement l'orientation politique des nouveaux colons a changé en direction du socialisme et d'un modèle de gestion assurantielle et collective du risque de maladie[1158], mais au surplus, les limites imposées dans l'Empire russe à l'exercice de la médecine par les juifs a contribué à l'émigration de médecins et étudiants vers l'Empire ottoman. D'emblée, les caisses de soin mises en place par les syndicalistes issus des différentes tendances du sionisme socialiste peuvent s'appuyer sur la présence d'effectifs médicaux significatifs sinon suffisants. En outre, le cadre d'embauche est bien différent de celui de la PJCA, puisqu'il renvoie toujours à un engagement idéologique collectif, plus motivant que la bureaucratie très hiérarchisée de la PJCA.

Dans la quinzaine d'années qui précède la Première guerre mondiale, les trois grandes tendances enregistrées avant 1900 – que ce soit l'essaimage progressif à distance des villes chrétiennes par les missionnaires, le peuplement pas à pas des colonies agricoles juives par des médecins ou la croissance des villes portuaires et de Jérusalem – se poursuivent (cf carte n° 6). Avec l'expulsion des médecins ressortissants des pays de l'Entente et la mobilisation de tous les praticiens sujets ottomans, le début de la Première guerre mondiale bouleverse en revanche la géographie médicale, selon un nouvel impératif : celui de soigner prioritairement les troupes sur les différents fronts, et d'éviter que des épidémies ne se déclarent parmi elles.

1157 CZA A 31/3, de Jaffe à Haym, de Jaffa, 06/10/1899.
1158 Shvarts, *Op. cit.*, pp. 22-54.

V – Une recomposition de la géographie devant les circonstances de la guerre (1914-1918)

La Première guerre mondiale redistribue massivement les médecins diplômés (cf carte n° 7). Elle attire la plupart des médecins ottomans, enrôlés dès les premiers jours de la guerre, vers les différents fronts d'Europe, du Caucase, d'Irak et du Sinaï puis de Palestine. La mission première des médecins militaires, de part et d'autre du front, est de veiller à la guérison des soldats et au bon état de santé général de la troupe. Toutefois, les bouleversements environnementaux de la guerre et les événements épidémiologiques de la période – déforestation massive, attaque des sauterelles et pénurie de vivre subséquente en 1915-1916[1159], épidémie de typhus en 1916[1160] et de grippe en 1918 – ont fortement affaibli la population civile. Par suite, la santé des militaires est devenue inséparable de celle des habitants des localités où les armées sont stationnées.

De ce point de vue, on pourrait considérer avec Eric Hobsbawm que la Première guerre mondiale a constitué, pour l'Empire ottoman comme pour les autres puissances européennes, un test : les institutions du gouvernement et de l'administration sont-elles en mesure de faire face à une accumulation de circonstances difficiles dans un contexte de guerre, puis de défaite[1161] ? La santé publique et la médecine, progressivement prises en charge par l'Etat impérial comme relevant de sa mission, pourraient donner des éléments de réponse.

Même si le sud du bilād al-Šām possède une grande densité d'institutions médicales et épidémiologiques à la veille de la guerre[1162], la guerre montre surtout l'importance qu'a pris la médecine militaire. Le sultan Abdülhamid II avait privilégié le développement de celle-ci sur la médecine civile, même si les médecins de l'armée avaient aussi vocation, en temps de paix, à soigner les habitants des environs[1163]. Abdül-Hakim Hikmet évalue en 1907 le nombre de

1159 Mordechaï Eliav & Barbara Haider, *Österreich und das Heilige Land. Ausgewählte Konsultasdokumente aus Jerusalem 1849-1917*, Vienne, Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften, 2000 : de Kraus, consul d'Autriche-Hongrie à Jérusalem, à Midhat Pacha, gouverneur de Jérusalem, de Jérusalem, 12/06/1915, p. 529 ; et de la communauté autrichienne-galicienne au consul d'Autriche-Hongrie, de Jérusalem, 05/03/1916, pp. 542-543.

1160 *Ibid.* : fascicule « Hilfsaktion in Palästina, sanitäre Massnahmen », de Miklasiewicz à la Commission d'Assistance de Vienne, de Ṣafad, 04/08/1916, pp. 550-552.

1161 Eric J. Hobsbawm, *L'Âge des extrêmes. Le court vingtième siècle*, coll. « Bibliothèque Complexe », Paris, Editions Complexe, 1999, p. 53 & p. 79.

1162 Jurjī Zaydān, « Filasṭīn » [La Palestine], in *Mu'allafāt Jurjī Zaydān al-kāmilah* [Oeuvres complètes de Jurjī Zaydān], 21 vol., Beyrouth, Dār al-Jīl, 1982, vol. 19, pp. 542-543.

1163 « Al-aṭibbā' al-'askariyyūn » [Les médecins militaires], in *Al-Tabib*, 01/10/1900, p. 221.

diplômes délivrés annuellement par l'école civile de médecine à une trentaine, contre plus de 150 par son équivalent militaire[1164]. De fait, le recensement ottoman de 1897 fait état de la formation médicale de quelques 3602 médecins militaires entre 1874 et 1897, à raison d'effectifs allant de 77 à 238 diplômés par promotion[1165]. Ces effectifs sont d'un ordre bien supérieur à l'ensemble de la formation pour la médecine civile, en incluant les facultés de Beyrouth. Ce personnel était renforcé par les médecins des corps expéditionnaires allemands et autrichiens présents aux côtés des armées ottomanes, qui fournissaient un lot important de matériel et de médicaments, et étaient intimement liés à l'administration sanitaire de la région. Les structures militaires ottomanes pouvaient s'appuyer sur les alliés de l'Empire, et il est par conséquent difficile d'estimer à quel point les structures médicales propres de l'Etat ottoman ont tenu face à des circonstances catastrophiques.

En revanche, on peut observer la transition d'un Etat (impérial ottoman) à son successeur (mandataire britannique) si l'on retrace la reconfiguration du paysage médical et de l'accès aux soin, en prenant en compte les affectations et réaffectations des hôpitaux dans le contexte de la guerre, le positionnement des ambulances de campagne par rapport au front, et les moyens médicaux exceptionnels mis en œuvre par l'institution militaire pour la prise en charge des malades et des blessés.

En 1917-1918, les troupes britanniques, assistées d'un petit Détachement Français de Palestine, devenu au printemps 1918 « de Palestine-Syrie » (DFP puis DFPS) conquièrent la région et supplantent progressivement le dispositif médical de guerre impérial ; elles font fermer les hôpitaux allemands et autrichiens, et rouvrent progressivement leurs propres institutions fermées en 1914. L'offensive de l'Entente s'accompagne de la mise en place d'institutions sionistes nouvelles et d'unités d'« Assistance médicale indigène », destinées à préparer le terrain pour après la guerre, tout comme les unités médicales sionistes qui arrivent à la toute fin du conflit.

A – La militarisation de la pratique médicale

L'entrée en guerre de l'Empire ottoman donne lieu à une absorption du personnel médical diplômé par l'armée ottomane, ainsi qu'à des fuites vers l'Egypte, accompagnées d'engagements dans le corps expéditionnaire égyptien sous commandement britannique, et quelquefois vers les armées françaises. On assiste à un déplacement massif des médecins, et à

1164 Hikmet, *Art. cit.*, p. 69.
1165 Institut de Statistique – République de Turquie, *Op. cit.*, p. 126.

leur concentration aux abords des grandes zones de confrontation. Les médecins ainsi enrôlés vont d'un front à un autre au gré des affectations, ou sont quelquefois localisés dans l'intérieur de l'Empire, pour faire face aux urgences sanitaires. La logique des affectations aboutit à la présence, le plus souvent temporaire, de médecins dans des localités où il ne s'en trouvait pas auparavant. La géographie de l'accès aux soins n'en est pas durablement modifiée partout, mais la médecine occidentale imprègne des populations rurales spécifiquement ciblées par les dispensaires et les ambulances. Une population de nouveaux médecins se trouve ainsi attirée, parfois durablement, vers le sud du bilād al-Šām, en dehors des villes et bourgades où leurs confrères s'étaient installés naguère.

Prenons trois exemples de trajectoires durant cette période, pour illustrer l'incidence des déplacements massifs d'effectifs médicaux. Le premier illustre la grande mobilité entraînée par les affectations, et les conséquences des hasards de la fin de la guerre, qui entraînent des flottements sur la nationalité des praticiens. Le Dr Qaysar Ḥūrī, médecin maronite diplômé de la FFM, qui se réclame à la fois comme libanais, par la naissance, et palestinien d'adoption. Nommé en 1914, peu après sa sortie de la FFM, à la tête du dispensaire français de ʻAynībl (village situé actuellement du côté libanais de la frontière, et placé selon les témoins de l'époque tantôt en « Palestine », tantôt dans le « bilād Bišārah », terme équivalent à la Haute-Galilée)[1166], il est aussitôt mobilisé par l'Armée ottomane, tandis que le dispensaire est fermé. Au fil de la guerre, il est affecté successivement à Haïfa, Nazareth, Damas, Alep, al-Maʻmūrah, al-Iṣlāḥiyyah[1167], Amman, Salt, enfin deux villages à proximité du Jourdain, Jéricho à l'ouest et al-Šūnah à l'est[1168]. Jéricho avait été choisie comme clinique militaire en raison de la disponibilité d'hôtels nés du développement du tourisme avant guerre, et susceptibles d'être aménagés dans ce but ; l'hôpital y est installé dans l'hôtel du Jourdain[1169]. Al-Šūnah, petite agglomération symétrique de Jéricho par rapport à ce fleuve, et dénuée des mêmes atouts architecturaux, semble ici être une ambulance de campagne, ou une position de repli après la prise de Jérusalem par Allenby en décembre 1917. Au terme de ces pérégrinations, Qaysar Ḥūrī décide dès la fin des hostilités de s'installer à Haïfa, où il reste actif jusqu'en 1945 au moins[1170]. Loin de se solder par un retour au foyer, la guerre, pour ce médecin, contribue à fixer géographiquement la carrière dans un espace qui, entre temps, est devenu un autre pays : on peut imaginer qu'il a trouvé, peu ou prou, à se faire l'ébauche

1166 *BAAEFFM*, Vol. 2, 1913-1914, p. 43.
1167 Nous n'avons pas réussi à situer ces deux dernières localités, dont les noms sont du reste assez courants pour nous exposer au risque d'une confusion homonymique ; il s'agit vraisemblablement de localités sur le front du Sinaï et du Hedjaz, ou sur celui d'Irak.
1168 Qaysar S. Ḥūrī, *Al-Dikrayyāt* [Les Mémoires], Jérusalem, Al-Maṭbaʻah al-tijjāriyyah, 1945, p. 4.
1169 Jawhariyyah, *Op. cit.*, p. 207 & p. 236.
1170 Q. S. Ḥūrī,, *Op. cit.*, p. 4.

d'une réputation à Haïfa pendant son affectation dans cette ville, ou qu'il a trouvé plus aisé de s'y insérer professionnellement que dans les grandes villes, comme Damas et Alep.

Les déplacements et les circonstances tragiques de la guerre peuvent affecter la trajectoire en ôtant au médecin qui se demande où s'installer la possibilité de rentrer au pays natal. C'est le cas pour le Dr Vahan Kalbian. Originaire de Diarbékir, il obtient son diplôme du SPC en 1914, et est employé pendant quelques mois pour donner quelques cours de chirurgie dans cette faculté. Après la déclaration de guerre, il est maintenu un temps dans cette compétence, tout en étant intégré dans l'unité de la Croix-Rouge du SPC, elle-même rattachée à l'armée ottomane. En 1916, il est envoyé à Jérusalem comme médecin militaire, puis se fait embaucher dans un hôpital missionnaire britannique de la ville après son occupation par les troupes d'Allenby. N'ayant nulle ville natale où retourner, il s'installe alors définitivement dans la Ville sainte, y obtient diverses fonctions officielles, et s'implique dans les efforts d'organisation de la profession médicale parmi les Arabes palestiniens[1171]. Dans ce cas précis, l'installation semble tenir à une singulière capacité d'adaptation politique, qui permet à Kalbian de réussir son installation dans un pays dont il n'est pas originaire, et de se couler dans le processus de transition des institutions ottomanes vers les institutions mandataires. Toutefois, ce médecin fait preuve de plus que d'une capacité d'adaptation, puisqu'il en vient, par son positionnement dans le monde médical, à adopter une position autochtone en politique et sur le plan professionnel.

Les cas des Drs Hūrī et Kalbian ne sont pas atypiques. Un certain nombre de médecins fait le choix de rester en Palestine ou en Transjordanie, et le plus souvent de servir dans l'administration britannique, plutôt que de rentrer au pays après la guerre. Le fait qu'un certain nombre de médecins diplômés des facultés de Beyrouth ait eu l'occasion de servir sous les ordres des Britanniques au Soudan anglo-égyptien avant la guerre, facilite ostensiblement ces installations doublées d'un changement d'allégeance.

La trajectoire du Dr Dāwūd Būlus donne un exemple extrême de ce type de choix de carrière. Ce médecin, né dans la bourgade galiléenne de Kufr Yasīf d'une famille protestante, fait sa médecine au SPC. Juste après l'obtention de son diplôme en 1905, il s'engage dans l'armée anglo-égyptienne au Soudan, avec grade de capitaine. Rentré au pays en congé en 1914, il y est surpris par la guerre, et est bientôt enrôlé comme chirurgien dans l'armée ottomane, posté à Gaza puis Ramleh. C'est dans cette dernière ville qu'il est fait prisonnier fin 1917 par les Britanniques, mais le colonel australien commandant le détachement qui s'est emparé de lui était son supérieur hiérarchique au Soudan, et le débauche le jour même au profit des services de santé du corps expéditionnaire britannique. Il le fait remettre

1171 The American University of Beirut / Library Archives, *Directory of Alumni, 1870-1952*, p. 79.

immédiatement en liberté, et lui demande de s'occuper de monter l'hôpital de campagne à Ramleh. Le même colonel, nommé en 1918 gouverneur d'Acre, le convoque alors pour venir s'y installer et y fonder un hôpital. Le médecin continue ensuite sa carrière dans l'administration médicale du mandat. Le retournement instantané du médecin et sa carrière ultérieure tiennent aux relations établies du temps de son service aux côtés des Britanniques au Soudan[1172]. Il est évident que les changements d'allégeance ne sont pas tous dûs à des hasards favorables comme celui-ci, et relèvent plutôt de la prudence politique. Il reste que l'installation d'un service sanitaire à travers l'OETA dans le courant de 1918 est aidée par les ralliements de médecins syriens, que les militaires britanniques encouragent. La localisation de ces nouveaux arrivants dépend alors des postes disponibles, et donc des investissements britanniques dans l'entretien des hôpitaux et dispensaires à l'usage des civils. Ceux-ci sont importants dans les premières années, à proportion de la situation catastrophique du pays.

B – La crise sanitaire de 1915-1916 et l'organisation des secours aux civils

L'invasion de sauterelles qui s'abat au printemps 1915, sur les arbres et les plantes qui ont survécu à la sécheresse inhabituelle de l'été 1914[1173], et ravage les cultures sur les collines et la plaine côtière du bilād al-Šām, entraîne en 1915 et 1916 une situation allant, selon les endroits, de la disette à la famine. Il s'ensuit une crise sanitaire majeure, qui affecte tout ensemble la géographie épidémiologique, l'organisation des services médicaux et, dans une certaine mesure, le déroulement du conflit.

Les premiers effets de la crise sont démographiques, tant en raison de la surmortalité qu'elle entraîne, que des déplacements de population vers des localités épargnées par les sauterelles. Ainsi en est-il de la croissance de Jéricho : l'installation d'un commandement militaire dans le village résulte, nous l'avons dit, de la disponibilité de bâtiments adéquats en raison de l'existence antérieure de structures touristiques. Toutefois la progression démographique de la localité, qui devient une petite ville, est due à deux facteurs conjoints, à savoir les besoins militaires de fourniture, qui attirent les commerçants de Jérusalem, et le fait que les plantations des environs aient été épargnées par les sauterelles, ce qui draine une partie de la bourgeoisie de la Ville Sainte[1174]. Jéricho retrouve alors une place significative dans la hiérarchie urbaine de la région, qui lui est conservée ensuite par l'administration

1172 Boulos, *Op. cit.*, pp. 13-14.
1173 Jawhariyyah, *Op. cit.*, p. 190.
1174 *Ibid.*, pp. 207-208.

britannique. Cette ré-urbanisation du site s'accompagne d'une imprégnation par la médecine occidentale, avec la présence d'une concentration de médecins militaires.

La crise sanitaire a une origine contingente et indépendante du conflit, mais elle fonctionne de façon systémique, en se combinant à des facteurs inhérents à la situation et à la décision militaires. Ainsi la crise alimentaire naît-elle de la destruction des récoltes, mais elle est redoublée par le blocus mis en pace par les marines des pays de l'Entente[1175], et aux privations de nourriture s'ajoutent les difficultés de chauffage dues à l'allocation prioritaire des ressources combustibles aux chemins de fers pour les besoins de l'armée.

Dans ce contexte sanitaire, la population civile est plus durement touchée par les épidémies et les endémies de l'époque, laquelle connaît une recrudescence de la variole, des épidémies de la fièvre diagnostiquée par les médecins de l'époque comme « dengue » ou « fièvre à phlébotome des Anglais »[1176], des cas de fièvre typhoïde, de méningite cérébro-spinale et de dysenterie. Le plus grave est cependant l'épidémie de typhus, conséquence directe des privations alimentaires aux yeux des contemporains éduqués, tel Wāṣif Jawhariyyah, qui constate avec douleur que le mal atteint toute la société, y compris sa sœur[1177]. La bourgeoisie urbaine, dont il émane, n'est pas plus épargnée que la population rurale, au sein de laquelle le mal est devenu endémique à la fin de la guerre[1178]. Toutefois, il apparaît que la crise est vécue différemment entre les villes et les campagnes : dans leur description de la réaction des habitants de Salfīt face à la maladie, Bahjat et al-Tamīmī notent que

> « Si vous demandez à l'un des fils du village la cause de ceci [l'épidémie de typhus qui vient d'emporter 2500 à 3000 personnes dans la région], il vous répondra en toute franchise ce qui suit :
> « L'année dernière a été une année catastrophique. Il ne reste que 1700 personnes sur 2500, 500 sont partis à l'armée et la fièvre en a frappé 300 autres à la tête et ils sont morts. C'est à cause de quelque chose de quelque chose qu'ils ont mangé s'ils ne sont plus là. Les habitants du bourg sont pauvres et vieux. Ne croyez pas que c'est la maladie qui nous tue. Ce qui nous fait mourir, c'est la faim. »
> Certes, la malnutrition agit sur la constitution et multiplie les maladies ; mais que dire à l'homme qui a épousé quatre femmes, dont chacune a donné naissance à 8 à 10 enfants ? Que dire de la résignation de ceux qui se jettent sur les cadavres des morts en

1175 Abigail Jacobson, « A City living through crisis : Jerusalem during World War I » *(à paraître)* ; l'auteur, que je remercie de m'avoir autorisé à faire ici usage de son article, met en relation l'idée – en elle-même assez vague – de crise et les perceptions de cette crise par les habitants, au service de la compréhension d'une période finalement méconnue de l'histoire de Jérusalem et de la Palestine. Sur cette base, elle aboutit à une sociologie du changement social dans la guerre. Nous nous inspirons ici de son approche, ce qui conduit à ne pas considérer les décisions militaires comme des faits *sui generis*, mais à en faire un ressort parmi d'autres d'une société en guerre.

1176 Archives du Service de Santé de l'Armée de Terre (Val de Grâce), carton n°778 [ci-après : Val-de-Grâce 778], Rapport n°133, du Dr Paul Chatinières, médecin-chef de l'Ambulance 2/P, sur le fonctionnement du Service de Santé au Détachement Français de Palestine, pendant le mois de septembre 1917, 02/10/1917.

1177 Jawhariyyah, *Op. cit.*, p. 192. .

1178 Val-de-Grâce 778, Rapport n°133, 02/10/1917.

> pleurant, peu importe la maladie qui a causé le trépas ? De l'aveuglement de ceux qui vivent dans des pièces confinées et ténébreuses au milieu des animaux ? [...]
> Malgré tout cela, nous ne pouvons blâmer ces ignorants pour leurs actions, s'il n'y a personne à leur disposition pour leur faire comprendre le sens de la santé et pour les inciter à pratiquer l'hygiène. Qu'on ne s'étonne pas de la mort de ces pauvres gens, puisque nous savons qu'ils n'ont pas vu passer un médecin depuis des mois, ni pu prendre une pastille de quinine depuis des années[1179]. »

Laissons de côté l'image, passablement stéréotypée, des paysans salfitains ignorants de la médecine moderne, des règles d'hygiène et des conséquences de leurs usages sur la santé : il apparaît ici que la crise sanitaire frappe plus durement dans les campagnes, dans la mesure où la réquisition des médecins pour les services de l'armée a mis un frein aux opérations de santé publique en cours avant-guerre. Salfīt est trop loin de la ligne de front pour être l'objet d'une surveillance sanitaire accrue, et les conséquences en sont funestes.

Face à cette crise sanitaire généralisée, la réponse administrative ottomane est à double entrée. D'un côté, pour éradiquer l'origine de ces différents maux, des campagnes d'élimination des sauterelles sont entreprises. Les hommes valides qui ne sont pas déjà enrôlés dans l'armée sont réquisitionnés pour cette tâche exténuante, qui contribue à les affaiblir physiquement de façon dramatique, et ainsi à les vulnérabiliser face aux épidémies[1180]. Toutefois, l'organisation de la lutte contre les sauterelles échappe à un format purement coercitif et procède pour partie d'une démarche volontaire, sur les appels de la municipalité de Jérusalem[1181].

D'un autre côté, l'armée encourage l'action humanitaire civile de la Société du Croissant-Rouge. D'après Abigail Jacobson, c'est un exemple significatif du type d'organisation intercommunautaire suscité par les circonstances de la guerre : établie en 1915[1182], la branche de Jérusalem de la société réunit des notables de la ville, dont le maire, Ḥusayn al-Hussein, le directeur de l'école locale de l'Alliance Israélite Universelle, Albert Antébi, et des membres influents des communautés juives, comme Yizhak Eliachar, et chrétiennes, comme Salīm al-Ḥūrī. L'instigateur de la fondation du Croissant-Rouge local était Zaki Bey, gouverneur de la ville. L'association, formée d'abord et avant tout de médecins et d'infirmières, avait pour but premier de prodiguer des soins aux blessés de la guerre, mais aussi à la population civile[1183]. L'implication du gouverneur à l'origine du projet

1179 Bahjat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, vol. n°1, pp. 97-98.
1180 Eliav & Haider, *Op. cit.*, p. 529.
1181 Jacobson, *Art. cit.*
1182 Jonas Marx, *Aperçu sur la fondation et premier rapport mensuel pour la période du 26 janvier au 26 février 1915 de l'Hôpital du Croissant Rouge pour maladies contagieuses à Jérusalem*, Jérusalem, s.n., s.d. [1915].
1183 *Ibid.*

est significative de l'encadrement militaire de la société, dont les membres actifs reçoivent de l'armée ottomane des uniformes. Toutefois, le mode de fonctionnement du Croissant-Rouge de Jérusalem est bien civil, avec organisation de soirées destinées à lever des fonds. Wāṣif Jawhariyyah lui prête d'ailleurs des ressources conformes à une situation de pénurie, en expliquant que la société fonctionnait en partie grâce aux réseaux que certains de ses membres juifs conservaient en Occident[1184]. En cela, il confirme l'idée d'A. Jacobson, selon qui l'assistance de la diaspora juive, et notamment des communautés américaines, est décisive dans la prise en charge la dimension civile de la crise sanitaire. Matériellement, la population civile était inséparable de l'état sanitaire de la troupe, et c'est ce qui explique les préoccupations essentiellement épidémiologiques des services sanitaires des armées en présence.

C – L'inquiétude épidémiologique des deux camps

Les services sanitaires des armées qui se font face le long du front de Palestine donnent à la prévention et à l'étude des épidémies la priorité, à côté du soin des blessés.

De cela, Wāṣif Jawhariyyah nous fait une description cocasse, pour rendre compte des travaux épidémiologiques et des essais de thérapie antiépidémique des armées des Empires centraux à Jérusalem. Du fait de la présence de plusieurs instituts de bactériologie, d'hygiène, de microbiologie *e tutti quanti* depuis 1912 dans la Ville sainte, celle-ci dispose d'un personnel scientifique pour faire face aux épidémies de la période de guerre. A cette situation initiale, s'ajoute l'installation d'hôpitaux militaires allemands et autrichiens, avec une batterie de spécialistes à leur service. Le corps expéditionnaire envoyé par l'Empire austro-hongrois dispose ainsi d'un service antiépidémique dans son hôpital, situé dans l'ancien institut catholique Ratisbonne, au sud-ouest de la vieille ville de Jérusalem. Jawharhiyyah y est conduit sur ordre du commandant ottoman de la place de Jéricho, où il avait été incorporé ; il est confié, ainsi qu'un camarade soldat du nom de Šāmilī Muṣṭafā, aux soins du médecin spécialiste de l'hôpital militaire autrichien. La raison de l'envoi des deux militaires est qu'ils sont atteints du bouton de Jéricho, une forme topique de leishmaniose, courante dans la dépression chaude et humide de la vallée du Jourdain où ils sont affectés[1185]. De retour à Jérusalem, Jawhariyyah se voit conduit à l'hôpital militaire, passé aux rayons X par le

1184 Jawhariyyah, *Op. cit.*, pp. 200-201.
1185 E.W.G. Masterman, « Palestine : its resources and suitability for colonization », in *The Geographical journal*, Vol. 50, n°1, 07/1917, p. 25.

médecin, et douché avec une eau glaciale, tous désagréments qu'il affronte maladroitement avec sa maîtrise minimale de l'allemand. Le lendemain de son arrivée à l'hôpital, le médecin asperge la principale éruption cutanée causée par le mal avec le médicament qu'il entend tester. La douleur est très pénible, mais aussitôt après, Jawhariyyah change radicalement de registre. Il est en effet assigné pour 30 jours à l'hôpital, avec bonne chère à raison de 5 repas par jour, vin à volonté, pleine liberté de se promener partout dans l'hôpital, dans le jardin et jusque sur les toits, permission de recevoir qui il veut jusqu'à 20 h, et autorisation de jouer de son *'ūd* autant qu'il lui plaît. Son séjour prolongé est l'occasion pour lui de se gagner les faveurs d'une des infirmières qui lui murmure constamment son admiration pour ses « *šūnah 'awkah* » [*schöne Augen*], et ses compétences musicales lui valent l'affection de tout le personnel autrichien, charmé ; des compétence qu'il manifeste notamment à l'occasion de la veillée de Noël de l'hôpital. Longtemps avant la fin du mois de ce séjour forcé mais agréable, les éruptions cutanées ont disparu[1186].

L'anecdote, sous son enveloppe humoristique, est révélatrice à la fois de la curiosité épidémiologique des médecins militaires des corps expéditionnaires alliés de l'Empire et de la place qu'ils occupaient dans une ville ottomane. Le bouton de Jéricho est une pathologie bénigne, et l'empressement du médecin de l'hôpital autrichien à essayer ses remèdes tient de la curiosité de spécialiste, non des priorités de santé publique. Toutefois, le travail possède sa logique épidémiologique, eu égard aux déplacements de population entraînés par la guerre : à la faveur de la migration en direction de Jéricho, le mal, qui touchait quelquefois au-delà de la vallée du Jourdain et jusqu'aux habitants de Jérusalem[1187], affecte une population bien plus importante, concentrée dans un de ses foyers. Quant à la bonne fortune de Jawhariyyah, elle est éclairée par ce qu'il dit de l'opinion favorable dont jouissaient les Autrichiens installés à la faveur de la guerre : « les médecins, les infirmières et les employés domestiques étaient d'une extrême gentillesse et pleins de tact, ce pourquoi, pendant la guerre, on les préférait aux Allemands »[1188].

La même inquiétude de voir la contagion s'opérer au sein des troupes britanniques et du DFP transparaît quand le corps expéditionnaire commandé par Allenby prend des régions assez densément peuplées et des villes comme Jaffa, Ramleh, al-Lidd et Jérusalem en novembre-décembre 1917. Dans un village à quelques kilomètres de Gaza, le DFP installe à proximité de son camp principal une ambulance de campagne et une infirmerie indigène de l'automne 1917 au 28 janvier 1918, date à laquelle les médecins français quittent les lieux

1186 Jawhariyyah, *Op. cit.*, pp. 242-245.
1187 E.W.G. Masterman, « Palestine : its resources and suitability for colonization », in *The Geographical journal*, Vol. 50, n°1, 07/1917, p. 25.
1188 Jawhariyyah, *Op. cit.*, p. 244.

pour Ramleh. En raison de la proximité du gros des troupes, l'état sanitaire du village est l'objet d'une attention particulière : à l'arrivée du contingent français, une épidémie de choléra sévissait dans le village, qui est immédiatement isolé et désinfecté, tandis que les soldats du DFP, qui avaient récemment subi la vaccination anticholérique, y sont tous soumis derechef[1189]. Même si un médecin du détachement peut se rassurer sur la faiblesse des risques sanitaires en se remémorant les « soldats de la République […] qui dorment à Gaza, terrassés par le mal dont nous savons nous garder aujourd'hui [la peste] »[1190], l'inquiétude est bien réelle dans les services médicaux du corps expéditionnaire.

Les médecins du DFP agissent vis-à-vis des troupes dans un esprit de défense sanitaire face à des risques épidémiques multiples, et dans une veine d'action humanitaire vis-à-vis de la population locale. Cette double attitude reflète l'impossibilité d'adopter une attitude de pure autodéfense, que viennent confirmer les épidémies successives : celle, déjà citée, de dengue en septembre 1917, mais surtout celle de typhus, qui s'amorce parmi les Tirailleurs Algériens chargés de la surveillance des prisonniers ottomans en février 1918[1191] et qui fait une réapparition en avril de la même année, avec une mortalité de 4 malades sur 12 cas[1192]. Les explications épidémiologiques du Dr Paul Chatinières, responsable du service de santé du DFP mentionnent à l'occasion l'influence des pratiques culturelles d'une « population oublieuse de toute règle d'hygiène », mais c'est aussitôt pour ajouter que cette population est aussi « anémiée par trois ans de privations alimentaires, sans traitement antipaludique »[1193]. D'une manière générale, il relègue loin à l'arrière-plan la différence culturelle comme déterminant épidémiologique, et les maladies qu'il observe lui paraissent avoir deux causes bien plus immédiates. La première est l'affaiblissement général de l'état de santé des habitants et des troupes ottomanes, au terme de 3 à 4 ans de crise sanitaire. La seconde tient aux « troupes transplantées en Palestine (Anglais, Français, Algériens) [victimes] de l'exaltation de virulence des virus passant sur un terrain neuf et non encore acclimaté » ; ce facteur explique, selon Chatinières, la gravité des cas de typhus au sein du DFP, par opposition au caractère moins sérieux que revêt le mal parmi les patients autochtones traités à l'hôpital gouvernement ouvert par les Britanniques à Jaffa. Là, seuls 3 cas sur 188 admis pour

1189 Val-de-Grâce 778, rapport n°199, du Dr Paul Chatinières sur le fonctionnement du service de santé du DFP pendant le mois de janvier 1918, 01/02/1918.
1190 Simon (Dr), « Avec le Détachement français de Palestine et Syrie », in *La Revue de Paris*, 01/12/1919, p. 536.
1191 Val-de-Grâce 778, Rapport du Dr Paul Chatinières sur une épidémie de typhus à l'A 2/P [Ambulance n°2 / Détachement Français de Palestine], 29/03/1918.
1192 Val-de-Grâce 778, rapport n°165, du Dr Paul Chatinières, sur le fonctionnement du service de santé du DFP pendant le mois d'avril 1918, du 05/05/1918.
1193 Val-de-Grâce 778, rapport n°199 du Dr Paul Chatinières, 01/02/1918.

cause de typhus, à la date du 5 mai 1918, ont été mortels[1194]. Dans le rapport que Chatinières envoie à cette date, il explique en outre que la maladie a fortement affaibli l'armée ottomane, ce qui a grandement contribué à l'usure des troupes. Ce n'est pas le seul facteur explicatif du recul lent mais continu des lignes ottomanes à partir de 1917 – la révolte arabe au Hedjaz en est un autre, nettement plus visible – mais les prisonniers turcs, constamment décrit par les médecins du DFP comme affamés et malades, donnent l'impression d'une armée ottomane sapée de l'intérieur par la maladie, et qui, après près de 3 ans d'offensives hardies sur le front du Sinaï, cède du terrain par épuisement.

Les services de santé français et britanniques endossent une responsabilité humanitaire vis-à-vis des civils des territoires occupés, mais la redistribution des hôpitaux, dispensaires, etc., qui s'opère tout au long de la campagne de Palestine de 1917-1918, est très pensée et inspirée par les projets des parties en présence – essentiellement les Britanniques, les sionistes et les Français – pour l'après-guerre.

D – La redistribution de l'accès au soin et l'amorce des services de santé mandataires

Dès le printemps et l'été 1917, l'ordre médical d'après-guerre est l'objet de réflexions prospectives. Un ancien médecin missionnaire protestant à Jérusalem, le Dr Masterman, entrevoit les possibilités de réforme de la santé publique créées par la situation politique et militaire en advenir. Selon ce témoin, toute innovation dans ce sens avant 1914 était bloquée par le système des capitulations régissant le statut des protégés des puissances européennes dans l'Empire ottoman : pour peu qu'une parcelle de propriété concernée par un projet d'assainissement appartînt à un protégé, elle revêtait un caractère de quasi-extraterritorialité et l'entreprise de santé publique avortait[1195]. Les capitulations ont été abolies par l'Empire ottoman un mois avant son entrée en guerre, ce qui lève cette hypothèque et ouvre la voie, pour les nouvelles autorités, à de vastes campagnes d'assainissement. Le propos de Masterman qui a, à l'occasion, tiré bénéfice du régime des capitulations du temps qu'il était à Jérusalem, est lourd d'arrière-pensées. Avec le rétablissement des droits des institutions spoliées de leurs biens dans l'Empire ottoman en 1914, les Britanniques doivent d'emblée se prémunir contre toute demande de restauration de droits spéciaux octroyés sous le régime des

1194 Val-de-Grâce 778, rapport n°165, du Dr Paul Chatinières, 05/05/1918.
1195 E.W.G. Masterman, « Palestine : its resources and suitability for colonization », in *The Geographical journal*, Vol. 50, n°1, 07/1917, pp. 24-25.

capitulations. Une telle perspective minerait automatiquement l'autorité du gouvernement que Londres entend mettre en place à Jérusalem. Les Français, qui n'entendent pas lâcher la Palestine et participent avec un petit effectif à sa conquête, sont implicitement visés.

De fait, le DFP aborde au printemps 1917 la campagne de Palestine dans un esprit politique qui rappelle l'avant-guerre. En son sein, le nombre des médecins est spécialement élevé, et « l'augmentation du personnel médical de l'ambulance a été accordée, en vue d'un rôle spécial d'assistance médicale chez les populations de Palestine et de la Syrie »[1196]. Le DFP a une fonction manifeste de représentation ; il lui revient, par le biais des soins médicaux, de créer un courant favorable à la France dans l'opinion publique, ce qui lui vaut son surnom de « French politic forces »[1197] [Forces politiques françaises], donné par les soldats du corps expéditionnaire britannique.

Le matériel mis à disposition du DFP par le gouvernement français est conçu pour donner aux ambulances de campagne la mobilité nécessaire en zone de combat, mais il sert aussi les buts politiques de la formation française. Le service de santé du DFP est ainsi équipé, dès son départ de Port-Saïd pour Khan Yunis à la fin mai 1917, de quatre ambulances automobiles Kellner[1198], puis à partir de l'été 1918, de petites voitures Ford aménagées pour accueillir quatre malades. L'état des routes rend les évacuations de malades et de blessés délicates, et les voitures ont rapidement des problèmes mécaniques insolubles faute de pièces détachées[1199] ; mais dès que les médecins militaires français commencent à mettre en place des dispensaires et des tentes pour hospitaliser les habitants du pays, l'utilité politique de ces véhicules apparaît clairement. Les ambulances automobiles permettent de mettre en place des centres de soins itinérants et d'aller plus régulièrement au devant des patients ruraux[1200]. A dire vrai, ce n'est pas une innovation absolue dans le sud du bilād al-Šām : le vaste hôpital italien qui devait ouvrir à Jérusalem en 1914 avec les moyens médicaux les plus récents et un nombre de lits encore jamais atteint en ville, était déjà censé proposer un service d'ambulances automobiles[1201], mais la guerre empêche l'institution de fonctionner. Dès cette époque, les puissances européennes pressentent l'effectivité politique des ambulances automobiles, qui étendent la zone de rayonnement autour des hôpitaux et accroissent la mobilité du personnel médical. La stratégie de médecine itinérante utilisée par les missionnaires avant-guerre est recyclée par les services de santé militaires envoyés par la

1196 Val-de-Grâce 778, rapport n°44, du Dr Paul Chatinières, sur l'ambulance du Détachement Français de Palestine en mai 1917, 02/06/1917 [souligné par le lecteur du rapport].
1197 Simon, *Art. cit.*, p. 537.
1198 Val-de-Grâce 778, rapport n°44 du Dr Paul Chatinières, 02/06/1917.
1199 Simon, *Art. cit.*, pp. 545-546.
1200 Val-de-Grâce 778, rapport n°199 du Dr Paul Chatinières, 01/02/1918.
1201 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, n°9, de Gueyraud au ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 05/02/1914.

Grande-Bretagne et la France, dans la même logique de concurrence nationale que naguère, et désormais restreinte à ces deux puissances.

Toute la période de concurrence caritative entre les nations, que nous avons passée en revue depuis les années 1870, prépare les usages politiques du service de santé du DFP en 1917-1918. La course à la réouverture des hôpitaux d'avant-guerre et à la création d'infirmeries et de dispensaires indique que les Français n'ont pas renoncé à faire valoir leurs intérêts acquis, sous la forme d'institutions nationales, dans le processus diplomatique appelé à trancher le sort du Proche-Orient au terme de la guerre. Ils se montrent fins politiques en suscitant la sympathie par plusieurs biais : après la prise de Bethléem et de Jérusalem, le gouvernement français s'empresse d'envoyer, de France, des Filles de la Charité destinées à travailler comme infirmières dans les institutions tenues par leur congrégation avant-guerre[1202]. Peu après, c'est le Dr Henry, populaire médecin de l'hôpital français de Bethléem de 1909 à 1914[1203], qui est envoyé pour en reprendre la direction médicale[1204]. A cela s'ajoutent les infirmeries destinées aux autochtones que le DFP crée dans ses campements successifs. L'opération de séduction fonctionne, de l'aveu même du Département de la santé britannique, qui atteste en 1921 de « la popularité et du bon travail des hôpitaux religieux français »[1205] ; il est vrai qu'à cette date, le soulagement de la population de Palestine ressenti par les militaires français et anglais, et causé par la perspective de voir les privations alimentaires et autres prendre fin, a cédé la place à une hostilité politique à l'égard de la puissance occupante. Les Français ont alors perdu le jeu diplomatique en Palestine ; et sur le plan médical, ils ont été supplantés par deux acteurs institutionnels qui occupent le terrain avec de plus grands moyens, la Grande-Bretagne et le mouvement sioniste.

La première commence par faire des réquisitions de bâtiments et des investissements importants dans les institutions médicales, investissements brutalement réduits au bout de quelques années sous la pression budgétaire de Londres ; mais d'une manière générale, la conception de l'accès aux soins en Palestine et en Transjordanie est régie par un principe de double subsidiarité. Les institutions sionistes se substituent aux institutions gouvernementales dans les colonies et les agglomérations où les communautés juives sont les plus importantes. Les institutions chrétiennes assistent et parfois remplacent les services médicaux gouvernementaux. A la date de 1918, l'effort consenti par la puissance occupante est encore très conséquent, et se manifeste par l'ouverture ou la réouverture de 11 hôpitaux municipaux à

1202 Val-de-Grâce 778, rapport n°199 du Dr Paul Chatinières, 01/02/1918.
1203 MAE Quai d'Orsay, CPC, Nouvelle Série, Turquie, 430, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 27/11/1909 ; MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, de Gueyraud à Bompard, de Jérusalem, 22/08/1912.
1204 Val-de-Grâce 778, rapport du Dr Calmette sur le fonctionnement des hôpitaux et dispensaires français en Palestine, 20/07/1918.
1205 Gouvernement de Palestine, Département de la Santé, *Rapport annuel*, 1921, p. 38.

Jérusalem, Haïfa, Jaffa, Naplouse, Ramallah, Ramleh, Tul Karm, Gaza, Acre, Hébron et Bīr al-Sab'[1206] ; de dispensaires et d'ambulances mobiles chargées de missions spécifiques comme la lutte contre les maladies des yeux[1207]. La localisation des hôpitaux gouvernementaux, choisie en fonction de la taille et de la position des agglomérations montre que l'OETA conçoit son action médicale selon des critères essentiellement démographiques et épidémiologiques.

Toutefois, le principe de subsidiarité dans l'offre de soin a une composante intrinsèquement politique. Comme l'a montré Sandra Sufian, le Département de la santé de l'OETA en Palestine, puis du mandat britannique, délègue aux organisations sionistes certaines fonctions administratives et éminemment politiques, en considérant leur action d'un point de vue principalement fonctionnel, pour améliorer la santé publique[1208]. L'installation d'institutions médicales sionistes est accueilli favorablement par l'administration britannique, soucieuse de limiter les dépenses : après des hésitations, l'administration britannique d'occupation autorise en mars 1918, sur les instances du juriste américain Louis Brandeis, la formation d'une unité médicale sous le patronage de la Hadassah (Organisation sioniste féminine d'Amérique). Diverses organisations philanthropiques sionistes américaines financent le projet d'assistance, dont la grande ampleur s'explique par la déclaration Balfour et par les perspectives de colonisation juive accélérée[1209]. L'AZMU (Unité médicale sioniste d'Amérique) arrive en Palestine en juillet 1918, et après une période consacrée à l'aide médicale d'urgence, elle commence en novembre 1918 à rouvrir des hôpitaux fermés au gré des péripéties de la guerre[1210], puis à partir de 1919, entreprend la « pleine socialisation des services médicaux »[1211] à l'intérieur de la communauté juive. Ce réseau accueille, durant l'année 1921, trois fois plus de patients en clinique ambulatoire que tous les hôpitaux religieux français réunis, à raison de 335 000 patients contre 119 000[1212], sur un total d'environ 800 000 pour l'ensemble des institutions médicales de Palestine (155 000 dans les institutions médicales gouvernementales[1213] et 657 000 dans le secteur non-gouvernemental[1214]). Pour autant qu'on puisse se fier à ces statistiques, l'AZMU est devenue en 3 ans le principal fournisseur de soins en Palestine, et son action induit une transformation

1206 Gouvernement de Palestine, Département de la Santé, *Rapport annuel*, 1921, p. 36.
1207 *Ibid.*, p. 42.
1208 Sufian, *Op. cit.*, pp. 122-128.
1209 Shifra Shvarts & Theodore M. Brown, « Kupat Holim, Dr Isaac Rubinow, and the American Zionist Medical Unit's experiment to establish health care services in Palestine, 1918-1923 », in *Bulletin of the History of medicine*, 72.1, 1998, pp. 28-30.
1210 *Ibid.*, p. 32.
1211 *Ibid.*, p. 35.
1212 Gouvernement de Palestine, Département de la Santé, *Rapport annuel*, 1921, p. 38.
1213 *Ibid.*, p. 42.
1214 *Ibid.*, p. 44.

notable de la géographie de l'accès aux soins, et de la distribution des médecins diplômés.

Conclusion :

C'est là un point d'orgue dans le développement des institutions médicales et, par voie de conséquence, du marché du travail pour les médecins diplômés dans le sud du bilād al-Šām. Le processus d'accroissement et de diffusion spatiale de leurs effectifs est largement guidé par des considérations d'influence politique et d'intérêts institutionnels, jusqu'à ce que le poids des phénomènes démographiques et épidémiologiques se fasse pleinement sentir pendant la crise sanitaire qui sévit au long de la Première guerre mondiale. L'arrivée de l'AZMU est un nouveau tournant, à la fois parce qu'elle consacre la politisation des réseaux hospitaliers et des systèmes de soins, et parce qu'elle articule cette dimension à une logique d'efficience épidémiologique et thérapeutique : à l'inverse des caisses d'assurance-maladie mises en place par les sionistes socialistes dès l'avant-guerre, son action n'est pas en soi politisée mais « [constitue une réponse] à des statistiques sanitaires et à des situations d'urgence médicale, et [l'AZMU alloue] ses ressources d'assistance en fonction de ces critères[1215]. » Cette transformation dérive de principes de gestion acquis dans le monde de la philanthropie américaine, mais elle est également imposée sur le terrain par les circonstances dramatiques de la Première guerre mondiale et de son contrecoup sanitaire à travers les provinces syriennes de l'Empire ottoman.

La politisation de la médecine se devine sur les cartes de distribution des médecins, mais elle relève souvent du non-dit dans le cours des carrières. Des filières s'y définissent clairement, lorsqu'on croise les données statistiques sur la population des médecins d'une part, et ce que nous savons des procédures de recrutement dans les institutions où ils trouvent à s'employer d'autre part.

Nous avons donné à voir que l'accroissement et la localisation de la population des médecins diplômés se coulait d'évidence dans les principales tendances lourdes de la période depuis la fin des réformes et à travers l'ère hamidienne : investissement religieux chrétien d'un espace redéfini par invention de tradition comme « Terre sainte »[1216] et colonisation juive,

1215 Shvarts & Brown, *Art. cit.*, p. 42.

1216 Henry Laurens, *Histoire de la question de Palestine.*, t. 1 : *L'Invention de la Terre sainte (1799-1922)*, Paris, Fayard, 1999.

sous l'oeil avide et jaloux des principales puissances impériales, emprise accrue de l'Etat ottoman sur les provinces arabes de l'Empire du sultan, croissance économique et démographique de la cote insérée dans des flux d'échanges internationaux[1217]. Ces orientations s'accompagnent de la promotion de l'idée d'une spécificité historique de la région, à des fins politiques.

La carte que dessine progressivement l'installation des médecins les uns après les autres ne répond pas à un plan. En revanche, la trame géographique du peuplement médical est doublement éclairante si l'on quitte le cadre étroit de la période étudiée. D'une part, elle révèle des pôles d'attractivité dans les villes de Jérusalem, Jaffa et à un bien moindre niveau Haïfa, villes qui deviennent bientôt le lieu de la concurrence la plus aiguë entre les communautés juive et arabe[1218] : la présence massive de médecins, financés par des institutions très diverses, est un indice des convoitises outrées qu'elles suscitent. D'autre part, les institutions médicales existantes en 1918 constituent la base du système de soin mandataire tel que l'envisagent les responsables britanniques de la santé. Ainsi, on retombe sur l'importance des institutions comme pont entre les phénomènes macroscopiques de la géographie, et les parcours des médecins que nous allons maintenant étudier dans leur individualité.

1217 *Ibid.*, p. 147 & 153.

1218 Pour la concurrence qui se met en place à Haïfa, cf May Seykaly, *Haifa, transformation of an Arab society 1918-1939*, Londres / New York, I.B. Tauris, 1995, *passim*. Pour Jérusalem, dans une perspective essentiellement actuelle mais étendue à la genèse des conflits locaux, cf Michael Dumper, *The Politics of sacred space. The Old City of Jerusalem in the Middle East conflict*, Boulder / Londres, Lynne Rienner, 2002.

Chapitre 7 : Les médecins, leurs carrières et les filières professionnelles

Introduction :

Pour l'essentiel, notre analyse des cartes de répartition des installations de médecins diplômés à travers la période a fait ressortir les logiques générales des institutions susceptibles de les employer, et les facteurs susceptibles de rendre compte de l'attractivité régionale et de la séduction des villes sur de jeunes professionnels éduqués. La réflexion cartographique illustre une contrainte forte pour les choix de carrière, celle qu'impose l'existence d'un véritable marché du travail médical. Nous parlons de marché, mais entendons-nous : il ne s'agit pas d'un espace transactionnel régi par les préférences des acteurs, à la manière de la formalisation microéconomique de l'échange. Du côté des employeurs, les acteurs impliqués dans les transactions – en l'occurrence, les embauches – sont plusieurs, par jeu de patronage et par sélection politique. Les institutions médicales sont de fait soumises à des normes politiques étroitement articulées à l'appartenance confessionnelle.

Méthodologie

Pour faire correspondre les orientations générales des organisations, que nous venons de passer en revue, et les parcours individuels, il n'est pas possible de se contenter d'étudier les logiques personnalisées et les tournants bien documentés des carrières singulières. En effet, le singulier enregistré dans les sources tend à être le problématique, le particulier qui sort de l'ordinaire, l'inclassable, et ce pour la raison que ce sont souvent les problèmes qui nécessitent des échanges de vues et d'écrits : il n'est pas donc question de généraliser les cas mieux connus. En revanche, nous nous proposons un double système de démonstration, alliant systématiquement une approche statistique et une vérification empirique à partir de cas singuliers qui montrent surtout que les hypothèses et les interprétations que nous avançons sont dans l'ordre du vraisemblable, dans le temps et l'espace considérés.

Nous avons abordé la population des médecins diplômés en fonction de ce que nous savions d'une partie significative de ses membres, soit pour l'essentiel des données qualitatives. L'idée était de voir quelles variables avaient une cohérence forte entre elles, irréductible à l'aléa. Dans ce but, nous avons classé nos informations en une série de tableaux reliant deux séries de variables entre elles, telles que la formation, ventilée entre différents grands groupes de populations universitaires trouvées dans nos sources – anciens élèves de l'EIM, de la faculté du Caire, du SPC, de la FFM, les facultés de médecine du reste du monde (ci-après : Rdm) et les cas indéterminés – et le fait de savoir si un médecin finit sa carrière dans le sud du bilād al-Šām ou au dehors, avec pour éventail de réponse « oui », « non » ou « indéterminé ». Après avoir écarté les cas de double indétermination dans ces tableaux, on peut certes comparer ces données à ce que serait une structure représentative de l'environnement au sein duquel la population travaille, soit la population du sud du bilād al-Šām. C'est ce que nous avons fait plus haut pour faire ressortir les grandes caractéristiques des médecins, et démontrer leur singularité *in situ*, là où ils s'installent. Toutefois, la population des médecins diplômés, recrutée sur la base d'une formation sélective, a d'autant moins de raison d'être représentative de la population de la région ou de l'Empire ottoman, qu'à l'exception du prêchi-prêcha sur l'accès des hommes de toutes confessions aux facultés de médecine, il n'y a pas de discours sur l'égalité des chances dans l'accès à cette formation. Il y a des efforts pour mettre en place des examens impartiaux, mais à seule fin de donner une autorité propre aux médecins et aux institutions qui les forment, et non pas pour corriger les effets sociologiques des structures politiques, économiques, culturelles, etc., de l'Empire ottoman.

Par suite, il faut déplacer l'angle de comparaison, et se demander en quoi les relations observées à travers les tableaux dévoilent des effets à l'intérieur même de la population des médecins diplômés. Dans ce but, nous avons classé ces relations en appliquant le test du χ^2 à chacun des tableaux de données[1219]. Il nous permet de hiérarchiser les relations significatives et, à partir de là, de définir les éléments qui se révèlent connexes et les parcours les plus

1219 La loi de χ^2 vise à évaluer, à partir de tables éponymes, la probabilité d'un certain événement qu'on peut définir comme l'indépendance de deux variables appliquées à une même population ; au prix d'un dénombrement des données par catégories, elle permet donc de voir les liens existant entre deux variables qualitatives.
Soit une répartition observée dans un tableau reliant une variable qualitative subdivisée en *n* réponses possibles réparties en colonne, à une autre à *m* réponses possibles classées en ligne.
Le tableau observé se compose de variables numériques, dénombrant chacun des cas possibles. Chaque case comprend donc une variable chiffrée $Z_{i,j}$ avec i variant de 1 à n (numéro de ligne) et j variant de 1 à m (numéro de colonne).
On opère une comparaison entre ce tableau observé et un autre tableau, théorique, composé de variables $Z'_{i,j}$;
avec :

caractéristiques. Toutefois, les statistiques ne constituent pas une herméneutique ; à nous, dès lors, d'aller chercher des vérifications empiriques pour donner sens aux relations significatives dégagées des tableaux.

Le va-et-vient entre la statistique comme outil scientifique d'appréhension systématisée du général et une approche plus biographique, dévidant l'écheveau des décisions individuelles et du fonctionnement impersonnel des organisations, nous semble avoir deux vertus cardinales. La première est de manifester des mécanismes, par lesquels les contraintes générales s'appliquent aux individus. Par mécanisme, nous n'entendons pas l'idée d'un principe externe de conformation, par lequel serait produit un effet de masse. Tous ces éléments – la dimension de conformation et la régularité statistique – jouent un rôle, mais si nous empruntons l'image du mécanisme, ce n'est pas seulement pour montrer la démultiplication des conséquences sociales d'une même cause : les rouages sont aussi importants que l'effet d'entraînement. Ceci nous oblige à employer le terme avec une certaine précision, et à exhiber le détail du mécanisme[1220]. Pour notre propos, on pourrait dire que les

---

$$Z'_{i,j} = \frac{(\sum_{k=1}^{n} Z_{k,j}) \cdot (\sum_{l=1}^{m} Z_{i,l})}{\sum_{i=1}^{n} \sum_{j=1}^{m} Z_{i,j}}$$

On peut calculer les différences carrées réduites $\chi^2_{i,j}$ qui sépare les variables théoriques et observées pour chacune des cases $Z_{i,j}$, avec

$$\chi^2_{i,j} = \frac{(Z_{i,j} - Z'_{i,j})^2}{(Z'_{i,j})}$$

Les différences carrées réduites nous renseignent, case par case, sur la déviation par rapport à une répartition normale. On peut alors calculer χ^2, somme des $\chi^2_{i,j}$; et à partir de là, calculer, en fonction du degré de liberté *v* du tableau, c'est-à-dire de sa structure en nombre de lignes et de colonnes, la probabilité $p(\chi^2, v)$, avec

$v = (n-1).(m-1)$.

Que mesure $p(\chi^2, v)$? C'est la probabilité, donnée par des tables propres à la loi de χ^2, selon laquelle les relations apparentes que l'on observe entre les deux variables sont réductibles à l'effet du hasard. Par conséquent, plus $p(\chi^2, v)$ est faible, et plus on peut affirmer qu'il y a un effet inhérent à la structure des données. On peut alors hiérarchiser les facteurs en fonction de $p(\chi^2, v)$ pour voir lesquels sont les plus pertinents. Si deux facteurs connexes produisent une $p(\chi^2, v)$ inégale en relation avec une tierce variable, cela permet d'orienter l'analyse des relations causales. En outre, nous faisons ici usage implicite des différences carrées réduites : lorsque nous disons que tel comportement s'éloigne plus particulièrement du comportement théorique, nous sous-entendons que la distance est maximale entre les deux cases (l'une observée, l'autre théorique) correspondante. A partir de ces calculs, il nous revient de montrer, à partir de notre documentation, ce que sont les profils de carrière et comment ils marchent. Pour un exposé de l'utilisation statistique de la loi de χ^2, cf Dominique Laffly, « Analyse bivariée de données qualitatives. Le Test de Chi2 », disponible en ligne à http://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/SET/LAFFLY/docs_laffly/analyse_bivariee.pdf, consulté le 12/10/2007.

1220 Sur l'emploi de la notion de mécanisme comme instrument d'analyse du changement social, et ses conditions d'emploi, subordonnées à la prise en compte de l'intention individuelle, cf Zenonas Norkus, « Mechanisms as miracle makers ? The rise and inconsistencies of the "Mechanism approach" in social science and history », in *History and theory*, vol. N°44, n°3, 10/2005, pp. 348-372.

mécanismes qui produisent l'accroissement du nombre de médecins sionistes reposent certes sur une idéologie et sur des circonstances historiques de persécutions en Russie et de mobilisation antisémite dans plusieurs pays d'Europe, les plus visibles étant la France de la fin des années 1890 et l'Autriche-Hongrie. Ces deux données associées produisent l'effet d'entraînement d'où découlent l'immigration et la colonisation juive en Palestine ; mais l'on ne cerne vraiment le mécanisme que si l'on constate comment, au départ et à l'arrivée, ce mouvement s'articule à des contraintes spécifiques pour la carrière des médecins, telles les difficultés faites aux étudiants en médecine dans l'Empire russe à travers le vingtième siècle et tout spécialement dans les années précédents la guerre, ou le fonctionnement bureaucratique de la PJCA qui prévoit en particulier une administration médicale des colonies. Pour le développement du secteur médical missionnaire, nous connaissons déjà deux des rouages du mécanisme d'ensemble, à savoir le système des capitulations et les dispositions relatives à la protection du personnel religieux définies par le Traité de Berlin, sur lesquels les sociétés missionnaires et les rivalités nationales peuvent s'adosser pour lancer des projets d'institutions médicales, et recruter à cette fin du personnel en Europe.

La seconde vertu des mouvement de pendule de notre propos du singulier au statistique et des statistiques au singulier, est de faire apparaître que certaines des circonstances personnelles que nous avons isolées dans nos recherches sont des cas-limites : les rouages des mécanismes que nous décrivons tendent au normatif et ne s’adaptent pas rigoureusement à la variété des circonstances historiques.

Un peuplement médical selon des filières aux contours politisés

Comme on va le voir, le principal mécanisme qui se dégage de notre analyse statistique définit, non pas des parcours-types, mais des filières, c’est-à-dire de très générales orientations de carrière, éventuellement guidées par les institutions, et qui conduisent, par une série de points de passage quasi-obligés, à des collections assez homogènes de trajectoires individuelles. Ces différentes filières regroupent une population munie d’un certain nombre de caractéristiques communes – pour ce qui nous concerne, l’origine géographique, la confession religieuse, la formation médicale et, éventuellement, les engagements religieux ou politiques. Insistons sur deux points : tout d’abord, le peuplement médical du sud du bilād al-Šām est très majoritairement un phénomène de migration, le mouvement d’une population spécifique par ses qualifications ; ensuite, les convictions politiques sont d’une importance secondaire dans ce processus, à l’exception de la filière sioniste.

Comment faire coïncider cette remarque avec la politisation du champ médical, dont nous faisions état en analysant la distribution géographique des médecins diplômés ? Formulons deux hypothèses pour guider notre réflexion, qui correspondent chacune à un rouage du mécanisme qui produit ces filières.

La première, inspirée de nos observations précédentes sur l'encadrement intellectuel des facultés de Beyrouth et l'esprit de corps qu'entretiennent leurs anciens étudiants, est que la politisation n'a pas besoin d'être manifestée par les individus eux-mêmes quand les institutions de formation la produisent ; et cet effet est assez évident pour que la puissance publique puisse la tenir pour un fait acquis et agir en conséquence aux dépens des diplômés du SPC et de la FFM.

La deuxième est que le processus de sélection à l'embauche superpose différentes catégories discriminantes, dont la confession et le lieu de formation, mais que la plus significative de ces catégories est aussi celle dont la définition est la plus chargée idéologiquement et la plus difficile à faire entrer dans une taxinomie nette et bien tracée : à savoir, la différence entre « indigène » et Européen. Nous allons voir bientôt qu'elle ne recouvre pas une opposition entre autochtonie et hétérochtonie, mais bien davantage une pratique de gestion du personnel par des responsables en situation d'hétérochtonie, placés dans la nécessité d'appréhender les différences culturelles. Les définitions de l'indigénat, à toutes les époques de la colonisation, ont généralement échappé à une définition stricte selon l'origine géographique ou selon des critères d'appartenance. Elles étaient système d'administration, puis de gouvernement. La différence culturelle était l'outil permettant de construire une subjectivité collective inapte, dominée comme par nature – les colonialistes auraient fait l'économie de ce « comme » - et par fait de civilisation. Elle fournissait le moyen d'utiliser les délinéations et les obscurcissements des catégories d'indigène en fonction de l'ethnie, de la coutume ou du droit autochtone, pour soustraire les colonisés à une raison pratique universaliste[1221]. Comme le dit Sidi Mohammed Barkat à propos de l'Algérie coloniale, la géographie devient le support de la différence culturelle :

> « Le paradoxe réside dans le fait que, désormais, l'Etat attribue la qualité de citoyen, qualité qui a pour caractéristique principale de mettre à distance les signes distinctifs d'appartenance, à un groupe défini précisément par son origine géographique, et en définitive par son identité culturelle. L'origine, qui n'aurait dû jouer, en principe, aucun rôle dans l'inscription des membres de la nation dans le corps politique, constitue désormais l'élément central du dispositif juridique et politique qui non seulement fondera autrement l'Etat, mais transformera aussi la signification même

1221 Pour une analyse de cette permanence de l'usage politique de l'indigénat dans le gouvernement colonial à travers le cas de l'Empire français depuis le 17e siècle, cf Sidi Mohammed Barkat, *Le Corps d'exception. Les artifices du pouvoir colonial et la destruction de la vie*, Paris, Editions Amsterdam, 2005,pp 10-13 & pp. 22-24.

de l'idée de souveraineté . [...]

Alors que ni les moeurs ni les coutumes des colons [d'Algérie] ne semblent devoir poser de problèmes particuliers concernant cette question, le « droit musulman et les coutumes » sont construits par le texte officiel sous la figure d'un obstacle majeur à toute émancipation.[1222] »

Il en va peut-être de même des médecins et de leur diplôme : même en calquant l'apprentissage de la médecine à destination des indigènes, et selon des critères d'impartialité réputés garantir la même valeur académique minimale à tous les diplômés, on a créé des diplômes d'une médecine qui n'est jamais complètement la médecine européenne, et formé des médecins qui, malgré leurs efforts d'imitation, sont toujours indigènes à un degré ou à un autre. L'opposition entre indigénat et occidentalité joue un rôle sur ce terrain, et tout particulièrement dans un Etat où elle est particulièrement inadéquate. Comment en effet distinguer Européens et indigènes dans l'Empire ottoman qui, à travers le dix-neuvième siècle et notamment à partir de 1878, connaît des migrations importantes d'immigrés venus d'Europe, et de ses propres sujets depuis les régions échappées à son contrôle vers des portions plus sécurisées et plus centrales de son territoire ?

Cinq grandes filières institutionnelles se dégagent de notre base de donnée, à savoir : l'administration médicale civile et les municipalités (de loin la moins bien connue de nous, pour des raisons déjà exposées) ; les institutions missionnaires protestantes ; les institutions religieuses catholiques ; les institutions religieuses juives ; et les institutions sionistes. Les autres types de carrière institutionnelle sont des isolats peu significatifs statistiquement ; quant à la pratique privée dans la région, elle apparaît souvent comme une position d'attente, dans l'espérance d'obtenir ou de recouvrer un poste institutionnel. Nous avons déjà largement évoqué la constitution des réseaux de centres médicaux dans lesquels se fondent ces filières, mais afin de montrer comment elles tendent à guider les médecins pris individuellement, il nous faut dégager les grandes étapes de différenciation de la population des médecins, autrement dit les rouages produisant une sélection. La première est le recrutement en faculté, qui tend déjà à favoriser les fidèles de certaines confessions. Toutefois, l'effet de mise en filières est amplifié par les procédures de recrutement aux emplois disponibles dans le sud du bilād al-Šām.

La multiplicité des mécanismes nous encourage à considérer la mobilité comme une réalité plurielle, dont rendent compte, certes très imparfaitement, les profils qui se dégagent autour de chacun des jalons de la carrière. Après en avoir rendu compte, nous pourrons alors, et alors seulement, évoquer la réalité politique et religieuse des filières que nous venons

1222 *Ibid.*, pp. 25-26.

d'énoncer, et enfin envisager la réception des médecins, en tant que médecins diplômés et que représentants de ces filières.

Démarche

Nous essaierons dans un premier temps de dégager les facteurs dont l'articulation est pertinente pour expliquer ce fait massif : les médecins diplômés sont un groupe social essentiellement composé de migrants, qu'ils soient migrants internes ou immigrés. Ceci suppose d'analyser les données statistiques relatives à l'origine et à la trajectoire des médecins, afin de cerner la place qu'occupe l'installation dans le sud du bilād al-Šām dans le cours de la vie professionnelle. La conclusion saillante, une fois que l'on a évoqué le fait migratoire proprement dit, est que ces médecins venus d'ailleurs ont des profils de carrière très différents selon qu'ils sont autochtones, ottomans venus d'autres provinces, ou immigrés.

La division interne au groupe social des médecins et plus précisément sa structuration en filières nous intéresseront dans un second temps : nos statistiques font ressortir l'importance du fait confessionnel et, parallèlement, du lieu de formation dans la différenciation des possibilités de carrière. Ces filières ne sont pas complètement réductibles à une embauche sur base confessionnelle, d'une part du fait de contre-exemples significatifs, et d'autre part parce que la carrière ne se résume pas aux fonctions institutionnelles, pour le recrutement desquelles l'appartenance religieuse est généralement importante.

I – Un peuplement médical essentiellement immigré

A – La population des médecins du sud du bilād al-Šām, entre mobilité régionale et migrations internationales

1 - Du lieu de naissance au lieu de travail

Quels que soient les outils et l'échelle qu'on se donne pour étudier le peuplement

médical du sud du bilād al-Šām à la fin de l'époque ottomane, la part des migrations y est prépondérante. Nous l'avons vu plus haut, les études médicales requièrent déjà de la grande majorité des étudiants un premier déplacement, vers Beyrouth, Damas ou Istanbul. De tels mouvements ne sont ni rares, ni atypiques dans la région. Pas plus que les sociétés européennes d'avant le chemin de fer[1223], les sociétés de l'Empire ottoman ne sont immobiles, même si l'ethnolocalisme va de pair avec une certaine anxiété, voire une aversion culturelle, pour le voyage individuel. Il reste que la part des médecins originaires d'ailleurs – un ailleurs dont les variations définissent des types de mobilités bien différentes – est très grande pour un secteur comme la médecine, dont on supposerait qu'il repose sur un besoin collectif, et donc qu'il suscite des vocations locales.

Pour évaluer le phénomène migratoire, nous avons considéré le lieu de naissance, dans l'idée que celui-ci était bien documenté dans nos sources et qu'il correspondait au sentiment que les habitants du pays et les médecins eux-mêmes se faisaient d'être « du pays » ou de ne l'être pas. Deux problèmes théoriques se posaient ici. Le premier était que, n'en déplaise aux « imbéciles heureux qui sont nés quelque part », le lieu de naissance est une donnée emprunte de hasard. Le lieu de résidence des parents serait un indicateur plus significatif, n'était qu'on n'en sait généralement rien. Second problème, c'est bien évidemment un écrasement radical de la mobilité des médecins que de considérer deux moments aussi distant dans le temps que la naissance et l'installation dans le sud du bilād al-Šām ; ce n'est d'ailleurs souvent qu'une installation parmi d'autres. Toutefois, le lieu de naissance renseigne souvent au-delà de lui-même, sur la nationalité, sur la langue maternelle bien souvent. C'est un bon indicateur d'un certain nombre de réalités culturelles et politiques, significatives dans la suite de la trajectoire individuelle.

Un deuxième ordre de questions se pose, dès lors qu'on retient ce critère et qu'on cherche à l'appliquer. En pratique, il faut bien choisir des délimitations spatiales pour définir le lieu : les informations démographiques, quelles qu'elles soient, ne poussent pas à l'extrême les détails géographiques de l'accouchement, et sont même souvent vagues. Dans notre documentation, les informations sur les individus sont d'une précision très inégale. Tout ce qu'on peut gagner en détail est perdu en efficacité du critère à inclure le plus grand nombre de personnes, et réciproquement. Chaque échelle, du village, en passant par la région, jusqu'au pays, a ses mérites. Si l'on considère le pays de naissance, on peut enregistrer efficacement les migrations internationales. On perd en revanche toute l'information sur les mobilités régionales, et l'on ramène ainsi en pratique le fonctionnement de la profession médicale à

1223Pour une discussion du postulat, invalidé par la recherche historique, de la ruralité immobile d'Ancien Régime, *vide* Rosental, *Op. cit.*, pp. 27-40.

celui d'un ensemble à deux composantes très tranchées : l'une, composée de sujets du sultan et l'autre étrangère au regard de la loi, l'une autochtone et l'autre européenne.

Pour donner à voir l'importance des migrations internationales dans la constitution d'un groupe professionnel de médecins diplômés, on peut réduire le lieu de naissance à deux catégories, les natifs de l'Empire ottoman d'un côté, au nombre de 103 (soit 41% des effectifs recensés) et les personnes nées dans le reste du monde, soit 112 médecins (et 45% des effectifs médicaux connus). Dans 32 cas, on est dans l'indétermination, mais l'onomastique nous permet de penser que cette répartition est valide. En d'autres termes, les migrations internationales contribuent pour une légère majorité à la composition des effectifs médicaux diplômés dans le sud du bilād al-Šām, moyennant, bien sûr, correction éventuelle de notre information, en particulier sur les médecins sionistes et les médecins civils et militaires dépendant du gouvernement ottoman.

Si l'on cherche maintenant à savoir de quelle région viennent les médecins nés dans l'Empire ottoman, on peut procéder en première approche à la même opération de réduction : 35 (soit 14% de l'ensemble des médecins, et 34% des médecins nés dans l'Empire ottoman) des médecins diplômés sont originaires du sud du bilād al-Šām, et un nombre supérieur (45, soit 18% de l'ensemble des médecins et 44% de ceux nés dans l'Empire ottoman) viennent d'ailleurs. L'indétermination va croissant avec le raffinement de l'échelle, touchant 23 praticiens parmi ceux qui sont natifs de l'Empire. Seule une petite minorité de nos médecins est originaire du cru.

Une fois que l'on tient le fait de la mobilité des médecins pour acquis, il faut en outre constater que ce n'est pas l'attractivité intrinsèque du sud du bilād al-Šām qui explique l'augmentation de sa population médicale. Si telle était le cas, on serait fondé à attendre que les migrants émanent surtout de pays en phase de transition économique, et notamment de régions appauvries, ainsi qu'il arrive à la même époque dans les pays neufs d'Amérique[1224]. Le modèle des migrations de médecins est autre, d'autant qu'il s'agit de migrations de diplômés dont l'ascension sociale dans leur pays d'origine n'est pas *a priori* bloquée.

Regardons le détail des provenances, telles que définies par le lieu de naissance. Si l'on regroupe les individus par unités administratives ottomanes à l'intérieur des frontières de l'Empire, et par Etats au dehors, on observe des provenances privilégiées (Tableau n° 4).

Les contingents les plus importants viennent de Grande-Bretagne et de la province de

1224 Cf Frank Thistlethwaite, « Migration from Europe overseas in the nineteenth and twentieth centuries », in Rudolph J. Vecoli & Suzanne M. Sinke (éds.), *A Century of European migrations, 1830-1930*, Urbana / Chicago, University of Illinois Press, 1991, pp. 28-32 ; et pour un cas spécifique de migrations transocéaniques, Samuel L. Bailey, *Immigrants in the Lands of Promise. Italians in Buenos Aires and New York City, 1870-1914*, Ithaca / Londres, Cornell University Press, 1999, pp. 31-46 & pp. 65-67.

Beyrouth ; dans le premier cas, on peut assigner cela en partie à un effet de la documentation privilégiant les sociétés missionnaires, mais aussi à l'insistance de ces dernières à entretenir un personnel spécifiquement occidental dans leurs institutions médicales. Dans le second, la forme de la province, composée de trois blocs séparés (les *sanjak*-s de Naplouse, d'Acre et de Saïda au sud, la ville de Beyrouth isolée du gouvernorat autonome du Mont Liban au centre, et les *sanjak*-s de Tripoli et de Lattakié au nord) continue à soulever l'incertitude : on ne peut guère, sur ce critère d'origine, distinguer les gens du cru. Il en va de même des originaires de la province de Syrie, qui englobe les régions les plus peuplées à l'est du Jourdain.

A l'exception de quelques cas fortuits, comme celui du natif de l'Inde – à savoir le Dr Paterson, né à Madras de parents missionnaires originaires d'Ecosse[1225] – et de deux Persans conduits à Haïfa par leur foi bahaï, deux blocs semblent se dégager, les médecins nés en Occident d'un côté et ceux originaires de l'Empire ottoman de l'autre ; ceux dont le lieu de naissance est indéterminé n'échappent visiblement pas à cette alternative. Des directions privilégiées de migration se dessinent.

Origine géographique		Nombre de médecins
Provinces ottomanes:	Istanbul	1
	Jérusalem	20
	Beyrouth	27
	Syrie (Damas)	8
	Mont Liban	12
	Alep	2
	Bagdad	2
	Konya	1
	TOTAL	73
Reste du monde:	Etats allemands puis Allemagne	12
	Autriche-Hongrie	9
	Canada	2
	Etats-Unis	1
	France	15
	France (Algérie)	1
	Grance Bretagne	37
	Grèce	3
	Inde (britannique)	1
	Italie	3
	Perse	2
	Russie	11
	Suède	1
	Suisse	1
	Indéterminé	75
	TOTAL	174
TOTAL GLOBAL		247

Tableau n° 4 : Origine géographique, définie par le lieu de naissance des médecins diplômés installés dans le sud du bilād al-Šām entre 1871 et 1918. (Classement en fonction des divisions administratives et étatiques de la période étudiée.)

1225 Ewing, *Op. cit.*, pp. 11-14.

A l'échelle des Etats, on peut d'ores et déjà supposer que le personnel occidental des institutions missionnaires se confond avec les originaires de Grande-Bretagne d'abord, de France à un moindre niveau, d'Italie, de Grèce et de Suède enfin. Leur présence est la traduction d'une réalité diplomatique. En revanche, les provenances d'Europe centrale et orientale sont moins transparentes, souvent souvent déguisées sous le passeport d'un Empire multinational. Les médecins allemands, autrichiens et russes sont-ils les agents d'une politique nationale, ou bien des acteurs d'un mouvement transnational ? Il faudrait pour cela une autre échelle d'analyse.

Les mêmes informations sur le lieu de naissance, adaptées à la géographie des Etats de l'après-Première guerre mondiale, illustrent une répartition légèrement différente des lieux de naissance (Tableau n° 5). En effet, les frontières d'Etat redessinées à partir des traités de paix de 1919-1920 instaurent des Etats monoblocs, de taille plus petite, conçus en Europe selon le principe wilsonien du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes et, de fait, composés de nationalités ou de coalitions de nationalités plus compactes que les Empires. On nous objectera que cette approche est téléologique, qu'elle efface l'effet que pouvait avoir l'appartenance collective à des Empires multinationaux sur les liens et les choix des individus concernés, qu'enfin les délimitations adoptées ne signifient rien pour eux et ne représentent même pas des espaces vécus ou des régions informelles. C'est vrai. L'intérêt évident, et non-négligeable, de ce découpage est de montrer de façon plus précise si les médecins venant des circonscriptions administratives avoisinantes sont nés ou non dans le sud du bilād al-Šām. En outre, ce redécoupage permet de préciser culturellement les origines de l'immigration juive, qu'elle soit de Pologne, de Hongrie, ou de Russie (et dans ce dernier cas, souvent d'Ukraine). Dans ces derniers cas, il serait faux de supposer que les espaces qui deviennent après 1918 le territoire des futurs Etats n'a aucune signification et n'est pas de nature à structurer des proximités personnelles, culturelles ou partisanes. Ainsi en est-il des relations entre les Drs Nachim Kohn et Hillel Jaffe, natifs de Symferopol en Ukraine, qui appartiennent tous deux au même mouvement politique sioniste, les « Amants de Sion »[1226]. Jaffe est en position de recommander son ancien camarade d'école pour un poste[1227], et de passer commande pour lui de matériel médical[1228]. De toute évidence, Kohn est ici le client de Jaffe, qui met à profit leur parcours commun pour faire sortir du lot le dossier de son protégé en quête d'emploi, bien que celui-ci n'ait pas le profil scientifique requis. Jaffe produit une information biographique qui vaut garantie de compétence, et se porte garant de Kohn auprès de ses fournisseurs. Des

1226 CZA A/31/3, du Dr Hillel Jaffe au Dr Cohen, de Hédérah, 01/01/1900.
1227 CZA A/31/3, du Dr Hillel Jaffe au Président de la PJCA en Palestine, de Jaffa, 06/05/1901.
1228 CZA A/31/2, du Dr Hillel Jaffe à Nahoul, de Jaffa, 23 [mars ou mai ?] 1898.

relations de patron à client se maintiennent dans le déplacement géographique et contextuel, d'une communauté juive de l'Ukraine au monde mi-bureaucratique, mi-politisé de la première *Alya** (1882-1897). Les découpages nationaux envisagés donnent à sentir, sans certitude aucune, de semblables affinités préalables à l'émigration.

Il est alors évident que parmi les natifs des provinces syriennes de l'Empire ottoman, une bonne partie du recrutment se fait régionalement, dans les limites du sud du bilād al-Šām. La Palestine, plus peuplée que la Transjordanie, est la première pourvoyeuse avec 14% du total des médecins, suivie de près par le Liban, bassin primaire de recrutement des facultés de Beyrouth, qui fournit 12% des effectifs. Les provenances des anciens Empires austro-hongrois et russes (Pologne, Lituanie, Tchéquoslovaquie, en sus de l'Autriche et de la Russie soviétique) traduisent plus clairement que dans les frontières d'avant 1918 la dispersion des communautés juives dans ces deux Etats démembrés, de l'Ouzbékistan soviétique jusqu'à Prague.

Origine géographique		Nombre de médecins
Etats post-ottomans:	Liban	30
	Palestine	34
	Syrie	8
	Transjordanie	1
	Turquie	4
	TOTAL	77
Reste du monde:	Allemagne	12
	Autriche	5
	Canada	2
	Suisse	1
	Etats-Unis	1
	France	15
	France (Algérie)	1
	GB	37
	Grèce	3
	Hongrie	3
	Inde	1
	Irak	2
	Italie	3
	Lituanie	1
	Perse	2
	Pologne	1
	Russie	9
	Suède	1
	Tchéquoslovaquie	1
	Indéterminé	69
	TOTAL	170
TOTAL GLOBAL		247

Tableau n° 5 : Origine géographique, définie par le lieu de naissance des médecins diplômés installés dans le sud du bilād al-Šām entre 1871 et 1918. (Classement établi en fonction des divisions administratives et étatiques issues de la Première guerre mondiale.)

Le dédoublement du découpage géographique que nous venons d'opérer a un autre intérêt pour la compréhension de la trajectoire des médecins, et en particulier de celles des anciens sujets ottomans. Les « Etats westphaliens » successeurs de l'Empire du Sultan se dotent tous d'un code de la nationalité qui prévoit l'octroi de leur citoyenneté à quiconque était résident de leur territoire à une date donnée, qui varie d'un pays à l'autre[1229]. Le choix de ce repère chronologique est tout sauf innocent dans le contexte des grandes migrations de populations des années 1914-1923 et des rectifications de frontières courant du traité de Sèvres à 1924. Il intéresse notre propos en ce qu'il est source d'un conflit général entre d'un côté le lieu de naissance, et le sentiment d'autochtonie qui souvent va avec lui, et de l'autre le statut national, résultante de circonstances politiques et professionnelles. On sent une tension de ce genre dans le cas du Dr Qayṣar Ḥūrī, décrit dans son livre comme « Libanais maronite par ses origines, Palestinien de nationalité », puisqu'il s'était installé à Haïfa après la guerre[1230] ; l'ouvrage joue constamment de cette ambiguïté et fait une large part aux Libanais de Palestine. D'un trait de plume, des migrations de voisinage sont devenues internationales.

Tout cela n'affecte pas notre période, sans doute, et cependant il lui donne sens ; car le jeu des frontières et des lois a provoqué une césure herméneutique, dans la mesure où la nationalité dont les médecins jouissent coupe sur le plan légal un certain nombre d'entre eux, qui s'étaient retrouvés alors, circonstanciellement, en Palestine ou en Transjordanie, de leurs familles et de leur contrée d'origine. Dans tous les témoignages individuels postérieurs aux années 1919-1924, et *a fortiori* après le traumatisme de 1948, les délimitations territoriales jouent un grand rôle, et il importe, pour lire les descriptions d'avant 1918, de garder en mémoire les décalages individuels entraînés par la requalification nationale des migrants après les traités de paix : selon les cas, la nostalgie ou l'immersion volontaire dans la vie publique et politique, surtout palestinienne, prennent le dessus. Le témoin émigré s'identifie alors à son pays de travail, ou s'en démarque, selon son vécu dans les lieux successifs de sa carrière, et selon le gouvernement sous l'autorité duquel il se trouve désormais. Ces jeux de représentation nés des circonstances de l'après-guerre tranchent avec l'incidence, relativement faible au vu des statistiques, de l'origine géographique sur le profil de carrière.

La transition du lieu de naissance à la formation n'est pas le point focal de notre analyse, sinon pour confirmer (cf Tableau n° 6) que le lieu de formation est articulé au lieu de naissance ($p(\chi^2,v) = 5.10^{-11}$), ce qui était évident du fait que le recrutement des facultés

1229 *Vide* Rania Maktabi, « State formation and citizenship in Lebanon. The politics of membership and exclusion in a sectarian state », in Nils A. Butenschon, Uri Davis & Manuel Hassassian (éds.), *Citizenship and the state in the Middle East. Approaches and applications*, coll. « Contemporary issues in the Middle East », Syracuse, Syracuse University Press, 2000, pp. 157-164.

1230 Q. Ḥūrī, *Op. cit.*, p. 4.

ottomanes est essentiellement ottoman et celui de la FFM en particulier, exclusivement « oriental ». On observe là les effets conjugués du fait que les facultés ottomanes ne sont guère attractives au-delà des frontières de l'Empire, et que certaines d'entre elles possèdent un mécanisme de sélection propre, sous la forme des critères géographiques de recrutement.

	EIM	Le Caire	SPC	USJ	Rdm	Total
Echelle 1	1	0	18	11	2	32
Echelle 2	2	1	21	15	2	41
Echelle 3	0	0	1	2	105	108
Total	3	1	40	28	109	181

Tableau n° 6 : formation en fonction du lieu de naissance.

Echelle 1 : natifs du sud du bilād al-Šām

Echelle 2 : natifs du reste de l'Empire ottoman

Echelle 3 : natifs du Rdm (reste du monde)

Les contre-exemples sont significatifs, tel le cas du Dr Isaac Mazel, natif d'Ilia (Lituanie)[1231]. Son profil semble être celui d'un juif exclu de l'apprentissage de la médecine en Russie, et que la FFM accueille contre engagement à prendre la nationalité ottomane avant les derniers examens de doctorat. Naturalisé et devenu ainsi « oriental » aux yeux des Jésuites, il passe son diplôme et devient médecin municipal de Qalqilya en 1913[1232]. Dans ce cas précis, on discerne un début d'indigénisation par voie institutionnelle, de la part d'un médecin qui, d'une part, renonce à la protection consulaire en devenant sujet ottoman, et qui, d'autre part, accepte une affectation dans une municipalité, au service de la population arabe. Certes, il faut assortir cette situation de nuances. La nomination à Qalqilya place également le Dr Mazel à proximité des colonies agricoles juives de Petah Tiqwa, fondée en 1878, et de Kfar Sava, fondée en 1903. Une telle localisation permet de partager son tempse entre la bourgade et les colonies agricoles juives. En second lieu, elle est brève, et dès 1913, le praticien est retourné à la pratique privée à Jaffa[1233]. Toutefois, on voit à travers cet exemple comment la population juive immigrée projette ses désirs d'ascension sociale à l'intérieur de l'Empire ottoman : elle utilise les ressources locales existantes en matière de formation et d'emplois officiels.

Tout se passe comme si les trajectoires étaient affectées par des formes d'origine, en effet, mais définies moins par le lieu de naissance ou la formation que par la confession religieuse (Tableau n° 7).

1231 *BAAEFFM*, Vol. 2, 1912-1913, p. 16.
1232 *Ibid.*, p. 30.
1233 *BAAEFFM*, Vol. 2, 1913-1914, p. 44.

Lieu de naissance	Catholiques	Protestants	Chrétiens divers	Juifs	Musulmans	Divers	Total
Echelle 1	6	11	7	9	2	0	35
Echelle 2	12	12	1	1	2	0	28
Echelle 3	23	50	6	26	0	3	108
Total	41	73	14	36	4	3	171

Tableau n° 7 : confession religieuse en fonction du lieu de naissance.

Il existe une relation étroite entre le lieu de naissance et la confession religieuse ($p\ (\chi^2, v) = 0{,}002$), mais dont le sens n'apparaît pas clairement. Si l'on se réfère aux différences carrées réduites χ^2 en revanche, on peut voir les phénomènes saillants de cette distribution, à savoir l'importance des catholiques venant du reste de l'Empire ottoman ($\chi^2=4{,}08$), c'est-à-dire en particulier les catholiques orientaux de la montagne libanaise et de la vallée de l'Oronte, clientèle première de la FFM ; les chrétiens « divers », en particulier orthodoxes, du sud du bilād al-Šām même ($\chi^2=5{,}88$), qui se singularisent par leur origines locales ; et les rares juifs du reste de l'Empire ottoman qui s'installent dans la région ($\chi^2=3{,}94$). L'individu en question, le Dr Joseph Rosenfeld, d'une famille ashkénaze installée à Bagdad, qui reste 5 ans à Jaffa de 1905 à 1910[1234] avant de retourner sur les rives de l'Euphrate. Dans l'ensemble, les musulmans et les chrétiens arméniens ou orthodoxes se distinguent, sur le plan religieux, des « fois nouvelles »[1235] que représentent le catholicisme et le protestantisme, qui exportent massivement leur personnel missionnaire. Quant aux juifs en général, ils apparaissent certes relever principalement de l'immigration, dans le sillage du sionisme ; mais leurs effectifs sont comparativement plus autochtones que ceux des médecins protestants. Ceux qui sont formés dans l'Empire ottoman appartiennent généralement aux familles de la notabilité juive séfarade et orientale de la région : ainsi du Dr David Eliachar, de Jérusalem, de deux Drs Moïse et Baruch Many, d'Hébron, et du Dr Simon Moyal, de Jaffa[1236].

2 - Une installation généralement précoce

Pour envisager la place occupée par l'installation dans la région, le plus simple serait de pouvoir la dater à l'intérieur des carrières. C'est hélas impossible ; à quelques rares exceptions près, il nous manque l'âge du praticien, la date d'obtention de son diplôme, et son

1234 MAE Nantes, Constantinople, E, 706 : *BAAEFFM*, 1906, p. 20 ; *BAAEFFM*, Vol. 2, 1909-1910, p. 45 ; *Ibid.*, 1910-1911, p. 64.

1235 Cf l'ouvrage collectif édité par Heleen Murre-van den Berg : *New faiths in Ancient lands, Western missions in the Middle East in the nineteenth and early twentieth centuries*, Leyde, Brill, 2006, *passim* et notamment l'introduction d'Heleen Murre-Van der Berg, pp. 1-17.

1236 Campos, *Art. cit.*, p. 48.

parcours entre ce dernier moment et le voyage vers le sud du bilād al-Šām. A défaut, nous avons choisi, lorsque cela était possible, de classer les fonctions et les localisations des médecins par rang, du premier poste ou lieu occupé (rang 1) au dernier. Cet outil approximatif nous montre à tout le moins que l'installation dans la région intervient tôt dans la carrière, au rang 1 pour 55 médecins sur 91 ainsi classés, et au rang 2 pour 31 autres ; la moyenne des rangs d'arrivée est de 1,54. Il est vrai que le passage du premier rang au second peut prendre assez longtemps, mais dans l'ensemble il semble bien que cela corresponde à l'arrivée sur le terrain de professionnels assez jeunes.

Si fruste que soit cet outil, il montre très clairement deux articulations très fortes, qui contribuent à structurer le démarrage de la carrière. La première est que le lieu de naissance et le rang d'installation (cf Tableau n° 8) sont dans une relation très étroite ($p(\chi^2,v)= 10^{-6}$). L'origine géographique a une incidence sur le moment de la carrière où l'on choisit de s'installer dans le sud du bilād al-Šām. L'analyse des différences carrées réduites montre que la propension à commencer là sa carrière est notablement plus forte pour les natifs de la région (on trouve alors, pour le rang 1, $\chi^2=4,8$). Pour ces derniers, l'installation se fait presque toujours au tout début de la carrière, sans préjuger d'une installation définitive ou d'une mobilité ultérieure. Inversement, l'arrivée plus fréquente des médecins originaires d'au-delà des frontières de l'Empire est régulièrement plus tardive (pour le rang 2, on trouve alors $\chi^2=9,46$).

L'articulation entre origine géographique et formation universitaire (cf tableau n° 9) vient forcer le trait. La relation entre ces deux ordres de données est très probante ($p(\chi^2,v)= 9.10^{-8}$) et illustre que les diplômés des facultés ottomanes, en particulier celles de Beyrouth, s'installent précocément dans leur carrière dans le sud du bilād al-Šām, et pas dans le cours de la carrière. Inversement, les diplômés des facultés hors de l'Empire ottoman ne viennent jamais, ou presque, s'installer dans la région au début de leur carrière. Deux modèles distincts se révèlent : le premier, celui des Ottomans et plus spécialement des locaux, pour qui l'installation dans le sud du bilād al-Šām représente un minimum de risque professionnel, et celui des étrangers. Ce n'est pas avant leur deuxième affectation que ces derniers viennent travailler dans la région. Le terrain n'est pas pour eux un atout, mais un handicap ; en revanche, leur parcours antérieur est un avantage pour eux.

Ce phénomène n'est pas exempt d'incidence sur les capacités et, par ricochet, la compétence des médecins. Les diplômés de Beyrouth cherchent à mettre à profit leur passage dans le sud du bilād al-Šām pour se faire une expérience professionnelle, à l'exemple du Dr Habīb Mu‘ayyad, médecin bahaï qui quitte Haïfa en 1915 pour rentrer en Perse et à qui

‘Abdul-Bahā’, autorité spirituelle de la secte, exprime le regret qu'il n'ait pu acquérir davantage de technique avant de chercher à s'installer en rentrant au pays[1237]. Les anciens du SPC et de la FFM sont ainsi mal armés, professionnellement parlant, face à des médecins formés à l'étranger, sionistes ou missionnaires, qui viennent exercer leur art avec l'expériences d'années de pratique et, parfois, les diplômes d'écoles de médecine prestigieuses. A défaut de cela, les enfants du pays ont au moins l'avantage par rapport à leurs confrères ottomans de pouvoir faire valoir leurs origines locales.

La mise en relation de la confession religieuse et du rang d'installation ne donne pas de relation significative ($p(\chi^2,v)$=0,87), ce qui ne laisse pas de nous étonner, tant la religion apparaît un facteur déterminant dans l'ensemble, y compris dans le recrutement universitaire. Les imperfections de notre indice et le manque d'information (91 cas déterminés sur 247 individus) nous inclinent à penser qu'il y a là essentiellement une lacune des données.

Lieu de naissance	Rang de l'installation dans le sud du bilad al-Sham			
	1	2	3 et plus	Total
Echelle 1	26	3	0	29
Echelle 2	19	8	2	29
Echelle 3	4	17	4	25
Total	49	28	6	83

Tableau n° 8 : rang de première installation des médecins dans le sud du bilād al-Šām après leur formation initiale, en fonction du lieu de naissance.

Pour comprendre la relation étroite entre les origines géographiques et universitaires des diplômés d'un côté, et le rang d'installation dans la région, il faut d'après nous tenir compte du fait que le diplôme n'est pas seulement la sanction de l'acquisition de connaissances et d'une technique du métier et des examens. La faculté est un lieu où les étudiants nouent des liens entre eux ou avec les professeurs ; c'est aussi un environnement dans lequel ils sont sous observation de la part de l'administration. La correspondance de la FFM relative à ses étudiants et diplômés est ponctuée de remarques sur leur valeur individuelle, sur la qualité de leur intelligence, sur leur comportement et leur fidélité religieuse et politique. Le processus d'acquisition du diplôme est déterminant, non seulement grâce au titre obtenu, mais également du fait de cette sélection informelle et des relations de clientèle qui s'établissent entre les institutions ou leurs professeurs et les étudiants qui sortent du lot. Alors qu'on peut analyser le diplôme comme quelque chose de statique, résumé dans les circonstances ponctuelles de sa remise, la qualification implicite par le patronage de

1237 Mu'ayyad, *Op. cit.*

l'université est un phénomène dynamique.

Lieu de formation	Rang de l'installation dans le sud du bilad al-Sham			
	1	2	3 et plus	Total
EIM	1	1	0	2
SPC	25	9	1	35
USJ	23	3	0	26
Reste du monde	1	19	5	25
Total	50	32	6	88

Tableau n° 9 : rang de première installation des médecins dans le sud du bilād al-Šām après leur formation initiale, en fonction de l'institution de formation (nous avons défalqué du décompte l'école de médecine du Caire, faute de données suffisantes pour le classement).

L'exemple du Dr Philippe Barakat illustrera ce point. Né à Damas le 23 mai 1869 dans une famille grecque-catholique[1238], il est élevé au collège des lazaristes de Damas, puis dans l'institution d'enseignement secondaire de l'Université Saint-Joseph à Beyrouth. C'est un élève des jésuites, déjà repéré et aidé d'une demi-bourse du gouvernement français pour sa scolarité secondaire[1239], ce qu'il rappelle à l'occasion en témoignage de sa fidélité politique[1240]. Au terme de ses études à la FFM, il obtient son diplôme de médecine en novembre 1895[1241]. Au mois de juillet 1896, le Consul Général de France à Jérusalem, Ledoulx, fait appel, par l'entremise de son homologue à Beyrouth, Souhart, à l'administration de la FFM pour désigner parmi les diplômés de cette faculté un successeur au Dr Pacher, praticien suisse qui occupait jusque là les fonctions de médecin de l'Hôpital de la Sainte-Famille des Filles de la Charité à Bethléem[1242]. Un peu moins de trois semaines plus tard, la réponse arrive : le candidat mis en avant, choisi parmi les diplômés les plus récents, est Barakat, préféré à un de ses anciens condisciples, parce que plus brillant[1243]. La supérieure de l'Hôpital, la soeur d'Aiguillon, part alors pour Beyrouth afin de faire passer un entretien à l'impétrant, et confirme en définitive la sélection des Jésuites qui, eux, le connaissent bien, ainsi que ses concurrents[1244]. On est bien dans une logique de clientèle, d'autant qu'il y avait également un candidat local en la personne du Dr Damiani. Le choix de nommer Barakat récompense l'allégeance de celui-ci à la France.

Jusqu'à ce point, on pourrait considérer que la FFM remplit les fonctions d'un bureau de placement pour ses meilleurs éléments dans la phase difficile des tout débuts de carrière.

1238 MAE Nantes, Beyrouth, A, 337, « Rapport sur la Faculté de médecine de Beyrouth, présenté à M. le Ministre de l'Instruction publique par M. le Docteur Caubet, Doyen de la Faculté de médecine de Toulouse, 1892 », s.d.

1239 MAE Nantes, Beyrouth, A, 132, notice d'attribution de Bourse, 1884.

1240 MAE Quai d'Orsay, CPC, Nouvelle Série, Turquie, 430, de Philippe Barakat au ministre français des Affaires étrangères, de Bethléem, 08/09/1897.

1241 Ducruet (dir.), *Op. cit.*, p. 152.

1242 MAE Nantes, Jérusalem, E, 32, de Ledoulx à Souhart, de Jérusalem, 18/07/1896.

1243 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, n°359, de Souhart à Ledoulx, de Beyrouth, 04/08/1896.

1244 MAE Nantes, Jérusalem, E, 32, de Ledoulx à Souhart, de Jérusalem, 10/08/1896

Toutefois, la relation est à double sens, et les médecins issus de la FFM sont sollicités pour contribuer à au travail des Jésuites sur le terrain culturel et savant. Ainsi, Barakat multiplie les articles médicaux, généralement sans grande portée scientifique, dans la revue savante que les Jésuites publient en arabe, *Al-Machreq*. Vu l'écart entre la matière érudite des autres articles et les papiers proposés par Barakat sur le surpoids, la mauvaise haleine ou le mal de tête, il s'agit de toute évidence d'une démarche visant à se rendre visible et utile à ses patrons[1245]. Dans le même temps, Barakat publie à l'occasion dans une autre revue de langue française destinée à un lectorat ottoman, *La Médecine orientale*[1246], ce qui indique un élargissement de son réseau. Il semble en tout cas qu'il se détache progressivement des jésuites pour jouer plus activement que naguère le jeu de la France, qui le récompense en 1908 en le faisant officier d'académie[1247].

En se distanciant de ses patrons initiaux, il illustre la nécessaire adaptabilité des carrières médicales, avec des changement de soutiens et de réseau, et changement de localisation, de ville ou ville, de province en province, ou de pays en pays. Les praticiens ne peuvent établir des plans de carrière bien nets, car l'aléa ou l'histoire viennent brouiller les pistes. Il y a néanmoins une régularité certaine des formes que prennent les trajectoires professionnelles prises de bout en bout.

B – D'importantes mobilités professionnelles

1 - Une destination le plus souvent temporaire

Les médecins installés dans le sud du bilād al-Šām y restent majoritairement pour une durée limitée. Tout se passe comme si cette installation n'était, le plus souvent, qu'une étape

1245 De 1898 à 1908, il publie huit articles dont le ton est le plus souvent emprunté à celui d'un médecin de famille, et dont la substance tient largement des conseils d'hygiène et des règles de vie, à ses patients ou à son lecteur, comme si ce dernier était était l'un d'eux. Les sujets ont le plus souvent trait à des pathologies légères, mais il s'intéresse aussi à des sujets plus austères comme la peste : « *Kayfa naḍmaru al-samān ?* »[Comment éliminer le surpoids ?], in *Al-Machreq*, 1ère année, n° 7, 01/04/1898, pp. 314-316 ; « *Al-baḫar* » [La mauvaise haleine], in *Al-Machreq*, 2ème année, n° 20, 15/10/1899, pp. 920-922 ; « *Al-ṣudā' aw waj' al-ra'ṣ* » [Le mal de tête], in *Al-Machreq*, 4ème année, n° 5, 01/03/1901, pp. 212-214 ; « *Al-kutām aw al-qabḍ* » [La constipation], in *Al-Machreq*, 5ème année, n° 2, 15/01/1902, pp. 59-63 ; « *Nawm al-qā'ilah* » [Les paroles dans le sommeil], in *Al-Machreq*, 10ème année, n° 4, 15/02/1907, pp. 154-158 ; « *Al-'ilāj bi'l-*nūr » [La photothérapie], in *Al-Machreq*, 1ère année, n° 9, 01/05/1898, pp. 385-390 ; « *Man yamūtu faj'atan?* » [Qui meurt de mort subite ?], in *Al-Machreq*, 1ère année, vol. n° 21, 01/11/1898, pp. 980-986 ; « *Al-ṭā'ūn* » [La peste], in *Al-Machreq*, 2ème année, vol. n° 10, pp. 447-448.

1246 Philippe Barakat, « Statistique relevée à l'hôpital français de Bethléem », in *La Médecine orientale*, 1901, pp. 549-557.

1247 *BAAEFFM*, Vol. 2, 1909-1910, p. 25.

dans la carrière, et conçue comme telle. Pour trancher la question, nous avons voulu savoir combien de médecins restaient dans la région et combien, dans la dernière localisation que nous leur connaissions, sont partis ou repartis. Un tel calcul est délicat. En premier lieu, si nous prenons en considération la dernière installation enregistrée pour déterminer le lieu de fin de carrière, nous sommes toujours suspect d'effacer une partie de la mobilité des individus. Un tel calcul nous donne 90 médecins expatriés avant la fin de leur carrière, contre 141 dont la dernière apparition dans nos sources est dans le sud du bilād al-Šām (soit 39% et 61% respectivement) ; mais pour un grand nombre de ces derniers, c'est aussi la seule mention rencontrée.

Pour évaluer la validité de ces résultats, nous avons calculé la moyenne des durées, non d'installation dans la région à proprement parler, mais de séjour *a minima*, car dans un certain nombre de cas nous perdions la trace des praticiens en cours de carrière, et obtenu un chiffre s'établissant entre 10 et 11 ans. Sur cette base de 10 ans, nous trouvons que 73 médecins ont à coup sûr fait un séjour professionnel plus court – soit, dans l'immense majorité des cas, qu'ils soient repartis, soit qu'ils soient décédés dans la région. 78 autres sont restés plus longtemps ; comme 96 cas sont indéterminés, cela signifie que pour les 151 cas pour lesquels nous pouvons trancher la question, 48 %, soit près de la moitié, sont restés actifs moins de 10 ans dans le sud du bilād al-Šām. Une légère majorité des médecins seulement s'installe pour une période longue ou assez longue. Comme l'installation et la constitution d'une clientèle ont un coût en temps et en argent, ce fait soulève la question, abordée plus loin, du type de fonction qu'eux et leurs confrères qui restent un temps relativement bref remplissent. Dans l'immédiat, le résultat renforce notre thèse, selon laquelle une bonne partie, sinon la grande majorité des praticiens ne font qu'un passage temporaire dans la région.

Au vu cette moyenne, nous avons considéré comme restant dans le sud du bilād al-Šām ceux-là seuls qui y sont morts ou installés depuis plus de dix ans lors de la dernière référence faite à eux. En outre, nous avons distingué les déplacements qu'on pouvait considérer comme circonstanciels, en particulier les affectations militaires, de ceux qui apparaissaient définitifs, comme les réinstallations en Egypte, en France ou aux Etats-Unis. Dans l'ensemble, ces précautions augmentent fortement le nombre de cas indéterminés – lequel s'établit à 89 – mais laisse néanmoins voir une tendance claire : les médecins tendent à ne pas rester dans le sud du bilād al-Šām. Parmi les 156 cas déterminés, 90 quittent la région tandis que 66 y restent, soit respectivement 58% et 42%. Par rapport aux chiffres bruts donnés au paragraphe précédent, la proportion est presque exactement inversée.

Pour caractériser les mobilités observées, croisons les informations sur la durée

d'installation et sur la localisation du terme de la trajectoire, avec plusieurs variables susceptibles d'être significatives. Commençons par le lieu de naissance, notre premier indicateur de migration, et classons les trois échelles de définition de l'origine géographique utilisées plus haut (sud du bilād al-Šām, reste de l'Empire ottoman, reste du monde). Le tableau n° 10, qui en découle, ne fait pas ressortir une articulation forte entre ces deux variables – $p(\chi^2,v)= 0,14$, ce qui est peu significatif – et se révèle assez peu inclusif par rapport à la base de données de départ (109 cas sont indéterminés), mais il illustre des tendances intéressantes. La première est celle des natifs du sud du bilād al-Šām à faire une longue carrière dans leur région d'origine, dans un rapport de deux pour un individu partant avant 10 ans d'activité professionnelle. La seconde est au contraire, la tendance majoritaire des natifs de l'Empire ottoman, parmi lesquels les habitants des régions voisines sont majoritaires, à faire un passage relativement bref. Entre ces deux pôles, les natifs du reste du monde constituent une population en apparence intermédiaire.

Lieu de naissance	Durée de l'installation dans le sud du bilad al-Sham		Total
	Inférieure à 10 ans	Supérieure à 10 ans	
Echelle 1	9	18	27
Echelle 2	20	14	34
Echelle 3	38	40	78
Total	67	72	139

Tableau n° 10 : durée a minima de l'installation dans le sud du bilād al-Šām en fonction de l'origine géographique.

Il est intéressant de comparer ce dernier tableau avec celui reliant l'origine géographique et la localisation du terme de la carrière (tableau n° 11). Cette dernière mise en relation est légèrement plus pertinente que la précédente ($p(\chi^2,v)=0,1$), sans être très étroite. On y trouve cependant des tendances qui semblent difficiles, à première vue, à concilier avec les résultats sur la durée de séjour – et ce d'autant que notre définition du terme de la carrière se fonde en partie sur la prise en compte du temps passé dans la région. Pour les natifs du cru, la tendance à rester dans la région plus longtemps que la moyenne des praticiens se double d'une propension, majoritaire là encore mais dans une bien moindre mesure, à rester dans la région. On a alors affaire à un profil de carrière rigoureusement local, à l'exception de la phase d'apprentissage professionnel. De la même manière, il y a congruence entre le fait que les natifs de l'Empire ottoman restent en général pour une relativement courte période dans le sud du bilād al-Šām, et leur nette tendance à aller continuer et finir leur trajectoire professionnelle ailleurs. C'est pour les natifs du reste du monde – soit, rappelons-le, essentiellement des médecins occidentaux – que la comparaison est instructive. D'un côté, en

effet, cette population tend, à une très légère majorité, à rester plus longtemps que la moyenne dans la région. De l'autre, une majorité très nette de ses membres, dans un rapport de 2 pour 1, quitte la région, soit pour se rapatrier, soit pour reprendre leur carrière sous d'autres cieux. Ce hiatus brise le masque d'unité que notre système de classification avait imposé à ces médecins. Il nous conduit à introduire une pluralité de motivations derrière les profils de carrière, et à partir de là, à relire les divergences de types de trajectoires qui se dessinent entre les différentes catégories d'origine géographique.

	Dans le sud du bilad al-Sham	Hors du sud du bilad al-Sham	
Echelle 1	15	11	26
Echelle 2	14	23	37
Echelle 3	26	49	75
Total	55	83	138

Tableau n° 11 : localisation du terme de la carrière en fonction de l'origine géographique.

Un indice significatif ($p(\chi^2,v)$=0,08) de cette diversité est contenu dans cette donnée identitaire que constitue la confession religieuse, lorsqu'on la met en relation avec la fin de carrière (tableau n° 12). L'analyse des différences carrées réduites montre que juifs et catholiques ont des comportements très spécifiques du point de vue de la carrière. Les premiers s'installent majoritairement de façon définitive, contre la tendance globale de notre population à s'expatrier ; les seconds suivent de façon accentuée la propension à aller travailler ailleurs. Les conditions du recrutement, et notamment l'importance de l'idéologie sioniste dans celui-ci, contribuent largement à rendre compte de ces écarts statistiques.

Confession	Fin de carrière...		Total
	Dans le sud du bilad al-Sham	Hors du sud du bilad al-Sham	
Catholiques	7	22	29
Protestants	26	35	61
Chrétiens divers	10	14	24
Juifs	20	15	35
Musulmans	1	0	1
Autres	0	3	3
Indéterminé	2	1	3
Total	66	90	156

Tableau n° 12 : localisation du terme de la carrière en fonction de la confession religieuse.

Plus significative encore ($p(\chi^2,v)$=0,02) est la mise en relation de la confession et de la durée d'installation (tableau n° 13), qui apporte d'autres enseignements. Au vu des différences carrées réduites, ce sont ici les comportements des catholiques et des protestants qui sont les

plus remarquables. Les premiers, enclins à quitter le pays, le font en outre précocément. Ce sont eux qui se conforment le plus clairement à un modèle carriériste d'installation brève, en guise de tremplin professionnel. Les seconds, au contraire, adoptent le comportement le moins conforme au suivi d'un plan de carrière, puisqu'ils finissent majoritairement leur carrière ailleurs, après être restés longtemps et s'être ainsi implantés dans la région. Ils n'ont du reste dû la quitter, bien souvent, que dans les circonstances de la Première guerre mondiale.

Confession	Durée de l'installation dans le sud du bilad al-Sham		
	Inférieure à 10 ans	Supérieure à 10 ans	Total
Catholiques	20	9	29
Protestants	23	38	61
Chrétiens divers	14	11	25
Juifs	11	19	30
Musulmans	1	0	1
Autres	3	0	3
Indéterminé	2	1	3
Total	74	78	152

Tableau n° 13 : durée a minima de l'installation dans le sud du bilād al-Šām en fonction de la confession religieuse.

Illustrons ces dernières remarques. La volatilité du personnel médical catholique est spécialement manifeste dans le cas des médecins français de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem. Ces derniers sont, de façon automatique, médecins du gouvernement français dans la Ville sainte, et largement rétribués en comparaison de leurs collègues des autres hôpitaux français de la région. Les clauses de leur contrat ont un effet pervers sur la qualité du service médical ; en effet, le partage du salaire sur une période allant jusqu'à six mois avec le médecin intérimaire qui les remplace le cas échéant, les encourage à faire précéder leur démission de la période la plus longue possible de congés[1248]. En cas de difficultés à endurer le climat ou d'incompatibilité d'humeur avec les religieuses qui tiennent l'hôpital, une longue période d'entre-deux précède la nomination d'un nouveau titulaire. C'est ce qui arrive avec les Drs Rück, La Bonnardière et Tissot ; et en 1913, lorsque le Dr Drouillard, son successeur, se trouve en délicatesse avec son personnel et demande une affectation dans un autre hôpital français, un diplomate se lamente de l'impossibilité quasi-structurelle à trouver des médecins capables de rester jusqu'au bout de leurs engagements, comme cela avait été le cas des Drs Sabadini, de Friess et Mauchamp. La multiplication des congés, pour maladie ou en préambule à un départ définitif, ruine dans les années 1900 la réputation de l'hôpital auprès de la population locale, d'autant que les relations sont régulièrement mauvaises entre les

1248 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 430, d'Amédée de Piellat, à Pichon, de Diémoz, 23/08/1908.

religieuses qui assurent le service infirmier et les médecins intérimaires étrangers[1249].

La comparaison de ce type de comportement avec celui des médecins protestants, révèle une différence foncière dans les modes de recrutements des uns et des autres. Tandis que ces derniers sont engagés comme missionnaires, et censés sacrifier leurs intérêts personnels à la fin supérieure que représente l'évangélisation, les premiers sont engagés sur un poste aux fonctions définies, au titre parfois ronflant, par des institutions qui se trouvent être catholiques, et qui souvent se révèlent d'abord nationales. Ce dernier type de recrutement n'inhibe pas le dévouement, mais il ne l'encourage pas non plus, alors qu'une telle disposition est un prérequis du comportement missionnaire. Cette distinction n'est pas un stéréotype : l'importance de la foi dans le recrutement des médecins pour les institutions catholiques est parfois mise en avant, mais elle est manifestement secondaire dans le cas du Dr Mauchamp, inhumé sans cérémonie religieuse[1250], ou dans celui du Dr Drouillard, décrit comme ouvertement athée[1251]. La définition de poste des médecins catholiques induit des responsabilités, mais son caractère formel ne se traduit pas systématiquement, loin de là, par un investissement personnel aussi intense que chez les missionnaires protestants. Chez ces derniers, l'implication individuelle et le caractère souvent pionnier déjà souligné ici encouragent à la longévité dans le poste, de même que l'idéal de la colonisation juive pour nombre de médecins juifs. Le type et les buts du recrutement informent le profil de la carrière.

Il n'en faut pas déduire pour autant que la trajectoire est écrite dès l'arrivée dans le sud du bilād al-Šām. Les données intermédiaires que sont la formation universitaire et le rang de première installation dans la région n'offrent pas grand-chose de pertinent à l'analyse, sinon quelques confirmations de ce qui vient d'être dit. La formation universitaire n'a pas de relation étroite avec la localisation de la fin de carrière ($p(\chi^2,v)$=0,37). Elle est très probablement liée ($p(\chi^2,v)$=0,02) avec la durée d'installation dans le sud du bilād al-Šām (Tableau n° 14), mais l'analyse des différences carrées réduites montre que le seul comportement notablement atypique est celui des anciens étudiants de la FFM, qui ont une tendance spécialement forte à partir après relativement peu de temps. Il est très ressemblant à celui des praticiens catholiques, et notamment des responsables des institutions françaises. Il se trouve d'ailleurs un certain nombre de médecins d'hôpitaux français de la région parmi ces diplômés de la faculté des jésuites. Dans la mesure où le personnel de la FFM et les responsables français ont tendance à encourager, dans leurs discours, la mobilité sociale et géographique des anciens élèves de cette institution, on doit conclure que ces derniers les prennent au mot quand ils

1249 MAE Quai d'Orsay, CPC, NS Turquie, 430, d'Outray, à Pichon, de Jérusalem, 20/02/1908.
1250 Katz, *Op. cit.*, p. 25.
1251 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°38, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 16/04/1913.

vont s'installer dans le sud du bilād al-Šām. Du point de vue des diplômés de la FFM comme de celui des médecins français, cette région n'est pas un environnement de travail très attractif et n'est généralement pas au centre des plans de carrière. Les diplômés de la FFM, majoritairement chrétiens et plus précisément catholiques, souvent natifs de Beyrouth et de la montagne libanaise, ont des ambitions plus locales, en retournant à leur village d'origine, ou plus larges, et vont parfois en Egypte et jusqu'en France ou dans les colonies de ce pays.

Formation	Durée d'installation	dans le sud du bilâd al-Shâm	
	Inférieure à 10 ans	Supérieure à 10 ans	Total
EIM	1	2	3
Le Caire	1	0	1
SPC	15	23	38
USJ	20	6	26
Reste du monde	37	44	81
Total	74	75	149

Tableau n° 14 : durée a minima de l'installation dans le sud du bilād al-Šām en fonction de la formation universitaire.

Les relations entre le rang de première installation dans la région et la localisation de la fin de carrière ou la durée de l'installation sont moins éclairantes encore. Dans les deux cas, il n'y a pas de relation significative (respectivement $p(\chi^2,v)$= 0,49 et $p(\chi^2,v)$=0,97). Contrairement aux stratégies des médecins pour assurer leur lancement dans la carrière, qui ramènent un certain nombre d'entre eux au pays natal ou les maintiennent dans l'orbite de la faculté, il n'y a pas de lien évident, mais au contraire une grande variété de possibles, entre les débuts et la fin de carrière. Cela ne revient pas à dire que les profils de mobilité soient aléatoires, bien au contraire. Toutefois, avec les temps, les stratégies se diversifient et les circonstances individuelles cessent d'être complètement corrélées à la définion des individus par leurs origines.

2 - Les profils de carrière

Les données accumulées confortent l'image d'un groupe de praticiens mobiles, selon une dynamique qui est décrite ici et là comme la résultante d'une médecine universitaire en expansion. Pour les natifs de l'Empire ottoman, on évoque aussi un tempérament national syrien qui porte, d'une installation l'autre, au cabotage professionnel, et parfois au voyage au long cours. De notre point de vue, la décision de rester sur place est au moins aussi intéressante que celle de se relocaliser. En considérant que toute notre population opère au

moins une mobilité durable dans sa carrière, soit pour aller faire ses études, soit pour se rendre sur le terrain, il nous revient d'examiner ce qui rend la mobilité possible, quoique intrinsèquement onéreuse, et ce qui rend notre région plus ou moins attractive pour un médecin. Ces deux questionnements sont inséparables de celui de savoir si les médecins poursuivent des objectifs de carrière bien déterminés. Pour des jeunes gens éduqués, et *a fortiori* pour des personnes issues du monde universitaire européen, il est peu douteux que le sud du bilād al-Šām n'a que peu d'attraits. La correspondance du Dr Mauchamp avec le Consul Général de France à Jérusalem avant qu'il ne vienne prendre son poste dans cette ville en pleine transformation sociologique et culturelle, illustre ce qui rend la Ville sainte moins attractive pour les Occidentaux que Beyrouth : elle ne compte ni théâtre, ni société intellectuelle intéressante, et elle est relativement chère à vivre[1252]. Un tel avis repose sur les présupposés d'une économie de la culture et du divertissement, et sur des exigences de mode de vie, qui définissent ce que peut être l'attractivité d'une ville ainsi qu'on la conçoit en Europe à l'époque. Toutefois, on trouve des expressions de même rejet chez des natifs de l'Empire ottoman, pour des motifs différents. A ce compte, s'installer et rester dans le sud du bilād al-Šām représentent un effort pour bon nombre de médecins originaires d'ailleurs. Si nous distinguons les formes de mobilité, ainsi que les désirs et les motivations qui les sous-tendent, nous devons présenter et différencier les motifs de aussi ceux qui restent.

Comment caractériser les migrations des médecins ? Quels sont les facteurs de fixation dans la région, d'émigration, voire de réémigration ? Charles Tilly retient quatre types de migrations – qui ne sont pas mutuellement exclusifs – en fonction de l'organisation sociale qui entoure la mobilité[1253]. Le premier est celui des migrations locales, définies par un critère de contiguïté avec le marché vers lequel le migrant se dirige. Il bénéficie alors d'une familiarité avec son lieu d'arrivée et avec les possibilités qui s'y présentent ; partant, il est mieux armé pour anticiper sa carrière. Le deuxième type est celui des migrations circulaires. Tilly leur attribue deux critères principaux, le retour prévu au point de départ et l'organisation de l'installation, qui prévoit notamment une prévision sur la durée du séjour dans le pays d'immigration. En troisième, viennent les migrations par filière [*chain migration*], qui impliquent que plusieurs personnes connaissent une migration selon des modalités similaires, ainsi qu'une organisation de la migration et l'information des migrants par des acteurs installés au point d'arrivée. Enfin, les migrations de carrière sont caractérisées par leur caractère « plus ou moins définitif » et par leur dimension de réponse à une offre professionnelle, permettant

1252 Katz, *Op. cit.*, p. 37.

1253Charles Tilly , « Migration in modern European history », cité in Anthony M. Messina & Gallya Halav, *The Migration reader. Exploring politics and policies*, Boulder / Londres, Lynne Rienner Publishers, 2006, pp. 127-128.

peu ou prou une ascension sociale. Ce dernier type correspond le plus souvent aux migrations de diplômés, dans la mesure où elles reposent sur une définition de poste, et donc sur un profil de compétence déterminé avant la migration. Toutefois, les migrations circulaires et par filières sont également d'un intérêt particulier pour nous : elles sont, chacune à leur manière, congruentes avec l'hypothèse que l'ethnolocalisme et la possession de codes culturels par les médecins inclinent leurs trajectoires. Quant aux migrations locales, elles posent la question de savoir jusqu'à où on situe la proximité, et même la contiguïté géographique, avec la destination de migration. Faut-il avoir déjà des relations établies avec les habitants de l'endroit ? Une certaine initimité avec des faits, par exemple culturels, du lieu d'arrivée ne constitue-t-elle pas un atout pour le médecin qui veut s'implanter ? La différence entre les migrations locales et celles qui ne le sont pas n'est pas simplement question d'éloignement physique, mais de degré d'intimité avec la localité vers laquelle se dirige le migrant. Notre hypothèse est que toutes ces caractéristiques entrent dans la définition des types de mobilité observés, mais elles ne suffisent pas à en rendre compte pleinement. La mobilité, dans le cas qui nous intéresse, est principalement de l'ordre de la carrière. Elle fait cependant intervenir de façon cruciale des phénomènes de filière, définis moins autour de connaissances communes et de réseaux d'information, qu'en fonction de critères d'appartenance religieuse, de fidélité nationale, et d'engagement idéologique.

a - Enracinement, circularité, émigrations et immigrations

Nous avons jusqu'ici abordé la question de l'allure générale des trajectoires individuelles d'une façon indirecte, en reliant le lieu de naissance, l'arrivée dans le sud du bilād al-Šām et la fin de carrière deux à deux, sans vue globale sur le profil de la carrière. Poussons un pas plus loin la formalisation statistique de cette description sommaire des parcours : toute notre population de médecins se caractérise par une donnée fixe, son activité professionnelle, même très temporaire, dans la région étudiée. En adoptant l'un ou l'autre des deux systèmes de découpage régional présentés ci-dessus, on peut comparer le lieu de naissance et celui de fin de carrière. Ainsi, autour du point fixe que constitue le passage dans le sud du bilād al-Šām, on peut caractériser cinq grandes possibilités de parcours :

- la première, pour laquelle les trois étapes sont situées dans le même espace (naissance, installation professionnelle et fin de carrière dans le sud du bilād al-Šām), traduit une forme d'enracinement.

- La deuxième (naissance et fin de carrière dans une même région hors du sud du bilād al-Šām, avec installation professionnelle temporaire dans cette dernière région) rappelle le modèle de circularité évoqué par Tilly, sans inclure nécessairement l'idée que le retour au pays d'origine soit inscrite dans les conditions d'embauche dans la région d'installation temporaire. Le champ ainsi ouvert est extrêmement vaste, car il couvre toute la distance qui peut séparer des contrats de courte durée, voire d'intérim, de l'installation durable dans une région, suivie d'un retour au pays par attachement familial ou mémoriel, ou encore par convenance personnelle. La décision de retourner au pays d'origine pose doublement question, car elle articule ensemble les raisons de l'installation sous d'autres cieux et les motivations du retour. La ré-émigration en direction du pays natal, planifiée ou souvent rêvée, n'est pas une réalité systématique ; lorsqu'elle est désirée, elle n'est pas toujours menée à bien, et dans d'autres circonstances, elle est tentée mais le retour est un échec, qui amène un nouveau déplacement.
- Le troisième profil de mobilité (naissance dans une région hors du sud du bilād al-Šām, installation définitive dans ce dernier espace) peut être caractérisé comme celui de l'intégration locale. Toutefois, gardons-nous d'uniformiser les parcours : ici aussi, les motivations et les circonstances de la mobilité et de l'installation sont très diverses, car il faut faire une place aux imaginaires migratoires aussi bien qu'aux réalités de terrain. Entre autres possibilités d'explication, c'est le profil migratoire espéré par les sionistes. De ce point de vue, il exprime à la fois la réalisation d'un désir collectif de s'installer dans la région, et les modalités de la colonisation qui, entre autres aspects, rendent possible et nécessaire la relocalisation définitive de médecins diplômés dans cet espace. Pour être rétrospectivement la plus visible, cette migration n'est pas la seule à prendre en considération, car ce profil n'est pas exclusivement celui des sionistes. L'intégration locale du praticien ne se fait pas toujours en aparté, dans le cadre d'un peuplement immigré physiquement à l'écart des autochtones. Toutefois, il dénote l'existence ou la constitution de circonstances locales favorables, dans lesquelles une pratique médicale viable peut perdurer.
- La quatrième trajectoire possible (naissance dans une région hors du sud du bilād al-Šām, installation professionnelle dans ce dernier espace, fin de carrière dans une troisième contrée) que nous appelerons, faute de mieux, migration redoublée, n'est pas plus transparente. Conséquence d'une succession de recrutements temporaires, constat d'échec ou au contraire modalité d'ascension sociale, la mobilité répétée ne peut être

interprétée, à travers les outils que nous avons mis en place, que sur un mode négatif. Elle n'est pas un indice d'intégration locale, même pour le médecin qui rencontre le succès. Le terme géographique de la carrière peut éclairer les motivations du praticien, mais il apparaît que le recrutement comporte une dose non-négligeable de hasard. La trajectoire multimigratoire peut être ascension sociale comme elle peut être, au contraire, dérive.

- Dernière possibilité, la trajectoire que nous décrirons comme émigration professionnelle (naissance et installation dans le sud du bilād al-Šām, puis fin de carrière en dehors de la région) est celle qui est marquée par une rupture avec le pays natal dans le courant de la vie active. Là encore, on n'a pas affaire à un parcours univoque du point de vue de la mobilité sociale ; en revanche, elle semble bien traduire une insatisfaction en termes de possibilités locale de carrière ou de situation de fortune.

En effectifs, deux profils dominent nettement (cf Tableau n° 15), celui des migrations redoublées et celui des mobilités circulaires. Les données témoignent manifestement de lacunes de la documentation au vu de la déperdition (137 individus indéterminés). De fait, la marge d'indétermination par rapport à la population totale des médecins diplômés recensés est plus grande, du fait que les exigences pour l'identification des trajectoires sont sensiblement accrues. Nos outils tendent à réduire singulièrement la proportion des médecins qui finissent leur carrière dans le sud du bilād al-Šām (30% ici, contre 42% plus haut) ; de fait, nous avions posé un ensemble de conditions pour déterminer que la fin de carrière se faisait dans la région, que nous ne posions pas pour affirmer, inversement, qu'une trajectoire s'était terminée ailleurs. Par suite, les données englobant la fin de carrière en dehors de la région sont certainement surévaluées par rapport à celles reflétant le poids des attaches locales dans la vie professionnelle. Dans cette mesure, la force des trajectoires empreintes d'ethnolocalisme (enracinement et mobilité locale, mobilité circulaire) est d'autant plus significative. Pareillement, il est remarquable que l'intégration locale soit nettement moins fréquente que les migrations redoublées, comme s'il n'était pas facile ou pas intéressant professionnellement de fixer sa carrière dans le sud du bilād al-Šām. L'ethnolocalisme est un atout pour la carrière, ce que tend à montrer la faible importance de l'émigration professionnelle : les natifs de la région ne la quittent que relativement rarement pour aller exercer le même métier ailleurs.

Profil de trajectoire	Effectifs	Proportion en pourcentage des trajectoires identifiées
Enracinement et mobilité locale	15	13,64
Mobilité circulaire	33	30
Intégration locale	18	16,36
Migration redoublée	34	30,91
Emigration professionnelle	10	9,09
Total	110	100

Tableau n°15 : profils de trajectoire des médecins diplômés actifs dans le sud du bilād al-Šām entre 1871 et 1918, définis en fonction des lieux de naissance et de fin de carrière.

Ces chiffres ne sont qu'indicatifs. Les catégories distinguées à partir de cette démarche ne peuvent être considérées comme une transposition directe des types de parcours distingués plus haut, en particulier parce que les conditions contractuelles de l'embauche, ou les circonstances dans lesquelles un médecin choisit d'ouvrir sa pratique quelque part sont trop rarement détaillées dans la documentation pour cela. Quand même elles le seraient, les raisons de partir ou de rester ne seraient jamais unes, ni généralisables à tout un groupe homogénéisé par un outil statistique.

Notre définition de l'enracinement ou des mobilités locales, fondée sur quelques points de la carrière, est très approximative. Immobilité et mobilité locale sont deux catégories entre lesquelles il n'y a pas de solution de continuité, en raison des modalités itinérantes du travail des médecins diplômés. Quand les médecins s'émerveillent de voir des patients venus d'outre Jourdain ou de Damas se présenter à leur consultation, il est légitime de relativiser le caractère « local » des déplacements à l'intérieur de la région de notre étude. Cependant, l'espace ottoman connaît bel et bien, pendant la période qui nous intéresse, une réduction des distances-temps nécessaires pour le parcourir, en raison de la multiplication des chemins de fer. De plus, les médecins tendent à posséder, autant qu'il est possible, des chevaux. La mobilité de leur activité nécessite souvent un tel investissement, qui altère la définition du mot « voisinage ». Il est vrai que vers 1912, l'expédition à cheval que le Dr Drouillard fait depuis Jérusalem, en solitaire, pour aller sauver le père Jaussen tombé malade à l'est du Jourdain, passe encore pour un exploit méritoire aux yeux du Consul de France[1254]. L'espace s'est contracté pour les médecins comme pour tous les résidents de la région, mais non pas dans toutes les directions. Si toutefois l'on tient compte de la relative rareté des médecins diplômés dans cette partie de l'Empire, il ne paraît pas illégitime de rapprocher nos catégories du local et celles dont peuvent user des historiens des migrations munis d'une documentation plus

1254 MAE Quai d'Orsay, CPC Nouvelle Série, Turquie, 430, note interne du MAE, par E. Clandry, de Paris, 02/10/1912.

riche.

L'ambiguïté des profils de trajectoire n'est pas totale, bien entendu, mais pour éclairer les cas individuels, il faut généralement au moins ajouter deux dimensions contextuelles : le cadre familial et la dimension institutionnelle de l'embauche. Le premier critère est, selon la « nouvelle économie des migrations », l'unité d'analyse pertinente pour rendre compte des décisions d'émigrations, parce qu'il correspond à une échelle de gestion collective des risques en l'absence de solidarités économiques fondées sur un nombre plus étendu de participants, à l'intérieur d'une branche d'activité, d'une classe sociale ou d'une nation par exemple[1255]. A condition de compléter cette approche par la prise en considération des phénomènes institutionnelles influant sur les carrières, cette démarche est intéressante et adéquate pour rendre compte d'une population elle-même impliquée dans la gestion des risques collectifs, un groupe social en formation autour de la définition d'un de ses attributs (le diplôme) mais dans la division, reflétée par les différences de profils professionnels. En effet, les médecins diplômés entendent exercer dans la légitimité, ce qui les unit contre les praticiens d'autres formes de médecine, et face à la clientèle ; mais ils se séparent sur les types de postes qu'ils occupent. En travaillant dans des cadres allant du médecin de famille, natif du cru ; ou implanté à la manière du Dr Barakat, au médecin au service d'une institution bureaucratique ou de l'embryon de système d'assurance-maladie dans le mouvement sioniste ouvrier, les diplômés installés dans le sud du bilād al-Šām sont partie prenante d'une transition en cours. A long terme, les filières qui se dégagent de la population des médecins transforment le champ médical dans le sens d'une institutionnalisation. Cette mutation doit beaucoup à l'activisme d'organisations politiques et religieuses, qui façonnent des secteurs médicaux distincts (caritatif, bureaucratique et assurantiel), et à l'encouragement familial à s'insérer dans cet environnement professionnel en mutation.

b - L'environnement familial

Les données recueillies sur la situation familiale des médecins installés dans le sud du bilād al-Šām ne sont pas probantes d'un point de vue statistique. Sur une base qualitative, deux questions méritent d'être posées : quelle incidence, comme atout ou comme contrainte, l'appartenance familiale a-t-elle sur la mobilité des médecins à travers leur carrière ? Si semblable influence s'observe, quelle est la définition de référence du cadre familial dans

1255 Diygkas S. Massey, Joaquin Arango, Graeme Hugo, Ali Kouaouci *et al.*, « Theories of international migration : a review and appraisal », in Messina & Lahav, *Op. cit.*, pp. 38-40.

lequel elle s'exerce ?

On peut trouver dans les origines familiales des prédispositions et une assistance pour trouver un poste. Les missionnaires protestants sont spécialement sensibles, au moment du recrutement, aux liens du sang qui attachent leur personnel médical indigènes aux congrégations locales : les différentes sociétés britanniques et allemandes font jouer d'elles-mêmes le facteur familial au profit des Drs Ḥalīm Abū Raḥmah, fils d'un membre éminent de la congrégation protestante de Šifā' 'Amr[1256], Šukrī Būṭājī, fils d'un pasteur protestant[1257], Tawfīq Canaan, fils du pasteur luthérien de Bayt Jalā[1258], Waḍī' Ibrāhīm Ḥaddād, fils d'un pasteur protestant[1259], Dāwūd Kātibah, fils du pasteur protestant de Yabrūd, sur les contreforts de l'Antiliban[1260], Naṣīf Qa'war, fils d'un pasteur protestant de Galilée[1261], Jamīl Ṭaqṭaq, fils d'un orthodoxe converti au protestantisme, faisant office de prête-nom pour les opérations foncières de la mission CMS de Naplouse[1262], ou encore Ibrāhīm Zu'rub, frère du catéchiste protestant de Šifā' 'Amr[1263], installé à Salt où un autre membre de la famille, déjà présent sur place, l'assiste comme pharmacien de la mission[1264]. Au total, un tiers des médecins missionnaires protestants autochtones, soit 8 sur 24, sont repérés comme attachés familialement à des piliers des congrégations protestantes locales. La faiblesse numérique des effectifs du protestantisme proche-oriental limite certes le bassin de recrutement, mais elle crée les conditions d'une évangélisation et d'une pastorale dans lesquelles les jeux inter- et intrafamiliaux sont inévitables et indépassables.

Les missionnaires font attention aux origines de leurs employés autochtones parce que celles-ci sont à la fois une garantie et comme une contrainte : le risque serait de négliger, dans le processus de recrutement, des familles entières impliquées dans la vie des congrégations et le fonctionnement des missions. Aussi les exigences de la famille sur la carrière du médecin sont-elles prises en compte par les missions, conscientes du pouvoir de nuisances de celles-là. Lorsqu'en 1911, le Dr Dāwūd Kātibah, au service de la mission de Palestine de la CMS depuis plus d'une dizaine d'années, demande à rentrer dans sa région natale, c'est en partie en raisons personnelles – il a 38 ans, et veut commencer une carrière en pratique privée que ses postes

1256 « Palestine mission. Salt », in *Mercy and Truth*, n°217, 07/1914, pp. 211-212.
1257 CMS G 3 P/O 1882/82, de J.R.L. Hall, 14/08/1882.
1258 Nashef (éd.), *Op. cit.*, p. 9.
1259 American University of Beirut / Library Archives, *Al-Kulliyeh*, Vol. XV, n°5, 03/1929, p. 137.
1260 American University of Beirut / Library Archives, « Alumni news », in *Al-Kulliyeh*, Vol. IV, n°6, 04/1913, pp. 174.
1261 CMS G 3 P/O 1899/62, minutes de la conférence de la mission CMS de Palestine, de Jérusalem, 10-19/04/1899.
1262 « A letter from a Syrian doctor », in *Mercy and Truth*, n°245, 06/1917, pp. 129-132.
1263 CMS G 3 P/O 1883/83, de J.R.L. Hall au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jaffa, 28/04/1883.
1264 CMS G 3 P/O 1883/87, de T.F. Wolters, au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, 25/04/1883.

missionnaires ont préparée – mais aussi sur l'injonction de son père, impatient du retour de son fils[1265]. Malgré la valeur missionnaire et professionnelle du médecin, reconnue par les employés européens de la CMS, le praticien regagne rapidement son pays d'origine pour s'y installer définitivement, en pratique privée cette fois, même s'il ne semble pas avoir abandonné toute activité d'évangélisation[1266]. Sans doute l'organisation ne pouvait-elle faire obstacle à son départ, mais l'intervention de son père a manifestement compté dans le processus. Ici, la circularité de la trajectoire apparaît désirée et prévue de longue date : l'embauche du médecin par la mission a été négociée entre la CMS et le père du jeune praticien, qui décide de faire revenir son fils pour qu'il exerce son métier dans son pays natal, et en tire avantage économique ou social.

A côté de ce recrutement local, les missions protestantes britanniques embauchent en Occident un personnel européen typé. Celles-ci représentent, *volens nolens*, un protestantisme de *gentlemen*, avec ce que cela suppose de sélection par la naissance. Ce n'est pas seulement le fait de l'Eglise d'Angleterre : pour un John Cropper, anglican et juge de paix à Chestow[1267], on trouve un David Torrance, presbytérien écossais et fils d'un juge de paix, d'une lignée de chirurgiens et de pasteurs[1268]. D'une manière générale, le recrutement des missionnaires au sein de la *gentry* est désiré sans être activement recherché, si bien que Blyth observe en 1914 que la CMS a connu ce qu'il conçoit comme un déclin social pour la mission de Palestine (il qualifie les surintendants de la mission d'hommes « nettement inférieurs socialement et par l'éducation »)[1269], et qui relève d'un apparent glissement du bassin d'embauche depuis la notabilité traditionnelle vers les classes moyennes.

Le déclassement relatif dans le recrutement n'est pas anodin, car les missions sont gérées à l'économie : autant dire que les soutiens financiers récoltés par les missionnaires auprès de leur entourage sont une réalité prise en compte à l'embauche, et que l'on ne quitte pas ici le modèle de migrations familiales. L'organisation missionnaire fait écran, mais en pratique, la famille et l'entourage des médecins missionnaires participent à l'aventure que constitue leur choix de se faire missionnaire. Par rapport aux intuitions de la « nouvelle économie des migrations », la relation est inversée : les familles ne répartissent pas les prises de risque économique en plusieurs branches pour les atténuer, mais peuvent se permettre qu'un ou quelques membres fassent un choix de carrière irréductible à l'utilité économique, en

1265 CMS G 3 P/O 1911/8, de Norah Fisher à Baylis, de Naplouse, 18/12/1910.
1266 American University of Beirut / Library Archives, « Alumni news », in *Al-Kulliyeh*, Vol. 4, n°6, 04/1913, p. 174.
1267 « John Cropper : an appreciation », in *Mercy and Truth*, n°242, 03/1917, pp. 54-55.
1268 Livingstone, *Op. cit.*, pp. 10-13.
1269 J&EMF, 2232, « Notes made by Bishop Blyth for Trustees of the Bishopric, dictated and not signed », de Londres, 29/08/1914.

assumant une partie de leur budget.

En quittant le milieu des missions protestantes, le poids de la famille sur la carrière reste manifeste, à l'exemple du Dr Mauchamp soutenu politiquement dans ses demandes de poste à Jérusalem puis au Maroc par son père, ancien maire républicain de Chalon-sur-Saône[1270]. Cette dimension attire cependant moins l'attention. Est-ce coquetterie à l'égard d'un fait professionnel évident, ou au contraire valorisation d'autres qualités ? Toujours est-il que l'ingérence de la famille dans la carrière du médecin peut être à double tranchant : quelle que soit la nature des relations familiales mobilisables par le médecin, celles-ci peuvent susciter le soupçon de prévaloir sur des solidarités jugées plus légitimes.

C'est le reproche adressé au Dr Claudio Mancini. Ce dernier, sujet italien, s'est installé à Jérusalem avant 1907, date à laquelle il commence à assurer des intérims pour le Dr Tissot, médecin de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem[1271]. Parallèlement, il exerce les fonctions de médecin de la Custodie franciscaine de Terre sainte à Jérusalem[1272]. Ayant ses entrées à l'hôpital français et la faveur des Soeurs de Saint-Joseph de l'Apparition qui dirigent l'institution, il se retrouve bientôt en concurrence avec le titulaire du poste de médecin de l'hôpital, qui se sent menacé de marginalisation. Au surplus, Mancini est le gendre du Consul Général de France, Georges Outrey, et Tissot se sent donc lâché par les diplomates. A partir de cette configuration professionnelle et familiale, la rivalité se greffe à des enjeux nationaux et culturels très révélateurs du fonctionnement des institutions étrangères dans la région.

Le conflit éclate autour d'un projet de rénovation du règlement de l'hôpital présenté au ministère des Affaires étrangères le 4 février 1908, projet dans lequel Tissot voit un moyen détourné pour donner à son rival un poste régulier dans l'institution, sans revenir sur l'accord spécial qui la lie au gouvernement français, et qui prévoit la nomination du titulaire de la direction médicale de l'hôpital par ce dernier[1273]. De fait, le règlement originel de 1852 ne prévoyait pas une définition de poste rigoureuse pour le médecin en titre, et par conséquent pour ses éventuels adjoints. C'était la source de plaintes mutuelles sans fin entre titulaires du service médical et les religieuses chargées du fonctionnement de l'hôpital. Ces dernières étaient accusées d'outrepasser leurs compétences en interprétant très librement les prescriptions et en décidant elles-mêmes des médicaments à prodiguer. Elles se défendaient en arguant de l'absence répétée des médecins en titre, dont les horaires de présence n'étaient pas fixés réglementairement[1274].

1270 Katz, *Op. cit.*, p. 33
1271 MAE Nantes, Jérusalem, E, 13, n°18, d'Outrey à Stéphen Pichon, de Jérusalem, 19/04/1907.
1272 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Tissot à Pichon, de Jérusalem, 10/02/1908.
1273 MAE Nantes, Jérusalem, E, 13, d'Outrey à Pichon, de Jérusalem, 25/02/1908.
1274 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°3, d'Outrey à Pichon, de Jérusalem, 05/02/1908.

La supérieure de l'établissement, Marie-Jeanne Rumèbe (soeur Joséphine en religion), a ses propres habitudes thérapeutiques, qu'elle fait appliquer à l'hôpital. Elle conserve notamment jusqu'en France, dans le milieu des pèlerins de Terre sainte, une réputation pour ses habitudes d'herboristerie et les tisanes d'herbes cueillies, entre autres lieux sur les flancs du mont Carmel, et servies à ses patients à leur arrivée à Jérusalem. Elle est d'ailleurs connue sous le surnom de « Soeur Camomille »[1275] dans les milieux français (les Syriens écorchent en revanche son nom en « Soeur Zarzarfine »[1276]. Les traitements prodigués par les religieuses sans contrôle médical sont toutefois nettement moins bénins que ce que ce surnom suggère : des religieuses infirmières de l'hôpital français, on dit, d'après un collaborateur de l'évêque Blyth, qu'elles étaient d'une dangereuse incompétence, et traitaient les nourrissons au nitrate d'argent, non en solution (c'est à l'époque un désinfectant oculaire ordinaire[1277]), mais pur, au risque d'aveugler très rapidement les patients. On leur reproche également de proposer aux patients des régimes parfaitement inadéquats[1278]. Le problème proprement médical des praticiens en poste à l'hôpital, dans leurs relations avec les religieuses infirmières, n'est pas tant l'élément de pluralisme médical que dénote le recours aux herbes et aux tisanes du pays, que l'absence de formation adéquate, en particulier au dosage des médicaments. Il ne peut, dans ces circonstances, y avoir de principe de subsidiarité en direction des soeurs en cas d'absence du médecin en titre. La professionalisation incomplète des métiers de la santé met en danger, dans ce cas précis, la réputation du directeur médical de l'hôpital.

A cela s'ajoute une dispute sur les cadeaux en nature faits par les patients en guise de rémunération des soins : les médecins sont dans l'impossibilité de les accepter, au nom du principe de gratuité de l'hôpital ; en revanche, les soeurs ne peuvent guère refuser de telles libéralités, ce qui eût heurté la sensibilité des patients. Il y a là une adaptation à des pratiques culturelles locales : dans la médecine arabe, l'idée derrière la gratuité des soins est que la guérison vient de Dieu, non du médecin, qui ne rend donc pas un service assuré et monnayable[1279] ; le cadeau est de rigueur et tombe à point nommé pour les religieuses, mais les dons suscitent le ressentiment des médecins successifs.

Le but formel de la réforme proposée est de mettre fin, dans la mesure du possible, à

1275 Jacques Ducos, *Marie-Jeanne Rumèbe. Soeur Joséphine de Jérusalem, missionnaire en Terre sainte. Milhas-Aspet 1850 – Jérusalem 1927*, Aspet, Editions Catherine de Coarraze, 1998, pp. 25-26.

1276 Suzanne-Marie Durand, *Une Figure de Terre sainte : Soeur Joséphine de Jérusalem, 1850-1927. Fondatrice de la maison et du sanctuaire de Notre-Dame de l'Arche d'Alliance*, Paris / Fribourg, Editions Saint-Paul, 1974, p. 13.

1277 Jeanne Orfila, Doulaye Sacko, Anne-Marie Moulin *et al.*, *Rapport de synthèse de l'expertise collégiale. « Lutte contre le trachome dans les pays d'Afrique subsaharienne »*, Paris, IRD, 2006, p. 25. Je remercie Anne-Marie Moulin d'avoir bien voulu me communiquer ce document.

1278 J&EMF, 2232, « List of Bishop Blyth's foudations, with dates », s.d. [postérieur à 1919].

1279 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°3, d'Outrey à Pichon, de Jérusalem, 05/02/1908.

ces conflits, au bénéfice du responsable du service médical dont les prérogatives étaient rognées par l'ingérence des religieuses, mais qui conservaient l'entière responsabilité du devenir des patients[1280]. Il s'agit donc de faciliter la tâche aux médecins, en rapprochant le règlement d'une situation de monopole des médecins sur les actes médicaux, et en diminuant l'incidence des habitudes locales quant à l'aspect économique de l'activité médicale. C'est là l'ambiguïté de cette affaire : vu de l'extérieur, on peine à comprendre pourquoi une réforme qui vise à satisfaire les revendications des médecins successifs jusques et y compris au titulaire en poste à cette date, rencontre l'hostilité de ce dernier.

Pour Tissot, les arguments avancés sont un leurre. Le coeur de l'affaire est l'article du règlement révisé qui prévoit la création d'une place de médecin-adjoint, spécialisé dans la chirurgie, et obligatoirement diplômé d'une faculté de médecine d'Europe ; c'est une manière déguisée d'exclure le recrutement de médecins autochtones. Pour le défendre, les partisans du projet arguent de la concurrence des autres hôpitaux, en particulier de l'hôpital allemand, et de la faiblesse du service médical de l'Hôpital Saint-Louis, réduit à un seul médecin[1281]. Ces arguments sont évacués par Tissot, qui conteste la réalité de la spécialisation attribuée à Mancini en chirurgie[1282]. Le médecin en titre de l'hôpital a négocié, dans un premier temps, le contenu du projet de réforme du règlement avec le Consul Général de France, Outrey, avant d'interrompre les discussions[1283] : selon lui, le diplomate cherche à le piéger dans cette manoeuvre, afin de favoriser la carrière de son gendre[1284].

Chacun dans cette affaire voit midi à son clocher, et les deux parties présentent deux récits ordonnés selon leurs ordres propres de priorité. Tandis que Tissot retranscrit l'affaire en terme de liens familiaux au détriment des intérêts nationaux, Outrey présente la réforme du règlement comme un prérequis, demandé par le propriétaire de l'hôpital, le comte de Piellat. Le projet de ce dernier est, d'accord avec le Consul, d'établir un service spécifique de chirurgie à l'hôpital, pour soutenir la concurrence avec les autres hôpitaux de Jérusalem et notamment l'hôpital allemand. Moyennant une provision réglementaire pour définir le poste de chirurgien, il est prêt à consentir de nouveau une dépense importante[1285]. Du point de vue du Consul, l'objectif premier est de permettre à l'hôpital de se remettre à niveau sur le plan matériel. Il importe donc de faciliter le commencement des travaux en accédant aux demandes du comte. De tels arrangements reflètent les modalités arrangées de l'action diplomatique et

1280 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Tissot à Pichon, de Jérusalem, 10/02/1908.
1281 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, « Projet de règlement relatif au service médical de l'Hôpital St Louis », 04/02/1908.
1282 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Tissot à Pichon, de Jérusalem, 12/02/1908.
1283 MAE Nantes, Jérusalem, E, 13, d'Outrey à Pichon, de Jérusalem, 25/02/1908.
1284 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Tissot à Pichon, de Jérusalem, 10/02/1908.
1285 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, du comte Amédée de Piellat à Outrey, de Jérusalem, 04/02/1908.

de l'influence française dans la région, pour lesquelles les frontières entre biens et argents publics d'un côté, et initiatives privées de l'autre, ne sont pas étanches. Du point de vue de Tissot, au contraire, Outrey a circonvenu Piellat pour le convaincre de soutenir la réforme du règlement, et ce dernier s'y rallie en critiquant au passage les docteurs de la faculté de Paris, qu'il estime moins compétents en chirurgie que ceux de Rome et de Berlin[1286]. Le médecin en poste à l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem se sent directement attaqué. Le tout se double d'une coloration politique : tandis qu'Outrey puise dans le répertoire du patriotisme de droite en acceptant sans ambage la coalition de la République et du catholicisme conservateur représenté par le comte, Tissot se réclame d'un patriotisme de gauche, non moins sourcilleux sur la défense des intérêts français en Orient contre les entreprises des autres puissances européennes, mais anticlérical. On est passé d'une question de préférence familiale au conflit des deux Frances.

Si l'on fait abstraction de son conflit avec Outrey, l'argumentaire de Tissot se tient sur le fond : le projet proposé ne clarifie pas véritablement la répartition des responsabilités, mais ouvre la porte à des nominations embarrassantes par le comte de Piellat et Soeur Joséphine. Comme l'hôpital n'appartient pas à la France, le ministère des Affaires étrangères temporise néanmoins, de peur que Piellat, peu ami de la République, ne choisisse de changer d'allégeance nationale quant à la gestion de l'hôpital ; mais néanmoins, la diplomatie s'efforce d'éviter la nomination d'un médecin étranger, en particulier italien, à l'Hôpital Saint-Louis[1287]. De son côté, le médecin titulaire joue, contre l'influence familiale, la corde du patriotisme et de l'anticléricalisme auprès de ses relais au ministère des Affaires étrangères et dans la presse française[1288], alors que la loi de séparation de l'Eglise et de l'Etat de 1905 a entraîné par ricochet un rapprochement du Vatican et du royaume d'Italie contre la France au sujet des oeuvres de Terre sainte. Le sujet des entreprises italiennes dans la région est devenu très sensible au Quai d'Orsay, et contribue à augmenter l'importance accordée à ce conflit.

Ce n'est pas que Tissot répugne à mobiliser sa famille ou ses appuis. Il a eu recours, le 18 janvier 1908, soit une quinzaine avant l'envoi du projet de nouveau règlement, à l'entremise d'un cousin employé au ministère des Affaires étrangères, pour préparer le terrain et désamorcer la manoeuvre qu'il anticipait dans les projets de ses adversaires ; on apprend du même coup que Tissot a été recruté sur la recommandation de Stéphen Pichon, avant que celui-ci ne devienne ministre des Affaires étrangères, et c'est en fait sur ce dernier que Tissot

1286 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Tissot à Pichon, de Jérusalem, 12/02/1898.

1287 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, note interne d'un auteur inconnu employé au ministère français des Affaires étrangères, à Ramien, s.d. [février 1908].

1288 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Marcel Gourmillon, employé de *La Gironde* et de *La Petite Gironde*, à Dutasta, fonctionnaire du ministère français des Affaires étrangères, de Bordeaux, 21/02/1902.

compte pour raffermir sa position[1289]. Chacun des protagonistes mobilise des appuis à la fois familiaux et politiques.

Sur les conseils de l'Ambassadeur de France à Constantinople, Ernest Constans, le gouvernement français choisit de renoncer à la réforme tout en écartant Tissot, qui s'est brûlé auprès de Piellat en faisant étalage de ses convictions anticléricales[1290], et qui prétexte de raisons de famille pour rentrer définitivement en France[1291]. Constans dédouane Outrey des accusations de trahison à l'intérêt national et de népotisme dont Tissot l'accablait, mais il considère que la personnalité du Consul bloque la situation, et propose d'attendre la nomination de son successeur pour s'occuper de la question de fond. En définitive, ni les liens cognatiques de Mancini, ni les soutiens familiaux et politiques de Tissot n'emportent l'affaire : c'est le souci d'apaiser le comte de Piellat, mécène très engagé au service de la France en Terre sainte, qui a prévalu[1292]. La mobilisation familiale a trouvé ses limites face à la haute politique de l'influence française. Quant à la réforme du règlement, elle est reportée à une date indéterminée.

L'affaire se conclut ainsi par le maintien du *statu quo*, moyennant le remplacement du médecin de l'hôpital. Toutefois, les arguments en faveur de la nomination d'un second médecin à l'hôpital sont pertinents, si l'on se rappelle qu'à la même date la CMS prône un effectif de deux praticiens, l'un pour le service des patients hospitalisés, l'autre pour la clinique ambulatoire, dans chacun de ses hôpitaux. De fait, de 1911 à la Première guerre mondiale, l'hôpital a un médecin-assistant en la personne du Dr Šākir Lorenzo, un diplômé de la FFM[1293]. En retenant l'idée d'un second médecin à l'hôpital, le ministère des Affaires étrangères semble avoir poussé dans le sens d'un soutien aux clients de la France, à défaut d'embaucher un second médecin français : l'idée de recruter seulement des diplômés des facultés européennes est abandonnée, et au contraire l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem se met à suivre la tendance des autres hôpitaux français de la région, en allant chercher un de ses médecins à la faculté des jésuites.

L'ombre portée de cette affaire continue à se faire sentir après le départ d'Outrey, car c'est à l'Hôpital français de Bethléem que Mancini se retrouve impliqué en 1909 dans un nouveau conflit. Le successeur d'Outrey, Gueyraud, cherche à défendre le Dr Arab, médecin

1289 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Tissot à un destinataire inconnu [désigné comme « Mon cher cousin »], de Jérusalem, 18/01/1908.
1290 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, d'Ernest Constans à Pichon, de Péra, 16/03/1908.
1291 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, télégramme n°52, de Constans à Pichon de Péra, 29/04/1908 ; et télégramme n°80 de Pichon à Constans, de Paris, 02/05/1908 ; MAE Nantes, Jérusalem, E, 13, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 21/09/1908.
1292 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Constans à Piellat, de Péra, 30/03/1908.
1293 *BAAEFFM*, Vol. 2 : 1911-1912, p. 47 ; 1913-1914, p. 43.

de l'institution remercié par la supérieure de celle-ci, Mère Mayaud[1294]. Le titulaire (qui, diplômé de la FFM, est sujet ottoman) voit dans son renvoi l'effet d'une manipulation supplémentaire ourdie par le médecin italien contre les intérêts de la France[1295]. De Mancini, le Consul Général de France perce aisément les intérêts très matériels, et reconnaît que le médecin italien s'est installé dans la région pour se faire « un certain capital » avant de rentrer s'installer dans son pays d'origine[1296]. C'est bien pour cela que le praticien italien est à la recherche de situations officielles dans des hôpitaux : le but est d'établir une clientèle privée prospère à la faveur de son activité dans les institutions médicales catholiques. L'affaire s'envenime, car si Gueyraud joue la solidarité avec le protégé de la France, il cherche à ne s'aliéner ni Mancini, avec qui il entretenait naguère des relations amicales, ni Outrey, dont l'influence est réelle parmi les orentalistes du Quai d'Orsay et qui continue à protéger son gendre[1297]. Ces liens familiaux contribuent au pourrissement de l'affaire, jalonnée de pétitions et de calomnies qui divisent la population de Bethléem. Le conflit traîne sur plus de six mois, et aboutit à l'échec ultime et du Dr Mancini, et du Dr Arab, tous deux écartés de l'hôpital[1298]. L'Italien reste à Jérusalem, où il ouvre une clinique privée ; mais pour son confrère et néanmoins ennemi syrien, cette histoire aboutit à une ré-émigration vers sa ville natale, tandis que la République envoie tout exprès un successeur de France.

Dans ces deux affaires intriquées, les liens familiaux sont une des données qui nourrissent le soupçon de manipulation de la part de Mancini, et de trahison des intérêts nationaux de la part d'Outrey. La famille constitue un atout et un recours professionnel efficace, c'est évident, ce sans quoi les deux conflits n'auraient pas eu lieu d'être, mais elle est dénoncée comme fidélité illégitime face aux intérêts nationaux, et face à l'autorité médicale : du point de vue du Dr Arab, la Soeur Mayaud, en le renvoyant pour des questions relatives au service médical, s'est aventurée sur un terrain où elle n'a pas compétence, de même qu'elle ne saurait être juge de la compétence respective des médecins rivaux[1299]. C'est donc bien que l'autorité conférée par le diplôme se retrouve ici en conflit avec la puissance des relations familiales. *A priori*, Antigone n'a pas maille à partir avec Esculape ; mais la médecine se pratique dans des institutions, tels les hôpitaux, où les conflits de pouvoir ont leur place. C'est là, entre le cabinet de consultation et la haute politique, à l'intérieur d'organisations aux logiques internes parfois contradictoires, que se joue la carrière de la plupart des médecins.

Le mariage a une dimension d'inclusion dans le cercle familial qui explique qu'on

1294 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 14/06/1909.
1295 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, rapport du Dr Emile Arab, adressé à Gueyraud, de Bethléem, 25/05/1909.
1296 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, n°32, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 14/06/1909.
1297 *Ibid.*
1298 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, n°63, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 27/11/1909.
1299 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, rapport du Dr Emile Arab, adressé à Gueyraud, de Bethléem, 25/05/1909.

puisse y chercher des atouts sociaux. Il ne se réduit pas à cela, mais est investi de moralité ; le médecin a souvent à souffrir professionnellement de son célibat. Cela complique ses démarches d'installation en restreignant le marché locatif, car tous les logements ne sont pas convenables pour des célibataires ; le Dr Bailey en fait l'expérience à ses dépens, et note que « les mahométans, comme vous le savez et comme je l'ai déjà découvert, n'apprécient pas les docteurs non-mariés[1300]. » De plus, la présence d'hommes jeunes, sans épouses, pour examiner les patientes, dégage parfois dans leur localité d'installation une odeur de scandale[1301]. Le mariage peut être un avantage comme une gêne, selon les contextes ; le célibat, dans une profession très masculine, est généralement une difficulté supplémentaire.

c - Une clé de lecture : les fonctions institutionnelles

Rien, cependant, n'est plus décisif pour la carrière que les emplois obtenus ou non auprès des institutions médicales. Pour rendre compte de la sociologie politique des migrations médicales dans le sud du bilād al-Šām, il faudrait, dans l'idéal, disposer de renseignements aussi complets que possible sur le type de cabinet dans lequel travaille les médecins, et sur la composition de leur clientèle. Sur le second point, nos informations sont très éparses. Sur le premier, il est difficile de déterminer qu'un praticien exerce en pratique privée, parce que c'est généralement une donnée en creux, inscrite dans l'absence de fonctions officielles à un moment donné. De plus, la distinction entre clientèle privée et clientèle des institutions est souvent floue : tous les médecins ou presque qu'embauchent les institutions médicales ont dans les murs de celles-ci un cabinet où ils tiennent consultation privée pendant une partie de la journée. La grande majorité des médecins occupent à un moment donné des fonctions institutionnelles, allant et venant entre les secteurs officiel et caritatif d'un côté, et le travail dans un cabinet privé de l'autre. Ce dernier fait est cependant pain béni pour la recherche, car il permet de se représenter dans quel milieu un médecin évolue. Dans son rapport avec les institutions, on peut repérer certains éléments structurants d'une carrière, et ainsi interpréter des types de mobilité, d'un poste à un autre. La carrière des praticiens dans les institutions entraîne en outre un effet de « vitrine », en les rendant visibles et en leur donnant accès à du matériel médical innovant. Un emploi de ce type contribue à la formation de leur réputation et de leur clientèle. C'est donc un élément décisif pour retracer l'insertion des médecins dans leur localité de travail. Notre hypothèse de recherche, qui se vérifie à l'épreuve

1300 CMS G 3 P/O 1890/187, de Bailey à Lang, de Gaza, 11/07/1890 ; voir aussi CMS G 3 P/O 1896/37, de Wright à Baylis, de Naplouse, 05/02/1896.
1301 Rogan, *Op. cit.*, pp. 178-179.

des statistiques, est que le parcours au service d'institutions médicales éclaire la béance, dans notre interprétation des trajectoires, qui s'est révélée entre la première installation dans le sud du bilād al-Šām, bien caractérisée par les origines géographique, religieuse et académique, et la fixation dans la région puis la fin de carrière. Occuper une fonction institutionnelle est un facteur décisif de mobilité professionnelle, et constitue également le support nécessaire pour envisager de s'établir quelque part et y fidéliser une clientèle.

Nous pensons que les qualités explicatives de cette approche, visibles dans la forte corrélation entre les données sur la localisation et celles sur les fonctions institutionnelles occupées, compensent bien ses faiblesses, qui tiennent au risque de la tautologie interprétative : si nous nous munissons d'instruments pour analyser les fonctions institutionnelles, nous mettons ces dernières en relief dans le cours d'une carrière peut-être très variée, et c'est alors une illusion que d'affirmer que ce type d'emploi occupe une place prépondérante dans la description de la trajectoire. Le risque est redoublé, puisque, ainsi que nous l'avons déjà dit, il est déjà contenu dans notre documentation : les institutions produisent une abondance d'archives, si bien que les médecins qui y sont le plus constamment cités sont justement ceux qu'elles ont embauchés. Un élément de la structure des institutions médicales nous conforte cependant dans la priorité que nous leur donnons : toutes ont une clinique ambulatoire ou un dispensaire très fréquentés, ce qui signifie qu'il n'y a pas beaucoup de médecins de famille pour faire interface entre les malades et les institutions, en renvoyant vers ces dernières une partie de leur clientèle privée. S'il existait un secteur médical privé important, le fait est très probable que les renvois de la part de médecins en pratique privée vers les hôpitaux et les dispensaires occuperaient une bonne partie des archives. C'est loin d'être le cas.

L'approche par les fonctions institutionnelles nous a fourni des facilités pour le traitement de l'information. En premier lieu, elle donne les points d'une trajectoire d'une installation à une autre : les hôpitaux, dispensaires, etc., n'occupent le médecin que pendant une fraction de son temps, mais ils sont localisés. En outre, il est possible d'indexer les postes successifs occupés, car lors même qu'un praticien est employé par deux institutions en même temps, ce qui arrive surtout en cas d'intérim, l'une des deux fonctions est surajoutée à la première, et donc chronologiquement postérieure.

En retraçant ainsi les carrières institutionnelles des médecins, nous nous sommes aperçus de grandes variations d'un groupe de praticiens à un autre : ici encore, on trouve des comportement typés, qui se traduisent par le nombre de fonctions occupées, ainsi que par le type d'institutions dans lesquelles ils se font recruter.

Nous nous sommes d'abord posé la question de savoir s'il y avait un lien entre mobilité et fonctions institutionnelles. Le tableau n° 16, qui rend compte de la répartition de toutes les fonctions de ce genre dont nous ayons connaissance (ce pourquoi la totalité de notre population de médecins s'y trouve classée) en donne l'illustration très frappante : il se constitue presque totalement en une diagonale. Les individus qui occupent le plus grand nombre de fonctions – et il semble que certains sautent de l'une à l'autre – se déplacent à peu près aussi souvent qu'ils prennent un nouveau poste. Le coefficient de corrélation entre les deux variables s'établit à 0,88, ce qui indique un lien fort entre elles. La plus large palette de fonctions s'accompagne d'une grande mobilité.

Nombre de fonctions institutionnelles exercées avant 1918	Nombre de localités d'exercice							
	Aucune	1 lieu	2 lieux	3 lieux	4 lieux	6	7	Total
0	45	0	0	0	0	0	0	45
1	0	134	0	2	0	0	0	136
2	0	18	13	0	0	0	0	31
3	0	8	6	6	1	0	0	21
4	0	1	0	3	2	0	0	6
5	0	0	2	1	2	0	0	5
6	0	0	0	0	0	1	0	1
7	0	0	0	0	0	0	1	1
8	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	45	161	22	12	5	1	1	247

Tableau n° 16 : nombre de localités d'exercice de fonctions médicales institutionnelles selon le nombre de ces fonctions occupées par individu dans le sud du bilād al-Šām, 1871-1918.

La vaste majorité des individus se trouvent dans le quart nord-ouest du tableau : si les médecins occupent, le plus souvent, au moins une fonction institutionnelle dans leur trajectoire au cours de la période sous étude, ils ne les multiplient pas à outrance.

Il reste à interpréter cette relation ostensible : nous avons affirmé que les fonctions institutionnelles initiaient une mobilité, mais il faut désormais tempérer cette affirmation et voir que la plupart des médecins ne cherchent visiblement pas à multiplier les expériences institutionnelles, si c'est au prix de constants déplacements. On peut éclairer quelque peu le lien entre les fonctions institutionnelles et la trajectoire globale en reliant le nombre de localités d'exercice de ces fonctions, dont nous savons désormais qu'il est presque équivalent au nombre de ces fonctions elles-mêmes, et les données que nous avons définies pour caractériser la fin de carrière. Cette relation présente l'intérêt de représenter en même temps l'accumulation des fonctions institutionnelles et un indice de la mobilité à l'intérieur d'une trajectoire aux résultats un peu plus fins que ceux utilisés précédemment.

Si nous nous attachons à voir l'incidence du nombre de fonctions occupées ou du nombre de localités dans lesquelles les médecins ont exercé des responsabilités médicales institutionnelles, les résultats ne sont pas significatifs. Si, en revanche, nous rapportons la durée de séjour dans la région au nombre de fonctions exercées dans celle-ci, avant ou après 1918 au reste (la différence est assez minime), les résultats (cf tableau n° 17) montrent une relation très significative ($p(\chi^2, v)$ est inférieure à 10^{-4}). De plus, une différence très nette apparaît entre les médecins qui n'exercent aucune fonction officielle ou une seule, et parmi lesquels les installations de courte durée sont nettement majoritaires, et ceux qui exercent au moins deux fonctions, et qui, pour la plupart, s'installent à long terme. C'est en partie un truisme : pour exercer plusieurs fonctions successives, il faut un minimum de temps. Une chose est un peu moins évidente, toutefois : c'est que le fait de séjourner quelque temps dans une fonction donnée permet de se faire connaître, et facilite la tâche à qui veut trouver un nouvel emploi institutionnel, au même endroit ou dans la région.

Nombre de fonctions	Durée d'installation...		
	Inférieure à 10 ans	Supérieure à 10 ans	Toutes durées
0	14	6	20
1	46	24	70
2	10	14	24
3	4	13	17
4	0	11	11
5	0	4	4
6	0	2	2
7	0	2	2
8	0	2	2
Total	74	78	152

Tableau n° 17 : durée d'installation dans le sud du bilād al-Šām enfonction du nombre de fonctions institutionnelles exercées, sur l'ensemble de leur carrière, par les médecins présents entre 1871 et 1918.

En guise d'illustration de cet effet cumulatif, considérons le Dr Canaan, dont la carrière est emblématique d'une stratégie d'enracinement : hormis son affectation dans des hôpitaux militaires en arrière du front pendant la Première guerre mondiale[1302], il fait toute sa carrière à Jérusalem. Là, il enchaîne véritablement les contrats, et se fait nommer successivement médecin adjoint de l'hôpital allemand en 1905[1303], puis médecin municipal de la ville en 1910[1304], et ensuite directeur du Bureau Sanitaire International de la ville en 1913-1914[1305]. Il est également employé dans le dispensaire fondé dans la vieille ville par un groupe de musulmans, ce qui lui permet de collecter des amulettes utilisées dans la médecine

1302 Schwake, *Op. cit.*, vol. 1, p. 341.
1303 *Ibid.*, p. 322.
1304 American University of Beirut / Library Archives, *Al-Kulliyeh*, Vol. 1, n°5, 06/1910, p. 176.
1305 American University of Beirut / Library Archives, *The American University of Beirut. Directory of Alumni, 1870-1952*, p. 55.

religieuse locale, et bientôt de s'improviser ethnographe[1306]. Après la guerre, il ajoute à ses fonctions à l'hôpital allemand celles de directeur de la léproserie de Jérusalem[1307], et à cela vient s'ajouter à partir de 1950 des fonctions de direction à l'Hôpital Augusta-Victoria, fondé en coopération avec l'UNRWA pour les réfugiés palestiniens[1308]. Sa fille Leila Mantoura le décrit comme « un homme très systématique »[1309] et pourtant fort éclectique, dans une veine typique d'un certain protestantisme libéral ; de fait, l'homme possède des capacités évidentes d'anticipation et de sociabilité qui rendent très vraisemblable l'accumulation de possibilités de carrières que cette liste suggère. A partir d'une attention toute particulière à l'éducation, transmise par son père pasteur lorsqu'il l'envoie au SPC, et projetée par Canaan sur ses filles dont il surveille le travail scolaire de près, il noue progressivement les fils de sa carrière. De proche en proche, il pénètre un monde de sociabilité de plus en plus étendue et plus élitiste, à la fois par ses publications professionnelles et par ses activités multiformes : c'est un pianiste qui compose à l'occasion[1310], tout autant qu'un espérantiste[1311], un ethnographe reconnu[1312], un intellectuel nationaliste[1313], un paroissien actif au sein de la communauté luthérienne de Jérusalem. Ses centres d'intérêts, qui lui attirent de nombreux visiteurs archéologues et anthropologues, font progressivement de lui une personnalité du monde culturel et social de Jérusalem, ce que symbolise son élection à la tête de la YMCA, le club le plus huppé de la ville à l'époque mandataire[1314]. Sur le plan professionnel, on trouve d'autres carrières similaires, généralement sensiblement plus dispersées ; en particulier, la succession d'un poste dans des institutions missionnaires et d'une fonction de médecin municipal n'est pas rare, malgré la défiance administrative ottomane à l'encontre des médecins trop proches des missionnaires à leur goût.

De fait, la sociabilité et le renom d'un médecin, ou l'association mentale faite entre sa personne et une institution sont des facilitateurs de carrière efficace. Il reste que les carrières institutionnelles sont déterminées d'une façon extrêmement forte par certaines caractéristiques d'origine. Nous avons classé les institutions dans lesquelles les médecins diplômés occupent des postes à l'époque qui nous concerne, en distinguant quatre groupes en fonction de la finalité : nous différencions ainsi les institutions administratives (ottomanes ou consulaires),

1306 Nashef, *Op. cit.*, p. 9.
1307 American University of Beirut / Library Archives, *The American University of Beirut. Directory of Alumni, 1870-1952*, p. 55
1308 Nashef, *Op. cit.*, p. 14.
1309 *Ibid.*, p. 10.
1310 *Ibid.*, p. 13.
1311 *Ibid.*, p. 10.
1312 *Ibid.*, p. 11-12.
1313 *Ibid.*, p. 12.
1314 *Ibid.*, pp. 12.

les institutions religieuses et missionnaires chrétiennes (il nous semble impossible ici de distinguer entre confessions, dans la mesure où elles sont rivales), les institutions religieuses juives, non-sionistes et souvent antisionistes à l'époque, enfin les institutions sionistes. Les résultats obtenus en comparant le nombre de fonctions institutionnelles relevant de ces différents types, et la formation universitaire (cf tableau n° 18 ; $p(\chi^2, v) = 10^{-5}$), ou plus encore la confession religieuse (cf tableau n° 19 ; $p(\chi^2, v) = 7 \times 10^{-11}$), montrent que ces dimensions de la carrière sont extrêmement étroitement articulées entre elles.

Dans ces deux tableaux (où les mêmes individus sont comptés une seule fois dans chaque colonne, mais peuvent être comptés sous plusieurs catégories d'institutions) illustrent des comportement extrêmement différenciés. Sur le plan universitaire, les anciens étudiants de la FFM sont tous spécialement présents dans le groupe des fonctions administratives, car on les retrouve à la fois sur des postes de l'administration locale ou municipale, et à des postes directement rattachés aux consulats. Le profil des étudiants de l'EIM, pour les rares cas documentés dans notre recherche, les incline vers le premier de ces deux types de fonctions administratives, et celui de ceux issus du reste du monde, vers les admnistrations consulaires ou les services de santé des armées d'occupation installés en 1917-1918. Sans grande surprise, les deux facultés de Beyrouth, celle du SPC surtout, sont seules ou presque dans l'Empire ottoman à être associées aux missions chrétiennes. Toutefois, elles fournissent également un peu de personnel aux institutions médicales juives orthodoxes et sionistes, ce qui reflète leur recrutement de plus en plus nombreux dans la population juive aussi bien autochtone qu'immigrée. Dans ces deux derniers cas, l'embauche de médecins immigrés est largement dominante.

Formation	Fonctions...				
	Administratives	Missionnaires chrétiennes	Religieuses juives	Sionistes	Total
EIM	2	1	0	0	3
Le Caire	1	0	0	0	1
SPC	17	25	0	2	44
USJ	13	7	1	0	21
Reste du monde	27	76	5	34	142
Total	60	109	6	36	211

Tableau n° 18 : Type de fonctions institutionnelles exercées entre 1871 et 1918, en fonction du lieu de formation.

Confession	Fonctions...				
	Administratives	Missionnaires chrétiennes	Religieuses juives	Sionistes	Total
Catholiques	23	26	0	0	49
Protestants	9	68	1	0	78
Chrétiens divers	16	10	0	2	28
Juifs	8	2	7	35	52
Musulmans	9	0	0	0	9
Total	65	106	8	37	216

Tableau n° 19 : Type de fonctions institutionnelles exercées entre 1871 et 1918, en fonction de la confession religieuse.

Si l'on s'attache maintenant à analyser l'incidence de la religion sur le recrutement, les faits les plus saillants sont également ceux qui surprennent le moins, à commencer par la place écrasante des juifs dans les institutions sionistes, et celle des chrétiens de toutes obédiences dans les missions. De même, les musulmans se retrouvent dans l'administration, et non pas dans des hôpitaux et dispensaires associés à d'autres confessions religieuses : il n'y a jusqu'ici rien que de très attendu, et la distinction entre confessions se répercute, dans la vaste majorité des cas, sur le recrutement institutionnel, puisque les institutions en question sont précisément distinguées selon des critères ouvertement ou implicitement confessionnels. On pourrait encore noter l'affinité des catholiques pour les fonctions officielles, cohérente avec les résultats observés pour la FFM, qui confirme ainsi la réputation qu'elle se fait, sous l'Empire ottoman puis pendant le mandat, de formatage des étudiants dans le sens du professionnalisme. L'intérêt de cette dernière faculté à faire embaucher ses anciens étudiants par l'administration ottomane ne se dément pas. Ce sont les cas-limites qui sont le plus révélateurs de l'importance de ces fonctions institutionnelles sur la carrière : si la logique confessionnelle s'impose, il reste que des facteurs comme la proximité géographique ou les affinités individuelles peuvent inciter à franchir les limites, comme c'est le cas du Dr Canaan lorsqu'il travaille au dispensaire musulman, ou du Dr Mujallī Jabārah, installé en pratique privée à Marj 'Uyūn, mais recruté pendant près de deux décennies, de 1893 à 1912, par la PJCA pour une colonie voisine de Haute Galilée, très certainement Metullah[1315]. Pour l'essentiel, la carrière institutionnelle est paramétrée par l'origine, mais c'est une des caractéristiques de ces années antérieures à la communautarisation de la Palestine selon des lignes d'appartenance nationale, que les appartenances et les origines ne sont pas des déterminants rigides. Il reste qu'il existe bel et bien des filières : c'est ce qui ressort des deux tableaux précédents, et ce dont nous allons maintenant tâcher d'éclairer les modalités.

1315 American University of Beirut / Library Archives, *The American University of Beirut. Directory of alumni, 1870-1952*, p. 25.

II – Le fonctionnement des filières

A – Des logiques différenciées

Sous le mot « filière », nous avons voulu désigner les coalitions d'individus qui ressortent des statistiques sous forme de profils différenciés. Toutefois, le mot est lourd d'ambiguïté : parle-t-on ici de filière de recrutement ou de filière d'immigration ? Sachant que nous étudions un groupe uni par la profession, on conclurait en faveur de la première de ces hypothèses ; mais comme un certain nombre de médecins se cantonnent à la pratique privée sans jamais apparaître salariés par une institution, une telle qualification dénaturerait le métier de médecin. En définissant des filières de métier, on se trouve confronté au fait que pour certains praticiens, chez les juifs orthodoxes et les sionistes notamment, ce n'est pas tant le métier que la migration qui définit leur démarche. Tous les médecins ne sont pas des immigrés non plus, et toutefois, un certain nombre d'entre eux s'installent en tant qu'immigrés et non par préoccupation de carrière. S'il est impossible de faire se recouper métier et migration pour définir les filières selon un unique critère fondamental, c'est que les filières sont toutes à la fois professionnelles et migratoires, mais se différencient selon des principes politiques et religieux.

Depuis une vingtaine d'années, le terme de filière est lourd de connotations dès lors qu'on l'emploie en référence à des phénomènes de mobilité internationale, et comporte une présomption de transgression de la légalité des nations d'immigration. Il y a une disposition semblable, par la méfaince, dans les efforts ottomans de contrôle de la pratique des médecins venus d'Europe ou des facultés de Beyrouth ; mais comme l'Empire est un Etat aux frontières largement ouvertes, le contrôle et l'affirmation de souveraineté qu'il contient sont déspatialisés et reportés sur les modalités d'exercice de la médecine. La différence principale entre les situations de frontières ouvertes et de frontières fermées est que la raison d'être des filières est dans le premier cas la collecte d'information sur les moyens d'entrer dans le territoire et d'y rester, alors que dans le second il s'agit de faciliter l'installation proprement dite.

En la matière, on gagne fortement à analyser le phénomène de l'intérieur que de l'extérieur, à essayer de reconstituer les préoccupations typiques des médecins. Leur intérêt, en cherchant à suivre leurs prédécesseurs du même pays, du même village, dans la migration

vers les mêmes lieux d'arrivée, est de s'enquérir auprès de ceux qui ont sauté le pas en allant s'installer ailleurs et de faire comme eux, est de multiplier les informations et les garanties sur le pays de destination. Il permet ainsi d'objectiver la dimension de risque et d'angoisse inhérente à la migration, d'une autre manière, moins abstraite, que ne le pourrait une évaluation probabiliste fondée sur un critère de réussite ou d'échec professionnels. Point n'est besoin, alors, d'uniformiser les attentes des individus, lors même que les motivations les plus puissantes des individus sont d'évidence différenciées. Pour les médecins que nous étudions, la question immédiate est bien de s'installer et de se mettre à exercer, autant que possible dans la légalité ; mais la place de l'installation dans le sud du bilād al-Šām dans la carrière médicale telle qu'elle est prévue ou espérée, varie d'un individu à l'autre.

Les filières recouvrent-elles les motivations des médecins eux-mêmes ? Nous nous appuyons ici sur la classification présentée plus haut entre les institutions, et par conséquent, nous partons ici de remarques faites sur les seuls médecins embauchés par des institutions : il y a donc un effet de construction des motivations, et c'est pourquoi il faut maintenant aborder la question à travers des analyses fines. Il reste que nous ne prétendons pas percer le secret des coeurs. Notre hypothèse de départ en la matière est qu'une bonne partie des employés recrutés par une institution n'ont pas choisi spécifiquement de travailler pour elle. Le minimum requis d'eux est de l'ordre du consentement à un emploi dans une localité spécifique, et de l'adhésion aux buts généraux de l'organisation.

Ce qui se dessine dans les statistiques, et dont nous allons rendre compte maintenant, c'est que le champ médical, sur le terrain du sud du bilād al-Šām, comporte quelques secteurs clos ou quasi-étanches, à l'intérieur desquels les médecins sont en concurrence pour des postes plus ou moins valorisés. Le présupposé d'une telle situation est que les candidats rivaux peuvent donner l'illusion de posséder des compétences uniformes et comparables : c'est une vérité des diplômes universitaires qu'ils se présentent comme une garantie *a minima* de la valeur de leurs détenteurs, mais qu'ils sont en fait inégalement valorisés. Munis de leur seul diplôme, les médecins sont plus ou moins interchangeables, et nous avons vu que certains d'entre eux s'entendaient à faire la différence à d'autres niveaux. Une telle situation peut produire des variations très significatives d'un médecin diplômé à un autre, car en réalité il existe du pluralisme médical d'un pays d'Europe à un autre, ou d'une faculté à une autre, et la chose se traduit dans les diagnostics et les systèmes thérapeutiques. Nous avons vu au chapitre 1 qu'avant les réformes des années 1860, la population médicale était mobile, mais que les médecins les plus instruits tendaient à posséder un ancrage local et, parfois, dynastique. On peut donc se demander si la médecine occidentale enseignée dans les universités ne produit

pas une forme de médecine bien différente, à raison seule de son rapport à la mobilité. L'ancrage local est relativisé comme donnée de la pratique médicale, avec ce que cela supposait de spécialisations propres à telle région, telle ville ou telle population. En lieu et place, la médecine des médecins qui s'installent dans la région se donne comme étant fondamentalement la même partout, ce qu'elle n'est pas.

Formellement, la tradition anthropologique d'étude du pluralisme médical va chercher celui-ci dans les construits médicaux, pour lesquels la différence en médecine est une donnée interne et structurante des systèmes, ou dans les représentations différenciées et extérieures que patients et praticiens peuvent avoir sur divers types d'activités médicales. De prime abord, la mobilité semble davantage s'apparenter aux différenciations par degré que produit l'assignation des réputations individuelles, qu'à des systèmes de différenciation entre formes de médecine. Toutefois, la mobilité des praticiens singularise radicalement la médecine universitaire occidentale. En effet, elle allie une appréhension de l'environnement médical cohérente avec la médecine arabe traditionnelle en ce qu'elle a d'universaliste, par exemple sur le plan épidémiologique, à des conceptions particularistes sous la forme d'éléments de discours culturaliste ou raciologique. Dans ce cadre conceptuel, la maladie est réputée imputable au climat – et par suite on développe une « médecine des pays chauds » spécifique – et aux populations, soit par traits culturels, soit par caractères de race. Ces notions pénètrent jusqu'à l'intérieur de la population des médecins et discrimine entre ces derniers, en s'appuyant notamment sur les différences de filières. Aussi notre analyse des filières d'installation des médecins ne saurait être complète sans prise en considération de l'opposition entre européanité et indigénat comme mécanisme de sélection professionnelle. Le matériau révèle alors, de façon contre-intuitive, que le recours à la catégorie de médecin indigène ne se réduit pas à une représentation sociale commune en Occident à l'époque coloniale, mais qu'il est parfois activé pour des raisons fonctionnelles, comme une catégorie pratique pour répondre à l'expérience du terrain.

1 - Les filières de l'immigration juive

L'idée de filière semble s'imposer pour décrire les carrières des médecins issus de l'immigration juive, en raison de l'importance générale du flux migratoire en question, et en raison du recrutement des médecins dans les institutions médicales juives, dont on a vu qu'il était à base presque entièrement confessionnelle. Elle n'est cependant pas transparente, pour

deux raisons principales. La première est qu'il n'y a pas d'unité de cette immigration, pas même en terme de provenance, et moins encore sur les plans religieux et politique. La deuxième est que l'immigration juive, si elle est pour partie la conséquence d'événements comme les pogroms de 1881 et 1897 en Moldavie et en Ukraine, ou de la répression de révolution de 1905 en Russie, se fait pour l'essentiel sur une base individuelle.

Ces remarques posent autant de questions. Sur le fond, y a-t-il une filière de l'immigration juive ? Non, sans doute, et de fait nous avons distingué plus haut entre deux types d'institutions juives, les unes de nature religieuse, les autres sionistes, de même qu'il y a un vieux et un nouveau *Yichouv*. De fait, si l'on compare le milieu de provenance des médecins des uns et des autres, la différence est flagrante. D'un côté, une immigration qui est loin d'être monolithique (ashkénaze ou séfarade, originaire d'Europe centrale et orientale, du Maghreb, du Yémen ou de Boukhara) et qui est issue de cercles pieux dans ses pays d'origines, vient s'ajouter aux communautés installées de longue et parfois de très longue date sur place. Certaines des communautés d'émigration s'organisent pour instaurer sur place des formes d'assistance d'inspiration religieuse, à partir d'organisations aux formes à la fois religieuses et partisanes. Le Dr Moritz Wallach, fils du président de la synagogue « Agudath Israël » de Cologne, et membre du parti ultra-orthodoxe du même nom[1316], est envoyé autour de 1897 pour servir de relais entre les institutions caritatives juives hollandaises et allemandes engagées dans la fondation d'un hôpital dans la Ville sainte, et l'institution qui résulte, sur place, du projet : l'Hôpital Shaare Zedek[1317]. L'hôpital Bikur Cholim de Jérusalem se distingue lui aussi par son orientation religieuse très marquée, même si à terme l'institution s'accommode mieux du sionisme que celle que dirige le Dr Wallach ; elle peine à trouver des médecins, mais sa procédure est la même que dans le cas de l'Hôpital Shaare Zedek, à savoir des recrutements en Europe. Le médecin de l'hôpital au milieu des années 1870, le Dr Schraga Puffeles, médecin polonais et juif orthodoxe très à cheval sur les *mitsvot* (commandements de la Torah), illustre les difficultés d'un tel mode de recrutement à distance. A son arrivée à Jérusalem juste après l'obtention de son doctorat en 1873, son apparence austère, celle d'un homme très barbu, portant *pe'ot* (papillottes), et habillé de vêtements longs et sombres, détonne dans le paysage et rebute les patients, pour la plupart juifs de traditions bien différentes[1318]. La confiance est longue à s'instaurer, et comme l'hôpital fait face à des difficultés diverses, le médecin est renvoyé, après avoir servi, semble-t-il, de bouc-émissaire

1316 Schwake, *Op. cit.*, vol. 2, pp. 549-551.
1317 *Die Errichtung eines großen jüdischen Krankenhauses in Jerusalem*, Mayence, Johannes Wirth Hofbuchdruckerei, 1896 ; cf aussi CZA A 31/2, du Dr Hillel Jaffe, destinataire inconnu, s.l., s.d. [1897].
1318 Schwake, *Op. cit.*, vol. 2, p. 451.

pour les multiples critiques qui se sont mises à tomber sur l'administration de l'institution[1319]. Dans ces deux cas, il y a complète articulation entre l'organisation religieuse du judaïsme en Europe et l'immigration d'un médecin ; mais à chaque fois, se pose le problème de l'adaptation du médecin au contexte religieux et aux attentes de la communauté juive parmi laquelle il est appelé à trouver ses patients. A mesure que la population juive du sud du bilād al-Šām s'accroît, de sionistes mais également de juifs pieux, ces problèmes tendent à se résorber en faveur d'un recrutement local ; mais au début de la Première guerre mondiale, cette évolution a seulement commencé.

Du côté du sionisme, l'instrument de l'immigration est le parti politique, qui possède ses assises dans les pays d'émigration et dans les colonies juives. Après l'arrivée des premiers membres dans le sud du bilād al-Šām, ce type d'organisation est ainsi en mesure de contrôler les arrivées, entre autres celles des médecins, mieux que ce ne serait le cas pour une institution philanthropique engagée dans une réalisation ponctuelle, comme il arrive aux fondations religieuses juives. Jusqu'à la deuxième *Aliya* (1904-1907), le poids des comités de direction des partis, en Europe, reste prépondérant, et dans le cas des Amants de Sion, le Dr Jaffe a à se plaindre de l'écart entre les discours et les décisions du comité du parti à Odessa, et la situation des relations sur le terrain entre les membres de l'organisation et les représentants des institutions de colonisation comme la PJCA[1320]. Les partis sionistes d'inspiration marxiste disposent également de réseaux de ce genre entre les pays d'émigration et le sud du bilād al-Šām, mais leurs orientations idéologiques les poussent à concevoir, non une bureaucratie dans les colonies, mais une organisation syndicale et, en parallèle, des caisses d'assurance-maladie pour les ouvriers juifs[1321].

Le cas du Dr Jaffe montre assez clairement que les filières sont multiformes, de même que les réseaux des médecins sur place et en direction des pays d'immigration. Lui-même arrive dans le sud du bilād al-Šām, mû par son engagement partisan. Nous l'avons vu plus haut intervenir dans le recrutement d'un collègue et agir comme intermédiaire dans des transactions de matériel médical ; le gros de son activité s'inscrit cependant dans des activités déconnectées de la médecine. On le voit s'activer avec passion pour orienter les achats de terrain, quitte à faire valoir sa compétence médicale pour juger de la salubrité de telle parcelle, du point de vue des cultures et du lotissement[1322]. Il multiplie en outre les certificats médicaux en tous genres, les uns à but professionnel[1323], les autres afin de faciliter l'admission dans les

1319 *Ibid.*, pp. 456-457.
1320 CZA A 31/2, de Jaffe à Appovetzky, de Jaffa, s.d. [1897].
1321 Shvarts, *Op. cit.*, pp. 24-25.
1322 CZA A 31/4, de Jaffe, sans destinataire [un médecin], s.n., s.d. [1902].
1323 Par exemple : CZA A 31/4, certificat de Jaffe au sujet de Jehuda Sand, de Jaffa, 31/03/1902.

hôpitaux et sanatoriums d'Europe[1324], de ses patients installés dans les colonies juives. Entre les colons, la PJCA et son parti, Jaffe occupe une place de relai et de facilitateur de l'immigration et quelquefois, pour raisons médicales, de la réémigration de sionistes épuisés par l'environnement sanitaire de la région.

En comparaison des institutions religieuses juives, et notamment du cas du Dr Puffeles, la transition culturelle entre le pays d'origine et les colonies agricoles est largement tempérée par le fait que ces dernières sont le résultats d'immigrations récentes, et par les affinités idéologiques. Dans les années 1901-1903, alors que Jaffe s'est établi à Jaffa, l'un des pôles d'accroissement démographique de la population arabe de la région, 21 des certificats médicaux délivrés par Jaffe sur 22 consignés dans ses papiers personnels, sont destinés à des patients ou des connaissances issus de la communauté juive, et principalement des immigrés ou des fils et filles d'immigrés. Un seul, à l'intention d'un dénommé « Ahmed Hantas », originaire de Beyrouth, échappe au cloisonnement confessionnel entraîné par la priorité accordée aux besoins des colonies juives environnantes[1325] .

Jaffe ne semble au reste pas entretenir de relations chaleureuses avec les autochtones arabes ; lorsqu'un de ses collègues et médecin de l'hôpital juif de Jaffa, le Dr Stein, tombe sous le coup d'une accusation professionnelle, il suppose que la plainte a « certainement comme cause des démarches de la part de quelque collègue arabe » « mangeur de bakschischs »[1326]. La description appartient au répertoire des représentations culturelles et morales des Européens au sujet des sujets ottomans, probablement aussi au registre de la concurrence médicale et de la méfiance réciproque entre médecins autochtones et médecins immigrés. Nulle part, dans ses papiers, Jaffe ne semble avoir de relations un peu étroite avec ses confrères arabes, ce qui limite la portée des formes de sociabilité interconfessionnelle dans le milieu médical : celles-ci restent surtout le fait de médecins ottomans.

L'une des raisons de cette distance semble être la conviction que Jaffe a de sa propre valeur professionnelle, rapportée à son titre : pour preuve, il a tendance à faire étalage de ses diplômes européens, tant à des fins locales, par exemple en août 1902, au service du vice-consulat d'Espagne, pour examiner des blessures du point de vue de la médecine légale[1327], qu'à l'étranger, pour donner du poids à ses lettres de recommandation et obtenir l'admission de patients dans des institutions médicales ou psychiatriques européennes[1328]. Il y révèle sa conviction profonde de l'existence d'une hiérarchie des diplômes de médecine, en insistant sur

1324 CZA A 31/4, de Jaffe à Meyerson, de Jaffa, 30/12/1902.
1325 CZA A 31/4, de Jaffe à Ahmed Hantas, de Jaffa, 28/03/1902.
1326 CZA A 31/2, de Jaffe à Behar, de Jaffa, 15/04/1897.
1327 CZA A 31/4, certificat de Jaffe au sujet d'Elisha Danino, de Jaffa, 16/08/1902.
1328 CZA A 31/3, certificat de Jaffe pour Samuel Cori, 10/04/1899.

sa formation à Moscou puis à Genève, et en prenant de haut les médecins autochtones. Le lieu de formation et la conscience de son poids dans les relations entre les médecins eux-mêmes creuse l'écart entre les filières, puisque nous avons vu que les institutions sionistes recrutaient principalement des médecins diplômés à l'étranger.

La division des filières que nous avons observée n'est pas parfaitement étanche, et même si elle l'était, elle ne s'étend pas aux relations de sociabilité courante avant les années 1905-1914. Certes, l'idée de « Travail hébreu », c'est-à-dire l'objectif de mise en place d'un marché du travail réservé aux colons juifs dans les colonies et entreprises juives à l'exclusion des paysans arabes payés de plus bas salaires, existe comme slogan avant la première de ces dates, y compris sous la plume du baron de Rothschild[1329]. Elle ne semble pas pénétrer immédiatement la pratique, et en tout cas elle ne touche pas immédiatement les secteurs professionnels modernistes.

Lorsqu'elle est évoquée, dans un débat qui implique un médecin juif et sujet ottoman installé à Jaffa, le Dr Simon Moyal, l'angoisse de la discrimination professionnelle pour le recrutement sur les emplois qualifiés ressort. Un article de ce dernier, publié dans le journal hébreu *Akhirot*, est cité en novembre 1911 dans un courrier adressé au journal arabophone *Filasṭīn* par un « Ottoman libre » anonyme. Dans l'article originel, Moyal dénonce la propagande haineuse à l'endroit des juifs d'une « Compagnie économique et commerciale » située près du café « Lebanon », sur la route qui mène au village voisin d'Al-Manšiyyah. D'après cet auteur, cette association refuserait les juifs dans ses rangs, « même les plus sincères et les plus purs Ottomans du pays ». Son action, conduite par le *Ḥājj* Haydar, de Naplouse, et un pharmacien de Jaffa, Muḥammad Amīn Sahyūn, aurait conduit des résidents juifs à déserter Jaffa, à force de réunions publiques et de discours tenus notamment par le *šayẖ* Sulaymān al-Tājī, frère d'un célèbre agent foncier. L'auteur du courrier qui répercute l'article se place du point de vue de « la concorde et [de] l'activité qui seule garantit le progrès du pays » et demande, si les accusations de Moyal étaient avérées, que la compagnie en question soit fermée par les autorités. Le courrier est assorti d'un rectificatif de la part de la rédaction du journal, qui précise que Moyal a confondu la compagnie, qui n'a de but que commercial, et le Parti Nationaliste qui lui loue la salle. Ce dernier est décrit par le rédacteur comme « un parti non-religieux qui est fermement convaincu que la colonisation sioniste fait peser un grand danger sur le pays et veut y résister, mais non par la force, la violence ou la malveillance [...] et quand même il en serait autrement, il ne pourrait pas faire grand-chose car ses membres se comptent sur les doigts d'une main[1330]. » L'article est suivi d'une réponse de

1329 Delmaire, *Op. cit.*, p. 113.
1330 « *Baḍā'i' ġayrinā* » [Nos relations avec les autres], in *Filasṭīn*, n°69, 16/09/1911, p. 3.

Muḥammad Amīn Ṣahyūn, qui révèle que Moyal et lui sont de vieux adversaires, et que les inimitiés personnelles se superposent aux engagements politiques de l'un et l'autre[1331].

Peu après, Moyal intervient de nouveau en réponse à un rebondissement indirect de cette confrontation, et en l'espèce à la question d'un anonyme se présentant comme « Un homme curieux », posée dans le n°73 de *Filasṭīn* : « Pourquoi est-ce que la compagnie russe Nobel et Frères n'emploie en Syrie et en Palestine que des juifs, et est-ce que les fils d'Israël monopolisent cette société et la réservent à leurs co-religionnaires, comme d'habitude? » Moyal répond ponctuellement en faisant valoir la présence d'un certain nombre de juifs russes à Jaffa, capables de répondre aux besoins de la correspondance de cette compagnie, et d'évoquer le personnel grec, musulman et arménien de ses agences de Gaza à Alexandrette. Puis il contre-attaque sur les mots « comme d'habitude », en projetant de demander aux responsables de la Deutsche Bank, du Crédit Lyonnais, de la Banque Ottomane et de la Compagnie des vapeurs autrichiens « combien de fils d'Israël ils comptent parmi leurs employés, puisque c'est une « habitude » de ces sociétés que de ne pas employer de juifs dans leurs bureaux de Jaffa, où l'on ne supporterait pas que les « Fils d'Israël » interpellent ceux qui monopolisent [les places][1332]. »

Toutes ces protestations s'insèrent dans le débat public sur le sionisme, qui entraîne une double radicalisation, dans les rapports entre communautés juive et arabe et à l'intérieur de la population ottomane éduquée, toutes confessions confondues. Le débat politique suscite la mise à nu des procédures de recrutement, et fait apparaître, à rebours du discours des années de l'avant-guerre sur l'unanimité entre toutes les confessions de l'Empire ottoman, des solidarités et des logiques de préférence religieuse et communautaire qui font scandale. Le phénomène de filière à caractère politico-confessionnel, que nous avons perçu à travers le recrutement des médecins, commence à être décortiqué et utilisé comme argument politique. Le conflit politique et foncier pour le contrôle de la Palestine, en s'étendant au marché du travail qualifié, contribue à défaire les liens de sociabilité entre juifs et arabes autochtones. De notre point de vue, cela signifie que les filières que nous avons exhibées deviennent une réalité connue et contestée, mais de plus en plus effective.

De fait, avec le temps, les organisations changent et la filière sioniste se modifie, tout en conservant sa variété. L'un des marqueurs de cette transformation est la création de plusieurs associations médicales juives, d'obédience sioniste, qui se consacrent, d'après leurs intitulés respectifs, à la science médicale et à l'hygiène, ou à la défense des intérêts professionnels des médecins juifs. On a là un embryon d'organisation professionnelle, mais

1331 Lettre de Muḥammad Amīn Ṣahyūn, in *Filasṭīn*, n°70, 20/09/1911, pp. 2-3.
1332 Lettre de Simon Moyal, in *Filasṭīn*, n°75, 07/10/1911, p. 2.

dans les limites d'une définition confessionnelle et de plus en plus communautaire du cercle de ses membres potentiels. Ces associations, fondées en général par des militants en Allemagne, et non dans le sud du bilād al-Šām, portent des noms allemands. Ce sont la *Palästinäer jüdicinischen medicinischen Gesellschaft* [Société médicale juive palestinienne][1333] ; la Jüdische Gesellschaft für sanitäre Interessen in Palästina ou Gesellschaft jüdischer Ärzte und Naturwissenschaftler für sanitäre Interessen in Palästina [Société juive pour les intérêts sanitaires de la Palestine, ou Société des médecins et naturalistes juifs pour les intérêts sanitaires de la Palestine][1334], la Deutsche Gesellschaft für Bekämpfung der Malaria in Jerusalem [Société allemande pour la lutte contre la malaria à Jérusalem][1335] et l'association professionnelle intitulée Gesellschaft jüdischer Ärzte in Palästina [Société des médecins juifs en Palestine][1336]. A l'origine, une bonne partie de l'activité de ces sociétés se compose de conférences et de collecte de documentation bibliographique par des médecins installés en Europe et surtout en Allemagne[1337]. A côté de ce volet européen, deux de ces quatre sociétés, la Société allemande pour la lutte contre la malaria et la Société des médecins et naturalistes juifs pour les intérêts sanitaires de la Palestine, que préside le Dr Sandler, sont engagées, à Jérusalem même, dans les projets de fondations d'instituts bactériologiques[1338]. Sur une base individuelle, à travers ces associations, la filière migratoire des médecins sionistes se consolide dans les années d'avant-guerre. Cette évolution prend place dans le sillage d'une évolution des quelques associations de médecins juifs pour la Palestine dans le sens de la constitution de la médecine, dans cette région du monde, en profession à part entière sur la base d'une appartenance communautaire.

2 - Les filières missionnaires

Ainsi que l'ingérence de la CMS dans le mariage de ses employés le laisse soupçonner, le degré de contrôle et d'exigence des sociétés missionnaires sur le recrutement est, en principe, très poussé. L'idée est que l'envoi d'un professionnel sur un terrain éloigné, où ses actions et son devenir sont difficiles à vérifier, ne doit en rien être laissé au hasard. Sur le

1333 CZA Z 3/1623, de Pouchowsky à Warburg, président du Comité restreint d'action de l'Organisation sioniste, de Berlin, 12/05/1913.
1334 CZA A 60/1/א ; CZA Z 3/162, « Gesellschaft jüdischer Ärzte und Naturwissenschaftler für sanitäre Interessen in Palästina », de Berlin, 08/1913.
1335 MAE Nantes, Jérusalem, A, 128, n°33, de Gueyraud à René Viviani, ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 30/06/1914.
1336 CZA A 60/1/א.
1337 CZA A 69/5, du Dr Elias Auerbach au Dr Aaron Sandler, de Berlin, 25/12/1908.
1338 MAE Nantes, Jérusalem, A, 128, de Gueyraud à René Viviani, ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 30/06/1914.

terrain, cependant, les contrôles sont nettement moins rigoureux, car il arrive souvent que les missions médicales soient en sous-effectifs, et que la présence d'un médecin, européen ou autochtone, permette de pallier les besoins. A côté du recrutement général, rigoureux, fondé dans les sociétés missionnaires protestantes sur l'examen des titres, plusieurs entretiens et une formation missionnaire, existe un recrutement local, par brefs intérims ou à durée déterminée d'une, deux ou trois années, recrutement qui n'est pas la même chose qu'un recrutement indigène mais qui englobe cette dernière catégorie d'embauche.

Plusieurs problèmes se posent au moment du recrutement. Le permier est de l'ordre des attentes du médecin, qui ne savent le plus souvent pas à quoi s'attendre sur place. Le second tient aux attentes de l'organisation missionnaire, qui cherche à constituer un personnel capable de s'adapter au terrain, que ce soit sur le plan humain ou sur le plan physique et climatique.

La quasi-totalité des missionnaires et la plupart des médecins occidentaux qui s'installent dans le sud du bilād al-Šām n'a qu'une idée imparfaite de ce à quoi elle doit s'attendre en terme de logement, d'habitudes locales, de nourriture, ou d'approvisionnement médical. L'une de ces médecins missionnaires traduit le sentiment dominant, à savoir l'anticipation de mauvaises conditions matérielles de travail, lorsqu'elle avoue qu'elle s'attendait à bien pire que ce qu'elle trouve en arrivant au foyer de formation d'infirmières St Helena, que l'évêque Blyth a fondé à Jérusalem[1339]. Il y a un décalage de quelques décennies entre les attentes, calquées sur une image de missions médicales pauvres de moyens et dotées de matériel archaïque que colportent encore nombre de publications européennes de l'époque, et la réalité de la fin du 19e siècle, qui voit l'augmentation très nette du nombre des pharmacies dans la Ville sainte. Au reste, même avant le milieu du siècle, nous avons vu que Jérusalem n'était pas mal approvisionnée en remèdes : le principal enjeu, pour les missionnaires, est d'être pourvu de fournitures jetables, tels les pansements et les gazes, en quantité suffisante, et de se faire acheminer le matériel récent.

Les missionnaires installés sur place avisent et se déterminent sur la localisation désirable en fonction des urgences du moment, mais également d'une évaluation de la difficulté relative des différentes localisations. Ainsi, le Dr As'ad Salīm, recruté au début de 1882 sur la foi des éloges du SPC pour occuper temporairement les fonctions de médecin de la mission CMS à Gaza[1340], connaît des difficultés dans cette dernière ville en raison d'un malentendu sur ses attributions : le pasteur européen de la mission, le révérend Schapira, l'a

1339 *Bible Lands*, Vol. 3, n°37, 07/1908, pp. 66-68.
1340 CMS G 3 P/O 1882/34, de Hall au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jaffa, 30/03/1882.

engagé à un haut salaire pour qu'il occupe également un poste d'enseignement, mais le médecin insiste pour n'être astreint qu'aux fonctions médicales inhérentes à sa compétence[1341]. Lorsqu'il est proposé de l'envoyer à Salt, le secrétaire de la mission de Palestine de la CMS, le révérend Hall, écrit dans une lettre à caractère privé aux membres du comité de supervision à Londres, que par son « caractère », le médecin ne serait pas un bon choix pour cette destination, et propose de l'envoyer à Hébron à la place[1342]. Finalement, il reste à Gaza, où ses relations s'enveniment avec Schapira qui le renvoie en 1885[1343]. Les deux destinations possibles, Gaza et Salt, illustrent l'importance de cette sélection psychologique, qui n'est possible que sur le terrain : les missionnaires sont appelés à travailler main dans la main et à vivre pour l'essentiel dans une sociabilité très serrée. Dans des localités traditionnelles comme celles-ci, où les missionnaires ont lieu de se sentir nettement étrangers et esseulés sur le plan culturel, la concorde au sein du personnel missionnaire est essentielle ; et si Hébron n'est pas moins traditionnelle (elle le serait plutôt davantage), elle se trouve à une moindre distance de Jérusalem, ce qui facilite la supervision d'une mission médicale par les instances locales de la CMS.

L'adaptabilité des missionnaires à leurs collègues n'est pas le seul critère qui ne puisse qu'imparfaitement être estimé depuis l'Europe. Un problème récurrent des missionnaires, médecins inclus, est leur vulnérabilité aux fièvres du pays, avec tout ce que ces pathologies ont d'incapacitant. Cette donnée tend à être minorée dans le jugement des responsables missionnaires locaux, eux-mêmes impaludés de longue date, ce qui est source de débats dramatiques dans la mesure où toutes les localités ne présentent pas, de notoriété publique, des risques aussi aigus. Ainsi le Dr Bailey, initialement nommé à Naplouse mais installé dans un premier temps à Gaza, se trouve fortement incommodé dans cette dernière ville et fait plusieurs séjours à Jérusalem pour y recouvrer la santé[1344]. La mission de Palestine de la CMS et son comité de supervision prennent cependant la décision de revenir sur les projets initiaux, et d'envoyer Bailey en poste à Gaza, où il remplacerait le médecin missionnaire, le révérend Elliott, envoyé à Naplouse par égard pour la santé de ses enfants. Selon le même plan, Bailey devait s'établir définitivement dans la première de ces deux villes. Les deux médecins freinent des quatre fers et font valoir, sous la plume du Dr Elliott, que le Dr Bailey préfèrerait démissionner de la mission que de rester à Gaza au péril de sa santé, et que l'un et l'autre sont

1341 CMS G 3 P/O 1882/36, d'As'ad Salīm au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Gaza, 28/03/1882.
1342 CMS G 3 P/O 1882/82, de Hall aux membres du comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jaffa, 14/08/1882.
1343 CMS G 3 P/P 2 : résumé de CMS G 3 P/O 1885/109 (manquant dans les a rchives), de Hall au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jaffa, 22/06/1885.
1344 CMS G 3 P/O 1891/193, de S. Meredith à Wigram, 18/06/1891.

tombés d'accord pour empêcher cette éventualité[1345]. La mission de Palestine décide, sous cette pression conjointe, de revenir aux affectations initialement prévues, ce qui n'empêche pas le passage de Bailey à Naplouse d'être rendu extrêmement pénible par les ennuis de santé successifs de sa famille.

Constatant les problèmes de santé récurrents des missionnaires, qui empêchent régulièrement leurs activités de fonctionner comme prévu pour cause de sous-effectifs, un missionnaire fait la remarque, une dizaine d'années plus tard, que les décisions de recrutement prises depuis Londres semblent guidées par une idée radicalement fausse de l'état sanitaire du terrain. Au sein de la CMS locale, le sentiment prévaut que « le Comité [de supervision] [...] traite [...] la mission de Palestine comme un sanatorium, et y envoie des missionnaires à qui leur santé ne permettrait pas d'aller ailleurs[1346] ». Le point de vue d'une organisation missionnaire active sur des terrains très divers, et souvent très enclavés, conduit les responsables centraux de celle-ci à évacuer complètement le discours, il est vrai très construit, sur l'insalubrité redoutable du sud du bilād al-Šām. En relativisant une situation différenciée et complexe et en envoyant dans le même temps des personnes de constitution vulnérable, le Comité de supervision passe d'un excès à un autre et contribue au caractère dysfonctionnel de la mission de Palestine de la CMS, si bien pourvu en médecin cette dernière soit-elle.

Pour le recrutement local, les professeurs des facultés de Beyrouth sont sollicités pour suggérer des candidats présentant des garanties de compétence, de conviction religieuse et de sérieux moral. De ce point de vue, les institutions missionnaires se défient des arrangements locaux, et même les médecins recommandés par les facultés ne sont pas toujours fiables. A Salt, le Dr Ibrāhīm Zu‘rub est amené à quitter son poste à cause d'un problème comptable sous lequel les missionnaires soupçonnent un détournement de fonds : le médecin n'enregistrait pas d'un numéro certaines ordonnances, qui échappaient ainsi au contrôle de la CMS[1347]. La mission cherche un homme de confiance et de réputation chrétienne avérée. Le Dr Ilyās Sābā, désigné comme son successeur par la mission de Palestine, est pourvu des témoignages très favorables des professeurs du SPC sur ses sentiments chrétiens. Toutefois, un autre diplômé du SPC, le Dr As'ad Raḥḥāl, appuyé par le révérend Jamāl, un missionnaire autochtone, s'est installé dans la bourgade, dans l'espoir que le révérend Connor, qui dirige la mission locale, lui permettrait d'occuper le poste. Ce dernier, en quête d'un homme doué de la trempe d'un missionnaire, autant que d'un médecin, n'éconduit pas directement Raḥḥāl, mais cherche d'abord à vérifier si l'individu correspond aux fonctions auxquelles il aspire. Le

1345 CMS G 3 P/O 1891/219, de R. Elliott à Wigram, de Jérusalem, 23/07/1891.
1346 CMS G 3 P/O 1900/13, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 02/01/1900.
1347 CMS G 3 P/O 1885/133, « Minutes of the eighteenth conference of the Palestine Mission of the Church Missionary Society, held in Jerusalem, June 7th to 10th, 1885 »

médecin remet à Connor deux témoignages de moralité de son village d'origine, aux environs de Damas ; mais en raison de l'apparence factice des documents, et faute de contacts dans cette localité pour vérifier l'authenticité de leur contenu, le missionnaire entend écrire au SPC pour obtenir des garanties de moralité et de zèle chrétien sur le compte de Raḥḥāl. Celui-ci s'y oppose, et transforme la question en un point d'honneur.

Connor cherche patiemment à percer les raisons de cette attitude, jusqu'au moment où Raḥḥāl lui avoue, contrit, que « peu de temps après avoir quitté le Collège [le SPC], il s'était associé à des étudiants expulsés pour mauvaise conduite, ce pourquoi les missionnaires américains ne parleraient sûrement pas bien de lui. » Connor ne s'arrête pas là, et suggère que du temps a passé depuis ces événements, et qu'il était quand même possible de lui trouver un emploi s'il fournissait des témoignages sérieux attestant de sa foi chrétienne. Vexé, ou placé dans l'impossibilité d'obtempérer, Raḥḥāl réagit alors en se déclarant insulté, et en rompant là ses relations avec la mission ; il menace en outre de s'installer à Salt dans le seul but d'empêcher le Dr Sābā d'attirer de la clientèle[1348].

L'histoire de ce recrutement a deux ressorts, qu'il nous faut expliciter. Le premier est l'image de moralité que la mission doit donner d'elle-même pour être crédible auprès de la population locale : il faut faire en sorte, dès le recrutement, que les employés puissent prêcher d'exemple. On peut certes estimer que la méfiance de Connor dérive d'une conception de l'éthique des Syriens fondée sur l'idée d'invariants culturels et, en définitive, sur un profond mépris ; mais les circonstances du recrutement, après un départ entaché de soupçons de malversations, ne permettent pas d'envisager un nouvel échec, sauf à mettre en péril la mission dans son ensemble. La deuxième donnée implicite a trait au contenu de la « mauvaise conduite » des condisciples qu'il a rejoint immédiatement après l'obtention de son diplôme en 1883. Il ne fait pas de doute, tant l'affaire avait marqué les esprits au SPC, qu'il s'agit de la crise darwinienne de 1882. Au cours de celle-ci, Sābā ne participe pas à la grève des cours ; il en est excusé par ses condisciples pour des raisons qui semblent tenir à sa profonde adhésion aux doctrines des missionnaires[1349], et c'est assurément compté en sa faveur dans l'avis des missionnaires américains sur lui. Raḥḥāl, en revanche, compte parmi les exclus du Collège, mais fait partie de la première vague d'étudiants réintégrés, sous condition de signer une lettre d'excuse à la faculté et de répudiation des idées darwiniennes[1350]. Il s'est ainsi efforcé de se réconcilier avec le SPC, mais le maintien de ses accointances avec certains des exclus qui ont complètement rompu les ponts avec la faculté l'empêche de compter sur l'appui des

1348 CMS G 3 P/O 1885/234, de Hall à Lang, de Jaffa, 16/12/1885.
1349 Jeha, *Op. cit.*, p. 76.
1350 *Ibid.*, p. 78.

missionnaires.

L'anecdote montre que la CMS prend la dimension religieuse de la sélection au sérieux. La crise de 1882 incite les institutions missionnaires à une très grande prudence dans le recrutement des médecins indigènes ; et cependant, elles s'en accommodent en définitive, au point que la génération des étudiants du SPC qui ont participé à la grève occupe une place très significative dans les missions médicales de la fin du 19e siècle. Halīl Sa'ādah, un des porte-parole du mouvement de grève[1351], est successivement employé par la mission de l'Eglise libre d'Ecosse à Safad jusqu'en 1897[1352], puis comme assistant à l'hôpital de la LJS à Jérusalem à compter de cette date[1353]. Ibrāhīm Salībī, chargé d'informer les étudiants absents des décisions du comité de grève[1354], devient à son tour médecin de la mission médicale de Salt après la mort précoce du Dr Sābā au début de l'année 1889[1355]. Parmi les exclus, on trouve encore Amīn Fulayḥān, qui devient médecin assistant de la mission de l'Eglise libre d'Ecosse à Tibériade en 1897[1356]. Nous ne sommes pas en mesure de rendre compte de ces recrutements du point de vue des opinions personnelles des anciens grévistes, mais de toute évidence ils se sont réconcilié avec le SPC, qui occupe un rôle-clé dans la sélection des candidats, et avec les obligations spirituelles et l'obédience intellectuelle qui vont de pair avec le travail missionnaire. La générations des étudiants de 1882 n'a pas seulement été une génération protestataire et intellectuelle, mais elle a également constitué une génération de missionnaires.

Les facultés occupent une place prépondérante dans le recrutement, mais si les sociétés missionnaires affirment le besoin d'embaucher des chrétiens convaincus, on voit que, dans la pratique, elles ne font pas jouer ce critère à plein. Toutefois, elles s'entendent avec les facultés avec assez d'efficacité pour produire des filières très homogènes sur le plan confessionnel. Cette considération est plus prégnante, en réalité, que l'excellence académique. Il n'échappe pas aux missionnaires de la CMS, par exemple, que la compétence et une formation brillante risquent de rester vaines de fruits dans un environnement régional mal approvisionné : du Dr Frederick Johnson, *fellow* du Royal College of Surgeon de Londres, passé par le prestigieux Hôpital St Bartholomew, le missionnaire T.F. Wolters dit tout net qu'« un médecin avec une formation si remarquable [...] est un gâchis dans un lieu comme Karak[1357]. » Cela n'empêche pas la CMS d'employer un personnel médical européen généralement très bien formé : le Dr

1351 *Ibid.*, p. 53.
1352 Dep. CMJ d.63/6, *The Missionary Record of the United Free Church of Scotland*, Edimbourg / Londres, T. Nelson & Sons, 12/1902.
1353 Schwake, *Op. cit.*, vol. 1, p. 170.
1354 Jeha, *Op. cit.*, p. 53.
1355 CMS G 3 P/O 1889/134, « East Jordan district, Conference report, May 1889 ».
1356 *Al-Ṭabīb*, 8e année, n°12, 01/05/1897, p. 389.
1357 CMS G 3 P/O 1902/13, de T.F. Wolters à Baylis, de Jaffa, 20/01/1902.

Wright, collègue de Johnson à Naplouse est lui aussi passé par St Bartholomew, membre du Royal College of Surgeon et du Royal College of Physician de Londres, tout comme le Dr Ethel Griffiths nommée aux côtés de ce dernier en 1912[1358]. Quant au Dr John Cropper, médecin missionnaire à Acre, il a fréquenté Trinity College à Cambridge ainsi que St Bartholomew à Londres[1359].

Cette avalanche de titres et de diplômes n'entraîne pas un travail particulier d'enrichissement de la connaissance médicale, qui brille par son absence dans la correspondance des médecins. Ils appartiennent à des générations universitaires différentes ; à cette époque, qui voit la généralisation de l'étude de la microbiologie et de la bactériologie dans les années 1880, puis la montée en puissance de la médecine tropicale dans les années 1890, 5 ou 10, *a fortiori* 15 ans de différence d'âge entre les médecins, et la difficulté pour des médecins missionnaires de s'absenter pendant l'année académique pour se mettre à niveau en Occident, font que les médecins d'une même mission ont parfois l'impression de parler des langages médicaux différents.

A l'Hôpital Saint-Louis de Jaffa, protégé par la France mais fondé par un donateur lyonnais à des fins nettement missionnaires, la succession de deux praticiens dans les années 1880 montre les effets qu'un écart de temps dans la formation peut avoir sur la terminologie, partant sur le diagnostic, le traitement et l'enregistrement des cas pathologiques. Dans un rapport consacré aux maladies de la Palestine et aux cas observés à l'hôpital, le Dr Pasqualini donne une illustration de ce point autour de la question des fièvres. L'identification comme pathologies distinctes des fièvres de récurrence plus ou moins fréquente ou régulière est un problème qui traverse la médecine du 19e siècle en France. Lorsque Pasqualini aborde le sujet, c'est d'abord pour faire valoir son point de vue, à savoir qu'il y a une grande variété de telles fièvres dans la région, et qu'il convient de multiplier les dénominations pour désigner des pathologies fébriles aux symptômes bien différents:

> « Si cette distinction entre ces affections [d'origine hygiénique] et les fièvres palustres est généralement admise actuellement en Syrie, comme dans les autres pays chauds, la confusion la plus funeste et la plus regrettable semble continuer à régner dans l'étude étiologique des pyrexies propres à ces pays et où nous voyons, sous la dénomination si vague et si confuse de fièvres rémittentes, figurer presque toutes les fièvres endémiques qui règnent dans ces contrées, d'une part, les émanation paludéennes ou telluriques atmosphériques et climatiques étrangères à la malaria, malgré la ressemblance que quelques unes d'entre elles avaient présentées avec les pyrexies des climats tempérés, depuis l'embarras gastrique ou la fièvre gastrique simple jusqu'à la fièvre synoque et la fièvre typhoïde.
> Ainsi s'expliquent les différences, souvent remarquables, indiquées par les documents statistiques pour une même localité relativement à la prédominance et à la fréquence

1358 *Mercy and Truth*, n°203, pp. 274-275.
1359 « John Cropper : an appreciation », in *Mercy and Truth*, n°242, 03/1917, pp. 54-55.

> de ces fièvres remittentes suivant le rôle plus ou moins considérable attribué à la malaria par celui qui est chargé de recueillir et d'enregistrer ces documents. Qu'on suppose, par exemple, dans un hôpital de la Palestine tel que l'hôpital français de Jaffa, fondé par l'honorable M. Guinet de Lyon (digne de tout éloge), un médecin qui considère l'influence palustre comme apparaissant à peu près partout, la proportion des fièvres remittentes paraîtra considérable ; que quelques années après, il soit remplacé par un autre médecin, qui, contrairement à son prédécesseur, admette [*sic*] la fréquence en Palestine (Jaffa) de la plupart des pyrexies, et qui sont indépendantes de la malaria, l'on verra, dans les statistiques, grossir considérablement le chiffre des fièvres continues, des fièvres éphémères, et même des embarras gastriques, et diminuer progressivement la proportion des fièvres rémittentes et l'on constatera une diminution de sulfate de quinine.
> Je cite ce fait à l'appui, parce qu'il m'a frappé bien souvent pendant mon séjour en cet hôpital, et qu'il démontre sufisamment [*sic*] les inconvénients qu'occasionne dans la pratique médicale de ce pays, l'absence ou l'insuffisance des signes caractéristiques pour distinguer les fièvres d'origine palustre de celle au développement desquelles reste étrangère l'influence de la malaria[1360]. »

Ce passage a deux buts. Le premier est d'expliquer un changement d'appareil statistique, ce qui peut avoir de multiples raisons, soit que le rapport soit destiné à être adressé au ministère à Paris, soit que ses informations soient adressées à l'administration sanitaire ottomane, dont le médecin collationne les rapports des médecins d'hôpitaux en ville que ceux-ci veulent bien, généralement, lui communiquer[1361]. Dans tous les cas, il doit expliquer la nomenclature qu'il emploie.

La seconde finalité est de se légitimer en présentant son prédécesseur, le Dr Cognard, comme en retard sur le plan des connaissances sur une pathologie endémique, la malaria, qui est probablement la plus importante pour la région du point de vue de la santé publique. On peut aussi deviner, à demi-mot, l'incidence d'une telle transformation de vocabulaire sur le fonctionnement d'un hôpital : dans la mesure où la thérapeutique est, dans les faits, administrée par les religieuses, les changements de diagnostic amènent de nouvelles méthodes thérapeutiques et donc un changement d'habitude dans le traitement des patients, qui permet au médecin d'affirmer son autorité sur l'hôpital, et éventuellement de justifier une baisse de la consmmation médicamentaire qui peut avoir d'autres raisons. En mettant les religieuses en retrait, Pasqualini tend à gommer la nature confessionnelle de l'hôpital au profit de son rattachement à la science française. Il y a une différence notable entre les institutions essentiellement missionnaires, et celles que soutiennent le gouvernement ottoman et ses

1360 MAE Nantes, Jérusalem, A, 106, « Rapport médicale [*sic*] adressé à Monsieur le Consul Général de France (à Jérusalem). Compte-rendu des maladies traitées à l'hôpital français de Jaffa (Palestine) par M. le Docteur Félix Antoine Pasqualini », de Jaffa, 14/02/1888.

1361 MAE Nantes, Jérusalem, A, 106, d'Ibrāhī Ḥaqqī Paşa, mutaṣarrif de Jérusalem à Ledoulx, de Jérusalem, 20 Jumadā al-Awwal 1315 AH / 16/10/1897 AD ; du Dr Jean Lin à Guillois, vice-Consul de France à Jaffa, de Jaffa, s.d. [annexé au n)39, de Guillois à Ledoulx, de Jaffa, 26/10/1897].

homologues occidentaux : ces derniers sont justifiés moins par des raisons religieuses que par l'inspiration de la médecine moderniste et occidentale. Dans le cas des hôpitaux français, cela va jusqu'à faire de ces lieux des vitrines de la science thérapeutique nationale. Ce fait n'est pas sans traduction sur le recrutement des médecins.

3 - Les filières nationales

a – Les recrutements administratifs ottomans : des projections de carrière en marge d'un système de parrainage

L'idée de filière suppose un intérêt à être orienté vers une destination ou un poste ; autant dire que la validité du concept est fonction de l'horizon d'attente que se donnent les médecins. Peut-on définir semblable horizon pour les fonctions officielles disponibles dans le sud du bilād al-Šām ? Rien n'est moins sûr. Si l'on en croit Abdül-Hakim Hikmet, l'attribution des postes dans l'administration médicale ottomane, qu'elle soit civile ou militaire, est tributaire d'une conception centraliste de la carrière dans l'Empire[1362]. Tous ceux qui le peuvent s'arrangent pour être affectés, à force de relations et de recommandations, à Istanbul, et de ce point de vue, Jérusalem, Jaffa et *a fortiori* Salt ou Gaza sont des voies de garage. Sans doute est-ce ce qui incline l'administration médicale civile à attribuer les postes de médecin de l'hôpital gouvernemental dans une ville comme Jérusalem, où règne une concurrence très aiguë sur ce terrain, non pas à des hommes parachutés depuis l'EIM, mais au contraire à des praticiens pour qui un tel poste constitue un atout : ainsi du Dr Naamé qui a à gagner à occuper un emploi officiel à une époque où les diplômés de la FFM sont tenus en lisière. Ainsi également du Dr Photios Efklidès, qui occupe à son tour le poste de médecin de l'hôpital gouvernemental dans la décennie précédant la Première guerre mondiale. Arrivé sur place à l'âge de 9 ans[1363], ce dernier conçoit sa carrière à l'échelle locale, et de fait il n'est jamais connu et même désigné dans la presse que par son prénom, comme « Dr Photios » ou « Dr Photi ». A Jérusalem, il s'est tissé un réseau de clients et d'obligés, à tel point que les autorités se défient de lui. Lorsqu'il produit un rapport favorable à l'une des parties, dans une enquête de police dilligentée pour examiner les circonstances d'une rixe devant les portes de l'Eglise du Saint-Sépulcre, le chef de la police lui-même décide de passer outre sur les observations du médecin, et demande à son confrère de la municipalité une contre-

1362 Hikmet, *Art. cit.*, p. 59.
1363 Schwake, *Op. cit.*, vol. 2, p. 518.

expertise[1364]. Pour ce médecin, l'exercice d'une fonction officielle est un moyen de rabattre la clientèle vers sa pratique privée et de la fidéliser. Point n'est besoin alors, semble-t-il, de se représenter un horizon d'attente en dehors des fonctions exercées.

Le cas du Dr Naamé illustre une autre configuration de carrière, et donne des éléments de réponse quant à la présence significative des diplômés de la FFM dans des fonctions officielles, au service d'institutions ottomanes, françaises ou autres. Nous avons vu plus haut l'intérêt qu'il y avait pour la faculté des jésuites de recommander certains de ses diplômés pour des postes administratifs, comme gage tangible des possibilités de carrière offertes aux étudiants. Pour ceux-ci, il y a une hiérarchie des fonctions : les préférences varient sans doute d'un individu à un autre, mais pour la plupart d'entre eux, les postes dans les hôpitaux catholiques français correspondent à leur attachement sincère à la France et sont en général mieux et plus régulièrement payés que ceux de l'administration ottomane. Le sommet de la hiérarchie salariale des hôpitaux sous protection française dans le sud du bilād al-Šām est l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem. Lorsque la rumeur commence à se répandre que le Dr Rück, éphémère titulaire du poste en 1897-1898, est incapacité pour raisons de santé et n'entend pas retourner à son poste, Naamé prend les devants et, sentant son avenir incertain à l'hôpital municipal, s'enquiert auprès de l'Ambassade de France à Constantinople de la possibilité d'être recruté sur le poste libéré[1365]. Sa candidature est un échec, mais la suite de sa trajectoire illustre un tropisme constant vers la France, où il finit sa carrière avec une certaine notoriété. L'alliance d'un discours ressassé en faculté sur la puissance bienveillante et protectrice du pays, et les possibilités de carrière qu'il offre aux diplômés de la FFM contribuent à la mise en place d'une filière française, qui se termine ou non, suivant les cas, par l'émigration ; l'université, en phase avec le discours au sein de la profession médicale française de l'époque, s'efforce de dissuader les relocalisations vers la France, mais à long terme, cette destination apparaît logique aux clients les plus fidèles[1366].

1364 « *Aẖbār maḥalliyyah* » [Nouvelles locales], in *Filasṭīn*, n°74, 04/10/1911, p. 3.
1365 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, du Dr Chukri Naamé à Auzépy, de Jérusalem, 07/06/1898.
1366 Darmon, *Op. cit.*, pp. 134-136.

b – Les choix d'une puissance : le recrutement des médecins du gouvernement français à Jérusalem entre prestige national et intérêts clientélistes

α – L'institution d'un poste

A l'inverse du peu d'intérêt des médecins civils et militaires ottomans pour la région, le recrutement des médecins de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem pourrait être décrit comme un processus très concurrentiel, après sélection entre des filières rivales, jusqu'à épuisement de ces dernières. Les circonstances de la nomination du Dr Sabadini comme médecin de l'hôpital, en 1881, ont trait bien davantage aux vues de la diplomatie française sur l'institution, qu'aux qualités requises du nouveau médecin. Le problème, du point de vue du gouvernement français, est d'arrimer autant que possible l'hôpital en construction aux intérêts nationaux, et si possible d'en faire un hôpital national. Dans ce but, et avec l'idée de convaincre le propriétaire de céder l'institution à la France, le Consul Patrimonio propose en 1879 un montage institutionnel permettant de financer le salaire du médecin de l'hôpital sur une ligne d'un budget ministériel, et donc de décharger complètement le comte de Piellat et l'hôpital de ce souci. Une partie de la subvention annuelle de 12 000 francs allouée à l'hôpital par le Parlement serait détournée à cet effet. Du même coup, le gouvernement français s'arrogerait le droit de nomination, et éviterait que ne continue la succession de médecins italiens à la tête du service médical. Pour cela, l'idée est de faire engager les médecins sur un poste de médecin sanitaire du gouvernement français, comme il en existe un à Beyrouth et comme il en a existé de façon éphémère à Damas vers 1870. Il incomberait alors au ministère de l'Agriculture et du Commerce, comme administration de tutelle des médecins sanitaires de par le monde, de financer le poste. Par convention, le médecin du gouvernement serait systématiquement nommé, en même temps, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, aussi longtemps que le poste de médecin sanitaire existerait à Jérusalem[1367].

Patrimonio sait que l'ambiance au parlement n'est pas propice à une telle création de poste, moins en raison de la laïcisation du pays que du fait de l'orthodoxie budgétaire. Aussi Patrimonio s'efforce-t-il d'étayer l'argumentaire proprement sanitaire qu'il peut mobiliser en faveur de son projet : la population française de la région est amenée à s'accroître pour les besoins de l'exploitation des chemins de fer et de l'extraction des sels de la Mer morte, ou par

1367 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, n°125, de Patrimonio à Hugues Fournier, Ambassadeur de France à Constantinople, de Jérusalem, s.d. [1879].

voie de colonisation ; pour emporter le morceau, le Consul argue de la concurrence existante sur le terrain médical, que la France ne pourrait soutenir face aux autres puissances européennes qu'en envoyant un de ses ressortissants comme médecin[1368]. Dans une correspondance de la même période, il convient toutefois que ce sont des « considérations d'influence et de politique qui [...] obligent en quelque sorte à nommer à Jérusalem un médecin rétribué[1369]. » Dans les administrations concernées par la création et le financement du nouveau poste, l'argument ne convainc guère : en février 1881, soit quelques mois à peine avant le départ du Dr Sabadini pour la Ville sainte, le Comité d'Hygiène Public de France, chargé d'évaluer le bien-fondé de ce type de nomination, n'a pas encore rendu son avis et semble ainsi chercher à faire échec à la manoeuvre par son inertie. Patrimonio presse alors sa hiérarchie d'intervenir pour hâter la décision[1370]. Le poste est bien créé, et occupé par son titulaire en association avec celui de l'Hôpital Saint-Louis, malgré un contexte politique qui poussent Piellat à s'éloigner de la protection française et à envisager de placer un Italien, le Dr Carpani, sur ce dernier emploi[1371]. En revanche, et malgré les rapports successifs que Sabadini envoie à son administration de tutelle, le caractère artificiel du poste de médecin sanitaire explique que son existence continue d'être menacée. Dès lors que sa raison d'être – obtenir la cession de la propriété de l'Hôpital Saint-Louis à la France – a cessé d'être à l'ordre du jour, certains songent à se débarrasser d'un poste coûteux. En 1885, alors que le départ de Sabadini se profile, le ministre des Affaires étrangères, Charles de Freycinet, annonce sa suppression, à moins que le Consul à Jérusalem ne réussisse à en prouver l'absolue nécessité[1372]. Toutefois, les raisons de concurrence nationale et le souci de maintenir une bonne entente avec le Patriarcat latin et avec Piellat convainquent le ministère de faire marche arrière sur cette décision[1373].

β – La filière algérienne (1881-1896)

Sabadini part en congé à l'été 1885 pour des raisons de santé[1374], mais il est

1368 *Ibid.*
1369 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, n°135, de Patrimonio à Waddington, minstre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 22/02/1879.
1370 MAE Quai d'Orsay, CCC, Jérusalem, 4, n°39, de Patrimonio à Barthélémy-Saint-Hilaire, de Jérusalem, 10/02/1881.
1371 MAE Nantes, Jérusalem, A, 103, n°11, de Langlais, Consul de France à Jérusalem, à Barthélémy-Saint-Hilaire, de Jérusalem, 25/08/1881.
1372 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, télégramme de Charles de Freycinet à Ledoulx, de Paris, 28/11/1885.
1373 MAE Nantes, Jérusalem, E, 7, n°9, de Ledoulx à Freycinet, de Jérusalem, 06/12/1885.
1374 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, n°92, de Ledoulx à Freycinet, de Jérusalem, 27/05/1885.

rapidement clair que c'est un départ définitif. Avant même sa démission en avril 1886[1375], deux médecins se portent candidats, alors que son attribution ne procède pas d'un concours public. C'est un motif récurrent de ce type de recrutement : comme les vacances de poste ne sont pas annoncées publiquement, tout se joue par les bruits de couloir, si bien que des médecins à l'affût tentent la chance spontanément lorsqu'un titulaire part en congé ; cette circonstance permet au ministère d'en éconduire le plus grand nombre au motif que le poste a un titulaire. En 1885, il s'agit du Dr Osmont, qui n'a pas de recommandation mais s'est fait, lors d'une mission scientifique, des relations à l'Académie de médecine[1376], et du Dr Laborde, médecin sur la compagnie égyptienne des vapeurs *Khédivié*. Celui-ci dit connaître le marquis de Noailles (alors Ambassadeur de France à Constantinople), dont il se réclame et dont il tient le bruit selon lequel « l'évêque [le Patriarche latin, Mgr Vincente Bracco] [patronne] beaucoup un empirique italien » en vue du poste[1377]. Laborde a visiblement compris la logique de base de ce type de recrutement, qui suppose une recommandation efficace, et qui vise avant tout à maintenir en poste un titulaire français comme symbole politique.

Cela ne suffit pas, pourtant, à lui garantir le poste. C'est finalement le Dr de Friess, installé en Algérie où Sabadini a ses attaches, et qu'il a proposé pour prendre sa place à titre intérimaire[1378], qui est nommé en définitive, formellement au terme d'une procédure de consultation et de concertation avec le ministère de l'Instruction Publique[1379]. Une filière de cooptation par les médecins en poste eux-mêmes, et sur la base du passage par l'Algérie comme indicateur de familiarité culturelle et linguistique avec l'environnement de Jérusalem, semble se mettre en place.

De fait, lorsque le Dr de Friess décède à la fin de l'année 1896[1380], un nouveau candidat venant d'Algérie se déclare, en la personne du Dr Barbé, ancien interne des hôpitaux d'Alger et, à cette date, prosecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine de cette ville. Il est soutenu par le Dr Sabadini[1381], Paul Gérente, sénateur d'Alger[1382], et Gaston Thomson, député du Constantinois[1383]. Cette candidature est en revanche désapprouvée par le Consul Général de France à Jérusalem, Ledoulx, qui invite son ministre de tutelle à prendre « les informations nécessaires sur ce candidat »[1384] . Le discours du Consul est plein de duplicité : à son ministère

1375 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, n°6, de Freycinet à Ledoulx, de Paris, 20/04/1886.
1376 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, du Dr Osmont à Ledoulx, de Versailles, 11/10/1885.
1377 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, du Dr Laborde à Ledoulx, d'Alexandrie, 15/12/1885.
1378 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, télégramme chiffré de Freycinet à Ledoulx, de Paris, 28/02/1886.
1379 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, n°6, de Freycinet à Ledoulx, de Paris, 20/04/1886 ; n°13, de Freycinet à Ledoulx, de Paris, 22/06/1886.
1380 MAE Nantes, Jérusalem, E, 10, n°631, de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, 17/12/1896.
1381 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°640 de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, 31/01/1897.
1382 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Paul Gérente à Hanotaux, 23/04/1897.
1383 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, lettre de Gaston Thomson à Hanotaux, de Paris, 10/04/1897.
1384 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°640 de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, 31/01/1897.

de tutelle, il suggère que Barbé n'est pas l'homme de la situation. Quelles sont les circonstances qui entraînent la rupture de la séquence de recrutements algériens, malgré ses avantages linguistiques et culturels dans un cadre comme celui de Jérusalem ?

γ – Recrutement national et emploi local (1896-1900)

La mise à l'écart des candidats d'Algérie intervient dans un contexte où la dimension locale de l'emploi se fait sentir de façon accrue, en raison des congés à répétition réclamés par les médecins titulaires successifs, à commencer par le Dr de Friess au seuil de la maladie qui l'emporte fin 1896. Une telle situation crée des obligations, pour les responsables consulaires locaux, vis-à-vis du médecin intérimaire. Les pressions en sens contraires pour maintenir ce dernier et pour nommer un remplaçant se conjuguent pour transformer les conditions posées au recrutement. Elles conduisent à l'échec de la filière algérienne et à un recrutement selon des critères à la fois religieux, moraux et élitistes.

א - Désigner un pieux serviteur de la France

On peut deviner les raisons officieuses invoquées par le consulat de Jérusalem pour écarter la candidature du Dr Barbé, dans la succession de la filière algérienne, à travers les demandes de Gabriel Hanotaux, alors ministre des Affaires étrangères, dans un courrier à son collègue de l'Instruction Publique. Il le prie de désigner un candidat « appelé à donner des soins à une clientèle presque exclusivement religieuse », et donc de préférence chrétien convaincu[1385]. Cela ne semble pas être le cas du Dr Barbé, et du reste, ce critère détermine la teneur et les aléa de ce recrutement.

Toutefois, la véritable idée du Consul Ledoulx pour ce recrutement est ailleurs. Elle se devine dans la copie d'une pétition transmise au ministère ; ses auteurs, dont les noms n'apparaissent nulle part, prétendent représenter les « communautés [catholiques] et [...] la colonie française à Jérusalem » et font état de la promesse que Ledoulx aurait faite au Dr Pacher, qui assure l'intérim à l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem depuis le départ du Dr de Friess, de le proposer pour le poste de médecin titulaire de l'institution[1386]. Ledoulx se range

1385 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Hanotaux à Alfred Rambaud, ministre de l'Instruction Publique, de Paris, [16 ?]/01/1897.

1386 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, copie d'une pétition adressée au ministre des Affaires étrangères, janvier 1897.

cependant en définitive à l'idée que Pacher, étant de nationalité suisse, ne saurait être éligible pour le poste[1387].

Deux autres candidats se déclarent. Le premier est le Dr Chagnoleau, proposé au ministère des Affaires étrangères par celui de l'Instruction Publique[1388]. La canditature de celui-ci est rapidement approuvée par Hanotaux[1389]. De fait, ce médecin possède un certain nombre d'appuis médico-parlementaires, dont Brault, député de la ville de Rochefort où il a exercé pendant une dizaine d'années[1390], les sénateurs Macheret[1391] et Brouardel[1392], ainsi que le doyen de la faculté de médecine de Paris[1393]. Il fait également valoir des témoignages de sa pratique religieuse pour répondre aux exigences implicites du recrutement[1394] Chagnoleau est prévenu verbalement de sa nomination[1395]. Toutefois, prévenu par la rumeur, le ministre des Affaires étrangères hésite[1396]. Un courrier de Hanotaux à Louis Barthou, ministre de l'Intérieur, nous renseigne sur la teneur des bruits : les conditions du départ précipité que Chagnoleau vient de faire en laissant son poste à Rochefort, ont suscité des questions, qui ont été répercutée jusqu'au Quai d'Orsay, et il devient nécessaire de demander une enquête pour s'assurer de la complète honorabilité du candidat[1397]. Hanotaux craint visiblement qu'une fuite relative aux antécédents de Chagnoleau ne soit organisée en direction de la presse et ne donne des arguments aux anticléricaux au parlement. Toutefois, aucune décision n'est prise, et les amis de ce dernier, le député Brault tout le premier, s'impatientent. Ce dernier est averti de la démarche de demande de renseignement de Hanotaux à Barthou, que le Quai d'Orsay nie pieusement le 7 avril 1897[1398], avant de recevoir le 10 avril[1399] un rapport de la préfecture de Charente-Inférieure un rapport sur le médecin en date du 3. De ce rapport, il ressort que

1387 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Saint-René Taillandier au directeur de la direction politique du ministère des Affaires étrangères, 04/02/1897. De toute évidence, la pression en faveur de la nomination de Pacher a des relais au ministère, puisque la lettre est annotée : « Insister auprès de M. Ledoulx si possible ».

1388 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, note interne au ministère des Affaires étrangères, adressée à Hanotaux, de Paris, 09/02/1897.

1389 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Hanotaux à Rambaud, de Paris, 09/02/1897.

1390 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de E. Brault à Hanotaux, de Paris, 10/02/1897.

1391 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de A. Macheret à Hanotaux, de Paris, 15/02/1897.

1392 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Brouardel à Hanotaux, de Paris, 11/02/1897.

1393 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de L. Liard, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction Publique, à Hanotaux, de Paris, 09/02/1897.

1394 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Chagnoleau à de Beaucaire, au ministère des Affaires étrangres, 10/02/1897 ; carte de visite de l'abbé F. Brettes, chanoine de Notre-Dame de Paris, adressée à Chagnoleau, s.d. ; lettre de Brettes à Hanotaux, de Paris, 11/02/1897.

1395 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Hanotaux à Rambaud, de Paris, 09/02/1897.

1396 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, note interne au ministre des Affaires étrangères, pour transmission au ministère de l'Intérieur, de Paris, 20/02/1897.

1397 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Hanotaux à Barthou, de Paris, 20/02/1897.

1398 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, note interne au ministère des Affaires étrangères, pour communication au ministère de l'Intérieur, de Paris, 07/04/1897.

1399 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, du directeur du cabinet du ministre de l'Intérieur [signature illisible] à Hanotaux, de Paris, 10/04/1897.

Chagnoleau s'est montré un praticien apprécié à Rochefort, mais que par goût de la dépense et du jeu, il a contracté des dettes très lourdes qui l'ont poussé à se brouiller avec sa famille et à fuir en février 1897. Le préfet conclut son rapport en estimant que l'homme est « parfaitement apte » au poste pour lequel il postule, et que sans avoir d'opinions politiques marquées, il se dit républicain[1400]. Pour Chagnoleau, c'est le coup de grâce.

Il semble au reste que sa situation ait été connue de quelques uns, y compris parmi ses soutiens ; dès le 3 avril, jour d'envoi du rapport au ministère de l'Intérieur, Lannelongue, professeur à la faculté de médecine de Paris et député, propose la candidature du Dr Rück, ancien interne et chef de clinique des hôpitaux de Paris[1401]. Le nouvel impétrant est bientôt rallié par Brouardel[1402], qui naguère soutenait Chagnoleau mais qui désormais présente le nouveau candidat, qu'il connaît depuis plus de vingt ans, comme « infiniment supérieur à tous les autres candidats, à tous les points de vue[1403]. » L'un et l'autre se rabattent derrière l'excellence professionnelle de Rück, mais la chronologie de la correspondance laisse rêveur : c'est la semaine même où arrivent les informations officieuses qui conduisent à écarter la candidature de Chagnoleau, que Brouardel déserte sa cause et se fait le plus chaud partisan de son nouveau rival pour le poste. Il est difficile de voir là un hasard de calendrier, d'autant que l'hypothèse de fuites d'informations entre les patrons des candidats et les administrations chargés de la sélection et de la nomination reflète les modalités générales des recrutements à l'Hôpital Saint-Louis. Formellement, les candidatures sont ouvertes à tout médecin et répondent à des critères de sélection par l'excellence professionnelle et la présomption d'adéquation pour un travail dans un environnement culturel arabe. En pratique, la sélection fonctionne non seulement par recommandation personnelle – c'est là une nécessité presque officielle à l'époque – mais aussi par réactivité à l'intérieur des sphères parlementaire et ministérielle. Le résultat est qu'il faut mobiliser de très hauts appuis pour un poste qui n'est tout de même pas de haut rang, et que les soutiens varient au gré des critères officieux de recrutement et des rumeurs.

1400 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, du préfet de la Charente-Inférieure [signature illisible] à Barthou, de La Rochelle, 03/04/1897.
1401 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, d'un auteur inconnu à St René-Taillandier, de Paris, 03/04/1897.
1402 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Lannelongue à Hanotaux, de Paris, 09/04/1897.
1403 *Ibid.*

ב - L'élitisme : alibi républicain ou constante du recrutement ?

Le recrutement du successeur de Rück, engagé le 28 avril 1897[1404] et parti en congé définitif pour cause de maladie dès la fin août de la même année[1405], est l'exception qui confirme la règle de l'opacité de la sélection des médecins. Les conditions de son remplacement sont dictées, une fois encore, par les pressions renouvelées en faveur de la titularisation du médecin intérimaire, à savoir le Dr Pacher une fois encore, puis par les circonstances inhabituelles de l'attribution du poste au début de l'année 1899. Toutefois, lorsque le processus formel de nomination est lanché, un événement imprévu, sous la forme d'un entrefilet dans la presse spécialisée, vient modifier la règle du jeu.

L'intérim assuré par le médecin suisse dure plus d'un an et demi, de la fin août 1897 à avril 1899[1406] ; les ouvertures en direction du ministère pour obtenir qu'il soit nommé à titre définitif se répètent, mais avec quelque chose de plus appuyé qu'à la mort du Dr de Friess. Dès avant la demande officielle de congé par le médecin de l'hôpital, le frère Etienne Le Vigoureux, des Dominicains de l'Ecole Biblique de Jérusalem, écrit au Consul dans ce sens[1407]. Les Consuls successifs, Ledoulx puis Auzépy, bataillent afin d'obtenir que l'intérim soit prolongé, puisque l'embauche, soumise à conditions de nationalité française, est impossible. Le second de ces diplomates réussit à convaincre l'Ambassadeur de France à Constantinople de retarder d'un an à partir de la démission effective de Rück, en avril 1898, la nomination d'un titulaire, après s'être engagé auprès du Dr Pacher dans ce sens[1408].

Sur cette base, deux facteurs viennent modifier les conditions d'attribution du poste. Le premier est qu'en plus des médecins français bien introduits ou attentifs aux rumeurs de la France en Orient, deux médecins diplômés de la FFM postulent, le Dr Barakat, dont les démarches ont été évoquées ci-dessus, et le Dr Naamé[1409], avant d'être bientôt éconduits en raison, principalement, de leur nationalité ottomane.

Le second facteur est, au moment où la succession du Dr Rück est, cette fois, effectivement ouverte, la publication de l'annonce de la vacance du poste dans le journal *L'Indépendance médicale*, en date du 14 décembre 1898[1410]. Le résultat est qu'à la place de quelques candidatures spontanées comme à chaque recrutement, une petite troupe

1404 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, du Dr Rück à Hanotaux, de St Raphaël, 28/04/1897.
1405 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Hanotaux à Ledoulx, de Paris, 27/08/1897.
1406 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, note de l'archiviste sur le Dr Pacher, s.d.
1407 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, du P. Etienne Le Vigoureux à Ledoulx, de Jérusalem, 16/08/1897.
1408 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, d'Auzépy à Delcassé, de Jérusalem, 12/12/1898.
1409 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, n°5, de Constans à Auzépy, d'Istanbul, 09/05/1898 ; et lettre de Ni'mah à Auzépy, de Jérusalem, 07/06/1898.
1410 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, du Dr L. Monod à Auzépy, d'Epinay-sur-Seine, 16/12/1898.

d'impétrants se déclare en l'espace de quelques jours. Ils sont 23 au total, dont seuls 8 sont munis de « références », autrement dit des recommandations qui servent d'élément d'information et de garantie pour l'administration, et sans lesquelles toute candidature est vaine[1411]. Diplomates et employés du ministère sont visiblement mal à l'aise devant ce recrutement ouvert, et s'interrogent sur l'identité de l'auteur de l'annonce dans *L'Indépendance médicale*[1412]. Le survol des candidatures montre un niveau plus hétérogène que dans les recrutements précédents, et inclut de jeunes diplômés et des étudiants en fin d'études médicales[1413], en lieu et place d'internes des facultés d'Alger et de Paris, comme par le passé. Avec le recrutement du Dr La Bonnardière, médecin à Al-Afrun (Algérie), soutenu par le Dr Lortet[1414], c'est toutefois le même profil de recrutement que naguère qui prévaut : la candidature d'un médecin d'Algérie, qui possède non pas simplement des appuis politiques, mais des soutiens de poids dans cette France qui s'intéresse aux affaires de l'Orient[1415]. Ce n'est pas exactement un retour à la filière algérienne, et La Bonnardière n'est pas soutenu par Sabadini ou par le personnel politique des départements algériens, mais un retour à l'idée de proximité culturelle comme critère de recrutement. Au reste, le médecin nommé possède le parcours le plus distingué de la liste : face à l'afflux des candidats, l'élitisme permet de légitimer le choix. Les recrutements ultérieurs, jusqu'à la guerre, sont marqués par un retour à une procédure de recrutement en interne, décidé conjointement par les Affaires étrangères et l'Instruction Publique sans publicité aucune.

Malgré cette similitude de profil, les exigences posées à l'égard des médecins recrutés changent. Si, en 1897, on cherche un médecin non seulement compétent, mais pieux, d'une moralité irréprochable, ce critère ne semble guère avoir eu de pertinence auparavant. Il n'en a guère plus après coup, comme en témoignent le libre-penseur Mauchamp, la rhétorique laïcarde du Dr Tissot ou l'athéisme déclaré du Dr Drouillard qui lui succède[1416].

Le critère le plus constant (mais non pas nécessairement le plus important au moment de la décision) est, en définitive, le niveau académique de recrutement, combiné à l'appui donné par les autorités des facultés de médecine.

1411 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, liste des candidats au poste de médecin du gouvernement français à Jérusalem, février 1899.
1412 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, n°4, de Delcassé à Auzépy, de Paris, 17/02/1899.
1413 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, d'A. [Merleau ?] à Auzépy, de Paris, 16/12/1898.
1414 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, liste des candidats au poste de médecin du gouvernement français à Jérusalem, février 1899.
1415 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, n°11, de Delcassé à Auzépy, de Paris, 03/05/1899.
1416 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°38, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 16/04/1913.

δ – Une conception frappée d'obsolescence : l'hôpital comme vitrine nationale

Cette conclusion donne sens aux investissements du gouvernement français dans le domaine médical car, au-delà de la politisation des recrutements à travers la préférence pour le protégé de tel député plutôt que tel autre, l'action fondamentalement politique des médecins de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem passe par le souci constant de faire de ce dernier une vitrine. Deux exemples, celui du Dr de Friess et de ses démêlés autour du sérum antidiphtérique Duclaux, et celui de la carrière du Dr Drouillard à la tête de cette institution, nous permettent de démontrer cette idée.

Le sérum antidiphtérique que le Dr Duclaux met au point à l'Institut Pasteur en 1894 a en lui-même une histoire inscrite dans les rivalités nationales : c'est une réponse française à une première version de la sérothérapie antidiphtérique élaborée par Behring, disciple de Koch. La rivalité entre les équipes des deux savants est très rapidement l'objet d'une récupération par les pouvoirs nationaux. Immédiatement, le sérum Duclaux est exporté. Du point de vue de l'Institut Pasteur, les considérations commerciales ne sont pas absentes, car on n'est pas avare du produit. Au ministère des Affaires étrangères, cette découverte est un moyen d'affirmer la force de la science française. Toutefois, c'est d'une demande des hôpitaux français de Jérusalem et de Jaffa, formulée en décembre 1894, quelques mois après l'annonce de la découverte, que vient le premier envoi de caisses de sérum, en juillet 1895. Il fait suite à une nouvelle demande du produit par le Consul Général de France à Jérusalem en mai 1895, lequel, pour hâter la décision, fait état d'une épidémie de croup[1417]. L'argument épidémiologique semble emporter la décision.

L'envoi, qui transite par les représentations consulaires à Jaffa et Jérusalem, y est accueilli comme une libéralité nationale et un moyen de la politique d'influence française, pour « faire bénéficier la population de ce pays des effets de ce précieux spécifique découvert par notre illustre compatriote »[1418]. A des variantes près – « précieux produit »[1419] plutôt que « spécifique », avec une connotation un rien moins désuète et peut-être moins empreinte de fétichisme des moyens thérapeutiques –, les mêmes termes reviennent sous la plume des Consuls pour désigner le sérum. Par métonymie, celui-ci est attribué à Pasteur dans son rôle de bienfaiteur de l'humanité, tandis que l'origine de la demande est gommée discursivement au moment d'accuser réception des caisses. La livraison des flacons est enveloppée dans un discours humanitaire uniforme par lequel le grand homme symbolise et la recherche française,

1417 MAE Nantes, Jérusalem, E, 10, de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, 02/05/1895.
1418 MAE Nantes, Jérusalem, E, 35, de J.C. Kayat, chancelier du consulat de France à Jérusalem, à l'Institut Pasteur, de Jérusalem, 09/07/1895.
1419 MAE Quai d'Orsay, CCC, Jérusalem, 5, de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, 18/05/1896.

et la mission civilisatrice nationale, qui s'étend tantôt à toute une population, tantôt au « traitement exclusif des malades indigents[1420]. » Il y a là quelque chose qui tranche avec l'idéal scientiste associé à Pasteur, une conception quasi-magique du remède qui passe par la médiation du génie personnel et synthétique du savant, et qui valorise sa science comme pouvoir : il en va ici de ce que Giovanni Levi dit des rapports entre magie et sciences médicales autour du dixt-septième siècle, à savoir que plutôt qu'un déclin du magique, il y aurait « eu une longue période de cohabitation et de renforcement réciproque explicite, au moins sur le plan idéologique, entre soins naturels et soins surnaturels[1421]. » On est là dans un discours de valeurs, autour de la nation et de la science, ou plutôt de confusion de valeurs dont l'universalisme s'accommode mal de la réalité tangible, et quelque peu décevante, du sérum.

En effet, le contenu des flacons, produit en France, supporte mal le changement de climat, et malgré les précautions prises pour limiter les écarts de température, il se détériore dans les deux mois suivant sa réception au Levant[1422]. Les rapports des Drs Lin[1423], de l'Hôpital Saint-Louis de Jaffa, et Pacher, intérimaire à l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem[1424], encouragent le consulat à demander des envois fréquents, à raison de six par an[1425]. Il en résulte que les hôpitaux français de la région deviennent un débouché pour la production de l'Institut Pasteur en général ; en 1899, les envois réguliers incluent également les sérums antitétanique, antistreptococcique qui portent sa marque[1426], auxquels s'ajoute à partir de 1900 le sérum anti-pesteux[1427]. Ces envois gratuits, en quantité limitée (80 flacons à chaque fois pour 1899 et 1900 respectivement), relèvent à la fois de l'influence française, et de la politique commerciale de l'institut. Les outils thérapeutiques de nature microbiologique nécessitent souvent une acclimatation, avec production à partir de souches microbiennes locales ; chose bien connue des pastoriens, d'ailleurs, qui multiplient leurs centres et en possèdent à Istanbul, Alger, Tunis et en une multitude de localités de l'Amérique du sud à l'Indochine. La logique voudrait que les commandes de sérum soient passées auprès de l'institut le plus proche, géographiquement, du sud du bilād al-Šām, à savoir Istanbul. Il n'en est rien, et non seulement les commandes sont passées directement auprès de la maison-mère à Paris, mais les inconvénients des modalités d'approvisionnement entre Paris et Jaffa ou Jérusalem sont mis à profit pour renforcer les liens entre celle-ci et les hôpitaux français de la région.

1420 *Ibid.*
1421 Giovanni Levi, *Le Pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVIIe siècle*, coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, NRF-Gallimard, 1985, p. 45.
1422 MAE Quai d'Orsay, CCC, Jérusalem, 5, de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, 01/07/1896.
1423 MAE Nantes, Jérusalem, E, 14, de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, à 01/06/1897.
1424 MAE Nantes, Jérusalem, E, 14, d'Auzépy à Delcassé, de Jérusalem, 10/12/1898.
1425 MAE Nantes, Jérusalem, E, 14, de Ledoulx à Hanotaux, de Jérusalem, 01/07/1896.
1426 MAE Quai d'Orsay, CCC, Jérusalem, 5, n°2, de Delcassé à Auzépy, de Paris, 19/01/1899.
1427 MAE Nantes, Jérusalem, E, 14, d'Auzépy à Delcassé, de Jérusalem, 29/06/1900.

A terme, cette alliance n'est pas viable, car elle repose sur des arrière-pensées essentiellement publicitaires plutôt que sanitaires ; or les idées de santé publique ont le vent en poupe dans le sud du bilād al-Šām, et structurent des projets d'une ampleur bien supérieure. Plusieurs centres bactériologiques et sanitaires se créent dans les années 1912-1914, avec un idéal de fonctionnement international, c'est-à-dire par coopération pour réguler les rivalités nationales. Un « Institut Pasteur de Jérusalem » se crée ainsi en 1913, avec la tolérance passive mais sans l'appui de la maison-mère à Paris, et dans l'influence allemande[1428] : le but est de diffuser les technologies brevetées sous la marque Pasteur. Sur le terrain de la sérothérapie et des vaccins, les hôpitaux français ont perdu leur position pionnière, au profit d'institutions qui en font un usage, non pas symbolique, mais fonctionnel. De fait, l'intérêt de l'Institut Pasteur n'est plus d'assurer sa réclame par des dons à des hôpitaux français en perte de vitesse, mais de travailler avec ces nouveaux acteurs, quitte à choisir celui qui correspond le mieux à la fois aux intérêts des pastoriens et à ceux de la France.

Traiter un hôpital comme une vitrine de la science nationale suppose un personnel de qualité et des investissements réguliers, afin de le maintenir en avance par rapport à ses compétiteurs. Faute de renouvellements et de moyens, faute également d'un service médical assuré stable, c'est un décrochage technique de cet ordre qui explique la perte de clientèle de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem après 1905[1429]. L'excellence du médecin de l'hôpital aux yeux de ses pairs en France, qui compte parmi les critères de sélection à ce poste depuis la nomination du Dr Rück, est utile pour assurer la visibilité du service médical dans les semaines qui suivent l'installation à Jérusalem. Elle est cependant indifférente à son succès à plus long terme. En revanche, l'importance accordée aux moyens technologiques récents et, corrélativement, le système thérapeutique appliqué par le praticien sont décisifs. Le Dr Drouillard en fait l'expérience amère. Il est engagé en remplacement du Dr Tissot, en raison de sa réputation en qualité tant de médecin que de chirurgien, acquise à Tunis où il a été interne des hôpitaux[1430]. Son expérience atteste du fait que le succès en médecine, à Jérusalem comme ailleurs, n'est pas qu'une fonction de la valeur scientifique et professionnelle ; dans son cas, elle joue exactement contre lui.

Ainsi que l'écrit le Consul Général de France, Gueyraud, dans un rapport qu'il adresse à son ministre de tutelle lorsque Drouillard demande à être muté dans un hôpital français des colonies et protectorats,

« Le Dr Drouillard est, pourtant, je le dis en toute sincérité, très-fort comme médecin

1428 MAE Nantes, Jérusalem, A, 128, n°39, de Gueyraud à Doumergue, de Jérusalem, 19/04/1916 [*sic*! D'après le reste de la correspondance, il faudrait lire : 1914].
1429 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Bompard à Poincaré, de Thérapia, 06/09/1912.
1430 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, note de l'Hôpital Civil Français de tunis, 29/06/1908.

et comme chirurgien, très-dévoué à ses malades et d'un désintéressement remarquable ; mais ici, où les hôpitaux sont si nombreux, où l'hôpital allemand s'est, depuis des années, assuré la vogue par son service de chirurgie, tandis que notre hôpital traversait une longue période de marasme avec un médecin trop souvent malade lui-même ou avec des intérimaires, un peu de bluff était nécessaire pour attirer l'attention et... les grands malades qui font la réputation d'un hôpital et de son médecin.
A cet effet, le Dr Drouillard aurait dû, dès son arrivée, se montrer, se lier avcec ses confrères, dont plusieurs, anciens élèves de nos Facultés, eussent été heureux, - ils me l'ont dit -, d'envoyer leurs clients se faire opérer chez nous ; il aurait dû, suivant la pratique du chirurgien allemand et celle du Dr Henry, de notre hôpital, maintenant si florissant, de Bethléem, convier ses confrères à assister aux quelques grandes opérations que le hasard lui a amenées et qu'il a brillamment réussies.
Malgré que [*sic*] les avis ne lui aient pas manqué, il a refusé de recourir à aucun de ces moyens de se faire connaître et apprécier : il n'a voulu faire aucune visite à ses confrères ; quelques-uns en ont été froissés et tous l'ont ignoré.
De même, estimant qu'il y avait assez de médecins à Jérusalem, il n'a pas voulu faire de clientèle ou n'a répondu qu'en rechignant aux appels qui lui étaient faits, à moins toutefois, je m'empresse de l'ajouter, qu'il ne s'agisse d'un malade grave, auquel cas il n'épargne ni ses pas, ni ses visites, et toujours je le répète, avec un désintéressement complet, je dirai même excessif. [...]
Il n'est pas jusqu'à son système (que, pour ma part, je trouve excellent), de droguer le moins possible, voire de traiter souvent par la seule diète hydrique, qui n'ait nui à sa réputation et porté tort à l'hôpital : dans ce pays d'ignorants, les gens se figurent n'être pas soignés si le médecin ne leur prescrit pas force médicaments!
Du reste, le Dr Drouillard m'a confessé lui-même, qu'il ne se sentait pas fait pour faire de la clientèle, étant trop conscientieux pour prescrire un médicament qu'il jugeait superflu. [...]
[J]e suis persuadé, - et je prie Votre Excellence de croire que je le dis, non pour faciliter le départ de ce médecin, mais bien parce que c'est l'intime conviction des quelques personnes qui le conssaient, – je suis, dis-je, persuadé qu'il donnera toute satisfaction dans un autre poste, si important, si chargé soit-il, mais où pour avoir des malades, beaucoup de malades, il n'ait à être que médecin et chirurgien.
Plus nombreux ils seront et plus il sera heureux, dans son élément, ainsi qu'il l'était à Tunis, 2e médecin de l'Hôpital civil ; il y a passé 10 ans et, m'a-t-il dit, logé dans l'hôpital même, il n'en sortait pour ainsi dire jamais. Je me hâte d'ajouter que, s'il a pris sans doute dans cette existence trop retirée, ce goût de vivre à l'écart qui l'a empêché de réussir ici, il n'en est pas moins toujours prêt à affronter, pour le service, les fatigues les plus dures[1431]. »

Une lecture en miroir de ce passage embarrassé dresse un cahier des charges minimal pour s'établir avec quelque succès à Jérusalem. Deux conclusions en découlent. La première est que l'insertion locale n'est pas fonction de la dimension de représentation inhérente au poste : il n'y a pas d'automatisme du drainage des patients vers l'hôpital français à partir des cabinets médicaux des clients de la France. L'entretien d'un réseau d'affinités, à travers des efforts de sociabilité et des démarches valorisantes pour les collègues du médecin d'hôpital, telle l'invitation à assister aux opérations, est pratiqué par les praticiens hospitaliers les plus

1431 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 16/04/1913.

courus ; il ne recoupe pas les clientèles nationale. La deuxième conclusion est que la médication est un ressort nécessaire pour attirer la patientèle. Ce point est confirmé, sur le mode de l'aveu, par le Dr Masterman passant en revue le travail accompli par l'hôpital de la LJS à Jérusalem après sa fermeture en 1914 :

> « sur le plan professionnel, nous n'accomplissons pas le travail chirurgical de base, comme il est habituel dans la plupart des missions médicales. Il y a eu beaucoup trop de braderie [*doling out*] pure et simple de médicaments en grande quantité, et trop peu de temps accordé à l'investigation et au traitement de cas importants, en particulier de cas chirurgicaux[1432]. »

Ce n'est pas là le fait du médecin d'une institution missionnaire, soucieux d'y attirer la patientèle la plus nombreuse pour l'exposer au message évangélique et pour justifier son existence auprès des donateurs ; c'est la norme, qui ne passe pas seulement par le recours constant à la médication, mais par le choix d'une thérapeutique agissante, jusqu'à l'excès : les patients ne sont pas en quête de placebos. L'un des médecins les plus courus à Jérusalem avant la Première guerre mondiale est le Dr Nicéphore Mazaraky, qui prescrit systématiquement des remèdes très puissants et s'assure ainsi une clientèle huppée, prête à payer jusqu'à quatre fois les honoraires exigés par ses collègues pour avoir une consultation avec lui[1433]. L'idée de médecine expectante, qui inspire Drouillard la plupart du temps, n'a pas cours dans la région ; ou plutôt, elle ne correspond pas à ce que les patients attendent de la médecine occidentale. S'agit-il déjà de l'identification de la médecine occidentale aux médicaments qu'elle délivre, telle que Sylvia Chiffoleau a pu l'observer dans l'Egypte actuelle[1434] ? Il resterait à voir, sur pièce, si l'analyse dans laquelle elle insère cette remarque – à savoir, que la pluralité des recours thérapeutiques est auto-régulée par les patients qui choisissent le type de praticien qu'ils vont voir en fonction de leurs anticipations du mode de traitement – est valide dans le cadre de notre étude.

Dans l'immédiat, la frustration manifestée par Drouillard, qui l'encourage à chercher un autre poste, a des fondements dans l'ordre de la sociabilité et de la thérapeutique, au-delà des raisons matérielles que lui-même invoque. Lors de la visite que le ténor radical Joseph Caillaux effectue au Levant en 1912, il s'ouvre à lui de ses insatisfactions, lui décrivant les installations de l'hôpital, vieilles de plus de 30 ans, comme « presque [honteuses] », insuffisantes du point de vue de l'hygiène et, notamment, dépourvues de salle de bains avec douches. Si l'Ambassadeur de France à Constantinople, Bompard, corrige après coup cette

1432 J&EMS 58/2, « Statement with regard to the Jerusalem Medical Mission », par E.W.G. Masterman, 07/1915.
1433 Schwake, *Op. cit.*, vol. 2, p. 482.
1434 Chiffoleau, *Op. cit.*, pp. 196-199.

impression[1435], l'argumentaire de Drouillard est cohérent avec l'esprit de compétition technologique qui règne entre les puissances nationales fondatrices d'hôpitaux. Lorsque Drouillard cherche à quitter son poste, en 1913, le Consul Gueyraud fait valoir cet enjeu pour pousser le ministère à trouver une solution permettant son remplacement[1436] : l'hôpital italien en cours de finition risque, dès son ouverture prochaine, de capter une grande partie de la clientèle restante à l'hôpital français, parmi la communauté catholique, en raison de ses infrastructures dernier cri (ambulances automobiles, rayons X, laboratoire de bactériologie)[1437]. Ces installations ont leur usage, sans doute, mais l'importance qui leur est accordée par une puissance rivale montre qu'ils assurent la visibilité de l'institution et constituent un atout de plus dans la concurrence entre les nations européennes.

ε – Epuisement et fin d'une filière nationale de recrutement

Il y a une cohérence dans la finalité comme dans les moyens, avec des conséquences paradoxales dans le cas de Drouillard, entre la fonction de représentation des médecins d'hôpitaux nationaux, qui influe sur leur recrutement, et la course à la technologie médicale auxquelles les puissances protectrices se livrent. Le financement accordé par les nations européennes est le plus souvent canalisé, à partir des budgets nationaux, à travers des montages comme ceux qu'on a vu plus haut – pour la France, fonds du Pari Mutuel ou affectation d'un médecin du gouvernement dans un hôpital privé –, ou par le biais des sociétés cartitatives nationales. Tout ici est affaire de niveau de financement : sur un plan matériel, cela implique une disponibilité budgétaire inflationniste ; il en va de même du personnel escompté, qui devient plus exigeant avec le temps. Le traitement de 8 000 francs annuels du médecin de l'Hôpital Saint-Louis pouvait attirer un nombre important de candidat à la fin des années 1890 pour prendre la succession du Dr Rück ; il devient progressivement insuffisant à raison du niveau de qualifications exigées et du sacrifice de carrières plus prometteuses en France. Quand Drouillard songe à partir, en 1913, le recteur de l'académie de Lyon n'écrit pas autre chose, en opposant une fin de non-receovir à la demande de candidat pour la succession :

> « le traitement fixe de 8 000 francs, même augmenté du léger supplément que le Département des Affaires Etrangères fait entrevoir, ne suffit pas pour déterminer un médecin à s'expatrier dans un pays ingrat et médiocrement pourvu de ressources. Si l'on veut avoir en Orient des agents actifs, méritant la confiance et exerçant par là

1435 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Bompard à Poincaré, de Thérapia, 06/09/1912.
1436 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 16/04/1913.
1437 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, du Dr Henry à Gueyraud, de Bethléem, 05/02/1914.

même une influence efficace, il faut se résoudre à des sacrifices plus étendus[1438]. »

La guerre est venue briser net cette dynamique à la hausse. Sans nous livrer à un exercice d'histoire alternative, qu'il nous soit permis de nous représenter ce que ces tendances conjuguées peuvent signifier pour un responsable diplomatique ou politique français en charge du dossier à cette date. En premier lieu, il ne peut manquer de remarquer ce que le modèle général représenté par la filière nationale d'expatriation de médecins vers le sud du bilād al-Šām a d'ingérable à moyen ou à long terme, face à des laboratoires sionistes plus fonctionnels. En second lieu, il devient plus difficile de défendre les hôpitaux français de la région, et surtout celui de Jérusalem, contre les attaques de ceux au Parlement français qui protestent contre les allocations accordées par la République laïque à des congrégations religieuses, lorsqu'une bonne partie de la patientèle est désormais captive de l'hôpital national allemand, qui a su la fidéliser. L'argument de la rivalité nationale ne tient plus, sauf à convaincre les députés, contre toute vraisemblance, de voter des crédits d'équipement massifs et une subvention ordinaire accrue pour l'institution en question. Il y a dans le raisonnement qui pousse, malgré ces considérations, à soutenir la concurrence, quelque chose qui rappelle les thèses de Hobson sur la fuite en avant des pays européens dans l'expansion impérialiste, lancée en conformité avec une théorie du déplacement des confrontations économiques entre puissances industrielles, et continuée lors même que la rentabilité des investissements supplémentaires et de l'expansion devient douteuse[1439]. La compétition a beau se jouer ici sur un plan parfaitement superstructurel, ses acteurs sont dans une logique de surenchère et s'estiment dans la nécessité de la soutenir à tout coût ; et au vu de la reconduction des libéralités du gouvernement et des subventions extraordinaires cumulées avant 1914, cela marche.

ζ – Vers l'adaptation confessionnelle d'une filière nationale

Cela ne signifie pas que les mêmes agents soient utilisés, invariablement, sur le même mode, avec seulement des moyens accrus et une constellation plus fine du territoire en hôpitaux, médecins et dispensaires. Le jeu national français change, et tend à épouser de plus

1438 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, du recteur de l'académie de Lyon à Pichon, de Lyon, 18/06/1913.

1439 Sur ce point, c'est moins les analyses d'*Imperialism : a study* (Londres, Unwin Hyman, 1988, 1ère édition : 1902) qui sont révélatrices, que le regard rétrospectif que cet auteur porte après-guerre sur l'*hubris* des rivalités européennes d'avant 1914, dans *Democracy after the War*, Londres, George Allen and Unwin, 1917, pp. 78-101 ; reproduit in J.A. Hobson, *Writings on imperialism and internationalism*, Peter Cain éd., Londres, Routledge / Thoemmes Press, 1992.

en plus les contours du système confessionnel, malgré toutes les affirmations d'universalité des institutions que finance la République. Il en va de même, par suite, des filières de recrutement. L'histoire du projet de dispensaire pour les juifs séfarades d'Afrique du Nord installés à Jérusalem en fournit un bon exemple.

Ce projet apparaît tout entier guidé par l'idée d'affiner la matrice de contrôle que la France a pu mettre en place, d'octrois du statut de protégé en fondations caritatives gratuites, sur ses clients au Levant. Celle-ci a trois dimensions : l'appartenance religieuse, définie en des termes de plus en plus précis avec le temps ; les modalités de rattachement institutionnel à la France ; et la perception de l'attachement plus ou moins étroit aux intérêts français. Dans ce dernier cas, le classement se fait sur une échelle allant d'un patriotisme de nationalité ou d'adoption, jusqu'à des formes d'appartenance à un mouvement politique international. Au sein de cette population bigarrée, un des segments les plus complexes à encadrer institutionnellement est celle des résidents de l'Empire ottoman originaires d'Afrique du Nord, qu'ils soient musulmans ou juifs. En effet, l'Etat impérial ne reconnaît pas l'annexion de l'Algérie ni le protectorat sur la Tunisie, ni même celui sur le Maroc que les Ottomans n'ont jamais contrôlé, mais dont le Sultan s'estime le souverain légitime. Les Français se voient donc opposer un refus de la part de l'administration impériale lorsqu'ils prétendent octroyer à ces derniers une protection consulaire systématique ou, pour les juifs d'Algérie, français depuis le décret Crémieux de 1871, les droits de représentation diplomatique d'un Etat à l'égard de ses citoyens à l'étranger. Malgré des pressions françaises répétées, l'Empire ottoman considère toute cette population comme étant composée de sujets ottomans[1440].

Dans la mesure où le contrôle officiel de cette population émigrée ne fonctionne pas, les diplomates français recherchent un mode opératoire informel. Selon Gueyraud, il y a moyen d'exercer un contrôle effectif sinon sur l'ensemble de la population concernée, du moins sur les juifs maghrébins résidant dans le sud du bilād al-Šām. En effet, il est habituel, dans les communautés juives d'Europe aussi bien que d'Afrique, de récolter des fonds – c'est la *halukah*[1441] – pour les corréligionnaires installés en « Terre sainte » par piété, de quelque origine nationale qu'ils soient. Le Consul ne manque pas de signaler la part d'« abus à réprimer » qui pourrait fort aisément jeter le discrédit sur la manière dont ces quêtes sont conduites, « car le collecteur retient pour lui-même, selon convention préalable avec la communauté qui l'envoie, une part des recettes allant habituellement du quart au 40% [*sic*] des sommes recueillies », ce qui n'est pas difficile à construire comme un détournement de la charité d'autrui. « Ainsi », poursuit Gueyraud, « des sommes relativement considérables sont

1440 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°50, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 02/06/1913.
1441 Halper, *Op. cit.*, *passim*, notamment p. 1.

annuellement drainées dans nos possessions de l'Afrique du Nord et ce, en grande partie au profit de sujets étrangers, souvent hostiles à notre politique, et, en tout cas, dépensées sans contrôle et sans bénéfice aucun pour notre influence. » La première partie du plan proposé par Gueyraud est donc de réformer la *halukah* en Afrique du Nord dans le sens d'un contrôle étatique sur les modalités de collecte et sur les récipiendaires, ce qui constituerait « un moyen d'action à saisir et utiliser dans l'intérêt français[1442]. » Les Consuls de France sont coutumiers de ce type de mécanismes pour contrôler leurs clients et donner la préférence aux plus dépendants et aux plus français : le moyen a déjà été tenté en 1890, vainement d'ailleurs, pour contrôler le revenu des quêtes du Vendredi saint faites en France, et les reverser, non plus exclusivement à la Custodie franciscaine de Terre sainte, mais pour partie vers des institutions sélectionnées par le gouvernement français[1443]. L'idée est toujours la même : en contrôlant le transit des fonds, on se met en mesure d'influencer les donateurs aussi bien que les destinataires.

C'est bien se que Gueyraud se propose de planifier. D'un côté, il suggère de constituer « un Comité d'israélites français [...] à Jérusalem sous le contrôle du consulat général et qui remplacerait, pour les oeuvres d'assistance, la Communauté Maghrébine actuel », comité qui « serait tout naturellement consulté par le consulat général pour les quêtes à autoriser en faveur de telle ou telle oeuvre ». De l'autre, et on le sent plus hésitant sur ce point, il envisage de « supprimer toutes les quêtes particulières et [de] centraliser les aumônes entre les mains de ce comité. De même pour le produit des troncs qui, paraît-il, sont placés dans beaucoup de synagogues du Maghreb à l'intention des juifs de Palestine, les rabbins des divers groupements israélites de notre Afrique du Nord seraient invités à ne plus envoyer les sommes ainsi récoltées directement au Grand Rabbin des Marocains, mais à les remettre au Gouvernement qui les ferait parvenir, par l'intermédiaire du consulat général, audit Comité »[1444]. Les déplacements de pouvoir qui résulteraient d'une telle opération sont assez aisément imaginables, et d'une ampleur suffisante pour faire hésiter quelque peu le Consul.

De fait, pour justifier d'un tel bouleversement, la France doit être en mesure de se substituer aux secours divers dont bénéficie alors les juifs maghrébins en « Terre sainte » grâce à la halukah, ou de « subvenir d'une façon rationnelle aux besoins matériels et moraux de nos nouveaux administrés ». C'est là le troisième aspect de son plan, celui qui nous intéresse directement : à savoir la mise en place d'un dispensaire. Se référant à l'hôpital Misgav Ladach, « une manière d'hôpital commun à la Communauté maghrébine et à la

1442 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°50, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 02/06/1913.
1443 MAE Nantes, Jérusalem, E, 8, n°217, de Ledoulx à Spuller, de Jérusalem, 08/03/1890.
1444 MAE Quai d'Orsay, CPC NS, Turquie, 430, n°50, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 02/06/1913.

Séfardite »[1445], Gueyraud évacue l'idée qu'il puisse y avoir déjà des services analogues à ceux qu'il propose à l'intérieur de la communauté visée, ou du moins que ces services soient à la hauteur de ce qu'on peut attendre d'une institution moderne. Avec des fonds du gouvernement, il veut mettre en place un dispensaire pleinement client de la France.

Le point de départ de ce dernier projet est la désaffection des juifs maghrébins à l'égard de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem, telle qu'observée par Gueyraud. A cela, il attribue deux raisons. La première est relative aux interdits alimentaires du judaïsme qui, selon le Consul, sont la raison principale de l'évitement de l'hôpital français par les juifs en général. C'est la rançon de l'universalisme dans l'accueil des patients, qui constitue le mythe fondateur de cette institution : une série d'autres institutions chrétiennes, plus spécifiquement tournées vers l'accueil des juifs, appliquent de longue date les règles de *cashrout* à leurs menus[1446], mais une telle règle est déjà implicitement un signe de différenciation confessionnelle et n'a, en tout état de cause, pas été retenue dans le fonctionnement de l'Hôpital Saint-Louis. Seconde raison, l'attitude des rabbins des synagogues orthodoxes, hostiles aux fondations chrétiennes, est désormais relayée par les sionistes, si peu croyants la plupart de ces derniers soient-ils. Le Consul Gueyraud n'est pas le seul à le remarquer : Masterman, directeur de l'hôpital de la LJS à Jérusalem, note qu'il a commencé, peu avant la guerre, à avoir plus de difficultés avec eux qu'avec les institutions juives les plus nettement orthodoxes[1447]. Le Consul de France, qui sent ce que l'évolution en direction du nationalisme juif risque de créer comme difficultés aux institutions catholiques, propose de retenir la partie de la population juive potentiellement sous influence française, avec des fondations spécifiques, dont le dispensaire projeté. Les caractéristiques de la patientèle commandent un autre mode de recrutement du médecin, qui doit être homogène, culturellement et religieusement, avec ses malades. De fait, Gueyraud a pu rallier à son idée le Dr Albert / Abraham Abū Šadīd, citoyen français originaire d'Algérie, qui se propose de travailler, gratuitement dans un premier temps, pour le dispensaire. Du point de vue consulaire, le médecin en question est un fidèle client de la France, et il est possible d'omettre ses autres réseaux de sociabilité ou d'engagement (Association des anciens élèves du SPC à Jérusalem, mouvement sioniste).

A travers ce dernier exemple, apparaît de façon manifeste le caractère protéiforme des filières françaises de recrutement et d'expatriation de médecins en direction du sud du bilād al-Šām. Le catholicisme, régional ou français, a longtemps constitué son bassin de

1445 *Ibid.*

1446 Public Record Office (Kew Gardens), FO 78/625, « Anathema read in the Synagogue of the Sephardim in Jerusalem, on the 23rd January, 1845 ».

1447 J&EMS 58/2, « Statement with regard to the Jerusalem Medical Mission », de Masterman, 07/1915.

recrutement, mais progressivement, le personnel médical originaire de France se laïcise quand il vient de France, ou se confessionnalise de façon plus systématique s'il est syrien. Toutefois, le projet – resté lettre morte – de dispensaire juif maghrébin à Jérusalem illustre que le confessionnalisme finit par être utilisé pour tenter de de déjouer l'évolution des relations intercommunautaires vers un affrontement entre nationalités juive et arabe. Pour Gueyraud, le but est moins de fidéliser les juifs maghrébins dans une institution très française, que de faire pièce aux sionistes. Le résultat n'en est pas moins que la diplomatie prend ses distances avec de l'universalisme affirmé depuis la fondation de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem en cédant au confessionnalisme.

Si l'on élargit les perspectives, on peut conclure qu'à mesure que les nations prennent la préséance sur les missions dans la fondation d'institutions médicales, le fait confessionnel ne s'y affirme pas moins, mais plus ; et ce, alors même que les facultés de Beyrouth, qui opèrent le tri des candidats au bénéfice de diverses institutions médicales confessionnelles, s'ouvrent progressivement sur le plan religieux. Est-ce lié à l'espace considéré, à son histoire politique propre et aux modalités de sa colonisation ? Sans doute. Dans un tel contexte, le recrutement politico-religieux des médecins se démarque de plus en plus des tendances à l'installation dans le pays selon un raisonnement ethnolocal ; et les personnes qui, tel le Dr Abū Šadīd, se trouvent à l'intersection des logiques de l'ethnolocalisme et d'une carrière guidée par des appartenances politiques, sont de plus en plus poussées vers une identification politico-religieuse, voire nationale.

Ces individus de l'entre-deux sont souvent des juifs autochtones, coincés par les logiques du conflit politique et du confessionnalisme. Cependant, il est un déterminant de leur carrière irréductible à ces données, pour eux comme pour les autres médecins autochtones : c'est l'étiquette d'indigène qui s'attache à eux.

B - Européanité contre indigénat ?

Qu'est-ce qu'un autochtone ? La question est déjà assez difficile à trancher, car qui peut dire, en généralisant, ce qui explique qu'un homme soit « de sa propre terre » ? Si le critère est le lieu de naissance, on peut dire que c'est l'ensemble de la population d'une région, à l'exception de ceux qui ont eux-mêmes connu l'immigration : le critère de définition est alors employé de façon purement taxinomique. C'est une définition *presque* rigoureuse, à défaut d'avoir une pertinence explicative : pour notre recherche, cela signifie qu'un paysan du

Jabal Nāblus, un colon juif né à Rishon leZion, le fils de juifs algériens et le descendant de réfugiés tcherkesses sont tous des autochtones, et que le bédouin qui nomadise entre Gaza et le Sinaï ne l'est peut-être pas.

On peut chercher une définition seconde, plus opératoire pour l'analyse que pour le classement, selon laquelle l'autochtone se placerait toujours en regard d'une hétérochtonie. Entre les deux, la différence n'est pas entre ici et ailleurs, mais plutôt entre l'avant et l'après ; la séparation tiendrait au processus de colonisation, dans une distance culturelle maintenue par les colonisateurs contre les tendances à l'intégration. De ce fait, l'opposition autochtone / hétérochtone est grosse de violence physique et morale tantôt réelle, tantôt euphémisée par des pièges logiques, telle l'idée de civilisation, qui condamne l'autochtone à osciller entre le refus et la tentation de l'imitation culturelle, sociale et politique. Elle n'en est pas pour autant rigoureusement tranchée : tous les nouveaux arrivants ne sont pas des colonisateurs, et certaines populations immigrées, comme les Arméniens, connaissent une acculturation linguistique, sociale et culturelle.

Si l'on peine ainsi à définir l'autochtonie, que dire de l'indigénat ? Le mot est partout et la chose est insaisissable. Nous avons évoqué, au début de ce chapitre, l'idée que la différence culturelle entre indigènes et Européens produisait une discrimination dans la valeur des diplômes médicaux ; mais c'est justement le phénomène à expliquer, et non pas une réalité à prendre telle quelle. Au reste, comme on va le voir, le couple ne fonctionne pas sur une base fixe : on peut y lire tantôt une opposition fonctionnelle et tantôt une différenciation par degré. Pour clarifier l'utilisation de ces catégories et, par suite, leur incidence, il nous faut donc essayer plusieurs clés méthodologiques.

D'un point de vue d'analyse du discours et des équivalences terminologiques, les médecins dits « indigènes » (et, dans les sources anglaises, « *natives* ») sont aussi bien décrits comme « syriens ». A l'usage, c'est indifférent, sans l'être complètement : la seconde de ces appellations renvoie à une identification géographique alternative à la citoyenneté ottomane, tandis que la première place les médecins ottomans sur un pied d'égalité avec la population des colonies, soumise, elle, à un code juridique spécifique. La transitivité de la notion d'indigénat, de l'environnement colonial vers le territoire d'un Etat souverain comme l'Empire du sultan, ne va pas de soi, mais ce qui est sûr, c'est qu'elle n'est pas une licence verbale, connotée mais insignifiante du point de vue de la carrière médicale. Bien au contraire, le terme est partie intégrante de hiérarchies statutaires, et renvoie à une pratique de la gestion du personnel médical qui différencie entre Européens et Ottomans.

Si l'on cherche maintenant à rendre compte de l'efficacité institutionnelle de ces

catégories, il faut les rapporter aux processus décisionnels qui les font intervenir. C'est tout particulièrement important pour les institutions protestantes britanniques, dans la mesure où le couple européen / indigène structure le fonctionnement des missions en général ; il est plaqué sur le statut des médecins à compter du moment où les missions médicales se développent, dans les années 1880. Le registre d'usage du terme « médecin indigène » est essentiellement statutaire et salarial : les médecins et autres employés indigènes ne participent pas aux conférences de la mission de Palestine, ni, par conséquent, à la décision des orientations générales, d'année en année. Il recouvre également une situation inférieure dans la hiérarchie des salaires, dont le motif est inhérent à des considérations de différences de consommation : pour les natifs de la région, le coût de la vie est réputé moindre, notamment sur le poste onéreux du logement[1448].

L'image des maisons autochtones est celle d'une grande insalubrité, et une bonne partie de la préparation à la création d'un poste pour Européen consiste aux négociations pour trouver une « maison convenable » [*suitable house*][1449]. Contrairement à une définition actuelle de la convenance pour les Occidentaux au Proche-Orient, qui repose sur des paramètres culturels tels que la sociabilité inter-genres dans les locaux d'habitation, le critère déterminant ici est sanitaire. La préoccupation principale sur le plan du logement est d'éviter que des nouveaux arrivants européens, réputés plus vulnérables, ne soient installés dans des pièces sombres, humides et difficiles à chauffer. La dimension culturelle revient cependant au galop lorsque l'on examine l'ensemble des paramètres sanitaires, qui incluent la différence de conceptions d'hygiène : ainsi, le Dr Bailey séjourne, en attendant de gagner Naplouse, dans une maison de Jérusalem si insalubre qu'un de leurs visiteurs européens demande si l'étable se trouve vraiment à l'intérieur de la maison. *A contrario*, il décrit la maison qu'il occupe dans sa ville de destination comme « l'une des rares, ou plutôt devrais-je dire la seule que j'ai vue, qu'un Européen pourrait habiter ; et, bien que maison indigène, elle ira parfaitement, moyennant quelques changements et les arrangements sanitaires nécessaires »[1450] : il s'agit d'adapter les maisons du pays à un confort européen. L'état sanitaire du logement et, par conséquent, son importance dans le budget, telle que répercutée sur le salaire, ne se prêtent pas à une division entre nature et culture. La différence de salaire entre missionnaires européens et indigènes se fonde en partie sur une variation de résistance biologique par acclimatation. Toutefois, ce critère naturel relève, en définitive, d'une nature cultivée,

1448 CMS G 3 P/O 1882/83, de Hall au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jaffa, 14/08/1882.

1449 Par exemple, cf CMS G 3 P/O 1889/288, de Hall à Lang, de Jaffa, 26/11/1889 ; CMS G 3 P/O 1890/101, minutes du comité financier de la mission de Palestine de la CMS, de Jérusalem, 05/05/1890.

1450 CMS G 3 P/O 1891/222, de Bailey à Touch, de Naplouse, 21/07/1891.

informée par l'habitude.

La définition du personnel missionnaire, notamment médical, comme indigène, se rapporte également à des caractéristiques d'autorité. Par statut, un missionnaire européen ne saurait se trouver sous les ordres d'un collègue indigène, à l'exception des infirmières sous les ordres d'un médecin. Toutefois, la définition des besoins de personnel est irréductible à des stéréotypes culturels sur les comportements des indigènes et des Européens. A côté du présupposé selon lequel un missionnaire britannique possède une plus grande autorité auprès de la population locale qu'un homme de la région, la CMS se détermine aussi en fonction de la visibilité sociale des uns et des autres : les missionnaires indigènes, en évitant d'attirer l'attention des autorités locales, peuvent être utiles pour démarrer une mission[1451]. Comme en outre les missionnaires européens sont astreints à une période d'apprentissage et d'examens linguistiques, la nomenclature de la mission ne repose pas sur la seule force du préjugé.

Il reste que l'opposition institutionnelle entre indigène et Européens conforte la rigueur de la hiérarchie des origines, au risque d'ailleurs de rigidités dans l'organisation du travail. L'une des circonstances dans lesquelles ceci apparaît clairement est la fin de carrière du Dr Dāwūd Kātibah : installé à Salt, il y effectue, d'après l'infirmière Norah Fisher, un travail comparable à celui des missionnaires européens. Elle estime que cette situation est invisible pour les décideurs de la mission de Palestine de la CMS, qui se refusent à envisager de confier les responsabilités de direction de la mission médicale du lieu à Katībah en tant que médecin syrien, malgré la pénurie de personnel et les difficultés initiales que supposeraient la nomination d'un nouveau médecin missionnaire européen. L'enjeu tient partiellement au salaire qui serait échu à Katībah à un tel poste, et dont l'augmentation, craint-on, conduirait à une vague de réclamation de la part des autres médecins et missionnaires indigènes.

On touche là du doigt la part de sophistique inhérente à l'usage que la CMS fait de la catégorie d'indigène : l'argument utilisé pour répudier la perspective de promotion et l'augmentation de traitement qui l'accompagnerait, tient aux réclamations de réévaluation salariale de la part de l'ensemble du personnel indigène, qu'une telle mesure ne manquerait pas d'entraîner. Les Européens de la mission de Palestine estiment que la hiérarchie statutaire et les différences de salaires qui en découlent sont intériorisées et acceptées par le personnel indigène. Les revendications salariales n'auraient alors de sens qu'en cas d'écart à l'intérieur de cette dernière catégorie. Quitte à perdre un employé efficace – et c'est bien ce qui se produit, comme on l'a vu plus haut – le maintien d'une catégorisation rigide est censé permettre d'éviter une foule de litige et, au final, une explosion de la masse salariale au sein de la mission.

1451 CMS G 3 P/O 1892/240, de Bailey à Lang, de Naplouse, 20/05/1892.

Qu'on ne s'étonne pas, alors, de voir les médecins syriens – ou plus généralement d'origine arabe – essayer d'échapper à cette forme d'indigénat exporté. Qu'on ne s'étonne pas non plus qu'il soit nécessaire d'adapter les frontières entre les deux catégories selon les circonstances. C'est ce qui ressort de l'usage du mot dans les institutions sous influence française.

Le stigmate inhérent aux origines locales se lit dans le sort réservé aux demandes des Dr Naamé et Barakat afin de pouvoir être nommés à la tête de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem. Aux demandes que le ministère des Affaires étrangères adresse au Consul à Jérusalem[1452], Auzépy, ce dernier répond en évacuant la seconde derrière la légèreté qu'il attribue au personnage[1453] – une image que celui-ci semble du reste cultiver, à la lecture de ses articles dans *Al-Machreq*. Il fait une réponse plus circonstanciée au premier, dont la demande était formulée dans des termes moins péremptoires. De ces arguments, il ressort que Naamé, au fort accent du Levant en français, est incapable d'échapper à ses origines, à la fois du fait de son acent en français et de son appartenance au rite grec catholique, et qu'il ne peut donc qu'être dédaigné par la communauté française de Jérusalem, qui prend pour l'occasion une place prépondérante dans la fréquentation de l'hôpital. Le Dr Pacher ne manquerait pas, en outre, de ressentir une profonde vexation en étant supplanté dans ce poste par un médecin indigène[1454]. De fait, le ressenti de la différence entre médecins européens et syriens apparaît spécialement fort parmi les résidents européens. Cela tend à expliquer que, malgré le nombre important de praticiens indigènes présents en ville, ce n'est que très tardivement (1905) que l'un d'entre eux est nommé assistant dans l'un d'entre eux, à titre d'adjoint[1455]. La même année, Barakat demande derechef à être nommé comme médecin titulaire de l'Hôpital Saint-Louis à Jérusalem à la suite du Dr Mauchamp, sans plus de succès[1456]. Toutefois, la réception faite à sa demande, nettement plus favorable, indique qu'une transformation de l'esprit des institutions sur le sujet : l'indigénisation du personnel n'est plus un rigoureux tabou.

Gardons-nous de généraliser. Le successeur de Barakat à Bethléem, le Dr Arab, illustre à la fois un processus en sens inverse – non seulement d'occidentalisation, mais de distanciation d'avec ce qui est représenté comme indigène –, ce qui ne l'empêche pas d'être rattrapé par les perceptions européennes de ses origines. Ce médecin se fait connaître, par des conférences prononcées à Jérusalem d'abord[1457], puis par des articles dans la presse médicale

1452 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, de Bapst, chargé d'affaires de France à Constantinople, à Auzépy, Consul Général de France à Jérusalem, de Thérapia, 04/07/1898.
1453 MAE Nantes, Jérusalem, E, 32, d'Auzépy, au comte de Sercey, Consul Général de France à Beyrouth, de Jérusalem, 04/07/1898.
1454 MAE Nantes, Jérusalem, A, 104, d'Auzépy, à Bapst, de Jérusalem, 14/07/1898.
1455 Schwake, *Op. cit.*, vol. 1, pp. 323-324.
1456 MAE Nantes, Jérusalem, A, 105, de Barakat, à Rouvier, président du Conseil, de Jérusalem, 09/07/1905.
1457 *BAAEFFM*, Vol. 2, 1908-1909, p. 24.

française, par ses descriptions de la médecine populaire locale. Il s'agit de petites monographies d'inspiration ethnographique, dont le pittoresque est réhaussé par des photos qui constituent les seules représentations visuelles que nous ayons pu trouver de cette médecine en acte[1458]. Cette approche traduit un effort pour se démarquer du lieu, dans lequel il se représente comme étranger, de la culture locale et notamment des formes indigènes de médecine.

Cela ne suffit pas à le rendre moins indigène, car, répétons-le, l'usage de ce terme est relationnel, dans un couplage constant avec une européanité toujours hors de portée, comme un droit de naissance. Lorsque le Dr Arab est limogé de l'Hôpital de la Sainte-Famille à Bethléem en 1909, la supérieure de l'institution se retranche derrière la diminution de fréquentation enregistrée à l'hôpital, qu'elle lui attribue, ce contre quoi le médecin se défend dans un rapport très circonstancié[1459]. Il y fait apparaître les désordres du service médical, sur lequel empiète le Dr Mancini, toujours en quête d'un poste meilleur que ses responsabilités à la Custodie, et le médecin autrichien de l'hôpital de Tanṭūr et médecin personnel des Filles de la Charité responsables de l'hôpital, le Frère Hönigman. Sans doute faut-il faire la part de la colère et de l'intérêt qu'Arab a à se présenter comme le paratonnerre des échecs de Hönigman et Mancini, mais le Consul mène de son côté une enquête qui tend à confirmer que le médecin en titre n'a pas démérité et ne s'est pas rendu coupable des fautes que peu à peu on lui attribue.

Il y a cependant anguille sous roche, sans que nous puissions dire exactement en quoi, sauf à accréditer l'hypothèse d'un scandale sexuel. Cette accusation est lancée, de façon informelle, à l'été 1909, lorsque les partisans locaux d'Arab d'un côté, et ceux de Mancini et Hönigman, se divisent selon des lignes qui recouvrent des clientèles touristiques et s'envoient mutuellement des accusations de ce genre[1460]. Cependant, aux débuts de l'affaire, le Consul de France s'était vu confirmer par la supérieure de l'hôpital que ses raisons pour renvoyer le médecin de l'hôpital, qu'elle tenait à garder secrètes, ne touchaient en rien à des questions des moeurs[1461] ; et toutefois, elle affirme qu'elle entend refuser à l'avenir d'embaucher des médecins syriens[1462]. Nous ne voyons pas à cette déclaration d'intention d'autre origine que des considérations culturelles et éthiques, ayant affectées les relations du Dr Arab avec le reste du personnel.

L'histoire du Dr Jean Lin éclaire l'ambiguïté intenable de la définition culturelle de

1458 Emile Arab, « La médecine populaire en Syrie et en Palestine », in *La Presse médicale*, n°26, 30/03/1912, pp. 334-336.
1459 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, rapport du Dr Emile Arab à Gueyraud, de Bethléem, 25/05/1909.
1460 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, « Démarches à Bethléem le 2 août 1909 » ; n° 33, de Gueyraud, à Viviani, de Jérusalem, 03/08/1909.
1461 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, notes manuscrites de Gueyraud [folios n° 328 & 334], s.d. [juin 1909].
1462 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, n° 39, de Gueyraud à Viviani, de Jérusalem, 14/06/1909.

l'indigénat, son irréductibilité à l'autochtonie et le sens de la dissimulation individuelle qu'il introduit chez ceux qui cherchent à y échapper. Ce médecin est citoyen français, diplômé de la faculté de médecine de Paris[1463]. En mai 1889, il devient médecin de l'hôpital français de Jaffa[1464], pour un traitement qui atteint les 5 000 francs annuels en 1909 (soit 3 000 de moins que pour l'hôpital français de Jérusalem). Il montre au travail une régularité très grande ; en 1912, il demande ainsi son premier congé depuis sa nomination, 23 ans plus tôt[1465]. C'est ici que cette carrière perd de son caractère jusqu'ici anodin, car Lin affirme n'avoir aucune confiance dans les médecins installés à Jaffa[1466], et demande en outre expressément à ce que l'intérim ne soit pas assuré par un indigène ; or dans le même temps, Gueyraud s'est adressé à la FFM pour qu'elle désigne un de ses jeunes médecins comme intérimaire. Celle-ci désigne un de ses diplômés, originaire de Beyrouth, le Dr Michel Abū Nādir[1467], ce qui place le Consul dans la difficile alternative de négliger la consigne de Lin, ou de froisser l'administration de la FFM. Le passage dans la région d'un médecin diplômé de cette faculté, mais citoyen français né au Levant, le Dr Charles Michel, permet de contourner la difficulté en nommant un diplômé de la FFM que l'on peut ne pas considérer comme médecin indigène[1468]. Ce dernier terme perd dans l'affaire toute connotation rigoureusement culturelle, car le Dr Michel a grandi dans le même environnement que ses anciens condisciples syriens. Pour des raisons fonctionnelles, on a déplacé la définition de la séparation entre européanité et indigénat vers le domaine de la citoyenneté. Des hommes comme ce Dr Michel, ou le Dr Abū Šadīd plus encore, peuvent ainsi glisser, selon le critère, de l'une à l'autre catégorie selon les circonstances.

Cette conclusion ne suffit pas : pourquoi, au juste, le Dr Lin refuse-t-il qu'un médecin indigène assure son intérim ? Ce n'est pas une question de racisme, mais l'effet d'un raisonnement passablement plus tortueux. Remontons dans le temps : dans une lettre que le Consul Ledoulx lui adresse en novembre 1894, réponse est donnée à la pétition que Lin a adressée au ministère français de l'Instruction Publique afin que le nom apparaissant sur son diplôme soit francisé : Lin a été naturalisé français au terme de ses études[1469]. Un peu plus d'un an après, le diplôme corrigé lui est envoyé[1470], ce qui vient assurer la position locale du

1463 Lin, *Op. cit.*, s.l., s.d.
1464 MAE Nantes, Jérusalem, A, 107, du Dr Jean Lin à Ledoulx, de Jérusalem, 27/05/1889.
1465 MAE Nantes, Jérusalem, A, 107, de l'abbé Bost, directeur de l'hôpital français de Jaffa, à Gueyraud, de Jaffa, 01/05/1912.
1466 MAE Nantes, Jérusale, A, 107, de Bost, à Gueyraud, de Jaffa, 01/05/1912.
1467 *Ibid.*
1468 *Ibid.*
1469 MAE Nantes, Jérusalem, E, 35, de Ledoulx à Lin, de Jérusalem, 14/11/1894.
1470 MAE Nantes, Jérusalem, E, 14, de Ledoulx à Marcellin Berthelot, ministre des Affaires étrangères, de Jérusalem, 06/01/1896.

médecin, car des rumeurs ont couru à son arrivée sur sa compétence médicale. C'est là que s'éclaire la position du Dr Lin : lorsqu'il fait viser son diplôme de médecine par le Consul en 1890, c'est pour éviter que l'administration locale ne s'en prenne à lui, en qualité de médecin d'un hôpital français, pour exercice illégal de la médecine[1471]. Ce que révèle ce diplôme est toutefois très embarrassant pour le Dr Lin : son nom d'origine y apparaît, et ses origines algériennes et musulmanes du même coup. Dans ce contexte, le Dr Jean Lin, né 'Abd al-Qādir b. Hannī, risquerait, sur la foi de son diplôme, d'être considéré par l'Etat ottoman comme sujet du sultan, et pourrait même être inquiété pour s'être converti au catholicisme[1472]. Ceci tend alors à expliquer l'absence de congé qu'il prend pendant si longtemps, et son refus de voir un indigène assurer l'intérim : il craint en clair que quelqu'un du pays n'utilise le fait que Lin soit un musulman converti ne cherche à saper sa position dans la société locale et prendre sa place. Ici, c'est en tant qu'il se sent une proximité originelle avec les indigènes de la région qu'il adopte une stratégie de dissimulation, au risque de cacher son diplôme de peur de se trahir, et d'insister lourdement pour obtenir la correction de son nom sur le diplôme. Sa méfiance à l'égard des indigènes semble venir toute entière, non pas d'un stéréotype culturel, mais du sentiment qu'il a appartenu à cette forme d'indigénat et que sa carrière dépend de la rupture complète qu'il a opéré et doit maintenir franche et nette.

En résumé, l'indigénat est une catégorie fonctionnelle, qui ne saurait avoir de portée institutionnelle formelle, parce que les diplômes sont réputés, eux, uniformes. Loin de retirer à l'opposition européen / indigène de sa pertinence, ce fait rend celle-ci changeante et adaptable aux circonstances. Il en va de l'indigénat comme de la mise en place d'une matrice de contrôle pour gérer la clientèle nationale, comme on l'a vu plus haut : l'efficacité tient à l'impossibilité, dans cet espace et ce contexte, de réduire l'indigénat à une question bien délimitée de statut, ou à une différenciation culturelle stéréotypée. Il médiatise assurément un racisme, évident par ailleurs parmi une partie de la maigre population européenne de la région, racisme qui trouve, jusque dans les modalités très apprises de la manière d'être un médecin diplômé et occidentalisé, matière à stigmatiser. Toutefois, un décalage existe entre cette violence interrelationnelle très directe, et les situations (recrutement, intérim, location de maison, etc.) pour lesquelles la différence entre Européens et indigènes a un substrat concret. Sur cette base, les institutions peuvent mettre en place une différence opérationnelle de statut et une hiérarchie ethnicisée entre les uns et les autres, sans jamais se départir extérieurement de valeurs universelles, et notamment de l'affirmation de la validité universelle des diplômes.

1471 MAE Nantes, Jérusalem, A, 107, de Lin à Ledoulx, de Jaffa, 10/03/1890.
1472 MAE Nantes, Jérusalem, E, 35, de Ledoulx à Lin, de Jérusalem, 25/06/1895.

Cette dimension de différenciation explique les fortes variations de l'univers des possibles qui s'offrent aux uns et aux autres médecins, en fonction de leurs origines. La qualité d'indigène est lourde de contrainte, ce qui induit les médecins qui la possèdent à en jouer pour essayer de s'en détacher. Ils peuvent le faire en changeant d'identité, ou, de façon moins radicale, en mettant en scène un indigénat à caractère traditionnel et résiduel, culturel et civilisationnel plutôt qu'originel, dont il leur serait loisible de s'abstraire. Tout ceci vient recouper des stratégies plus variées de construction de l'image professionnelle, à partir du moment où l'on arrive sur un terrain médical, muni éventuellement d'un contrat, et prêt à travailler.

Conclusion :

Revenons aux deux hypothèses que nous avons formulées en début de chapitre. La première était celle d'une politisation implicite de la profession médicale, visible davantage dans les profils de carrière que dans les opinions des médecins. Des effets de structure économiques et sociologiques, dûs à la place prépondérante des dispensaires et hôpitaux sur le marché médical valident cette idée ; mais l'analyse discursive montre que les médecins tendent à répéter et à s'approprier les thèmes et le style des institutions qui les emploient ou les protègent. Cette hypothèse est particulièrement vraie pour les médecins autochtones, tandis que l'attitude de certains médecins européens est plus distanciée, notamment à l'égard de la finalité religieuse des institutions.

Notre seconde hypothèse avait trait à la validité de l'idée de filières professionnelles dans la carrière médicale, et aux modalités de leur définition. Le caractère confessionnel apparaît ici prépondérant, bien plus que les origines géographique et universitaire, car il pèse à travers la carrière. Ce n'est pas étonnant, dans la mesure où le fonctionnement de l'Etat ottoman fait de la religion un élément de définition du statut individuel, et où les institutions médicales tendent à être confessionnellement déterminées. Il n'est pas étonnant qu'il exerce une influence structurante sur le champ médical. Le groupe professionnel des médecins n'existe pas en tant qu'appartenance alternative à l'existence de filières empreintes de confessionnalisme ; l'identification comme médecin est transversale, et même orthogonale, à celle comme juif, protestant, latin, sunnite, etc., car la question ne se pose pas de savoir si une solidarité entre médecins peut prévaloir sur celle qu'induit l'appartenance confessionnelle.

Le groupe social se forme autour du diplôme de doctorat en médecine non seulement comme sanction d'une compétence réputée commune à tous ses membres, mais aussi comme élément d'un système d'apparences qui identifient socialement ses membres, en les rattachant tendantiellement à la bourgeoisie moderniste. Ceci entraîne chez les médecins une posture conformiste, qui ne les inclinent pas à contester un fondement de l'ordre social comme le confessionalisme ; mais comme le système confessionnel n'est pas constitué autour de frontières rigoureusement étanches, ils trouvent à se retrouver en société dans une multitude de circonstances et, dans l'esprit multiconfessionnel qui prévaut dans l'Empire ottoman durant les années qui précèdent la Première Guerre mondiale, à manifester une unanimité patriotique. Lorsqu'on entre dans le fonctionnement du marché du travail au sein de la classe éduquée à laquelle appartiennent les médecins diplômés, la conscience très aiguë des solidarités d'appartenance, qui ne sont plus simplement religieuses mais deviennent progressivement fondées sur l'idée de nationalité, suscite au contraire un raidissement très vif des positions.

A l'inverse, l'identification des médecins comme européens ou indigènes semble perdre légèrement de sa pertinence avec le temps. Cette distinction est déterminante pour le cours de la carrière, malgré le principe selon lequel les diplômes sont uniformes en ceci, qu'ils donnent tous le droit d'exercer la médecine. Toutefois, pour appréhender la réalité très plastique et polymorphe de l'indigénat, il faut se débarrasser de l'idée qu'il s'agit d'une forme univoque de domination. La discrimination dans les carrières est bien réelle ; mais les principes hiérarchiques qui se mettent en place entre indigènes et européens dans les institutions sont justifiés par des rationalisations parfois irréductibles à un essentialisme culturel. La manière de les formuler indique que les discriminations sont moins gravées dans le marbre qu'il n'y paraît. Selon les cas, selon les filières, les médecins ottomans se trouvent sous un plafond de verre inégalement bas, très efficace à bloquer leur ascension sociale[1473]. Les cas des Drs Canaan et Arab montrent que, si les discriminations se maintiennent, le niveau du plafond se relève quelque peu à partir des années 1900-1910. Il reste que tous les doctorats en médecine n'ont pas la même valeur, et la tendance va en s'accentuant sous le Mandat britannique, à la faveur d'une immigration médicale très fortement accrue.

Toutes ces divisions renforcent la pertinence de la définition des médecins diplômés comme un groupe social : si jaloux, si divisés soient-ils sur le plan de la carrière et même de l'organisation professionnelle, ils sont unis par un ensemble de facteurs statutaires et symboliques, dont le sentiment de la spécificité de leur compétence. Cette communauté de vue s'étend à l'image qu'ils donnent de même.

1473 David A. Cotter, Joan M. Hermsen, Seth Ovadia & Reeve Vanneman, « The glass ceiling effect », in *Social forces*, 12/2001, vol. 80, n°2, pp. 655-681.

Chapitre 8 : Regard, image et réception des médecins

Introduction :

En s'installant dans une localité donnée, les médecins confrontent leurs anticipations de l'exercice de la médecine et de ses conditions, ou de leurs perspectives professionnelles dans un environnement donné, avec les réalités de celui-ci. L'écart entre les prévisions et le réel contribue à déterminer la viabilité d'une installation et, par suite, les dispositions du praticien à s'imaginer actif au même endroit dans un, cinq ou vingt ans. Le problème le plus aigu qui peut se poser tient au rapport à la concurrence médicale : s'il est le premier médecin diplômé à exercer dans une localité, le praticien doit affirmer la valeur de la médecine telle qu'on la lui a enseignée en faculté, en même temps que sa propre légitimité. Alternativement, s'il y a déjà un autre praticien, le difficile est de se faire une clientèle stable au sein de la population susceptible d'avoir recours à la médecine européenne. Les difficultés et les résistances rencontrées dans les premiers temps contribuent aussi à façonner les carrières. Les anticipations des médecins vis-à-vis de la pratique de leur métier dans le sud du bilād al-Šām tendent à être déçues, et à imposer une démarche de conquête de la clientèle, sauf à accepter le sort malheureux du Dr Drouillard.

Se pose alors la question de l'image du médecin, qui détermine l'accueil qui lui est réservé : puisque le cours de la carrière n'est pas déterminé par un ensemble de données objectives, dans quelle mesure est-il affecté par la confiance que le médecin inspire, et partant par les perceptions que les patients des praticiens, individuellement et collectivement ? C'est là une question qui ne se peut traiter que d'un double point de vue, car l'image du médecin et, à travers lui, des médecins diplômés, est à la fois le résultat d'une présentation de soi et d'une évaluation collective, à son corps défendant.

Ce dernier aspect soulève d'autres questions, car l'idée d'évaluation collective est problématique, en ce qu'elle traite l'agrégat formé par les opinions individuelles comme s'il résultait des opérations d'un sujet. Du point de vue des médecins, les jugements émis sur leur compte par leurs contemporains sont évacués comme purement subjectifs et illégitimes, puisque profanes, mais à la vérité ils sont intersubjectifs et conformés à des normes. Il nous

faut penser la réception de l'activité professionnelle des médecins par la patientèle au moyen de l'idée évanescente de réputation. Le mot est chargé de difficultés d'usage et de construction. Ce qu'il désigne ne saurait, pour des praticiens diplômés, s'assimiler à une évaluation de leur valeur ; et quand même il y aurait de la vérité dans les opinions cumulées de la patientèle, cela ne pourrait être, aux yeux des hommes de l'art, que des perceptions individuelles, non pas des avis informés. Les processus qui produisent une réputation résultent d'une accumulation de vécus et d'impressions qui peuvent reposer sur la connaissance d'erreurs médicales, mais qui sont fondamentalement informés par les anticipations des patients.

La réception faite au médecin résulte ainsi de la confrontation de deux systèmes d'anticipations. Le premier est celui du médecin, qui anticipe sans doute quelques difficultés pour se faire connaître, mais qui s'attend également à appliquer ce qu'il a appris dans sa pratique et à faire valoir sa qualité de médecin. Or non seulement il y a une distance entre l'apprentissage des savoirs médicaux et leur application en contexte, pour des raisons qui tiennent à la fois à la variabilité des formes des syndromes et à ce qui est réalisable dans l'ordre de la thérapeutique, loin de l'hôpital universitaire ; mais les mots de médecin ou de docteur sont loin de constituer une garantie économique. Derrière leur emploi, se cache un piège lexical, de l'ordre de ce que Pierre Bourdieu et Luc Boltanski ont appelé « la dialectique du titre et du poste »[1474] : la dénomination d'un emploi ou d'une catégorie socioprofessionnelle peut cacher une multitude d'effets langagiers qui, par euphémisme ou par licence, travestissent la réalité pratique du travail effectué, ou gomme l'écart entre la compétence et la définition effective des tâches. L'intérêt du porteur de titre est alors d'utiliser la dénomination qui lui est attribuée, pour formuler des exigences statutaires et essayer d'obtenir une revalorisation de sa position socioéconomique réelle ; mais ce faisant, il est amené à jouer le jeu des dénominations professionnelles tronquées. Une situation de ce genre peut s'observer pour des groupes dont la légitimité collective est plus précoce et mieux établie que leur situation économique. Ainsi en est-il des médecins diplômés dans le sud du bilād al-Šām, qui peuvent certes afficher une autorité professionnelle et, pour certains d'entre eux, une aisance bourgeoise, mais qui n'ont pas réussi, à travers notre période, à s'imposer dans le champ médical comme un groupe professionnel hégémoniques sur la pratique médicale, ce vers quoi tend pourtant le code médical ottoman : d'autres médecines existent et se pratiquent, de la *dāyah* du village jusqu'aux remèdes concoctés par Abdülhamid II.

Le second système d'anticipation, qui impose un principe de réalité aux médecins

1474 Pierre Bourdieu & Luc Boltanski, « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°2, 03/1975, pp. 95-107.

diplômés, est celui des hommes et des femmes qui viennent en consultation. Les patients s'attendent à certaines questions, certains modèles d'interaction avec la personne qui les examine, et souvent, comme on l'a vu dans le premier chapitre, ont une idée préconçue du diagnostic. C'est de l'agrégat de leurs expérience que naît la réputation professionnelle. Celle-ci, comme perception collective du travail des médecins, répond à la même logique que le concept de réception d'une oeuvre tel que le définit Hans-Robert Jauss. Dans l'un et l'autre cas, l'objet n'est pas le travail vu du point de celui qui le mène à bien, mais son effectivité sur les lecteurs ou les patients. La portée générale de ces activités échappe au point de vue du profane, mais s'inscrit dans une série diachronique. En littérature, il s'agit de la succession des relectures dans une manifestation progressive des significations, et l'opération du lecteur consiste à comparer sans cesse ses anticipations, conçues à partir d'expériences de lectures antérieures, à l'oeuvre telle qu'elle s'actualise sous ses yeux[1475]. La réputation du médecin s'insère dans une double série. En premier lieu, les patients confrontent son comportement et ses décisions à un code, qui résulte d'une accumulation d'expériences et d'informations collectées et dont l'application ou l'ignorance, de la part du praticien, peut être un facteur de réticence ou d'adhésion. Il n'y a pas de relation isomorphique entre ces quatre termes, de l'application du code à l'adhésion des patients ou de son ignorance à leur dédain, car diverses données, comme l'attitude des catégories sociales aisées ou la promotion d'innovations technologiques peuvent transformer la réputation. En second lieu, les patients arrivent chez le médecin avec l'histoire de leur mal et des moyens qu'ils ont employés jusque là pour le combattre. Souvent, cela passe par une succession de plusieurs recours thérapeutiques et, en définitive, par une comparaison entre les praticiens de différentes formes de médecine.

L'intérêt d'emprunter la notion de réception aux études littéraires est qu'elle fournit un questionnement sur les points de vue relatifs à une activité : l'enjeu n'est pas de les additionner, mais bien de discerner des logiques et des phénomènes dans leur comparaison. A tout prendre, le poids des patients est bien plus significatif dans la construction de l'image des médecins et de la médecine occidentale que ne peuvent l'être les efforts déployés par ses praticiens, car à travers l'avis des malades, l'opinion d'un groupe bien plus vaste de patients potentiels se forme. L'usage de la presse locale par les médecins de l'époque porte témoignage de l'importance de l'opinion commune, qu'il s'agit d'influence activement. Les difficultés de l'installation conduisent certains médecins, suivant l'exemple déjà cité du Dr Arab, à entretenir leur visibilité sociale, pour travailler leur réputation afin de contrer les résistances à la médecine européenne ou, le cas échéant, aux activités étrangères dans le pays.

1475 Hans-Robert Jauss, « L'histoire de la littérature : un défi à la théorie littéraire », in *Pour une Esthétique de la réception*, Paris, Gallimard, 1978, pp. 24-88.

Nous verrons tout d'abord que l'image que les médecins diplômés s'efforcent de donner d'eux-mêmes tient d'abord à ce qu'ils perçoivent de l'environnement dans lequel ils viennent s'installer. Cet environnement est d'abord sanitaire, mais ce que le regard médical perçoit est tributaire de la familiarité du praticien avec le pays, qui lui permet d'adapter son discours normatif sur les lieux et les pratiques, et de tenir plus ou moins compte des conceptions que les patients peuvent avoir de la maladie, de la thérapeutique et du médecin.

De fait, les médecins doivent faire face, en s'installant, aux contraintes qu'imposent les attentes des patients. Celles-ci structurent le marché médical, non seulement du fait des conditions de la concurrence entre les praticiens ou entre les médecines, mais aussi en raison de l'association répandue dans la patientèle entre médecine occidentale et médication.

Ce n'est là qu'un des éléments sur lesquels s'élabore la réputation du médecin. Celle-ci est le produit non seulement de l'agrégation des opinions individuelles de la patientèle, mais aussi de l'image que le médecin choisit de donner de lui-même, et de celle qu'on peut projeter sur lui à dessein : c'est pourquoi nous mettrons l'accent et sur les modes de présentation de soi, notamment sous forme photographique, et sur les scandales qui peuvent entourer les médecins et défaire leur réputation.

I – La découverte d'un environnement sanitaire

A – Un quasi-exotisme ? Le regard extérieur d'un Ottoman

L'installation des médecins a quelque chose de dégrisant et de dépaysant à la fois, par rapport au discours des facultés sur le rôle social de leurs diplômés : elle relativise leurs espoirs de fortune, et les confronte à un environnement médical qui ne se laisse pas si facilement dominer par les catégories étiologiques et épidémiologiques qu'ils ont apprises. Les démarches descriptives, sous la plume des médecins, rendent compte d'autre chose que d'une vision simplement stéréotypée de la région : elles nous informent sur leurs conditions de travail et, par ce qu'ils choisissent de mettre en relief, sur l'écart entre les normes qu'ils ont apprises et le terrain dont ils ont fait l'expérience à partir de leur installation. Certains tropes se dégagent, qui contribuent à former les discours sur l'état sanitaire de la région. Les

observations d'un regard médical formé dans les écoles de médecine, et l'effet d'une découverte du paysage, parfois d'une redécouverte à la lumière des connaissances acquises. Deux questions se posent ici : tout d'abord, les discours sont-ils uniformes, et cela non seulement du point de vue du contenu, mais aussi du fond et de l'intention ? En outre, est-ce qu'ils expriment une « rencontre coloniale » – traduction traîtresse parce qu'euphémisée de l'anglais « *colonial encounter* », qui se situe moins sur le plan de la sociabilité que de la dialectique entre curiosité et rapports de force dans la découverte de l'autre – ainsi que l'affirme Robert Blecher[1476] ? L'hypothèse n'est pas à évacuer d'un revers de main, car on peut arguer que les médecins syriens occidentalisés singent, jusqu'à la caricature, le type de discours auquel ils ont été exposés en faculté, tout en le nourrissant d'exemples plus précis. Ou bien faut-il y faire intervenir des arrière-pensées professionnelles, qui inclinent les médecins à rendre compte de leur expérience du terrain sur des plans divers tels que pédagogie, politiques publiques et ethnographie ? Dans cette seconde hypothèse, la discursivité est à rapporter, non seulement à des modèles culturels, mais à une définition – scientifique et technique – de la profession médicale. La configuration du champ médical ne se définit alors plus en fonction d'un arrière-plan d'exercice du pouvoir qui ferait du médecin diplômé un agent de la transformation sociale opérée par l'Etat ou des puissances étrangères, mais selon les intérêts individuels du médecin confronté à la nécessité de s'insérer, socialement et économiquement, dans son environnement de travail pour y créer une patientèle propre. Le regard des médecins, avec sa capacité à distinguer les éléments d'un pluralisme médical, serait tributaire des conditions d'installation, rapportées aux anticipations des praticiens sur leur carrière et sur leur rôle social.

Nous avons parlé de dépaysement pour décrire le regard médical sur l'état sanitaire du sud du bilād al-Šām, et assurément il y a de l'exotisme dans les descriptions des médecins. Toutefois, il faut ramener ce sentiment au point de vue de chacun d'entre eux, et notamment à leurs origines ; car les stratégies discursives varient d'une situation à une autre. Rendant compte de son travail à l'Hôpital de la Sainte Famille de Bethléem, le Dr Arab, originaire de Beyrouth, a quelques lignes intéressantes quant aux anticipations qui peuvent être celles d'un jeune médecin syrien en quittant sa ville natale de Beyrouth pour une bourgade des environs de Jérusalem:

> « Lorsque, il y a quatre ans, on m'a offert cette position de médecin de l'hôpital français de Bethléem, je l'ai acceptée uniquement dans le but de fonder ma carrière sur des bases solides et de pouvoir bénéficier, dans l'avenir, de ce titre, si précieux pour moi, de médecin d'un hôpital français. Du reste, ni les appointements réellement dérisoires (2000 francs par an) ni le séjour dans une ville comme Bethléem où l'on

1476 Blecher, *Op. cit.*, pp. 145-166.

> mène une vie bien triste et bien monotone, ni la clientèle pauvre et difficile qui consiste à pénétrer dans de véritables taudis, à se pencher sur des malades couchés par terre, à respirer des odeurs nauséabondes, à se trouver par conséquent en état de réceptibilité de contagion et de *minoris resistantiae* : tout cela n'est pas fait pour encourager un jeune médecin à s'engager dans cette position. Mais, je le déclare, le seul motif qui m'a fait accepter la position de médecin de l'hôpital de Bethléem, c'est l'espoir de quitter cet hôpital au bout de quelques années pour pouvoir me glorifier d'avoir servi dans un hôpital français et de bénéficier de ce titre pour me créer une carrière définitive.[1477] »

Tout ce passage dit explicitement ce que nous affirmions plus haut sur la place des emplois institutionnels dans la carrière et sur le rôle d'étape de ceux-ci dans le sud du bilād al-Šām. Il montre également l'inégalité du rendement économique de ce genre de fonctions, puisque le traitement fixe des médecins des hôpitaux protégés par la France passe du simple au quadruple d'une institution à une autre, et que la clientèle de Bethléem n'est guère lucrative. Dans ces quelques lignes, le Dr Arab décrit certains aspects de son installation dans la bourgade, quatre ans plus tôt : on y lit l'arrachement à Beyrouth, cité en pleine croissance, ville-capitale de la renaissance culturelle arabe, ville pénétrée jusqu'à l'obsession d'un idéal d'hygiène[1478], et l'installation à Bethléem, bourgade provinciale, sans autre lustre que celui de sa vie religieuse, sans vie intellectuelle, sans accumulation de richesse ni patientèle susceptible de faire la fortune d'un médecin, sans mesures ni habitudes d'hygiène comparables à ce que le médecin connaissait dans sa ville d'origine. A l'exception de Jérusalem et de Jaffa, qui sont, de fait, les deux villes de la région à la plus forte concentration médicale, un écart semblable ou plus large entre localité d'origine et destination constitue la norme pour les jeunes praticiens tout juste diplômés de la faculté de médecine et débarqués dans le sud du bilād al-Šām. L'installation dans le pays suppose de se défaire des représentations symboliques et du poids de l'imaginaire de la Terre sainte pour trouver sa place dans une société de familles et de querelles de clocher, dégageant un ennui subtil pour des médecins assez aventureux pour s'être expatriés de leur région ou de leur pays natals.

C'est ici le lieu de superposer le motif de la différence culturelle au moyen duquel nous avons distingué la population des médecins diplômés, et ce que nous avons dit de l'écart entre les attentes professionnelles générales des médecins et la réalité locale de leur carrière, qui crée un effet de déclassement, aussi efficacement que la mobilité intergénérationnelle descendante : est-ce dans ce recoupement que se reconfigure le champ médical, et que s'élabore la perception du pluralisme médical ? A tout le moins, le terme de « taudis » employé par le Dr Arab montre que les représentation de ces systèmes de différences, le

1477 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, rapport du Dr Emile Arab à Gueyraud, de Bethléem, 25/05/1909.
1478 Anne-Laure Dupont, *Op. cit.*, pp. 93-96.

culturel et le socioéconomique, ne sont pas indépendants : la pauvreté est redoublée par le manque d'hygiène né de l'ignorance perçue d'un certain nombre de règles sanitaires, autrement dit de l'adhésion à des normes locales de prophylaxie. Sous ce simple mot de « taudis », santé et étiologie apparaissent socialisées et culturalisées. La question de la résistance aux épidémies dans un environnement dégradé, du point de vue économique et hygiénique, traduit une différence de conceptions étiologiques entre le médecin et ses patients : au lieu d'une croyance en la pluralité de causes des maladies englobant notamment un ordre surnaturel s'appliquant aux individus, le Dr Arab se réclame d'un système dans lequel les causes sont certes diverses, mais sont à mettre en relation avec une capacité de résistance de l'organisme. L'hygiène, bonne ou mauvaise, multiforme et individuelle, environnement et responsabilité de chacun, caractérise l'interface entre les deux. A ce compte, l'installation des médecins dans la région les met en situation de risque sanitaire, ce que le Dr Arab instrumentalise ici pour en faire un témoignage de sa loyauté aux intérêts français ; mais cette allégeance vient redoubler une propension à valoriser l'hygiène qui le distingue, lui le beyrouthin, des bethléémites. Il fait coup double, en rattachant son sort à la fortune locale de la politique française, tout en prenant bien soin de ne pas se laisser confondre avec une population locale qu'il distancie de lui sur le mode de la différence culturelle, tendant ainsi à l'indigéniser.

Le Dr Arab va plus loin, et c'est en fait toutes les questions allant de la prophylaxie à la thérapeutique qui sont englobées dans sa critique d'inspiration hygiéniste. Une récurrence de l'emploi du terme « taudis » permet d'établir ce lien. Dans une conférence prononcée le 29 janvier 1912 à l'initiative du Comité de l'Asie Française, un groupe de pression colonialiste, devant la Société d'encouragement pour l'Industrie nationale, il revient à la charge:

> « Dans l'*appareil rénal*, je n'aurai à décrire que le traitement pour lequel l'habitant des villages de la Palestine a une grande prédilection dans les oedèmes généralisés du corps, de quelque nature qu'ils soient ; je veux parler du *Bakoura*. Le sens littéral du mot *Bakoura*, c'est *encensement*, mais il ne comprend qu'une partie du traitement, comme on va en juger. Figurez-vous, Messieurs, l'un de ces taudis de paysans absolument vierge d'air et de lumière. C'est là qu'on enferme le pauvre patient! On le soumet à un régime rigoureux qui se compose exclusivement de pain sans sel et de miel, et cela pendant vingt à quarante jours, suivant la sentence portée par le charlatan. De plus, deux fois par jour, on allume près du malade un tas d'herbes desséchées – *Bakoura* – jusqu'à ce que le malade accuse une petite toux sèche et répétée qui est le premier symptôme de l'asphyxie. On fait tout cela dans le but de déshydrater les tissus au moyen d'une transpiration abondante[1479]. »

La description est complétée d'une photographie assortie d'une longue légende (cf illustration n° 1) qui représente un patient décharné en train d'être soumis à la fumigation du

1479 Arab, « *La médecine populaire en Syrie et en Palestine* », *in La Presse médicale*, n°26, 30/03/1912, p. 336.

brasier, dont le combustible – cette fois-ci fait de déjections de vache – vient étayer l'idée que les traitements redoublent le caractère anti-hygiénique du mode de vie. Dans le même temps, le médecin opère deux nouvelles distanciations par rapport à ses patients de naguère : l'opposition entre Beyrouth et le sud du bilād al-Šām se superpose à une opposition entre citadins – dont il est – et paysans. En outre, il aborde ces derniers sur le mode ethnographique, d'une ethnographie de salon, sans doute, mais de celle que nourrissent néanmoins une observation de terrain et une connaissance professionnelle suffisante pour formuler la finalité thérapeutique des pratiques décrites. Il se met très clairement à distance de son objet dans l'ordre du savoir, qui doit induire l'hygiène, et de la légitimité professionnelle qu'il dénie au « charlatan ». Dans l'épidémiologie de la région, et dans les infortunes de la thérapeutique, les motifs environnementaux – les « taudis » – et professionnels s'articulent.

Figure 4.

Malade subissant l'operation du Bakhoura.

Le malade, très maigre, à moitié nu, assis sur le tronc d'un vieux chêne surmonté d'un tabouret en bois, se trouve penché au-dessus de la fumée qui se dégage d'un tas de déjections desséchées de vache, allumées par terre. Pour mieux concentrer la fumée sur son visage et tout son corps, il se couvre la tête au moyen d'une sorte d'alèze, qu'il tient écartée de ses deux bras décharnés.

A droite, la femme du patient lui présente de la main gauche le plat de miel traditionnel, seule nourriture du malade; tandis que de la main droite, elle tâche de se préserver contre la fumée.

Illutration n°1 : photographie et explication de l'opération du bakoura (1912). Source : Arab, Emile Arab, « La médecine populaire en Syrie et en Palestine », in *La Presse médicale*, n°26, 30/03/1912, p. 336.

B – Une familiarité cruelle : des points de vue autochtones

Pour l'ensemble des médecins, en fait, et y compris pour ceux qui sont originaires du cru, le passage par l'école de médecine a transformé le regard sur les personnes, les lieux et les choses, et entraîne un dépaysement discursif. La catégorie du « regard médical », comme

combiné d'une maîtrise individuelle des modes de qualification des symptômes et de la discipline de l'examen clinique[1480], a quelque chose de trop unificateur, comme s'il s'agissait d'un outil indifférent à son objet (il aborde mille thèmes variés du point de vue de la santé) et plus encore au sujet regardant, conformé par l'enseignement médical qu'il a reçu à un ensemble de normes. Ce que le point de vue du Dr Arab sur Bethléem a d'intéressant, c'est qu'il est à la fois cohérent sur le contenu avec ce que peuvent exprimer un médecin occidental ou un praticien originaire des environs immédiats, et que la construction de son discours s'en distingue dans ce qu'elle nous apprend de la position du médecin par rapport à son environnement de travail.

Comparons tout d'abord son discours avec celui, similaire, que le Dr Tawfīq Canaan, natif de Bayt Jalā, peut tenir sur la même région de Bethléem, dans la description au reste nuancée qu'il fait des paysans du sud du bilād al-Šām au commencement de son premier ouvrage ethnographique, *Aberglaube und Volksmedizin im Lande der Bibel*:

> « En outre, le paysan lui-même possède certaines mauvaises habitudes, par lesquelles il affaiblit son corps. Cela tient surtout à ceci, que l'ignorance et la superstition règnent dans toutes les classes du peuple et que le *fallāḥ* ne connaît pas les causes de maladie et ne veut pas les connaître. Il sous-estime fortement le danger de contagion. Toute cette imprévoyance et cette ignorance du *fallāḥ* dans le domaine de l'hygiène, et son sens non-développé de la prévention sanitaire nous est compréhensible, quand on songe à trois données :
> 1. Les croyances et les superstitions [...]
> 2. Les habitudes domestiques du *fallāḥ* : qui pénètre une ferme – je veux dire, une ferme à l'ancienne mode –, remarque aussitôt que toute l'habitation consiste seulement en une cave avec ordinairement deux niveaux. Le plus bas, un peu plus large, est utilisé comme porcherie et comme poulailler, le plus haut sert partiellement de logement, partiellement de cellier, de réserve pour les fruits secs, l'huile, le saindoux, et les produits nécessaires à la maisonnée de façon générale. A l'exception de la porte d'entrée, on ne trouve que rarement une ouverture. S'il se trouve une fenêtre, elle est bien petite et, à peu d'exceptions près, toujours close. Les jours de fête comme de maladie, la pièce est remplie à l'excès de visiteurs, si bien qu'elle ressemble moins à un domicile familial qu'à une salle de réunion publique. On peut de ce fait se représenter combien mauvais est l'air qui règne dans une telle maison, dans laquelle sont emmagasinés en même temps les vivres et les biens, et combien il est difficile pour un malade, dans une telle atmosphère, de guérir. Ces habitations sont par conséquent aussi des foyers propices à la diffusion des maladies contagieuses. Le grand nombre des cas mortels par rougeole et par variole dans le village en est une preuve parlante. Les logements simples des villes consistent facilement de deux pièces ou plus ; cependant, la pratique de l'hygiène y laisse encore beaucoup à désirer
> 3. Le manque de propreté. Quiconque pénètre la maison d'un *fallāḥ*, y observe les vêtements, examine le lit, ou jette un oeil aux jeunes enfants, est frappé par la saleté omniprésente. Sous ce rapport, on ne saurait excuser les *fallāḥ*-s ; car le Coran enseigne que « La propreté émane de la foi. » La pauvreté oppressante peut cependant constituer une circonstance atténuante. La cause tient peut-être à cela aussi, que les *fallāḥ*-s croient que la saleté préserve de bien des maux. Le malade ne doit pas se

1480 Foucault, *Op. cit.*, p. 12, pp. 50-51 & pp. 107-123.

> laver, car aussitôt que l'eau le touche, toutes ses faiblesses dissimulées se révèlent brutalement. *El-moije (i)btikschif* = « l'eau met à nu » – est un proverbe très souvent usité. Un malade ne doit pas être plongé dans l'eau, que ce soit à la maison ou au bain, dans l'eau douce ou l'eau de mer ; car un bain est réputé ne faire qu'aggraver la maladie. Une plaie qui entre en contact avec de l'eau en est empoisonnée (*ed-dschurḥ bistasmi*). Il est bien possible qu'avec cette dernière assertion, le paysan ait raison, car l'eau qu'il utilise ordinairement est sale et grouille de toutes sortes de vermine. Il n'est donc pas étonnant qu'une eau si susceptible d'infecter ait des effets inflammatoires. Cette crainte de l'eau est tout spécialement forte vis-à-vis des inflammations des yeux. La saleté accumulée ne fait qu'aggraver la situation. Quand quelqu'un a l'oeil enflammé, il le bande, pendant des jours entiers, d'un mouchoir qu'il a préalablement badigeonné d'un emplâtre de farine et d'eau[1481]. »

Le contenu est fondamentalement le même que les remarques du Dr Arab, nettement plus étayé que ces dernières bien sûr, et exempt de leur caractère désobligeant, mais avec toutefois un élément de jugement qui, dans la formulation de ses attendus, donne à voir une différence fondamentale de positionnement. Canaan, qui envisage les conditions sanitaires selon un critère statistique, le taux de mortalité, alterne l'énoncé protéiforme de la causalité morbide, à la mode hygiéniste, et l'identification d'un point de passage obligé pour l'infection dans le cas du contact des plaies avec les eaux insalubres. Il commence ainsi par introduire des éléments d'étiologie objectiviste, conforme à l'enseigment qu'il a reçu, pour se poser ensuite la question de savoir comment les paysans de son pays envisagent la maladie. Pour ce faire, il se réfère à leur système de valeur pour en tirer, parfois des paradoxes, comme dans ce passage, ou des hypothèses de survivance des pratiques, étayées à travers le livre de comparaisons avec l'Ancien et le Nouveaut Testament ainsi que le Coran, comme ici. Le recours aux proverbes sert de transition vers la mise en oeuvre du programme de l'ouvrage, soit l'explicitation des étiologies auxquels les habitants du pays ont recours pour expliquer les maux qui les affligent. Celles-cisont classées entre les influences surnaturelles[1482] et celles de type humoraliste, avec toute la déclinaison des correspondances entre tempéraments, éléments, humeurs, planètes, saisons, etc.[1483]. Le principe de classement employé par cet auteur lui permet sans doute de faire un exposé systématique, conforme aux normes académiques de son éditeur (il publie en allemand et en Allemagne), mais il scinde un ensemble étiologique selon des lignes qui ont l'air de scinder le domaine du surnaturel et des secours de type religieux d'un côté, et des causes naturelles et de la médecine rationaliste inspirée de celle de l'islam classique. Canaan s'en garde bien, du reste, et évoque l'inscription des praticiens des formes traditionnelles de médecine dans les deux registres, celui des être surnaturels comme les *jinn*-s, et celui des lecteurs d'Ibn Sīnā et d'autres médecins associés au

1481 Canaan, *Op. cit.*, pp. 2-4.
1482 *Ibid.*, pp. 5-32.
1483 *Ibid.*, pp. 32-36.

rationalisme médical. L'organisation de son propos concourt, malgré elle, à entériner une partition entre médecine religieuse, médecine arabe et médecine occidentale comme termes constituant le pluralisme médical dans la région.

Dans l'intérêt que cet auteur manifeste successivement et corrélativement pour l'environnement des natifs de son pays et les étiologies possibles pour expliquer leur situation sanitaire, il y a une dose de sympathie nationale – Canaan condamne ici ses compatriotes, mais recherche aussitôt des moyens contextuels de les comprendre, ou plutôt de manifester de la compréhension à leur endroit – et un projet ethnographique complexe. Cet auteur conçoit son ethnographie et celle de ses amis et parfois inspirateurs dans un projet nationaliste aux contours inclusifs, puisqu'il s'agit de présenter son peuple comme l'héritier de pratiques locales sédimentées depuis des temps antérieurs à la Bible, sans négliger aucune des strates[1484]. Aussi le regard du médecin sur les pratiques et les croyances ne se laisse-t-il pas enfermer dans une logique scientiste : il n'accorde qu'une place mineure à la description épidémiologique conforme aux habitudes académiques occidentales, pour suivre ensuite la logique de systèmes d'explication autochtones. Encore est-ce là un positionnement exceptionnel : le discours des médecins autochtones tend généralement à emprunter intégralement ses critères normatifs à la médecine occidentale.

La similarité de contenu est évidente entre le propos du Dr Arab et celui que le Dr Ilyās Ḥalabī, de Jérusalem, tient en 1911 sur un risque épidémiologique spécifique qui guette la Ville sainte – en l'occurrence, la tuberculose:

> « Qui a jamais visité le domicile des habitants du pays à l'intérieur de la Vieille ville, riches et pauvres, a vu que la plupart des demeures consistent en une cour étroite entourée de maisons humides et obscures, percées de fenêtres qui s'ouvrent sur cet espace confiné ; le plus souvent, ces maisons ne sont jamais pénétrées par le soleil, ou si elles le sont, celui-ci ne réussit pas [?] ; dans un nombre non négligeable de maisons, la lumière n'entre qu'en minces filets ; et quand j'ai été appelé, plus d'une fois, au chevet de malades dans certaines maisons, j'avais besoin de la lumière des chandelles ou d'une bougie à la quatrième heure, sans quoi il n'y avait pas moyen d'examiner la langue du malade. Quant à l'air qui règne dans certaines pièces, je n'exagère pas si je dis qu'il n'a pas circulé depuis des dizaines d'années. Il n'y a pas de circonstance plus propice pour le microbe que l'humidité et l'obscurité ; aussi ces maisons ne désemplissent-elles pas de phtisiques et d'affligés de maux de tête, des articulations et des reins ; non contents de toute leur indolence et de leur inertie, les gens disent que les demeures sont charpentées, que la charpente de cette maison est bonne, quand celle-ci menace ruine. Ils ont confiance dans les lieux qu'ils occupent, mais la cause de tout ce qui précède dépend de l'état sanitaire, non des démons ni des vers ; en bref, ces maisons humides et obscures, qu'habitent pauvres et riches, tous malheureux de ce point de vue, sont une des causes les plus importantes de la diffusion de la tuberculose dans le pays, et il vaudrait mieux habiter dans de simples maisons de bois, de taule ou de [?] plutôt que dans ces maisons de pierre qui ne

1484 Tamari, *Art. cit.*

> diffèrent guère des tombes ; et ce qui vaut des maisons vaut plus encore des magasins de Khan el-Zeit [le marché aux huiles], du Sūq al-ʻAṭṭārīn [le marché aux épices] et du Sūq al-Kabīr[1485] ».

Si le propos du Dr Arab est vindicatif et distancié, et celui du Dr Canaan exploratoire et conçu en fonction des représentations et des cadres mentaux de la société autochtone, ce passage est éminemment normatif, comme l'ensemble de l'article du reste. Dans le détail, Canaan et Ḥalabī partagent, en tant que médecins, le même type de conceptions étiologiques fondées sur l'hygiénisme et l'aérisme ainsi que sur la recherche, manifeste dans d'autres parties de l'article, de points de passage obligé pour l'infection. Toutefois, l'article de Ḥalabī ne cherche pas à discuter les systèmes de croyance locaux, qu'il évoque furtivement, pour les évacuer, sous la figure des démons et des vers ou, plus loin, de la croyance dans l'intervention d'une coalition de *jinn*-s à l'origine de la tuberculose. Cette dernière idée est cependant bien vite évacuée comme relevant de la pure ignorance[1486]. Le médecin s'en prend surtout aux habitudes de ses compatriotes, contre lesquelles il mobilise un arsenal de raisons médicales visant à décrire les modes d'infection. Un ensemble de pratiques culturelles locales est ainsi passé au crible des conditions de transmission des maladies, et le projet enveloppe ainsi une dimension de « civilisation des moeurs »[1487] ; le médecin, en se faisant l'agent pédagogique d'un réformisme social, y gagne ou y conforte une autorité qui s'étend bien au-delà de son domaine reconnu de compétence. Il décrit ainsi dans des termes peu flatteurs une sociabilité de café qui crée, autour du narguilé, les conditions d'une transmission accélérée par le passage du bacille de bouche en bouche, mais qui amollit aussi les esprits en encourageant l'oisiveté[1488]. L'exhibition précise des modes d'infection permet, en pratique, une critique sociale et culturelle, d'inspiration clairement occidentale, contre tout un mode de vie représenté comme malsain, improductif et corrupteur. On n'est pas loin, ici, de la répétition de motifs orientalistes, à ceci près que la critique s'inscrit dans un discours général de patriotisme et de mobilisation politique à l'échelle locale.

L'auteur exprime également dans son texte l'idée, commune dans le Bilād al-Šām à l'époque, que l'extension de la tuberculose dans la région est le résultat de l'émigration et du retour des fils du pays, mais cette idée de la maladie importée ne dédouane par les hommes du pays de leurs responsabilités dans la diffusion du mal. L'étiologie qu'utilise Ḥalabī est au

1485 Ilyās Ṣawābīnī, « *Al-Sill fī'l-Quds wa-asbāb intišārihi fīhā* » [La tuberculose à Jérusalem et les raisons de sa diffusion], in *Filasṭīn*, n°59, 12/08/1911, p. 2.

1486 Ilyās Ṣawābīnī, « *Al-Sill fī'l-Quds wa-asbāb intišārihi fīhā* » [La tuberculose à Jérusalem et les raisons de sa diffusion], in *Filasṭīn*, n°62, 23/08/1911, p. 2.

1487 Cf Norbert Elias, *La Cilivisation des moeurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1973 [1ère édition en allemand : 1939], *passim*.

1488 Ilyās Ṣawābīnī, « *Al-Sill fī'l-Quds wa-asbāb intišārihi fīhā* » [La tuberculose à Jérusalem et les raisons de sa diffusion], in *Filasṭīn*, n°60, 16/08/1911, p. 2.

contraire très nettement personnaliste, au sens où l'entend Giovanni Levi[1489], c'est-à-dire qu'elle se rapporte aux actions et aux choix des individus, et non pas seulement naturaliste, à savoir, rattachée à des causes impersonnelles, telle l'action des microbes. Ḥalabī peut ainsi prendre appui sur ces considérations étiologiques pour suggérer une pédagogie de la vie collective dans une ville en expansion rapide comme Jérusalem. On ne saurait sous-estimer la séduction du modèle occidental de santé publique dans ce type de mise à distance du médecin vis-à-vis de son environnement quotidien, mais les méthodes de la santé publique viennent servir un objectif de transformation interne de la population, et supposent donc le recours à des acteurs politiques locaux.

La démarche du Dr Ḥalabī s'explique donc par ce vers quoi elle tend : qu'est-ce que ce médecin, lui-même hyérosolomitain, gagne à adopter un modèle de ce type et à endosser toute sa normativité ? C'est ce que révèle la fin de l'article : cet homme est moins dans une démarque exotique – la mise à distance sert à diriger la curiosité de son lecteur, et à susciter le scandale en lui – que dans un projet d'affirmation d'autorité dans la définition des politiques publiques. Ainsi termine-t-il son propos en reprochant à la municipalité de Jérusalem de sous-estimer les besoins de la population en jardins et espaces verts[1490]. De même, la traduction d'une diffusion épidémique réputée internationale dans des termes culturels est une invitation, pour la puissance publique, à participer à la sensibilisation de la population aux risques qu'elle encourt du fait de certains traits de son mode de vie. Le détour par la médecine sert à la fois à mobiliser le soutien de son lecteur, et à pouvoir assumer l'autorité permettant d'influer sur certains débats publics. La découverte de l'état sanitaire et sa narration servent de levier pour s'insérer, ès qualités, dans le jeu politique local.

C – Une pseudo-autochtonie : un regard sioniste

Le point de vue des sionistes, qui interviennent dans la presse arabophone, et ce parfois de façon déguisée, n'est en substance pas différent. On peut en trouver un indice dans une lettre d'août 1911, appartenant à une série intitulée « *Rasā'il fallāḥ* » [Lettres d'un paysan] parues dans le journal de Jaffa *Filasṭīn* au fil des années 1911 et 1912. Le signataire se présente comme Abū Ibrāhīm, paysan d'un village des environs de cette ville. Il s'y maudit de s'être mis à lire les journaux qui l'ont poussé à réfléchir sur sa propre condition et à se poser

1489 Levi, *Op. cit.*, p. 46.
1490 Ilyās Ṣawābīnī, « *Al-Sill fī'l-Quds wa-asbāb intišārihi fīhā* » [La tuberculose à Jérusalem et les raisons de sa diffusion], in *Filasṭīn*, n°62, 23/08/1911, p. 2.

des questions sans fin, rime ni raison. Armé de cet exorde, il expose le problème du jour ; un jeune homme, des mieux constitués du village, est tombé malade la semaine passée d'une fièvre qui l'a emporté en l'espace d'une journée. Le médecin appelé à son chevet depuis la ville voisine a interrogé Abū Ibrāhīm pour savoir si un animal blessé était mort récemment au village, et ce qu'il était advenu du cadavre. Sur la réponse du paysan, qu'il en mourrait ainsi tous les jours et qu'on les laissait aux confins du village pour que les chacals s'en nourrissent, le praticien a explosé, accusant les villageois de folie ; et d'expliquer que le mal ne pouvait être dû qu'à un vecteur infectieux [*sām nāqi'*, littéralement « poison né d'une fermentation » ; le second mot, qui porte le même radical que le terme arabe désignant les bactéries, mais la construction du mot pourrait aussi bien faire penser à un miasme] qui se multiplie lorsque des cadavres animaux sont laissés à pourrir sans être enterrés. Abū Ibrāhīm termine son propos en lamentant sa propre ignorance et en repochant à l'inspecteur sanitaire de Jaffa de n'être jamais passé par le village et de n'avoir donc pas tenu informée la population. Il ne s'arrête pas là, et conclut à un dysfonctionnement administratif plus systématique ; car, ajoute le paysan, que peut-on espérer au village quand les autorités locales font si peu pour la ville, aux abords de laquelle, sur la route de Jaffa à Jérusalem ou près des grandes propriétés qui la bordent, comme la plantation de la famille française Philibert, le sol est semblablement jonché de cadavres animaux dans l'indifférence administrative la plus complète[1491].

A lire cette lettre, on flaire quelque chose de suspect : ce n'est pas qu'il soit étonnant qu'un paysan de la région lise les journaux, car la politique ottomane de scolarisation incluait la fondation d'écoles rurales réformées[1492], mais le ton d'autoflagellation, plutôt que de colère face à la mort d'un homme, donne au ton soumis de la narration une certaine étrangeté. L'ensemble sent la condescendance plutôt que la douleur ou la revendication, et le doute survient sur la réalité de l'identité du signataire et de l'auteur réel.

En fait, le signataire est une fiction, mais les lettres ne sont pas la projection d'un imaginaire rural par un citadin éduqué de Jaffa, comme on pourrait se l'imaginer à partir des conditions de parution. Derrière Abū Ibrāhīm se cache un auteur juif, M. Meirovitch, habitant la colonie agricole juive de Rishon leZion, à une dizaine de kilimètres de Jaffa[1493]. Sa démarche pose deux questions principales : quel est le sens de la démarche de M. Meirovitch en se faisant passer, dans la presse arabe, pour un paysan autochtone ? Quelle est la fin

1491 [M. Meirovitch,] « Rasâ'il fallâh », n°57, 05/08/1911, pp. 2-3.

1492 Fortna, *Op. cit.*, p. 59 & pp. 98-99 ; Randi Deguilhem, « State education in Syria in the 19th century : a unifying or separating force ? », in Thomas Philipp Birgit Schaeble, *The Syrian land : processes of integration and fragmentation. Bilād al-Šām from the eighteenth to the twentieth century*, Franz Steiner, Stuttgart, 1999, pp. 221-250.

1493 Neville J. Mandel, *The Arabs and Zionism before World War I*, Berkeley / Los Angeles / London, University of California Press, 1976, p. 128, note 52. Je tiens à remercier M. le Professeur Samir Seikaly, de l'Université Américaine de Beyrouth, pour cette référence.

spécifique de cet article ? Pour la première de ces deux interrogrations, nous sommes réduits à des hypothèses. La continuation de la publication de la série, bien au-delà de cette lettre qui en était le cinquième épisode, est un signe que le ton et le contenu en étaient plausibles pour les lecteurs contemporains ; en d'autres termes, l'illusion, sinon de l'identé prétendue d'Abū Ibrāhīm, du moins de l'arabité de l'auteur et son insertion dans le débat politique à l'intérieur de la population autochtone de la région, semble s'être maintenue de parution en parution. L'intervention de publicistes sionistes dans la presse arabe s'inscrit dans les années précédant la Première guerre mondiale dans une stratégie visant à orienter l'opinion publique autochtone en faveur des buts de leur mouvement, ou du moins à désamorcer l'idée que le mouvement national arabe et le sionisme seraient dans une opposition inconciliable autour de la question de Palestine[1494]. Quant à cet article précis, il vise à susciter la mobilisation des pouvoirs publics, et en cela il est à l'unisson avec le point de vue de médecins syriens comme Ḥalabī ; mais la portée du texte de Meirovitch est plus subversive, car c'est l'incurie du personnel administratif compétent en matière sanitaire qu'il a en ligne de mire. Ce qui est certain, c'est que la dissimulation employée est le signe que cet article est écrit avec une idée en tête, et que pour le rédiger, il articule des représentations crédibles, pour une bonne part de son lectorat, sur la paysannerie et l'état sanitaire dans les zones rurales autour de Jaffa.

Moyennant cette explication des conditions de production du document, qui n'est pas écrit par un médecin et ne prétend pas l'être, mais fait intervenir un homme de l'art dans une fiction donnée pour vraie, un homme de l'art, nous pouvons tirer quelques conclusions sur l'aperception du paysage sanitaire local et sur la spécificité des représentations des médecins qui le découvre. La première est que l'étiologie est considérée, une fois de plus, comme un outil d'analyse et de réforme sociales. Le propos d'Abū Ibrāhīm vient appuyer l'idée qu'il y a une demande de pédagogie sanitaire et d'intervention des médecins dans la vie publique à toutes échelles ; ce qui revient à demander une politique plus active de l'administration locale ou, devant le spectacle de son incurie, des initiatives non-officielles pour organiser le contrôle de la santé publique. En résumé, Abū Ibrāhīm demande les services de davantage de médecins et de vétérinaires pour les campagnes. Il serait tentant de prolonger le propos d'Abū Ibrāhīm / Meirovitch en affirmant que la disponibilité des médecins sionistes est sous-entendue ici, et conforme à l'esprit général des « Lettres d'un paysan », mais aucun élément de l'article, qui se limite à dresser un diagnostic d'insalubrité aux environs de Jaffa, ne se prête clairement à une telle interprétation. En revanche, les deux perspectives – sanitaire et sioniste – semblent se rejoindre si l'on considère les apparences de neutralité politique que cachent l'avis du médecin et les récrimination d'Abū Ibrāhīm. L'assentiment du paysan contribue à donner une stature

1494 *Ibid.*, pp. 122-123 & 132.

politique au médecin qui informe la communauté rurale, sans autre affiliation que celle d'un patriote intéressé au bien public. Le discours et le positionnement politique affiché sont similaires à ceux du Dr Ḥalabī, à cette réserve très importante près que nous connaissons, *a posteriori*, les arrière-pensées de l'auteur qui, elles, n'ont rien de consensuel.

En mettant en scène un point de vue autochtone non-professionnel, Meirovitch concourt également à conforter le groupe des médecins dans son sentiment d'autorité. Il décrit une paysannerie réceptive à leurs avis au point de les relayer dans la presse. Ce que cache le miroir que tend Abū Ibrāhīm à la profession médicale en représentant sa propre ignorance, c'est que son acceptation immédiate de l'explication du mal donnée par le médecin n'est en rien évidente, et qu'elle fait l'impasse sur l'emprise des étiologies autochtones.

D – Description mince et hygiénisme : le point de vue d'un médecin occidental

Comparativement, les descriptions que les médecins occidentaux donnent de leur appréhension du pays du point de vue sanitaire sont très générales et plus pauvres. On peut appliquer ici l'opposition que Clifford Geertz a établi entre « description mince » et « description épaisse », dans la mesure où l'environnement sanitaire dans lequel vit une population est toujours socialisé en quelque façon. On peut alors considérer l'occupation de l'espace, l'entretien de l'habitat, les pratiques propitiatoires ou prophylactiques qu'y emploient les gens et les rapports tant à la santé qu'à la maladie comme des faits non seulement sociaux, mais objets d'une rémanence et d'une transmission, partant culturels. Par conséquent, il est légitime d'appliquer à une variété de descriptions d'un même environnement sanitaire, ou d'un même type d'environnement, la distinction citée plus haut, et selon laquelle la « description mince » se contente de rapporter un fait culturel sans exhiber sa dimension culturelle ou en l'effleurant à peine, tandis que la « description épaisse » comporte un effort explicatif dans ce sens, et porte en elle une compréhension de toutes les nuances possibles dans la distinction des interprétations d'un même fait brut[1495]. Comme un tel fait n'existe pas, et qu'il y a déjà, du côté de l'observateur, une dimension socio-culturelle dans la perception des phénomènes, la description riche se distingue de la description mince par sa capacité à réfléchir aussi sur l'appréhension des faits. Le Dr Arab nous donne par exemple à la fois des indices sur les pratiques médicales qu'il décrit et sur les effets recherchés, ainsi que sur son propre outillage

1495 Clifford Geertz, *The Interpretation of cultures*, New York, Basic Books, 1973, pp. 3-30.

conceptuel lorsqu'il évoque les risques encourus dans ses visites à domicile. Les médecins du pays sont plus enclins à assortir leur vindicte à l'encontre de l'administration et des pratiques culturelles locales, d'un exposé plus fouillé des conditions de vie et des croyances. La plupart des descriptions que des médecins européens font de l'état sanitaire trouvé à leur arrivée dans le pays sont sommaires, plus allusives encore que celle du Dr Arab. Elles sont stéréotypées, très peu analytiques et, tout au plus, réhaussées d'anecdotes venant confirmer le diagnostic général d'insalubrité.

Considérons par exemple la description que donne le Dr Auguste Blind, médecin français qui fait un tour de deux mois au Proche-Orient en 1912, dont il tire un récit organisé autour de ses étapes, « en Palestine », « en Syrie » et « en Egypte ». Son récit, qui se veut le point de vue d'un médecin sur « l'Orient », alterne des observations topographiques, botaniques, étiologiques et statistiques sur la morbidité. Toutefois, elles sont déconnectées de la description de l'environnement sanitaire et des pratiques de santé, à l'exception du paludisme pour la présence endémique duquel Blind suggère une explication quasi-monocausale, à savoir la fiscalité turque qui pèse sur les plantations d'arbres et encourage le déboisement au point de permettre l'extension de foyers paludéens[1496]. Ces considérations, qui contrastent avec l'éloge des couvents et des colonies agricoles tant allemandes que juives, qui tous s'entourent de plantations d'arbres et concourent à assainir la région, sentent le discours régurgité – et révèlent probablement les opinions du Dr Drouillard, qui accompagne Blind tout autour de Jérusalem.

Au reste, ce dernier évoque l'insalubrité des villes et des maisons du Proche-Orient sur le même ton hygiéniste que les médecins syriens déjà évoqués ; mais du fait qu'il applique aux maisons du menu peuple beyrouthin une description moins riche, mais très similaire sur le fond à celle de Bethléem par le Dr Arab, la comparaison que nous avons entreprise depuis tout à l'heure prend ici plus de profondeur. Selon leurs origines, les médecins manifestent une acuité plus ou moins grande pour distinguer des degrés de manque d'hygiène. Blind n'a ainsi pas été impressionné par l'attention portée par les habitants de Beyrouth à leur hygiène, sauf dans le cas des maisons de la bourgeoisie occidentalisée de la ville, dont celle de la famille du Dr Arab[1497]. La description que ce dernier fait des maisons de Bethléem comporte aussi une dimension sociologique : Arab vient d'une famille pour laquelle l'ordre domestique, et notamment l'hygiène des personnes et des lieux, est un élément de distinction et de statut sociaux.

1496 Auguste Blind, *L'Orient vu par un médecin. Egypte, Palestine, Syrie*, coll. « Bibliothèque internationales de l'A.P.M. », Paris, Imprimerie spéciale de « Scientifica », revue officielle de l'APM, 1913, p. 31.
1497 *Ibid.*, pp. 58-59.

L'évolutionnisme inhérent à l'idée de santé publique comme politique semble être la chose du monde la mieux partagée ; mais son sens varie en fonction du point de vue des médecins, et en définitive de leur origine. Pour un médecin du pays, l'étiologie apprise en faculté fournit des ressources analytiques qui viennent asseoir son autorité dans une variété de domaines tombés dans le registre du sanitaire et du pathogène, et nourrir un discours tourné vers la mobilisation et l'action publiques. Pour un confrère originaire d'une autre région de la Syrie, il est possible de faire ressortir un ensemble de différences culturelles et sanitaires, afin d'adopter une position d'extériorité. Toutes ces différences et leur substrat culturel sont largement invisibles, du moins de prime abord, pour les médecins occidentaux installés dans le pays. Toutefois, il ne suffit pas de résumer la différence entre les styles descriptifs des uns et des autres groupes de médecins à un gradient de généralité ou de détail correspondant à l'origine géographique ; l'origine locale induit une sensibilité plus grande aux étiologies vernaculaires, et les praticiens du pays, même s'ils rejettent ces systèmes explicatifs comme non-scientifiques, sont mieux armés pour faire face aux résistances que rencontre la médecine occidentale qu'ils pratiquent. Toutefois, celles-ci ne se résument pas, loin de là, à des oppositions de systèmes médicaux et des divergences quant à l'explication des maladies. Pour les médecins, la connaissance des étiologies vernaculaires facilite les relations avec les patients, et contribue ainsi à rendre l'insertion locale plus aisée.

II – L'insertion professionnelle dans un champ médical local

Les médecins ne s'insèrent pas dans un néant professionnel ; ils doivent trouver leur place dans le paysage médical. Deux caractéristiques professionnelles principales structurent l'insertion des médecins diplômés. La première est que le terrain en question, le sud du bilād al-Šām, est peu propice en lui-même à la réalisation de leurs ambitions, en raison des difficultés relatives à trouver une clientèle suffisante. La seconde, qui vient compléter la première, est un rappel du premier chapitre de ce travail : à savoir qu'en s'installant dans la région, on n'arrive pas dans un néant médical, que ce soit en 1918 ou avant 1871. Toutefois, entre ces deux dates, la concurrence se renforce, y compris entre médecins diplômés.

A – Le marché médical reconfiguré par l'arrivée des médecins diplômés

A partir de la fin des années 1880, l'arrivée de médecins diplômés dans une localité est susceptible d'y entraîner une reconfiguration immédiate du champ médical en confrontant ceux-ci, qui ont pour eux le monopole de l'exercice légal de la médecine, et le reste des praticiens locaux. Cette division structurelle du champ médical, dont nous avons déjà dit qu'elle souffrait des exceptions, crée des difficultés pour les médecins diplômés issus des facultés étrangères de Beyrouth, et pour leurs confrères occidentaux à partir de la fin des années 1880. Ceux qui travaillent pour des institutions étrangères se trouvent dans une obligation toute particulière de faire valider leurs diplômes dans la capitale ottomane, pour des raisons politiques, afin d'éviter des difficultés vis-à-vis des autorités, que celles-ci agissent de leur propre chef, ou qu'elles soient motivées par les plaintes de concurrents[1498]. Toutefois, cette situation n'est pas généralisable à tous les praticiens.

Les besoins tendent à rendre moins rigide la distinction entre praticiens diplômés et non-diplômés. Ainsi le Dr Jaffe, qui occupe en 1901 les fonctions de médecin-chef de l'hôpital juif de Jaffa, emploie un pharmacien non-diplômé du nom de Lapin, à qui il délègue également des tâches diverses de « médecine pratique », telles que premiers secours dans les cas graves, pansements, « traitement des symptômes des maladies du pays, des fièvres et des yeux en particulier »[1499]. La ligne de partage est nettement plus floue à l'intérieur des institutions que pour les médecins qui représentent ces dernières. Elle contribue en revanche à structurer le marché médical, dont le fonctionnement est très segmenté selon les localités, et fonctionne à Jérusalem selon des principes hors du commun.

Nous avons dit combien était inégale la distribution géographique des médecins diplômés dans le sud du bilād al-Šām. Dans la plupart des localités, les institutions médicales s'accaparent, quand elles existent, une large part de la clientèle qui fréquente les médecins diplômés, laquelle est loin de représenter l'ensemble des patients. La concurrence entre médecins diplômés n'est pas le trait dominant du marché médical, car ces derniers sont tout au plus deux à trois installés en même temps dans une même ville ou bourgade, au milieu d'une variété de métiers médicaux traditionnels. A Jérusalem dès les années 1870, et sans doute, dans une moindre mesure, à Jaffa et à Bethléem dans les années 1900, les effectifs médicaux, très supérieurs en concentration au reste de la région, rendent la situation bien différente. Les Consuls de France à Jérusalem de l'époque, à chaque fois qu'ils sont approchés par des

1498 CMS G 3 P/O 1889/74, minutes du comité des finances de la mission de Palestine de la CMS, Jérusalem, 13-14/03/1889.
1499 CZA A 31/4, de Jaffe à Levy, s.d. [1901].

médecins ou pharmaciens français désireux de savoir s'il y a moyen de faire carrière dans la Ville sainte, répondent invariablement que le marché médical est saturé. Les consultations gratuites données dans les hôpitaux et dispensaires rendent douteuse la viabilité économique de la profession médicale, mais le nombre des praticiens ne cesse cependant d'augmenter, plus rapidement que la population, pour autant qu'on puisse se faire une idée de l'augmentation du nombre d'habitants de Jérusalem sur la période[1500]. Le Dr Blind fait le même diagnostic, et il est clair que les effets de l'abondance des effectifs médicaux lui apparaît avoir des effets néfastes sur l'attitude des médecins vis-à-vis de leurs patients:

> « A l'encontre de ce qui se passe ailleurs, ce n'est pas le malade qui court après les soins à Jérusalem, c'est celui qui les donne qui court après le malade. De nombreux couvents ont comme but de soigner les malades, et comme toutes les confessions et toutes les nations savent que la guérison des malades est un des meilleurs moyens pour se mettre en rapport avec l'élément indigène et pour l'attirer sous son influence, qu'elle soit religieuse, nationale ou commerciale, il existe une concurrence considérable, non seulement entre les différents pays, mais aussi entre les différentes religions et sectes religieuses. Si un médecin catholique ne veut pas acquiescer à un caprice de malade, celui-ci a vite fait de le menacer d'aller se faire soigner par les protestants ; si une religieuse française résiste à une exigence d'un hospitalisé, celui-ci n'hésitera pas à lui vanter les prévenances des religieuses allemandes, russes ou américaines! De la sorte, on en arrive à être à l'affût du malade, et de mettre tout en oeuvre pour le retenir. Heureusement qu'on n'en est pas encore aux procédés des cliniques d'accidents de travail de Paris[1501] ! »

Il est bien sûr possible de rendre compte de ces avis par l'intérêt des Consuls à éviter la multiplication de médecins français en pratique privée comme alternative aux institutions hospitalières nationales, et pour le Dr Blind, par la crainte obsessionnelle des sureffectifs médicaux qui prévaut au sein du monde médical français. Néanmoins, ces observations concordent avec ce que nous avons observé plus haut sur la tendance générale des médecins installés à Jérusalem à suivre la pente thérapeutique qui correspond aux attentes de leurs patients. Non seulement le nombre de médecins présents dans la Ville sainte accroît l'élasticité de la demande de soins ; mais en outre, cette situation hyperconcurrentielle est le résultat des investissements des différents Etats impliqués à Jérusalem, l'Etat central ottoman comme les puissances européennes qui.

1500 MAE Nantes, Jérusalem, E, 34, de Ledoulx au Dr Osmout, de Jérusalem, 10/11/1885 ; de Ledoulx à A. Grosjean, de Jérusalem, 22/09/1888 ; de Ledoulx à Mingaud et Lamiston, de Jérusalem, 26/09/1891 ; de Ledoulx à Bastian, de Jérusalem, 15/11/1892 ; de Ledoulx à Ricardon, de Jérusalem, 14/01/1893 ; MAE Nantes, Jérusalem, E, 36, d'Auzépy à l'Office National du Commerce Extérieur, de Jérusalem, 01/06/1899.

1501 Blind, *Op. cit.*, pp. 27-28.

B – Se faire une clientèle

La nécessité pour les médecins nouveaux arrivants d'obtenir la faveur de l'administration locale et des notables de la région prévaut partout, et à Jérusalem plus qu'ailleurs. L'expérience des médecins étrangers, qui prennent la peine, dans leurs écrits et leurs publications, de préciser les démarches par lesquelles ils assurent leur position, est éclairante, puisqu'ils arrivent sans liens locaux préalables, et tâtonnent généralement avant de réussir à imposer, par leurs actions et leurs amis ou alliés, leur présence au sein du champ médical local. Si l'on met à part le poids de la chance – la nouvelle, bien relayée, d'une guérison spectaculaire, établit un médecin, tandis qu'un décès peut bloquer sa carrière sur place –, les médecins qui réussissent le mieux sont ceux qui adoptent et assument un comportement d'autorité et de notable.

Dans cette perspective, il convient de pratiquer la médecine selon des critères économiques sélectifs. Nous avons vu que le Dr Mazaraky faisait payer ses services bien plus cher que ses concurrents, et de fait les honoraires élévés font partie des moyens d'asseoir une clientèle. C'est un problème structurel pour les institutions religieuses chrétiennes, qui adoptent toutes, soit le principe de la gratuité, soit celui de frais symboliques. Cette dimension caritative joue plutôt en leur défaveur, en leur aliénant souvent des patients aisés, et à leur suite, d'autres qui imitent l'attitude et les modes de consommation des notables. Environ deux ans après son arrivée à Acre, le Dr John Cropper, médecin missionnaire de la CMS, est ainsi pris à parti sur le chemin du retour par deux habitants du village où il vient de se rendre pour effectuer une opération chirurgicale. Les deux hommes lui demandent : « Combien pour vous ? », ce que leur allure l'empêche d'interpréter comme une tentative de vol, et qui n'est en fait que curiosité sur le montant demandé à la famille. A peine a-t-il répondu « un médjidieh », soit quatre francs de l'époque, qu'ils éclatent de rire et lui conseillent à l'avenir de demander plutôt « deux napoléons », soit dix fois plus[1502]. La médecine occidentale à domicile est conçue comme une médecine très élitiste et comme une activité économique à part entière, à rebours de la médecine caritative des dispensaires et des hôpitaux. Le cas du Dr Mazaraky montre même que, là où la gratuité des soins prévaut, comme à Jérusalem, le fait de demander des honoraires particulièrement élevés est un atout. Là et, tendantiellement, dans le reste de la région, le marché est duel, avec un secteur institutionnel de nature caritative et un autre, privé, de nature sélective, qui joue notamment sur le souci de respectabilité des notables.

Le souci d'obtenir le soutien des élites locales traverse en fait ces deux secteurs, mais

1502 John Cropper, « Operation cases at Acca », in *Mercy and truth*, n°16, 04/1898, pp. 87-88.

avec un inégal bonheur. Le Dr Henry, médecin de l'hôpital français de Bethléem de 1909 à 1914 puis à nouveau à partir de 1918, fournit un exemple notable d'installation réussie de ce point de vue. Son succès doit beaucoup au hasard : le paquebot qui l'amène à Jaffa à la mi-novembre 1909 transporte un notable de Bethléem ; les deux hommes font ainsi connaissance et arrivent par le même train à la gare de Jérusalem, où une centaine de bethléémites se sont réunis pour accueillir leur compatriote. C'est l'occasion pour le Dr Henry d'être présenté sous un jour favorable, et le côté liant du médecin lui permet de fait d'asseoir rapidement sa réputation[1503]. Les réunions d'anciens élèves, les fêtes religieuses et nationales ou la presse constituent d'autres moyens de se faire connaître au moment de s'installer dans le pays : le journal *Filasṭīn* annonce le nom des diplômés des facultés de Beyrouth dans ses colonnes[1504], et publie également les témoignages de patients satisfaits : le dentiste Braun fait ainsi l'éloge du Dr Kantorowicz, de Jaffa, qui a facilité l'accouchement de sa femme en lui faisant une injection anesthésiante[1505]. Derrière les remerciements, la publicité est à peine déguisée pour une technique médicale et le médecin local qui la met en pratique. Du même coup, Kantorowicz reçoit un soutien d'une valeur toute particulière, puisque Braun appartient également aux professions médicales. Plus encore que l'appui des notables locaux, celui des dentistes, des pharmaciens et des autres médecins, susceptibles de renvoyer de la clientèle, est important pour les nouveaux arrivants. C'est là l'envers des infortunes du Dr Drouillard : sur un marché médical très concurrentiel, il faut savoir déployer des talents d'homme du monde et montrer des égards pour ses confrères.

Les raisons qui poussent les médecins à se concilier les faveurs de l'administration locale sont plus prosaïques. C'est à elle qu'il appartient de décider, par exemple, de la licéité d'acquisitions de terrains et du caractère utile de la création d'hôpitaux, et c'est également elle qui contrôle sur place la validité des diplômes. Selon les relations que les médecins diplômés peuvent entretenir avec les fonctionnaires ottomans locaux, l'attitude de ces derniers peut aller de la surveillance tatillonne à la bienveillance et même à un effort remarquable pour fermer les yeux sur les activités des institutions médicales. Néanmoins, comme le Dr Cropper le constate à son arrivée à Acre, une méfiance de nature politique prévaut. Lors d'une visite de repérage en ville, avant même qu'il ne se soit installé, il est l'objet d'une visite de deux policiers qui, sans faire beaucoup de façon, lui demandent de coucher par écrit la raison de sa présence. Sur sa réponse, selon laquelle il compte exercer la médecine en ville et dans les villages avoisinants, le gouverneur du *sanjak* le suspecte d'espionnage ; et ce n'est qu'aux dons

1503 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 27/11/1909.
1504 « *Damm jadīd* » [Du sang neuf], in *Filasṭīn*, n°53, 22/07/1911, p. 3.
1505 « *Šahādah* » [Témoignage], in *Filasṭīn*, n°61, 19/08/1911, p. 3.

de persuasion d'un collègue missionnaire que Cropper doit de se voir autorisé à s'installer pour pratiquer la médecine[1506]. Bien souvent, c'est par des soins gratuits que les médecins étrangers se concilient les autorités tant administratives que religieuses ; mais à leur suite, toute une classe de gens respectables suit le mouvement et vient consulter le médecin.

III – L'image du praticien

Une conséquence de ces difficultés au moment de l'entrée sur le marché médical local est que l'image du médecin est quelque chose qui se travaille.

A – La projection de soi

Ce travail de projection d'une image sociale est très visible sur les images et photographies qui mettent en situation les médecins diplômés dans la société où ils évoluent : au dispensaire, dans les rues marchandes, en groupe, au repos, les praticiens renvoient par le jeu des circonstances représentées, de leur allure et du vêtement, des significations multiples. Un décryptage rapide permet de voir que les médecins diplômés, de quelque origine qu'ils soient, adoptent tous une allure occidentale qui les classe et les singularise. L'indigénisation des pratiques n'a pas sa place dans l'apparence extérieure des médecins ; leur image, celle de leur collègues et employés, ainsi que celle des institutions où ils travaillent portent une marque de respectabilité et un caractère très uniforme.

En guise d'indice de la construction de l'image professionnelle du monde médical, nous avons réuni une documentation iconographique et photographique qui montrent des médecins diplômés en portrait ou en situation[1507]. Une partie significative des clichés est postérieure à 1918, mais ces données ultérieures nous permettent de représenter ce que tendent à devenir ces hommes. Passant en revue ces différents dessins et clichés, nous avons construit l'hypothèse suivante : la position économique qu'occupent les médecins les conduit à formater l'image publique qu'ils renvoient d'eux-mêmes. Les portraits – et ce serait vrai aussi

1506 John Cropper, « Three years of the Acca mission », in *Mercy and truth*, n°31, 07/1899, pp. 170-173.

1507 Nous avons réuni dans l'annexe D une documentation photographique sur les médecins. Nous y renvoyons le lecteur pour chacune des photographies auxquelles il sera fait référence ci-après.

des scène de famille également – ne sont pas destinés à faire connaître les médecins auprès de leurs clients, mais ils servent la carrière des praticiens au second degré. Dans la presse caritative religieuse, les médaillons représentant tel ou tel médecin et les photographies où les traits se distinguent bien permettent d'éviter, chez les donateurs, le sentiment défavorable que les institutions médicales pour le bénéfice desquelles on demande leur contribution sont une réalité désincarnée : c'est une des caractéristiques de ce que Luc Boltanski appelle la « topique du sentiment », comme forme de réaction à une souffrance lointaine et relayée par des médias, que de requérir un point d'application, une représentation des personnes souffrantes et de l'effort caritatif. Sans image ni description frappante, la sentimentalité empathique est vaine ; et si l'image donnée, celle en particulier du travailleur humanitaire, est en décalage avec l'inspiration morale, voire moralisante, qui inspire le donateur, cette topique risque d'être déjouée[1508]. Dès lors, l'apparence et la pose adoptée sur ces clichés, qui signifient un supplément potentiel de dons, sont l'objet d'un soin particulier.

Le conformisme est de règle en raison même des circonstances qui donnent lieu à la représentation visuelle des médecins, puisqu'il s'agit le plus souvent d'images à finalité institutionnelle, destinées notamment à illustrer des publications. Le prisme photographique est immédiatement sociologique, qui limite les registres possibles de projection d'une image individuelle à des situations répondant aux besoins d'illustration, et à des critères convenus d'apparence et de vêtement. Toutefois, dans ces limites, les médecins ont une marge de choix de l'image qu'ils vont donner d'eux-mêmes, pourvu bien sûr qu'ils soient d'allure présentable et respectable.

Moyennant ces remarques préliminaires, la documentation iconographique et photographique indique des tendances dominantes. L'appartenance à la profession médicale a une traduction privilégiée dans l'ordre des apparences : celle du costume deux-pièces à l'occidentale, généralement avec cravate et les variations induites par les modes. Lors même que les médecins sont photographiés en blouse blanche dans l'exercice de leur art, la tenue à l'européenne portée en dessous se devine[1509].

A l'intérieur de ces normes, des différences entre médecins occidentaux et médecins autochtones apparaissent. Ces derniers peuvent porter le tarbouche, comme renvoi à leur origine culturelle, ottomane ou proche-orientale[1510], ou pas[1511] ; c'est affaire de contexte. Les deux clichés représentant le Dr Qaysar Khoury, qui arbore ce couvre-chef sur l'un, et une *kuffiyyah* tenue par un *'aqqāl* sur l'autre, qui date de la fin des années 1930, montrent

1508 Boltanski, *Op. cit.*, Paris, Métailié, 1993, pp. 117-141.
1509 Cf illustration n°9, annexe D.
1510 Illustrations n°2, 17 et 28, Annexe D.
1511 Illustrations n°7, 16, 18 à 21, et 27, Annexe D.

l'évolution des circonstances politiques en Palestine et l'adaptation du médecin à celles-ci. Le tarbouche est assimilé à la bourgeoisie urbaine, et une des conséquences sociologiques les plus visibles de la révolte arabe des années 1936-1939, a été le port de la *kuffiyyah* comme symbole patriotique par les notables arabes palestiniens des villes, sous la pression des paysans. Si l'on compare des clichés datant d'avant 1914, par exemple des photographies de remise des diplômes[1512], à ceux d'après 1918, qui constituent le gros de notre documentation visuelles sur les médecins autochtones, on a le sentiment que le tarbouche est sur le déclin et que ce couvre-chef, lui-même le résultat d'une occidentalisation des apparences dans le monde ottoman au dix-neuvième siècle[1513], est progressivement remplacé par une tenue rigoureusement occidentale, avec port d'un chapeau mou le cas échéant[1514].

Les médecins donnent d'eux-mêmes une image délibérément occidentalisée. La seule photographie de femme que nous ayons trouvée, celle du Dr Marian Wilson à cheval dans la région d'Hébron, confirme cette tendance, et semble indiquer que les tournées entreprises dans les villages des environs étaient faites, sinon en costume, du moins en une tenue de chasse très occidentale[1515]. Tout cela, et à l'occasion les clichés en tenue de gala ou d'apparat[1516], contribue à l'identification des médecins à des fonctions de représentation, à un mode de vie et à un statut social bourgeois. Le fait qu'il en aille de même d'une institution à une autre, d'une ville à une autre, incline à penser que les patients s'attendent également à ce que les praticiens de la médecine occidentale cultivent cette image.

Dans cette mesure, l'unique photographie d'un médecin du reste britannique, le Dr Torrance, en une tenue d'Arabe digne de T.E. Lawrence, avec *kuffiyyah*, *'aqqāl*, *zinār* [large ceinture] dans laquelle est enfoncé un poignard, a un air exotique et même parodique[1517]. L'heure n'est pas à l'indigénisation des apparences, mais au contraire au soin tatillon de cultiver sa différence. Cette critique, portée bien souvent contre les officiers britanniques du mandat, vaut bien de leurs précurseurs médecins prenant le thé de cinq heures dans la véranda de l'hôpital[1518].

Les médecins ottomans répugnent à arborer la blouse blanche, sauf exception ; est-ce le signe de cette répugnance à l'égard de l'organique, du travail sur les corps, que nous avons

1512 Cf annexe B.
1513 Dr E.W.G. Masterman, « Dress and personal adornment in modern Palestine », in *The Biblical world*, Vol. 18, n°3, 09/1901, p. 173 ; cf aussi Selim Deringil, « The invention of tradition as public image in the late Ottoman Empire, 1808 to 1908 », in *Comparative studies in society and history*, 01/1993, vol. 35, n°1, pp. 8-9.
1514 Illustration n°21, Annexe D.
1515 Illustration n°15, Annexe D.
1516 Illustrations n°5 et 17, Annexe D.
1517 Illustrations n°14, Annexe D.
1518 Illustration n°10, Annexe D.

évoquée au chapitre 4 ? Répondre serait hasardeux. Pour un Dr Canaan photographié pendant qu'il traite un enfant lépreux et qui, au dessus d'un bassin, ne présente aucune inhibition visible à l'égard de sa tâche[1519], on trouve un Dr Arankī en costume à côté de son confrère et supérieur, le Révérend Dr Robert Sterling, en tenue de *clergyman* sous sa blouse blanche[1520] et un Dr Kātibah, ce dernier dans une pose assez hiératique[1521], qui se tiennent parmi leurs malades sans blouse ni rien qui suggère leur métier. Le contraste est saisissant quand on compare les photos de médecins autochtones dans leur environnement de travail et celle des chirurgiens militaires du DFPS, tous en blouses blanches et bonnet, bras mi-nus, mi-fanfarons mi-bouchers, donnant l'impression que le cliché a été pris de façon impromptue[1522]. Il est vrai que dans ce dernier cas, notre source est un rapport qui n'est en rien destiné à être publié, mais d'une manière générale les images des temps de guerre montrent un personnel médical à l'allure moins empesée.

A travers ces quelques photos, il nous semble que les médecins ottomans cherchent à s'assurer une image non pas socioprofessionnelle, alliant le statut à la représentation du métier, mais propre à un groupe social, uni par le statut et les symboles de leur éducation. Il y a chez les médecins ottomans installés dans le bilād al-Šām quelque chose des cadres décrits par Luc Boltanski : ils cherchent à exister collectivement, comme un groupe reconnu, à travers un jeu de formes et d'apparences[1523]. Aussi cultivent-ils leurs titres, qui rappellent le diplôme qu'ils ont obtenus, et les épithètes laudateurs qui les suivent : on parle généralement dans la presse d'« *al-Duktūr al-niṭāsī* »[1524] [Le très habile Dr] ou d'« *Al-Duktūr al-bāri''* »[1525] [l'excellent Dr]. Le diplôme et le costume sont d'autres éléments formels qui caractérisent le groupe social, non par la position économique réelle de ses membres, mais par des choix d'apparences – et donc des comportements de consommation – tournés vers l'Occident. L'uniformité de style de vêtement a quelque chose de surprenant, dans le cas des médecins européens, car ces derniers, lâchant de meilleures perspectives économiques en Europe, ont un profil de carrière assez aventureux.

Les médecins sont surtout représentés dans une situation de relation avec les patients, que les soins soient mis en scène[1526] ou que le cliché soit au contraire construit pour maintenir

1519 Illustration n°27, Annexe D.
1520 Illustration n°7, Annexe D.
1521 Illustration n°28, Annexe D.
1522 Illustration n°12, Annexe D.
1523 Luc Boltanski, *Les Cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Les Editions de Minuit, 1982, pp. 476-480.
1524 *Al-Ṭabīb*, 01/09/1898, p. 120 ; 01/04/1900, p. 336.
1525 *Al-Ṭabīb*, 01/12/1898, p. 208 ; 01/10/1901, p. 158.
1526 Illustrations n°27, 30 et31, Annexe D.

une distance entre le praticien et ses patients[1527]. Cette relation au malade est contextualisée en fonction du type de soins prodigués : les soins ambulatoires, au milieu souvent d'une foule de patients que le photographe peut disposer ou ordonner à loisir[1528], se prêtent à des angles plus larges et plus variés que les clichés en salle de malades et, *a fortiori*, en salle d'opération. Ces derniers font surtout ressortir l'organisation des lieux et le fait que le chirurgien appartient à une équipe[1529]. Dans l'un des clichés de ce genre dont nous disposons[1530], deux hommes, l'un au centre de l'image et l'autre en face de lui par rapport à la table d'opération, sont recouverts de bonnets très couvrants qui les différencient des assistants et des infirmières ; ceci suggère que le chirurgien de l'hôpital allemand des diaconesses a fait venir, pour l'occasion, un confrère, que cette invitation valorise. L'effet obtenu est celui d'une impression de professionnalisme.

Si nous nous attardons en revanche sur deux images – un dessin et une photographie – représentant l'accueil des patients en consultation, le fait visuel le plus significatif est que l'image est conçue afin de donner le sentiment d'un fonctionnement relationnel à plusieurs niveaux. Toutes deux ont en commun d'être des représentations d'institutions missionnaires britanniques – l'une, de la LJS à Jérusalem et l'autre, de la CMS à Naplouse. Ce fait informe le fonctionnement de la consultation, puisque dans les deux cas, elle a lieu en public, devant les autres patients en train d'attendre. Des deux, l'accueil des patients du Dr Wheeler[1531] est la représentation la plus construite, puisque le témoin qui compose le dessin y est invisible, et l'image est reconstruite en conformité à ce qu'est supposé être le déroulement ordinaire de ces consultations. Au premier plan, le Dr Wheeler, en train de rédiger une ordonnance, a les yeux rivés sur sa plume tandis que le patient, vêtu de foulards qui semblent avoir connu de meilleurs jours, se tient le crâne tout en scrutant d'un air tendu l'expression du médecin. Toujours au premier plan, une infirmière pimpante tient le registre. Ni Wheeler, ni elle ne regardent le malade, qui, lui, reporte toute son attention sur le médecin. Au second plan, les regards convergent vers la scène qui se joue à la table de consultation. La représentation des patients en train d'attendre à la porte de la pièce, debout, remplis d'impatience, est l'occasion pour le dessinateur de croquer des types : avec leurs longues barbes blanches et chapeaux de fourrure, ils ont pour la plupart une allure de juifs d'Europe orientale, qui constituent la population spécifiquement visée par la LJS.

Le cliché représentant le Dr Wright en consultation à la mission médicale de la CMS à

1527 Illustrations n°26 et 28, Annexe D.
1528 Illustrations n°26, Annexe D.
1529 Illustrations n°30 et 31, Annexe D.
1530 Illustration n°30, Annexe D.
1531 Illustration n°25, Annexe D.

Naplouse produit un effet légèrement différent[1532]. En premier lieu, la scène n'est pas vue de derrière le médecin en direction des patients, comme c'est le cas de la consultation du Dr Wheeler ; mais elle est prise de côté par rapport au médecin. En outre, la pièce offre aux malades des chaises. Enfin, on n'a pas des malades des deux sexes, comme sur le dessin, mais seulement des femmes, certaines avec leurs enfants, en présence d'un médecin et d'un employé hommes – ce dernier se tenant derrière les patientes, au plan le plus reculé de l'image. Le passage de Jérusalem à Naplouse et d'une mission tournée vers les juifs à une autre dont la plupart des contacts sont musulmans, se traduit par un changement visuel des rapports de genre, qui correspond au système de journées de consultation pour les femmes. Certains regards, notamment celui que jette au photographe la patiente située le plus à droite de l'image, sont du reste méfiants, ce que le dessin pouvait effacer, mais qui sert de révélateur fortuit de l'état d'esprit de l'assistance. La forme de la consultation s'adapte aux exigences de la patientèle sur le plan moral ; mais il faut ajouter que la division des genres est assez générale dans les institutions médicales du pays. La division entre jours pour les hommes et jours pour les femmes est systématique pour les missions médicales de la CMS dans la région, parmi d'autres habitudes prises afin de faciliter les rapports avec les patients. De fait, la consultation apparaît mieux organisée que celle de Jérusalem.

Elle ne semble pas plus marquée par une plus grande proximité du médecin à l'égard du patient pour autant. Le médecin ne regarde pas la patiente – qui visiblement est la femme qui lui fait face et qu'on voit de côté, à gauche de l'image – mais écrit imperturbablement une ordonnance. La respectueuse distance entre le médecin et ses patientes s'explique par la différence de genre, qui incite celles-ci à faire un large cercle autour du médecin de sexe masculin. Les visages sont moins marqués par la tension qu'une certaine lassitude, imputable à la maladie. L'espoir fébrile, mêlé de crainte, que suscitait la consultation du Dr Wheeler chez ses patients a disparu ici, comme un témoignage de la forte codification des relations entre médecin et patients.

B – Réception et réputation

Nous avons entr'aperçu ici et là des indices de cette codification : elle touche à la fois à l'attitude sociale des médecins, à la thérapeutique et à la moralité – entendue autant sur le plan de l'honnêteté professionnelle et commerciale qu'en matière sexuelle. Ce dernier aspect est un ressort récurrent lorsque des accusations sont échangées, qui révèlent des différents

1532 Illustration n°24, Annexe D.

professionnels ; il convient donc de ne pas accorder à chaque fois trop d'importance au fond de la question, mais d'énoncer les normes que, de grief public en rumeur, la vindicte publique rappelle. L'étude des scandales nous permettra de cerner quelques uns des éléments d'une mauvaise réputation médicale.

Une première affaire de ce genre éclate entre le Dr Ilyās Sābā et son pharmacien, tous deux employés de la mission médicale de la CMS à Salt. Le premier est accusé par le second d'avoir pratiqué la sodomie avec le garçon qui lui sert de *factotum* ; inversement, le médecin accuse son employé d'adultère. Le missionnaire Frederick Connor, envoyé pour enquêter sur l'affaire pour la CMS, tire des conclusions ambiguës. Il innocente le pharmacien de l'accusation d'adultère, mais lui impute le fait d'avoir écouté, avec un plaisir apparent, une conversation licencieuse et d'avoir attaqué physiquement le Dr Sābā. L'accusation portée contre ce dernier tient à ce que le pharmacien, appelé de nuit chez le médecin, a trouvé le *groom* dormant dans la même pièce. Connor, qui a pu observer la même chose lors de son enquête, s'enquiert auprès d'habitants de Salt et du Révérend Fallscheer, installé à Naplouse, de la portée culturelle et morale de laisser un homme et un garçon sans lien de famille dormir dans la même pièce : la condamnation est unanime, et la présomption de pratiques pédophiles est très forte. Face à ces normes, Connor applique celles de la société missionnaire qui l'emploie : il fait valoir que Sābā a été fortement recommandé par le SPC pour son zèle et sa foi, et que c'est un homme laborieux et méritant, qui épargne sur son salaire pour porter assistance à sa mère invalide. Surtout, le coup porté par l'admission de la validité d'une telle accusation serait terrible pour la mission protestante, car peu de temps auparavant, le Dr Ibrāhīm Salībī a dû être licencié après avoir été surpris en flagrant délit d'adultère[1533].

Deux normes sont ici imbriquées. La première est celle des codes de comportement dans toute situation susceptible de donner occasion à une accusation de crime sexuel, qui sont très élaborés et très stricts. La position de médecin missionnaire, amené à examiner le corps féminin, à tout le moins à converser régulièrement dans ce qui pourrait être vu comme une forme de promiscuité par les habitants de la région, produit constamment des occasions, moins de transgresser les interdits sexuels (la présence d'un gardien, comme dans le cabinet de consultation du Dr Wright, est la norme), que de faire jaser. Les médecins missionnaires sont particulièrement vulnérables aux accusations scandaleuse. La pratique de la médecine occidentale en est rendue problématique, parce que le colloque singulier entre le médecin et le patient, ou surtout la patiente, est impensable. Comme on vient de le voir, la consultation devient un entretien en vis-à-vis, mais parfaitement public.

Second corps de norme, les conditions mises au logement des célibataires pèsent sur

1533 CMS G 3 P/O 1886/248, de F. Connor à Lang, de Naplouse, 27/10/1886.

les modalités d'installation du Dr Sābā et de ses collègues. Cette situation est d'autant plus difficile à gérer que Salt est relativement à l'écart, hors d'un contrôle missionnaire étroit mais aussi des moyens que donne la présence d'une mission importante. Comme ces médecins autochtones sont célibataires et réputés connaître les codes moraux du pays, et certainement bien mieux que les employés européens qui les supervisent, ils sont toujours susceptibles non seulement de tentations qui terniraient l'image de la mission, mais aussi ne pas trouver à se loger. Un problème similaire, mais en des termes plus rigoureux encore, se pose pour embaucher des infirmière autochtones. Les employés du pays, qui sont une nécessité pour les institutions étrangères en raison de leur bagage culturel et linguistique, sont déstabilisés par ce jeu de normes jusqu'au moment où ils se marient, ou réussissent à affirmer leur légitimité professionnelle.

Sur le plan des normes dans la pratique médicale, l'affaire du renvoi du Dr Arab recèle des informations précieuses. La décision de la Mère Mayaud de licencier le médecin de son hôpital, en avril 1909, est présentée par cette dernière comme une réponse à une baisse de fréquentation qu'elle attribue à un manque de confiance à l'égard du responsable du service médical:

> « Le 3 avril 1909, la Soeur Mayaud, supérieure de l'hôpital français de la S[ain]te Famille [à Bethléem], m'a envoyé une lettre dans laquelle elle me prie de quitter le service de l'hôpital au bout de trois mois.
> Dans cette lettre, elle me déclare avoir pris cette décision, puisque, dit-elle, « *l'hôpital souffre de ma présence* ».
> Et comme, le lendemain, je demandai à la Soeur Mayaud, l'explication de ce mot, elle me répond ceci : « comme depuis une année nos statistiques de malades de l'hôpital ont baissé, j'attribue cela à votre présence. » J'ai fait remarquer à la Soeur Mayaud que nos statistiques des trois premières années 1905, 1906 et 1907 étaient supérieures à celles des années précédentes. Il me semble étrange que la confiance d'un peuple diminue dans un médecin, brusquement la quatrième année. Et comme je voulais expliquer à la Supérieure de l'hôpital la véritable cause de la baisse de nos statistiques, qui était loin de tenir à ma présence : elle a refusé catégoriquement mes explications par ce mot : « Je suis libre de tout ce que je fais ; je ne veux rien entendre[1534] ! »

Le Dr Arab interprète ainsi son renvoi en terme de réputation, et le reste de son rapport est consacré à une démonstration de son innocence et de sa bonne foi, en recherchant les événements susceptibles d'avoir affecté la confiance des patients. Sa méthode d'enquête présente la réactivité de l'opinion de la patientèle aux événements de la vie de l'hôpital : elle fait ressortir l'écart entre les circonstances qu'il a pu observer et leur traduction dans le public. Il distingue ainsi trois causes générales de la désaffection à l'égard de l'hôpital, nées d'autant de représentations réductrices du fonctionnement de l'hôpital aux yeux des patients. La

1534 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, rapport du Dr Emile Arab à Gueyraud, de Bethléem, 25/05/1909.

première tient à la tenue du service médical :

> « [l]'intervention de deux médecins étrangers [les Dr Mancini et Hoenigman] à l'hôpital français de Bethléem a fait jaser énermément les gens du pays. On ne se rendait plus compte quel [*sic*] était le véritable médecin de l'hôpital et par conséquent on ne savait plus à qui s'adresser pour faire entrer un malade à l'hôpital, en particulier pour combiner une opération. Ceci a eu pour résultat d'éloigner les indigènes de l'hôpital et de les obliger à s'adresser, quoiqu'à contrecoeur, à l'hôpital suédois de Bethléem ou à l'hôpital allemand de Jérusalem.[1535] »

L'incertitude des patients quant à l'identité du responsable réel du service médical est le résultat d'une tolérance, qui illustre un problème de répartition entre le service médical et le service chirurgical, tous deux théoriquement assurés par le médecin-chef. La situation n'est pas tellement différente de celle qui entraîne le conflit autour du règlement de l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem. Depuis la nomination du Dr Arab, réputé moins compétent en chirurgie, le Dr Mancini et son confrère Hoenigman ont assuré l'essentiel du service chirurgical de l'hôpital, ce qui renvoie implicitement aux difficultés chroniques d'enseignement de la médecine opératoire à la faculté de médecine de la FFM. Prétextant des besoins du service chirurgical, ils ont eux-mêmes, et avec la complaisance de la Soeur Mayaud, fait admettre des patients à l'hôpital dans des chambres à un seul lit. Cette dernière concourt même à rabattre vers leurs soins payants une partie de la clientèle, qu'elle estime relevant du service chirurgical, et ce bien qu'elle n'ait pas, insiste le Dr Arab, la compétence professionnelle nécessaire pour trancher ce point, que seuls possèdent les médecins. Non seulement il s'ensuit une impression que l'hôpital fonctionne sur deux modes, l'un ordinaire et caritatif, l'autre privilégié pour une clientèle aisée prête à payer pour des conditions socialement acceptables d'hospitalisation[1536], mais ce système est cause de scandale. On accuse en effet Hoenigman d'avoir ainsi introduit à demeure sa maîtresse, « dame Victoria », dans l'hôpital[1537]. Trois normes convergent : l'une, communément admise à Bethléem, veut que le médecin d'une institution soit maître chez lui et puisse servir de relais efficace pour faire hospitaliser un patient ; la deuxième veut que l'hôpital soit un espace aussi public que possible, car son environnement médicalisé et clos donne matière aux rumeurs ; la dernière, intérieure à la profession médicale et étrangère au jugement du public béthléémite, assigne aux seuls médecins diplômés la compétence de prendre des décisions médicales.

La deuxième cause distinguée par le Dr Arab tient à la politique d'admission des patients à l'hôpital. Profitant de la disposition de la Soeur Mayaud à faire admettre les patients qu'ils lui recommandaient, Mancini et Hoenigman semblent avoir eu recours à une stratégie

1535 *Ibid.*
1536 *Ibid.*
1537 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, « Démarches à Bethléem, le 2 août 1909 », sans nom d'auteur.

assez banale de délestage, depuis les cliniques privées ou les services hospitaliers réputés vers les services à plus fortes mortalités ou l'hôpital général, et en l'occurrence vers le service du Dr Arab, de façon à faire peser sur les statistiques de ce dernier les cas désespérés. Ainsi, Ilyās Ijhā, grec orthodoxe de Bethléem, est admis à l'hôpital sur la recommandation des Drs Hoenigman et Mancini le 10 mars 1909. Le rapport du Dr Arab leur impute ici une négligence qui confine à la malveillance:

> « Comme nos deux bons compères étaient assurés de l'issue fatale de l'opération, ils ont bien voulu m'appeler pour partager leur responsabilité. Lorsque j'arrive, l'opération était déjà commencée. Et je n'ai eu le droit que de prendre la main du malade pour constater l'absence complète du pouls : le malade était entré dans l'agonie! Mais Mancini l'opère quand même, ayant comme le Dr Hoenigman, rien que pour encaisser les 50 francs traditionnels. Mais le malade meurt au bout de quelques heures : le bruit court à Bethléem que l'opération l'avait tué! Et le lendemain, le cortège funèbre d'Elias Ejha rencontre par hasard le Frère Hoenigman. Alors le voisin et l'ami du défunt, Khalil [Alem ?] Farès, demande, en bon allemand, au frère Hoenigman (Khalil avait appris cette langue pour avoir servi plusieurs années à l'orphelinat allemand de Bethléem) – il lui demande, dis-je, ceci : « Pourquoi avez-vous opéré ce malade, du moment où il devait mourir si vite ? » Et le frère Hoenigman lui répond textuellement : « Nous savions bien qu'il allait mourir, mais nous avons voulu diagnostiquer au juste la maladie. » Cette réponse, répétée de bouche en bouche à Bethléem, a fait conclure aux gens du pays qu'à l'hôpital français, tous les opérés servaient de sujets d'expérience[1538] ! »

Derrière la plainte du Dr Arab d'avoir été manipulé dans cette histoire, se tient la conscience qu'un médecin diplômé peut avoir des résistances culturelles que peut susciter la médecine occidentale et tout particulièrement le contexte hospitalier « dans un pays où les préjugés contre les hôpitaux sont fort nombreux »[1539]. Dans la logique du rapport, l'idéal scientifique vient se substituer, comme alibi, à la vénalité des médecins : la pratique de l'autopsie pour vérifier le diagnostic, courante dans la médecine anatomo-pathologique, est cause de vif scandale dans le monde musulman de l'époque ; et de toute évidence, opérer un malade mourant s'apparente, pour les témoins de cette affaire, à une autopsie. Si l'on garde en mémoire les scandales suscités par les vols de cadavres au profit des facultés de médecine de Beyrouth, l'étonnant est que Hoenigman fasse un aveu si candide. La date, très proche du renvoi du Dr Arab, tendrait à conforter l'idée de ce dernier qu'il y a eu tentative délibérée de saper la réputation de l'hôpital. Dans cette hypothèse, Mancini et Hoenigman auraient joué avec les idées préconçues des habitants à l'égard des institutions hospitalières occidentales pour attiser leur répugnance et, à force de méfiance, rendre intenable la situation du médecin en titre. Vraie ou fausse, cette hypothèse nous renseigne sur certaines de ces idées : la

1538 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, rapport du Dr Emile Arab à Gueyraud, de Bethléem, 25/05/1909.
1539 *Ibid.*

première est la vénalité des médecins, qui contraste avec l'idéal autochtone de l'origine essentiellement divine de la guérison et, par conséquent, de l'illégitimité des honoraires et des divers frais médicaux. Un autre *a priori* tient au contrôle exercé par le personnel soignant, et à la situation de vulnérabilité dans laquelle les patients se trouvent vis-à-vis d'eux en cas d'hospitalisation : l'action des missionnaires, tant protestants que catholiques, qui a profité de cette situation, n'a pas peu contribué à la crainte de l'arbitraire médical en milieu hospitalier. L'affaire vient confirmer les craintes de la population, et susciter son inquiétude quant au traitement de la généralité des patients hospitalisés.

Enfin, la pratique – vénale, comme on l'a déjà dit et redit – du Dr Mancini s'oppose à la gratuité des soins que, depuis la fondation de l'hôpital, les patients considéraient comme un fait normal : l'hôpital français était devenu un service plutôt qu'un agent sur le marché médical. Les tarifs exigés par ce praticien sont gonflés par rapport à ce que font les médecins en pratique privée, et ce indépendamment de l'état de fortune de la plupart des patients. Ces frais sont cause d'endettement, à l'instar de la femme d'Ilyās Ijhā, qui doit hypothéquer sa maison pour payer l'opération effectuée sur son défunt mari. Comme Mancini et Hoenigman semblent contrôler le service médical, le coût de la consultation et de l'hospitalisation à l'hôpital français, théoriquement gratuites, devient imprévisible et les patients se rabattent en masse sur l'hôpital allemand de Jérusalem[1540]. La gratuité comme norme des soins médicaux, à Bethléem comme à Jérusalem, naît de rivalités nationales, comme nous l'avons montré plus haut ; mais elle a été parfaitement intériorisée par les patients. La concurrence politique entre ici en contradiction avec le comportement professionnel de Mancini, mais ce dernier s'appuie néanmoins sur elle pour défendre sa position à l'hôpital en alléguant que l'affaire est montée contre lui en tant que sujet italien[1541].

Les rivalités nationales trouvent à s'exprimer dans les pétitions que l'affaire suscite au sein de la population de Bethléem. Traitée avec un souci de vérité factuelle, cette documentation serait très décevante. La composition et la présentation des pétitions révèle surtout les interventions extérieures qui ont orienté, voire purement et simplement dicté le texte. Il ne s'agit pas de la fabrique ou même de la manipulation de l'opinion publique, mais de sa mise en scène factice comme instrument de légitimation ; la réalité de l'esprit public ne semble y être intéressée nulle part.

En revanche, trois questionnements peuvent nous permettre de recouvrer quelque chose de cette matière : le premier est relatif aux signataires des pétitions ; le deuxième, aux médecins eux-mêmes et à la conformité ou non de leur comportement aux normes locales ; le

1540 *Ibid.*
1541 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, n°32, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 14/06/1909.

troisième, à l'intégration sociale des praticiens sur leur terrain médical.

Tout d'abord, qui a voix au chapitre ? Les personnes qui apposent leur *murūr* (sceau) au bas des pétitions sont généralement des individus d'un certain statut social, car pour tout texte de ce genre, la qualité des signatures le dispute à leur quantité ; et la disposition des cachets – partant, l'ordre dans lequel ils ont été apposés – reproduit une hiérarchie. Qui donc est ainsi habilité à prendre la tête d'une partie de la population, même pour le jeu de dupes que peuvent être ces pétitions ? La vraisemblance de celles-ci suppose que la parole collective soit emmenée et portée par des hommes de poids, d'une notabilité peut-être clientélisée mais d'une influence réelle. Leur implication est à tout le moins le signe que les habitants du cru ne sont pas indifférents à l'activité des médecins diplômés.

Ces derniers sont présents dans les pétitions pour être honnis ou loués, mais quelle que soit la sincérité des jugements, les arguments mis en avant reflètent ce que l'on attend d'un médecin. Qu'est-ce que notre documentation nous apprend en particulier sur les attentes des patients, et sur la relation médecin-patient ? Ici encore, il faut nous inspirer de l'idée que les textes dont il s'agit sont composés dans un esprit de vraisemblance, même et surtout s'il s'agit de pure calomnie. Leur vérité n'est pas de l'ordre du fait avéré, mais dans le souci de reconstruire, à la façon d'un roman naturaliste, une situation aussi plausible que possible, afin de légitimer une action ou une protestation. Il faut que la pétition, même la plus téléguidée, représente des normes, en matière médicale, qui pourraient convaincre les habitants du pays eux-mêmes.

L'étude des pétitions qui jalonnent l'affaire du renvoi du Dr Arab nécessite par conséquent un sérieux effort de critique externe, facilité quelquefois par le fait que les lecteurs de l'époque font part, dans leurs annotations, de leurs propres réserves. Le 12 avril, soit 9 jours après l'annonce faite au médecin de son congé, une première pétition est transmise au Consul Général de France à Jérusalem, avec les cachets de 10 personnes et la signature de 8 autres, dont 6 d'entre elles en alphabet arabe et les deux dernières en alphabet latin ; quatre des signataires appartiennent à la famille Qaṭṭān et deux autres à la famille Jāsir[1542]. Certaines des grandes familles chrétiennes de Bethléem sont ainsi plus particulièrement mobilisées : une branche des Jāsir possède le « chateau » [*qaṣr*] du même nom, non loin du tombeau de Rachel sur la route reliant Bethléem à Jérusalem, où les pèlerins musulmans qui se rendent depuis Hébron, via Jérusalem, au site du Nabī Musā tous les ans pendant la Semaine sainte, font halte et trouvent à se restaurer, aux frais du maître de maison, Sulaymān Jāsir[1543]. Autant dire qu'il

1542 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, pétition de 18 habitants de Bethléem à Gueyraud, de Bethléem, 12/04/1908.

1543 Jawhariyyah, *Op. cit.*, p. 59.

s'agit d'une famille de notables à la solide assise financière, et la même chose vaut des Qaṭṭān. D'une manière générale, la proportion entre signatures et cachets, et notamment la présence de signatures en alphabet latin indique qu'il s'agit d'un groupe assez éduqué. Le but de leur pétition est de protester contre le comportement des Drs Mancini et Hoenigman, qui met en péril le fonctionnement de l'hôpital français. C'est, de façon déguisée, un soutien au Dr Arab.

L'implication des notables est la règle dans les différentes pétitions du printemps et de l'été 1909. La deuxième pétition, en date du 30 mai 1909, est remise au Consul Gueyraud par une délégation des quelques 61 signataires, tous munis de leur cachet cette fois. Le profil professionnel de ces derniers n'est pas anodin, car il indique chez certains l'éducation, la notabilité confessionnelle ou l'insertion dans une clientèle nationale. Deux ingénieurs et le correspondant de la Banque Impériale Ottomane, Sulaymān Jāsir ci-dessus mentionné, représentent la première catégorie dont l'existence fait mentir l'idée que l'apposition d'un sceau soit ici signe d'analphabétisme. La deuxième catégorie inclut trois *muḫtār*-s, notables chargés des relations avec l'administration ottomane pour chaque village ou quartier – ce qui, à Bethléem, tend à recouvrir une division confessionnelle. L'un d'entre eux appartient au rite grec, un autre représente les Arméniens. Dans la dernière catégorie se trouvent le représentant de l'agence de voyage Cook à Bethléem et six fabricants d'objets en nacre : cette production constitue l'un des principaux articles de commerce touristique de la ville. Lors des pèlerinages, les voyageurs sont orientés vers les marchands appartenant à la clientèle de la puissance qui patronne leur périple. C'est là le soubassement économique de l'affaire, qui justifie l'ampleur qu'elle prend dans les mois suivants.

Pour l'heure, ces considérations ne sont nulle part explicites : les raisons invoquées tournent autour des avantages de l'indigénisation de la pratique médicale, que les pétitionnaires apprécient en la personne du Dr Arab, et de la « mission civilisatrice » de la France. Les pétitionnaires disent accorder au jeune médecin beyrouthin « la plus grande confiance à cause de sa conduite irréprochable et de sa connaissance parfaite de nos constitutions et de toutes les maladies spéciales à notre pays » ainsi que de sa qualité d'arabophone. Ils affirment apprécier positivement sa qualité de médecin issu des écoles françaises, y compris la FFM. Cette idée éclaire l'affirmation du Dr Arab, au commencement de l'affaire, selon laquelle son arrivée aurait été suivie d'une hausse de la fréquentation : la logique de ces deux assertions est que l'hôpital français de Bethléem a tiré parti, dans un premier temps, de la présence d'un médecin syrien à sa tête, pour devenir l'hôpital le plus fréquenté de la ville. Cette idée est à relativiser, car la pétition est trop construite pour être honnête. Même rédigée en arabe, elle adopte la terminologie idéologique de la France, et

apparaît conçue pour servir les besoins du consulat dans sa défense du Dr Arab[1544].

Après ces premières péripéties, un sursis est donné au médecin, qui devait initialement quitter son poste le 3 juillet[1545], sur la base du *statu quo* quant aux attributions du service médical et du service chirurgical. Loin de s'arrêter, l'affaire s'accélère à la fin du même mois et au début du mois d'août, lorsque la pharmacie (gratuite) du couvent de la Custodie de Terre sainte à Bethléem décide de refuser de délivrer gratuitement le contenu des ordonnances rédigées par le Dr Arab. Une première pétition en italien, favorable à Hoenigman, est transmise au patriache latin à la fin juillet, que Gueyraud prend avec un grain de sel :

> « on me dit qu'elle est signée surtout des fournisseurs de ce dernier établissement [l'hôpital autrichien de Ṭantūr] et de marchands d'objets de piété qui craindraient de perdre la clientèle de nombreux pèlerins autrichiens. Je l'ai lue. Elle est rédigée en excellent italien dont aucun indigène ne serait capable[1546]. »

Un fil du clientélisme européen en croise un autre : la solidarité dans la défense des intérêts ici autrichiens, plus haut français, est de nature à mobiliser le secteur du tourisme religieux, en pleine expansion, en faveur du secteur hospitalier caritatif. C'est ce qui rend très difficile l'usage de ces pétitions : la notion de clientèle est la plupart du temps une notion abstraite, mais elle permet des mobilisations ponctuelles massives, qui délimitent de vastes secteurs sous influence au sein des communautés chrétiennes. Autant l'effectivité de la clientèle peut être évidente dans l'ordre du discours ou à travers l'insertion dans une filière de carrière, autant son potentiel de mobilisation est sous-estimé. De fait, les diplomates français sont les premiers surpris de l'ampleur que prennent les événements en ce début d'août 1909[1547].

A cette pétition répond, le 7 août, la protestation de 88 chefs de familles du rite latin de Bethléem contre la décision de la pharmacie de la Custodie ; ces derniers affirment représenter les trois quarts de la population latin de Bethléem[1548]. On retrouve, en tête, les noms des familles déjà impliquées en faveur du Dr Arab, les Qaṭṭān et les Jasīr, dont le riche Sulaymān[1549]. Sur le fond, la pétition s'en prend directement au frère Hoenigman, accusé d'ivrognerie et de maltraitance à l'égard des patients[1550]. Le ton des pétitions évolue en direction des attaques *ad hominem*, et prend progressivement de la violence.

1544 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, pétition de 61 habitants de Bethléem adressée à Gueyraud, de Bethléem, 30/05/1909.

1545 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de Pichon à Gueyraud, de Paris, 07/07/1909.

1546 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 09/08/1909.

1547 *Ibid.*

1548 *Ibid.*

1549 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, pétition représentant « le rite latin » de Bethléem, adressée à Gueyraud, de Bethléem, 07/08/1909 ; et note manuscrite de Gueyraud [folio n°364].

1550 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, pétition représentant « le rite latin » de Bethléem, adressée à Gueyraud, de Bethléem, 07/08/1909.

Quoiqu'il en soit de la représentativité de cette pétition, la communauté latin apparaît presque coupée en deux, pour une raison qui n'a rien d'anondin : la querelle touche indirectement à l'industrie et au commerce le plus florissant de la ville, le tourisme. La tension entre les catholiques latins de Bethléem, qu'ils soient sous influence française, autrichienne ou italienne, est extrême, et amène le camp favorable au Dr Arab à des mesures draconiennes pour pousser la Custodie à revenir sur la décision concernant sa pharmacie de Bethléem : ils désertent l'église paroissiale, refusent de faire baptiser leurs enfants et menacent d'aller se faire soigner chez le médecin de la mission luthérienne allemande. Les franciscains cèdent et acceptent de lever la prohibition contre les ordonnances du Dr Arab, mais seulement dans l'attente de l'arrivée d'un nouveau médecin à Tanṭūr, Hoenigman ayant démissionné[1551]. Son remplacement et celui du médecin titulaire de l'hôpital français de Bethléem, ainsi que la mise à l'écart de Mancini, font retomber la tension, malgré une dernière pétition à la mi-septembre, en faveur du médecin italien et de son confrère italien. Là encore, le sentiment que la pétition a été rédigée pour répondre à des attentes institutionnelles s'installent, et un employé du ministère français des Affaires étrangères ironise en remarquant que des hommes qui signent de leur cachet s'expriment en un français remarquable[1552]. Si de tels textes sortent d'un langage codé pour exprimer en quelque façon la réputation des médecins, c'est sur le registre de la caricature.

L'affaire montre cependant deux choses, du point de vue de la construction de la réputation des médecins : tout d'abord, le travail en hôpital est source de méfiance de la part de la population, et c'est un handicap supplémentaire à affronter pour un jeune médecin. Dans cette mesure, l'indigénisation du personnel peut faciliter les choses, et notamment pour éviter des maladresses sur le plan médical. En outre, si l'idée de réputation est un objet diffus et fugitif, courant entre les lignes des documents, la mobilisation autour de comportements scandaleux en milieu médical possède un très grand pouvoir de nuisance, qui dépasse l'effectivité directe des manipulations de part et d'autre.

Il ne s'agit là cependant que de déterminants *a minima* ; la plupart des médecins semblent tomber à l'intérieur de ces normes. La réputation est une question autrement complexe, dans laquelle l'histoire des relations avec les patients se mêle aux possibilités de manipulation de l'opinion ; et nous pensons avoir établi que la médecine, secteur traversé de politique et d'intérêts divers, se prête parfaitement à des manipulations en tout genre. En raison du flou qui l'entoure, elle peut être instrumentalisée à l'envi, comme le suggère le cas

1551 MAE Nantes, Jérusalem, A, 108, n°50, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 30/08/1909.

1552 MAE Nantes, Jerusalem, A, 108, pétition des Latins de Bethléem adressée au ministre français des Affaires étrangères, de Bethléem, 20/09/1909.

du Dr Arab. Pour ce dernier, le renvoi de l'Hôpital de la Sainte Famille était susceptible de souiller à jamais sa réputation dans la région, car la rumeur risquait de le poursuivre. Il semble bien que les diplomates français aient tenu compte de ces considérations, et que, montrant des qualités de *gentlemen*, ils n'aient consenti à son limogeage qu'en lui trouvant une situation de rechange avantageuse. En tout état de cause, il est, dès l'année suivante, nommé chef de clinique à la FFM, et continue sa carrière dans l'orbite française, au point d'émigrer pour s'installer à Paris, au 53, rue Pigalle[1553]. Dans ce cas précis, les enjeux de filières de recrutement et de réputation sont conjoints : il y a intérêt pour l'institution ou la puissance nationale qui préside à un recrutement, à assurer à ses clients des perspectives professionnelles et à soutenir leur réputation.

Pour clore ces observations sur la réception des médecins diplômés dans le sud du bilād al-Šām, nous n'avons que fort peu d'indices sur les représentations culturelles des praticiens au-delà de toutes les marques d'obligation et de déférence employées pour parler d'eux. Dans la revue culturelle hyérosolomytaine *Al-Nafā'is al-'aṣriyyah* [Les curiosités contemporaines], qui paraît peu avant la Première Guerre mondiale et mélange les traductions de Tolstoï en arabe, les nouvelles locales, les poèmes et les historiettes, on trouve deux fugitives références, soit à la profession médicale, soit aux relations entre médecins et patients.

La première occurrence, une suite de quelques vers, est intéressante surtout comme élément d'un poème plus long sur *L'Amour dans la langue des gens de profession*, dont le médecin, l'avocat, etc. Le point de vue du praticien de la médecine se résume à envisager le mal d'amour et, corrélativement, l'amour-guérison, ce qui relève plutôt du trope poétique que de la mise en scène du métier[1554].

La seconde référence est plus intéressante, encore qu'elle fonctionne sur un mode qui n'a rien de neuf, celui des histoires ironiques de personnages fûtés comme Juha :

> « Un paysan s'adressa à un médecin habile et lui dit : « S'il vous plaît, Monsieur, pourriez-vous venir rapidement à mon domicile, ma femme est très malade et je vous paierai cinq livres, que vous la guérissiez ou que vous la fassiez mourir ; le médecin y alla et soigna la malade, sans que ses remèdes réussissent ; elle mourut le troisième jour. Quand huit jours eurent passé depuis son décès, le médecin demanda son salaire ; le patient lui répondit :
> « Et de quel droit recevriez-vous votre salaire ? est-ce que vous avez fait mourir ma femme ? » Le médecin répondit que non. « Est-ce que vous l'avez guérie ? » Il répondit que non, malheureusement. « Alors que venez-vous réclamer, quand vous ne l'avez ni guérie, ni fait mourir, comme c'était notre condition ? Le médecin se retint de

1553 Arab & Blanchard, *Op. cit.*, p. 10.
1554 « *Al-ḥubb fī lisān aṣḥāb al-mihan* » [L'amour dans la langue des gens de profession], in *Al-Nafā'is al-'aṣriyyah*, 04/1913, n° 4 (179-181), p. 180.

répondre par timidité, et rentra chez lui plein de regrets[1555]. »

Le médecin apparaît ici écartelé entre les convenances de sa classe sociale – notamment le respect d'un temps minimum de deuil – et l'éthique professionnelle d'un côté, et l'obligation de gagner sa vie de l'autre, alors que le paysan, qui n'a pas son éducation, peut se montrer d'une parfaite roublardise. Toutefois, l'anecdote illustre aussi un problème de fond, que la pirouette utilisée par le paysan pour ne pas payer pousse jusqu'à la caricature : l'idée d'une obligation, de la part du patient, de payer des honoraires est-elle relative aux soins prodigués ou aux résultats ? Le contrat initial semble signifier que ce sont les efforts du médecin qui doivent être rémunérés, mais toute la rouerie du paysan est de faire valoir, s'il a été impuissant à orienter en quelque façon le cours de la maladie, ne mérite pas sa rétribution, ce qui revient à refuser de le payer sauf en cas de guérison. Face au stéréotype du paysan, celui du médecin apparaît embarrassé de bonnes manières et des ambiguïtés du rôle que les représentations sociales lui assignent dans le processus de guérison.

Conclusion :

Qu'est-ce qui conditionne, dans les modalités de la relation entre médecin et patient et dans les regards croisés que praticiens et patientèle s'échangent, l'installation du jeune diplômé ? Trois facteurs principaux se dégagent de notre analyse de la situation à la veille de la Première Guerre mondiale : le regard médical, les attentes des patients, et les normes et codes relationnels de la société locale.

Le regard médical appliqué aux villes et bourgades du sud du bilād al-Šām peint un paysage de plus en plus noir à mesure qu'il s'affine, par familiarité du praticien avec les lieux. Les médecins diplômés décrivent un ensemble de circonstances qui semblent, sous leur plume, au-delà de toute réforme, sauf par l'éducation des jeunes générations. Ceci n'empêche pas les praticiens originaires du pays d'user de leur autorité pour se faire pédagogues sociaux de l'hygiène, mais les conditions de vie et de logement assignent des limites étroites à ce que peut la médecine, malgré l'augmentation du nombre de médecins et l'inflation des moyens médicaux.

1555 « *Fallāḥ wa-ṭabīb* », in *Al-Nafā'is al-'aṣriyyah*, 02/1914, n° 2, pp. 108-109.

Vis-à-vis des patients, ces conditions forcent les praticiens à la modestie quant à ce que peut leur art. En s'installant sur le marché médical, ils ont surtout soin de cultiver leur différence en tant que gens de profession, d'afficher une parfaite respectabilité, et de faire attention à leur présentation tant sur le plan vestimentaire et des apparences physiques qu'à travers le mode de vie qui est le leur. Toutefois, ces précautions ne suffisent pas à garantir une bonne clientèle, et les quelques praticiens qui réussissent dans leur cabinet privé, malgré la concentration géographique du groupe social des médecins et le nombre des institutions médicales à caractère caritatif dans le pays, sont ceux qui s'adaptent le mieux aux attentes de la patientèle la plus huppée : ceux-là mettent l'accent sur la médication, et notamment sur des remèdes assez virulents, tout en sélectionnant leurs patients par les tarifs. Pour les médecins d'hôpitaux, qui ont eux aussi une clientèle privée, la réussite dans ces deux activités passe par la visibilité qu'ils donnent à leur pratique et à leurs opérations, ainsi que par les liens de sociabilité qu'ils nouent avec leurs confrères. Le succès est affaire de réseau de relations, et d'un peu de chance.

Les difficultés rencontrées par les médecins diplômés sont loin d'être exclusivement institutionnelles, économiques ou statutaires. Les résistances culturelles à la médecine occidentale transparaissent dans la méfiance que celle-ci inspire et qui se révèle pleinement lors des scandales qui affectent les médecins : la transgression des normes et des codes sociaux, en matière de relations de genre et de respect du malade notamment, laisse voir toute la précarité de la position dans laquelle se trouvent les médecins, alors que les patients hésitent à prendre le chemin de leur cabinet. Ces résistances sont au coeur de la transformation du champ médical, telle que nous allons maintenant la décrire dans un cas particulier : celui de Naplouse et de ses environs.

Chapitre 9 : Hôpitaux, médecins et patients à Naplouse.

Le pluralisme médical à l'échelle d'une ville

Introduction:

Arrivé à ce point de notre démarche, nous devons changer d'échelle pour poursuivre l'analyse de l'effet de l'arrivée des médecins diplômés sur le paysage médical. L'idée de pluralisme médical implique une pluralité de recours thérapeutiques à une distance qui maintienne l'élément de concurrence potentielle entre les différents praticiens.

Le choix de la localité sur laquelle nous allons maintenant concentrer notre étude ne s'est pas fait *a priori*, selon des critères raisonnés et posés à l'avance. Le premier atout était documentaire : la ville de Naplouse compte un certain nombre de noms de familles associées à la médecine par transmission dynastique ; entre le souci des historiens locaux d'écrire l'histoire de la cité, les archives municipales et les sources occidentales, la variété des pratiques médicales transparaît de divers points de vue. Second atout important, il est possible de repérer dans le temps le moment de l'arrivée des premiers médecins diplômés, dans les années 1880, et surtout les réactions à l'implantation de la médecine occidentale, dont les missionnaires protestants sont partisans, à partir de 1891, au milieu d'une hostilité non-dissimulée.

Il ne s'agit pas de se demander si Naplouse est représentative de la région d'un point de vue sanitaire et médical. La ville de Jérusalem connaît une transformation hors norme de sa population médicale, intéressante en elle-même ; mais il est plus facile d'avancer des conclusions à partir d'une ville moyenne comme Naplouse qu'à partir de la Ville sainte. La première de ces localités est, comme Gaza et comme les villes des collines qui longent la rive occidentale du Jourdain à l'exception de Jérusalem et de Nazareth, en marge du processus d'ouverture de la région aux flux économiques internationaux. C'est une cité, ancienne colonie flavienne installée à deux kilomètres de l'antique Sychem, coincée dans une passe d'est en ouest entre les monts Ebal et Gérizim, et de fait, l'histoire et la géographie se sont combinées

pour donner un particularisme qui se retouve dans l'accent, dans les coutumes et dans un sentiment de fierté urbaine très prégnant, qui porte promptement à la querelle de clocher. C'est ce que l'on pourrait appeler, en adaptant cette dernière expression à l'univers culturel du Proche-Orient et au contexte des années du sultan Abdülhamid II et du gouvernement Jeunes-Turcs, un patriotisme « de tour d'horloge »[1556].

Naplouse commande un arrière-pays de collines, qui porte son nom, le Jabal Nāblus. Le climat y est plus aride que sur la côte et sur les flancs de colline à l'ouest, autour de Ṭul Karm et de Qalqilya, et beaucoup moins chaud que dans le fond de la vallée riftienne du Jourdain à l'est, mais la pluviométrie y est importante durant les mois d'hiver, et Naplouse passe pour une ville qui n'a pas de problème d'approvisionnement en eau, à la différence de Jérusalem notamment. Ce sont là autant de faits qui ont une incidence sur la pathologie locale, que dominent la tuberculose, fortement prévalente dans toutes ses formes (pulmonaire, osseuse et gastrique), la malaria, la rougeole chez les enfants ; les auteurs de *Wilāyat Bayrūt*, qui soulignent la très grande fréquence de la polygamie, lui attribuent la présence massive des maladies vénériennes, syphilis [*al-afranjī*, c'est-à-dire le mal amené par les « Francs », à savoir les Européens] et chaude-pisse surtout[1557].

D'un point de vue sociologique et culturel, la ville est dominée par une élite de marchands tournés vers l'industrie, de fonctionnaires et de religieux ; ces groupes s'interpénètrent par le mariage. La hiérarchie des familles urbaines et la distinction entre paysans et citadins sont, dans l'ordre des représentations des gens de la ville, extrêmement rigides, bien que le dix-neuvième siècle connaisse l'ascension sociale de familles nouvelles et que la notabilité locale garde des contacts économiques avec les environs, arrière-pays qui fournit à Naplouse ses matières premières. Sur un plan confessionnel, entre 90 et 95 % de la population est musulmane vers 1900, et pratique un islam que structurent quelques *ṭarīqah*-s soufies principales. L'islam est presque la seule religion pratiquée dans les collines de l'intérieur entre Birzeit au sud et al-Dababdah, près de Jénine, au nord ; Naplouse et les villages voisins de Rafidia et de Nişf Jubayl sont à peu près les seules localités intermédiaires à abriter des minorités religieuses significatives. Rafidia, en particulier, est un village

1556La tour d'horloge – équivalent déconfessionalisé du clocher – est l'une de ces réalisations qui comptent parmi les signes visibles de mobilisation municipale à partir de la fin des années 1870 et surtout du tournant du siècle, avec la réhabilitation des marchés de centre-ville : ainsi de Beyrouth et de Damas, mais également d'Acre, Haifa, Tripoli, Alep ou Jaffa. A Naplouse, la tour d'horloge trône au milieu d'une place de la vieille ville, juste à côté de la plus ancienne mosquée. Le sens politique de cette construction est que l'Etat ottoman réformé et centralisateur impose et garantit l'unité du temps, mais que cette réforme passe par le décompte occidental des heures, et l'abandon de la pratique islamique en la matière. En ce sens, elle constitue une forme paradoxale de mobilisation municipale lorsque, comme on va le voir pour Naplouse, l'identité islamique, sur la défensive face à des formes d'impérialisme culturel occidental, constitue une ressource importante pour structurer idéologiquement l'action collective. (Cf Hanssen, *Op. cit.*, p. 9 & pp. 243-245.)

1557Bahjat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, pp. 136-138.

principalement grec-orthodoxe à l'ouest de Naplouse, et se retrouve au dix-neuvième siècle l'objet de l'intérêt des missionnaires catholiques et protestants. Naplouse compte également une petite communauté de juifs samaritains, installés dans leur quartier de la vieille ville. Il semble que cette dernière population ait connu une croissance démographique notable au cours du dix-neuvième siècle, mais rappelons que les statistiques de l'époque sont sujettes à caution. A ces deux minorités, s'ajoute l'afflux périodique des pèlerins, évoqué plus haut, qui change temporairement la physionomie religieuse de la ville.

A partir de cette situation, l'intérêt que la ville a suscité chez quelques anthropologues et historiens depuis la fin des années 1980 permet de jeter les bases du fonctionnement de cette société urbaine à la fin de l'époque ottomane. La ville a mis en place des filières économiques en lien avec son arrière-pays, autour de produits (huile et savon, coton et tissus) dont le passage dans les industries de transformation et la commercialisation ont été concentrés en ville, ce qui a permis aux notables citadins de maintenir une nette asymétrie des termes de l'échange avec l'hinterland de la cité, qu'a consolidée leur position de prêteurs alors que la paysannerie des environs entrait dans un endettement chronique[1558]. A partir de la fin du dix-neuvième siècle, la ville reste en retrait de la croissance enregistrée dans les plaines de la côte méditerranéenne avec l'introduction de cultures d'agrumes destinées à l'exportation, tandis que le secteur industriel jusqu'alors le plus valorisé socialement et économiquement, le savon, entre dans une phase de gains de productivité très limités. L'examen de ces structures, et de la tendance au réinvestissement des gains économiques vers des placements sûrs hors du Jabal Nāblus, induit Sarah Graham-Brown à interroger les préférences des notables et des enrichis de la ville en matière de placement, et à relativiser l'idée d'une mobilisation nationale de l'économie arabe palestinienne face à la puissance économique croissante des entreprises sionistes[1559]. L'impression que l'économie et la société naplousaines fonctionnent à cette époque en circuit fermé est trompeuse, si elle conduit à se représenter la ville comme en dehors des courants économiques, migratoires ou intellectuels internationalisés de l'époque.

La notabilité naplousaine, dont nous allons voir, à travers les enjeux médicaux et de santé publique, la capacité de mobilisation et la réactivité à une échelle qui dépasse la région, est un groupe social qui s'affirme à la fois économiquement et politiquement au dix-neuvième siècle. Elle investit dans l'enseignement supérieur comme mode de reproduction sociale. Mahmoud Yazbak, étudiant les familles de *'alīm*-s de la ville, constate que ces dernières n'ont pas tardé à saisir l'importance du développement de l'enseignement supérieur ottoman, ce qui

1558 Doumani, *Op. cit.*, *passim.*

1559 Sarah Graham-Brown, « The policial economy of the Jabal Nablus, 1920-48 », in Roger Owen (éd.), *Studies in the Economic and social history of Palestine in the nineteenth and twentieth centuries*, Londres / Basingstoke, The MacMillan Press / St Antony's College, 1982, pp. 88-176, p. 106 & pp. 140-141.

leur permet, après la réorganisation administrative des provinces que prévoit la loi de 1864 sur les *wilāyah*-s, de se mouler dans les nouvelles structures du gouvernement local. Ces familles continuent de représenter une élite intellectuelle locale musulmane, mais l'islamité de la culture des nouveaux fonctionnaires s'accommode d'une variété de nouveaux savoirs, le droit civil en sus de l'enseignement des écoles de droit islamique, les langues européennes et notamment le français, et, le cas échéant, la médecine. A Naplouse, les familles détentrices, de génération en génération, des sciences islamiques, ne sont pas un frein aux réformes de l'Etat ottoman ; elles ont partie liée avec lui[1560]. Leur formation et leur pratique de l'action publique ne les enferment pas dans une position traditionaliste sur le plan médical, face à des missionnaires qui, venus de l'étranger, s'assureraient le monopole de la modernité dans le domaine. D'une manière générale, l'élite politique locale fait le choix de la médecine occidentale.

Nonobstant l'ouverture d'une jeune génération de notables à de nouveaux domaines de connaissance, Naplouse garde l'image d'une ville repliée sur elle-même, par opposition aux villes de la plaine côtière et à Jérusalem, tournées vers la Méditerranée. Cette perception est inséparable d'une histoire de violence tout à la fois réelle et fantasmée, qui donne à de nombreux témoins l'impression que la ville possède moins un sentiment qu'un ressentiment local. La violence est réelle, sans doute, car lors de la révolte de 1834 contre l'occupation égyptienne de la région, Naplouse constitue le coeur d'une des régions les plus agitées, et reste en proie à des tensions civiles réglées quelquefois dans le sang jusqu'à la fin des années 1850 ; et violence fantasmée néanmoins, car le discours sur le fanatisme musulman des habitants, entretenu avec une propension à l'inflation verbale par les missionnaires, cède la place à la description d'une place forte du nationalisme palestinien et d'un foyer de terrorisme dans l'historiographie sioniste et dans les médias actuels. Ce n'est pas qu'un tel sentiment ne rejoigne certaines perceptions des Naplousains qui voient leur cité comme une « montagne de feu » ou une « ville de la religion et du nationalisme », à tout le moins depuis les années 1930[1561] ; mais la thématique de la violence récurrente, présentée hors contexte, est l'objet d'une essentialisation qui joue sur les objets employés pour analyser la Palestine d'hier et d'aujourd'hui[1562].

Cette remarque nous invite notamment à prendre avec un grain de sel le propos d'Eyal

1560 Mahmoud Yazbak, « Nabulsi Ulama in the late Ottoman period, 1864-1914 », in *IJMES*, 02/1997, vol. n° 29, n°1, pp. 71-91.

1561 Mālik Fāyiz al-Maṣrī, *Nābulsiyyāt. Min bawākīr al-ḏikrayyāt wa'l-wujūh wa'l-ṣuwar al-šaḫṣiyyah* [Choses de Naplouse. Une première récolte de mémoires, points de vue et images personnelles], Naplouse, Maktabat Ḫālid b. al-Walīd / Maktabat al-Najāḥ al-ḥadīṯah, 1997, pp. 235-240.

1562 Beshara Doumani, « Rediscovering Ottoman Palestine. Writing Palestinians into history », in Ilan Pappé (éd.), *The Israel/Palestine question*, Londres / New York, Routledge, 1999, pp. 11-40, pp. 27-28.

Jakob Eisler, concentré autour de cette question de la violence, qui structure la description du premier demi-siècle de la mission protestante installée à partir du village chrétien de Rafidia, à l'ouest de la cité, en 1854[1563]. En guise de violence, son récit met en avant une véritable tuerie contre les chrétiens de la ville, qui coûte la vie à six d'entre eux. Pour être terrible, le fait doit néanmoins être remis en contexte : l'affaire survient en 1856, dans le contexte de la fin de la guerre de Crimée et du Traité de Paris qui amène le Sultan Abdülmecid à affirmer de façon très marquée et dans des termes controversés l'égalité en droit de ses sujets de toutes confessions, sur un mode imposé qui provoque le ressentiment de nombreux musulmans de l'Empire ; l'affaire de Naplouse n'est pas seule en son genre, et s'inscrit dans une chaîne d'événements propres aux années 1850. Elle constitue une réaction aux pressions diplomatiques européennes qui ont conduit la Sublime Porte et le Sultan à rédiger le rescrit impérial qui accorde cette égalité en droit[1564], etde 1856 s'inscrit dans une série de violences confessionnelles à l'encontre des chrétiens, à Alep en 1850, Mossoul en 1854, Jeddah en 1858, et Damas en 1860. De ces manifestations violentes, Albert Hourani a montré qu'elles avaient pour trait commun d'être contrôlées et modulées par les *'alīm*-s et les notables locaux, qui les instrumentalisent politiquement[1565]. Roderic Davison, en étudiant les écrits des missionnaires américains dans l'Empire ottoman, note toutefois que les marques d'hostilités ou même d'incivilité à l'endroit des non-musulmans déclinent fortement en fréquence dès les années 1860[1566] : nul doute que la pacification militaire des potentats locaux que mène l'armée ottomane au tournant des années 1860, les conséquences des événements de la montagne libanaise et de Damas, ainsi surtout que les exécutions de notables druzes et l'intervention militaire française, ont exercé une puissance de dissuasion qui a réduit de façon brutale les modes d'action politique de certains des notables locaux. Elle a également convaincu les autres de jouer le jeu de l'Etat. Eisler a raison de mettre en avant les violences de 1856 comme étape formatrice de l'attitude missionnaire à Naplouse, mais il s'agit là d'un événement ponctuel. Eu égard au rôle des notables dans l'affaire, il faut considérer ce qu'est leur mode opératoire vis-à-vis des missionnaires ; or celui-ci est clairement marqué par le refus de toute

1563 Eisler, *Art. cit.*, *passim*. Pour une analyse de l'instrumentalisation à long terme des cas de violence perpétrée contre des missionnaires, et leur contribution à la constitution d'un récit de violence latente inhérente à l'islam palestinien, nous renvoyons aux conclusions de Nancy L. Stockdale, « Danger and the missionary enterprise : the murder of Miss Matilda Creasy », in Heleen Murre-Van den Berg (éd.), *Op. Cit.*, pp. 113-132.

1564 Roderic H. Davison, « Turkish reactions concerning Christian-Muslim equality in the nineteenth century », in Albert Hourani, Philip Khoury & Mary C. Wilson (éds.), *The Modern Middle-East : a reader*, Londres / New York, I.B. Tauris, 1993, 61-81, pp. 71-72.

1565 Albert Hourani, « Ottoman reform and the politics of notables », in Hourani, Khoury & Wilson, *Op. cit.*, 108.

1566 Davison, « Turkish reactions concerning Christian-Muslim equality in the nineteenth century », in Hourani, Khoury & Wilson (éds.), *Op. cit.*, p. 74.

action violente, on va le voir.

Ainsi, lorsqu'Eisler évoque l'hostilité générale rencontrée par les missionnaires, avant et après 1856, cela relève d'un tout autre registre d'actions ou de réactions que la violence civile. A la lecture de son article, l'impression qui se dégage est surtout celle d'un événement traumatique fondateur qui teinte d'angoisse les perceptions des agents de la mission protestante ; or les hommes de la CMS, par leur mode opératoire, mettaient parfois à l'épreuve la patience des musulmans naplousains, ce qui sans doute favorisait les relations de mauvais voisinage. Le même auteur conclut à une normalisation progressive, surtout à partir des années 1890, allant de pair avec l'installation de la mission médicale protestante ; mais il nous semble insuffisamment critique face aux témoignages consulaires et missionnaires sur lesquels il se fonde, pleins d'un sentiment inébranlable de supériorité civilisationnelle. Ne tombons pas dans l'excès symétrique, en décrétant que tous les témoignages occidentaux, dont nous allons faire ici grand usage, sont soumis au carcan d'une mentalité impérialiste : un certain nombre de réactions occidentales témoignent, face à ces mêmes violences civiles, de sympathies actives avec tel ou tel parti, et irréductibles aux intérêts nationaux[1567]. En revanche, inspirons-nous de David Nirnberg qui, pour approcher l'histoire des violences communautaires dans l'Espagne, préconise de se départir du présupposé structuraliste faisant des préjugés inspirateurs de violence un substrat irrationnel, mieux, une substance, traversant l'histoire des idées, d'occurrence en occurrence :

> « Je ne prétends pas que des discours négatifs sur les juifs, les musulmans, les femmes ou les lépreux n'existaient pas, mais que tout discours hérité sur les minorités n'avait de force que lorsque les gens choisissaient de le trouver significatif et utile, et le reformulaient alors selon ces choix. En résumé, le discours et l'effectivité ne prennent sens qu'en relation l'un à l'autre[1568]. »

La tâche de l'historien est de recontextualiser les faits, en se gardant de produire des objets invariants pour pouvoir étudier ensuite leur caractère structural, sauf à risquer de reproduire les préjugés des acteurs dont ils analysent les actes. Les relations de la population naplousaine avec les médecins missionnaires sont d'une froideur variable selon les moments, mais les témoignages de ces derniers sont pleins d'un sentiment de sourde angoisse face à la possibilité d'éruptions de violence ; en cela, les hommes de la CMS sous-estiment les registres d'action non-violente que leurs adversaires épuisent les uns après les autres pour faire barrage au prosélytisme protestant.

1567 Mary Eliza Rogers, *La Vie domestique en Palestine*, Paris, Agence de la Société des écoles du dimanche, 1865, pp. 500-508.

1568 David Nirenberg, *Communities of Violence. Persecution of minorities in the Middle Ages*, Princeton, Princeton University Press, 1996, p. 6.

Après l'arrivée de quelques médecins libanais et galiléens dans les années 1880, l'installation en 1891, par la CMS, d'un dispensaire introduit une dimension de conflit politique dans la pratique de la médecine occidentale. Vis-à-vis de la mission, c'est la continuation d'une hostilité peut-être d'autant plus vive qu'elle s'articule désormais, avec ô combien de malaise, au sentiment de besoin ; les habitants de la ville ne sont pas dupes du marché que leur proposent les médecins missionnaires successifs. Ceux-ci doivent redoubler d'efforts pour normaliser leur présence aux yeux des autorités locales et des habitants ; la prédication imposée aux patients est un constant objet de scandale, et la cause de plus d'une péripétie juridique. La construction d'un hôpital missionnaire, ouvert au début de l'année 1901, suscite l'ire du conseil municipal de Naplouse. Un comité de notables se met en place pour reconstruire l'hôpital municipal fondé à la fin des années 1880 et tombé en déshérence, afin de proposer aux habitants de la ville une alternative à celui des britanniques. L'achèvement du projet, en 1910, conduit à un apaisement des esprits, jusqu'à l'éclatement de la Première guerre mondiale et l'expulsion des missionnaires britanniques, qui reviennent presque dans la foulée de la prise de Naplouse par l'armée du général Allenby, en septembre 1918.

Ce dernier événement contribue à renforcer, dans la mémoire collective, l'importance de l'opposition entre les deux hôpitaux, qui devient un enjeu quelque peu manichéen de résistance au colonialisme. Les deux institutions existent toujours, et si l'hôpital missionnaire non seulement est vu bien plus positivement aujourd'hui, mais constitue même un pôle d'excellence dans le paysage hospitalier local, c'est par suite de deux facteurs qui nous entraînent bien au-delà de notre étude. Le premier est l'implication de l'institution missionnaire dans le traitement des réfugiés de 1948, sous l'impulsion du Dr Jamīl Ṭaqṭaq qui y est employé depuis 1911. Le second est que cet hôpital est une institution privée, qui recrute des spécialistes parmi les meilleurs de Cisjordanie, tandis que l'hôpital municipal, connu sous le nom d'*al-Waṭanī* [l'hôpital national], a souffert des priorités de financement de l'administration israélienne en matière de santé publique, qui ont globalement joué contre le financement de plateaux de soins étoffés dans les hôpitaux gouvernementaux, au profit des centres de soins primaires[1569]. Le désenchantement à l'égard de l'Autorité palestinienne enveloppe aujourd'hui les hôpitaux gouvernementaux : le refrain est le même à leur sujet, que nous avons entendu au sujet de l'hôpital *al-Waṭanī* et des hôpitaux gouvernementaux de Rafidia (l'autre hôpital gouvernemental de Naplouse), de Ramallah ou de Bayt Jalā : « c'est l'hôpital des chats ! »

La raison de cet *ex cursus* en direction du présent n'est pas tant de montrer que des

1569 Giacaman, *Art. cit.*, pp. 26-27.

normes d'hygiène nouvelles se sont installées en l'espace d'un siècle, produisant ce type de réaction scandalisée face aux problèmes d'entretien des institutions hospitalières ; elle est de rappeler que le va-et-vient entre le présent et le passé, si heuristique soit-il, a ses limites. En concentrant notre analyse sur Naplouse, nous avons été amené à éplucher l'historiographie locale de la ville, les recueils de souvenirs, et les ouvrages ethnographiques qui en parlent, dont nous allons maintenant présenter les principaux. Si l'on se bornait à une reconstitution du passé à partir de souvenirs, c'est le fond politique qui prendrait le dessus ; et c'est bien ce qui se passe chez un historien local comme Iḥsān al-Nimr, auteur de cinq épais volumes d'une histoire de Naplouse et de son arrière-pays composée à partir des nombreux documents de sa famille, et qui met en valeur le rôle civique de cette dernière, jadis une des plus puissantes de la ville[1570]. Comparativement, les *Nābulsiyyāt* de Mālik Fāyiz al-Masrī, écrivain né d'une famille naplousaine originaire d'Egypte, mettent davantage l'accent sur les formes de sociabilité et de pratiques culturelles des habitants[1571] ; mais l'auteur, né en 1919, ne nous informe à rigoureusement parler sur notre période que par la mémoire transmise, et non de son propre témoignage[1572]. Trois sources principales nous servent de contrepoint contemporain, ou quasi-contemporain, à ce type de relecture : les archives de la municipalité, qui sont très formelles et peu détaillées, mais qui nous donnent des indices des politiques publiques locales en matière médicale ; les archives de la CMS, qui ne sont pas seulement des archives institutionnelles, mais qui contiennent également des informations sur le vécu des patients et sur les perceptions du grand public, toutes choses qui intéressent les médecins en tant que missionnaires, et les écrits classiques quoique peu sympathiques à l'égard de Naplouse, qu'a composés au début du mandat britannique le Père Jules-Antonin Jaussen, dominicain de l'Ecole Biblique et Archéologique Française de Jérusalem[1573] ; la majeure partie a été regroupée dans un volume intitulé *Naplouse et son district*.

Après l'arrivée des premiers médecins diplômés, puis celle des missionnaires, Naplouse s'est mobilisée pour se doter d'un hôpital moderne, qui a constitué le noyau du système hospitalier local actuel : elle est, du point de vue des institutions, la trame historique, et tels sont ses prolongements. Elle suscite l'insatisfaction à plusieurs titres. Tout d'abord, elle est très réductrice ; nous nous sommes donné le projet d'expliquer les ressorts structurants d'un champ médical, dont les possibilités à Naplouse excèdent de beaucoup la polarisation des relations entre missionnaires et autochtones. Pour dénombrer les angles morts, il faut ici se

1570 Iḥsān al-Nimr, *Op. cit.*, *passim*.
1571 Mālik Fāyiz al-Maṣrī, *Op. cit.*, *passim*.
1572 *Ibid.*, pp. 18-19.
1573 Jules-Antonin Jaussen, *Coutumes Palestiniennes. Naplouse et son district*, Paris, Librairie Geuthner, 1927, *passim*.

placer du point de vue des patients, eux-mêmes absents de la trame narrative institutionnelle ; et l'on peut alors reprendre l'essentiel du propos de Roy Porter, pour qui

> « il faut être deux pour faire une rencontre médicale [*medical encounter*] – le malade aussi bien que le docteur ; et pour cette raison, on pourrait affirmer que l'histoire médicale devrait accorder une place centrale aux rencontres à double entrée entre docteur et patients. Au juste, il faut être souvent plus de deux, car les événement médicaux ont fréquemment consisté en des rituels sociaux complexes impliquant la famille et la communauté, aussi bien que les personnes souffrantes et les médecins. De plus, une bonne partie de l'activité de soigner, dans le passé (et, bien entendu, dans le présent aussi), n'a donné qu'une place marginale, voire aucune, aux praticiens professionnels et se révèle être essentiellement une histoire d'automédication [*medical self-help*], ou de soin communautaire. Dans l'histoire médicale, l'initiative est souvent revenue aux malades, ou aux profanes en général, qui ont fréquemment été les détenteurs du pouvoir, plutôt qu'au médecin comme individu ou à la profession médicale prise globalement[1574]. »

Le projet de ce travail limite certes cette perspective d'histoire par en bas, car notre objet nous ramène aux praticiens ; mais nous pouvons retenir de ce propos, conçu sur la base de recherches sur l'Europe occidentale moderne, que les modalités de traitement connaissent une grande variété, que ceux que les praticiens de tout poil voient arriver devant eux ne sont qu'une frange de ceux qui tombent malades, et que leurs conseils et leurs prescriptions ne représentent que l'imperceptible écume des pratiques de santé et des gestes thérapeutiques. Rien n'est plus faux, pour comprendre les recours thérapeutiques des patients, que de faire du colloque singulier le point d'application du pouvoir médical, ou même de parler sans précaution de colloque singulier. A Naplouse à la fin du dix-neuvième siècle, le discours médical n'est pas omniprésent, ni plus que l'emprise du secteur pharmaceutique ; en revanche, et nous venons de le constater photographies à l'appui, la relation thérapeutique n'est pas close sur le couple du praticien et du patient. Toutefois, si l'on garde en tête l'idée que ledit colloque singulier représente un motif normatif pour ces mêmes médecins, c'est tout l'espace de l'adaptation des habitudes, et éventuellement des méthodes thérapeutiques aux attentes de la patientèle et, autour des malades, à celles de leurs familles, que cette question vient ouvrir. Inversement, la médecine occidentale possède un puissant pouvoir normatif, et dans leurs interactions avec les patients, les médecins formés en faculté cherchent à conformer non seulement ces interactions, mais aussi le comportement général des malades avec des normes apprises et importées. Ce faisant, le médecin transforme son métier et se fait pédagogue. Quelle incidence l'environnement humain de Naplouse a-t-il sur les modalités de la pratique de la médecine occidentale ?

1574 Roy Porter, « The patient's view : doing medical history from below », in *Theory and society*, 03/1985, vol. 14, n°2 (175-198), p. 175.

Ce premier questionnement invite à se poser une interrogation à rebours : le cadre hospitalier n'est pas la totalité de la pratique médicale, mais il suppose un fonctionnement organisé au quotidien, une main d'oeuvre spécifique chargée de l'encadrement des patients, une sociabilité restreinte. Toutefois, les modalités possibles des soins sont plus variées, et plus ou moins confortables pour le patient, selon qu'il doit être hébergé ou non, et selon qu'il doit se déplacer ou qu'au contraire le médecin va à sa rencontre. Quatre types de prise en charge médicale se dégagent : l'hospitalisation, dans laquelle les patients sont pris en charge nuitamment dans un encadrement médicalisé avec tout ce qu'il peut avoir de contraignant, la clinique ambulatoire qui voit les patients venir au centre de soin et repartir ou être hospitalisés selon les cas, la visite à domicile et la tournée médicale vers les villages, pour laquelle il revient au médecin de faire le premier et le plus long pas. Les médecins occidentaux mettent néanmoins l'accent sur l'hospitalisation, et il faut voir quelles peuvent être les raisons et les finalités de cette préférence. Une partie des réticences des patients est inhérente à ce choix, et on peut se demander dans quelle mesure l'adaptation du cadre hospitalier aux besoins culturels des patients ou l'importance relative accordée par les missionnaires aux autres modalités de soin sont révélatrices des choix thérapeutiques des patients.

En examinant le malaise des patients à l'égard de l'hôpital missionnaire, on envisage, vis-à-vis du fonctionnement de l'institution, à la fois les réticences des patients, touchant aux relations avec les médecins et aux systèmes de croyance sur la santé et la maladie, et leurs réactions d'ordre culturel. La résistance culturelle à l'égard des médecins de la CMS a-t-elle trait au type de médecine que ceux-ci pratiquent, ou aux aspects missionnaires de leur activité, ou à d'autres considérations encore ? Répondre suppose d'analyser les circonstances et la finalité des oppositions aux actions des missionnaires. Par ailleurs, est-ce que la société naplousaine s'est réellement sentie menacée par les missionnaires, ou bien est-ce que la vigueur de l'hostilité des Naplousains à l'égard de la CMS est seulement l'impression et le discours officiel de celle-ci sur sa position locale délicate ?

L'hôpital missionnaire n'est qu'un élément, bien visible il est vrai, d'une offre de soins qui ne fait nullement système. Les idées qui, jusqu'ici, ont guidé notre réflexion étaient celles de champ médical et, à un moindre degré, de marché. C'est à elles qu'il faut nous tenir. Dans la perspective du marché médical, il y a lieu d'enquêter sur le fonctionnement de la demande, si elle est élastique et si les préférences des patients en matière de soins affectent le type de traitements à donner. De ce point de vue, on peut essayer de comprendre le pluralisme médical comme un fait d'anthropologie économique, en cherchant à voir comment les recrutements et les modalités de la prestation de service médical, dans leur variété, reflètent

les intérêts spécifiques des praticiens et des patients ; mais la définition de ces intérêts fait toujours intervenir des facteurs culturels et sociologiques qui s'expriment dans la production et la consommation médicales.

La question de savoir chez quel praticien les patients vont en priorité nous semble, en tant que telle, indécidable, mais nous disposons, à travers la documentation missionnaire, d'un certain nombre d'éléments sur l'itinéraire thérapeutique des malades. Cette dernière dimension – les choix successifs des patients – fait ressortir la multiplicité des tensions sociales et des conflits qui traversent et structurent le champ médical. Ces divisions définissent une diversité d'alternatives thérapeutiques, qui sert de grille de lecture pour rendre compte des ressorts du choix des malades : proximité géographique ou familiale, réputation, fiabilité et spécialisation professionnelle. Notre hypothèse ici est qu'il y a une rédéfinition des lignes délimitant la légitimité professionnelle médicale à l'intérieur de la société naplousaine, à mesure que l'Etat produit des nouvelles normes. Ces lignes sont non seulement déplacées, mais démultipliées de telle façon que certaines formes de pratiques médicales soient désormais privées de légitimité d'un point de vue administratif et légal, mais restent préférées des patients, tandis qu'une institution comme la mission médicale protestante, qui se veut légitime d'un point de vue scientifique et qui s'inscrit rapidement dans une stricte adhérence à la lettre de la loi, ne bénéficie que d'une image douteuse aux yeux des Naplousains.

Ce chapitre s'organise autour des polarités principales à l'intérieur du champ médical, telles qu'elles se sont présentées à nous dans les sources, et vise à répondre à nos interrogations en reconstituant les différentes possibilités thérapeutiques qui se délimitent ainsi. Le résultat diffère sensiblement des partitions évolutionnistes de la pratique médicale, et d'une manière générale des systèmes descriptifs du pluralisme médical, car ces polarités ont une dimension très contextuelle ; elles tiennent jusqu'à un certain point à des contingences chronologiques. La première polarité est économique, et tient à la possession ou non d'un diplôme de médecine, qui ne se traduit pas immédiatement par la formation de marchés médicaux distincts, l'un légal et l'autre informel. La deuxième, d'une nature protéiforme, tantôt essentiellement culturelle et religieuse, tantôt politique, est très repérable dans l'espace social, puisqu'elle court entre notables locaux et missionnaires, tous avec leurs clients respectifs. La dernière polarité est d'ordre théorique, et distingue le regard du praticien de celui de l'ethnographe dans la compréhension générale de la médecine et de la maladie.

I – Une polarisation économique : la légitimité du diplôme

Avec la réforme du système de légitimation du droit d'exercer la médecine que porte en lui le règlement de 1861, et plus encore avec l'uniformisation du diplôme comme titre autorisant la pratique à la fin des années 1880, les lignes définissant le domaine de la légitimité professionnelle aux yeux des autorités sont déplacées, et échappent au contrôle familial. Ce mouvement ne se traduit pas par l'effondrement d'un secteur médical traditionnel au profit des médecins diplômés, mais il a trois conséquences principales sur l'organisation économique des métiers de la médecine. En premier lieu, pour les médecins et plus généralement pour les professionnels de la santé dotés d'un titre légal, le processus de redéfinition du droit médical fait de la formation un investissement et du diplôme un levier juridique, afin de contrôler la pratique, et éventuellement de mettre en place une situation d'oligopole. En deuxième lieu, la réalité de l'exercice, en s'écartant ostensiblement de la norme juridique, fait ressortir les structures économiques locales et familiales qui rendent l'activité médicale viable. Enfin, la difficulté des médecins diplômés à s'imposer, malgré leurs atouts juridiques et en raison de la force, à Naplouse, de l'ethnolocalisme dans le choix du praticien, conduit ces derniers à adopter des stratégies de fidélisation de la clientèle et de rabattage, en attirant les élites locales.

A – Du diplôme comme investissement

L'histoire des débuts de la mission médicale de la CMS, fermée en 1891 à la demande d'un pharmacien diplômé qui se plaignait que le médecin missionnaire employait un assistant sans qualification pour délivrer les ordonnances qu'il rédigeait, illustre les effets concurrentiels de la possession des diplômes. Les médecins et autres pharmaciens diplômés ne sont pas très nombreux dans bien des régions de l'Empire ottoman, et c'est le cas à Naplouse. Ailleurs, en l'absence de médecin diplômé, la lettre de la loi est vide de sens, et le *statu quo* sur le champ médical est accepté par les autorités ottomanes. Naplouse compte un certain nombre de médecins, mais les interventions judiciaires pour faire respecter le droit médical ne visent pas la concurrence non-diplômée de façon indistincte. Elles servent à faire valoir l'investissement consenti en argent et en efforts pour disposer du droit d'exercer la

médecine en toute légalité, mais ce levier juridique n'est appliqué que dans certains cas précis : pourquoi ?

1 – Une question de concurrence : l'affaire d'août 1891

Le 17 août 1891, le dispensaire missionnaire ouvert trois semaines plus tôt à Naplouse par le Dr Bailey est fermé sur ordre des autorités locales[1575]. Les locaux sont gardés par une troupe de soldats, et scellés, avec interdiction à quiconque d'y entrer, fût-ce pour une urgence ou pour un usage privé : Bailey se fait éconduire lorsqu'il cherche à y entrer pour récupérer des médicaments afin de soigner sa femme, atteinte de dysenterie[1576]. Comment rendre compte de cette mesure ?

La raison invoquée est que la mission médicale a fait délivrer des médicaments aux patients par un pharmacien non-qualifié, alors qu'il en existe un autre en ville, qui lui possède un diplôme légal. A l'origine de la plainte, se trouve, d'après le Révérend Christian Fallscheer, vétéran de la mission protestante de Naplouse,

> « l'envie des docteurs et pharmaciens musulmans qui se sentaient lésés par le Dr Bailey. Bien qu'ils n'y comprennent pas grand-chose, les gens leur ont fait confience, car ils sont de la lignée d'un saint venu de La Mecque. Ils appartiennent à une grande famille, dont chaque garçon qui vient au monde devient aussitôt un Docteur en apprenant dans de vieux livres de médecine arabe[1577]. »

Ces remarques nous permettent d'identifier la famille en question, à laquelle il a déjà été fait allusion à quelques reprises, car il doit s'agir d'une famille de praticiens habilités. Dans notre documentation, seule la famille Abū Ġazālah correspond à ce profil ; Iḥsān al-Nimr, historien local de Naplouse, nous dit que la famille s'était spécialisée dans le secteur médical et y jouissait d'une bonne réputation pour son intégrité et sa piété[1578]. Il ajoute que cette famille comptait plusieurs pharmaciens autorisés [*bi-ijāzah*, littéralement : munis d'un permis] parmi ses membres, sur plusieurs générations et notamment à la fin de l'époque ottomane[1579]. Le Dr 'Āhid Abū Ġazālah fut le premier médecin de la famille à se rendre à Istanbul pour obtenir un diplôme légalisant son exercice de la médecine. Ce dernier et son frère 'Umar exerçaient respectivement la médecine et la pharmacie en toute régularité à la fin du dix-

1575 CMS G 3 P/O 1891/233, de Zeller au comité de supervision de la mission de la CMS en Palestine, de Jérusalem, 19/08/1891.
1576 CMS G 3 P/O 1892/209, de Bailey, de Naplouse, 02/05/1892.
1577 CMS G 3 P/O 1891/330, de Christian Fallscheer au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Naplouse, 05/12/1891.
1578 Nimr, *Op. cit.*, vol. 2, p. 74.
1579 *Ibid.*, vol. 4, p. 234, note 1.

neuvième siècle[1580]. Enfin, nous avons déjà dit que cette famille se prévalait également des connaissances de plusieurs de ses membres dans les sciences de l'islam, bien que Mahmoud Yazbak ne parle pas d'eux dans son analyse des *'alīm*-s de Naplouse[1581]. Le fait corroborerait le prestige religieux de la famille, même si nous n'avons pas trouvé de référence à une origine mecquoise, qui cadrerait mieux avec le récit des origines d'autres familles de la ville, tels les al-Tamīmī, dont l'un des rejetons, Rušdī, passe sa médecine à l'USJ à la toute fin de l'Empire ottoman et dans les débuts de l'occupation française[1582]. Néanmoins, l'identification des plaignants aux frères Abū Ġazālah ne nous semble guère faire de doute.

Dans un premier temps, Bailey met en avant la dimension humanitaire de la mission, en pressant le consul général de Grande-Bretagne à Beyrouth de faire valoir auprès du gouvernement ottoman que si la mission médicale délivre des médicaments, c'est en les donnant et non en les vendant. Par conséquent, le pharmacien de la CMS ne pratiquerait pas une activité commerciale contre la loi en vendant des remèdes ; il ne ferait que donner une assistance, certes rémunérée, à cette société en les délivrant *gratis*[1583]. Bailey conteste que cela puisse créer une distorsion du marché pharmaceutique local en affirmant qu'un seul pharmacien diplômé ne pourrait en aucun cas suffire pour la population du *sanjak* de Naplouse, forte de 140 000 habitants, qui n'en compte pas d'autre que le plaignant[1584]. Du point de vue de l'analyse économique, le raisonnement ne convainc guère : la gratuité des remèdes délivrés par un pharmacien est très suffisante pour assurer à ce dernier un monopole sur la clientèle contre des concurrents payants. Telle est la logique de la nouvelle réglementation pharmaceutique, qui interdit de « donner » (Bailey se réfère ici à la traduction française du texte) des médicaments, ce qui englobe tant la vente que la délivrance gratuite[1585]. Le droit médical ottoman ne s'oppose pas à la gratuité des soins et des médicaments en elle-même, mais il impose la possession d'un pharmacien diplômé à cette fin.

Comprenant que la fermeture de la mission médicale n'est rien d'autre que la sanction d'une délégation abusive de responsabilité médicale à un employé non-qualifié, Bailey, détenteur d'un diplôme d'Etat ottoman, propose alors de délivrer lui-même les médicaments après avoir rédigé les ordonnances[1586]. Il demande au consulat britannique à Beyrouth d'écrire

1580 Entretien avec le Dr Hātim Abū Ġazālah, Naplouse, 12/07/2005.
1581 Yazbak, *Art. cit.*
1582 Faculté Française de Médecine de Beyrouth, *Liste officielle de MM. les Médecins et Pharmaciens diplômés de la Faculté Française de Beyrouth (Session de mars 1887 – session de juillet 1922)*, Beyrouth, Imprimerie Catholique, 1922, p. 39.
1583 CMS G 3 P/O 1891/247, de Bailey au secrétaire de la CMS, de Beit Méry, 08/09/1891.
1584 *Ibid.*
1585 CMS G 3 P/O 1892/7, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 11/12/1891.
1586 CMS G 3 P/O 1891/290, de Zeller à Lang, de Jérusalem, 28/10/1891.

dans ce sens à l'ambassade à Istanbul, mais là encore, c'est peine perdue[1587]. En effet, la réglementation ottomane interdit également la confusion des responsabilités, dès lors qu'il existe un pharmacien qualifié dans la localité. Au refus de la confusion des genres, la loi ajoute ainsi un principe de réalité : c'est la situation existante dans une localité qui conditionne l'applicabilité des textes, car il n'y a pas assez de pharmaciens diplômés partout. Bailey, qui défendait cette solution par esprit d'économie pour la CMS, renonce et engage un pharmacien maronite à Beyrouth avant de rentrer à Naplouse à la mi-novembre 1891[1588]. Là, il se rallie au bien-fondé de l'interdiction faite aux médecins de se substituer aux pharmaciens diplômés du lieu, quand, à la fin 1891, il insiste sur la nécessité d'avoir un pharmacien qualifié pour assurer la survie de la mission : en cas d'empoisonnement, le pharmacien seul serait incriminé, alors qu'en l'absence d'une telle couverture, la responsabilité juridique pèserait sur le médecin, dont l'inculpation entraînerait directement la fermeture du dispensaire[1589]. A la vérité, il n'est pas sûr que la mission médicale survivrait aux accusations portées contre son pharmacien, et comme cet argument s'inscrit dans un autre contexte, quand l'essentiel pour Bailey est de défendre son choix d'embaucher un pharmacien diplômé pour un salaire excessif aux yeux des autorités de la CMS, le raisonnement est sophistique.

Cette dernière remarque ne vaut pas que de l'argumentaire de Bailey, on pourrait en dire de même de ses adversaires. On a vu au chapitre 2 que l'Etat ottoman s'efforçait de contercarrer les alliances commerciales entre médecins et pharmaciens, et on pourrait aisément arguer que les frères Abū Ġazālah sont de connivence. Où s'arrête la fratrie, où commence l'entente commerciale illicite ? C'est d'ailleurs ce que suggère une boutade de l'époque : lorsqu'on passait près du cimetière qui s'étend sur les pentes du Mont Gérizim, on saluait les défunts en leur disant « Al-salām 'alaykum, yā šuhadā' 'ā'ilat Abū Ġazālah ! » [La paix soit avec vous, ô martyrs [tombés victimes] de la famille Abū Ġazālah !][1590].

Dans la mesure où les frères Abū Ġazālah ont fait le choix de passer un diplôme à Istanbul pour exercer en toute légalité, la présence d'une mission médicale représente une concurrence déloyale et une menace pour l'un comme pour l'autre. Leur différend avec la CMS trouve son origine dans une divergence sur la finalité de la médecine. Du point de vue des missionnaires, elle constitue une action caritative et, en définitive, un service public, tandis que pour les frères Abū Ġazālah, il s'agit principalement d'un secteur économique, une activité qualifiée qui a requis de leur part un investissement. Dans le débat, l'administration

1587 CMS G 3 P/O 1891/273, de Bailey, destinataire inconnu, de Beyrouth, 15/10/1891 ; et 1892/55, de Bailey à Lang, de Naplouse, 31/12/1891.
1588 CMS G 3 P/O 1891/312, de Zeller à Lang, de Jérusalem, 25/11/1891.
1589 CMS G 3 P/O 1892/55, de Bailey à Long, de Naplouse, 31/12/1891.
1590 Entretien avec Sihām Abū Ġazālah, Naplouse, 17/04/2005.

ottomane locale a tranché, ponctuellement, en faveur de cette dernière interprétation. La manière dont sont rebutés par l'Etat les arguments successifs invoqués par Bailey pour défendre le fonctionnement de la mission médicale de Naplouse éclaire le sens qui est donné ici à l'idée de concurrence loyale ou déloyale.

Toutefois, la fermeté des autorités gouvernementales ottomanes dans cette affaire montre qu'il en va de bien plus qu'un contexte particulier à Naplouse : elle touche à la souveraineté ottomane. Dans un premier temps, en effet, Bailey semble convaincu que la fermeture n'est qu'une manoeuvre orientée contre la mission, ce qui justifierait ses espoirs de faire annuler la décision en faisant jouer la diplomatie des puissances protestantes, non seulement la Grande-Bretagne mais également l'Allemagne[1591]. La mobilisation des consulats et des ambassades apparaît ici comme la stratégie ordinaire des missionnaires, afin que les représentations nationales fassent jouer la bureaucratie ottomane contre la prise de décision par les autorités locales, toujours représentées comme suspectes d'arbitraire et d'avanie. L'optimisme initial de Bailey s'explique du fait que la décision de fermer le dispensaire avait été prise par un fonctionnaire de rang assez peu élevé, qui assurait l'intérim du gouverneur de Naplouse en titre[1592]. Toutefois, dans son voyage à Beyrouth, le missionnaire se rend compte que la réalité est tout autre : il ne s'agit pas d'une mesure d'obstruction de la part de l'administration locale, mais de l'application d'un texte officiel. *Dura lex, sed lex* : la diplomatie peut jouer pour faire invalider une décision ponctuelle, mais elle est impuissante face à une loi nationale, car en l'espèce, le gouvernement ottoman peut se prévaloir du principe de réciprocité et arguer que les normes d'exercice de la médecine adoptées en Grande-Bretagne sont sensiblement plus draconiennes[1593]. Dans ses démarches, Bailey ne parvient pas à obtenir la réouverture de la mission médicale, ni l'annulation de l'amende de 10 £ prononcée par un tribunal de Naplouse à l'encontre de Halīl Haddād, le pharmacien du dispensaire[1594]. Le seul résultat de ses démarches auprès du gouverneur de Beyrouth est que ce dernier reconnaît que l'attitude des autorités à Naplouse a été quelque peu brutale, mais non pas illégale, en appliquant directement une loi récente dans toute sa rigueur, sans donner d'avertissement préalable[1595]. L'invocation des normes de concurrence, appuyée sur la loi ottomane, se révèle un levier efficace pour agir contre la mission, puisqu'il renvoie à deux normes universalisables, l'une médicale, l'autre commerciale, valables en Grande-Bretagne.

1591 CMS G 3 P/O 1891/249, de Zeller au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jérusalem, 15/09/1891 ; et 1891/273, de Bailey, destinataire inconnu, de Beyrouth, 15/10/1891.
1592 CMS G 3 P/O 1892/7, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 11/12/1891.
1593 CMS G 3 P/O 1891/247, de Bailey au secrétaire de la CMS, de Beit Méry, 08/09/1891 ; 1891/250, du Dr Robert Elliott à Zeller, de Gaza, 04/09/1891.
1594 CMS G 3 P/O 1891/247, de Bailey au secrétaire de la CMS, de Beit Méry, 08/09/1891.
1595 CMS G 3 P/O 1891/273, de Bailey, destinataire inconnu, de Beyrouth, 15/10/1891.

Les contentieux économiques et les protestations anti-missionnaires ou anti-britanniques suscitées par la fondation de la mission médicale de la CMS sont canalisés sous la forme d'une action légale. Bailey a froissé les sensibilités des habitants par des décisions qui lui ont donné une image arrogante et menaçante. Ainsi que le dit un de ses collègues, en prenant du recul par rapport à l'affaire:

> « Malheureusement, le Dr Bailey se croit tenu d'arborer le drapeau anglais au dessus de sa maison, ce qui revient à agiter un chiffon rouge sous les yeux d'un taureau furieux. Il faut que lui et Mme Bailey évitent soigneusement de donner jusqu'à l'apparence de la moindre provocation, ou il devra faire face à une répétition des mêmes ennuis, peut-être sous une forme plus grave[1596]. »

On n'eût pas signifié plus clairement que, pour les Naplousains et les Ottomans en général, les missionnaires étaient les fourriers de la colonisation. L'affaire manifeste le ressentiment d'une partie au moins de l'opinion publique naplousaine contre eux, et elle montre également les tensions qui règnent, en interne, entre les missionnaires, et président aux choix de recrutement en considération de la situation du marché du travail médical régional.

Le ressentiment des Naplousains est sensible dans cette affaire, et il est déconnecté de l'enjeu de concurrence qui en est le coeur en même temps que le prétexte. John Zeller, missionnaire chargé par intérim de la direction du personnel de la mission de Palestine, mentionne deux intérêts très distincts à l'origine de la fermeture de la mission, survenue deux jours plus tôt:

> « la véritable raison de l'intervention de l'administration est sans nul doute ses objections à la prédication de l'Evangile dans le dispensaire et la jalousie de certains médecins charlatans de Naplouse[1597]. »

Zeller reproduit ici le point de vue de Bailey, qui met en exergue la dialectique par laquelle l'intérêt particulier des professionnels de la santé locaux, auxquels il refuse pour lors toute légitimité, s'appuie sur le ressentiment des habitants, et l'intérêt général, défini par une solidarité dans l'islam, est protégé par la réponse légale à une protestation privée. L'idée est cohérente avec celle, évoquée plus haut, selon laquelle les frères Abū Ġazālah auraient mobilisé l'opinion publique locale contre le dispensaire au moyen d'arguments religieux.

Toutefois, ce même Zeller, qui a enquêté sur le terrain et conçoit visiblement une défiance croissante à l'endroit de Bailey, suggère bientôt que ce dernier a adopté une attitude maladroite, sinon arrogante, sur les plans missiologique et symbolique. Il suggère d'abord, en se défendant de viser particulièrement Naplouse, que la prudence est une condition de tous les

1596 CMS G 3 P/O 1891/290, Zeller à Lang, de Jérusalem, 28/10/1891.
1597 CMS G 3 P/O 1891/233, de Zeller au comité de supervision de la mission de la CMS en Palestine, de Jérusalem, 19/08/1891.

types de mission en pays musulman, et qu'il faut se garder de comportements ou d'« expériences sensationnelles » de nature à offenser la population locale[1598], ce qui englobe notamment l'usage de symboles de souveraineté comme le drapeau par Bailey, dès son arrivée:

> « Il faut que lui et Mme Bailey évitent soigneusement de donner jusqu'à l'apparence de la moindre provocation, ou il devra faire face à une répétition des mêmes ennuis, peut-être sous une forme plus grave[1599]. »

Après la réouverture de la mission médicale, en novembre 1891, Bailey se montre plus prudent en soignant gratuitement les autorités administratives et religieuses de Naplouse[1600], et se défend d'avoir été imprudent outre mesure dans la prédication, en se référant aux conseils pratiques d'autres missionnaires[1601] ; mais de l'avis de Zeller, en septembre 1892, il a brûlé ses vaisseaux et représente un danger pour l'ensemble de la mission dans cette ville, en ayant éveillé les soupçons des habitants sur un plan à la fois religieux et politique[1602].

En toute justice, le fossé entre les deux hommes s'est creusé en l'espace d'une année et l'avis de Zeller sur Bailey à l'été 1892 tend à être beaucoup moins amène qu'en 1891, pour des raisons qui ont désormais bien davantage à voir avec le positionnement respectif des deux hommes au sein du monde missionnaire protestant de la région qu'avec la stratégie missionnaire. Dans ce contexte de frictions, la question du pharmacien du dispensaire de Naplouse devient un fil rouge, car elle affecte le fonctionnement, les finances et les valeurs de la mission de Palestine.

Sur le plan du fonctionnement, l'affaire d'août 1891 fait apparaître un risque pour l'ensemble des dispensaires de la mission de Palestine. Dans l'immédiat, aucune autre ville ne connaît une configuration semblable à celle de Naplouse ; ni à Gaza, ni à Salt, il ne se trouve de pharmacien diplômé, mais ce n'est qu'une question de temps avant qu'une situation similaire à celle d'août 1891 ne se produise. En prévision de ce moment, la mission de Palestine délibère sur la politique à adopter dans les autres missions médicales pour éviter une répétition de l'affaire de Naplouse : faut-il recruter des pharmaciens diplômés, ou renvoyer leur clientèle aux pharmaciens diplômés du pays. Dans un premier temps, la seconde solution est exclue : le Révérend Dr Elliott, médecin missionnaire à Gaza, argue qu'il est hors de question de se dérober à la loi, mais que la mission de la CMS est de soigner prioritairement

1598 CMS G 3 P/O 1891/249, de Zeller au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jérusalem, 15/09/189.
1599 CMS G 3 P/O 1891/290, Zeller à Lang, de Jérusalem, 28/10/1891.
1600 CMS G 3 P/O 1891/330, de Christian Fallscheer au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Naplouse, 05/12/1891 ; et 1892/55, de Bailey à Lang, de Naplouse, 31/12/1891.
1601 CMS G 3 P/O 1892/362, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 23/07/1892.
1602 CMS G 3 P/O 1892/357, de Zeller à Lang, de Jérusalem, 21/09/1892.

les pauvres et que pour cela il lui faut avoir ses propres pharmaciens. Il est sous-entendu dans son propos que ceux-ci doivent être recrutés selon des critères missionnaires : il ne saurait être question de se fier à des hommes inspirés d'un esprit de commerce, ou sans lien avec la foi protestante[1603]. De fait, une des accusations portées contre le pharmacien 'Umar Abū Ġazālah est d'imposer des tarifs exorbitants aux chrétiens[1604], ce qui peut s'entendre soit comme une accusation d'arbitraire sur les prix, soit comme une dénonciation des montants exigés en général : la correspondance ultérieure de Bailey, qui évoque des prescriptions facturées pour un montant d'un *mecidiyyé* par le pharmacien, incline en faveur de la seconde interprétation[1605].

Il semble, cependant, que Bailey conçoive le dispensaire comme un pré carré, une institution autosuffisante. C'est visiblement moins la nécessité qui motive ses démarches de recrutement que ses propres désirs d'une mission médicale à sa convenance et, de préférence, au personnel intégralement protestant, . Ainsi, après avoir embauché un pharmacien maronite en novembre 1891, il continue à négocier – mais cette fois, en position de force – avec un protestant, qu'il finit par embaucher à l'été 1892. Il n'en avertit pas son supérieur hiérarchique, Zeller, que cette attitude achève de froisser. Une nouvelle querelle survient entre les deux hommes, autour de la nécessité d'embaucher un pharmacien au service de la mission. Bailey envisage un moment d'embaucher Abū Ġazālah malgré tout, et demande son avis sur ce point à Zeller[1606], avant de se rétracter aussitôt et de nier même avoir conçu ce projet, dès qu'il a conclu l'embauche du pharmacien protestant avec lequel il était en négociation. Il accuse alors son supérieur de se mêler de ce qui n'est pas de sa compétence, en prétendant intervenir sur le recrutement d'un professionnel de la santé par un médecin qualifié[1607]. A cela, Zeller répond que son avis a été sollicité et qu'il a répondu en fonction de la piètre opinion que Bailey a déjà déclaré avoir d'Abū Ġazālah ; il ajoute que le recrutement de ce dernier risquerait de poser problème si, comme il est probable, il est question de le licencier pour embaucher un chrétien : ce serait s'en faire un ennemi irréductible et puissant. Renvoyer la clientèle du dispensaire vers son échoppe n'engage en revanche à rien, dans l'attente de disposer des fonds nécessaires pour pouvoir nommer un pharmacien conforme aux désirs de la mission[1608]. Ce qui exacerbe la tension entre les deux hommes, c'est que Bailey s'absente plusieurs jours faute d'un pharmacien qualifié à la missionn, et va séjourner à Haifa, chez les rivaux britanniques de la CMS, les Schapira. La mission est en effet susceptible d'être fermée aussi longtemps

1603 CMS G 3 P/O 1891/250, d'Elliott à Zeller, de Gaza, 04/09/1891.
1604 CMS G 3 P/O 1891/247, de Bailey au secrétaire de la CMS, de Beit Méry, 08/09/1891.
1605 CMS G 3 P/O 1892/369, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 20/09/1891.
1606 CMS G 3 P/O 1892/369, de Zeller à Bailey, de Jérusalem, 30/09/1891.
1607 CMS G 3 P/O 1892/369, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 20/09/1891.
1608 CMS G 3 P/O 1892/369, de Zeller à Bailey, de Jérusalem, 30/09/1891.

qu'il n'y a pas de pharmacien officiellement en poste pour couvrir l'assistant que Bailey a embauché par ailleurs. De toute cette affaire, Zeller conclut que Bailey ne travaille pas du tout dans le « bon esprit », ce qui ne renvoie pas seulement à ses accointances avec un missionnaire rival comme Schapira[1609].

Le conflit entre les deux hommes émane en effet de l'appréciation par Zeller des buts poursuivis par Bailey dans son travail. A partir de son retour de Beyrouth en novembre 1891, ce dernier tire en effet la mission vers l'autosuffisance économique, et plie l'ensemble de la mission à une démarche de poursuite du profit. Pour garantir la pérennité de la mission en élargissant son influence dans la société locale, il attire les notables locaux à la mission[1610], apaise les craintes des élites et de l'administration, et multiplie les visites à domicile[1611]. Dans le même temps, il demande à pouvoir réinjecter les recettes de la mission médicale dans celle-ci[1612], et à pouvoir en garder la moitié pour lui en raison de ses ressources limitées[1613]. La demande est poliment refusée, et le principe de centralisation à Londres des revenus des institutions missionnaires prévaut[1614] ; mais entre-temps, Bailey s'est forgé une réputation de médecin entré dans un régime concurrentiel. Son barême tarifaire et l'application de ses honoraires correspond à une logique de progressivité des montants à payer en fonction des revenus : ainsi, il perçoit une piastre pour toute consultation au dispensaire, mais en reverse tout aux pauvres et une partie inversement proportionnelle au revenu aux autres[1615].

Le médecin adapte ses soins de pratique privée aux désirs de la population aisée, que ce soient les visites à domiciles, pour un *mecidiyyé* (là encore, selon un barême progressif), ou les consultations privées au domicile de Bailey, pour la moitié de cette somme[1616]. Dans le même temps, il se sert du relais que constitue pour lui la communauté protestante locale pour se faire une idée du revenu de ses patients, en faisant remarquer que certains hommes riches se présentent mal habillés à la consultation dans l'espoir de se voir rembourser les honoraires[1617].

Le résultat est qu'on lui reproche plutôt de courir après les honoraires, et de se montrer irrégulier, en revanche, dans sa présence au dispensaire, qui ne rapporte guère, et dans l'exercice de ses fonctions missionnaires. Il semble ainsi être passé d'un extrême à l'autre,

1609 CMS G 3 P/O 1892/357, de Zeller à Lang, de Jérusalem, 21/09/1891.
1610 CMS G 3 P/O 1892/55, de Bailey à Lang, de Naplouse, 31/12/1891.
1611 CMS G 3 P/O 1892/201, de Zeller à Lang, de Jérusalem, 13/05/1892.
1612 CMS G 3 P/O 1892/163, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 23/03/1892.
1613 CMS G 3 P/O 1892/55, de Bailey à Lang, de Naplouse, 31/12/1891.
1614 CMS G 3 P/O 1892/201, de Zeller à Lang, de Jérusalem, 13/05/1892.
1615 CMS G 3 P/O 1892/209, rapport sur la mission médicale de Naplouse, pour la 31e conférence de la mission de Palestine de la CMS, par le Dr Bailey, 02/05/1892.
1616 CMS G 3 P/O 1892/7, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 11/12/1891.
1617 CMS G 3 P/O 1892/240, de Bailey à Lang, de Naplouse, 20/05/1892.

d'une prédication maladroitement voyante jusqu'à l'oubli de celle-ci. Toutefois, le reproche principal qui lui est fait au sein de la mission est, non pas de chercher à s'enrichir, mais de pécher par excès d'ambition et de dépense, dans l'espoir de donner de l'ampleur à sa tâche médicale[1618]. C'est là une constante des missions médicales : lorsqu'elles réussissent, c'est généralement davantage sur le plan des soins que sur celui de la propagation de la foi.

C'est sur le plan des coutumes locales que Bailey vient justifier les augmentations budgétaires successives qu'il demande : le refus qu'il essaie d'opposer aux patients de délivrer des médicaments n'est pas pris comme tel, mais comme une invitation à le soudoyer. Il lui est, du reste, difficile de fermer la porte au nez de patients en train d'attendre leur consultation, ce qui ruinerait l'image de la mission. On retrouve ici l'image de la médecine occidentale comme pourvoyeuse de médicaments, ce qui se révèle désastreux pour les finances de la mission, dans la mesure où une partie importante des remèdes en question est importée directement de Grande-Bretagne[1619]. Toutefois, dans le contexte des années 1890, avec la concurrence accrue pour le recrutement des pharmaciens diplômés, l'inflation des dépenses médicales n'est pas entièrement liée à l'inflation des factures et des budgets demandés par Bailey.

Cette affaire illustre les effets économiques, professionnels et thérapeutiques d'une réforme émanée de l'Etat ottoman. Le processus normatif engagé par celui-ci aboutit à une judiciarisation de la concurrence, ainsi qu'à une tendance à la mobilisation de moyens pour assurer une prépondérance dans l'offre de soins. Comme on le verra bientôt, le non-dit de cette affaire est le détournement de son but initial de contrôle du secteur médical et pharmaceutique informel. La rivalité entre les frères Abū Ġazālah et la mission médicale, qui tous se prévalent à leur tour de la légalité et de la légitimité professionnelle, ne touche pas la pratique médicale et la commercialisation de remèdes qui continue, inchangée, sur le marché de Naplouse et ailleurs.

2 – Les effets concurrentiels d'une réforme

L'effet concurrentiel de l'interdiction faite aux pharmaciens non-qualifiés de vendre ou donner des médicaments est redoublé par la fin, concomitante, du système d'octroi de permis d'exercice aux pharmaciens formés sur le tas : seuls les pharmaciens titulaires d'un diplôme ottoman de pharmacie sont désormais habilités à ouvrir une officine[1620]. Le nombre de

1618 CMS G 3 P/O 1892/201, de Zeller à Lang, de Jérusalem, 13/05/1892.
1619 CMS G 3 P/O 1892/283, de Baily à Zeller, de Naplouse, 06/07/1892.
1620 CMS G 3 P/O 1892/196, minutes de la 31e conférence de la mission de Palestine de la CMS, Jérusalem, 03-10/05/1892.

pharmaciens diplômés disponibles diminue immédiatement de façon radicale ; le bassin d'emploi pour celles-ci est brusquement tari, et ceux qui sont susceptibles d'être embauchés demandent des salaires supérieurs.

Jusque là, en effet, la formation sur le tas était largement dominante, ce qui permettait une transition entre les modalités traditionnelles de transmission des savoirs pharmacologiques et une qualification au moyen exclusif de l'enseignement supérieur. Les examens auxquels les pharmaciens étaient soumis à Istanbul permettaient une certaine normalisation des savoirs, mais le fait qu'une telle voie était offerte portait témoignage qu'il n'y avait pas de césure, sinon sur le plan de l'épistémologie, du moins sur celui des savoirs cumulatifs au sujet des remèdes, entre la pharmacie locale, largement héritière de la médecine arabe, et celle qui se pratiquait en Occident[1621]. A terme, la réforme est censée réduire la pharmacie traditionnelle à un état résiduel, tout comme la réforme de la qualification médicale peu d'années auparavant tendait à pousser vers les marges la médecine arabe et ses praticiens. Dans l'immédiat, cependant, l'effet de la réforme est que les normes d'exercices de la pharmacie varient selon qu'il se trouve un pharmacien diplômé ou non dans la localité, et de raréfier le nombre de pharmaciens prêts à s'installer dans les villes, telle Naplouse, où il existe déjà des pharmaciens diplômés.

Pour la CMS, qui emploie à Gaza un pharmacien formé sur le tas sans qualification, les possibilités de recrutement varient grandement d'une mission médicale à une autre. Ce dernier, Iskandar Knesevitch, fils aîné du médecin sanitaire de la ville qui, dans les années 1870, travaillait pour la mission catholique[1622], ne risque pas d'y être inquiété dans l'immédiat. En revanche, le projet qu'avait conçu Bailey d'envoyer le jeune homme à Istanbul pour qu'il fasse valider ses connaissances, puis revienne à Naplouse occuper les fonctions de pharmacien de la mission, est caduc, puisqu'il lui faudrait maintenant aller passer quelques années en école de pharmacie pour obtenir un diplôme, afin d'être dans la légalité[1623]. L'obligation dans laquelle se trouvent les missionnaires de trouver un pharmacien diplômé pour Naplouse, selon des critères préférentiels très restrictif, fait singulièrement monter les enchères quant au salaire.

Les pharmaciens diplômés sont rémunérés selon une échelle de salaires nettement plus haute que leurs confrères non-qualifiés. Ainsi, Iskandar Knesevitch touche 72 £ par an en 1894, nettement moins que le pharmacien de la mission de Naplouse, ce qui donne lieu à des

1621 « Règlement sur l'exercice de la pharmacie civile », 7 Jumādā al-ṯānī 1279 AH / 29/11/1862 AD, in Young, *Op. cit.*, Vol. n°3, pp. 199-203.

1622 Pierre Médebielle, *Gaza et son histoire chrétienne*, Jérusalem, Imprimerie du Patriarcat Latin, 1982, pp. 70-72.

1623 CMS G 3 P/O 1892/247, de Bailey au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Beit Méry, 08/09/1891.

récriminations de la part du premier, dont la tâche réelle n'est pas limitée à tenir la pharmacie mais englobe le secrétariat administratif de la mission de Gaza[1624]. Les différents pharmaciens approchés par Bailey demandent tous des sommes supérieures au double de ce salaire : l'un d'entre eux, un protestant établi à Damas, demande 100 £ par an, mais aussi le paiement par la mission du loyer d'une maison ; au total, Bailey dit ne pas avoir trouvé d'autre offre inférieure à 14 £ par mois, soit 168 £ par an, que le pharmacien latin qu'il a embauché en définitive pour 8 £ par mois, autrement dit 96 £ l'année[1625]. La division entre les pharmaciens non-qualifiés, que la mission continue d'employer à Gaza et à Salt, ou même à Naplouse en position d'assitant, et leurs collègues diplômés, ne traverse pas seulement le paysage médical naplousain ; elle est aussi présente, et d'une manière peut-être beaucoup plus rigide et accentuée, à l'intérieur de la mission médicale de la CMS. Si les écarts de salaires évoqués ci-dessus montrent une chose, c'est que les missionnaires ont une considération très marquée pour le poids des diplômes. Cela dit, les salaires élevés sont également utilisés, de propos délibéré, comme un moyen de fidéliser le personnel qualifié. Toutefois, la crise d'août 1891 inspire un autre moyen qui permet en outre de sortir de la logique concurrentielle.

Pour Bailey, la condition pour assurer la pérennité de la mission médicale devant la nécessité nouvelle d'embaucher des pharmaciens diplômés, réside dans la formation de protestants pour ce métier, en profitant de la solidarité confessionnelle avec le SPC. C'est ce qu'il propose de mettre en place avec le pharmacien non-qualifié de la mission médicale, Ḥalīl Haddād. L'idée, adoptée sur sa proposition par la mission de Palestine[1626] puis par le comité de supervision de celle-ci, est de financer ses études et son voyage à Istanbul pour obtenir un diplôme de l'EIM, sur la base d'un engagement qui s'apparente à un contrat d'indenture. Les frais de scolarité, les voyages et les droits perçus par l'administration ottomane sont à la charge de la CMS, mais le jeune homme s'engage sur l'honneur – sans du reste que sa déclaration ne stipule ce qu'il adviendrait s'il rompait l'engagement – à travailler pendant cinq ans, à compter de l'obtention du diplôme ottoman de pharmacie, pour les missions médicales de la CMS, pour un salaire à établir par cette dernière[1627]. Pour Ḥalīl Haddād, qui aurait été incapable de financer les études de son choix, l'avantage du système est évident. Du point de vue de la société missionnaire, c'est là un moyen non seulement de contourner la concurrence, mais aussi de faire des économies substantielles sur la masse salariale de la mission de

1624 CMS G 3 P/O 1894/25, minutes du comité des finances de la mission de Palestine de la CMS, Jérusalem, 15/01/1894.
1625 CMS G 3 P/O 1892/240, de Bailey à Lang, de Naplouse, 20/05/1892.
1626 CMS G 3 P/O 1892/196, minutes de la 31e conférence de la mission de Palestine de la CMS, Jérusalem, 03-10/05/1892 ; & 1892/240, de Bailey à Lang, de Naplouse, 20/05/1892.
1627 CMS G 3 P/O 1892/353, lettre de Ḥalīl Ḥaddād au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Naplouse, 02/09/1892.

Palestine. Toutefois, il ne semble pas que cette situation ait été élaborée au point de devenir une véritable filière.

Le durcissement des normes d'exercice des professions de santé donne un surcroît de valeur ajoutée aux formations qui y préparent ; mais cette circonstance ne vaut que pour des professionnels dont la situation locale nécessite un diplôme, à l'intérieur d'un marché du travail restreint et très institutionnalisé, au sein duquel l'absence de qualification expose à de coûteuses poursuites. En pratique, la coexistence de médecins diplômés et non-diplômés perdure.

B - *Ṭabīb*-s contre *mutaṭabbib*-s

L'application de la norme légale contre la mission ne conduit pas en elle-même à relativiser la portée de cette dernière, quoique nulle part dans nos sources, ni dans celles de la CMS, ni dans celles de la municipalité, il ne soit fait allusion à une traque des médecins et des pharmaciens non-qualifiés. On s'attend à ce qu'une institution relevant de la médecine occidentale soit confrontée à la réglementation ottomane qui promeut cette dernière ; mais il semble que les formes alternatives de médecine soient tolérées, comme si elles relevaient d'une autre légitimité que celle conférée par la loi. Face à ces dernières, on a moins naturellement recours aux tribunaux qu'à un certain laissez-faire, d'autant que leur patientèle se maintient. L'instrumentalisation du droit, par intérêt bien compris et par opposition politique et religieuse, a sa part dans l'affaire d'août 1891, mais on constate en même temps que la soumission de l'exercice de la médecine à des critères juridiques est très partielle. Face aux ambitions étatiques de réforme de la pratique médicale et de marginalisation de tout ce qu'il y a de traditionnel dans ce domaine, ce sont les structures sociales locales qui imposent leur logique. Dans ce contexte, c'est aux médecins diplômés qu'il revient, par des moyens professionnels, d'affirmer leur présence dans le paysage médical local.

1 – Médecine et stratégies familiales

Les structures de la parenté affectant les modes de répartition intrafamiliale du patrimoine économique se révèlent un déterminant essentiel de la pratique de la médecine et de la confiance professionnelle accordée aux différents praticiens. Toutefois, il n'y a pas de corrélation directe entre l'une et l'autre dimension. Pour rendre compte du lien, il faut rendre

compte d'abord des fondements culturels de la réputation professionnelle et de la confiance dans le médecin, mais aussi d'une question immédiatement connexe, celle de la rémunération des soins.

En islam, on considère que Dieu a créé les maladies, et c'est de lui qu'émane, en définitive, la guérison. Ces considérations, qui sont à l'origine de l'idée du « fatalisme » des musulmans, trouve son expression orale dans la formule « Min Allāh » [Cela vient de Dieu] qui accueille souvent la nouvelle d'une maladie. Ainsi Bahjat et al-Tamīmī, qui visitent la région de Salfīt, au sud de Naplouse, pendant la Première guerre mondiale, disent que

> « [Les salfitains] considèrent que le respect des règles d'hygiène est une charge inutile. Si vous demandez à l'un d'entre eux la cause des attaques [morbides], vous pourrez l'entendre vous tenir avec une conviction inébranlable le propos suivant:
> « Toutes les maladies qui nous touchent viennent de Dieu [min Allāh]. Et ce qui est écrit dans le livre du Destin et de la Fortune y est présent quoi qu'il arrive. A quoi bon alors soigner la maladie ? Celui qui nous fait tomber malade, nous guérit. Celui qui fait vivre et qui fait mourir, c'est Dieu. Il suffit à l'homme de s'en remettre au Tout-puissant[1628]. » »

On ne peut exclure que la morgue du Naplousain al-Tamīmī à l'égard des paysans des environs ne trouve son expression – immédiatement avant ce passage, les auteurs assènent que le manque d'hygiène des salfitains est tel qu'il faut de la patience et de l'endurance pour supporter de se trouver à côté de l'un ou l'une d'entre eux. C'est leur habitude, déjà rencontrée précédemment, de faire parler un salfitain imaginaire pour donner un discours caricatural, mais il est vrai qu'ils ne trouvent guère à louer les Naplousains non plus pour leur hygiène ; la proprepté, le soin du corps comme une question de bon sens et de savoir-vivre en société, constituent un thème sur lequel s'appuie le patriotisme local, en particulier beyrouthin. Dans le cas cité ci-dessus, on incrimine le fatalisme comme facteur de laisser-aller dans la vie collective, avec des conséquences funestes en ces temps de guerre et de privations. Malgré la part d'exagération – et les auteurs enchaînent d'ailleurs, immédiatement après ces propos fatalistes en apparence radicaux, sur les formes de médication populaire, comme l'absorption de menthe contre le mal de ventre[1629] – l'idée prégnante du « Min Allāh » est bien là, et choque les auteurs modernistes de *Wilāyat Bayrūt*, qui la retrouve, atténuée, à Naplouse : « [Les Naplousains] n'ont pas confiance dans la médecine et les médicaments pour soigner leurs enfants »[1630]. Les missionnaires, moins amènes encore, tendent à construire cette idée comme un postulat d'impuissance en matière médicale, un aveu d'incompétence de la part des

1628 Bahjat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, vol. n°1, p. 97. Cf également sur ce sujet Kanaaneh, *Op. cit.*, p. 148.
1629 Bahjat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, vol. n°1, p. 97.
1630 *Ibid.*, p. 137.

patients et des praticiens de la médecine arabe[1631]. C'est une accusation facile, car l'idée de l'origine divine des maladies est en fait compatible avec une variété d'étiologies différentes et parfois contradictoires entre elles, car elle ne précise en rien les modalités par lesquelles vient la maladie.

En revanche, elle conduit à relativiser, sur un plan philosophique, le rôle du médecin, qui assiste le malade mais n'est pas l'auteur de la guérison en dernière instance ; et ceci se traduit dans les principes de rémunération. Cela peut conduire le médecin à ne pas demander d'honoraires, avec l'arrière-pensée que soigner est un devoir pour le médecin : c'est que faisaient les membres de la famille Abū Ġazālah[1632]. Les médecins sont bien rémunérés pour leurs efforts, en pratique ; la rétribution prend généralement une forme symbolique, et néanmoins bien matérielle, comme don. Ce mode permet de marier la proportionalité de la rémunération à l'effort consenti par le médecin, et le souci de ne pas prendre les patients à la gorge, financièrement, en les soignant. Il ne s'agit donc pas d'une économie de don, fondée sur la surrenchère et la réciprocité. Certains praticiens, dont le *šayḫ* Sa'd al-Dīn interrogé par Jaussen, attendent du reste explicitement une rémunération tarifée ; mais celle-ci dépend de la guérison ou du soulagement obtenus, et relève en définitive de l'ordre du don. Ceci n'interdit d'ailleurs en rien le paiement d'avance, mais quel que soit le mode de rémunération, le patient manifeste ses qualités morales par ce qu'il offre : le *šayḫ* thérapeute évoque ainsi la justice immanente ou plutôt la vengeance menaçant l'avare qui ne donne rien[1633]. En pratique, les patients n'ont pas de problème avec l'idée des honoraires, mais la consultation et les soins ne sont pas, formellement, des services marchands. La logique économique n'est pas moins réelle que sur le marché du travail médical régi par l'offre, la demande et les investissements, mais elle est euphémisée. En revanche, les qualités éthiques et religieuses prêtées au praticien jouent un rôle essentiel, car elles constituent une garantie pour le patient et une donnée de base de la réputation du praticien.

La réputation d'intégrité, fondée sur la piété, n'est pas purement individuelle : elle s'attache au lignage et, à Naplouse, elle fait partie de la transmission du métier de médecin, qui constitue un patrimoine culturel familial. La confiance des patients va ainsi davantage aux familles de praticiens ayant un solide ancrage social, qui peuvent pour ainsi dire capitaliser leur réputation. Cet héritage immatériel ne se prête pas à une gestion rigoureuse, mais il peut inspirer des stratégies professionnelles familiales, de façon à consolider l'assise économique

1631 CMS G 3 P/O 1901/104, « Difficulties that meet the visitor among Moslems », par Agnes M. Elverson, s.d., reçu par le comité de supervision de la mission CMS en Palestine le 10/06/1901.

1632 Entretien avec le Dr Hātim Abū Ġazālah, Naplouse, 12/07/2005.

1633 Jules-Antonin Jaussen, « Le Cheikh Sa'ad ad-Din et les *Djinn*, à Naplouse », in *JPOS*, Vol. III, 1923, p. 149.

de la famille dans son ensemble : émigration professionnelle, spécialisation, répartition des tâches entre collatéraux ou d'une génération sur l'autre constituent autant de moyen de faire fructifier la compétence associée au nom. La transmission du savoir suscite ainsi des stratégies lignagères similaires à celles qui orientent les formes de contrôle de l'héritage dans le Jabal Nāblus[1634]. Pour les immigrants – et il y en a plusieurs vagues à Naplouse depuis les années 1840, venus des villages environnant, des régions à l'est du Jourdain, et d'Egypte, plus rarement de Damas –, l'absence d'ancrage local semble rendre plus difficile l'établissement de la confiance des patients, ne serait-ce qu'en raison d'une réticence culturelle à faire crédit à ceux qui ont quitté leur pays.

La famille Abū Ġazālah, que nous déjà évoquée, se donne comme un exemple d'ancrage local. D'une génération sur l'autre, plusieurs stratégies sont mises en oeuvre pour assurer la viabilité économique de la famille dans son secteur d'activité de prédilection. La première stratégie est de ne pas se restreindre à un seul secteur, mais de se spécialiser à la fois dans les sciences médicales et les sciences religieuses. Médecins et *šayḫ*-s de la famille s'épaulent, et quelquefois les vocations tendent à se confondre. Les praticiens cultivent en effet l'image d'hommes très pieux, en accompagnant le soin du malade de récitations de la *basmalah* [*bism'illāh al-raḥmān al-raḥīm*, formule initiale de la première sourate du Coran, ordinairement traduite par « Au nom de Dieu, le grand, le miséricordieux »], du *takbīr* [« *allāhu akbar* », qu'on a coutume de traduire par « Dieu est grand »] et du *tahlīl* [« *lā illah ilā'llāh* », « Il n'est d'autre dieu que Dieu », formule qui entre dans la première partie de la *šahādah*, l'acte de foi par lequel tout musulman atteste qu'il est musulman][1635]. Le *diwān* [maison servant de lieu de rassemblement de la lignée] de la famille, dans le quartier Al-Yasmīniyyah de la vieille ville, offre en outre un hébergement de quelques lits pour les malades dont l'état nécessite l'alitement ; lors des cinq appels quotidiens, les lieux sont aménagés pour la prière avec un *miḥrāb* pour aider les invités à se positionner. Enfin, le lieu se mue pour les jours de marché en *khan* pour l'accueil des marchands et de leurs produits, et en *maḍāfah* [salle de réception] le cas échéant[1636]. Ces dernières fonctions indiquent qu'une partie du patrimoine de la famille est tout de même foncier, investi dans l'arrière-pays naplousain où les Abū Ġazālah ont des terres et des paysans à leur service.

Ces dernier faits relèvent à différents titres de la seconde stratégie de cette famille, l'essaimage géographique, qui accompagne la diversification et de spécialisations. La

1634 Annelies Moors, *Women,Property and islam. Palestinian experiences 1920-1990*, coll. « Cambridge Middle East Studies », Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 48-76 ; cf également Beshara Doumani, « Endowing family : *waqf*, property devolution, and gender in Greater Syria, 1800 to 1860 », in *Comparative studies in society and history*, janvier 1998, vol. n° 40, n° 1, pp. 3-41.

1635 Nimr, *Op. cit.*, vol. 2, p. 74, note 1.

1636 Entretien avec le Dr Hātim Abū Ġazālah, Naplouse, 12/07/2005.

conception du *dīwān* comme une sorte de structure hospitalière pour l'ensemble des cas susceptibles de traitement, contraste avec les choix des membres de la famille. Une branche émigre vers Damas pour s'installer dans un secteur spécifique, l'ophtalmologie, ce que rend le nom de *Kaḥḥāl* [celui qui apose le khôl, autrement dit l'ophtalmologue au sein de la médecine arabe] qu'elle prend sur place. Un autre membre, le Dr *al-Ḥājj* Ḥāfiẓ Abū Ġazālah s'installe à Jérusalem où sous le mandat, il est l'un des derniers à pratiquer ostensiblement la médecine arabe. Il est vrai qu'à en juger par son titre, il est également médecin diplômé, ce qui indique que, malgré ce que la formation universitaire médicale peut avoir à dire sur la médecine arabe, certains de ses diplômés pratiquent néanmoins cette dernière, à côté ou à la place de la médecine européenne qu'ils ont appris. Il semble que ce soit également le cas des frères Abū Ġazālah au début des années 1890, ce qui leur vaut l'accusation de « charlatans » jetée par l'un des missionnaires. Lorsqu'existe une pratique dynastique de la médecine arabe, comme c'est le cas dans cette famille, la délimitation entre celle-ci et la médecine occidentale est loin d'être infranchissable. En revanche, le cas des deux frères 'Āhid et 'Umar illustrent une des possibilités offertes par la spécialisation, à savoir le travail de concert entre pratique médicale privée et pharmacie. Dans cette famille, la médecine occidentale ne s'impose pas par brutale conversion, mais elle s'ajoute à un substrat familial de sensibilisation médicale, à des habitudes de clientèle et à une réputation. Tout cela atténue la faille entre formes de médecine, au profit d'un repérage des praticiens en fonction du nom de famille.

Dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, le *Ḥājj* Ḫalīl al-Maṣrī, arrière-grand-père de Mālik Fāyiz al-Masrī[1637], immigre d'Egypte, où il menait « une vie tribale » [*'ašā'iriyyah*], ni citadine, ni villageoise, mais bédouine, pour s'installer à la fois à Naplouse et à Ṭūbās, à une quinzaine de kilomètres au nord-est de la ville, où il achète des terres[1638]. A Naplouse, le Ḥājj Ḫalīl n'est pas connu sous le *laqab* [surnom, qui souvent devient un nom propre parmi les descendants] d'al-Maṣrī qui s'attache à ses descendants[1639] ; lui-même est désigné comme *al-Majāriḥī*, c'est-à-dire par son occupation en ville de praticien de la chirurgie[1640]. Toutefois, les activités médicales sont rapidement marginalisées dans la lignée, du fait du Ḥājj Ḫalīl lui-même, qui s'arrange pour placer ses enfants soit à Ṭūbās pour cultiver les terres familiales, soit à Naplouse pour les commercialiser, soit dans le transport des marchandises de l'une à l'autre localité[1641]. Malgré une certaine réputation, dont témoigne son *laqab*, le patriarche de la famille contribue par ses achats de terre à réorienter l'activité de la

1637 Maṣrī, *Op. cit.*, p. 23.
1638 *Ibid.*, p. 25.
1639 Ce nom est source de confusions et de quiproquos car c'est aussi celui d'une des grandes familles de la ville.
1640 *Ibid.*, p. 26.
1641 *Ibid.*, p. 29-30.

famille vers un secteur plus lucratif que la médecine. Cette nouvelle base économique est moins personnalisée que la première, mais se révèle en définitive également fragile, car des fils du Ḥājj Ḫalīl, un seul, le grand-père de Mālik Fāyiz al-Masrī, revient de la Première guerre mondiale[1642].

Comparativement, les premiers médecins diplômés venus s'installer à Naplouse, certains du reste par simple hasard des affectations militaires, apparaissent plus isolés socialement et n'ont d'autre moyen d'inspirer la confiance des patients qu'en s'établissant dans la durée.

2 – Les infortunes des premiers médecins diplômés

L'historien local Iḥsān al-Nimr résume la situation de pluralisme médical et de confrontation entre la médecine arabe et la médecine occidentale par l'expression « *al-taraddud bayna'l-aṭibbā' wa'l-mutaṭabbibīn* »[1643] [L'hésitation entre les médecins et les empiriques], une expression qui résume à la fois le caractère relativement peu conflictuel des relations entre médecins diplômés et non-diplômés, et le point de vue de la médecine officielle sur les uns et les autres. Les premiers sont désignés simplement comme médecins, tandis que l'appellation des seconds, par l'emploi de la cinquième forme verbale dérivée de la même racine que la désignation ordinaire de *ṭabīb*, est délégitimante. Elle suggère qu'ils sont devenus médecins de leur propre chef, sans sanction légitime de leur compétence, ou qu'ils n'ont en définitive que les apparences d'un médecin. Le terme ne fait pourtant pas seulement référence à des « empiriques », terme dont l'emploi est proche du sens litéral de *mutaṭabbib*, mais aussi à des praticiens traditionnels lettrés.

Les premiers médecins diplômés qui s'installent à Naplouse sont le Dr Sarkis, en poste comme médecin de la municipalité dès avant 1884, et le Dr Salīm Talḥūq, tous deux originaires de la montagne libanaise, puis un peu plus tard le Dr Jurjī Da‘das[1644]. Ce dernier, dont l'homme politique naplousain Muḥammad 'Izzat Darwazah, né en 1887, évoque la présence à Naplouse dans sa jeunesse, est originaire de Nazareth[1645] et entreprend le voyage pour venir ouvrir une clinique privée à l'ouest de la vieille ville de Naplouse. L'opération ne rencontre guère de succès[1646]. A cela, on peut imaginer trois ordres de causes.

1642 *Ibid.*, p. 30.
1643 Nimr, *Op. cit.*, vol. 4, p. 233.
1644 Inṣāf Ḫātir, *Al-Awḍā‘ al-ṣiḥḥiyyah fī Nāblus ibbān al-intidāb al-Brīṭānī 1922-1948 m.*[La situation sanitaire à Naplouse durant le mandat britannique, 1922-1948 AD], mémoire de MA d'histoire, Naplouse, Université Nationale Al-Najāḥ, 1421 AH / 2000 AD, p. 13.
1645 Nimr, *Op. cit.*, vol. 4, p. 233.
1646 Darwazah, *Op. cit.*, vol. n° 1, p. 121.

Le premier a trait au fait que les patients ont l'habitude de choisir les praticiens en fonction de la spécialité, alors que ces médecins diplômés se présentent comme généralistes. A Naplouse, comme ailleurs au Proche-Orient, la pratique de la médecine arabe est fortement émiettée en une variété de métiers, ce qui fait qu'on s'adresse de préférence à tel ou tel selon les circonstances : pour les maladies des yeux, la famille la plus réputée du temps de la jeunesse de Darwazah est celle des Āl al-Ḥabaš, installés à l'est de la ville ; pour la dentisterie, on va voir de préférence Ṣadīq Saqaf al-Ḥayṭ[1647]. Pour les maladies mentales, on avait recours aux *šayẖ*-s soufis de la ville, en particulier à ceux des *ṭarīqah*-s nūbāniyyah et sa'diyyah[1648]. Les médecins de la famille Abū Ġazālah ont une activité de généralistes, mais ils possèdes leurs propres savoirs-faire, qui les distinguent dans le paysage médical. On pourrait penser que l'absence de spécialité déroute les patients.

Le deuxième ordre de cause tient aux honoraires : en demandant un demi-mecidiyyé pour ses visites à domicile, et un quart de medjidié pour les consultations dans sa clinique, Da‘das réclame un tarif plus élevé que les praticiens de la médecine arabe, mais pas de beaucoup ; de l'avis de Darwazah, ce n'est pas un facteur déterminant[1649]. Ce qu'il ne dit pas, en revanche, c'est que la mission médicale s'est ouverte dans les mêmes années, et qu'elle demande en clinique ambulatoire des montants symboliques. Dans ce cas, on peut imaginer que la concurrence ait repris ses droits et que les patients intéressés par la médecine occidentale se soient dirigés vers les missionnaires, malgré toutes les réticences qu'ils peuvent susciter.

La dernière hypothèse est celle que privilégie Darwazah[1650] : l'insuccès de Da‘das à ses débuts – car il reste au moins une trentaine d'années à Naplouse – s'explique par une forme d'inertie des patients, dont les choix thérapeutiques sont déjà faits. La médecine occidentale n'apporte, dans le quotidien de la pratique médicale, guère de révolution sinon un certain nombre de normes, qui peuvent être embarrassantes pour les patients. Dans ce contexte, la sociologie médicale de Naplouse joue contre Da‘das, médecin chrétien originaire d'une autre région.

La problématique du passage de Nimr auquel nous avons fait référence plus haut, est de s'expliquer comment une telle confrontation a pu durer. Son explication est d'ordre culturel : outre ses remarques en divers endroits sur les compétences reconnues par les patients aux praticiens de la médecine arabe, parfois clairement au-dessus de la médecine occidentale, par

1647 *Ibid.*, p. 120.
1648 Nimr, *Op. cit.*, vol. 2, p. 74, note 2.
1649 Darwazah, *Op. cit.*, Vol. n° 1, p. 121.
1650 *Ibid.*, p. 121.

exemple pour l'ostéopathie et le traitement des fractures[1651], il incrimine l'influence des *šayḫ-s* religieux qui ont entretenu, selon lui, une crainte religieuse de la médecine occidentale au motif qu'elle avait recours à des produits enivrants[1652]. Il est probable que Nimr avait en tête la question de l'emploi des anesthésiques, qui est récurrente. Fréquemment, les médecins occidentaux s'en prennent, dans leur correspondance, à leurs patients musulmans pour leur rejet de l'anesthésie, réputée apparentée à l'ivresse alcoolique, au risque de subir un choc opératoire en cas d'intervention chirurgicale[1653]. Toutefois, cette idée doit être fortement relativisée, pour autant que les statistiques de l'hôpital missionnaire de la CMS soient un indice de l'attitude générale des patients : entre 1910 et 1914, on y procède à un nombre d'opérations sous anesthésie hypodermique[1654] variant de 280[1655] à 400 par an[1656], à la satisfaction des patients. Il est clair que cet aspect de la médecine occidentale a pu être instrumentalisé pour monter une opposition constante à celle-ci, vue à travers un prisme confessionnel. Il nous semble cependant qu'une telle explication négligerait ce que signifie choisir son médecin, et ce que cette décision suppose de confiance. En outre, elle imposerait une pleine satisfaction des patients à l'égard de la médecine arabe traditionnelle, ce qui rendrait incompréhensible les itinéraires thérapeutiques des patients et la décision, à l'intérieur de certaines familles de médecins, de réorienter les jeunes générations vers les facultés de médecine.

En revanche, il est probable que la démarcation parfois un peu floue entre médecine arabe et médecine occidentale devient soudain très tranchée dès lors que cette dernière est assimilée à l'hôpital missionnaire, ce qui arrive quelquefois, sous la plume des hommes de la CMS. Pourtant, l'histoire de cette dernière institution montre en définitive, par les réactions qu'il suscite, que l'enjeu est, pour les élites naplousaines, non pas de rejeter la médecine occidentale, mais de l'assimiler pour la mettre au service de leurs propres conceptions politiques et culturelles.

1651Nimr, *Op. cit.*, vol. 2, p. 73.
1652Nimr, *Op. cit.*, vol. 4, pp. 233-234.
1653Moulin, *Art. cit.*, in Panzac, & Raymond (éds.), *Op. cit.*, p. 125.
1654 CMS G 3 P/O 1910/34, lettre annuelle du Dr Wright, de Naplouse, 08/02/1910.
1655 CMS G 3 P/O 1910/53A, « Nablus medical mission conference report, April 1910 », par le Dr Wright.
1656 CMS G 3 P/O 1911/84, « Nablus medical mission report, conference April 1911 », par le Dr Wright.

II – Un conte de deux hôpitaux : action publique contre action missionnaire

Deux nouveaux acteurs font irruption dans le champ médical naplousain à la fin du dix-neuvième siècle, la municipalité et les missionnaires. Ils divergent sur les finalités de leur action en matière médicale, mais se rejoignent sur les modalités qu'ils préconisent. Tandis que la municipalité, dans le sillage de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles, met l'accent sur la santé publique et l'hygiène, ainsi que sur les soins primaires, les employés de la CMS insistent en revanche sur la variété des types de soins offerts. Ils se rejoignent cependant, non seulement dans la promotion de la médecine occidentale telle que la pratiquent les diplômés, mais surtout dans la préférence qu'ils accordent à l'hôpital comme moyen d'action médicale. Si l'hospitalisation n'est pas à strictement parler un marqueur de cette médecine et d'elle seule, comme on vient de le voir, elle s'accompagne, pour les patients, d'un certain nombre de conditions réglementaires rebutantes, qui contribuent à façonner leurs choix thérapeutiques et à maintenir l'attractivité des *mutaṭabbib*-s.

En discutant sur place du début des hôpitaux à Naplouse, nous nous sommes aperçu que les fondations respectives des deux hôpitaux de la ville de l'avant-1914 étaient restées comme deux événements dans la mémoire collective, mais aussi que ces faits étaient relus, à travers le prisme du souvenir, dans une interprétation culturelle et politique. Ce qui ressortait était le sentiment de scandale laissé par l'action des missionnaires, et la fierté locale attachée à la fondation de l'hôpital municipal, dit « Al-Waṭanī »[1657]. L'origine de ce sentiment public tient à la mobilisation, initialement notabilitaire, en faveur la création d'un hôpital municipal digne de ce nom pour faire pièce à l'hôpital missionnaire britannique. La réaction des Naplousains témoignait de leur discipline collective et de leur maîtrise des rouages de l'action publique, une qualité associée avec leur mode de vie citadin, et manifestée dès 1868 par la fondation de

1657 Il nous faut situer le contexte dans lequel ces traces mémorielles nous sont apparues avec le plus de clarté : si l'ancienneté de l'hôpital municipal nous avait souvent été signalée dans nos discurssions avec des Naplousains, les sentiments publics à l'égard de cette vieille affaire ont trouvé à se manifester lors d'une conférence que nous avons donnée au Centre culturel français de Naplouse, en mai 2005. D'une part, certaines questions faisaient ressortir le sentiment d'étrangeté, et peut-être de malaise, que suscitait parmi nos auditeurs la volonté des missionnaires de convertir des musulmans de la ville en utilisant les ressorts exceptionnels disponibles dans leur hôpital. D'autre part, une intervention faite en conclusion des débats par un médecin d'un indéniable renom présent dans l'assistance, du reste descendant d'un des notables engagés dans la construction de l'hôpital municipal, montrait toute la fierté locale qui s'y rattachait : en substance, il s'agissait de louer la capacité des Naplousains à s'organiser pour créer de telles institutions.

la municipalité[1658]. Aussi cette histoire illustre-t-elle le rôle tenu par les notables. Ces derniers, dont « la fortune [...] est plus que jamais indissociable du pouvoir central et [dont] les luttes de clans [...] suivent elles-mêmes les inflexions de la politique impériale »[1659], relaient l'Etat ottoman en ville, en occupant les magistratures et en donnant au discours politique impérial une tonalité locale. Les décisions de la municipalité et les ordres de l'administration qu'elle répercute constituent le substrat de l'affirmation de la médecine occidentale dans le paysage urbain et de la fondation du nouvel hôpital municipal.

A – Santé et médecine : deux priorités de l'action publique locale

La nature aride des documents trouvés dans les registres de la municipalité de Naplouse, qui se répartissent sous les catégories *maḍbaṭah*-s [rapports] et *qarār*-s [décisions], ne constituent pas un programme, mais il en ressort quelques priorités évidentes, articulées autour de la salubrité des lieux publics et de l'offre de soins primaires.

1 – Hygiène et santé publique : l'inscription de l'action publique dans les lieux

La salubrité publique compte parmi les charges qui incombent à la municipalité au titre de la loi sur les municipalités de 1877[1660], à côté de fonctions comme l'éclairage des rues[1661]. Cela se traduit d'abord par le financement de fonctionnaires dans plusieurs directions. Les caisses de la municipalité sont ponctionnées pour le traitement de certains fonctionnaires des provinces et districts, par exemple à hauteur de 200 *girš*-s pour payer l'inspecteur sanitaire de la province de Beyrouth pour l'exercice 1308 *mālī*[1662]. La municipalité finance également l'emploi de ses propres employés, chargés de la propreté publique et de l'éclairage des rues, mais également des diverses enquêtes relatives à la salubrité publique requises pour l'application des lois ottomanes relatives à l'hygiène. Enfin, une main d'oeuvre

1658 Hātir, *Op. cit.*, p. 8.

1659 Nadine Picaudou, *Les Palestiniens. Un siècle d'histoire*, coll. « Questions au XXe siècle », Paris, Editions Complexe, 1997, p. 19.

1660 Sharaka, *Op. cit.*, pp. 35-39.

1661 *Sijill baladiyyat Nāblus* [registre de la municipalité de Naplouse, ci-après SBN ; les registres sont conservés dans un centre d'archives en ville ; au moment de notre consultation, une bonne partie d'entre eux étaient encore entreposés à la bibliothèque de la municipalité, mais le transfert était en cours] 1/27, p. 47, 301, 05/10/1308 *mālī* / 26 rabī‘ al-awwal 1310 AH / 18/10/1892 AD. Le calendrier *mālī* [financier] était utilisé par l'Etat ottoman pour régler le fonctionnement de ses administrations sur une année de 365 jours ; il empruntait ses mois au calendrier des Eglises orthodoxes, mais avait été adopté à partir d'une année comptée en calendrier de l'Hégire et commençait au 1er mars. Une partie importante des registre de la municipalité sont datés seulement en calendrier *mālī*.

1662 SBN 1/27, p. 57, 334, 07/01/1308 *mālī* / 20/01/1893.

supplémentaire, requise à titre exceptionnel en cas d'urgence épidémique, était indemnisée sur les mêmes caisses municipales. C'est par exemple le cas en 1911 pour 'Uṯmān b. Sa'īd al-Liddāwī, Ṣāliḥ Abū Laylā, 'Alī Abū Tankah et Aḥmad al-Muqāṣid, à hauteur de 114 *girš*-s chacun[1663].

Les objectifs de santé publique définis comme relevant de la municipalité sont multiples : outre la lutte contre les épidémies, ils s'étendent au contrôle des marchés et de l'abattage des bêtes, à la sécurité alimentaire par l'interdiction à la vente, après inspection du médecin municipal à l'abattoir, de la viande d'animaux malades ou blessés[1664], ou encore à l'aspersion et au nettoyage des rues[1665]. A cette dernière fin, la municipalité a recours à l'eau, mais investit également, pour la prévention du choléra lorsqu'il sévit dans la région en 1911, à des antiseptiques très agressifs comme l'acide phénique[1666]. En temps d'épidémie, du reste, la vie publique est subordonnée aux exigences de la prévention : outre les vapeurs désagréables et nocives de l'acide phénique, les mouvements et le commerce de la ville avec son arrière-pays sont suspendus par l'Etat central.

Le contrôle sanitaire ainsi opéré obéit à une logique spatiale. La responsabilité des autorités, gouvernorat de Naplouse et municipalité, s'étend à l'espace partagé de la ville, soit la rue et les lieux publics, tels les restaurants dont la propreté était objet d'inspection[1667]. Ainsi, l'inspecteur de la municipalité est régulièrement amené à faire des rapports sur les activités d'abattage du bétail opéré par certains bouchers sur la voie publique ; les amendes imposées par la municipalité, sans recours au tribunal, varient de 10[1668] à 75 *girš*-s par personne[1669], vraisemblablement en fonction de la gravité de l'atteinte aux lois ottomanes sur l'hygiène : dans le premier cas, en effet, il est précisé que les bouchers ont procédé « en dehors des abattoirs », tandis que dans le second, l'accusation précise que les bêtes ont été tuées « à l'intérieur du cercle municipal [*baladah*] », ce qui semble signifier en pleine ville. Les mots employés renvoient à la structure urbaine, considérée du point de vue de la salubrité et probablement aussi de la gêne occasionnée. Le problème est que l'agencement du bâti naplousain ne se prête guère à une délimitation tranchée entre l'espace partagé par tous et l'espace privatif. Entre les deux se situe le *ḥūš*, système de ruelles courant en couloirs labyrinthiques dans l'intérieur du bâti urbain à la manière de traboules, que l'on pénètre

1663 SBN 7/27, p. 212, 887, 06/09/1327 *mālī* / 19/09/1911 AD.
1664 SBN 4/27, p. 187, 504, 25/10/1324 *mālī* / 07/11/1908 AD.
1665 SBN 4/27, p. 165, 436, 18/09/1324 *mālī* / 01/10/1908 AD.
1666 SBN 7/27, p. 189, 794, 18/08/1327 *mālī* / 31/08/1911 AD. Sur la promotion de l'acide phénique comme désinfectant par les hygiénistes et son caractère ploutophage, cf Olivier Faure, *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*, coll. « Histoire et société », Paris, Belin, 1993, pp. 255-256.
1667 Ḥātir, *Op. cit.*, p. 10.
1668 SBN 4/27, p. 157, 410, s.d. [1308 *mālī* / 1892-1893 AD].
1669 SBN 1/27, p. 205, 11 muḥarram 1310 AH / 05/08/1892 AD.

souvent par de petits passages, et par lequel on accède aux maisons de plusieurs familles souvent issues du même lignage. La compétence des employés de la municipalité sur cet entre-deux n'est pas avérée. Tout un espace semi-collectif, et cependant d'usage collectif, semble échapper à la surveillance sanitaire.

Cette attention à l'environnement sanitaire, et notamment à la place de l'abattage des bêtes dans l'environnement urbain n'est pas propre à Naplouse : à Jérusalem, on se pose des problèmes voisins quant à savoir que faire des restes des animaux équarris. Ceux-ci sont entassés à proximité de quartiers résidentiels dans des lieux hautement insalubres que la voix de l'opinion locale a dénommés « les cimetières de sainte Bidoche » [*Maqābir mār Laḥm*][1670]. Il en va de même dans les autres villes du pays ; mais l'on verra plus loin l'autre raison de l'importance accordée par la municipalité de Naplouse au respect des normes sur le lieu d'abattage des bêtes, du fait de la taxe qu'elle perçoit pour chaque animal, et qui finance ses projets.

Le contrôle des espaces ne s'étend pas qu'à l'hygiène publique, mais également à certaines catégories de personnes. L'une d'elles est l'objet d'une surveillance spéciale des autorités sanitaires et médicales, à la demande de l'Etat central : ce sont les lépreux. Leur mode de vie ambulant, généralement associé à la mendicité, est régulé sur la base d'un rapport du médecin municipal, qui débouche sur l'affectation d'un lieu d'enfermement spécifique. L'expertise fait valoir le risque de contagion qui aboutit à un déplacement d'une peur sociale : si les lépreux étaient conduits à mener une vie ambulante, c'est que la crainte de la diffusion du mal écartait d'eux leurs proches, alors que les malades chroniques tendent à être enfermés au sein du giron familial. Leur relocalisation autoritaire est un moyen de les éloigner des rues, ce qui participe en définitive des politiques d'assainissement de la voie publique[1671]. Le sens de la mesure est non seulement d'éviter la contagion mais également d'imposer un environnement plus médicalisé aux malades, et en tout cas l'inspiration idéologique du « grand renfermement »[1672] qu'elle reproduit lui est étrangère : ces hommes et femmes sont mis à l'écart à la suite d'une démarche coordonnée des autorités locales et des médecins, pour qui cette décision appartient au répertoire des actions efficaces de santé publique. La décision qui fait sortir les lépreux de la cité, adoptée dans l'Empire ottoman quelques siècles après l'Europe, résulte d'un mimétisme essentiellement politique et médical, et procède hors contexte, au point de survenir à une époque où la peur et la contagiosité de la peste, très limitées, en font un enjeu médical secondaire.

1670 « *Maqābir mār Laḥm* », in *Filasṭīn*, n° 80, 25/10/1911, p. 3.
1671 SBN 9/27, p. 99, 442, 10/06/1330 *mālī* / 23/06/1914 AD.
1672 Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961, pp. 56-91.

Un hygiénisme prégnant emprunte à la biomédecine ses catégories à risque, et inspire l'action publique ottomane sur le terrain sanitaire. Pour la mener, les autorités locales ont besoin de médecins diplômés parmi leurs employés ; mais la logique de cette forme de santé publique, fondée sur l'expertise médicale, veut que ces mêmes médecins employés soient également actifs sur le plan curatif. Aussi la municipalité investit-elle également dans l'accessibilité des soins primaires, dont la fonction est à la fois curative et, par les conseils individualisés du médecin, préventive.

2 – La priorité aux soins primaires

L'action thérapeutique proprement dite a pour instrument principal le médecin municipal, nommé par la Direction des affaires médicales civiles, pour un traitement de 500 *girš*-s annuel à verser par la municipalité[1673]. Ses fonctions sont multiples, et incluent des fonctions d'expertise épidémiologique, évoquées ci-dessus, aussi bien que d'enquête en médecine légale ; son activité thérapeutique est celle d'un généraliste, destinée à prodiguer des soins primaires. A ses côtés, oeuvre le médecin militaire de la ville, dont l'expertise est également sollicitée à l'occasion sur des questions sanitaires[1674] ; il en va de même du médecin de l'hôpital municipal, rétribué par la municipalité lui aussi[1675], qui assure parfois des fonctions relevant de la médecine légale[1676]. Jusqu'à la réouverture de l'hôpital municipal en 1909, la priorité est clairement donnée par les édiles locaux aux soins primaires, car on verra que l'hôpital municipal initial, fondé une première fois en 1887, est à ses débuts une fondation caritative plutôt qu'une institution financée par la municipalité.

Si la municipalité emploie quelqu'un pour une action médicale spécialisée, c'est dans le cadre d'une politique d'Etat, qui s'inscrit plutôt dans une logique de limitation des risques sanitaires. Le règlement de 1871 donne au médecin municipal, entre autres missions, celle de procéder à la vaccination antivariolique des résidents volontaires. A Naplouse, le responsable des vaccins n'est pas un médecin mais un homme affecté spécialement à cette tâche et rétribué par la municipalité, en réponse à un nouvel ordre du ministère ottoman de l'Intérieur datant de 1910[1677]. Son activité ne s'étend pas qu'à Naplouse, du reste, mais il opère, au cours de l'année 1912, dans 25 villages des environs[1678] : ici, la municipalité semble surtout être une courroie

1673 SBN 5/27, p. 111, 373, 05/07/1325 *mālī* / 18/07/1909 AD.
1674 SBN 1/27, p. 18, 205, 22/07/1308 *mālī* / 04/08/1892 AD.
1675 SBN 7/27, p. 132, 538, 13/06/1327 *mālī* / 26/06/1911 AD.
1676 SBN 9/27, p. 31, 118, 24/03/1330 *mālī* / 06/04/1914.
1677 SBN 6/27, p. 70, 893, 06/01/1325 *mālī* / 19/01/1910 AD.
1678 SBN 8/27, p. 209, 1050, 10/12/1328 *mālī* / 23/12/1912 AD.

de transmission des politiques publiques décidées à Beyrouth ou, dans le cas qui nous concerne, à Istanbul, puisque le domaine d'action de ses employés dépasse sa juridiction. L'ordre ministériel n'initie pas une politique de vaccination obligatoire, qui est en vigueur avant sa publication[1679] ; mais il dicte les fonctions de la municipalité. On peut également supposer qu'il précise les modalités d'approvisionnement, car des difficultés matérielles sont apparues dans le fonctionnement du service de vaccination antivariolique de Naplouse, qui a parfois manqué d'aiguilles pour les vaccins, et à qui les instances administratives ont été longues à répondre[1680]. Le but de l'ordre ministériel serait triple : relancer la vaccination anti-variolique comme politique nationale, en préciser les modalités et donner aux campagnes de vaccination un caractère obligatoire face aux réticences manifestées çà et là.

De fait, les difficultés rencontrées dans cette vague de vaccination ne sont pas seulement liées à des phénomènes de lenteur administrative, mais ont clairement pour cause une résistance des parents, signalée surtout dans les campagnes avoisinant Naplouse. La première plainte de ce genre survient dans un village des environs, Bityā, où l'employé à la vaccination passe en juillet 1325. Un rapport consigné par ce dernier stipule que 20 pères de famille se sont opposés à ce qu'il procède à la vaccination de leurs enfants, malgré le caractère obligatoire de cette démarche. 20 *girš*-s d'amende ont été imposés à chacun d'entre eux, et le commandant de la gendarmerie de Naplouse a été envoyé pour les percevoir et les verser aux caisses de la municipalité[1681]. Une protestation similaire a eu lieu à Niṣf Jubayl en 1914, un village muni d'un dispensaire tenu par un médecin syrien, dans lequel on observe à la fois coopération et résistance. Tandis que le maître d'école Dāwūd assiste l'employé à la vaccination en lui présentant 20 enfants pour qu'ils soient vaccinés, le mu*ḫ*tār du village[1682], 'Awaḍ al-Yūsuf, et l'imam, 'Abdallah Ṣāliḥ, font opposition et empêchent les autres enfants et les habitants de se faire vacciner. La peine est à la fois plus sévère individuellement, à hauteur de 25 *girš*-s pour chacun des deux hommes, et de moindre portée puisqu'ils sont les seuls à être mis à l'amende[1683]. Il n'est pas impossible qu'ils aient agi à la demande d'une partie au moins des villageois. Toujours est-il que ce dernier cas donne à cette résistance une connotation religieuse qu'elle n'a nulle part ailleurs dans les documents ; ailleurs, c'est

1679 SBN 5/27, pp. 157-158, 19/08/1325 *mālī* / 01/09/1909 AD.
1680 SBN 5/27, p. 24, 97, 24/04/1325 *mālī* / 07/05/1909 AD.
1681 SBN 5/27, pp. 157-158, 19/08/1325 *mālī* / 01/09/1909 AD.
1682 La loi sur les *vilayet*-s de 1864, qui réorganise l'administration provinciale mais également les juridictions inférieures du découpage administratif ottoman, institue la fonction de *mu*ḫ*tār*-s comme relais organique de la population avec l'autorité, à l'échelle locale des quartiers ou des villages. Le mot signifie délégué, mais possède également une connotation d'ancienneté, et de fait, les détenteurs de ces fonctions représentent la notabilité installée du cru. Cf « Loi des vilayets », 7 Jumādā al-ṯānī 1281 AH / 08/11/1864 AD (art. 54 à 66), in Young, *Op. cit.*, vol. n°1 (36-45), pp. 42-44. Cf également Sharaka, *Op. cit.*, pp. 33-35.
1683 SBN 9/27, p. 73, 332, 18/03/1330 *mālī* / 31/03/1914 AD.

l'intervention médicalisante de l'Etat et de la municipalité de Naplouse qui semble poser problème. Des oppositions aux vaccinations ont ainsi lieu, la même année, à l'initiative de deux membres du conseil des anciens du village de Bidyā et de son *muḫtār* Muḥammad al-Jabbār[1684], et des deux *muḫtār*-s du village d'Al-Zāwiyyah[1685], avec à chaque fois pour tactique d'exiger qu'aucune vaccination ne soit faite sans qu'ils fournissent une autorisation.

Nous décryptons ces protestations successives, espacées de quelques années, de la manière suivante : l'opposition des villageois à la vaccination à Bityā a été accueillie avec sévérité par les autorités naplousaines, ce que manifeste la peine infligée, et cette affaire a fait précédent. Par la suite, un sentiment d'opposition à la vaccination continue à se manifester dans un certain nombre de villages, dont tous ne sont pas à l'écart de toute institution médicale occidentale : le ressentiment populaire trouve à s'appuyer sur l'intervention de religieux musulmans, mais il n'est pas structuré par un rejet tel quel de la biomédecine.

Les raisons du refus populaire de la vaccination sont multiples, ainsi que l'illustre son histoire en Europe[1686]. Au Proche-Orient, la vaccination a remporté certains succès : Jonathan Frankel rappelle au sujet de l'affaire de Damas de 1840, au cours de laquelle les juifs de la ville sont accusés par les autorités militaires égyptiennes d'avoir fait disparaître un moine franciscain poru perpétrer sur lui un meurtre rituel, que le religieux en question s'était rendu célèbre pour avoir appliqué la méthode jennérienne en ville. Au sein de la population musulmane de la ville, il aurait vacciné entre 1 200 et 1 500 enfant durant ses 32 années de résidence[1687]. Cela signifierait – si le texte évoqué par Frankel entend bel et bien parler de vaccination et n'use pas d'une licence verbale pour évoquer la variolisation, bien entendu – que l'engouement pour la méthode jennérienne, dévoilée en 1798, avait presque rapidement gagné le Proche-Orient qu'il n'avait conquis l'Europe, sans rencontrer de résistance dans l'islam local. Ailleurs dans le monde musulman pourtant, et par exemple en Tunisie, la pratique vaccinale suscite un questionnement sur sa licéité en raison de l'introduction d'un produit d'origine animale dans le corps humain[1688]. Il faut donc distinguer entre une hostilité en puissance à la vaccination, qui est susceptible de mobiliser un argumentaire islamique, et une hostilité en acte, qui est loin d'être systématique : à Tunis, la question se solde par un avis religieux de la mosquée Zeitouna en faveur de la vaccination. Celle-ci fournit, après celui de la dissection et l'autopsie, un nouvel exemple des oscillations entre accommodements et

1684 SBN 9/27, p. 131, 531, 06/07/1330 *mālī* / 19/07/1914 AD.
1685 SBN 9/27, p. 99, 443, 10/06/1330 *mālī* / 23/06/1914 AD.
1686 Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècle)*, coll. « Historiques », Paris, Anthropos, 1994, pp. 117-134 ; Anne-Marie Moulin, « L'aventure humaine de la vaccination », in Anne-Marie Moulin (éd.), *L'Aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996, pp. 11-37, pp. 25-28 & 33-34.
1687 Frankel, *Op. cit.*, p. 22
1688 Anne-Marie Moulin « La métaphore vaccine », in Moulin, *Op. cit.*, p. 132.

oppositions islamiques aux méthodes de la médecine occidentale ; les débats sur cet enjeu préexistent aux approches biomédicales. La vaccination illustre ici à la fois l'inspiration du droit hanéfite qui donne généralement la priorité aux méthodes nécessaires au salut des corps, et l'absence d'une norme rigoureuse sur le sujet, et même la prégnance, parfois, d'un sentiment de malaise.

Rétrospectivement, il apparaît que l'obligation de vaccination antivariolique dans l'Empire ottoman a avancé par à-coup, avec un certain nombre de revers qui ont renforcé les doutes à l'égard de cette procédures. Ainsi, en janvier 1893, alors qu'une épidémie de variole sévit à Beyrouth, le journal *Al-Bašīr* publie, dans l'intention de rassurer ses lecteurs, la traduction d'un article du quotidien de la capitale *Istanbul*. Ce dernier consiste en la traduction de l'opinion d'un médecin étranger installé en ville, le Dr [Violi ?], à l'occasion d'une épidémie de même nature à Smyrne, au cours de laquelle le mal a touché des personnes duement vaccinées. A ces occurrences, le médecin attribue deux causes, la négligence lors de la vaccination d'une part, « la répugnance des gens à se laisser faire et leur inattention », ce qui revient à rejeter les caractéristiques du matériel vaccinal[1689]. Ce n'est pas une façon de nier cette possibilité en bloc, car le même rappelle que:

> « En 1867, alors qu'Ismā'īl Paşa était Directeur de la médecine [i.e. de l'EIM et des Affaires médicales civiles] de l'Etat ottoman, on attira l'attention sur la décomposition du vaccin et après qu'il eut obtenu du gouvernement central l'obligation de vaccination et eut organisé dans l'Empire des dispensaires dans ce but, il promit une récompense à quiconque viendrait à l'Ecole [impériale de médecine] avec une vache atteinte de variole [sic] et de fait, on vint avec des vaches, et le vaccin fut ramené à un état correct[1690]. »

C'est précisément en période épidémique que les réticences au vaccin s'alimentent, car l'infection variolique des vaccinés remet en cause la crédibilité du procédé et des pouvoirs publics qui le promeuvent. Le sens de la prise de position ferme, en faveur de la vaccination de masse et de son obligation, de la part du Dr [Violi ?], est le signe que les formes de résistance au vaccin vont croissant à travers le dix-neuvième siècle, après l'enthousiasme des premières décennies après Jenner.

De fait, de 1840 à 1911, de Damas aux villages autour de Naplouse, le contexte n'est pas le même. Partout, la législation ottomane a établi dès les années 1860 que la vaccination antivariolique devait être mise à la disposition de la population[1691] ; mais dans le Jabal Nāblus, cette politique ne semble décoller qu'avec la nomination d'un employé spécifique par la

1689 « *Al-wiqāyah min al-jadarī bi-wasīṭat al-talqīḥ* » [La prévention de la variole au moyen de la vaccination », in *Al-Bašīr*, n°1056, 18/01/1893, p. 1.
1690 *Ibid.*
1691 « Règlement sur l'administration municipale médicale », art.6, in G. Young, *Op. cit.*, p. 206.

municipalité du chef-lieu. Ce sont les autorités des villages qui prennent sur elles, et sur leurs finances, d'agir contre la vaccination, en prétextant des empiètements de la municipalité de Naplouse sur des localités situées bien en dehors de sa juridiction territoriale. Bien que d'inspiration légaliste, ces protestations sont considérées comme autant d'entraves à l'action publique, et condamnées.

Cette dernière affaire souligne les réticences rencontrées par l'action médicalisante, dans le sens de la médecine occidentale, exercée par les autorités locales de Naplouse. Le conseil municipal de la ville apparaît rallié, sur le principe sinon dans sa consommation médicale, à la promotion de ce type de médecine. Pourtant, il se retrouve en conflit avec une institution dont le but est similaire, la mission médicale ; mais, comme on va le voir, les notables de Naplouse s'opposent à celle-ci, non en tant que centre de soin, mais bien en tant qu'institution missionnaire.

B – Une forteresse juridique : l'hôpital missionnaire

1 – La mission médicale de Naplouse comme fin et comme moyen

Dans le cadre de leur activité médicale, les missionnaires trouvent des occasions de promouvoir la médecine occidentale en donnant une tournure pédagogique à la relation médecin-patient ; toutefois, ils entrent en même temps en conflit avec les sensibilités locales, précisément en raison du type de relation qu'ils cherchent à instaurer et des fins qu'ils poursuivent. La réaction des élites naplousaines se situe sur le même terrain, et l'opposition entre missionnaires et notables prend la forme concrète de deux hôpitaux concurrents, l'Hôpital anglais St Luc et l'Hôpital Al-Waṭanī. Toutefois, à un autre niveau de perceptions collectives, la première de ces deux institutions, en tant qu'elle est missionnaire, vient redoubler la réticence commune, parmi la population musulmane de la ville, à l'égard de la médecine occidentale, réticence dont nous avons vu qu'elle avait des relais religieux. On percevra mieux les enjeux de la querelle des hôpitaux en étudiant les intentions des hommes de la CMS. Celles-ci sont doubles, et même triples.

Introduire une pratique médicale tendant vers la biomédecine et le monopole professionnel des détenteurs du savoir scientifique, qui en constitue la base sociologique, est d'abord une fin en soi pour les médecins diplômés. C'est un processus auto-entretenu, par

lequel les détenteurs du savoir médical comme technique s'assurent, en s'appuyant sur des garde-fou légaux et sur diverses institutions volontaristes (ici, la CMS, à côté de la municipalité), une garantie de retour sur investissement pour les efforts consentis dans leurs études et en vue de leurs examens.

Deux tentations se présentent ici à nous : la première serait d'expliquer la promotion de la médecine occidentale par un développement historique qui transcenderait les craintes et les anticipations des acteurs ainsi que les codes sociaux qu'ils respectent, et la seconde serait de subordonner, sans autre forme de procès, la finalité professionnelle qui pousse les médecins diplômés, et ici les missionnaires, à promouvoir la médecine occidentale à des fins politiques plus larges. Les médecins, en affirmant leurs intérêts au moyen de la référence à la médecine occidentale, consolident cette dernière et la valeur des diplômes en général. Il y a là un processus auto-entretenu, qui ne dépend pas d'une dynamique scientifique inhérente à la médecine occidentale, mais bien des intentions des acteurs engagés dans sa promotion. Le conflit entre missionnaires et notables sert la promotion de la médecine occidentale bien mieux qu'une situation dans laquelle un médecin diplômé ne rencontre pas de contestation organisée et susceptible de lui répondre sur son propre terrain.

Les médecins missionnaires ne sont pas non plus les idiots utiles des chancelleries, qui les instrumentaliseraient avec des arrière-pensées coloniales. Celles-ci ne sont pas absentes, et s'expriment aussi, à l'occasion, sous la plume des missionnaires ; mais l'activité des médecins, des pharmaciens et de l'ensemble du personnel de la mission médicale obéit à une idée de ce que doit être la médecine, et des habitudes et autres pratiques de santé qu'ils doivent promouvoir auprès des patients.

Ce qu'il y a, en revanche, de typiquement impérial dans la mission médicale, et qu'on retrouve ailleurs ou en d'autres temps dans bien des stratégies coloniales ou néo-coloniales, c'est le fait d'utiliser des circonstances socioculturelles pour fonder et légitimer un ensemble de pratiques de domination en s'appuyant sur un discours anthropologique, ici sur la culture des pays d'islam. La médecine occidentale ne dispose nulle part d'autant de moyens pour cela que dans le cadre, réglementé parce que médicalisé, de l'hôpital. Néanmoins, cette conception instrumentale du milieu hospitalier est naïve, elle néglige le simple fait que rien n'oblige les patients à accepter d'être hospitalisés, et qu'il leur est loisible de porter plainte en cas d'abus. Les missionnaires agissent sur le sol d'un Etat souverain, l'Empire ottoman, qui limite leur marge de manoeuvre malgré tous leurs efforts pour limiter ses pouvoirs d'intervention sur leurs institutions. Dès lors, ils sont contraints de faire des aménagements socioculturels dans l'architecture et le fonctionnement de l'hôpital pour se concilier les patients potentiels. Cela les

pousse notamment à proposer des justifications de leur action qui les écartent, sur le plan discursif, de certains aspects de la médecine occidentale.

Enfin, de même qu'il faut considérer comme une fin en soi la promotion de la médecine occidentale, il faut en faire autant de la propagande en faveur du protestantisme, et ce malgré son peu de succès quantitatif. Les intentions sincèrement prosélytes des hommes de la CMS sont avant tout une complication supplémentaire pour leur travail et une source permanente de conflits avec la population locale. La nature missionnaire de leur action est une pomme de discorde en même temps qu'une condition non-négociable de la fondation de leurs hôpitaux. Aussi les missionnaires conçoivent-ils d'abord leurs stratégies d'installation progressive dans le but de laisser le moins possible prise à des protestations et des plaintes relatives à leurs efforts pour obtenir des conversions. Cela ne les empêche pas de se représenter leur existence à Naplouse dans des termes tout à fait radicaux, au coeur d'un conflit confessionnel sans merci.

L'affaire d'août 1891 a révélé la faiblesse fondamentale de la mission médicale, susceptible d'être fermée à tout moment. Face à cette situation, les médecins missionnaires ont le choix entre deux stratégies, compter sur la tolérance des autorités et des notables ou faire jouer leurs appuis diplomatiques pour obtenir, âprement et sans relâche, des droits de plus en plus étendus sur les locaux qu'ils occupent. S'ils ont recours à la première stratégie, qui contribue en outre à accroître la fréquentation de la mission médicale, ils n'ont de cesse de poursuivre la seconde, dont l'avancée progressive dépend du contexte des rivalités entre puissances à Istanbul. Les négociations pour obtenir un firman sultanien au profit du dispensaire, et surtout de l'hôpital que les hommes de la CMS veulent faire construire, visent à créer une véritable forteresse juridique. Aussi le contexte des relations internationales vient-il peser sur le fonctionnement quotidien de la mission médicale à chaque étape d'une négociation qui s'étend sur presque dix ans, de juillet 1891, en passant par l'octroi du firman tant convoité en janvier 1900[1692], jusqu'à l'ouverture de l'Hôpital St Luc en février 1901.

2 – Les enjeux du firman

La perspective de l'ouverture d'un hôpital missionnaire, évoquée à partir de la fin 1892, s'accompagne de demandes récurrentes pour l'obtention d'un firman conférant la pleine propriété des lieux à la mission, ou plus précisément à un représentant de la mission : le code ottoman de la propriété, inspiré en cela du droit musulman, ne connaît pas la catégorie de

1692 CMS G 3 P/O 1900/13, de J.R.L. Hall à F. Baylis, de Jérusalem, 02/01/1900.

personne morale[1693]. Cette obligation légale renvoie à la loi de 1867 sur la propriété des étrangers dans l'Empire, qui induit que les constructions d'immeubles par des sujets d'autres Etats sont conditionnées à l'obtention d'un firman sultanien autorisant les travaux[1694]. En pratique, bon nombre d'institutions étrangères, y compris religieuses, sont construites à la même époque sans firman, pour être éventuellement régularisées *a posteriori*, mais l'insistance des missionnaires à obtenir ce document est révélatrice de la position délicate dans laquelle ils se trouvent dans les différentes localités où la mission de Palestine est active, et à Naplouse tout particulièrement.

Le besoin d'un firman sultanien pour pouvoir lancer les travaux de construction de l'hôpital fait de la mission médicale un enjeu de négociation diplomatique, car le document ne peut être obtenu que sur pétition présentée à la Sublime Porte* par l'ambassade de la nation dont le promoteur des travaux est ressortissant. Quelle peut être, pour la CMS, la finalité d'une procédure aussi lourde, quand beaucoup d'autres fondations étrangères s'y dérobent ? Elle tient aux garanties juridiques qui accompagnent la possession du firman et soustraient l'institution à la plupart des procédures judiciaires en soumettant l'immeuble et les activités qui y ont lieu au régime très favorable des capitulations[1695]. Protégée par celle-sci, l'institution jouit d'un statut de quasi-extraterritorialité, dont le Dr Bailey dit, avec quelque exagération, qu'il permettrait même à la puissance protectrice d'utiliser l'immeuble en cas de guerre contre l'Empire ottoman ; l'institution resterait protégée par le système capitulaire en cas de conflit[1696] ; et il est néanmoins vrai que l'Etat ottoman use d'une grande modération envers les fondations étrangères disposant d'un firman. Ainsi, lors de la guerre de 1911-1912 au terme de laquelle l'Italie occupe la Cyrénaïque et la Tripolitaine, le gouverneur ottoman de Jérusalem ordonne l'arrêt de la construction de l'énorme hôpital italien, mais accepte, à la demande des ingénieurs, de laisser bâtir un mur d'enceinte pour protéger les matériaux entreposés sur le terrain[1697].

Cette marge de manoeuvre très large sert tout spécialement les objectifs missionnaires de la CMS, dont les employés se souviennent que le prosélytisme n'est pas étranger à la fermeture de la mission médicale en août 1891, ni à la brève fermeture de l'hôpital ordonnée par le gouverneur de Naplouse en 1893[1698]. La loi ottomane rejoint le sentiment public des

1693 CMS G 3 P/O 1893/5, de Bailey à Baylis, de Naplouse, 23/12/1892.
1694 « Loi condécent aux étrangers le droit de posséder des immeubles dans l'Empire ottoman », art. 2, du 16/06/1867, cité in Young, *Op. cit.*, pp. 337-341.
1695 CMS G 3 P/O 1896/98, « Report of work in Nablus for conference 1896 », du Dr Wright, de Naplouse, 22/04/1896.
1696 CMS G 3 P/O 1893/30, « Temporary plan for small hospital at Nablus », du Dr Bailey, s.d. [1893].
1697 « *Aẖbār maḥalliyyah* » [Nouvelles locales], in *Filasṭīn*, n°79, 21/10/1911, p. 3.
1698 CMS G 3 P/O 1893/ 188, « Extract from letter written to Dr Lankester, with regard to the Nablus Medical Mission Hospital », de Bailey, de Naplouse, 18/08/1893.

Naplousains dans la condamnation du prosélytisme en direction des musulmans, et les missionnaires estiment que l'absence d'un hôpital où ils jouiraient d'une pleine liberté d'action entrave leur activité missionnaire.

Plus de trois ans s'écoulent entre le dépôt de la première pétition pour obtenir le firman, en octobre 1896[1699], et son octroi en janvier 1900, ce qui tient à un double contexte, international et naplousain. La CMS a attendu pour faire la demande que les relations entre la Grande-Bretagne et le Sultan se détendent après les massacres d'Arménie des années 1894-1896. La crise de Crête de 1897 contribue également à ralentir les démarches des diplomates britanniques à Istanbul. A cela s'ajoutent les conditions d'attribution du firman. La loi demande tout d'abord que le terrain soit un bien *miri*, possédé en propriété privée[1700], et non un bien *waqf*, attaché à une fondation caritative. Il faut en outre que les pétitionnaires soumettent au gouvernement ottoman un plan complet de l'hôpital, qui rende compte de l'étendue des terrains et des constructions prévues, de l'agencement et de l'occupation des bâtiments, ainsi que des fonctions de l'institution. A cela s'ajoute l'obtention de l'envoi à Istanbul d'un *maḍbaṭah* par le gouverneur local, avec contreseing de l'ensemble du conseil municipal[1701], exposant en des termes favorables la faisabilité et la désirabilité du projet ; or la teneur de ce rapport est à la discrétion de son rédacteur, qui peut faire obstruction s'il est hostile au projet[1702]. Un texte conforme aux désirs des missionnaires n'est envoyé qu'au bout de trois demandes successives, assorties de pression du gouverneur de la province de Beyrouth[1703] ; c'est en définitive l'intervention personnelle de l'ambassadeur de Grande-Bretagne, en visite dans la région, auprès du gouverneur de Naplouse qui convainc ce dernier d'envoyer un rapport favorable[1704].

Cette histoire nous dit quelque chose de l'activité de l'administration intérieure ottomane dans le maintien de la souveraineté sultanienne. Il y a en fait deux niveaux de

1699 CMS G 3 P/O 1896/174, de Wright à Baylis, de Naplouse, 21/10/1896.

1700 Techniquement, les terrains *miri* sont des terres domaniales dont seul l'usufruit revient à celui qui le possède, et que l'Etat peut récupérer au bout de quelques années s'il n'est pas occupé, par exemple par un bien immobilier, ni cultivé. Les titres de propriété donnés par l'Etat ne sont que des reconnaissances du fait que le détenteur du titre est soumis aux impôts fonciers. En pratique, les titres délivrés au titre du code ottoman de la propriété foncière de 1858 sont assimilés à des biens en pleine propriété privée. Cf Kenneth W. Stein, *The Land question in Palestine, 1917-1939*, Chapel Hill / Londres, The University of North Carolina Press, 1984, pp. 10-15.

1701 CMS G 3 P/O 1896/135, de Wright à Baylis, de Naplouse, 01/07/1896.

1702 CMS G 3 P/O 1896/127, de T.F. Wolters à Baylis, de Jaffa, 29/06/1896.

1703 CMS G 3 P/O 1897/88, « Report of Nablus medical mission, Conference, May 1897 », de Wright, de Naplouse, 03/05/1897 ; CMS G 3 P/O 1897/182, « Report of the Nablus medical mission for Acre Conference, November 1897 », de Gaskoin Wright, de Naplouse, s.d., [novembre ou décembre 1897] ; CMS G 3 P/O 1899/41, minutes du comité des finances de la mission de Palestine de la CMS, de Jerusalem, 23/02/1899.

1704 Fāris Rišād al-Mas'ūd, « *Masīrat al-ḥidamāt al-ṭibbiyyah fī madīnat Nāblus* » [Histoire des services médicaux de la ville de Naplouse], conférence présentée au club Ebal, Amman, 22/09/1999,p 3. Je remercie la famille Ḥammād de m'avoir communiqué ce document.

conditions politiques à la construction de l'hôpital missionnaire. Le premier est diplomatique, le second local ; et les pressions entre chancelleries ne sauraient suffire à débloquer la situation. Les acteurs locaux peuvent prendre des décisions politiques face à des projets de l'échelle d'un hôpital missionnaire, même si la diplomatie reprend ses droits à un moment donné.

Le délai avant l'obtention du firman tient largement à l'action du gouverneur de Naplouse à la fin des années 1890, qui n'est pas en bons termes avec les missionnaires, et qui anticipe que faire obstruction aux missionnaires peut le servir à Istanbul ; mais il tient également à la stratégie de blocage procédurier des notables du conseil municipal, qui, dans l'entourage du gouverneur, militent contre la construction de l'hôpital missionnaire.

3 – Légalisme des notables, juridisme des missionnaires

Les techniques employées par les notables pour empêcher le développement de la mission médicale et tout particulièrement la construction de l'hôpital mettent en lumière la nature de leurs relais d'influence ainsi que des usages sociaux du droit susceptibles d'articuler les intérêts particuliers et les courants d'opinion. Cette stratégie est d'abord d'ordre politique et religieux, elle ne relève pas de la résistance culturelle sur le terrain de la médecine. Le modernisme qui inspire le patriotisme naplousain à cette époque barre la route à un usage politisé des pratiques médicales autochtones, que d'aucuns, des décennies plus tard, peuvent encourager au sein du mouvement national palestinien. Toutefois, nous avons dit que les intentions des médecins missionnaires ne se résumaient pas à la promotion de la médecine occidentale, et si l'on considère la portée politique et religieuse de leur action, il y a, d'évidence, matière à une opposition acharnée. Nous laisserons pour le moment la question du ressenti local vis-à-vis de la mission médicale, et du malaise que provoque le fonctionnement de celle-ci ; rappelons seulement, en guise d'indice, que le nationalisme britannique illustré par Bailey a, d'emblée, constitué une cause d'irritation populaire, et que les habitants ne sont pas longs à comprendre que la multiplication des institutions missionnaires constitue un avant-goût du colonialisme. Quant aux deux autres critères proposés ci-dessus, nos hypothèses sont les suivantes. En premier lieu, il existe une opposition édilitaire à la mission médicale, qui correspond aux sentiments et aux intérêts d'une partie des notables, et qui s'appuie tantôt sur des procédures individuelles, tantôt sur des pétitions et des mobilisations collectives. En second lieu, leur mode privilégié d'action est procédural, et renvoie à une

connaissance diffuse des arcanes du droit et à une disposition acquise à l'action collective en milieu urbain.

Les notables urbains musulmans sont le fer de lance de la contestation de la mission médicale, et ont recours à une multitude de moyens légaux pour bloquer le développement des activités de la CMS. En ce sens, on peut parler d'un légalisme de leur part, c'est-à-dire du choix de l'obstruction procédurale par une multitude d'actions de petite envergure, depuis la position de force dans laquelle ils se trouvent à l'échelle locale. Cette stratégie se place sur le même terrain, formel, sans recours à la force, que le juridisme des missionnaires qui cherchent à échapper à la faiblesse de leur position initiale, tout juste tolérée, en se constituant, coûte que coûte, une position légale solide. Aucun des acteurs du conflit ne cherche à quitter le terrain du droit, ce qui n'exclut pas les allégations, les affirmations exagérées ou mensongères et le recours aux rapports de forces institutionnels pour emporter la décision.

L'opposition aux missionnaires emprunte deux modes d'action principaux. Le premier est la pétition, adressée à l'administration ottomane, à Naplouse même, à Beyrouth ou à Istanbul, et visant à obtenir l'intervention des pouvoirs publics pour faire fermer la mission médicale ou à tout le moins pour la mettre sous pression. Ces plaintes collectives se placent généralement sur le terrain religieux, et accusent les missionnaires soit en dénonçant leurs intentions prosélytes, soit en les accusant de porter atteinte à l'islam. Sur ce dernier registre, une pétition déposée au début de 1895 dans le but de faire fermer l'hôpital que les missionnaires ont mis en place à titre provisoire, déclare que ces derniers font manger du porc et boire du vin aux patients hospitalisés[1705].

La plupart des protestations, cependant, vise le prosélytisme protestant, qui, comme toute tentative de convertir des musulmans, est illégal dans l'Empire ottoman ; et les instigateurs de certaines d'entre elles sont inattendus. Ainsi, dans le courant de 1894, une pétition est envoyée à Istanbul par des musulmans de Naplouse dont les missionnaires retracent l'origine jusqu'à deux membres de la congrégation protestante de Naplouse, Ḥanā al-Qirrah et son fils Šukrī. La pétition est un épisode du conflit en court entre ces deux hommes et la mission, à la suite de l'arrivée du Dr Wright et de sa décision de ne pas réengager le second, naguère assistant-pharmacien au service du Dr Bailey[1706]. Pour le père, c'est un affront, qui signifie à ses yeux que malgré 21 ans de travail au service de la CMS à Naplouse, il n'est plus en mesure de faire jouer son influence auprès des missionnaires britanniques. Il se rebelle contre ses patrons de naguère de deux façons. D'une part, il approche les notables

1705 Mas'ūd, *art. cit.*, p. 2 ; « Nablus medical mission. Annual letter from Dr Gaskoin R.M. Wright », in *Medical Mission Quarterly*, vol. n°2, n°14, 04/1896 (32-34), p. 32.
1706 CMS G 3 P/O 1894/104, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 26/06/1894.

musulmans et, fort du fait qu'il sert de prête-nom sur les titres de propriété des terrains de la mission, il propose de leur en céder une partie afin de rendre possible un projet de mosquée dans le voisinage[1707]. L'importance de cette proposition tient au statut particulier des terrains avoisinant les mosquées, où la construction et la succession sont l'objet de réglementations spécifiques, largement tombées en désuétudes à cette date, mais susceptibles, pense-t-on à la CMS, d'être réactivées au détriment des missionnaires par l'administration locale[1708].

Lorsque cette procédure juridique échoue, Ḥanā al-Qirrah choisit d'encourager la rédaction d'une pétition qui accuse les missionnaires d'organiser des prières dans le dispensaire et d'avoir pour but ultime la conversion. La portée réelle, et invisible à Istanbul, de ce texte tient à l'appartenance confessionnelle de l'instigateur. Non seulement il illustre une nouvelle fois la répugnance des protestants autochtones à accueillir des convertis venus de l'islam dans leur rang et leur tendance à renforcer les frontières religieuses, mais il donne à penser que Ḥanā al-Qirrah s'est répandu auprès des musulmans naplousains en révélations sur la CMS. Les missionnaires de cette dernière appliquent en effet une politique du secret, à l'abri des murs de leurs fondations, qui sont vulnérables en case de mécontentement émanant de leurs clients et coreligionnaires autochtones.

Plusieurs procédures sont déclenchées à partir de 1896, à la suite de l'acquisition par la CMS d'un terrain, enregistré par un prête-nom, Šaḥādah Taqtaq, dans le but d'y construire l'hôpital définitif. Ces procédures d'achat constituent un jeu de dupes, car les missionnaires avancent masqués afin de permettre le succès de la transaction. Le risque est que la révélation de leurs intérêts dans la transaction n'indispose le propriétaire, ne le pousse à interrompre les négociations ou à augmenter les prix, ou que quelqu'un dans l'administration locale ou la municipalité n'entreprenne une action contre la vente ou l'utilisation ultérieure du terrain. Le mécontentement autochtone est redoublé dans l'affaire, du fait que le propriétaire qui vend le terrain appartient à la famille Abū Ġazālah, dont les intérêts professionnels et lignagers sont, on l'a vu, contraires à ceux des missionnaires : c'est une continuation de la concurrence médicale par d'autres moyens[1709].

L'opposition juridique à la réalisation de l'hôpital missionaire est polymorphe, et commence, quelques temps après l'acquisition du terrain, par une question de délimitation et, indissociablement, d'usage des lieux : au printemps 1896, les missionnaires demandent à leur maison-mère que des fonds soient débloqués au plus vite pour la construction d'un mur d'enceinte, de peur que le gouverneur de Naplouse ne réquisitionne le site au nom de l'intérêt

1707 *Ibid.*
1708 « Loi concédant aux étrangers le droit de posséder des immeubles dans l'Empire ottoman », art. 1er, 16/06/1867, et note 1 (a), in Young, *Op. cit.*, pp. 337-338.
1709 Mas'ūd, *art. cit.*, p. 3.

public, pour y construire une route[1710]. De fait, lorsque les travaux d'édification de ladite enceinte commencent, le gouverneur local intervient pour en bloquer l'avancement, en réclamant qu'un permis autorisant la construction, et portant l'estampille du gouvernement central ottoman, lui soit adressé[1711]. Dès que les travaux avaient été envisagés, un des missionnaires avait d'ailleurs poussé la CMS à persser l'ambassade de Grande-Bretagne à Istanbul d'obtenir ce document[1712], mais c'est l'intervention du gouverneur qui incite la maison-mère à solliciter l'appui de l'ambassade, et le permis n'est produit qu'après coup, au printemps 1897[1713]. La construction de l'enceinte matérialise la petite forteresse que constitue le futur hôpital, mais les procédures judiciaires se succèdent pour empêcher la réalisation de ce dernier.

Les opposants à l'hôpital sont en position réactive par rapport à la CMS, dont ils entravent néanmoins substantiellement les projets de développement de la mission. Une série de plaintes s'accumulent pendant la période d'attente du firman autorisant la construction de l'hôpital. Après la délivrance de ce dernier document, une ultime procédure est entamée par un homme qui prétend qu'une partie du terrain et ses arbres, qui relèvent d'un régime de propriété différent des biens fonciers, lui appartiennent[1714]. C'est en fait un baroud d'honneur de la part des notables du conseil municipal, qui ont été lâchés par le gouverneur de Beyrouth puis, avec l'octroi du firman, par celui de Naplouse et par le *qāḍī* (juge au tribunal religieux) de la ville. Ces deux derniers hommes sont effrayés par les conséquences de la procédure entamée, car contester le firman revient à contester la volonté du Sultan qui s'y trouve exprimée. Le conseil municipal décide néanmoins de porter l'affaire devant le tribunal civil de Naplouse, dont le président décide l'envoi des gendarmes pour arrêter les travaux. Une altercation s'ensuit entre le lieutenant de gendarmerie dépêché sur place et le Dr Wright, qui obtient du gouverneur local que la place soit libérée et les travaux poursuivis[1715]. L'hôpital, baptisé Saint-Luc, peut alors être inauguré le 23 février 1901, sans cérémonie en raison du décès récent du vétéran de la mission, le révérend Christian Fallscheer, à quoi s'ajoute la froideur des autorités locales à l'endroit de l'institution nouvelle[1716].

La bataille autour de l'hôpital s'est déroulée sur le terrain juridique et administratif, et

1710 CMS G 3 P/O 1896/95, minutes de la conférence de la mission de Palestine de la CMS, de Jérusalem, 21-25/04/1896.
1711 CMS G 3 P/O 1896/175, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 26/10/1896.
1712 CMS G 3 P/O 1896/95, minutes de la conférence de la mission de Palestine de la CMS, de Jérusalem, 21-25/04/1896.
1713 CMS G 3 P/O 1897/88, « Report of Nablus medical mission. Conference, May 1897 », par le Dr Wright, de Naplouse, 03/05/1897.
1714 CMS G 3 P/O 1900/116, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 14/07/1900.
1715 *Ibid.*
1716 CMS G 3 P/O 1901/84, lettre annuelle de M. McCallum, infirmière à l'hôpital de la CMS à Naplouse, de Naplouse, s.d. [1901].

la multiplicité des procédures a réussi à ralentir grandement le projet, sans pour autant empêcher sa réalisation. Une variété d'intérêts, dont certains sont même liés à la pratique de la médecine, s'exprime dans ce faisceau d'actions judiciaires, dont la force motrice et le dernier soutien reste le conseil municipal de la ville, issu de la notabilité musulmane. La multiplicité des angles d'attaque illustre une capacité d'arguer et de ratiociner, bref d'utiliser le droit dans tous ses détails, qui trahit une habitude et même une maîtrise de ce genre de litiges à répétition. Nul doute que ce type d'obstruction est dissuasif en général, et l'échec des effendis du conseil municipal est à chercher dans un cadre élargi. Ici, le plus éclairant est de comparer les systèmes d'alliance des deux camps : si les notables peuvent se prévaloir du soutien du gouverneur de Naplouse dans les dernières années de la décennie 1890, et de relais tant au gouvernorat de la province de Beyrouth qu'à Istanbul, ces appuis se révèlent moins puissants que ceux des missionnaires qui, par l'entremise de l'Ambassade de Grande-Bretagne, peuvent faire valoir leurs vues au plus haut niveau du gouvernement ottoman ou à la personne du Sultan. Si l'opposition à l'hôpital possède des alliés objectifs à l'échelle des relations internationales, c'est éphémère : en 1896, lorsque l'Arménie empoisonne les relations entre Londres et Istanbul, les notables naplousains trouvent des alliés objectifs dans les chancelleries française et russe, respectivement protectrices des Latins et des Grecs orthodoxes de Naplouse et intéressées à freiner l'action des missionnaires dans cette ville[1717]. A cette exception près, la CMS a l'avantage.

C'est ainsi qu'il leur est possible de concrétiser leur projet d'institution close, quasi-extraterritoriale, dans laquelle ils seraient libres de contrainte tant du point de vue de la prédication que de celui de la technique médicale. En ce sens, la longue procédure de négociation, étendue sur une dizaine d'années, façonne l'expérience médicale et missionnaire des hommes de la CMS, et les conduit parfois à contextualiser leur action, au moins sur le plan du discours, en fonction des représentations sociales de la médecine qui prévalent à Naplouse.

4 – De l'adaptabilité de la théorie médicale aux conditions politiques

Le récit d'une autre protestation dirigée contre la mission médicale est d'un intérêt tout particulier pour nous. En 1897, une pétition est adressée au gouverneur de la province de Beyrouth[1718], contre le libraire autochtone de la mission, qui assure une partie des prêches que

1717 CMS G 3 P/O 1896/127, de T.F. Wolters à Baylis, de Jaffa, 29/06/1896.
1718 « A Danger averted at Nablus », in *Mercy and truth*, vol. n°1, n°9, 09/1897 (207-210), p. 207.

les missionnaires sont institutionnellement tenus de prononcer à l'hôpital. La teneur de l'accusation, qui englobe en fait l'ensemble de la prédication hospitalière, est que l'islam aurait été insulté à la faveur d'un de ces discours. L'homme est menacé de prison, et le Dr Wright va plaider sa cause face au gouverneur adjoint, revêtu pour l'occasion de la charge de juge du *sanjak*. Il défend la pratique missionnaire à l'hôpital au moyen de deux idées. La première est que l'accusation de prêcher contre l'islam est infondée, car il n'est jamais question que de promouvoir l'Evangile, qui n'en parle pas. Il y a là plus, en substance, qu'une boutade, car si les missionnaires n'évoquent pas l'islam, ni ne le critiquent, cela signifie que leur apologétique est fondamentalement décontextualisée, et n'aborde jamais les questions éventuelles de leurs interlocuteurs musulmans qu'indirectement, sans établir de comparaison. Pour autant que cette assertion soit exacte, et il est vrai que les missionnaires usent de prudence dans leur argumentaire, il en résulte que la mission repose sur une demi-persuasion, sans pouvoir mener jusqu'au bout, dans la discussion, le parcours qui mènerait éventuellement l'auditeur à une conversion. Pour pallier cette insuffisance, le seul moyen serait de prêcher d'exemple et d'acquérir, à l'hôpital comme à la ville, une stature morale : ce qui est difficilement conciliable avec l'éloignement et le confinement que les médecins missionnaires cultivent, à force de chercher à être maîtres chez eux[1719].

La deuxième idée exposée par Wright vise à répondre à un ordre du gouverneur de la province de Beyrouth, lui intimant de ne tenir de prières à l'hôpital en présence de musulmans:

> « J'exprimai aussitôt mon chagrin, et dis que nous ne pouvions pas continuer notre travail sans prière. Je dis à la cour que les bénédictions et les guérisons qui accompagnaient notre travail n'étaient pas le résultat de nos propres compétences, mais simplement de la grâce de Dieu, et que sans elle, la médecine était tout à fait inutile.[1720] »

Tel quel, le propos du médecin reproduit un motif de la philosophie de la médecine en terre d'Islam que nous avons déjà évoqué, et qui sert quelquefois de fondement à la définition orientaliste, au sens péjoratif du terme, du fatalisme musulman. Wright reproduit un discours autochtone sur les causes de la guérison, qu'il n'a pu manquer d'entendre dans son travail. On dira sans doute que les circonstances dans lesquelles il parle jettent un doute sur son adhésion à ce discours : dans sa bouche, il semble comique, même s'il n'y a guère le choix. Les prières, qu'on veut lui interdire, sont une des conditions mises par la CMS à la continuation de la mission, et la correspondance est pleine d'assurances que les lectures, les prières et les services religieux ont été tenus avec régularité. En même temps, cette argumentation

1719 *Ibid.*, p. 208.
1720 *Ibid.*, p. 208.

témoigne d'une porosité intellectuelle, qui tranche avec un discours de condamnation des idées médicales autochtones. Le fait est qu'il réussit à convaincre ses interlocuteurs, et l'ordre est ramené à une interdiction de critiquer l'islam devant des patients musulmans[1721]. Du reste, ces derniers considèrent les séances de prière imposées avec une certaine ironie. Aux débuts de la mission médicale, certains patients s'étaient ému de devoir choisir entre les services religieux et la renonciation à des soins médicaux gratuits ou presque. D'après Jaussen, le mufti de Naplouse les a rassurés en leur recommandant de pratiquer le *dikr* (littéralement le rappel, et en l'occurrence la récitation des noms de Dieu) pendant les lectures, le prêche et les prières[1722]. Une partie des tensions, tout spécialement celles qui touchent les activités existantes de la mission, se résolvent par ce type d'arrangement. L'administration locale de Naplouse peut choisir d'aménager des dispositions destinées à éviter un prosélytisme protestant agressif, si c'est la condition pour la continuation du dispensaire et de l'hôpital, et si le médecin de l'hôpital accepte d'adapter son propos, y compris sur le plan médical, aux attentes de ses juges et de ses critiques.

5 - Médecine et prosélytisme ; ou comment la mission maintient les patients sous son empire

Au vu de toutes les garanties qui entourent l'hôpital missionnaire, une question se pose, qui guide l'analyse de son fonctionnement : ainsi encadrée, l'institution peut-elle être pleinement conforme aux normes de la médecine occidentale ? C'est en tout cas bien l'idée des premiers défenseurs de la fondation d'un hôpital, pour qui la liberté de prêcher l'Evangile est inséparable du contrôle médicalisé. Bailey, le premier, évoque l'importance médicale de posséder un hôpital :

> « Progressivement, nous sommes capables de toucher davantage [au développement de l'activité médicale] et j'espère que le comité [de supervision de la mission de Palestine] m'octroiera, sans que j'aie à le demander, une somme pour entretenir trois ou quatre lits, car les gens d'ici me supplient d'ouvrir un petit hôpital. Le travail missionnaire le meilleur et le plus sûr peut seulement être effectué dans un hôpital où les patients sont constamment sous notre responsabilité [*care*]. Il va également sans dire que, du point de vue du traitement médical, c'est sans comparaison la meilleure manière de faire[1723]. »

Le contrôle médicalisé offre, par le contact prolongé avec les patients, les meilleures

1721 *Ibid.*, p. 209.
1722 Jaussen, *Op. cit.*, p. 255.
1723 CMS G 3 P/O 1891/222, de Bailey à Touch, de Naplouse, 21/07/1891.

occasions de les approcher et d'entamer une discussion d'essence religieuse. La redirection de l'attention du personnel médical missionnaire de la thérapeutique vers des attentes plus spirituelle est conditionnée par l'imposition d'un environnement disciplinaire, et notamment par l'éloignement des proches pendant la plus grande partie de la journée. Les règles de l'hôpital ont ainsi quelque chose de très rebutant pour les malades et leurs familles, ce qui ne contribue pas peu aux hésitations des patients avant qu'ils demandent à y être admis. Le processus engage cependant une dynamique dans les salles de malades, dont on ne peut douter qu'elle conduise chez certains patients à des sentiments de réelle et profonde gratitude à l'égard du personnel missionnaire, et parfois à une certaine conviction à l'égard de la religion qu'ils exposent. Généralement, les missionnaires insistent dans ce sens en exposant une doctrine du péché fondée sur des formulations absolues comme celle des dix commandements, alternée avec les espérances de la vie du monde à venir[1724].

Dans l'hôpital missionnaire occupé par les Drs Bailey et Wright avant 1901, les conditions de travail sont très imparfaites : il est installé dans un ancien café, dont le bâtiment est étroit et impropre, d'un point de vue sanitaire, à l'accueil des malades, même s'il permet d'avoir deux salles de malades pour héberger les hommes comme les femmes[1725]. Dans l'ensemble, les lieux sont insalubres, et inspirent, en tant qu'anti-modèle, la conception de l'hôpital à construire. L'objectif est à la fois d'augmenter le nombre de personnes qu'il est possible d'hospitaliser et, ensuite, de faciliter un séjour prolongé à l'hôpital, qui permet à la fois d'assurer un meilleur suivi médical jusques et y compris pendant la convalescence, et de faire durer la sensibilisation au message missionnaire et à l'Evangile. Aussi Wright demande-t-il la construction d'une salle pour les convalescents, qui finit par être ouverte en 1906[1726]. Malgré tous ces investissements, les conversions sont très rares, et par nécessité discrètes. Leur nombre est à peu près impossible à évaluer : selon Bahjat et al-Tamīmī, il n'y aurait eu en 23 ans de mission médicale qu'une seule musulmane convertie de notoriété publique[1727]. Les chiffres réels sont peut-être supérieurs, si l'on tient compte de la dissimulation par les missionnaires de leurs résultats sur ce terrain sensibles : les lettres annuelles sont empreintes d'un souci d'auto-censure qui conduit leurs auteurs à ne pas laisser paraître des textes qui feraient référence à la conversion de musulmans. La mention occasionnelle qu'un texte « peut être imprimé dans la lettre annuelle destinée à la circulation privée mais non pas reproduit dans [le *Christian Inquirer*] », la principale revue de la CMS, indique que les résultats

1724 CMS G 3 P/O 1901/104, « Difficulties which meet the visitor among Moslems », par Agnes M. Elverson, s.d., reçu à Londres le 10/06/1901.
1725 CMS G 3 P/O 1896/190, « Report of Nablus Medical Mission read at Gaza Conference, November 9th 1896 », par le Dr G.R.M. Wright.
1726 G.R.M. Wright, « The new wards at Nablous », in *Mercy and truth*, n°116, 08/1906, pp. 240-241.
1727 Bahjat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, vol. n°1, p. 117.

proprement missionnaires, qui intéressent tout spécialement les donateurs, sont susceptibles de provoquer l'ire des autorités ottomanes si elles sont amenées à les lire[1728]. La principale fonction de l'hôpital reste médicale, et difficile à concilier avec l'activité missionnaire, en raison du caractère permanent et agressif de la prédication, et du comportement quelque peu supérieur du personnel britannique.

Ajoutons à ces remarques, qui limitent l'incidence positive de l'Hôpital Saint-Luc au sein de la population naplousaine, que l'hospitalisation est une expérience infantilisante. Une description des jours de visite par une infirmière rend assez bien, sur un ton léger, l'effet disciplinaire d'arrachement des patients – ici, des patientes – à leurs proches et l'encadrement rigoureux par les missionnaires des formes de sociabilité autour des malades:

> « Rien qu'un coup d'oeil à un de nos jours de visite pourrait amuser quelques uns de nos amis. Deux fois la semaine, les patients reçoivent leurs visiteurs ; ce qu'ils sont bruyants ! Aussitôt que la porte est ouverte, ils s'abattent sur les lieux, hommes, femmes et une multitude d'enfants. Chaque visiteur transporte, en général, un petit paquet, ou quelque chose d'emballé dans un mouchoir, et souvent aussi des fleurs ; ces dernières me sont le plus souvent donnée ; mais ces emballages ? Que contiennent-ils ? Eh bien, c'est ce que nous découvrirons plus tard quand tous les amis seront partis, et que je devrai tenir le rôle d'un inspecteur, en fouillant les casiers de toutes les patientes, et dans bien des cas les lits aussi.
> Aujourd'hui, c'est donc jour de visite, et un jour remarquable pour les statistiques. Une petite fille, âgée de huit ans environ, couchée dans le « lit Victoria », a réuni rien de moins que 15 personnes autour d'elle. Il y avait là le père, avec ses cinq femmes, dont chacune portait un bébé, les mères de trois d'entre elles, et une fille adulte. Est-ce que son armoire ne mériterait pas la fouille ? Chacun d'entre eux lui a amené quelque chose à manger !
> Passons au lit d'à côté, le « lit Guernesey » ; j'ai trouvé pas moins de 14 amis regroupés autour de lui mais, comme la patiente était très malade, j'ai conseillé à tous, sauf à sa mère et sa soeur, de partir ; mais ils avaient l'air quelque peu emmêlés dans leurs liens avec elle, car deux dames prétendaient être la mère, et toutes les autres des soeurs, ce qui m'a obligée à faire le tri moi-même ; je lui ai laissé une mère et, je crois, une soeur.
> Toutes les autres patientes n'avaient qu'un nombre ordinaire d'amis.
> Il est maintenant 4 heures ; les amis partent, et ma fouille commence. La première armoire était si pleine que la moitié du contenu est tombée à terre dès que j'ai ouvert la porte ; mais... oh ! Qu'est-ce donc qui se révèle à moi ? Voilà un nombre de gâteaux à l'huile, aussi lourds que du plomb, différents types de noix à la livre, deux aubergines farcies de riz – qu'elles adorent – et autant de douceurs et de raisins secs qu'on peut imaginer.
> L'armoire suivante contient six grenades, autant de coings, deux reins [*sic*], et bien sûr les inévitables gâteaux à l'huile.
> La troisième armoire était vide, conformément aux assurances solennelles de sa propriétaire qu'elle n'avait rien ; mais, comme je connais mon amie, je fouille son lit et là, je trouve sous son oreiller une miche de pain plat, avec un grande quantité de viande d'allure noire, très probablement de la viande de chameau. Pauvre femme ! Elle a tremblé quand elle s'est vue découverte, et pas besoin de vous dire que je ne l'ai pas

1728 CMS G 3 P/O 1910/34, lettre annuelle du Dr G.R.M. Wright, de Naplouse, 08/02/1910.

> autorisé à manger la viande, tout d'abord pour le mensonge qu'elle m'a sorti, et ensuite, parce qu'elle suit un « régime *léger* ».
> Permettez-moi seulement de dire que les gens ne savent pas ce qu'est la vérité, et, s'ils savent dire un mensonge, on les considère plutôt futés. Pauvres créatures dégradées, ce sont nos soeurs !
> « La grâce et la vérité sont venues par Jésus Christ. » Priez pour elles, qu'elles puissent Le connaître, Lui qui est « Vérité ». Et moi, je continue à aller d'armoire en armoire, et trouve dans chacune les mêmes choses immangeables. Je confisque l'essentiel, et la femme de ménage qui passera demain va faire un festin[1729]. »

Le texte décrit les visites en deux temps, le premier en présence des visiteurs, principalement des femmes puisqu'il s'agit d'une salle de malades consacrée aux patientes, et le second après leur départ. Le principal fil conducteur de la narration est, de bout en bout, la quasi-interdiction des cadeaux alimentaires destinés aux patientes, qui participe à la fois de l'encadrement diététique des patients et de l'arbitraire de l'infirmière qui décide en définitive, et pour partie en fonction de ses propres critères culinaires, du peu qui peut être conservé. Ce thème croise celui de la pédagogie de la vérité, qui est vérité de l'être, tant au sein de la famille que dans les cieux en la personne du Christ. L'hôpital fournit un arsenal de moyens disciplinaires pour raisons médicales, qui permet de surcroît à l'infirmière d'enseigner la sincérité comme un devoir. Le code culturel des missionnaires britanniques, avec toutes ses exigences morales, croise constamment et conflictuellement un code culturel autochtone bien différent, que l'infirmière généralise abusivement au service de son propos. La description des visites réserve quelques piques aux amis et amies rassemblés autour des malades, pour des raisons qui se donnent comme hygiéniques et médicales, mais qui débordent aisément sur la critique de la culture autochtone et de l'éthique islamique. La pratique culturelle, un peu formelle, des visites aux malades, est vidée de son contenu par la description de la ruée sur la salle de malade et la reformulation des liens aux patientes imposée par les exigences de l'infirmière. Quant à savoir ce qu'est un nombre « ordinaire » de visiteurs – ordinaire par rapport aux semaines précédentes, ordinaire parce que majoritaire, ou peut-être encore ordinaire dans les hôpitaux de Londres –, cela reste pour nous un mystère impénétrable.

La norme que reflète cette scène, et que l'infirmière inculque sans clémence aux patientes et aux dames venues les visiter, n'est pas seulement d'ordre médical, même si c'est l'expression qu'elle est censée prendre à l'hôpital : elle est également familiale, et l'hygiène fournit ainsi un angle de tir supplémentaire sur la polygamie en islam. Le passage à la fouille permet une mention en passant de ce qui, sans doute, intéresse d'abord les lecteurs, à tout le moins les donateurs : le nom donné aux lits. Il rappelle soit la puissance protectrice de l'hôpital à travers le nom de sa défunte souveraine, soit l'individu ou l'association qui finance

1729 « Patients in Nablus hospital », in *Mercy and truth*, n°67, 07/1902 (207-210), pp. 209-210.

un lit. Après quoi, l'infirmière peut exposer sa pédagogie disciplinaire qui s'appuie sur la peur des patientes, pour lesquelles le moment n'a rien de commun avec le ton enjoué de la narration.

Ce qui ressort de cette explication de texte, ce n'est pas tellement le caractère disciplinaire de l'hôpital, tellement évident et ici tellement assumé qu'il ramène les faits et gestes des patientes à quelque chose d'infantile, que la hiérarchisation des cultures, littéralement par âge de l'humanité, qui ressort de cette petite comédie civilisatrice ; or il y a dans le comportement des malades et celui de leurs proches une expression de comportements codifiés, à mi-chemin entre la solennité et le réconfort, qui est purement et simplement niée. Il s'agit donc ici, grâce au contrôle médicalisé à l'hôpital et à l'isolement des malades vis-à-vis de leur famille pendant le plus clair de la journée, de ramener cette culture à une rationalité inaboutie, encore dans l'enfance. L'infirmière vulnérabilise ainsi davantage ces femmes qui sont déjà en proie à l'angoisse, et nul doute que le fait de traiter les patientes comme des enfants facilite sa démarche. On verra un peu plus loin que cela participe des conceptions anthropologiques appliquées par les missionaires à la faveur de la mission médicale ; la différence culturelle et les valeurs autochtones sont envisagées par eux sur le mode conflictuel.

C – Un conflit de valeurs

Les missionnaires interprètent constamment les oppositions qu'ils rencontrent comme le signe d'un conflit confessionnel essentiel, ramené peu ou prou à l'islam : un islam de violence, de rouerie, de morale élastique, mais également de blocages civilisationnels réformables ou définitifs, et sur ce dernier point ils rejoignent le diagnostic des différents réformismes musulmans du dix-neuvième siècle, de 'Abd al-Qādir al-Jazā'irī[1730] à Muḥammad Rašīd Ridā[1731] en passant par Jamāl al-Dīn al-Afġānī[1732]. Munis de ces postulats anthropologiques, les missionnaires peuvent s'appuyer sur un discours cohérent, tranché et vindicatif, mais souvent inadéquat à englober dans son herméneutique bon nombre de faits du quotidien.

L'application de ce discours anthropologique à leur pratique missionaire repose sur

1730 ʿAbd al-Qādir b. Muḥyī al-Dīn al-Jazā'irī, *Rappel à l'intelligent, avis à l'indifférent*, Paris, B. Duprat, 1858.

1731 Albert Hourani, *La Pensée arabe et l'Occident*, Beyrouth, Nawfal, 1991, pp. 230-253, notamment p. 236-237.

1732 Henry Laurens, *Le Royaume impossible. La France et la genèse du monde arabe*, Paris, Armand Colin, 1990, pp. 63-64 & 151-156.

une évidente prudence dans la prédication évangélique et les thèmes abordés avec les patients musulmans, qui sont sériés et élaborés en des sortes de manuels d'apologétique spécifique par des missionnaires chevronnés, spécialisés dans la controverse en terre d'Islam[1733]. Ceci tend à une spécialisation des tâches au sein de la mission, en direction d'une séparation, jamais complète, du religieux et du médical. Est-ce que les divisions religieuses, dont ce discours construit est porteur, trouvent une traduction dans la pratique des médecins ? Si oui, constituent-elles un déterminant structurant du champ médical ?

Dans l'Empire ottoman, le confessionnalisme constitue une donnée légale. Les usages sociaux qui en sont faits à Naplouse varient selon que l'islam ou le protestantisme, comme variante du christianisme, sont considérés du point de vue des relations sociales locales, ou dans un jeu de pouvoir international à l'époque coloniale. Dans ce dernier cas, des solidarités de camps se mettent en place qui n'ont pas de caractère inévitable dans les expériences quotidiennes.

La médecine occidentale constitue un modèle auquel adhèrent tant les missionnaires qu'une partie de la population de la ville et notamment de ses élites, tandis que l'hôpital de la CMS est perçu, en revanche, comme le promoteur d'une politique d'expansion britannique plutôt que comme un facteur de diffusion de cette même médecine. Les médecins et le personne soignant de l'hôpital, par leurs actions, valident cette perception à l'échelle locale et au jour le jour. Du point de vue de ces derniers, l'islam opère également dans ce quotidien, à deux niveaux : dans les relations individuelles avec les patients, et dans les exigences portées par la société naplousaine sur l'hôpital, qui se rapportent au détail du fonctionnement de celui-ci. Sur le premier niveau, le discours construit de la CMS sur l'islam, marié à un prosélytisme omniprésent dans l'hôpital, concourt à créer le malaise, malgré la volonté d'arrangements et d'aménagement qui se manifeste sur le second.

1 – Réalité et mise en scène des relations interconfessionnelles

Les patients ne sont pas tant hostiles à l'existence d'une congrégation protestante à Naplouse, qu'à l'omniprésence du prosélytisme de la CMS lorsqu'ils viennent en consultation au dispensaire ou sont hospitalisés. La clinique externe de la mission est inaugurée, quatre

1733 Par exemple : CMS G 3 P/O 1894/188, « Palestine CMS Autumn Conference. Salt. November 1894. Consideration of our means and ways of work », par le Révérend Henry Sykes.

matins par semaine du temps de Bailey[1734], et chaque matin à l'arrivée de Wright[1735], par une lecture de la Bible, des prières et un prêche en arabe. A l'hôpital, deux services religieux quotidiens ont lieu dans chaque salle de malade, matin et soir[1736]. Sur les murs de l'hôpital sont placardés des extraits des Ecritures, et un exemplaire de la Bible est placé au chevet de chaque malade[1737]. A cela s'ajoute l'enseignement de chants par les infirmières[1738], la distribution d'extraits de l'Evangile[1739], et les discussions spirituelles continuelles des missionnaires avec les patients[1740]. La finalité missionnaire, très loin de se limiter aux apparences, rythme le quotidien de la pratique médicale, ce qui explique les protestations et les plaintes des patients qui, par ailleurs, sont là dans l'espoir d'être soignés.

Les objections sont donc spécialement tournées contre une activité prosélyte particulièrement étouffante ; au reste, il n'y a pas d'opposition culturelle de principe, pour les Naplousains de toutes confessions, à se faire soigner par des médecins d'autres confessions. Pour preuve, les étiologies vernaculaires insistent plutôt sur le caractère transconfessionnel, mais indubitablement religieux, des moyens de guérison. A quoi cela tient-il ? A l'idée, évoquée plus haut dans la bouche de Wright, selon laquelle la guérison vient de Dieu, s'ajoute une explication spirituelle de la maladie et de la capacité à soigner. La *barakah*, fluide spirituel qui nimbe les êtres, baigne le monde et se concentre, en bien ou en mal, autour des individus ; elle entoure tout spécialement les religieux, vivants ou morts[1741]. Ceux-ci sont notamment réputés donner une efficacité supplémentaire aux médicaments et aux traitements. Ainsi en est-il de la tombe du *šayḫ* Jarrāḥ, barbier et chirurgien du calife vainqueur des Croisés en 1187, Ṣalāḥ al-Dīn al-Ayyūbī, sise dans une mosquée située à peut-être un kilomètre au nord de la vieille ville de Jérusalem. On vient y faire des pèlerinages propitiatoires pour retrouver la santé, mais également pour y déposer certains remèdes spécifiques, afin que la *barakah* du défunt saint en accroisse les effets[1742]. Dans cet univers spirituel, se manifestent également des créatures et des influences surnaturelles, dont le

1734 CMS G 3 P/O 1893/112, rapport de la mission médicale de Naplouse, par le Dr H.J. Bailey, de Naplouse, 17/04/1893.

1735 CMS G 3 P/O 1894/196, « Report of Nablus medical mission », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse, 11/1894 ; CMS G 3 P/O 1895/26, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 06/02/1895 ; CMS G 3 P/O 1897/88, « Report of Nablus Medical Mission, Conference, May 1897 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse, 03/05/1897.

1736 CMS G 3 P/O 1901/216, « Report of Nablus Medical Mission », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse, 11/1901.

1737 CMS G 3 P/O 1895/26, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 06/02/1895.

1738 CMS G 3 P/O 1903/124, « CMS Hospital Nablus », par A.M. Bedells, de Naplouse, 23/04/1903.

1739 CMS G 3 P/O 1903/124, « Report of Nablus Medical Mission, Conference, April 1903 », par le Dr Wright, de Naplouse.

1740 CMS G 3 P/O 1900/88, « Report of Nablus Medical Mission, May 1900 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse.

1741 Paul Kahle, « Das Wesen der moslemischen Heiligtümer in Palästina », in *Palästina-Jahrbuch*, 7e année, 1911 (85-119), pp. 104-119.

1742 *Ibid*., p. 115.

mauvais oeil[1743] et les *jinn*-s[1744], qui ont une influence néfaste ou propice sur l'existence et peuvent être la cause immédiate, mais cachée, de la maladie et de la guérison. Cette idée, en résonance avec la théologie islamique, imprègne également les conceptions du monde spirituel des autres religions présentes dans la région, à tel point que les créatures surnaturelles ont, elles aussi, une appartenance religieuse. Le confessionnalisme est ainsi une donnée inhérente aux étiologies surnaturelles, qui occupent une place importante dans la compréhension populaire de la maladie et de la guérison, et qui sont articulées à la médecine arabe inspirée de Galien par l'idée, présente chez ce dernier, que l'ordre naturel des choses existe dans un ordre inscrit, indiscernable par la science et néanmoins d'une plus grande puissance causale que les causes naturelles[1745]. En ce sens, si l'ordre inscrit des choses est chargé de signes dans le monde, le confessionnalisme est une des structures de ce système de signes[1746], et il influe notamment sur la guérison.

Dans une démarche thérapeutique, le franchissement des frontières confessionnelles n'est alors pas une transgression, ni même une attitude extraordinaire, mais quelque chose de courant. A Naplouse, cela se traduit par le fait que les musulmans de la ville, comme ailleurs au Proche-Orient du reste, vont faire baptiser leurs enfants chez le prêtre grec orthodoxe, car son onction est réputée avoir un pouvoir prophylactique[1747]. Sur le plan thérapeutique, un des moyens les plus employés pour se libérer d'une influence néfaste, notamment pathogène, est le recours aux amulettes, appelées *ḥijāb*-s ; or, à Naplouse toujours, celles que produisent les samaritains, ou plutôt celles qu'ils rédigent car il s'agit surtout d'un travail d'écriture, comptent parmi les plus réputées[1748]. Leur compétence thérapeutique semblent dépasser Naplouse et son arrière-pays : Rita Giacaman rapporte que les habitantes de trois villages de la vallée du Jourdain dont elle a étudié les conditions sanitaires dans les années 1980 font appel à eux pour se prémunir contre les actions de la *tābi'at al-niswān* [celle qui poursuit les femmes], un esprit réputé emporter dans la mort les nouveaux-nés de sexe masculin[1749]. Il est probable que la géographie de l'accès aux recours thérapeutiques – à quelque médecine qu'ils s'apparentent – s'est notablement élargie en l'espace d'un siècle, à la faveur du développement du parc automobile, mais l'ancienneté de la réputation des samaritains en la matière nous incline à penser qu'on voyageait déjà de loin pour se faire soigner auprès d'eux durant notre période.

Les non-musulmans ont ainsi une place fonctionnelle dans l'univers thérapeutique

1743 Canaan, *Op. cit.*, pp. 28-32 ; Lydia Einszler, « Das böse Auge », in *ZDPV*, 1889, vol. n° 12, pp. 200-222 ; Jules-Antonin Jaussen, « Le mauvais oeil », in *Revue biblique*, 1924, vol. n° 33, pp. 396-407.
1744 Canaan, *Op. cit.*, pp. 4-28.
1745 Canaan, *Op. cit.*, pp. 32-35, notamment p. 33.
1746 Michel Foucault, *Les Mots et les choses*, Paris, Gallimard, 1966, pp. 32-59.
1747 Jaussen, *Op. cit.*, p. 45.
1748 Kahle, *Art. Cit.*, p. 106, note.
1749 Giacaman, *Op. cit.*, p. 144.

naplousain ; c'est même vrai, jusqu'à un certain point, des missionnaires de la CMS, y compris dans ce que leur activité a de plus déroutant pour les habitants musulmans, la prédication. Ainsi le Dr Bailey note-t-il, au sujet des prêches quotidiens du matin délivrés devant les patients du dispensaire qui, quoi qu'il en dise s'y soumettent en général avec un déplaisir évident:

> « La lecture de la Bible, l'homélie et la prière furent écoutés très attentivement, et en guise de simple exemple de l'impression produite, voici ce qu'on m'a rapporté après coup : une pauvre fille a dit à M. Fallscheer qu'elle était sûre que le remède lui ferait beaucoup de bien cette fois, parce qu'un « Hoori » (prêtre) était venu et avait demandé que la bénédiction de Dieu soit sur lui [le médicament] ![1750] »

La conviction de la patiente est inspirée par la même idée qui attire les pèlerins à la tombe du *šayḫ* Jarrāḥ : le prêtre – ici le pasteur – possède, en tant que religieux ordonné, de la *barakah*, un charisme, qui lui confère une aura et une autorité particulière. Pour cette même raison, Wright demande, une dizaine d'années plus tard, à être ordonné pasteur, en se plaignant que son statut de laïque le prive d'autorpatients du dispensaireité sur les patients autochtones : il ne s'agit pas seulement d'une question d'autorité inégale des prêtres et des médecins dans le monde social, mais également d'un enjeu de potentiel spirituel et thérapeutique[1751]. Ces remarques ne sont pas, de la part des médecins qui les font, une façon d'adhérer aux systèmes cosmogoniques autochtones ni aux étiologies vernaculaires, mais une façon d'en tenir compte sur un plan sociologique. En revanche, ils ne tirent pas la conséquence de cette adaptation sur la compréhension du confessionnalisme, à savoir que le prêtre ou le pasteur ne peuvent être investis d'un tel charisme que si la diversité confessionnelle est à sa place dans la société naplousaine.

Le confessionnalisme est décrit par les missionnaires comme un système reposant sur de profondes césures religieuses, non comme une forme de convivance ; il est le corrolaire sociologique, sur le plan discursif, du thème culturel de la violence inhérente à l'islam. Une affaire survenue en novembre 1895, non à l'hôpital mais à la mission protestante de Naplouse, illustre l'effet de construction dans la représentation missionnaire de la violence musulmane autochtone. Deux récits s'opposent alors : celui, circonstancié, mais inspiré en partie par la rumeur, des missionnaires, et celui de l'administration ottomane, transcrit – et peut-être trahi – par le journal des jésuites de Syrie, *Al-Bašīr*.

Pour les hommes de la CMS, le départ d'une troupe de réservistes de Naplouse en direction de Jaffa, *a priori* à destination de la Crête, a suscité un émoi parmi les musulmans de la ville, qui tourne à l'émeute. Une foule de 500 manifestants environ se répand en jets de

1750 CMS G 3 P/O 1891/222, de Bailey à Touch, de Naplouse, 21/07/1891.
1751 CMS G 3 P/O 1902/117, de Wright à Baylis, de Naplouse, 28/08/1902.

pierre et en violence, aux cris de « Mort aux chrétiens » et « Que la mort emporte les Nazaréens ». La mission protestante est spécialement visée, bien que les dégâts soient en définitive limités, avec une vitre brisée et un missionnaire autochtone légèrement blessé. L'intervention du commandant de la garnison locale parvient à contenir la protestation et à l'éloigner des bâtiments des églises chrétiennes. Le Dr Wright, qui rapport ces événements, se lamente sur « ces pauvres mahométans illusionnés, qui voient en nous des ennemis », et annonce en *post-scriptum* que vingt manifestants ont été arrêtés, et que le gouverneur a fait ordonner des enquêtes rigoureuses[1752]. Là où le doute commence à s'installer, c'est lorsque, quelques temps après, la situation se calme à la nouvelle que les réservistes ne sont pas envoyés combattre les chrétiens de Crête, mais les druzes de la montagne libanaise : une partie de cette affaire se fonde donc sur des rumeurs, crues par les manifestants ou par les missionnaires[1753]. Par ailleurs, la correspondance missionnaire fait également état de tensions du même genre à Hébron au même moment, qui remettent à tout le moins en cause l'idée d'une protestation complètement spontanée[1754].

Le compte-rendu de l'enquête dans *Al-Bašīr* donne une toute autre version des faits : il part d'abord du fait que les missionnaires protestants, et eux seuls, se sont plaints d'une série d'attaques non seulement à Naplouse mais aussi à Ḥasbāyah au sud de la montagne libanaise et à Acre, dans les colonnes du journal officiel de la province de Beyrouth. L'enquête diligentée par le gouvernorat de celle-ci conclut qu'il n'y a pas eu d'émeute à Naplouse, mais seulement quelques jets de pierre par des enfants âgés de 5 à 10 ans, qui ont atterri sur les portes du couvent latin. Les responsables de ce dernier n'y ont pas trouvé motif de plainte, mais le gouverneur local a néanmoins convoqué les parents des enfants pour les réprimander et leur intimer de les maintenir à la maison dans l'immédiat[1755]. L'intérêt du compte-rendu d'*Al-Bašīr* est que ce journal, quoique farouchement anti-protestant, est un tiers par rapport aux deux parties en opposition dans la description de l'émeute par les missionnaires. Surtout, la concomitance des diverses manifestations contre les missions protestantes ne peut guère être un fait du hasard.

Entre ces deux sources, nous ne savons pas le fin mot de l'histoire, et s'il y a eu à Naplouse, un jour de novembre 1895, une véritable émeute, des enfantillages un peu plus agités que d'habitude, ou quelque chose entre les deux ; mais ce que dit le Révérend Fallscheer en revenant sur le sujet est révélateur du discours qui inspire les perceptions des missionnaires, et sur les possibilités d'instrumentaliser l'actualité dont ils seraient les victimes.

1752 CMS G 3 P/O 1895/166, de Wright à Stock, de Naplouse, 9 et 13/11/1895.
1753 CMS G 3 P/O 1896/1, de C. Fallscheer, destinataire inconnu, de Naplouse, 17/12/1895.
1754 CMS G 3 P/O 1895/175, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 26/11/1895.
1755 « *Aẖbār al-wilāyah* » [Nouvelles de la province], in *Al-Bašīr*, n°1204, 19/11/1895, p. 1.

Ce missionnaire commence par expliquer l'attitude de temporisation dans ces circonstances, et même la bonne volonté des autorités locales à l'endroit des missionnaires par un article du Traité de Berlin, qui autoriserait la France à occuper la Syrie en cas de violences contre les chrétiens ; il s'agit visiblement d'une interprétation très extrapolée, et pour tout dire infondée, de l'article 62, qui maintient le protectorat français sur les Lieux saints latins et les fondations ecclésiastiques de l'Eglise de Rome dans l'Empire ottoman[1756]. Les missionnaires, et lui en particulier, relisent ainsi constamment les événements, non seulement avec la mémoire transmise de la tuerie connue en ville en 1856, mais avec la peur d'une répétition des événements sanglants de 1860, qui constituent le non-dit permanent de leur discours sur la violence inhérente à l'islam. D'autre part, Fallscheer appelle les puissances chrétiennes à prendre les devants, et à libérer l'Empire ottoman du Sultan et de l'emprise de l'islam, en occupant militairement le pays. La messe est dite : pour prévenir un nouveau 1860, et le massacre de nombreux chrétiens de la montagne libanaise, il faut refaire 1882, et utiliser des violences tournées contre les chrétiens ou réputées telles pour légitimer la colonisation comme cela avait été le cas pour l'Egypte[1757]. Ce point de vue n'est pas le seul au sein de la mission de Palestine de la CMS ; le secrétaire de celle-ci, Hall, incite alors au contraire au maintien prudent du *statu quo*[1758] ; mais il donne de la substance au sentiment, exprimé dans les mêmes années dans une protestation envoyée à Istanbul par des habitants de Naplouse, que les missionnaires sont des « agents politiques »[1759].

Est-ce que ces images réciproques, celle des missionnaires inquiets pour leurs protégés chrétiens orientaux et celle des patriotes ottomans craignant de subir le même sort que l'Egypte, affectent directement le travail médical à l'hôpital ? Non, sans doute. Les relations sont généralement empreintes de placidité et d'un sens des formes et des convenances qui affleure constamment dans les pratiques autochtones. Ainsi que l'admet Wright des années plus tard, les expressions de franche animosité des musulmans contre les chrétiens sont rares, et souvent conditionnées par un contexte de tension internationale:

> « Il est rare que les gens de ce pays montrent aussi peu de retenue dans leurs paroles. Ils sont généralement tellement polis, et ne disent rien qui puisse offenser. En surface, ils ont l'air d'acquiescer avec tout ce qu'on leur dit, mais lorsqu'on évoque la rédemption par la mort du Christ, on découvre combien ils sont loin d'accepter la vérité.[1760] »

1756 Hajjar, *Op. cit.*, vol. 3 , t. 2, Damas, Dar Tlass, 1990, pp. 802-807.
1757 CMS G 3 P/O 1896/98, « Report Nablus district, April 1896 », par le révérend Christian Fallscheer, de Naplouse.
1758 CMS G 3 P/O 1895/175, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 26/11/1895.
1759 « Nablus medical mission. Annual letter from Dr Gaskoin R.M. Wright », in *Medical Mission Quarterly*, vol. n°2, n°14, 04/1896 (32-34), p. 33.
1760 CMS G 3 P/O 1912/29, lettre annuelle du Dr G.R.M. Wright, de Naplouse, 01/02/1912.

C'est un aveu d'une rare honnêteté sur ce que peuvent produire les discussions auxquelles sont soumis les patients de l'hôpital, jour après jour. La volonté de soudoyer les patients par les soins prodigués pour les convertir, évoquée au chapitre 6, se heurte à une pratique culturelle de la conversation qui suppose de trouver un consensus apparent, sans que jamais l'un ou l'autre locuteur change d'avis en son for intérieur. Malgré toute l'obstruction procédurière des années 1890, nous n'avons pas trouvé un seul cas de violence contre la mission médicale pendant toute la période 1891-1914, et les conversions sont très rares. En revanche, le discours des missionnaires à Naplouse, fondé sur l'idée d'une latence de la violence en islam, est invérifiable, et s'appuie tant sur la vision historique que nous venons d'exposer, que sur une anthropologie de domination.

2 - « Tous les Orientaux sont des menteurs » : l'anthropologie de domination des missionnaires

A la fin 1900, une affaire place le Dr Wright en ligne de mire, d'abord vis-à-vis des congrégations protestantes de la région, puis des notables musulmans de Naplouse. Le point de départ est une erreur de jugement dans la publication de la lettre annuelle du Dr Wright faisant le bilan de la mission médicale pour l'année 1900. Ce type de correspondance, envoyé pour être publié et faciliter la collecte des dons, est ordinairement expurgé des passages susceptibles de provoquer l'ire des censeurs ottomans, et ainsi de se retourner contre leur auteur. La version publiée de la lettre ne semble pas avoir subi ce traitement, ou pas suffisamment, car le lecteur peut y lire que

> « c'est un fait bien connu que tous les Orientaux sont de grands menteurs, et les gens de Palestine ne sont pas le moins du monde à la traîne sous ce rapport, on leur apprend dès l'enfance à mentir, et un de leur dicton affirme qu'"un mensonge est le sel des hommes".[1761] »

Ce texte suscite d'abord la colère des membres autochtones de la congrégation protestante de Jérusalem, qui déposent une pétition demandant aux missionnaires des excuses[1762]. Elle fait le tour des protestants autochtones, dont Ni'mah Ilyā, diplômé en pharmacie du SPC, résume le sentiment offensé:

> « Comment une telle assertion pourrait-elle être vraie ? Est-ce que tous les Orientaux sans exception sont de grands menteurs ? Est-ce qu'ils ne considèrent pas le mensonge comme un péché ? Quelle preuve le Dr Wright peut-il donner de ce qu'il avance ? Le

1761 CMS G 3 P/O 1908/64, du Dr Ḥabīb Salīm à Baylis, de Naplouse, 25/05/1908.
1762 CMS G 3 P/O 1900/193, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 12/11/1900.

> dicton, commun chez nous, qu'il cite comme son meilleur argument, n'est pas authentique, soit qu'il l'ait mal compris, soit qu'il l'ait détourné pour le conformer à son but. La vraie version est : "suppose que le mensonge soit une aide, la vérité en est une toujours plus grande." L'autre proverbe n'est pas l'oeuvre d'un poète, mais un reproche sarcastique contre les menteurs. Personne, si avili soit-il, n'affirme que le mensonge n'est pas un péché.
> Est-ce que le mensonge n'est pas courant en Occident, comme en Orient ? Quel tort a-t-il causé en Orient qu'il n'a pas entraîné en Occident ? Quel bénéfice le Dr Wright espère-t-il apporter à la CMS aussi bien qu'à l'Orient ? L'article a déjà eu une très mauvaise influence sur tous les Orientaux qui l'ont lu, ainsi que sur de nombreux missionnaires sincères et conscientieux employés par la CMS en Palestine. Nos gens, ici, sont très excités contre le Dr Wright et il se peut que des actions très graves soient lancées contre lui.[1763] »

Le reproche est double : d'une part, l'auteur de cette protestation argumente sur le plan méthodologique, en critiquant la généralisation opérée par Wright, qui s'arrête aux seuls Orientaux et place ainsi sur un piédestal les Occidentaux, peu crédibles parangons de sincérité. D'autre part, il s'en prend aux faits culturels mêmes évoquées par Wright, qui montrent, par leur part d'erreur et de décontextualisation, soit la méconnaissance de celui-ci à l'égard de la société au milieu de laquelle il vit, soit sa propre duplicité, et qui est-il alors pour dénoncer les menteurs, ou pour prétendre servir la CMS ?

A l'intérieur des congrégations protestantes, le secrétaire de la mission de Palestine, Hall, essaie de calmer les esprits en appelant à son tour les pétitionnaires et les protestataires à recontextualiser la phrase maladroite de Wright : ce dernier y exprime son énervement à l'égard du non-respect des règles de l'hôpital par les patients. Le reproche est le même que celui de l'infirmière citée plus haut : les patients s'engagent à respecter le règlement de l'hôpital en n'acceptant pas de nourriture de la part de leurs visiteurs, et enfreignent cette règle sitôt qu'ils ont obtenu d'être hospitalisés. La critique de fond est elle aussi culturelle, dit Hall en substance, et la réponse des accusés également, qui s'emportent « en vrai style oriental » ; et de fait, si les pétitionnaires de Jérusalem acceptent les excuses formulées par Wright, sa lettre, traduite et transmise par un protestant de Jaffa à un journal musulman égyptien, déclenche une tempête redoublée. Il n'est alors plus question d'en cacher le contenu aux Naplousains dont les notables, déjà furieux de la construction de l'hôpital missionnaire s'efforcent, sans succès du reste, d'obtenir du gouvernement ottoman l'expulsion de Wright du sol de l'Empire[1764].

Plus encore que la fouille des salles de malades de l'Hôpital Saint-Luc après les visites, cette affaire illustre le fondement relationnel du malaise qui, en plus des raisons religieuses,

1763 CMS G 3 P/O 1900/167, de Ni'mah Ilyā à Baylis, de Jaffa, 06/10/1900.
1764 CMS G 3 P/O 1900/193, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 12/11/1900.

indispose les patients naplousains vis-à-vis des missionnaires. Pour comprendre comment elle a pu survenir, il faut percevoir comment Wright a pu acquérir les connaissances dont il se prévaut sur la culture des « Orientaux ». Pour les besoins de la pratique missionnaire, les hommes de la CMS se dotent d'un savoir adapté à leurs fins, moins dans le but de faciliter les relations avec les patients que d'ouvrir la voie au prosélytisme. Ces connaissances ont plusieurs facettes : la plus évidente est linguistique, ainsi que le rappelle avec une grande froideur le gouverneur de Naplouse qui accueille Wright à son arrivée, et lui signale qu'un médecin est sans utilité dans cette ville sans connaissance de l'arabe[1765]. La mission de Palestine organise des examens, mais les médecins, pris de court par le temps et les demandes de consultation et de visites à domicile, ont tendance à s'en dispenser[1766], ou à vouloir mettre l'accent sur le dialecte pour leur travail, plutôt que sur l'arabe littéral. En pratique, ils gardent un niveau linguistique assez faible. Après 10 ans passés à Naplouse, « [la] connaissance de l'arabe [du Dr Wright] reste mince »[1767].

A côté du volet linguistique, le principal savoir mis en oeuvre par les missionnaire dans leur travail est anthropologique, et consiste à concevoir à la fois comment se comporter dans une société musulmane, et comment aborder les questions religieuses ; or l'anthropologie dont ils se dotent ainsi est d'un type que nous préférons appeler anthropologie de domination plutôt que coloniale, dans la mesure où elle n'est pas encore informée par l'application du pouvoir colonial. Malgré tout un attirail de conseils de prudence formulés par les vétérans de la mission en Terre d'islam, de précautions, ou d'exhortations à anticiper le scandale chez les musulmans, les missionnaires ne conçoivent pas leurs opérations dans une démarche conciliatrice. Leur objectif est d'opérer une transformation culturelle et éthique, et pour cela, ils essaient de se donner les moyens de contrecarrer les pratiques autochtones.

Les multiples rapports sur les modes d'action de la mission de Palestine s'appuient sur des postulats qui impliquent, de la part des missionnaires, un recours à l'autorité et à la décision arbitraire[1768]. Il s'agit à la fois, comme on l'a vu plus haut, de savoir détecter et punir le mensonge, et d'utiliser au service de la mission la solitude des patients hospitalisés, inhabituelle pour la plupart d'entre eux qui vivent entourés de leur famille ; il s'agit encore de

1765 CMS G 3 P/O 1894/78, « Report of Nablus medical mission, March 1894 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse.

1766 CMS G 3 P/O 1892/163, de Bailey à Zeller, de Naplouse, 23/03/1892 ; CMS G 3 P/O 1893/102, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 13/04/1893.

1767 CMS G 3 P/O 1904/30, de Hall à Baylis, de Jaffa, 27/02/1904.

1768 Cf notamment : CMS G 3 P/O 1894/188, « Palestine CMS Autumn Conference. Salt. November 1894. Consideration of our means and ways of work », par le révérend Henry Sykes ; CMS G 3 P/O 1901/104, « Difficulties which meet the visitor among Moslems », par Agnes M. Elverson, s.d., reçu le 10/06/1901 ; CMS G 3 P/O 1906/194, « General review. Palestine mission - 1906 », par le révérend Dr Sidney Gould, de Jaffa, 04/11/1906 ; CMS G 3 P/O 1908/2, *The Work of the Church Missionary Society in Palestine. Mission history. Mission methodes. Mission stations. Mission workers*, s.n., s.d. [1907].

la mise en relief des blocages civilisationnels, à tous niveaux, attribués à l'islam. Face aux transgression des règlements hospitaliers, ou aux modalités de la sociabilité autochtone, la réaction des hommes et des femmes de la CMS est autoritaire, voire arbitraire, par confiscation et sélection. Enfin, ces textes de conseil aux missionnaires, qui fonctionnent comme des manuels de comportement sur le terrain, ont tendance aux généralisations sur le plan éthique. Celles-ci, la plupart du temps critique, visent à prévenir les missionnaires contre leurs interlocuteurs, et à fournir des justifications à la mission sur le plan culturel, et pas seulement sur le plan religieux. De fait, les phrases du type de celle de Wright abondent dans la correspondance des missionnaires.

Malgré des rappels occasionnels de cette affaire, et de l'image désastreuse qu'elle a définitivement donné de Wright à Naplouse[1769], le calme se réinstalle après quelque temps. Une bonne partie des employés britanniques de la CMS partage sur le fond les convictions du directeur de la mission médicale de Naplouse, mais s'autocensurent plus encore que par le passé à ce sujet.

L'anthropologie de domination développée par les missionnaires a un autre versant, la critique des relations de domination à l'intérieur de la société naplousaine. Celle-ci s'appuie principalement sur une analyse de la codification sociale des relations de genre. Avant d'examiner la fondation de l'Hôpital Al-Waṭanī comme alternative à celui des missionnaires, il nous faut encore voir en quoi consiste la critique des missionnaires à l'égard des relations sociales à Naplouse, et comme ils adaptent néanmoins le fonctionnement de leurs institutions aux exigences de la population locale en matière de moralité : cette question est illustrée par certains aspects du fonctionnement de l'Hôpital Saint Luc.

3 – Moralité de l'hôpital et lois du genre

Parmi les villes du sud du bilād al-Šām, Naplouse est connue pour son conservatisme et en particulier, au dix-neuvième et au début du vingtième siècle, pour la sévérité de la réclusion des femmes ; et ce n'est pas sans incidence sur la promotion de la médecine occidentale dans cette localité. Le Père Jaussen, dans un passage empreint d'une misogynie toute sacerdotale, observe à la fois le maintien et la lente transformation de la coutume:

> « Une des causes qui fomentent le plus atrocement la haine dans le coeur des femmes du même harem doit être cherchée dans la réclusion trop sévère, à laquelle sont soumises les naplousiennes et les femmes musulmanes en général, dans les villes.
> La femme doit rester chez elle, enfermée dans la maison : à peine, dit la tradition (al-

1769 CMS G 3 P/O 1908/64, du Dr Ḥabīb Salīm à Baylis, de Naplouse, 25/05/1908.

> BUKHÂRY, III, 17, 115), peut-elle sortir pour satisfaire certaines nécessités : voilà la règle. Elle est bonne, sans doute, mais appliquée avec modération. Or, jusqu'à ces dernières années, la femme était presque complètement renfermée dans son domicile. [...]
> Une autre raison joue également un rôle prépondérant dans cette sorte de servage : la jalousie du mari (cf al-BUKHÂRY, III, 67, 107). La femme est sa propriété ; il prétend la garder. Connaissant la nature et les instincts de la femme, il veut lui enlever toute occasion de le trahir et pour assurer ce résultat, il prend la mesure draconienne de l'enfermer. A l'heure actuelle, il existe encore des familles dans lesquelles la femme est vraiment traitée en recluse ; elle n'a aucune permission de sortir de chez elle. R. épousa une jeune fille de 15 ans, qui lui donna un fils âgé maintenant de deux ans. La jeune femme, très fatiguée par ses premières couches, n'était pas remise en septembre 1923. R. pria les infirmières de visiter et de « soigner sa chère malade ». En entrant dans la maison, les visiteuses trouvèrent l'épouse en proie à la fièvre ; elle était anémiée, pâle, défaite ; surtout elle était toute triste. Profitant d'un moment d'absence de son mari, elle supplia ses bienfaitrices d'insister auprès du « Seigneur » pour obtenir l'autorisation depuis si longtemps convoitée de sortir de sa « prison » et d'aller respirer l'air frais à l'olivette, de temps en temps. Le mari refusa net la permission demandée. Ce premier refus ne désarma point la malade. Elle insista de nouveau auprès des infirmières revenues pour la soigner : elle leur indiqua même le moyen de réussir : « Mon mari, leur dit-elle, craint beaucoup la maladie de poitrine, dites-lui que je deviendrai poitrinaire, si je ne respire pas le bon air. » La commission fut transmise au « Seigneur », qui resta inflexible dans son refus[1770]. »

La position de la femme est ici définie par le droit, justifié à partir du *ḥadīṯ**, dont Al-Buẖārī a compilé la collection la plus célèbre ; ce que Jaussen appelle propriété est la « maison d'obéissance », *bayt al-ta'ah*, qui est la contrepartie de la responsabilité financière du mari à l'égard de sa femme, et qui inclut pour elle l'obligation de rester à la maison et de n'en pas partir sans consentement de l'époux[1771]. Dans ce contexte, l'avis médical peut constituer un motif légitime pour limiter l'enfermement, et être sollicité dans ce but par les femmes recluses, mais dans ce cas précis, R., présenté comme un homme d'un conservatisme spécialement poussé, maintient sa prérogative. L'exemple montre en tout cas le potentiel subversif des pratiques de la médecine occidentale, qui permettent de faire appel à l'avis sans réplique du médecin. La scène racontée ci-dessus survient après 1918 ; l'esprit du temps a changé et, dans l'immédiat après-guerre, cet usage de l'autorité médicale dans les rapports de genre n'est pas anormal. La réclusion des femmes est cependant toujours très courante à Naplouse dans les années 1920.

On soigne dans un environnement fait de comportements de groupe et de formes de sociabilités qui sortent de l'ordinaire, par la consultation, l'alitement, le fait de s'en remettre à

1770 Jaussen, *Op. cit.*, pp. 96-97. Comme pour Damas (damascain, damascène), l'usage en français consacre deux épithètes se rapportant à Naplouse, naplousain et naplousien, sans nuance de sens.

1771 Lynn Welchman, *Islamic Family law. Text and practice in Palestine*, Jérusalem, Women's Centre for Legal Aid and Counselling, 1999, p. 121.

un personnel professionnel spécialisé. Il y a là des conditions qui échappent aux conventions morales et, par le fait, facilitent la coexistence, notamment dans les villes où la surveillance sociale est plus étroite, plus policée dans les multiples acceptions du terme : l'urbanité, comme caractéristique du savoir-vivre des citadin, consiste dans la parfaite assimilation des codes rigoureux qui permettent de vivre ensemble dans l'espace restreint des villes. Les contemporains peuvent alors imaginer ou redouter que la médecine amène un dérèglement de l'ordre social ; telle qu'elle se pratique en Europe, elle conduit à remettre en question la réclusion des femmes et les règles de relation entre genre, en dehors de la famille et du couple. Il en résulte des résistances individuelles, et face à cela, les médecins doivent composer. Les habitudes médicales se recomposent sur le terrain, à mesure que des questions de genre se greffent sur elles.

Entre médecine et environnement social, les relations ne sont pas à sens unique. Le médecin est en prise avec la société où il exerce, ne serait-ce que parce la maladie est elle aussi socialisée, de multiples façons : elle peut frapper le collectif par contagion, ou induire un rassemblement autour du malade. « L'emprise du genre », c'est-à-dire les ajustements de la vie sociale aux notions culturelles dérivées de la représentation des relations et de l'inégalité entre genres, s'y fait donc sentir comme dans d'autres domaines[1772]. C'est notablement vrai dans le monde musulman et donc, par inclusion, au Proche-Orient, où la condition des femmes est l'objet d'une imposante littérature[1773]. La question des relations de genre dans le monde musulman a été longtemps articulée aux théories de la modernisation[1774], pour y voir parfois un blocage culturel et structurel au développement civilisationnel, et chez certains auteurs le stigmate d'une subordination de la raison scientifique à la religion[1775]. Chez d'autres auteurs,

1772 Ilana Löwy, *L'Emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, coll. « Le genre du monde », Paris, La Dispute, 2005, p. 58.

1773 Manuela Marín & Randi Deguilhem, « Introduction. Visibility, agency and the consciousness of women's actions : to what extent ? », in Manuela Marín & Randi Deguilhem (éds.), *Writing the feminine. Women in Arab sources*, Londres / New York, I.B. Tauris, 2002, p. XVII.

1774 Deniz Kandiyoti, « Contemporary feminist scholarship and Middle East studies », in Deniz Kandiyoti (éd.), *Gendering the Middle East. Emerging perspectives*, Londres / New York, I.B. Tauris, 1996, pp. 10-12.

1775 Ainsi, dans un récent pamphlet à succès, où il cherche à analyser ces blocages civilisationnels, Bernard Lewis agence de façon peu convaincante la situation des femmes dans le monde musulman depuis, *grosso modo*, le dix-huitième siècle, la modernité et la position du monde musulman dans le domaine scientifique. Il part d'une remarque pertinente, à savoir que les idéologies politiques du monde musulman moderne et contemporain ont tendance à distinguer la modernisation, qui est désirable, de l'occidentalisation, qui est perversion culturelle. Sur cette base, il établit une analogie entre la situation des femmes européennes et celle des sciences en Occident, qui ont été initialement perçues comme des anti-modèles ; dans le second cas , l'efficacité des savoirs concernés, et notamment celle de la médecine, expliqueraient le ralliement des élites du monde musulman à partir du dix-neuvième siècle, alors que la situation de la femme aurait échappé à toute démarche critique significative depuis cette époque. Le terme commun à ces deux domaines – les sciences et la condition féminine – semblent être le postulat hérité des Lumières, qui fait de la division entre religion et raison la condition du progrès scientifique et de la modernité. Qu'il suffise ici de dire qu'une telle idée néglige les variations de sens des rapports entre religion et raison dans le monde musulman à travers les âges. Cf Bernard Lewis, *Que s'est-il passé ? L'islam, l'Occident et la modernité*, Paris, Gallimard / *Le Débat*, 2002, pp. 99-109.

l'objectif est davantage d'articuler l'activité des femmes à des engagements politiques perçus comme modernes, par exemple à l'intérieur du nationalisme palestinien[1776]. L'approche la plus opératoire pour étudier l'emprise du genre sur le terrain médical, est à notre avis celle qu'utilise Khaled Fahmy dans ses travaux sur les sages-femmes égyptiennes au dix-neuvième siècle : elle consiste à rechercher ce qui, dans la pratique, pose des problèmes culturels relatifs au genre dans les modalités de la médecine occidentale, et quelles solutions sont proposées[1777].

A Naplouse, les missionnaires s'efforcent de maintenir autant que possible une moralité ostensible dans leurs institutions : ils veillent à éviter toute promiscuité, à prévenir toute rumeur de scandale, et à réorganiser leur propre activité, plutôt qu'à prendre les patients à rebrousse-poil. L'irritabilité des habitants du pays face à leur prosélytisme les incite à éviter toute difficulté sur un autre front, d'autant que les relations de genre sont un sujet très sensible et susceptible de relations très lentes.

La transition, sinon vers la fin de la réclusion des femmes, du moins vers son allègement, est entamée sous le Mandat britannique, mais est loin d'être achevée. Le père Jaussen, très attentif aux relations de genre dans la société naplousaine, montre combien il est difficile pour certains maris d'admettre la légitimité du recours au médecin par leurs femmes, et comment les familles s'organisent pour contourner le problème lors du colloque singulier:

> « La tradition qoranique, interdisant à la femme de se montrer en public, interprétée par l'égoïsme le plus outré, n'autorise pas en principe un docteur à pénétrer chez une malade pour la voir et diagnostiquer la maladie. Des cas graves exigent pourtant le recours aux hommes de la science. Alors se présentent deux solutions.
> Un membre de la famille, le frère ou le mari, se rend chez le médecin, lui explique à sa façon la maladie, prend une ordonnance, passe au retour chez le pharmacien et rentre à la maison avec le remède. Parfois le zèle du commissionnaire est très ardent et le porte à s'identifier avec le malade pour obtenir une consultation. Tel ce mari qui, désespéré de l'état de santé de sa femme, frappe à la porte du docteur X. et lui déclare en entrant : « Ah ! Docteur, je suis bien fatigué de la poitrine ! - Nous allons voir », répond le médecin, qui se met à l'ausculter sérieusement. Un premier examen ne découvre aucune lésion pulmonaire. « Aucune maladie, déclare le docteur, satisfait. - Mais, répond le visiteur, je souffre beaucoup, je ne puis respirer. » Après une nouvelle auscultation, le médecin affirme catégoriquement qu'il ne trouve aucune trace de maladie. Le client se lève et dit : « Ah ! Docteur, ma femme est cependant bien malade ; c'est pour elle que je suis venu me faire ausculter ! »
> Aujourd'hui, cependant, une autre solution est envisagée. Le voile qui protège la femme contre tout regard indiscret est levé dans le cas de maladie grave, pour la visite du médecin qui, appelé auprès d'une personne en danger, l'examinera en présence d'un

1776 Ellen L. Fleischmann, en particulier, montre l'importance longtemps sous-estimée des organisations de femmes dans le mouvement national palestinien dans la longue durée, contre une historiographie qui s'appuie essentiellement sur des hommes politiques et des organisations essentiellement masculines. Cf Ellen L. Fleischmann, *The Nation and its « new » women : the Palestinian women's movement, 1920-1948*, Berkeley / Los Angeles, University of California Press, 2003, *passim*.

1777 Khaled Fahmy, « Women, medicine, and power in nineteenth-century Egypt », in Lila Abu-Lughod, *Remaking women. Feminism and modernity in the Middle East*, coll. « Princeton studies in culture / power / history », Princeton, Princeton University Press, 1998, pp. 35-72.

membre de sa parenté.[1778] »

Ces circonstances illustrent une fois de plus l'inadéquation du colloque singulier pour décrire les relations entre médecin et patient au Proche-Orient, laquelle tient à la description indirecte du mal ressenti et donc au partage préalable des sensations pénibles à l'intérieur de la famille.

Qu'on ne s'étonne pas, alors, si, au début de la mission médicale de la CMS dans les années 1890, médecins et personnel soignant souhaitent d'abord conjurer tout risque de scandale. Les missionnaires s'appliquent à eux-mêmes un dispositif préventif, en cherchant constamment les moyens de prévenir toute accusation malveillante que pourrait receler leurs activités ou les conditions de logement du personnel, hommes et femmes[1779]. Toutefois, les missionnaires ne veulent pas risquer de perdre la clientèle féminine, dans la mesure où celle-ci échappe à tout autre moyen d'influence missionnaire[1780]. En outre, les anciennes patientes offrent une entrée potentielle dans l'intimité du foyer en cas de visite ultérieure[1781]. La volonté est là d'instrumentaliser les patientes dans la mission médicale, ce qui joue dans le sens d'un surcroît de précautions et donc d'attention aux aménagements séparant les genres.

La distinction des genres, ou plutôt, à travers elle, le souci de se conformer à la morale sexuelle du pays inspirent la conception des bâtiments de l'hôpital missionnaire selon une logique de ségrégation spatiale. Dans l'hôpital missionnaire qui ouvre ses portes en 1901, les salles de malades pour les femmes sont à l'étage supérieur, de façon à éviter qu'on puisse les voir, tandis que celles pour les hommes sont à l'étage inférieur[1782]. Cela ne suffit pas au gouverneur de Naplouse qui, dans son premier rapport défavorable au projet d'hôpital missionnaire, précise que celui-ci se situe en dehors de la ville et que les femmes risqueraient de se déconsidérer socialement en le fréquentant[1783] ; il y a, de fait, trois cents mètres de distance environ à partir de la limite occidentale de la ville à l'époque, que le dynamisme du bâtiment commence déjà à combler. Des raisons de moralité expliquent encore l'insistance de Wright à faire construire la maison personnelle du médecin dans l'enceinte de l'hôpital, afin de pouvoir assurer un contrôle médical jour et nuit. « Une bonne supervision est une pensée de première importance dans une ville aussi immorale que Naplouse », affirme le médecin, qui craint qu'on ne jase en ville. Vu l'agencement de l'hôpital et la situation du logement des

1778 Jaussen, *Op. cit.*, p. 108.
1779 CMS G 3 P/O 1894/200, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 30/11/1894 ; CMS G 3 P/O 1894/209, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 11/12/1894.
1780 CMS G 3 P/O 1891/247, de Bailey au comité de supervision de la CMS, de Beit Méry, 08/09/1891.
1781 CMS G 3 P/O 1893/5, de Bailey à Baylis, de Naplouse, 23/12/1892.
1782 CMS G 3 P/O 1901/84, lettre annuelle de M. McCallum, de Naplouse, s.d. [1901].
1783 CMS G 3 P/O 1897/88, « Report of Nablus medical mission, Conference, May 1897 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse.

infirmières à l'étage, ce dont Wright a peur n'est pas qu'on parle de l'hôpital comme d'un lieu de débauches entre hommes et femmes. Sa crainte tient désormais à la possibilité de rumeurs sur des pratiques homosexuelles, qui font, dit-il, la réputation d'immoralité de Naplouse.[1784]. Le souci de prévenir les transgressions morales d'ordre sexuel permet au passage de resserrer le contrôle médical, qui n'est pas une fin en soi pour le directeur de l'hôpital, mais qui s'ajoute de façon opportuniste à d'autres ordres de justification.

Quels que soient les arrangements pris, l'idée d'être hospitalisé dans une salle de malades n'est pas populaire dans les classes aisées, pour des raisons de respectabilité toujours, autrement dit de moeurs. Pour les femmes de la bourgeoisie naplousaine, l'idéal est d'être soignée par le médecin à domicile, ou même, quand cela devient possible, d'être hospitalisée dans une chambre privée[1785]. La prise en compte de la distinction des genres est en partie construite en fonction de la stratification sociale, et ce sont celles qui peuvent se permettre financièrement d'exiger des conditions de traitement conformes à une moralité exigeante, qui bénéficient également de conditions idoines d'hospitalisation. L'effet est à double sens, puisqu'elles obtiennent la mise en place d'un système de chambres privées, mais leur admission à l'hôpital est le signe, pour le reste de la société naplousaine, que cette institution peut être fréquentée par les femmes. La confiance dans l'hôpital s'est donc établie au prix des multiples arrangement consentis par les missionnaires sur les moyens de veiller à la moralité sexuelle dans les locaux.

Toute une discipline de travail se met également en place, qui englobe la répartition par genre des jours de consultation, déjà évoquée, et des arrangements fonctionnels pour promouvoir la séparation entre patients et patientes hospitalisés. Il faut notamment recruter du personnel féminin, alors que la profession d'infirmière n'est pas jugée honorable à Naplouse, ni ailleurs dans la région. On en fait donc venir de Grande-Bretagne tout d'abord, et de la montagne libanaise, en nombre trop réduit bien souvent[1786] ; mais l'hôpital réussit en général à avoir un minimum d'infirmières à son service. La CMS engage aussi des femmes médecins. Le projet d'un service à deux médecins, homme et femme, est formulé pour la première fois en 1894[1787], mais ne se concrétise qu'en octobre 1909, avec l'envoi du Dr Rachel Apps[1788], décédée d'une pneumonie après 14 mois de service[1789], puis avec l'arrivée du Dr Ethel Griffiths[1790]. Ces deux femmes n'assurent pas un service distinct, mais le gros de leur travail

1784 CMS G 3 P/O 1900/65, de Wright à Baylis, de Londres, 27/03/1900.
1785 CMS G 3 P/O 1911/115, rapport d'A.M. Bedells, 04/1911.
1786 CMS G 3 P/O 1911/154, de Wright à Baylis, de Naplouse, 15/08/1891.
1787 CMS G 3 P/O 1894/149, de Wright à Baylis, de Jérusalem, 11/09/1894.
1788 CMS G 3 P/O 1910/53A, rapport du Dr Rachel Apps, de Naplouse, 03/1910.
1789 CMS G 3 P/O 1911/10, de Sykes à Baylis, de Jérusalem, 26/12/1910.
1790 CMS G 3 P/O 1913/38, rapport du Dr Ethel R. Griffiths, de Naplouse, 07/04/1913.

relève de deux spécialités, la gynécologie et l'obstétrique, pour lesquelles les médecins hommes étaient bien en peine de proposer leurs services aux patientes. Le genre n'est pas une catégorie structurante du champ médical. En revanche, il rend nécessaire, pour les missionnaires, un certain nombre d'adaptations culturelles aux souhaits des patients, auxquels la CMS se montre plus réceptive dès lors qu'il est question de moralité. De plus, l'attention portée à la catégorie du genre et le recrutement de femmes médecins missionnaires joue sur la concurrence avec l'hôpital municipal, et n'est pas loin d'initier une dynamique de féminisation, encore bien légère, du recrutement.

D – La fondation de l'Hôpital Al-Waṭanī

Les stratégies d'obstruction juridique à la construction de l'Hôpital Saint-Luc puis les moyens employés par les patients hospitalisés pour contourner la prédication protestante peuvent être assimilées à des formes de résistance culturelle, à proportion du sentiment de scandale que suscitent les intentions prosélytes maladroitement dissimulées par les missionnaires. Toutefois, l'outil le plus efficace pour les contrer s'avère être la mobilisation collective, initiée et encadrée par les hommes qui, du fait de leurs responsabilités, sont coutumiers des formes de l'action publique. Le déplacement de la réaction, de l'expérience singulière d'une partie des habitants vers le collectif, par la médiation des notables, fonctionne parce qu'il s'appuie sur des référents partagés, l'islam et le patriotisme aiguillonné par la crainte de la colonisation, mais il est étranger au contenu proprement médical de l'activité missionnaire. Du point de vue de la thérapeutique et de l'organisation, il y a homogénéité entre ce qui se pratique à l'Hôpital Al-Waṭanī et à l'Hôpital Saint-Luc. Du point de vue des pouvoirs publics, qui patronnent la construction du premier d'entre eux, il n'y a pas lieu de contester la médecine occidentale. Celle-ci est, pour la Direction de l'administration médicale civile, la seule médecine légitime dans l'Empire ottoman, à tout le moins sur un plan physiopathologique : on verra qu'il n'en va pas de même des psychothérapies. La fondation successive des deux institutions hospitalières de la ville, l'une motivant la création de l'autre, s'inscrit dans une dynamique qui montre que le champ médical local est bien structuré par une différence de nature confessionnelle ; mais le contenu de ce confessionnalisme est culturel et politique, et n'a guère à voir avec l'incidence que des prescriptions religieuses pourraient directement avoir sur la pratique médicale, ni avec l'attitude des chrétiens autochtones.

1 – Le premier hôpital municipal (1887-années 1890)

Le premier hôpital à Naplouse en cette fin de dix-neuvième siècle n'est pas celui institué par les missionnaires à titre temporaire, dans l'attente de pouvoir en construire un selon leur désir, ni une institution publique, mais une création résultant d'une libéralité privée. Les conditions de sa fondation éclairent son inspiration importée d'Europe, comme c'est le cas des deux hôpitaux rivaux par la suite. A l'origine, se trouve un don de 150 000 *girš*-s fait par le *šayḫ* Muḥammad Zu'aytar, imam aux armées pendant la guerre de 1876-1877 contre la Russie. Fait prisonnier, le *šayḫ* visite les hôpitaux de l'armée du Tsar et se convainc de l'utilité sociale de ces institutions, dont il importe le projet vers sa ville natale[1791].

Le résultat en est une maison à deux étages, comprenant six pièces et un hall d'entrée, mais pas de salle de malades pour les femmes. L'institution connaît des fortunes diverses, et si elle est encore en activité à la date d'avril 1896[1792], elle ne réussit pas à recruter d'infirmières. C'est là un problème structurel des fondations médicales musulmanes à cette époque, contraintes de chercher pour leur personnel féminin des juives ou des chrétiennes. A la date de mai 1897, l'hôpital, dont les bâtiments sont du reste obsolètes pour leur fonction, a fermé ses portes[1793], tant et si bien que les notables qui, à partir de 1904, entreprennent de refonder un hôpital municipal à Naplouse, doivent concevoir son fonctionnement depuis le début et régler, à leur tour, des difficultés comme celle de l'embauche d'infirmières.

2 – La colère des effendis (1904-1909)

La lettre annuelle de Wright et la poursuite des travaux de l'hôpital missionnaire dans la foulée ont exaspéré les notables du conseil municipal, que les missionnaires appellent parfois « Moslem Effendiyeh » [les effendis musulmans][1794]. Ils se sont notamment sentis lâchés par le gouverneur de la province de Beyrouth[1795]. Ce groupe, homogène sur les plans sociaux et culturels au groupe de notables et de *'alīm*-s qui occupent les emplois de l'administration depuis l'époque des réformes ottomanes, agit dans l'idée qu'il est imparti d'un

1791 Mas'ūd, *Art. Cit.*, p. 4.
1792 « Nablus medical mission. Annual letter from Dr Gaskoin R.M. Wright », in *Medical mission quarterly*, vol. n°2, n°14, 04/1896 (32-34), p. 33.
1793 CMS G 3 P/O 1897/88, « Report of Nablus medical mission, conference, May 1897 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse, 03/05/1897.
1794 CMS G 3 P/O 1900/193, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 12/11/1900.
1795 CMS G 3 P/O 1900/88, « Report of Nablus medical mission, May 1900 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse ; CMS G 3 P/O 1900/193, de Hall à Baylis, de Jérusalem, 12/11/1900.

devoir de défense patriotique à la fois politique et culturelle. A certains égards, les missionnaires représentent pour ces Naplousains la principale agression, sinon le principal péril qui pèse collectivement sur la population de la ville.

Si la colère gronde dès le courant de l'année 1900, l'événement décisif est l'hospitalisation de la Ḥājjah Laylah Ḥammād, la soeur du maire de l'époque, le Ḥājj Tawfīq Ḥammād. Les missionnaires s'essaient, sans succès, à la persuader[1796]. Cette nouvelle rend furieux son frère, et déclenche la mobilisation des édiles et des notables afin de contrer l'hôpital missionnaire par une institution rivale. Un comité est créé autour de membres de la municipalité, qui se compose du maire ainsi que de neuf autres personnes dont les noms de famille dénotent la notabilité locale, associée au pouvoir ou à la production de savon comme industrie reine de la ville : ce sont des Ṭūqān, des al-Tamīmī, des al-Nābulsī, des 'Arafāt ou des Kana'ān, hommes d'influences et d'argent qui entreprennent de collecter des fonds pour le projet. Ils en réunissent à hauteur de 89 606 *girš*-s, ce qui est insuffisant et que viennent compléter des impôts extraordinaires. Avec l'accord du conseil d'administration du *sanjak* de Naplouse et du conseil de la province de Beyrouth, la municipalité perçoit un octroi aux portes de la ville, ainsi qu'une taxe sur l'usage des abattoirs[1797], ce qui explique sans doute en partie l'attention spéciale portée par l'inspecteur de la municipalité aux infractions à la législation sur le lieu d'abattage des bêtes. A l'accusation de nuisance à la santé publique s'ajoute, pour les contrevenants, celle d'évasion fiscale. Les missionnaires ne manquent pas de faire valoir dans leur correspondance interne qu'une partie des élites, étrangère sinon hostile au comité pour le nouvel hôpital, les soutient et compte notamment dans ses rangs le mufti de Naplouse. Dans un rapport, le Dr Wright trahit dans une expression raturée son sentiment à l'égard de ce surcroît de fiscalité, qui revient pour des notables à « taxer les gens » plutôt qu'à donner de leur propre poche[1798]. C'est de sa part une façon évidente de nier la portée politique de cette mesure, qui consiste, en faisant payer tous les citadins et, dans l'ombre de ces derniers, les paysans de passage en ville pour écouler leur production, à établir le futur hôpital comme le résultat d'une mobilisation civique. La construction de l'hôpital au pied du Mont Ebal dure quatre ans et demi jusqu'à son ouverture en 1909, et coûte 358 773 *girš*-s[1799]. Le financement de sa réalisation et son administration ultérieure, sous la surveillance de la municipalité, s'inscrivent dans une conception de l'action publique dominée par les notables urbains.

1796 Entretien avec le Dr Farūq Ḥammād, Naplouse, 04/05/2005.
1797 Mas'ūd, *Art. cit.*, p. 5.
1798 CMS G 3 P/O 1910/53A, « Nablus medical mission conference report, April 1910 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse.
1799 Mas'ūd, *Art. cit.*, p. 5.

3 – Concurrence hospitalière et normalisation (1909-1918)

L'Hôpital al-Waṭanī, ainsi qu'il est appelé presque exclusivement de nos jours, est une réalisation locale dont les moyens témoignent du fait que cette institution relève de la même médecine occidentale que sa rivale. Le matériel médical et chirurgical a été importé de France, pays qui fournit également le gros du personnel assistant les médecins : les infirmières qui desservent l'hôpital sont en effet les Soeurs de Saint-Joseph de l'Apparition, installées sur les pentes du Mont Ebal, légèrement à l'est et en surplomb. Elles tiennent depuis 1904 un dispensaire où elles se spécialisent dans le soin des yeux, vraisemblablement sans diplôme[1800]. Le recours aux religieuses catholiques constitue un des rares moyens, pour les autorités administratives et municipales, de pallier le manque d'infirmières en l'absence d'un centre de formation à proximité ; et l'Hôpital al-Waṭanī opte ainsi pour la même option que l'hôpital gouvernemental de Jérusalem qui, depuis 1891, est desservi par les Filles de la Charité[1801]. A Naplouse, c'est l'occasion pour les Soeurs de Saint-Joseph de se rapprocher de la municipalité, jusque là hostile, mais prête à s'allier avec elles contre les missionnaires protestants. Le sens diplomatique de ce service médical est évident, et revient pour la diplomatie française à aider l'administration ottomane à battre en brèche une institution missionnaire britannique. La dimension nationale n'explique cependant pas tout, ce dont atteste le fait que les Soeurs soient restées, quoique françaises pour plusieurs d'entre elles, au service de l'Hôpital al-Waṭanī pendant toute la durée de la Première guerre mondiale[1802].

La mobilisation des pouvoirs publics, administration locale ou municipalité, pour faire pièce aux missionnaires, a déjà été tentée ailleurs dans la région, avec moins de succès semble-t-il. Face à la mission de la CMS à Gaza, un hôpital est ouvert en 1901 ; cette nouvelle est publiée dans la revue beyrouthine *Al-Ṭabīb*, liée originairement mais non pas organiquement au SPC, avec un rappel de l'existence de l'hôpital rival, afin de faire valoir que ce dernier n'a pas démérité[1803]. Deux éléments connexes limitent la portée du rapprochement de ces deux faits : le premier est le caractère du Dr Wright, homme peu liant, piètre arabisant par ailleurs, beaucoup moins populaire que le Dr Sterling, son collègue de Gaza, et susceptible en définitive de concentrer sur sa propre personne une bonne partie des griefs des

1800 Mas'ūd, *Art. cit.*, p. 5 ; Jaussen, *Op. cit.*, p. 251
1801 « *Al-mustašfā al-'uṯmānī wa-sā'ir al-mustašfayāt bi'l-Quds al-Šarīf* » [L'hôpital ottoman et le destin des hôpitaux à Jérusalem], in *Al-Bašīr*, n°1071, 01/07/1891, p. 3.
1802 Jaussen, *Op. cit.*, p. 251.
1803 « *Mustašfā Ġazzah* » [L'hôpital de Gaza], in *Al-Ṭabīb*, 01/02/1901, p. 285.

Naplousains à l'endroit de la mission médicale. Le second est que l'hôpital ottoman de Gaza est une initiative de l'administration locale et non l'émanation d'une mobilisation civique. A Naplouse à partir de 1909, l'hôpital missionnaire paie en chiffres de fréquentation le prix de l'impopularité de ses méthodes. Malgré des efforts rhétoriques pour cacher des faits embarrassants derrière le maintien du nombre d'opérations chirurgicales ou du montant des honoraires perçus[1804], les missionnaires constatent une impressionnante chute du nombre des patients et surtout des hospitalisations[1805]. Les années 1909-1914 sont à la fois celle d'une révision à la baisse du potentiel missionnaire de l'hôpital, et d'une normalisation de la place de celui-ci en ville : il n'y a plus guère matière à scandale dans ses murs, dès lors qu'il est possible à tout un chacun d'échapper à la propagande religieuse protestante.

En pratique, l'hôpital missionnaire se maintient dans des niches médicales où il n'est pas concurrencé par l'institution rivale, ou du moins pas encore. Ainsi en est-il de l'obstétrique et de la gynécologie, qui constituent les activités privilégiées des deux femmes médecins qui se succèdent de 1909 à 1914, les Drs Apps et Griffiths. De fait, l'hôpital municipal a du mal à attirer des femmes dans ses salles de malades, et pour les années 1910-1914, la répartition homme-femme de la patientèle hospitalisée est toujours supérieure à une proportion de deux pour un[1806]. Toutefois, il s'efforce là encore de tenir la concurrence en cherchant à engager, en 1911, dans un climat de conflit arabo-sioniste émergent, une femme-médecin juive, sioniste à coup sûr, pour faire pièce à l'hôpital rival[1807]. Le projet indique que le conflit avec les missionnaires est assez vif pour justifier de faire abstraction du principal conflit politique de l'heure pour s'opposer, pied à pied, à ceux-ci. Par cette ébauche de féminisation de la pratique locale de la médecine occidentale – nous ne savons pas, au juste, si l'hôpital municipal a réussi à embauche la femme médecine juive recherchée, mais nous avons en revanche déjà vu qu'une autre femme médecin, Josephine Fallscheer-Zürcher, arrive en 1913 et exerce pendant environ deux ans en pratique privée, et non dans le cadre missionnaire – la concurrence que se livrent les hôpitaux concourt à changer les représentations des patientes et leurs recours thérapeutiques. Entre les deux institutions, le conflit est de l'ordre des valeurs, mais celles-ci ne sont pas figées, par exemple sur la féminisation du métier de médecin.

A l'Hôpital al-Waṭanī, la question semble plutôt être d'assurer l'intendance après l'afflux des crédits d'équipement : Bahjat et al-Tamīmī montrent, dans le budget pour l'exercice fiscal de l'année 1332 mālī / 1916 AD, d'étranges distorsions par rapport à une

1804 CMS G 3 P/O 1912/29, lettre annuelle du Dr G.R.M. Wright, de Naplouse, s.d. [1912].
1805 Mas'ūd, *Art. cit.*, p. 5.
1806 Bajhat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, vol. n°1, p. 118.
1807 CMS G 3 P/O 1911/84, « Nablus medical mission report, Conference April 1911 », par le Dr G.R.M. Wright, de Naplouse.

gestion municipale efficiente : la municipalité de Naplouse n'équilibre pas ses recettes et ses dépenses, mais produit un excédent net de financement de près de 35 000 *girš*-s ; parmi les dépenses, qui s'élèvent à 252440 *girš*-s, plus du tiers passe dans le salaire des employés municipaux, les indemnités et les gratifications des membres du conseil municipal, enfin à l'organisation des fêtes municipales. Les fonctions basiques de la municipalité coûtent nettement moins : le plus gros se monte à une dépense de 57200 *girš*-s pour l'éclairage et le nettoyage des rues, et seulement 5000 *girš*-s sont alloués aux dépenses de santé[1808]. Cette bizarrerie de la gestion municipale est redoublée par le contexte de guerre, qui tend à plonger toutes les municipalités dans le déficit. Ces deux auteurs peignent une réalité de l'activité des notables du conseil municipal qui tranche avec leur implication dans la construction de l'hôpital. *Wilāyat Bayrūt* affirme en effet que les principales initiatives de l'immédiat avant-guerre pour le bien collectif, la création d'un jardin public et d'un café conforme aux normes d'hygiène, ont été prise par le gouverneur du *sanjak*[1809]. L'image des notables municipaux qui ressort de cet ouvrage est celle d'un collectif très parcimonieux avec les deniers publics, hormis à leur propre bénéfice. Toutefois, ces mêmes auteurs confirment la dimension patriotique derrière le projet d'hôpital municipal, et admettent, au vu de ses résultats, qu'il s'agit d'une réussite, ce qui tranche avec leur jugement général qui incrimine l'incurie des édiles[1810].

Le résultat de cette rivalité sur les services hospitaliers est que les deux institutions apparaissent en définitive assez similaires, hormis du point de vue de l'esprit qui les anime. Les noms et surnoms donnés à ces deux hôpitaux à l'époque rendent cette similitude à travers une série de dichotomie. Ainsi, *al-mustašfā al-ʿuṯmānī* [l'hôpital ottoman] s'oppose nationalement à *al-mustašfā al-inklīzī* [l'hôpital anglais], *al-mustašfā al-šarqī* [l'hôpital oriental] s'oppose, d'abord topographiquement mais également sur un plan culturel, à *al-mustašfā al-ġarbī* [l'hôpital occidental], et du point de vue des valeurs l'alternative à *al-mustašfā al-waṭanī* [l'hôpital national, ou patriotique] serait, au prix d'un certain déplacement sémantique, *al-mustašfā al-injīlī* [l'hôpital évangélique] tant le protestantisme était apparu, à travers les actions des missionnaires, comme une doctrine d'importation[1811]. Il y a ici déconnection entre le plan du nationalisme, y compris dans son volet culturel, et celui du recours – ou non – à la médecine occidentale, et l'on peut reprendre ici la conclusion de David Arnold et Sumit Sarkar sur l'intérêt porté par les proto-nationalistes indiens aux formes de rationalité de la médecine occidentale orthodoxe et de ses variantes hétérodoxes:

1808 Bahjat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, vol. n°1, p. 116.
1809 *Ibid.*, pp. 115-116.
1810 *Ibid.*, p. 118.
1811 Mas'ūd, *Art. cit.*, p. 5.

> « Ce qui nécessite modification, c'est donc l'hypothèse très répandue qui assimile tout instinct anti-colonial digne de ce nom avcec le rejet, par les voies du nationalisme culturel, de la « rationalité » occidentale et fait, en pratique, de la répudiation des idées d'origine occidentale le seul critère d'autonomie authentique.[1812] »

Ce qui distingue les hôpitaux tient moins à la pratique médicale qu'aux projets politiques généraux au sein desquels la promotion de la médecine occidentale est censée faire sens, et que l'on pourrait caractériser comme l'ouverture contrainte à un procession de civilisation exogène du côté des missionnaires, et le développement moderniste et subtilement décentralisateur à l'intérieur d'un cadre toujours ottoman du côté des notables. Quant aux jeux d'opposition politique et d'alternatives de valeurs, ils trouvent certes à s'exprimer dans le nom des lieux, mais ils ne sont qu'une lointaine traduction des relations, socialement et culturellement contextualisées, qui se nouent entre praticiens et patients hospitalisés.

III – Pluralité des mondes, pluralité des médecines

Pour passer de la différence entre les médecines au choix que les patients peuvent faire entre les praticiens respectifs de celles-ci, il faut supposer que le lien entre les deux existe. Il faut donc montrer que les conceptions théoriques qui structurent la pratique médicale ont une importance perceptible pour le patient. Ce n'est pas évident, car à bien y regarder, quoi de plus abstrait sur le fond que ce qui sépare la médecine occidentale de la médecine arabe traditionnnelle, sinon peut-être ce qui les distingue toutes deux des formes de médecine religieuse en prise avec le surnaturel ? Entre les deux premières, passent quelques siècles de divergence progressive dans la connaissance du corps humain puis de ses fondements physiologiques et bactériologiques ; c'est la différence entre deux mondes culturels voisins dont les liens se sont distendus pendant assez longtemps. Pour passer des conceptions naturelles ou rationnelles de la médecine au surnaturel, on change encore de monde, ou plutôt de conception des mondes qui sont en ce bas-monde. Pourtant, il apparaît bien que les patients savent ce qu'ils font en allant consulter tel plutôt que tel, ou bien avant lui. A quoi est-ce dû ?

Si l'on en restait à la seule médecine occidentale, la cause serait bientôt entendue. Nous avons pu constater les préventions que nourrissent les patients à l'égard de l'hôpital et

1812 David Arnold & Sumit Sarkar, « In search of rational remedies. Homoeopathy in nineteenth-century Bengal », in Ernst, *Op. cit.* (42-57), p. 51.

surtout de l'hospitalisation. Un motif en est le cadre dans lequel sont hébergés les patients, avec sa dimension disciplinaire et, à l'Hôpital Saint-Luc, la pression missionnaire constante. Ce n'est toutefois pas tout : la division des spécialisations entre dans les choix qui structures les itinéraires thérapeutiques des patients, tout comme la réputation individuelle des praticiens. Pour observer ce fait, il faut se défaire du regard médical pour aller dans le détail des pratiques de choix du praticien par les malades.

A défaut de témoignages directs des patients, la pluralité des recours thérapeutiques est éclairée par l'ethnographie, où l'effort de contextualisation des choix du patient est bien plus important. Nous avons vu que les missionnaires ont une connaissance des systèmes médicaux autochtones et sont capables d'adopter certaines des pratiques qui en sont dérivées ; mais ils les donnent pour ce que la médecine occidentale tient qu'ils sont : des médecines illusoires ou arrivées à un état de développement arrêté. Après une longue période pendant laquelle les ethnographes de la Terre sainte ont surtout classé, comparé et compilé les pratiques qu'ils observaient en en gommant parfois le contexte, ils tendent, vers la fin de notre période, à ébaucher des protocoles d'impartialité dans la description des systèmes de croyances et des systèmes scientifiques. Les conditions d'énonciation du discours anthropologique pénètrent progressivement le questionnement des ethnographes intéressés à la « Terre sainte » ; et comme il se trouve des médecins parmi ces derniers, on constate quelquefois une certaine duplicité discursive dans l'approche des médecines autochtones chez une même personne. La confrontation des deux regards – ethnographique et médical occidental – permet de percevoir comment différentes médecines présentes à Naplouse se pratiquent, produisent des argumentaires de légitimation, le cas échéant interagissent ; mais il y a plus. Entre les deux points de vue, on peut discerner la place qu'occupent les patients et leurs choix dans la conception que les praticiens ont de leur travail, et éclairer, par un jeu d'ombres portées, les itinéraires thérapeutiques qui se dessinent fugitivement dans et malgré la construction des discours.

A – Variété des approches naturalistes de la maladie : autour des ophtalmies

Nous avons exprimé à maintes reprises combien la distinction entre médecine arabe traditionnelle et médecine occidentale était difficile à cerner, car elles dérivent toutes deux d'un même système médical originel – avec, le cas échéant, des divergences sur la rationalité

ultime de la causalité étiologique – et surtout, des remèdes similaires. Le résultat est alors une situation de concurrence dont les patients sont les arbitres, quoi que dise la loi ottomane au sujet de l'exercice de la médecine. Nous avons déjà évoqué cette dimension en parlant des infortunes du Dr Da‘das : point n'est besoin d'y revenir. Toutefois, il serait erroné de conclure que médecine occidentale et médecine arabe traditionnelle sont simplement des variations autour d'un même thème thérapeutique : dans certains domaines, l'approche de la maladie et les moyens thérapeutiques employés par les médecins sont radicalement différents. Le choix des patients est alors irréductible aux conditions de la relation entre le patient et le médecin ainsi que son éventuelle équipe ; il inclut une dimension de confiance dans le praticien et d'adhésion Ainsi en va-t-il de l'ophtalmologie.

La maladie, telle qu'elle est donnée à examiner par le médecin, quelque médecine qu'il pratique, s'inscrit dans l'histoire personnelle du patient et dans des formes sociales. Ces dernières contribuent à hiérarchiser les choix existentiels, parmi lesquels ceux d'ordre thérapeutique : se faire soigner est une démarche qui n'est en rien anodine. Bien souvent, les patients arrivent chez le médecin diplômé dans un état avancé de maladie, tel cet homme, originaire du village d'al-Mazāri', situé au nord de Ramallah, dans la *mutaṣarrifiyyah* de Jérusalem, dont les archives de la municipalité enregistrent le passage à Naplouse en 1914. Atteint d'« ophtalmie » (*ramad*) depuis une vingtaine d'année, le voilà désormais menacé de perdre complètement la vue à brève échéance. Il se rend donc à Naplouse, visiblement pour aller chez un médecin diplômé, car on imagine mal qu'il fasse établir ensuite un rapport sur son cas par des médecins diplômés, comme on va le voir tout de suite, s'il est allé chez un praticien illégal. Toutefois, une convocation lui est arrivée, qui requiert sa présence au même moment devant un juge de Jérusalem pour un procès. Retenu à Naplouse pour traitement, il ne peut s'y rendre, et demande au médecin de l'Hôpital al-Waṭanī et à celui de la municipalité d'attester par écrit de son état de santé et de la raison qui l'empêche de répondre à la convocation en justice[1813]. Ce type de comportement, considéré hors contexte, soulève de nombreuses questions : pourquoi l'homme a-t-il attendu si longtemps avant d'aller à l'hôpital ? Est-ce que l'évolution du mal était pour lui imprévisible ? Qu'est-ce que ce patient attend de l'hôpital, mis à part une attestation ? Ces questions s'éclairent si l'on tient compte des perceptions vernaculaires de la maladie en fonction de l'évolution de celle-ci, et si l'on tient compte des moyens que les différents systèmes thérapeutiques peuvent mettre en oeuvre pour y remédier.

1813 SBN 9/27, p. 31, 118, 24/03/1330 mālī / 06/04/1914 AD.

1 – Ce qu'on entend par « ophtalmie »

Revenons sur l'exemple du vieillard frappé d'ophtalmie. Deux considérations permettant d'en rendre compte s'y croisent, la détermination de la nature du mal et le développement qu'il suit. Il y a ambiguïté manifeste sur le sens du mot *ramad*, qui recouvre, comme sa traduction française d'ophtalmie, une variété de significations pathologiques, dont les deux principales sont l'ophtalmie purulente d'Egypte et le trachome, maladies cécitantes qui touchent une partie conséquente de la population de la région, surtout à Jérusalem, al-Lidd et au sud de ces deux villes[1814]. Ces deux pathologies commencent à être connues d'un point de vue bactériologique à l'époque de notre étude. La première est en fait la conséquence de quatre agents pathogènes différents identifiés entre les années 1870 et les années 1890[1815], le gonocoque (*Neisseria gonorrhoeae*)[1816], le pneumocoque (*streptococcus pneumoniae*)[1817], le bacille de Morax-Axenfeld (*moraxella lacunata*)[1818] et surtout celui de Koch-Weeks[1819]. C'est une maladie aux effets très rapides, pouvant provoquer à court terme la cécité d'un oeil ou des deux.

Le trachome, inégalement répandu selon les régions, n'a pas d'effet aussi brusques[1820]. Provoqué par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, il procède beaucoup plus lentement, parfois sur des décennies, avant d'aboutir au même type d'effet. Le résultat est qu'il est moins évident, jusqu'à la bactériologie, de l'appréhender comme une seule maladie[1821]. Au stade le moins avancé, qui survient généralement dans l'enfance, elle se traduit par des irritations de l'oeil rougi et désormais très sensible à la lumière, ainsi que des cicatrices sur la cornée. Ce type d'affection, ainsi que les comportements qu'il entraîne (regards en biais, main portée en protection des yeux, rictus) est perçu, non comme vraiment pathologique mais comme normal au sein des sociétés où le mal est prévalent, comme c'est le cas dans la grande région de

1814 JCA 2680, Rapport annuel sur l'Hôpital ophtalmologique britannique Saint-John de Jérusalem, 1920.
1815 E.W.G. Masterman, « Hygiene and disease in Palestine in modern and in biblical times », in *Palestine Exploration Fund Quarterly*, 04/1918, pp. 69-70.
1816 Alber Neisser, « Ueber eine Gonorrhoe eigenthümliche Micrococcenform », in *Centralblatt für die medicinische Wissenschaften*, n°17, 1879, pp. 497-500.
1817 A. Weichselbaum, « Über seltenere Localisationen des pneumonischen Virus (*Diplococcus pneumoniae*) », in *Wiener klinische Wochenschrift*, n°1, 1888, pp. 573-575 pp. 595-597, pp. 620-622, p. 642-643, pp. 659-661.
1818 V. Morax, « Note sur un diplobacille pathogène pour la conjonctivite humaine », in *Annales de l'Institut Pasteur*, n°10, 1896, pp. 337-345.
1819 Cf Robert Koch, « Berichte überdie Thätigkeit der deutschen Cholerakommission in Aegypten und Ostindien », in *Wiener medizinische Wochenschrift*, n°33, 1883, pp. 1548-1551 ; & J.E. Weeks, « The bacillus of acute cunjunctival catarrh or « pink eye » », in *Archives of ophtalmology*, n°15, 1886, pp. 441-451.
1820 JCA 2680, Rapport annuel sur l'Hôpital ophtalmologique britannique Saint-John de Jérusalem, 1921.
1821 Orfila, Sacko, Moulin *et al.*, *Op. cit.*, p. 32.

Jérusalem[1822]. Au stade le plus grave, qui souvent annonce la cécité à brève échéance, la paupière se retourne et les cils, poussant anarchiquement, viennent rayer la paroi de l'oeil au point d'empêcher le fonctionnement du cristallin (trichiasis)[1823]. Entre l'ophtalmie purulente d'Egypte et le trachome, la différence est marquée à la fois par des symptômes différents et par le rythme d'évolution du mal, qui permet de faire la différence de nature entre le processus très lent de l'infection trachomateuse et celui, beaucoup plus foudroyant, de l'ophtalmie purulente d'Egypte. La durée du mal avant que la perspective de la cécité n'apparaisse dans le cas cité plus haut incline à y voir un cas de trachome.

Il y a néanmoins une marge d'incertitude, dans la mesure où l'analyse symptomatologique est insuffisante pour déterminer rétrospectivement la nature du mal. Dans le courant des années 1880-1890, la dénomination de ces maladies dans la médecine occidentale appliquée dans la région change, et l'on passe, dans la principale institution pour le traitement des maladies des yeux à l'époque, l'Hôpital ophtalmologique Saint-John de Jérusalem, d'un classement des cas enregistrés par symptômes (trichiasis etc.)[1824] à l'usage du mot trachome comme dénomination du syndrome[1825]. Il semble bien que la différence entre les maladies ait été ressentie à la même époque, et peut-être longtemps auparavant, puisqu'on trouve, dans les années 1880, des occurrences de l'expression « *al-ramad al-ṣadīdī* » pour désigner l'ophtalmie purulente d'Egypte[1826], et, plus tardivement, la dénomination « *al-ramad al-ḥubaybī* » pour le trachome[1827]. Des deux, la dernière est probablement d'un usage ancien, ne serait-ce que parce que l'auteur de l'article use, lui, d'une translittération du nom grec de la maladie.

2 – Des formes socialisées de la maladie

Les deux maux ne sont pas perçus de la même manière, et si l'on peut imaginer que l'ophtalmie purulente d'Egypte peut susciter un sentiment de panique en raison de ses conséquences prévisibles à court terme, il n'en est pas de même du trachome. Vu la durée de l'évolution du mal, nous penchons pour cette dernière hypothèse, qui expliquerait que

1822 Khadija Akalay, *Esquisse d'une réflexion sur une maladie cécitante, le trachome : le corps malade, son histoire, sa signification, son enjeu*, mémoire de DEA en sociologie – anthropologie, Université de Provence (Aix-Marseille 1), septembre 1999, p. 39.
1823 Orfila, Sacko, Moulin *et al.*, *Op. cit.*, p. 11.
1824 JCA 2680, Rapport annuel sur l'Hôpital ophtalmologique britannique Saint-John de Jérusalem pour 1887, 30/06/1887.
1825 Masterman, « Hygiene and disease in Palestine in modern and in biblical times », in *Palestine Exploration Fund Quarterly*, 04/1918, p. 70.
1826 « *Al-ramad al-ṣadīdī* » [L'ophtalmie purulente], in *Al-Ṭabīb*, n°13, 15/09/1884, pp. 241-246.
1827 Ilyās Ṣawābīnī, « *Al-Tarāḫūmā* » [Le trachome], in *Filasṭīn*, n°144, 12/06/1912, p. 3.

l'homme se soit accoutumé à l'inconfort de son état, jusqu'au moment où celui-ci s'est fortement aggravé. Sa réaction est en tout cas socialement conditionnée : elle tient vraisemblablement à la fois à ses origines paysannes, à l'enclavement de son village situé à une trentaine ou une quarantaine de kilomètres de distance de la ville la plus proche, à son genre (masculin), à son âge avancé, et aux possibilités limitées des différents recours thérapeutiques qui s'offraient à lui dans son voisinage.

La distance géographique dissuade d'entreprendre la démarche thérapeutique pour des maladies à l'évolution lente, dont la perception est au début celle d'une gêne socialement acceptable, parce que très répandue et sans incidence directe au quotidien. Elle nous paraît cependant moins significative que le genre. D'un point de vue sociologique, les maladies des yeux sont beaucoup moins problématiques pour les hommes que pour les femmes. La perte de la vue réduit à presque rien les possibilités de mariage d'une jeune femme. Pour elle, le risque inhérent à la cécité persiste au-delà du mariage, car elle entraîne assez souvent la répudiation, ainsi que le note Jaussen sur un exemple observé à Naplouse au début du mandat:

> « Pour ce motif de répudiation, le lecteur appréciera la portée du fait qui m'a été rapporté en septembre 1923.
> Sa'adah est une jeune femme de 23 ans ; elle habite le village de B..., tout proche de Naplouse [vraisemblablement Burīn ou Bayt Ibah]. Mariée à 17 ans, à un jeune compatriote, elle se montra épouse dévouée « travaillant aux champs et surveillant le blé au *bayâdir* ». Mais en dormant à l'aire, les nuits d'été, elle contracta une maladie d'yeux qui, complètement négligée, la priva bientôt de la vue. Sa'adah souffrait beaucoup, était aveugle et ne pouvait plus travailler. « Cette savate usée ne m'est plus utile, dit un jour son mari. » Il la répudia. La jeune femme regagna la maison paternelle.
> Son père, Ibrahim, connaissait les *Banât al-djabal* [les Soeurs de Saint-Joseph de l'Apparition, qui tiennent un dispensaire ophtalmologique] ; il proposa à sa fille de la conduire chez les *ḥakimât* [infirmières]. Sa'adah affaiblie ne pouvait pas marcher : « Je te porterai », dit le père. Et deux mois durant, on vit Ibrahim, trop pauvre pour louer un âne, charger sur son dos sa pauvre Sa'adah, faire une demi-heure de marche et arriver au dispensaire. Il déposait doucement sa fille et la présentait aux infirmières qui la soignaient. Les soins assidus débarrassèrent les yeux malades de la saleté accumulée : les brins de paille enfoncés sous les paupières furent extraits... la santé revint et l'infirme recouvra la vue. « Si Sa'adah est guérie, je la reprendrai », dit le mari. Après les formalités d'usage, l'épouse répudiée rentra à son foyer[1828]... »

Le risque de la répudiation, également observé dans d'autres zones de prévalence trachomateuse à l'intérieur du monde musulman[1829], concerne également les femmes atteintes de maladies défigurantes – on songe notamment aux formes orientales de leishmaniose évoquées au chapitre 6, qui occasionnent, comme le dit Anne-Marie Moulin, « la défiguration,

1828 Jaussen, *Op. cit.*, p. 127, note 1.
1829 Akalay, *Op. cit.*, p. 46.

pire que la mort »[1830] – ou de nature à affecter le port et la démarche, en particulier les formes osseuses et glandulaires de la tuberculose, qui est fortement prévalente à Naplouse[1831]. La question ne se pose pas seulement en terme d'utilité à l'économie familiale, comme dans le passage cité ci-dessus, mais aussi bien en fonction de la dimension esthétique, fortement discriminante, du choix du conjoint. La difficulté relative des femmes à se rendre, mettons, à l'hôpital, tient à leur réclusion à la maison ainsi qu'à ce que le père Jaussen appelle « le préjugé invétéré qui interdit aux Naplousiennes la visite d'un médecin[1832], » mais aussi à ce que le faire serait assimilé à l'aveu d'un mal et, potentiellement, d'un défaut physique permanent. Toutefois, l'attitude de celle qui sont hospitalisées témoigne de la prégnance du risque que la maladie fait peser sur leur avenir. L'infirmière que nous décrivions plus haut toute affairée à la fouille de la salle des malades femmes de l'hôpital missionnaire observe ainsi :

> « Dans la plupart des cas, les patientes sont très reconnaissantes du secours qu'elles reçoivent. Pourtant, nous avons aussi affaire au genre ronchon, tout particulièrement lorsqu'elles ne sont pas guéries aussi rapidement qu'elles le souhaiteraient, ou lorsqu'elles ne sont que soulagées, comme il arrive quelquefois, ce qui pour la plupart des femmes musulmanes, signifie la ruine de leur foyer, ou dans d'autres cas la persepective de voir leur place prise par une nouvelle femme ; on peut aisément comprendre alors leur déception lorsque la guérison est impossible. Il en va ainsi d'une patiente que nous avons accueillie récemment. Cette jeune femme, Bedia [Baḍī'ah], âgée d'une vingtaine d'années, mariée alors depuis sept ans, est tombée malade il y a trois ans, pour cause de rhumatismes qui l'ont maintenant rendue tout à fait invalide. Elle est venue deux fois à l'hôpital et en est ressortie soulagée. Pendant ce temps, son mari s'est remarié ; et bien qu'elle vive encore sous son toit, elle court le risque d'être renvoyée chez ses parents à tout moment, ce qui serait à leurs yeux une disgrâce terrible[1833]. »

La description se poursuit avec des cas du même genre, dont celui d'une femme nommée 'Ā'išah, aveugle et amputée d'une jambe lors de son passage à l'hôpital ; sa mère est décrite comme ayant souhaité sa mort avant l'opération, et aigrie après celle-ci, promise à une vie de célibat et d'activité réduite[1834]. Les hommes ne courent pas de semblables risques, en particulier à l'intérieur du couple, du fait de l'asymétrie des modalités de séparation à l'initiative de l'époux et de l'épouse. Ajoutons que les missionnaires et Jaussen ont en commun d'instrumentaliser le sort des femmes pour prononcer une condamnation culturelle qui toujours se rapporte, en définitive, à l'islam comme religion dogmatique. Si cependant on laisse de côté leur intention transparente d'apologétique en faveur du christianisme, il reste

1830 Anne-Marie Moulin, « L'aventure humaine de la vaccination », in Moulin, *Art. Cit.*, p. 21.
1831 Dr G.R.M. Wright, « A letter from Nablous », in *Mercy and truth*, n°124, 04/1907 (106-110), pp. 107-108.
1832 Jaussen, *Op. cit.*, p. 108.
1833 « Patients in Nablus Hospital », in *Mercy and truth*, n°67, 07/1902 (207-210), p. 207.
1834 *Ibid.*, p. 208.

que la maladie peut avoir des conséquences très lourdes sur le cadre social de vie des femmes.

3 – Les incertitudes de la thérapeutique

La médecine arabe traditionnelle et la médecine occidentale, qui dans ce domaine diffèrent extrêmement, n'offrent pas de remèdes définitifs aux deux maladies des yeux évoquées ci-dessus.

a – Les recettes du kaḥḥāl et leur contexte

Du côté de la médecine arabe traditionnelle, on peut distinguer plusieurs logiques à l'oeuvre pour guérir les différentes formes d'ophtalmie. Les remèdes sont multiples, et ne se limitent pas à des variations autour du kôhl, malgré la référence à ce type de préparation qui se retrouve dans le nom dérivé de *kaḥḥāl* pour désigner les ophtalmologues. En premier lieu, il y a le recours à des produits assez abrasifs, comme le jus d'aloès, ou le mélange qu'on applique sur l'oeil, au moyen d'un coton, fait d'alun et de blanc d'oeuf pour les femmes et les enfants, et de ces ingrédients mêlés de trèfle pour les hommes ; le but est d'absorber les matières qui, à la surface de l'oeil, peuvent agraver progressivement le mal, dans le cas du trachome[1835]. En deuxième lieu, des sortes de cataplasme faits de matières moins irritantes, tomates ou jaune d'oeuf, peuvent être appliqués sur la paupière fermée. En troisième lieu, une partie des remèdes employés visent à nettoyer l'oeil par une suppuration qui évacuerait la source de l'infection : on allume ainsi de l'amadou qu'on place sur la tempe, ou l'on fait une pendre une perle de verre rouge, dite *ḥajar al-damm*, qui vient appuyer en continu sur la paupière, pour faire sortir progressivement la sanie en cas de phlyctène, et pour maintenir la paupière fermée afin d'éviter que l'oeil malade ne s'infecte sérieusement et que l'infection ne passe à l'autre globe oculaire. Dans ces opérations, le kôhl sert lors de la convalescence, pour redonner de la force à l'oeil, et hors période de maladie, à titre prophylactique[1836].

Cette *ḥajar al-damm* intéresse également le Dr Tawfīq Canaan, mais d'un autre point de vue : il s'attache à la sélection de la matière et des couleurs choisies, et la classe parmi les remèdes d'ordre surnaturel[1837]. Il en compare notamment les principes aux amulettes et autres

1835 Orfila, Sicko, Moulin *et al.*, *Op. cit.*, p. 39.
1836 Philip G. Baldensperger, « The immoveable east », in *Palestine Exploration Fund Quarterly*, 04/1906, p. 101.
1837 Canaan, *Op. cit.*, pp. 126-127.

objets de la médecine religieuse de son pays, pour montrer les symboles et les références tirées du Coran ou de la Bible qui entrent en jeu dans la conception de ce type d'objets thérapeutiques. Cette analyse correspond à une problématique d'anthropologie religieuse à la manière de Frazer, visant à montrer des survivances et des évolutions dans les croyances populaires, à travers le passage historique d'une religion à une autre. En revanche, il passe complètement sous silence les effets thérapeutiques possibles que peut avoir le recours à cette perle. D'une manière générale, les médecins occidentaux tendent à scinder complètement les remèdes de la médecine arabe traditionnelle entre ceux qui ont une portée pharmacodynamique et ceux qui relèvent de la guérison spirituelle ; or ces deux aspects sont bien souvent présents et inséparables dans le même remède.

Enfin, il y a un élément de critique culturelle dans les évaluations de l'ophtalmologie arabe traditionnelle par les médecins formés à l'occidentale, lesquelles tiennent presque, parfois, de la démonisation. Le but de cette condamnation est souvent d'inspiration moderniste, car c'est de médecins ottomans qu'émanent les assauts les plus virulents contre les usages du kôhl, les pratiques des *kaḥhāl*-s et surtout les pratiques des femmes qui utilisent le produit. Le Dr Šākir al-Ḫūrī, qui enseigne la clinique ophtalmologique à la FFM pendant les 25 premières années de celle-ci, part ainsi dans une sainte colère, dans les colonnes de la revue des jésuites *Al-Machreq*, contre la coquetterie des dames qui se noircissent les yeux et font de même à leurs filles, en étant convaincues que leur geste a une vertu prophylactique. Son argument mêle les considérations de santé publique autour des risques inhérents au bâton – de fait, le trachome, par exemple, se transmet par ce genre de contact indirect d'oeil à oeil – à une tonalité moralisante contre le maquillage[1838]. L'article prend toutefois un sens plus profond si on le compare à d'autres articles consacrés à la santé des yeux chez les jeunes gens dans des textes légèrement postérieurs de la même revue : ce thème est directement rattaché à l'ergonomie à l'école, qui nécessite une bonne installation des élèves, de bons angles de vision à partir du pupitre, etc. L'attention portée à l'ophtalmologie devient alors un préalable à la vaste réforme que suppose la scolarisation d'un nombre croissant de sujets ottomans, et aux transformations sociales qui peuvent en découler[1839]. Dans cette perspective, il est assurément problématique que l'ophtalmie purulente et le trachome rendent une proportion très significative de la population du sud du bilād al-Šām aveugle d'un oeil ou des deux. Le risque est que cette fraction de la population soit progressivement marginalisée dans une société où l'écrit et la supposition que tout un chacun est alphabétisé informeraient de façon massive la

1838 Šākir al-Ḫūrī, « *Al-kuḥl* » [Le kôhl]
1839 Koenig (Dr), « *Ṣiḥḥat 'uyūn al-aḥdāṯ* » [La santé des yeux des jeunes], in *Al-Machreq*, n°24, 15/12/1905, pp. 1142-1146.

vie sociale et politique.

b – Les infortunes de l'ophtalmologie occidentale

Ironiquement, l'attention donnée par le Dr Šākir al-Ḥūrī à la prévention des méfaits du khôl trahit l'impuissance de la médecine occidentale à soigner de façon efficace et définitive les principales pathologies rencontrées par les médecins. Pour soigner les yeux, ceux-ci ont surtout recours à la petite chirurgie. La liste des opérations effectuées à l'Hôpital ophtalmologique Saint-John de Jérusalem fait ainsi état de nombreuses opérations sur des trichiasis, consistant à tourner légèrement le bout de la paupière et à laisser cicatriser, de façon que les cils ne frottent plus. Or l'évolution du trachome fait qu'une telle opération peut entraîner une nette amélioration pendant un temps, jusqu'à ce que la paupière se retourne peu à peu vers son intérieur, et que le frottement des cils reprenne[1840].

Cette dernière institution jouit d'une réputation assez bonne pour lui attirer des patients venus d'assez loin, de Damas et de la rive est du Jourdain notamment. Les statistiques effectuées par le département de la santé du gouvernement de Palestine au temps de l'OETA puis au début du mandat montrent l'étendue du problème de santé publique, et la décision de fonder cet hôpital spécialisé apparaît *a posteriori* une idée très pertinente. En 1922, les enquêtes par sondage opérées dans les écoles du sud de la Palestine, de Naplouse et d'Acre montrent une prévalence très variable du trachome, avec des taux d'infection trachomateuse respectivement de 97, 60 et 16 % de la population de ces localités ; autant dire que vers Gaza, Bir al-Sab' et Hébron, tout le monde est atteint du mal, et que la proportion reste importante dans le Jabal Nāblus[1841]. D'une manière générale, la médecine occidentale n'offre pas des moyens de traitement révolutionnaires et incomparablement efficaces par rapport à la médecine arabe traditionnelle, à l'exception de la sérothérapie, de la chirurgie et de quelques autres domaines. Il s'en faut donc de beaucoup que ce qu'elle offre suffise à convaincre les patients de fréquenter les cabinets des médecins diplômés et les hôpitaux. Ce qu'elle propose surtout est un vaste cadre médicalisé à l'hôpital ; mais c'est une arme à double tranchant.

Le cas des maladies des yeux étudiés ici est à la fois un cas à part, parce qu'il donne à voir une grande différence de système thérapeutique entre la médecine occidentale et la médecine arabe, et une illustration de l'incompréhension culturelle qui, sans doute, entraîne

1840 JCA 2680, 5e rapport de l'Hôpital Ophtalmologique Britannique Saint-John de Jérusalem, 30/06/1887 ; Edward Gurney Masterman, « Hygiene and disease in Palestine in Modern and in Biblical times », in *PEF*, 04/1918 (56-71), p. 70.

1841 Gouvernement de Palestine, Département de la Santé, *Annual report of the Department of Health*, 1922, p. 56.

l'insuccès relatif des médecins diplômés et des hôpitaux, comme à Naplouse. Même lorsque le patient se tourne vers la médecine occidentale, sa démarche suit des logiques qui reviennent à éviter l'hospitalisation autant que possible, et particulièrement l'admission à l'hôpital missionnaire. Comparativement, les modalités de prise en charge que l'on peut bien appeler hospitalière par les *kaḥḥāl*-s, peuvent paraître plus accessibles sur un plan relationnel[1842]. Malgré la part de mise en scène, le confort de la relation médecin-patient apparaît également dans les relations avec les *šayẖ*-s.

B – Le regard du médecin religieux

L'étude des formes de la vie religieuse à Naplouse est facilitée par le travail ethnographique du Père Jaussen sur celle-ci, travail qui remonte aux premiers temps du mandat. Dans sa description, la médecine qu'il étudie de façon détaillée à travers la description du *šayẖ* Sa'd al-Dīn, se révèle être une partie significative de l'activité des religieux en générale, et la plus importante chez ce dernier en particulier. Jaussen cite des Naplousains en consultation chez lui qui le décrivent comme « guérisseur de maladies et [...] exorciste de jinn », et ces activités constituent pour lui une situation professionnelle à part entière[1843]. Il s'agit bien d'une médecine, et d'une médecine religieuse car l'homme en question, qui est à la tête d'une *ṭarīqah* soufie, fait intervenir des créatures spirituelles d'origine religieuse, et agit au moyen d'écrits et de rituels qui empruntent au Coran et à la pratique religieuse de l'islam. Non seulement le *šayẖ* parle de ses pratiques à la première personne du singulier, mais il a un discours construit sur la médecine en général et sur le choix thérapeutique des patients. La capacité de guérir les maux par la compréhension de l'univers immatériel dans lequel notre monde est baigné, est un charisme qu'il possède et qu'il exploite au service de ceux qui viennent le consulter : ce thérapeute se pose en médecin et affirme la légitimité de sa pratique. Les formes que prend sa parole montrent cependant la difficulté à trouver les circonstances propices pour l'expression d'un tel discours à la fin de l'époque ottomane ou au début du mandat. Le passage révèle, par contraste, les effets de la reconstruction opérée par les ethnographes de l'époque sur la compréhension de la médecine religieuse pratiquée par les *šayẖ*-s, qui se trouve impartie d'un caractère beaucoup plus ésotérique qu'elle n'en à travers le discours du *šayẖ* Sa'd al-Dīn.

1842 Hātir, *Op. cit.*, p. 139.
1843 J.A. Jaussen, o.p., « Le cheikh Sa'ad ad-Din et les *djinn*, à Naplouse », in *JPOS*, vol. III, 1923, p. 146.

1 – Ce que dit le šayḫ Sa'd al-Dīn : les difficultés d'une ethnographie de la médecine religieuse

L'inscription du discours du *šayḫ* Sa'd al-Dīn dans la discussion théorique autour de la médecine telle qu'elle se pratique à Naplouse a immédiatement à voir avec les conditions de son énonciation. Il a visiblement perçu comment son interlocuteur pouvait subvertir le contenu de ce qu'il disait, et cherche à se prémunir de ce risque en contrôlant au maximum la retranscription de sa parole. En substance, il s'agit pour lui de présenter ce qu'il fait en donnant lui-même l'interprétation qu'il tient pour authentique. L'analyse des relations qui s'établissent entre lui comme informateur et Jaussen comme ethnographe nous permettra de cerner la position que le *šayḫ* assigne à la médecine religieuse par rapport aux autres, et de percevoir en quoi ce discours théorique influe sur ce qu'il fait lorsqu'il guérit ceux qui viennent le consulter.

Jaussen nous dit que « dès [sa]seconde visite, [il trouva le *šayḫ*] en pleine confiance et tout disposé à [lui] répondre grâce à l'ami qui [l]'accompagnait[1844] ». De la première visite de prise de contact, rien ne nous est rapporté, et toutes les informations émanent des entretiens ultérieurs, une fois qu'une règle du jeu s'est mise en place dans les relations entre les deux hommes. Celle-ci repose sur une relation didactique et hiérarchisée que Jaussen initie en empruntant des formes culturelles autochtones pour se placer en position non d'ethnographe, mais d'ignorant désireux d'apprendre. Aussi s'adresse-t-il au *šayḫ* dans les termes suivants:

> « O cheikh illustre, je désirerais apprendre de ta bouche en vertu de quel pouvoir tu guéris les maladies et tu accomplis les merveilles dont tout le monde parle, merveilles qui attirent tant de gens à ta consultation.[1845] »

Le *šayḫ* s'exécute alors, réjoui de parler de sa pratique, sans esprit de secret à l'exception des versets du Coran qu'il inscrit sur les *ḥijāb*-s qu'il délivre à ses patients[1846]. Les fondements de sa doctrine des maladies sont bien connus à Naplouse et dans toute la région, et n'ont rien d'ésotérique ; les limites à ce qu'il révèle relèvent plutôt de l'intérêt professionnel à protéger ses propres techniques.

Le propos est ainsi énoncé à la première personne du singulier, ou par moments à la troisième, en style indirect, pour une raison qui apparaît dans le dernier paragraphe:

> « Sa'ad ad-din a la réputation à Naplouse et aux environs de guérir les maladies et de chasser les djinn. Il affirme lui-même avoir ce pouvoir et son affirmation est admise par le public. Les détails donnés ici, destinés à prouver son assertion, ont été écrits

1844 *Ibid.*, p. 146.
1845 *Ibid.*, p. 146.
1846 *Ibid.*, p. 148.

sous sa dictée. Lecteur ! À toi de juger.[1847] »

Jaussen se garde bien de venir apporter son propre jugement, bien que la mention de la dictée du *šayḫ* soit un indicateur de sa distance par rapport à ce qu'il retranscrit. Toutefois, la subjectivité de l'ethnographe ne disparaît pas de son propos, et le conduit à fournir d'autres témoignages en confirmation des propos qu'il rapporte sur *ḍarb al-ʿayn*, « les coups du mauvais oeil »[1848]. Dans un autre article où il aborde le même sujet, ses opinions sont beaucoup plus ouvertes et il rapporte cette croyance qui « exerce une influence profonde sur les actes de la vie individuelle et impose même parfois des déterminations bizarres à la vie sociale » aux « prétendus lettrés et [aux] femmes ignorantes »[1849].

Le *šayḫ* inscrit d'abord son propos en réaction à un discours émanant des praticiens de la médecine légitime sur la médecine religieuse ; toutefois, il se comporte comme s'il était prévenu contre les pratiques d'écriture des sceptiques en général et de ceux qui s'intéressent à ce domaine, à commencer par les anthropologues. Ce que l'on peut appeler l'ethnographie de la « Terre sainte », et qui résulte de la convergence des intérêts des savants biblistes pour l'explication des pratiques contenus dans les Livres saints, et de la recherche des survivances des religions primitives par les ethnographes, a été interprétée dans des directions qui ont en commun une tendance à l'évolutionnisme. Vis-à-vis de la médecine arabe traditionnelle, cela se traduit par les effets de décontextualisation des pratiques thérapeutiques que nous venons d'évoquer pour la médecine arabe traditionnelle.

L'un des modes de décontextualisation privilégiés est d'omettre de mentionner des éléments d'identité sur les informateurs, ce qui donne des discours à la forme impersonnelle, ou dénués de supports individuels[1850]. Cela s'explique : dans une perspective de recherche des survivances, qui sont impersonnelles, les descriptions comptent beaucoup plus que les informateurs. Parfois, la production ethnographique tient de la collection de coutumes et de croyances, sans rime ni raison, et l'on comprend l'intérêt, pour le père Jaussen, de laisser parler un informateur plutôt que d'évacuer la subjectivité et les intérêts de celui-ci.

En l'occurrence, le *šayḫ* dont il s'agit ne cherche pas à ignorer les autres formes de médecine en affirmant la valeur supérieure de celle qu'il pratique. Au contraire, il rend compte de manière très tranchée des médecines fondées sur les causes naturelles, mais la manière

1847 *Ibid.*, p. 157.
1848 *Ibid.*, pp. 147-148.
1849 Jaussen, « Le Mauvais oeil », in *Revue biblique*, vol. n°33, 1924, pp. 397-407.
1850 On peut ainsi comparer la facture de l'article de Jaussen sur le mauvais oeil cité ci-dessus, qui renvoie à une multiplicité d'informateurs, tous originaires de Naplouse et des environs, et celui de Lydia Einszler (*Op. cit.*, pp. 200-222). Ce dernier auteur inscrit ce qu'elle raconte dans une géographie des environs de Jérusalem et une sociologie qui distingue bédouins, paysans et citadins, mais ses informateurs sont absent de son propos.

dont il le fait montre qu'il est imprégné de l'influence de la médecine occidentale, même s'il tâche de la minorer:

> « « Par Allah, je guéris toutes les maladies. Et pourtant, les maladies n'ont pas toutes la même origine. Les unes ont des causes ordinaires, comme le froid et la trop forte chaleur ; d'autres, et en grand nombre, sont engendrées par le mauvais oeil ; et enfin la troisième catégorie est occasionnée par un *djinn* qui s'empare de la personne du patient. »
> Les paroles de Sa'ad ad-din avaient la précision de la réponse d'un technicien et me traçaient la ligne à suivre dans mon investigation.
> Sur les maladies ordinaires, mon interlocuteur passa rapidement. « Elles existent, répétait-il, elles existent ; elles sont soignées par les médecins qui ordonnent des remèdes ; mais, tu le sais, Khawâdj [*ḫawājah*], les médecins guérissent rarement ; car ils attribuent toujours à l'indisposition du malade une cause naturelle ; or ils se trompent très souvent : vraiment ils sont incapables de distinguer les véritables causes. Avant-hier, une personne qui souffrait de la fièvre, vint me consulter. Elle avait vu plusieurs médecins, et les plus célèbres ; elle avait exécuté leurs ordonnances qu'elle m'a montrées : aucun remède ne l'avait soulagée. [...] Je lui dis : Cette fièvre ne sera guérie ni par la quinine ni par aucun autre remède ; elle ne te quittera que par la vertu d'Allah. Alors je lui écrivis un ḥidjâb et lui ordonnai quelques actes à faire. Elle est venue ce matin me remercier de sa guérison. »[1851] »

La citation appelle trois observations. La première est que ni là, ni ailleurs dans son propos, il n'y a de distinction entre ceux qu'il appelle les médecins, terme sous lequel il englobe tous ceux qui fondent leur médecine sur l'idée d'une causalité naturelle de la maladie. Il fait dériver la diversité des médecines d'étiologies différentes, même si en pratique nous avons vu qu'il y a des recoupements, dans l'étiologie et dans les pratiques, entre la médecine arabe traditionnelle et la médecine religieuse qui agit dans l'ordre du surnaturel.

La deuxième observation est que son discours connaît, à travers la mention de la quinine, l'influence d'une pratique médicale d'origine européenne, même s'il ne parle pas de médecine européenne. Dans le même temps, sa connaissance des étiologies naturalistes, qui transparaît dans la mention du froid et de la trop forte chaleur, est limitée et renvoie à la médecine arabe. Toutefois, le processus d'hybridation de la médecine religieuse avec les formes discursives de la médecine occidentale est déjà là. Il se développe par la suite à travers le vingtième siècle. Celia Rothenberg, dans son étude sur les histoires de *jinn*-s en Cisjordanie actuelle, cite des exemples où l'influence européenne est beaucoup plus poussée que dans le cas qui nous occupe ici, et montre que la médecine occidentale s'est progressivement imposée comme modèle conceptuel des différentes pratiques médicales, y compris religieuses[1852].

Enfin, notre dernière observation est que le *šayḫ* nous dit ici comment il comprend les

1851 Jaussen, o.p., « Le cheikh Sa'ad ad-Din et les *djinn*, à Naplouse », in *JPOS*, vol. III, 1923 (145-157), p. 147.

1852 Celia E. Rothenberg, *Spirits of Palestine. Gender, society, and stories of the jinn*, Lanham / Boulder / New York / Toronto / Oxford, Lexington Books, 2004, p. 42.

itinéraires thérapeutiques : le fait qu'on vienne le voir en dernier, après avoir visité une variété de médecins, y compris les plus célèbres – sous-entendu, les détenteurs des diplômes les plus prestigieux –, est valorisant pour lui. C'est pour lui un moyen de montrer que ses conceptions de la maladie et de la médecine englobent les autres, et ainsi de contrer le discours qui délégitime la médecine religieuse. Il n'est pas dit du tout que ses patients partagent cette manière de voir : au contraire, on peut aisément imaginer qu'il s'agit pour eux d'un dernier et très improbable recours, après avoir épuisé les solutions thérapeutiques qui ont les meilleures chances de fonctionner. Nous allons cependant voir que le *šayḫ* est proche, dans sa manière de représenter les itinéraires thérapeutiques, de ce qui se lit dans la littérature missionnaire ; mais avant cela, il convient de voir ce qu'il fait, ce pourquoi on vient le consulter, et sa place spécifique dans le paysage médical de Naplouse.

2 – La pratique du *šayḫ**

La pratique thérapeutique du *šayḫ* Sa'd al-Dīn a deux volets visibles principaux, l'écriture de *ḥijāb*-s, portées sur le cou ou sur la partie endolorie ou meurtrie, et la délivrance en cas de possession d'une personne par un *jinn*. Cela dit, son action ne s'arrête pas à cette dimension car les attentes des patients lui imposent une responsabilité plus large de prise en charge.

a – Les ḥijāb-*s*

L'écriture de *ḥijāb*-s est un domaine concurrentiel, où s'exprime à la fois le caractère superposable de certains recours thérapeutiques, et le scepticisme assez répandu avec lequel sont considérées certaines formes de médecine religieuses. Le *šayḫ* en traite comme de remèdes à part entière, mais en pratique les médecins constatent qu'un certain nombre de leurs patients en portent en venant les voir ; le fait de ne pas s'en défaire indique que l'efficacité qui leur est attribuée n'est pas contraire à celle des remèdes de la médecine occidentale, mais qu'elle est réputée cumulative[1853]. Jaussen recense plusieurs rédacteurs de *ḥijāb*-s réputés à Naplouse, qu'on consulte pour la guérison d'une maladie comme le *šayḫ* Sa'd al-Dīn ou son concurrent le *šayḫ* 'Alī, spécialisé dans les cas d'infertilité, ou pour des problèmes personnels,

1853 Canaan, *Op. cit.*, pp. 77-93.

sociaux ou relationnels[1854]. C'est également le cas du grand-prêtre des samaritains, sur le compte de qui le père Jaussen raconte l'anecdote suivante:

> « La valeur du *ḥidjâb* est finement critiquée dans ce récit que m'a rapporté un chrétien: Quelques mois avant la guerre [de 1914], une pauvre paysanne des environs de Naplouse errait un jour dans les rues de la ville à la recherche de la demeure du grand-prêtre samaritain. Apercevant le curé grec, nommé Elias, elle s'approche et le prie de lui indiquer la maison désirée. Le curé Elias lui dit : « Que veux-tu demander au grand-prêtre samaritain ? - Un *ḥidjâb*, répond la femme ; car, depuis quinze jours, je suis brouillée avec mon mari ; il menace de me répudier ; moi, je veux faire la paix, mais il refuse ; un *ḥidjâb* provoquera dans mon coeur les premières amours et nous nous réconcilierons. - Je suis comme le grand-prêtre samaritain, répondit le curé Elias ; viens, je te ferai un *ḥidjâb*. » Il conduit la femme chez lui. « Combien as-tu dans la main ? - Deux *medjidy*, répond la paysanne. - Donne-les moi ». Le curé prend l'argent, saisit une feuille de papier et se met à écrire : « Ma chère, si tu es fâchée avec ton mari, que peut y faire le curé Elias ? » Il rédige quatre copies de ce *ḥidjâb* sans pareil, les plie avec soin et les tend à la pauvre infortunée qui attend avec respect : « Tu vois ces quatre billets ! Tu en cacheras un sous le seuil de la porte de ta maison ; tu mettras le second sous l'oreiller de ton mari, pendant la nuit ; le troisième, tu le plongeras dans un verre d'eau que tu boiras, et tu suspendras le quatrième dans un courant d'air. » La fellaḥine, après s'être fait répéter la leçon pour la bien retenir, s'en alla.
> Trois jours après, le curé Elias aperçoit la paysanne dans la rue : elle marche d'un pas précipité et se dirige vers sa maison. « Que me veut cette femme, se dit le curé en lui-même ? Elle vient sans doute me réclamer ses deux médjidy ! » Il rentre chez lui et ferme sa porte. La fellaḥine arrive, frappe et attend. Personne ne vient lui ouvrir. Elle persévère. Enfin, le domestique se présente, et aussitôt la femme de s'écrier : « O curé Elias, j'ai observé exactement tes prescriptions et ton *ḥidjâb* a ramené vers moi le coeur de mon mari ! Nous nous sommes réconciliés. En reconnaissance, je t'apporte deux poules. » Et elle jette aux pieds du domestique le cadeau que son bon coeur lui suggère de faire au curé Elias, pour son *ḥidjâb*.[1855] »

A côté du message implicite de l'anecdote, qui revient à singulariser les Eglises chrétiennes pour leur esprit présumé plus éclairé que les autres religions du pays, l'idée du passage est que la rédaction du *ḥijāb*, bien ou mal fait, a un prix établi. Le *šayḫ* Sa'd al-Dīn, comme le grand-prêtre samaritain, a ses honoraires fixes, soit en 1923 une demi-livre égyptienne pour une amulette et 4 à 5 livres pour délivrer une personne possédée par un *jinn*[1856], sans compter les cadeaux éventuels ; et cette tarification joue un rôle dans la concurrence entre praticiens de la médecine religieuse. Formellement, nul n'est tenu de payer, mais l'idée que la guérison vient toujours de Dieu et qu'il n'y a pas de rétribution fixe légitime des soins médicaux ne doit pas être prise au pied de la lettre. Tout un chacun, à Naplouse, peut savoir aisément combien le *šayḫ* Sa'd al-Dīn ou le grand-prêtre samaritain demandent pour leurs actes, même si le montant n'est pas déclaré ouvertement ; en cas de non-paiement,

1854 Jaussen, *Op. cit.*, p. 110.
1855 *Ibid.*, pp. 110-111.
1856 Jaussen, o.p., « Le cheikh Sa'ad ad-Din et les *djinn*, à Naplouse », in *JPOS*, vol. III, 1923 (145-157), pp. 156-157.

il peut y avoir vengeance de la part du praticien. Jaussen explique par exemple comment le *šayḫ* Sa'd al-Dīn redonne à un de ses patients avares le mal dont il l'a guéri, jusqu'au moment où l'homme vient le voir pour être traité à nouveau, en payant d'avance[1857]. Sans être rendus publics, les tarifs de ces thérapeutes sont fixes.

b – La possession par les jinn-*s*

Les cas de possession d'une personne par un *jinn* montrent une autre dimension de la fonction sociale assumée par le *šayḫ* Sa'd al-Dīn. Ce dernier peut, en révélant la possession par un *jinn*, se poser en médiateur dans des difficultés et conflits relationnels. Il affirme ainsi que les cas de possession sont dûs, le plus souvent, à l'amour des *jinn*-s pour les humains qu'ils viennent tourmenter[1858]. Cette explication permet notamment de limiter l'incidence de faits d'ordre physiologique, éventuellement sexuel, qui sont entourés de forts interdits ; ainsi en va-t-il d'une anecdote survenue à l'est du Jourdain:

> « Auprès de Salt, en Transjordane, un Bédouin prit en mariage une jeune fille. Le jour des noces, il la trouva violée et l'abandonna dès le lendemain, décidé à la répudier, suivant l'usage. Sa'ad ad-din se trouvait alors en tournée, dans la région. La fille lui fut amenée par ses parents qui expliquèrent leur embarras. Interrogée, la jeune mariée répondit : « Un être étrange s'est emparé de ma personne et a commis, malgré moi, certains actes ; et maintenant, dit-elle en sanglotant, mon mari veut me répudier, mais je ne suis pas coupable. »
> Le cheikh a compris la cause du mal : il conduit la malheureuse sous une tente, fait les exorcismes d'usage et la délivre du djinn. Il explique ensuite au bédouin que la nouvelle mariée avait été victime de l'agression d'un djinn mais qu'aucun homme n'était entré chez elle. Le mari ajouta foi aux explications du cheikh et garda sa femme.[1859] »

L'attitude du *šayḫ*, face à la circonstance fréquente de rupture pré-conjugale de l'hymen, se rapproche de ce que décrit Celia Rothenberg. En observant les usages justificatifs que les femmes palestiniennes font de l'explication par l'intervention d'un *jinn*, de plus en plus souvent à partir du milieu des années 1980, elle est amenée à présenter la possession comme un discours, un moyen argumentaire pour rendre acceptables des situations socialement problématiques. Les attitudes, notamment de transe, qui semblent de l'ordre de la possession, sont extrêmement rares de l'avis des villageois qu'elle interroge[1860], et l'explication surnaturelle vise surtout à résoudre des contradictions de la condition féminine à une époque où le

1857 *Ibid.*, p. 149.
1858 *Ibid.*, p. 151.
1859 *Ibid.*, p. 154.
1860 Rothenberg, *Op. cit.*, p. 9.

conservatisme religieux revient en force dans la région[1861]. Il en va, semble-t-il, de même à la fin de l'époque ottomane ou dans les années 1920 : le *šayḫ* joue plutôt un rôle de médiateur, il fournit, de propos délibéré ou non, peu importe, une explication socialement acceptable à des circonstances fréquentes de la vie des femmes, et susceptibles d'avoir des conséquences très graves.

Dans un ordre d'idées voisin, il prodigue, notamment face aux cas qui se présentent comme possessions, des soins d'ordre psychiatrique dont l'utilité sociale est reconnue à plusieurs niveaux. En premier lieu, il est reconnu comme thérapeute pour les troubles mentaux en vertu de sa position, transmise de père en fils, de chef d'une *ṭarīqah* soufie. Celle-ci, la *ṭarīqah sa'diyyah jabāwiyyah*, est installée à Naplouse depuis le dix-septième siècle[1862], et nous avons vu qu'elle était reconnue, avec la *ṭarīqah nūbāniyyah*, comme spécialement compétente pour tous les troubles de l'esprit[1863]. La possession et l'interprétation des rêves, qui est réputée de nature à révéler la présence d'un *jinn*, sont l'objet de longs apprentissages et d'une transmission qui, dans le cas du *šayḫ* Sa'd al-Dīn, est de nature à la fois religieuse et héréditaire. Naplouse est connue, nous disent Bahjat et al-Tamīmī, pour ses cas de somnambulisme[*al-sīr fī'l-manām*] et de schizophrénie [*taʻaddud al-šaḫsiyyāt*][1864] qui se prêtent toutes deux à une interprétation étiologique par l'intervention d'un agent spirituel extérieur.

En outre, il revendique aussi un talent personnel, ou plutôt un pouvoir d'une force singulière sur les *jinn*-s, que lui reconnaissent les habitants de la région[1865], et qui explique qu'on confie à ses bons soins des personnes atteintes de troubles psychiques[1866]. Les descriptions faites par Jaussen sont trop succinctes pour que nous nous aventurions à faire plus que suggérer, dans les interrogatoires auxquels il soumet les *jinn*-s qui ont pris ses patients, un mode d'expression d'une parole née de l'inconcsient.

Enfin, sa compétence psychothérapeutique est reconnue par les autorités ottomanes, qui confient officiellement à sa garde et à ses soins les personnes nécessitant des soins psychiatriques. Cela signifie que, du point de vue du gouvernement local, la médecine occidentale possède un monopole de la légitimité thérapeutique sur toutes les pathologies somatiques, mais qu'elle n'est pas réputée compétente pour les troubles de l'esprit. On peut alléguer plusieurs raisons à cela, et notamment l'idée que la psychiatrie a des fondements

1861 *Ibid.* pp. 40-41.
1862 Jaussen, o.p., « Le cheikh Sa'ad ad-Din et les *djinn*, à Naplouse », in *JPOS*, vol. III, 1923 (145-157), p. 146.
1863 Nimr, *Op. cit.*, vol. 2, p. 74, note 2.
1864 Bahjat & al-Tamīmī, *Op. cit.*, p. 138.
1865 Jaussen, o.p., « Le cheikh Sa'ad ad-Din et les *djinn*, à Naplouse », in *JPOS*, vol. III, 1923 (145-157), p. 150.
1866 *Ibid.*, p. 156.

culturels qui se prêtent mal à son exportation telle quelle. Cette conception n'est cependant pas partagée par les autorités mandataires, qui décident d'emblée de n'avoir plus recours aux services du *šayḫ*[1867]. Comme il n'existe pas d'hôpital psychiatrique public à la date de 1918 et jusqu'en 1921[1868], cette décision crée un vide formel dans le domaine psychiatrique, même si, d'après Marcella Simoni, la famille comme institution fonctionnait, au sein de la communauté arabe de Palestine, comme une « zone tampon » - une manière euphémisée d'évoquer la prise en charge des malades par leurs proches dans des conditions tenant parfois de la plus extrême négligence, surtout lorsque le mal se traduit par de lourdes difficultés communicationnelles[1869]. Tant qu'il reste un espoir de traitement, la médecine religieuse continue à être le recours thérapeutique privilégié dans ce domaine, avec ou sans la sanction des autorités.

C – Les itinéraires thérapeutiques et le discours des missionnaires

Les structures du champ médical qui se dessinent dans le cas de Naplouse donnent des éléments qui éclairent de façon pointilliste les itinéraires thérapeutiques des patients. Du point de vue de notre étude, qui est de voir comment les médecins diplômés de l'université s'insèrent dans un champ médical local, la question est de voir comment et au terme de quelle trajectoire les malades finissent par venir les consulter. Les publications de la CMS sur son hôpital de Naplouse, bien plus que les archives, nous fournissent un certain nombre d'informations problématiques à ce sujet.

A travers la description que les médecins missionnaires font de leurs malades, on peut voir que le recours à l'hôpital est souvent tardif, ce qui se traduit par des complications à partir de la pathologie initiale. Ce n'est pas propre à la région ; à moins de mettre en place des systèmes de couverture des frais de santé, le coût économique attendu lors d'un traitement, quand même ce ne serait qu'un manque à gagner par rapport au travail potentiellement effectué dans le même temps, tend à dissuader les malades peu fortunés de se faire soigner avant que la gravité du mal ne devienne franchement très pénible. Cette dimension est toutefois gommée dans la littérature de la CMS.

Ce n'est pas innocent. La représentation des itinéraires thérapeutiques dans le discours médical missionnaire, et de l'arrivée tardive des patients à l'hôpital, n'est rien de moins qu'un

1867 *Ibid.*, p. 156.
1868 Marcella Simoni, « A dangerous legacy : welfare in British Palestine, 1930-1939 », in *Jewish history*, vol. n°13, n°2, automne 1999, pp. 93-94.
1869 *Ibid.*, p. 92.

lieu commun. La finalité de cette stratégie discursive est patente : il s'agit de montrer à la fois les méfaits des thérapeutiques autochtones, et les bienfaits de la médecine missionnaire qui est en mesure de sauver, dans la grande majorité des cas cités, des patients arrivés très affaiblis par la consultation de plusieurs médecins de la ville. Les articles de *Mercy and truth*, la revue de la CMS consacrée à ses missions médicales, passent ainsi souvent en revue les patients d'une même salle de malades, ou les occupants d'un même lit au cours d'une année, ce qui donne des textes comme celui-ci:

> « L'occupant d'un des lits est Lootfie Arnabtaive [sic ! Luṭfī 'Anabtāwī], un très charmant garçon, âgé de quatre ans. Son père est un membre du Gouvernement[1870], et un homme en aucune façon pauvre. Au début, ce dernier était trop fier pour nous amener son fils, et l'envoya donc chez un charlatan [*quack*] ; mais cet homme ne comprit pas le cas, et effectua une opération qui n'a jamais cicatrisé ; c'est pour défaire le sale travail du médecin charlatan [*quack doctor*] que le père a finalement été contraint d'amener son petit enfant à l'hôpital. Pauvre petit ! Il a dû grandement souffrir à la suite de l'ignorance de ce prétendu médecin [*doctor*]. Nous prions ardemment pour sa guérison, car c'est un cher et brave petit, et son cas est sérieux. Nous remercions le Ciel de pouvoir dire qu'il va progressivement de mieux en mieux. L'opération effectuée par le charlatan a rempli Lootfie d'effroi, et à chaque fois qu'il voit un médecin il se met à pleurer ; il n'est pas content dès que quelqu'un vient à son chevet. Une fois que le pansement de sa blessure est renouvelé, il retrouve toute sa gaité, mais avant cela il passe son temps à crier « Qu'est-ce que vous allez me faire aujourd'hui ? Qu'est-ce que vous allez me faire aujourd'hui ? »[1871]

La description de l'enfant traumatisé vise à faire au moins d'une pierre deux coups, en stigmatisant auprès des donateurs potentiels à la fois la médecine arabe traditionnelle taxée d'inefficacité, et l'hostilité des élites locales à l'hôpital, qui se traduit ici par le traumatisme de l'enfant. Toutefois, le style de ces descriptions, dont la périodisation, nous l'allons voir, n'est pas innocente, ouvre un certain nombre de questions. La première est évidente dans cet exemple : qu'en est-il du secret médical ? Tous les patients décrits sont loin d'avoir les qualités morales attribuées à l'enfant évoqué ci-dessus. Avec le temps, la mention des noms des patients disparaît, mais tant qu'elle dure, à la fin des années 1890, nous ne pouvons nous empêcher d'y voir un signe de plus de l'anthropologie de domination qui caractérise le regard des missionnaires sur la population locale : pour les hommes de la mission, il ne semble pas y avoir besoin d'appliquer le secret médical aux patients autochtones; or les revues de la CMS sont lues par des fonctionnaires ottomans et par les memebres des congrégations protestantes locales. Par conséquent, les descriptions nominatives que les missionnaires font des malades et qui paraissent en Grande-Bretagne sont tout à fait susceptibles de faire du bruit à Naplouse.

1870 Probablement un membre du conseil municipal, ou éventuellement un fonctionnaire local.

1871 G.R.M. Wright, « The tender mercies of the wicked », in *Mercy and truth*, n°17, 05/1898 (111-114), p. 111.

La deuxième question qui se pose est celle du terme du traitement : la littérature décrit souvent des cas sortis de l'hôpital dans des termes ambigus. Les mentions claires de guérison complète ou de patients sortis soulagés sans être guéris sont rares. Du reste, les patients mentionnés sont sélectionnés, et la plupart sont ou semblent sortis d'affaire. Le fait que le recours à l'hôpital semble venir en fin de parcours n'a en tout cas pas le même sens aux yeux des missionnaires que pour le *šayḫ* Sa'd al-Dīn : dans les deux cas, il s'agit de montrer l'efficacité de leur pratique médicale, mais pour les hommes de la CMS, il y a là l'effet d'une représentation sociale. En effet, il s'agit d'abord par là de faire porter le blâme sur les formes de médecine autochtone, et d'inciter les donateurs à encourager financièrement les missionnaires, confrontés à des résistances culturelles fortes. La question de la périodisation des articles prend ici tout son sens. C'est à partir de 1896, alors que l'hôpital missionnaire est installé dans un site provisoire et inadéquat, que le Dr Wright et les infirmières anglo-saxonnes qui travaillent avec lui se mettent à publier des textes sur des patients cités nommément. Dans les années 1896-1901, nous en avons dénombré neuf, soit un rythme bien plus soutenu que par la suite[1872], et qui correspond à la période pendant laquelle Wright bataille, à l'intérieur de la CMS et bientôt auprès des lecteurs de *Mercy and truth*, pour obtenir les permis et les fonds afin de lancer la construction de l'hôpital[1873]. L'accroissement du nombre de lits qui en résulterait est présenté par les missionnaires de Naplouse comme un moyen de favoriser à la fois l'action missionnaire et l'accessibilité de la médecine occidentale aux patients dont les recours thérapeutiques ont des résultats perçus comme catastrophiques. Le thème des besoins des patients, que l'on montre hospitalisé dans des conditions insatisfaisantes, est instrumental pendant cette première période dans le but d'obtenir des fonds pour la construction du nouvel hôpital, mais ne disparaît pas des colonnes de la revue après l'ouverture de celui-ci[1874]. Les descriptions des occupants des salles de malades sont à partir de cette époque destinées à illustrer l'occupation de l'hôpital, les lits étant désignés par les noms de leurs donateurs. Le but est désormais d'abord d'informer et de remercier ceux-ci.

Enfin, que recouvre l'usage des termes péjoratifs évoquant le charlatanisme ? Nous

1872 Seton-Adamson, « Nablus medical mission », in *Medical mission quarterly*, n°15, 07/1896, pp. 66-68 ; «The Children's page. In the Holy Land » encart in *Medical mission quarterly*, n°16, 10/1896, pp. 94-95 ; A.A.M. Bedells, « Work in a ward at Nablus hospital », in *Mercy and truth*, n°7, 07/1897, pp. 156-157 ; « A danger averted at Nablus », in *Mercy and truth*, n°9, 09/1897, pp. 207-210 ; Dr G.R.M. Wright, « The tender mercies of the wicked », in *Mercy and truth*, n°17, 05/1898, pp. 111-114 ; « A year's history of a bed », in *Mercy and truth*, n°21, 09/1898, pp. 218-221 ; A.A.M. Bedells, « Gifts in use at Nablus », in *Mercy and truth*, n°28, 04/1899, pp. 92-93 ; « From a nurse in Palestine », in *Mercy and truth*, n°40, 04/1900, pp. 84-85 : « Boys in hospital », in *Mercy and truth*, n°55, 07/1901, pp. 154-156.

1873 G.R.M. Wright, « Tribulation – because of the Word », in *Mercy and truth*, n°20, 08/1898 (185-186), p. 185.

1874 Cf notamment : « Patients in Nablus hospital », in *Mercy and truth*, n°67, 07/1902, pp. 207-210 Dr G.R.M. Wright, « A letter from Nablous », in *Mercy and truth*, n°124, 04/1907, pp. 106-110 ; Dr G.R.M. Wright, « A year of work at Nablous », in *Mercy and truth*, n°197, 05/1913, pp. 137-141.

avons bien vu que cela s'appliquait aussi bien à certains médecins diplômés, rivaux des missionnaires, qu'aux autres praticiens. Nous disposons de quelques données minces et éparses sur ce sujet, qui nous permettent d'imaginer ce que peut être un itinéraire thérapeutique commun. Un missionnaire de la CMS évoque d'un même mouvement le poids des « charlatans [*quacks*] » et des « vieilles femmes au village » dans l'itinéraire des patients qui aboutissent dans les salles de malades de l'hôpital[1875]. Dans cette présentation des recours thérapeutiques chronologiquement antérieurs à l'option de l'hôpital, l'important est ici le choix de la mise au même niveau des médecins des villes et des vieilles femmes des campagnes. Jaussen problématise un peu plus la question, dans ces termes:

> « Faut-il attribuer à cette vive répugnance nourrie, surtout par le mari, contre l'inspection médicale, la diffusion et la pratique presque universelle des remèdes de vieille femme ? Ce préjugé, qui a dominé jusqu'à nos jours, joint à une profonde ignorance, a certainement développé le recours à la médecine empirique et charlatanesque.[1876] »

Jaussen, sous la gangue d'un culturalisme bon teint, montre la place des vieilles femmes, généralement de la famille élargie ou du quartier, comme première instance thérapeutique. En cas de maladie, les patients ont d'abord recours au cercle le plus restreint de la vie sociale, la famille et les voisins. L'empirisme qu'il dénonce n'empêche pas que ces femmes soient en possession de savoirs médicaux généralistes qui permettent autant que possible d'éviter le recours, coûteux, à un praticien spécialisé. Lorsque cette deuxième étape est nécessaire, on considère plutôt la réputation de la famille, son ancienneté, les relations éventuelles tissées avec elle, plutôt que le cachet du diplôme. L'hôpital permet un accueil des patients à demeure, si le cas se révèle vraiment grave, et sans doute les complications du mal initial rendent-elles pertinent le choix des institutions de développer des structures hospitalières plutôt que de mettre l'accent sur les dispensaires et la clinique ambulatoire. Toutefois, il s'agit d'un milieu que les contraintes règlementaires rendent peu accueillant, sans parler des velléités missionnaires constamment manifestées par le personnel de l'Hôpital Saint-Luc. Ce dernier vient en bout de chaîne, en tant qu'hôpital perçu comme étranger à la fois d'un point de vue national et du point de vue des relations humaines avec son personnel.

1875 « A year's history of a bed », in *Mercy and truth*, n°21, 09/1898 (218-221), p. 219.
1876 Jaussen, *Op. cit.*, p. 108.

Conclusion :

A Naplouse, le champ médical apparaît fortement structuré par des considérations que l'on peut ramener au thème de la famille, qu'il s'agisse des relations sociales privilégiées à l'intérieur du cadre familial, ou selon des affinités familiales établies de longue date, ou bien que l'on considère les enjeux de moralité qui engagent le renom de la famille. Cette donnée influe sur les structures du marché médical, sur la place qui est faite aux professionnels étrangers, sur les exigences des patients dans leurs relations avec les professionnels de la santé, et sur la place du genre dans les relations médecin-patient. Cette contextualisation familiale est très prégnante, mais elle s'articule à d'autres dimensions, de l'ordre de la politique, de l'identité religieuse et culturelle, et des conceptions théoriques des soins, pour déterminer les préférences des patients.

Les missionnaires rencontrent des résistances de la part de la population locale et notamment de la patientèle pour une multitude de raisons. Leur militantisme en faveur de la médecine occidentale n'est pas en soi problématique : les promoteurs du nouvel hôpital municipal partagent le sentiment que là est l'avenir de la médecine. Toutefois, l'attitude rigide qui est visiblement celle des missionnaires à l'égard des patients, et surtout leur insistance sur l'hospitalisation de ces derniers est souvent rebutante. Elle l'est d'autant plus que les hommes de la CMS ne font que peu d'effort pour prendre en compte les conceptions autochtones de la maladie.

Là n'est toutefois pas le coeur du problème. On s'en rapproche en évoquant l'activité prosélyte très active, omniprésente à l'hôpital, des missionnaires de la CMS en faveur du protestantisme. Cette attitude crée le scandale au sein de la notabilité locale lorsqu'elle touche un membre de celle-ci, et d'une manière générale elle indispose les patients. Ce n'est pas que ceux-ci séparent la religion et la médecine : dans la médecine arabe traditionnelle, la piété fait partie des qualités attendues d'un bon médecin. Toutefois, la disposition d'esprit des missionnaires est singulière, puisqu'elle vise à inculquer et persuader, en toutes circonstances, et en profitant de toutes les dispositions des patients.

Les missionnaires pâtissent en outre de leur image de pion de l'impérialisme britannique, qui procède sans doute de leur association à la Grande-Bretagne mais qui, dans la correspondance d'un Christian Fallscheer, se révèle entièrement conforme à leurs espoirs. Cette dimension va de pair avc l'anthropologie de domination, car les missionnaires

désespèrent de réussir à changer la société naplousaine à moins d'une occupation étrangère.

Notre difficulté, à travers ce chapitre, a été d'isoler résistance à la médecine occidentale et résistance au projet missionnaire de la CMS. Face à cette dernière, le patriotisme local constitue la principale force, mais le poids de la méfiance à l'égard de la médecine occidentale, et plus encore à l'égard de l'encadrement médicalisé des traitement a redoublé les difficultés de la CMS. Il ne s'agit pourtant pas de résistances de même ordre : si la famille semble être le principal facteur déterminant le choix des patients, et notamment l'évitement des médecins diplômés, le patriotisme local est celui qui influe le plus clairement sur les formes que prend la promotion de la médecine occidentale en ville, promotion qui passe par l'opposition aux missionnaires.

Conclusion : le cercle de la professionnalisation

Lorsque les Britanniques s'installent dans l'espace qu'ils appellent déjà la Palestine, en 1918, ils trouvent les fondations d'un système de soin, mais le résultat de quelques décennies d'orientation des politiques de santé dans le sens du développement de la médecine occidentale est quantativement mince. La Première guerre mondiale a déraciné et redistribué les médecins qui essayaient jusque là de fidéliser une patientèle locale. Ainsi que le note le premier rapport annuel du département de la Santé du gouvernement de Palestine, en 1921 :

> « Le service sanitaire de Palestine a commencé ses activités en décembre 1917 après l'occupation de Jérusalem et de Jaffa, alors que la campagne militaire n'y était pas terminée.
> Il s'est développé au point d'englober en outre les territoires de Haïfa, de Naplouse et de la Galilée, une fois leur occupation réalisée en novembre 1918.
> Il n'y avait que peu de restes d'un quelconque service sanitaire gouvernemental préexistant, et le témoignage des résidents dans le pays avant-guerre confirma l'absence d'une telle organisation, quoiqu'on nommât dans chaque municipalité un médecin officiel, dont le mince salaire fixe et les obligations de service, indéfinies et rarement effectuées, n'interférait pas de façon significative avec une pratique privée plus lucrative.
> En théorie, on trouvait, dans le Code ottoman, les principes d'un service médical qui eût répondu aux besoins basiques du pays, s'ils avait été mis en pratique.
> Ce fut donc la tâche du nouveau département de la Santé de l'Administration des Territoires Ennemis Occupés que de bâtir à partir de rien, avec les crédits et le personnel limité qui étaient à sa disposition, un service sanitaire et médical, dans un pays ravagé par la guerre et décimé par la maladie[1877]. »

Le « Code ottoman » joue un rôle important dans la suite de l'histoire des métiers de la santé en Palestine et en Transjordanie, car l'administration mandataire le maintient en vigueur, quitte à opérer quelques adaptations, mineures sur le plan du droit d'exercer la médecine mais bien plus significatives pour la pharmacie ou le métier de sage-femme. Dans les Etats post-ottomans, la strate ottomane de l'histoire des systèmes de santé apparaît, rétrospectivement, une fine couche presque entièrement érodée ; et pourtant, c'est cette époque qui a légué les structures qui ont fait des médecins diplômés une profession médicale. Pour évaluer leur postérité, il nous faut ouvrir quelques perspectives sur le devenir des métiers de la médecine après 1918, et nous repencher sur les modes d'intégration de la médecine occidentale dans l'espace social du Proche-Orient. Le bouleversement des effectifs de la population des

1877Government of Palestine, *Annual report of the Department of health for 1921*, Jérusalem, Gouvernement de Palestine, 1921, p 1.

médecins à l'époque mandataire puis la guerre de 1948 ont rendu méconnaissable le paysage médical que nous venons de décrire, fait de la médecine un enjeu mineur et ponctuel du conflit en Palestine, et arrasé toute la complexité des métiers de la médecine arabe traditionnelle qui constituaient l'autre de la médecine occidentale.

I – Epilogue I : Profession médicale et logiques nationales depuis le mandat

La mise en place des institutions de la profession médicale s'accélère à l'époque mandataire, avec la création d'administrations sanitaires et médicales dans chacun des Etats post-ottomans. Le repérage nous en est grandement facilité par les obligations mêmes que la Société des Nations fait aux Français et, dans la zone qui nous intéresse, aux Britanniques, de la tenir régulièrement informée de l'application des principes des mandats. En guise d'épilogue, nous avons repris une partie de cette documentation, celle du département de la Santé du gouvernement de Palestine, qui était la plus riche à notre disposition. L'émirat de Transjordanie possède ses propres structures administratives, mais nous n'y avons pas trouvé l'équivalent de ces épais rapports annuels. On y détaille l'action du département et toutes les statistiques que ses employés ont pu compiler à partir des informations fournies par les divers hôpitaux et dispensaires, les unités médicales spécialisées, les centres médicaux de districts et les *muḫtār*-s locaux à qui incombe la charge de tenir registre des naissances, des décès, des installations de médecin dans leur voisinage et des événements sanitaires locaux[1878]. Tout y passe, du nombre de visites médicales aux détenus ou aux employés des chemins de fer jusqu'à la quantité de paraphine utilisée dans la lutte contre la malaria, en passant par le nombre de médecins détenteurs d'un permis d'exercer.

Ces rapports ne sont pas parfaits : de l'avis du dernier directeur du département de la Santé, Lester, en poste de juillet 1946 au 15 mai 1948, l'institution dont il a pris la tête présentait, à son arrivée, de sérieux problèmes de fonctionnement, dont le moindre n'était pas le caractère souvent aléatoire ou intéressé des chiffres produits par les employés subalternes et les *muḫtār*-s : ceux-ci, payés à raison de dix piastres pour chaque naissance ou chaque décès

1878Government of Palestine, *Annual report of the Department of health for 1921*, Jérusalem, 1921, p 27. Ci-après, nous noterons les rapports comme suit : *Report*, suivi de l'année.

enregistré à partir de 1939[1879], ont profit à tenir un compte plus précis des nouveaux-nés que des défunts, indépendamment du prix qui leur est payé. Ceci fausse les statistiques de natalité, de mortalité et surtout de mortalité infantile, alors que ces dernières constituent un indice brut assez efficace pour évaluer en première approche la situation sanitaire d'une population donnée. A la date de 1946, la corruption est endémique dans les rangs d'un service qui servait, dans ses premières années, de modèle aux services sanitaires coloniaux de l'Empire britannique, mais où la stagnation salariale et l'absence d'intérêt à accepter des promotions ont conduit une partie des employés locaux à se tourner vers leur pratique privée et à négliger leurs fonctions officielles[1880]. Tout ceci impose une mesure de prudence dans le maniement de statistiques par ailleurs irremplaçables.

Les effectifs de la population des médecins habilités à exercer la médecine sont une des données relativement fiables du lot, car c'est le département de la Santé lui-même qui est chargé de l'octroi des permis. Ils ne représentent pas une mesure exacte, car les chiffres instantanés tendent à sous-estimer le nombre de médecins qui quittent la Palestine, en particulier parmi les immigrés juifs[1881] ; toutefois, le département de la Santé fait des mises à jour assez fréquente, surtout pendant les périodes de forte immigration, pour que l'ordre de grandeur produit soit significatif. Par prudence statistique, nous avons cependant exclu les rapports des années 1935-1938, car à partir de la fin de l'année 1935, date de la mort de ʻIzz al-Dīn al-Qassām, qui menait un groupe de lutte armée dans le nord de la Palestine, le pays entre progressivement dans une situation de conflit qui conduit les employés du département de la Santé à réduire leur mobilité et donc leurs inspections. A ce compte, nous eussions dû répudier aussi celui de 1939, mais c'est le dernier document assez riche et complet avant la Deuxième Guerre mondiale et la réduction des rapports à de minces fascicules très généraux. A partir de cette documentation, de travaux sur la médecine à partir du mandat et de quelques entretiens que nous avons effectué, nous avons voulu brosser ici un tableau des dynamiques de la profession médicale et de la permanence de la médecine arabe traditionnelle en Palestine avant et après 1948. La situation palestinienne, d'ailleurs indissociable de celle qui prévaut de l'autre côté du Jourdain à partir de la guerre de 1948, nous semble en effet illustrer le prolongement de certaines des tendances que nous avons observées dans la période de notre étude, qu'il s'agisse du poids du diplôme dans les conditions d'exercice, des caractéristiques migratoires et confessionnelles de la population des médecins, ou des formes de résistance culturelle à la médecine occidentale. Toutefois, s'il y a prolongement, le développement du

1879*Report* (1939), p 12.
1880PRO CO 968/197, rapport de Lester, « The Department of health – Palestine, 1946-1948. « The decline and fall » », s.d.
1881*Report* (1927), p 48.

conflit arabo-sioniste puis israélo-palestinien vient se surimposer et dicter ses logiques à l'expansion, progressive mais sûre, de la médecine occidentale dans le pays.

A - Profession médicale, immigration et conflit national au temps du mandat britannique

Le contenu du règlement de 1861 reste en vigueur, moyennant quelques adaptations, durant la période mandataire. L'administration d'occupation promulgue, le 18 mai 1918, l'Ordonnance de santé publique n° 1, qui adapte la situation légale aux conditions créées par la conquête de la région par une puissance en état de belligérence avec l'Empire ottoman. Les lois impériales sont prorogées, mais l'institution de contrôle de la médecine qu'était l'EIM est remplacée par l'administration militaire, et à terme par le département de la Santé, qui fait office de ministère. Les permis sont délivrés par l'administration d'occupation sur présentation du titre de médecin ou d'une copie certifiée conforme de ce dernier, émise par le consulat de rattachement[1882]. Le département de la Santé doit faire face à des problèmes aigus de contrôle professionnel, parce qu'il se trouve dans les territoires occupés par l'Entente une population médicale immigrée importante, qui ne peut plus se prévaloir de son enregistrement dans les archives de l'EIM, mais dépend désormais de la possession matérielle du diplôme ou de la confirmation des facultés d'origine pour justifier de son droit d'exercer la médecine. Dans l'ensemble, la législation ottomane sur l'exercice de la médecine est plus sévère que la loi britannique. Ce fait encourage l'administration britannique à limiter les projets de réformes dans les premières années[1883], alors que dans un autre domaine de la santé, la pharmacie, le département de la Santé opère en 1921 une refonte complète[1884]. En définitive, les principes de la législation ottomane – obligation de diplôme et de son enregistrement sur la base de la reconnaissance de l'institution de formation, laissée à la discrétion de l'administration de la santé – perdurent et imposent à long terme une définition étroite du droit d'exercer la médecine. Entre l'émirat de Transjordanie et la Palestine, séparés en 1921, la différence d'évolution du secteur médical tient moins à une différence de recrutement autochtone qu'au refus des Britanniques de laisser le mouvement sioniste acheter des terres à l'est du Jourdain. Au reste, la profession médicale en Transjordanie est homogène au groupe des médecins arabes palestiniens, et d'ailleurs un certain nombre de praticiens sont employés tantôt dans

1882 *Report* (1921), p 47.
1883 *Report* (1925), p 35.
1884 *Report* (1921), p 47.

l'un, tantôt dans l'autre ensemble territorial. Du point de vue de la transformation de la législation et de la profession, c'est cependant la Palestine, en plein bouleversement, qui va nous intéresser ici.

Le dispositif initial mis en place par l'OETA est modifié, essentiellement dans le sens d'un durcissement, par 4 ordonnances successives, en 1928, 1935, 1937 et 1939. L'accélération du processus règlementaire répond à l'évolution du nombre de permis d'exercer délivrés par le département de la Santé (cf graphique n° 1), qui dénote une explosion des effectifs à travers le mandat. De fait, il est pertinent de rendre compte des étapes de la constitution du droit mandataire portant sur l'exercice de la médecine en le mettant en parallèle avec chacune des vagues d'immigration de médecins vers la Palestine.

La population médicale connaît un accroissement en trois phases principales. La première est repérable à partir de 1920, mais remonte à la fin de l'occupation ottomane et à l'armistice de 1918, et dure jusqu'en 1926. A partir de cette date, un pallier est atteint, à peu près au moment de la 4e *Aliya** (1926-1928). Les rapports du département de la Santé constatent avec satisfaction la stabilisation des effectifs, qui permet de résorber la surpopulation médicale observable dans certaines localités et, d'une manière générale, à l'intérieur de la communauté juive de Palestine, à la faveur du développement des structures médicales collectives sionistes. Le rapport de 1924 donne la traduction statistique des disparités géographiques et communautaire (cf tableau n° 1).

Localité ou communauté	Population	Nombre de médecins	Ratio médecins / 10 000 habitants
Tel Aviv	25000	95	38
Colonies agricoles juives	21000	46	22
Hébron	17000	4	2,3
Villages arabes	Plus de 400 000	5	Moins de 0,12
Ensemble de la Palestine	780000	461	6

Tableau n° 1 : Statistiques de la présence de médecins munis de permis dans quelques localités de Palestine en 1924. (Source : *Report*, 1924, p 5 & p 39.)

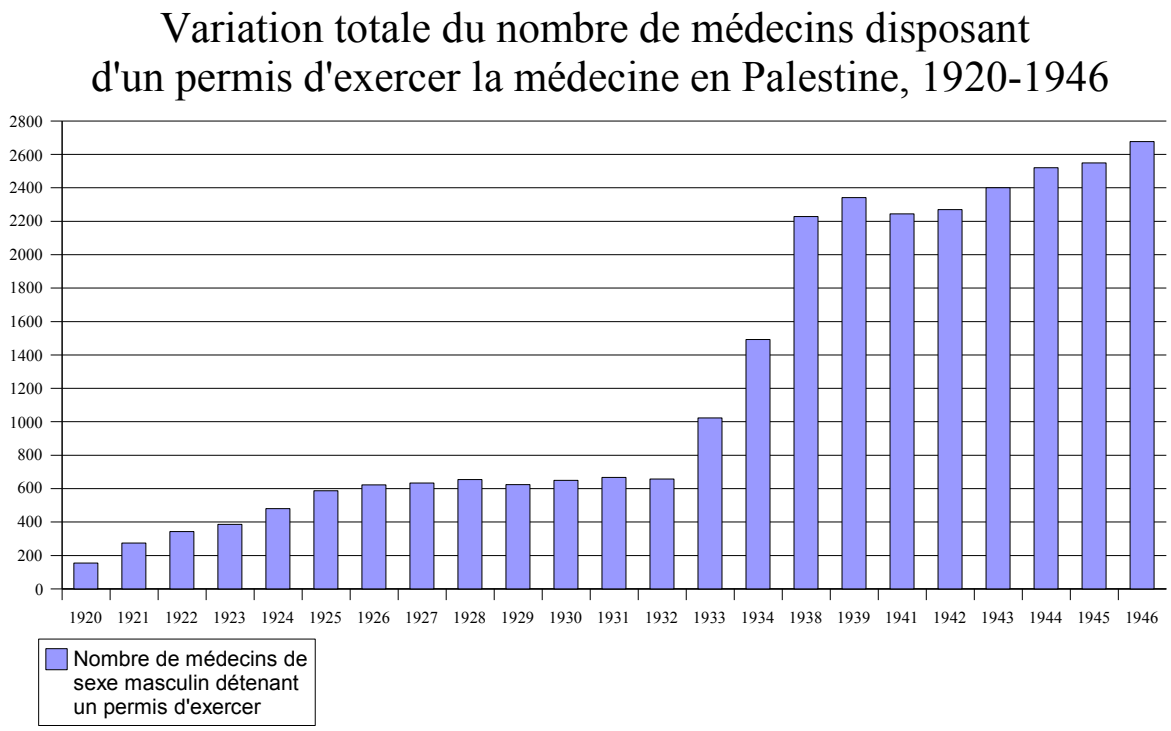
La surpopulation médicale est nettement visible à Tel Aviv, véritable capitale du projet sioniste, et dans les colonies agricoles juives, qui sont le fer de lance du sionisme ouvrier, avec un taux élevé de rattachement aux caisses d'assurance-maladie. Les rapports successifs des années 1920 ne cessent de se lamenter du faible nombre de médecins qualifiés à l'intérieur des localités arabes palestiniennes[1885] de l'intérieur des terres, localités dont

1885 Malgré la forte ségrégation communautaire, il existe des villes où cohabitent juifs et Arabes, dont Jérusalem, Jaffa et Haïfa, Tibériade et Ṣafad. A Hébron, la communauté juive compte quelques centaines de membres jusqu'à son évacuation par les Britanniques en 1936 face aux violences civiles renouvelées. La désignation des communautés pose, par ailleurs, des problèmes qui vont croissant à mesure que le temps avance. La distinction entre juifs et Arabes en tant que communauté nationale, et le choix des termes

Hébron, ville éminemment conservatrice, est le symbole. Dans ce contexte de surpopulation médicale au sein de la communauté juive, la pratique illégale va croissant, et le besoin de clientèle conduit un certain nombre de praticiens à accepter d'effectuer des opérations illégales, notamment des avortements. Par suite, le département de la Santé est amené à réorienter son activité de contrôle professionnel pour faire une part plus grande place à la répression[1886].

employés pour désigner la population qu'on appelle progressivement, après 1948, palestinienne, ne pose pas, à notre connaissance de problèmes majeurs : on peut parler des « Arabes de Palestine », ou des « Arabes palestiniens » comme le fait Tawfīq Canaandans ses articles ethnographiques (cf Tawfīq Canaan, « The child in Palestinian Arab supersition », in *JPOS*, 1927, n° 7, pp 159-186). Ces deux termes dénotent l'appartenance à la nation arabe en même temps que l'ancrage local. A partir de 1948, les choses se compliquent soit par disparition du terme officiel de « Palestinien » en Palestine même, surtout en Israël (où l'on ne parle plus que d'Arabes) et en Cisjordanie rattachée au royaume de Jordanie, soit parce qu'on désigne initialement les réfugiés par leur région d'origine – Jérusalem, Jaffa, Haïfa, etc. Le terme de Palestinien s'impose progressivement avec une connotation nationaliste, et devient un enjeu politique pour l'ensemble de la population arabe originaire de Palestine, y compris ceux qui sont devenus citoyens d'Israël. Jusqu'aux années 1980, personne ne parle encore de Palestiniens d'Israël ou de de Palestiniens israéliens, comme eux-mêmes le font aujourd'hui dans leur majorité, mais d'Arabes ou de citoyens arabes d'Israël, conformément à la terminologie officielle. Nous parlerons d'Arabes palestiniens et de communauté arabe avant 1948, et de Palestiniens ou de Palestiniens israéliens après cette date, tout en sachant que jusqu'aux années 1960, ces dernières appellation sont anachroniques, et que le terme « Palestinien » est alors parfois péjoratif.

1886 *Report* (1925), p 35.



Graphique n° 1 : Croissance de la pratique médicale légale en Palestine mandataire. (Source : *Reports*, 1921-1934 & 1939-1946.)

L'ordonnance de santé publique promulguée le 16 février 1928 systématise cette dimension répressive, tout en renforçant les délimitations entre les professions de santé. Elle réaffirme le monopole du département de la Santé sur la délivrance des permis aux médecins qualifiés, et donc l'obligation préalable de formation académique reconnue. Surtout, elle condamne deux pratiques devenues communes en raison de la situation hyperconcurrentielle sur le marché médical que connaît le pays. La première est la « couverture » [*covering*], c'est-à-dire le fait qu'un praticien qualifié et détenteur d'un permis en règle emploie à son service, et sous sa protection institutionnelle, des professionnels non-qualifiés de la santé (généralement des assistants-pharmaciens). Au vu de ce que nous avons dit de l'affaire d'août 1891 à Naplouse, cette mesure est un rappel de dispositions légales préexistantes, mais dont l'application systématique nous semblait déjà douteuse à la fin de l'Empire ottoman. Les autorités mandataires ont toléré de tels écarts dans les premières années. La seconde prohibition porte sur la « publicité » de la pratique médicale, ce qui ne saurait désigner le recours à la réclame en faveur de tel cabinet ou de telle clinique – la presse en est pleine – mais une certaine technique publicitaire, à savoir celle qui s'appuie sur des cas nominatifs, et qui enfreint ainsi le secret médical[1887]. L'existence de cette pratique, trahie par son interdiction et par les condamnations prononcées contre des médecins qui y ont eu recours, traduit à la fois une compétition où tous les moyens sont bons, et des habitudes culturelles que nous avions vues à travers la publication dans la presse des remerciements plus ou moins spontanés et très efficacement publicaires des patients à l'adresse de leur médecin.

Les années 1920 voient, à la faveur de l'immigration, deux évolutions notables quant à la composition de la profession médicale. La première (cf graphique n° 2) est la transformation de la distribution confessionnelle des médecins qualifiés : alors que vers 1920-1922, chrétiens et juifs font jeu égal, le décollage quantitatif de la population médicale juive après 1922 accompagne et amplifie les tendances de l'immigration sioniste. Le graphique montre également qu'à l'intérieur de la communauté arabe de Palestine, la médecine reste une profession tenue par les chrétiens : ce n'est que très progressivement, à partir de la fin des années 1930, que les musulmans envoient leurs enfants étudier la médecine à Beyrouth. De fait, nous avons déjà eu l'occasion de dire que l'administration mandataire faisait barrage à l'exercice de la médecine par les diplômés de l'Université Arabe de Damas. Cette disposition est justifiée officiellement par le niveau des examens, qui ne sont pas jugés assez impartiaux[1888] ; en fait, la coloration politique nationaliste associée à cette institution inquiète les Britanniques.

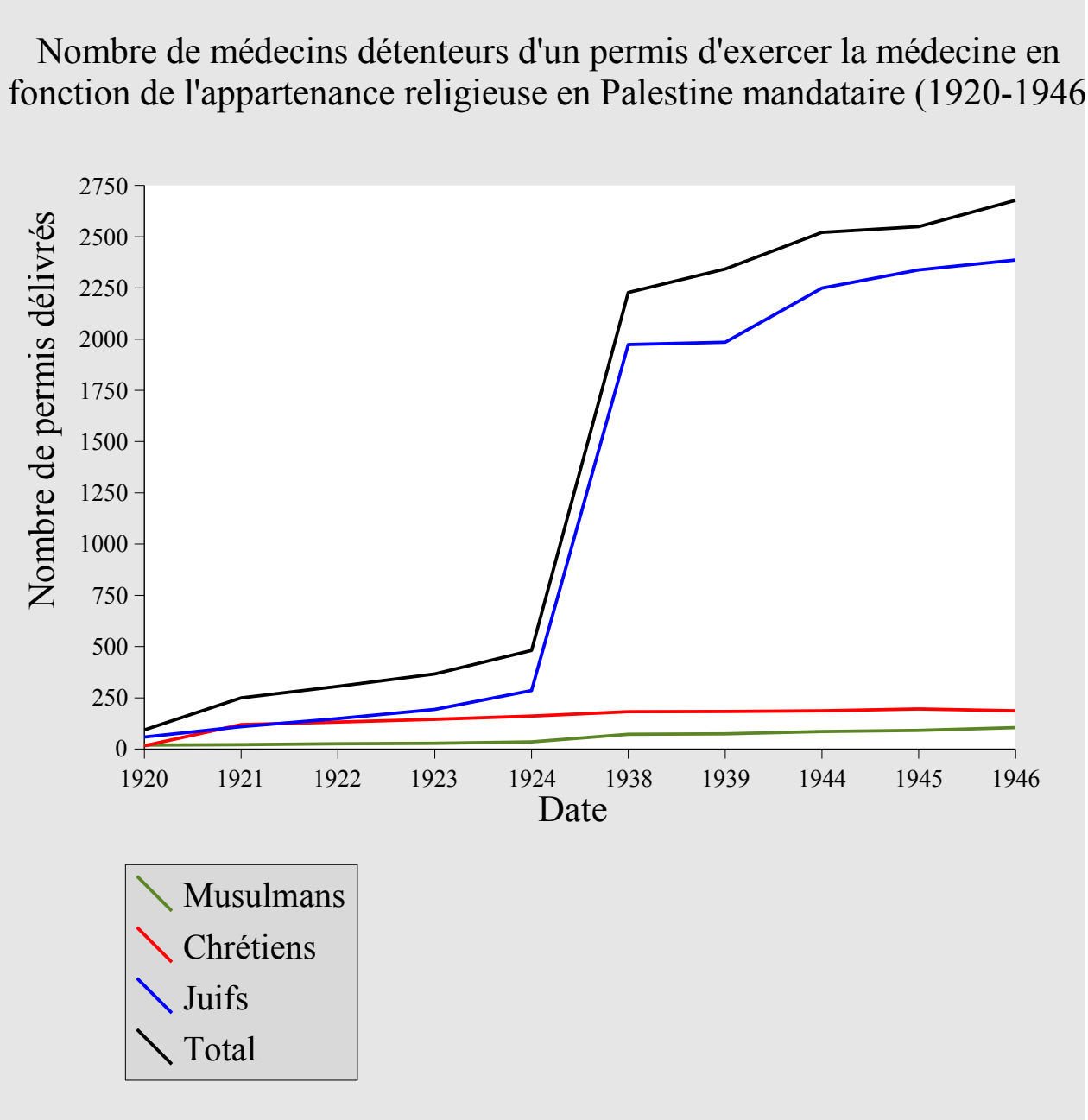
1887 *Report* (1928), p 65.
1888 *Report* (1924), p 39.

Le second changement poursuit une tendance qui n'était pas officielle à la fin de l'Empire ottoman, et pour cause : il s'agit de l'augmentation progressive des effectifs médicaux féminins (cf graphique n° 3). Si la médecine était officiellement une carrière fermée aux femmes avant 1918, les Britanniques leur octroie des permis d'exercice et les encourage à faire des études de médecine. Ainsi, le département de la Santé entreprend une campagne de sensibilisation auprès de ce qu'il appelle les « femmes médicales arabes » qui soignent à l'échelle de la famille et souvent du village, pour faire passer certaines idées de la médecine occidentale. La plupart des femmes médecins détentrices de permis sont des juives européennes, surtout des Russes, mais l'administration mandataire exprime également sa satisfaction en constatant que des « femmes palestiniennes » – ce qu'il faut comprendre ici comme femmes arabes palestiniennes – vont désormais étudier la médecine dans les facultés de Beyrouth[1889].

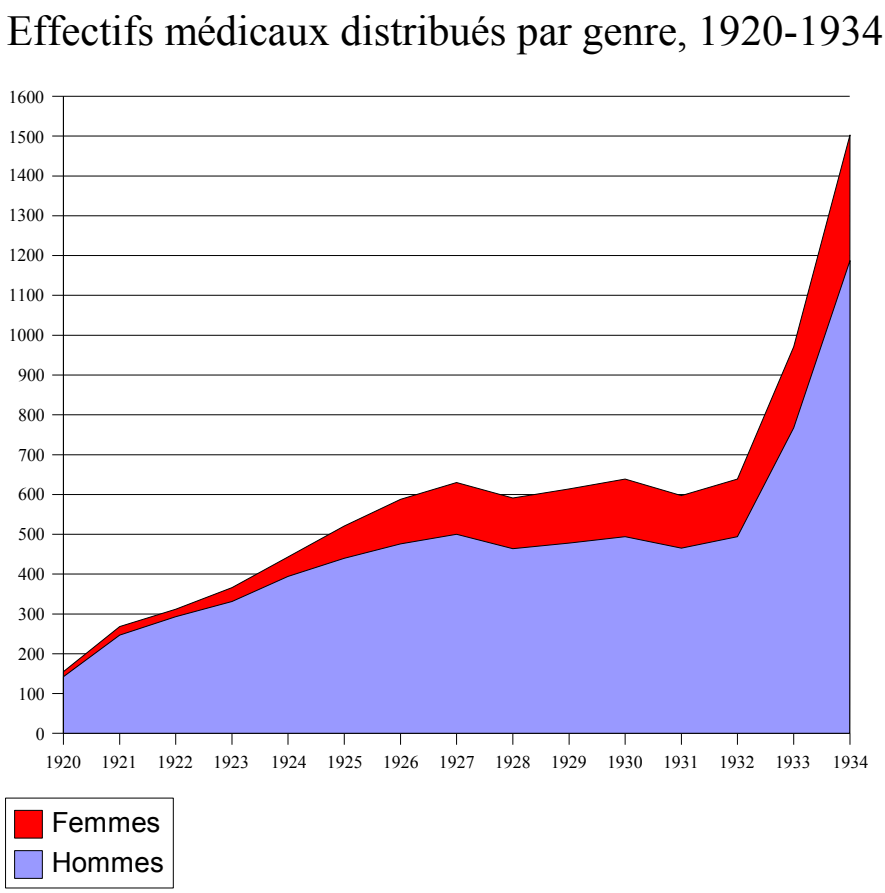
Dans le même temps, en effet, les organisations sionistes ont ouvert l'Université Hébraïque de Jérusalem en 1925, qui comporte à la fin du mandat une faculté de médecine[1890]. Les médecins arabes palestiniens et juifs suivent généralement des cursus médicaux séparés, ce qui renforce les hiérarchies mentales relatives à la qualité professionnelle de ces deux populations médicales.

1889 *Report* (1928), p 65.

1890 Cf Isaac B. Berkson, « Jewish education in Palestine », in *Annals of the American Academy of political and social sciences*, novembre 1932, vol. n° 164, pp. 149-150 ; Ernest Simon, « Hebrew education in Palestine », in *Journal of educational sociology*, novembre 1948, vol. n° 2, n° 3, pp. 190-205.



Graphique n° 2 : Répartition confessionnelle des détenteurs de permis d'exercer la médecine en Palestine mandataire. (Source : *Reports*, 1924 et 1939-1946.)



Graphique n° 3 : Croissance et féminisation progressive des effectifs des médecins munis de permis d'exercer en Palestine mandataire. (Sources : *Reports*, 1920-1934.)

La seconde phase, la plus importante à la fois en proportion et par les changements qualitatifs qu'elle impose au paysage médical, est celle des années 1933-1936 qui voient la fuite en masse des médecins juifs allemands face aux persécutions du régime national-socialiste. En raison de notre défiance à l'égard des rapports des années 1935 à 1938 (pour l'année 1938, nous reprenons ici des chiffres du rapport de 1939), le graphique n° 1 atténue déjà quelque peu le caractère abrupt de l'augmentation des effectifs, qui font plus que tripler en 3 ans, et dont la croissance est cassée par les choix du département de la Santé. L'ordonnance n° 44 de 1935 sur l'amendement des règles de la pratique médicale instaure en effet un *numerus clausus* sur les permis d'exercer la médecine pour les personnes devenues citoyens palestiniens ou résidents permanents à compter du 1er décembre 1935. Le plafond des nouveaux permis à délivrer par le département de la Santé est fixé à 50 pour l'année 1936. Exception est faite des médecins recrutés à l'étranger par les institutions scientifiques et médicales reconnues[1891], telle la Section d'enquête sur la malaria, financée à partir de 1922 par la fondation Rockefeller[1892], elle-même très impliquée dans les programmes antimalariaux à travers le monde, et notamment en Egypte voisine[1893]. Différentes mesures sont ensuite adoptées pour renforcer le contrôle sur la population des médecins autorisés, en les repérant géographiquement par obligation de déclaration d'adresse[1894], puis par l'ordonnance de santé publique publiée le 18 septembre 1937 qui renforce le pouvoir de l'exécutif mandataire en donnant au Haut Commissaire la possibilité de révoquer les permis d'exercice. Nous comprenons cette mesure comme un instrument de dissuasion face au soutien de nombre de médecins arabes palestiniens à la révolte en cours[1895]. En pratique, cependant, il s'agit moins d'une mesure punitive que de la poursuite de la gestion de la pratique médicale par les quotas. Enfin, l'ordonnance du 2 février 1939 généralise le numerus clausus pour la délivrance des permis, en l'étendant à tous les médecins citoyens palestiniens ou résidents en Palestine. Par la même occasion, le département de la Santé augmente légèrement le quota annuel, qui passe à 60 permis pour 1940[1896].

Le fait est que l'immigration des médecins juifs allemands a amené le conflit arabo-sioniste dans le champ médical. L'imposition du *numerus clausus* aux médecins immigrés peut représenter une concession à l'endroit des médecins arabes palestiniens. Ces derniers, qui

1891 *Report* (1935), p 80.
1892 Sufian, *Op. cit.*, pp 202-203.
1893 Nancy E. Gallagher, *Egypt's other wars. Epidemics and the politics of public health*, Le Caire, The American University in Cairo Press, 1993, pp.96-115.
1894 *Report* (1936), p 61.
1895 *Report* (1937), p 5.
1896 *Report* (1939), p 5.

représentent une proportion de plus en plus faible de la population totale des médecins, pour tomber à moins de 10 % d'entre eux en 1946, pâtissent du fait qu'ils sont nombreux à vivre dans des villes mixtes. Dans le reste du pays, le principe de ségrégation entre juifs et Arabes s'applique en général. Dans les années 1920, les autorités du département de la santé se lamentent de voir la surpopulation juive cotoyer, sur le terrain médical, le vide presque complet des villages arabes, et regrettent l'attitude de la patientèle arabe en la matière : « il y aurait un accès suffisant pour la clientèle médicale des secteurs non-juifs de la communauté s'ils avaient recours aux services des médecins juifs[1897]. » Encourager une telle évolution poserait au département de la Santé des problèmes non seulement politiques – les tendances à la ségrégation entre communautés existent tant du côté arabe que du côté de l'exécutif sioniste –, mais surtout linguistiques. Toutefois, un personnel soignant mixte, en particulier dans les hôpitaux gouvernementaux, se constitue progressivement.

Le conflit trouve son lieu dans les organisations professionnelles, malgré la promotion par le département de la Santé des institutions qui, comme l'Académie de médecine de Jérusalem, sont en principe ouvertes aux médecins de toutes communautés[1898]. Sandra Sufian a montré que la Palestine Arab Medical Association (PAMA), fondée au début des années 1940 pour défendre les intérêts professionnels des médecins arabes, mis à mal par l'immigration massive des années 1930 puis par l'Ordonnance de santé publique de 1939, avait croisé le fer avec les organisations médicales sionistes sur le terrain des realisations des deux communautés médicales. Face à l'affirmation des organisations sionistes selon lesquelles leur action a bénéficié aussi bien aux Arabes palestiniens qu'aux juifs[1899], la PAMA répond que la baisse générale de mortalité infantile dans les villages arabes de Palestine s'observe dans des villages éloignés des colonies juives aussi bien que dans ceux qui en sont voisins, ce qui donne à penser qu'elle est davantage liée aux conditions économiques qu'aux mesures d'assainissement que les institutions sionistes ont entreprises sur les terrains qu'elles ont achetés, et prioritairement à leur propre avantage[1900]. D'une manière générale, la PAMA défend le bilan de l'action sanitaire des médecins arabes palestiniens et leurs intérêts collectifs contre la paupérisation dont ils se voient menacés à cause de la concurrence.

Ainsi que le montre le graphique n° 1, ces mesures permettent à l'administration mandataire d'enrayer le mouvement de croissance de la profession médicale, qui diminue dans les premières années de la Deuxième Guerre mondiale. Après 1942, cependant, la hausse reprend, plus lente, dans le contexte d'une nouvelle phase d'immigration importante.

1897 *Report* (1924), p 39.
1898 *Report* (1922), p 42.
1899 Sufian, *Op. cit.*, pp 332-339.
1900*I bid.*, pp 339-350.

Le graphique n°4 montre que, malgré une croissance régulière mais lente du nombre de citoyens palestiniens munis de permis d'exercer la médecine, la majorité de plus en plus écrasante des médecins est étrangère à la Palestine par la nationalité. Les chiffres sont probablement imprécis pour les premières années représentées ici, car les rapports du département de la Santé utilisent la catégorie de national palestinien avant même qu'une telle nationalité n'ait été définie légalement[1901]. Laissons-là le point de droit, car ces chiffres renseignent sur l'essentiel, à savoir l'origine géographique. A côté d'un contingent britannique stable, qui se rattache essentiellement au département de la Santé et aux institutions missionnaires, deux groupes se distinguent : les anciens sujets ottomans, en large majorité détenteurs de papiers palestiniens, et l'immigration juive venue d'Europe centrale et orientale.

Les médecins immigrés ont des titres différents en fonction de leur pays d'origine pour exercer chacune des professions de la santé. Le problème se pose moins avec la masse des médecins allemands arrivés dans les années 1930, qu'avec les médecins, pharmaciens, sages-femmes, etc., originaires d'Europe centrale et orientale, russes et polonais surtout, qui constituent le gros de l'immigration médicale dans les années 1920.

Les médecins russes, du moins ceux qui ont réussi à obtenir leur diplôme de médecine en Russie malgré les périodes de prohibition des juifs dans les études de médecine, posent un problème particulier jusqu'en 1926. Jusqu'à cette date en effet, la Grande-Bretagne ne reconnaît pas le régime soviétique, et par conséquent, n'a pas de représentation diplomatique russe sur son territoire, ni dans les Etats placés sous sa tutelle mandataire. Avec l'établissement de relations diplomatiques entre Londres et Moscou, les médecins russes peuvent renouer contact avec leur faculté de médecine d'origine, et attester ainsi de leur qualification. Le département de la Santé tendait jusque là à reconnaître les diplômes des facultés russes qui pouvaient lui être présentés, mais il peut s'appuyer désormais sur la confirmation directe de ces dernières : pour les médecins d'origine russe, c'est une cause de précarité professionnelle en moins[1902].

Pour les médecins d'Europe centrale, le problème est différent. Il touche à la nomenclature locale des professions de santé, généralement inspirée du modèle universitaire germanique, qu'il soit allemand ou austro-hongrois. Alors que le titre de « doctor medicus » est la norme unique pour la pratique de la médecin, les pharmaciens, sages-femmes et dentistes sont généralement classés sur deux rangs, dont seul le plus élevé correspondait à la définition ottomane de la qualification pour ces professions. Cette situation donne de

1901 Henry Laurens, *Histoire de la question de Palestine*, vol. n° 2 : *Une mission sacrée de civilisation*, Paris, Fayard, 2002, p 34.
1902 *Report* (1926), p 44.

l'ampleur au phénomène de couverture réprimé par l'ordonnance de 1928, car il y a là tout un personnel qualifié, que le département de la Santé ne reconnaît pas et n'entend pas reconnaître comme tel, mais qui cherche à gagner son pain. Le résultat est un sentiment de déclassement dans une population exclue de son travail, et qui se retrouve, par exemple en dentisterie, affectée à des tâches de préparation et de réparation sans contact avec les patients, ou réduite à exercer dans la clandestinité[1903].

Ainsi se dessinent deux ensembles professionnels plutôt qu'un seul. Certes, les hôpitaux gouvernementaux emploient un personnel mixte, juif et arabe, dans les villes où les deux communautés coexistent. De plus, si la mixité professionnelle existe chez les médecins, elle est particulièrement fréquente pour le personnel soignant qui travaille avec eux, en raison du faible nombre d'infirmières arabes palestiniennes qualifiées. Toutefois, la logique de ségrégation domine, d'autant que les populations présentent également, dans les statistiques, deux profils sanitaires bien différents. C'est ce que révèle la comparaison des taux de mortalité infantile, avec tous les effets de gommage des différences régionales et sociales qui résultent de cet instrument de mesure. Le mandat connaît, notamment dans les années 1930, une baisse tendancielle de ce taux. Ainsi, pour l'année 1932, il s'élève, d'après le département de la Santé, à 164 pour mille naissances parmi les musulmans, à 141 pour mille parmi les chrétiens et à 85 pour mille parmi les juifs, soit 153 pour mille en moyenne globale ; et le rapport de cette année-là note que le taux moyen, toutes populations confondues, est voisin du taux de 150 pour mille de la Grande-Bretagne en 1900[1904]. En 1938, les mêmes taux répartis par religion s'élèvent respectivement à 121,5 pour mille, 100,5 pour mille et 54 pour mille, avec une moyenne totale de 107,45 pour mille[1905]. Le choix des Britanniques de ne pas raisonner officiellement en termes de communautés (juive et arabe), mais en distinguant les appartenances religieuses, fausse quelque peu l'image d'une population arabe bien plus vulnérable sur le plan sanitaire, et entretien l'image d'une communauté arabe chrétienne plus saine, plus civilisée et plus embourgeoisée, qu'elle vive à la ville ou à la campagne. De fait, la baisse de la mortalité infantile ne doit pas seulement aux conditions économiques, meilleures dans la communauté juive où les salaires sont globalement plus élevés, mais également au réseau de centres pour le bien-être de l'enfant dont l'administration mandataire a encouragé la création, et qui sont nettement plus nombreux chez les juifs que chez les Arabes. Du fait des moyens d'action dont dispose l'exécutif sioniste, et qui n'ont pas leur pareil parmi les médecins arabes palestiniens, on a sous le mandat deux médecines coloniales, l'une, attachée à

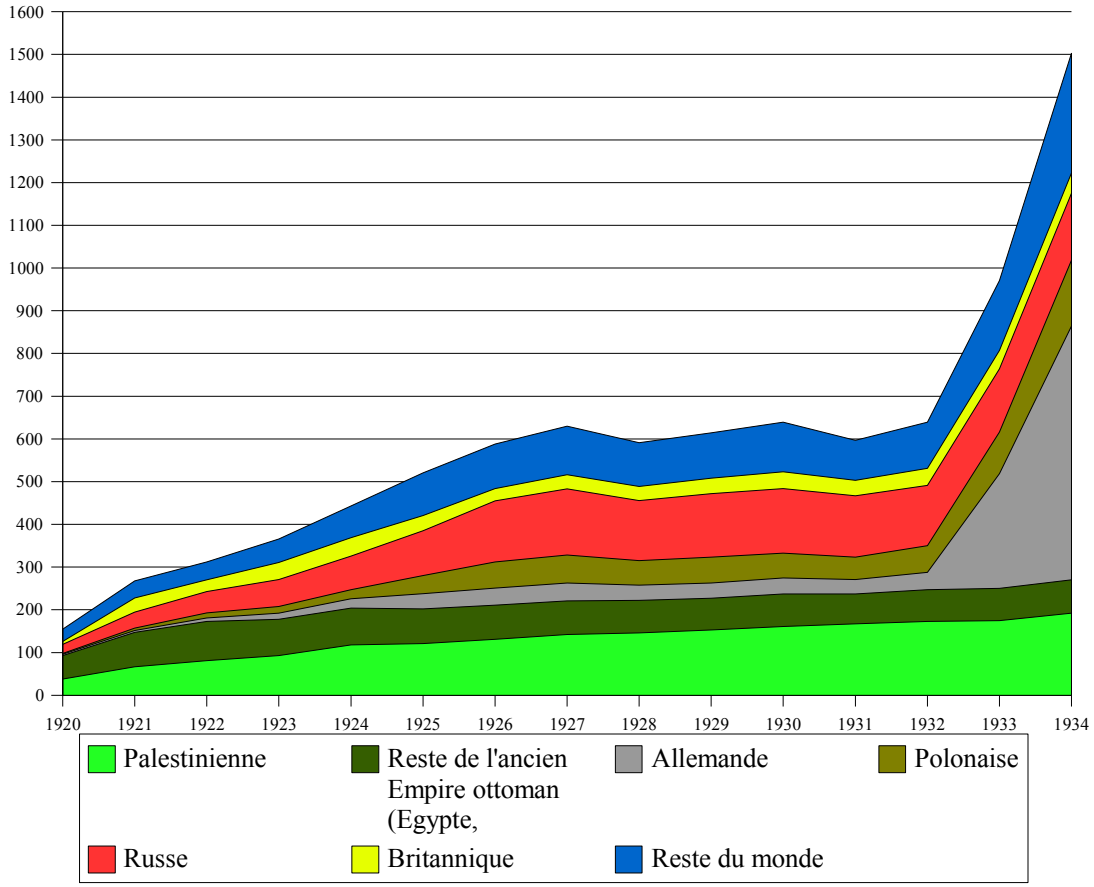
1903 *Report* (1925), p 35.
1904 *Report* (1932), p 6
1905 *Report* (1939), p 12.

une colonisation de peuplement, très tournée vers la recherche médicale, précocément organisée sur le plan professionnel, et en pleine croissance numérique, et l'autre, celle de la population autochtone, dont les conditions sanitaires s'améliorent lentement mais sûrement, bientôt loin derrière, pourtant, par les effectifs comme par les moyens.

Les formes de mixité professionnelle et de sociabilité interconfessionnelles qu'offrait la médecine ne résistent pas à la guerre de 1948, qui voit les logiques de ségrégation communautaire prévaloir après quelques semaines, à la suite de l'assassinat du Dr Lehrs, médecin chef juif de l'hôpital gouvernement de Bayt Ṣafāfah. Ce village arabe situé à peu de distance de Jérusalem en direction du sud, est disputé en 1948 entre les deux camps à peu de distance au sud de Jérusalem. Par suite du meurtre, perpétré par un groupe armé arabe palestinien à la suite du mécontentement d'une famille des environs sur le traitement réservé par le médecin à un de ses membres, l'exécutif sioniste ordonne l'évacuation des hôpitaux gouvernementaux par le personnel juif dans les villes mixtes, afin de le redéployer dans les institutions sionistes. Les affrontements entre les deux communautés fournissent le prétexte pour recourir à la violence dans ce qui n'est au fond qu'un règlement de compte, non une attaque à caractère politique ou communautaire, puisque le médecin assassiné soignait presque exclusivement des patients arabes. L'assassinat du Dr Lehrs, qui est suivi de violences aux motivations troubles contre des membres arabes du personnel du département de la Santé, met très vite un terme au fonctionnement intercommunautaire de celui-ci[1906].

1906 PRO CO 968/197, rapport de Lester, « The Department of health – Palestine, 1946-1948. « The decline and fall » », s.d.

Nombre de médecins munis d'un permis d'exercer
dans la Palestine mandataire
distribués par nationalité d'origine, 1920-1934



Graphique n° 4 : Un corps médical diplômé en croissance à travers le mandat, tiré par les médecins immigrés juifs d'Europe centrale et orientale. (Source : *Reports*, 1920-1934.)

B – Depuis 1948 : nouvel ordre territorial, nouvelle donne professionnelle

Après le conflit, la séparation communautaire de la profession médicale est consommée et territorialisée. S'il reste des médecins arabes, désormais citoyens d'Israël, notamment en Galilée, le gros de la profession est désormais composé des médecins juifs. L'accès aux facultés de médecine israéliennes est comparativement plus difficile pour les étudiants palestiniens israéliens, pour des raisons inhérentes à la conception des tests préalables à l'admission à l'Université[1907]. Une profession médicale unique naît de la fusion des diplômés des universités israéliennes, parmi lesquels le nombre des Palestiniens israéliens croît avec le temps, et des médecins qui continuent à immigrer au titre de la Loi du retour, laquelle permet à toute personne justifiant d'au moins un grand-parent juif de venir s'installer en Israël[1908]. La structuration de la médecine en profession est facilitée par l'importance des institutions médicales juives fondées sous le mandat, qui ont eu un rôle dans la construction nationale sioniste. Les médecins connaissent une situation favorable, du fait de l'importance que prend l'assurance-maladie dans le nouvel Etat.

La situation est bien différente en Cisjordanie, en Transjordanie et dans une moindre mesure à Gaza. Dans ce dernier cas, le rattachement administratif à l'Egypte et la politique nassérienne qui ouvre grand les portes de l'université égyptienne et notamment des facultés à tous les étudiants du monde arabe pour des frais d'inscription peu élevés, facilitent l'accroissement des effectifs médicaux[1909]. Dans le royaume de Jordanie, Cisjordanie incluse, la tendance dominante dans les années 1950 reste d'aller faire sa médecine à Beyrouth, le plus souvent à l'AUB, qui formait déjà à la fin du mandat une part importante des fonctionnaires et professions libérales de la communauté arabe de Palestine[1910]. La fondation de l'Université Jordanienne en 1962, avec sa faculté de médecine, rend la formation médicale accessible localement. Une partition se fait entre les élites palestiniennes et transjordaniennes, qui préfèrent aller faire leurs études en Occident, les classes moyennes supérieures qui ont recours aux universités privées et envoient donc de préférence leurs enfants à Beyrouth ou, désormais, à Amman, et une classe moyenne moins favorisée mais désireuse de pousser ses jeunes vers les études, qui fait le choix du Caire jusqu'au tournant libéral que connaît l'Egypte dans les

1907 Nadim N. Rouhana, *Palestinian citizens in an ethnic Jewish State : identities in conflict*, New Haven / Londres, Yale University Press, 1997, pp. 88-89.

1908 Nina Toren, « Return migrations to Israel », in *International migration review*, printemps 1978, vol. n° 12, n° 1, p. 39-54.

1909 Entretien avec le Dr Mamdūḥ al-ʻAqr, Ramallah, 22/11/2003.

1910 Entretien avec le Dr 'Abdallah Ḥūrī, Jérusalem, 26/11/2003. La réputation de l'AUB d'être une université « palestinienne », à la fois sur le plan politique et par son recrutement professoral dérive d'une situation antérieure à 1948.

années 1970.

Si les effectifs médicaux ainsi formés vont croissant, il faut noter non seulement qu'il s'agit d'une formation sélective socialement, mais également qu'il y a dès les années 1950 un véritable effet d'aspiration des médecins et des personnels de santé et des hommes éduqués en général vers les monarchies du Golfe Persique. Comparativement, en effet, la population palestinienne est une des plus scolarisées du monde arabe vers 1948, et certainement l'une des plus attachées à l'éducation de ses enfants ; ils trouvent aisément des débouchés dans les Etats pétroliers, qui cherchent à construire leurs infrastructures nationales grâce au personnel de service que la rente pétrolière permet d'embaucher ailleurs dans le monde arabe.

L'occupation de la Cisjordanie et de Gaza en 1967 change à nouveau la donne, en faisant passer la réglementation de l'exercice de la médecine sous la coupe du gouvernement militaire israélien, puis de l'Administration civile mise en place au début des années 1980 dans les Territoires occupés. Pour la profession médicale palestinienne, les conséquences majeures sont cependant ailleurs, sur le terrain politique : comme les autorités israéliennes refusent d'ouvrir l'accès de leurs universités aux étudiants palestiniens, elles se voient obligées de permettre à ceux-ci d'aller suivre certaines formations, notamment la médecine, à l'étranger. L'Etat israélien se réserve d'octroyer ou non le droit d'exercer la médecine aux praticiens formés à l'étranger, mais en pratique ceux-ci se voient, la plupart du temps, autorisés à pratiquer. Les possibilités nouvelles de formation qui s'offrent aux Palestiniens créent alors les conditions de l'apparition, pour les Palestiniens des Territoires occupés, d'une profession médicale aux effectifs conséquents.

La guerre de 1967 et la réaction de l'OLP, qui se transforme en mouvement national révolutionnaire, ont rendu la cause palestinienne fréquentable aux yeux des autorités du bloc communiste. Les années 1970 et 1980 sont marquées par l'offre d'un nombre important de bourses pour aller étudier en Union Soviétique ou en Roumanie, dont les récipiendaires sont recrutés sur des critères d'idéologie ou de classe. Toute une génération de médecins, issus de la paysannerie ou du menu peuple des villes et formés dans l'ambiance très scientiste des pays socialistes, arrive bientôt sur le marché du travail médical. Dépourvus de moyens financiers propres, toisés par les confrères d'origine plus bourgeoise et secrètement craints sur le plan professionnel par ces derniers (car la formation médicale en Union Soviétique ne laisse pas d'être de grande qualité), la nouvelle classe de médecins trouve à s'organiser dans l'influence des partis politiques et à se réunir en centres de soin, afin de pouvoir acheter collectivement le matériel médical. La médecine tend ainsi à se politiser et à s'inscrire de façon privilégiée dans le champ associatif[1911]. Les uns adoptent une perspective de résistance en optant pour un

1911 Entretien avec Rita Giacaman, Ramallah, 05/10/2002.

désengagement vis-à-vis du système gouvernemental tenu par l'Administration civile israélienne, et manifestent une préférence pour les institutions de soins tournées vers la médecine curative. Les autres choisissent une démarche activiste par en bas, privilégiant les « soins de santé primaires » et la prévention, ce qui implique une plus grande coopération avec des acteurs non-médicaux[1912]. Le nouveau secteur médical trouve ainsi à se couler dans les tendances associatives et pluralistes qui caractérise le *modus operandi* de la Première intifada[1913], et de fait, certains médecins, dont le Dr Mamdūḥ al-ʻAqr, sont inquiétés par les autorités israéliennes pour avoir eu partie liée avec le Conseil national supérieur du soulèvement, dans le but de donner des informations médicales à une population souvent soumise au couvre-feu[1914].

L'instauration de l'Autorité Palestinienne en 1994 crée les conditions d'une inscription de la profession médicale dans un cadre national, que le nouveau ministère palestinien de la Santé appelle de ses voeux. Plusieurs difficultés se posent dans la pratique : définition des instances de contrôle professionnel, relations mal engagées entre le ministère, comme institution de l'exécutif et initiateur de la législation, et les plus grosses ONG médicales[1915], conflit autour des priorités de formation entre partisans d'un élargissement de la couverture médicale par les généralistes et tenants du développement d'un secteur de spécialistes correctement formés[1916], etc.

La question la plus importante est la formation de base, qu'il s'agit de mettre en place dans les territoires passés sous autorité palestinienne. Une faculté de médecine est fondée dès 1994 à l'intérieur de l'Université Al-Quds, dont les locaux se répartissent entre Jérusalem-Est et un village immédiatement à l'orient de la Ville sainte, Abū Dīs. Elle a été conçue pour former la profession médicale de la Palestine future, qu'on espère voir advenir comme Etat pleinement souverain et, par conséquent, responsable du contrôle de l'exercice de la médecine sur son territoire. Le problème est que les seuls hôpitaux palestiniens possédant un plateau de services suffisants pour se constituer en centres hospitalo-universitaires dignes de ce nom sont les hôpitaux Al-Maqāṣid et Augusta-Victoria, tous deux situés à Jérusalem-Est qu'Israël considère comme partie intégrante de son territoire[1917]. Pour les étudiants en médecine originaires de Cisjordanie (hors Jérusalem-Est) et de Gaza, l'accès à ces hôpitaux n'est

1912 Carmen Karamé, « La santé dans les Territoires palestiniens : entre persistance du conflit, relations intra-palestiniennes et surenchère des bailleurs de fonds internationaux », in Sylvia Chiffoleau (dir.), *Politiques de santé sous influence internationale. Afrique, Moyen-Orient*, coll. « Orient-Méditerranée », Paris, Maisonneuve & Larose / Servedit / Maison de l'Orient Méditerranéen, 2005, p 135.
1913 *Ibid.*, p 136.
1914 Entretien avec le Dr Mamdūḥ al-ʻAqr, Ramallah, 22/11/2003
1915 Karamé, p 139.
1916 Entretien avec le Dr Farūq Ḥammād, Naplouse, 28/11/2003.
1917 Karamé, *Art. cit.*, p 133, note n° 4.

légalement possible, depuis le début de 1993, qu'en obtenant un permis auprès des autorités israéliennes. Depuis le début de la Deuxième intifada, l'accès à Jérusalem-Est est quasi-systématiquement refusé à ces étudiants, qui pour obtenir leurs diplômes doivent gagner clandestinement l'hôpital, au risque de se faire passer à tabac voire mettre en prison par les garde-frontière israéliens. Le mur de séparation rend aujourd'hui ce genre d'exercice encore plus compliqué, voire quasiment impossible, et la faculté est obligée de redistribuer ses étudiants vers des hôpitaux de taille et de spécialisation insuffisantes en Cisjordanie. Pour les étudiants originaires de Gaza, qui ne reçoivent plus de permis pour se rendre tant à Jérusalem-Est qu'à Abū Dīs, la seule solution pour étudier la médecine est redevenue le séjour dans une université étrangère.

Depuis 2004, l'Université de Naplouse a également créé une faculté de médecine, dont les étudiants sont répartis entre les hôpitaux de la ville pour les stages en clinique. Toutefois, la situation d'enfermement dans laquelle se trouve aujourd'hui cette cité et les fréquentes incursions de l'armée israélienne ne facilitent pas un déroulement régulier de la formation, dont la première promotion n'est pas encore arrivée au terme de ses études.

L'histoire de ces deux facultés illustre les problèmes très actuels que pose la mise en place d'une profession médicale dans le cadre d'une construction nationale menée tant bien que mal dans un contexte de domination politique et d'ambiguïté territoriale. Nous avons étudié l'histoire des facultés étrangères de Beyrouth, qui constituaient une atteinte à la souveraineté de l'Etat sur le territoire duquel elles fonctionnaient ; avec les deux facultés palestiniennes de médecine, voici au contraire le cas d'institutions à caractère privé mais à mission nationale, destinées à contribuer à la mise en place d'une souveraineté étatique. Le paradigme est cependant le même en ceci que la formation médicale reste un enjeu pour tout pouvoir souverain contemporain. Le contrôle national de l'exercice de la médecine se resserre progressivement au Proche-Orient au cours du XXe siècle, au point d'apparaître aujourd'hui parfois intolérant à l'égard de toute tendance ethnomédicale, à l'inverse des organisations internationales comme l'OMS.

C – Les vicissitudes de la médecine autochtone depuis les années 1920

Les médecins qui participent à la mise en place des structures médicales dans l'OETA adoptent une attitude prudente à l'égard des habitudes médicales de la population du Proche-Orient, peut-être parce qu'ils comptent dans leurs rangs des gens qui ont servi dans le pays

avant la guerre, et collaborent avec les institutions missionnaires françaises et anglaises qui remettent en ordre de marche leurs fondations médicales. Ils tâchent en tout cas de ne pas susciter les mêmes formes de résistance culturelle qui caractérisaient naguère l'attitude du public à l'égard des hôpitaux chrétiens. L'auteur du premier rapport du département de la Santé note ainsi :

> « En formulant des projets pour l'avenir, effort est fait d'avance pour obtenir la coopération et l'assistance des gens, afin que le succès d'un programme ne soit pas mis en péril dès le départ par les oppositions locales au sujet de la réglementation ou d'instructions qui pourraient être pénibles à une communauté dont l'éducation sanitaire n'est toujours pas développée[1918]. »

Puis il poursuit, sur un mode plus optimiste, en louant les effets sanitaires heureux de la rencontre coloniale tripartite entre les Arabes palestiniens, les Britanniques qui apparaissent ici en pédagogues, et les sionistes :

> « Il est remarquable qu'un peuple qui, depuis des siècles, n'a plus l'habitude des réformes sanitaires, ait compris aussi rapidement le fait essentiel qu'un bon assainissement signifie une bonne santé, et que la santé appelle la prospérité.
> Nous en avons fait l'expérience au sein de la population arabe qui, grâce à l'attitude habile et attentive des Officiers médicaux principaux et de leur personnel médical, ont répondu directement en faveur des entreprises d'assainissement et des projets sanitaires. Les colonies juives ont également montré, sous une administration ordonnée, des progrès très considérables en matière de santé, dont bon nombre [de leurs résidents] avaient déjà fait l'expérience en Europe[1919]. »

Cette pédagogie passe d'abord par l'attention accordée à l'information sanitaire des mères dans les villages, puis par l'école comme moyen de transmission de normes d'hygiène et comme poste de surveillance médicale[1920]. Le discours des rapports du département de la Santé est plus désabusé au sujet des générations plus âgées, qui sont renvoyées aux soins des hôpitaux. L'éducation est le moyen de choix, pour l'administration mandataire, dans le but de combler la différence culturelle et de réformer les us et les coutumes au moyen d'outils normatifs comme les instructions d'hygiène.

Corrélativement, la médecine arabe traditionnelle, bien vivante pourtant, est renvoyée à ces mêmes habitudes du passé ; il n'y est jamais fait allusion dans les rapports, sinon sur le mode de l'absence de qualification et de la répression. En 1928,

> « Un homme sans qualification, qui pratiquait la médecine depuis quelques années parmi les villageois, a été soumis à une amende de 25 £ P [livres palestiniennes], avec l'option d'être emprisonné pendant six mois; une sage-femme a été soumise à une

1918 *Report* (1921), p 6.
1919 *Ibid.*, p 7.
1920 *Ibid.*, pp 7-8.

amende de 7 £ P pour avoir géré une hôpital privé.[1921] »

La médecine arabe ne constitue ici même plus une pratique résiduelle de la médecine arabe, mais seulement un chef d'accusation.

Quel qu'ait été l'effet de cette politique répressive, il est sans comparaison avec celui de la dispersion des Palestiniens expulsés en 1948. Dans les régions qui deviennent l'état d'Israël, plusieurs centaines de villes et villages disparaissent ou perdent la quasi-totalité de leur population. Seule la Galilée centrale et les régions bordant au nord-ouest la ligne d'armistice en Cisjordanie – lesquelles furent cédées *in extremis* à Israël par l'émir de Transjordanie en 1949 – conservent l'essentiel de leur population, et par conséquent leur tissu de praticiens des divers métiers de la médecine arabe traditionnelle. Ailleurs, elle est laminée par la dissémination et bientôt la perte de ces savoirs populaires[1922], tandis que la politique de l'UNRWA (Agence des Nations-Unies pour l'Assistances aux Réfugiés de Palestine et du Proche-Orient), fondée en 1950 pour s'occuper spécifiquement du sort des réfugiés palestiniens, a de rapides et puissants effets sur les pratiques médicales. Par son intermédiaire, celui des ONG et associations religieuses impliquées dans la gestion d'urgence du problème des réfugiés dès 1948-1949, et par l'action de l'OMS, désinfectants et antibiotiques arrivent dans les camps. Les moyens pharmaceutiques ne sont pas abondants, mais les effets des dispositifs sanitaires et médicaux mis en place arriment les réfugiés à la médecine occidentale. Son influence déborde des camps, car souvent, les hôpitaux où ceux-ci sont traités sont des institutions locales préexistantes, qui travaillent en partenariat avec l'UNRWA moyennant défraiement et fourniture des moyens pharmaceutiques requis, afin d'assurer la gratuité des soins aux réfugiés[1923]. La scolarisation gratuite dont ceux-ci et leurs enfants bénéficient contribue également à acclimater la médecine occidentale dans les esprits.

Ce n'est pas que la médecine arabe traditionnelle ait disparu : elle reste pratiquée parmi les populations originaires de Gaza, de Cisjordanie ou de Transjordanie, et il en reste quelque chose parmi les réfugiés. Ce sont souvent les mères de famille qui appliquent ce qu'elles savent, preuve que l'ancrage culturel de cette médecine a résisté au traumatisme de la dispersion et à l'urgence humanitaire. En revanche, son contenu s'est appauvri de tous les savoirs plus techniques que pouvaient posséder les praticiens plus spécialisés[1924].

A partir des années 1970, ces pratiques intéressent une fraction des intellectuels palestiniens, folkloristes et anthropologues, qui y voient un élément de patrimoine, par

1921 *Report* (1928), p 65.
1922 Entretien avec Rita Giacaman, Ramallah, 22/10/2002.
1923 Karamé, *Art. cit.*, p 134, note n° 6.
1924 Entretien avec Rita Giacaman, Ramallah, 22/10/2002.

conséquent un des fondements possible d'un nationalisme culturel en train de se construire comme recours politique pour la population palestinienne sous occupation. L'intérêt pour la médecine arabe traditionnelle procède alors de l'affirmation de l'existence d'un collectif national autochtone, dont le mode d'action protestataire est la désobéissance civile plutôt que la lutte armée. Le réinvestissement nationaliste des pratiques médicales populaires devient particulièrement manifeste dans les années 1990, lorsque des passages des oeuvres de Tawfīq Kana'ān sont étudiés dans les écoles, et que sa collection d'amulettes, de coupes à usage thérapeutique et de *ḥijāb*-s est transférée à l'Université de Birzeit pour devenir l'objet d'une exposition[1925]. Le contenu de ces savoirs folkloristes diffère de la médecine arabe traditionnelle, telle qu'elle continue à se pratiquer malgré l'emprise désormais très forte de la médecine occidentale. Le passage par le filtre académique a eu pour effet de fixer les pratiques.

La prise en compte universitaire des perspectives ethnomédicales ne se résume pas à l'approche folkloriste. Le projet du centre de santé publique de l'Université de Birzeit, visant « à développer une « culture » de la santé »[1926], consiste à intégrer à une approche relationnelle de la pédagogie sanitaire une prise en compte des habitudes de la population. De fait, les chercheurs de ce centre, qui inclinent vers une santé publique par en bas, généralement marquée à gauche, conçoivent leur action dans un *continuum* culturel, dans une idée de complémentarité des pratiques qui tranche avec l'innovation conquérante que constituait l'introduction de la médecine occidentale. On notera, au passage, les décalages disciplinaires et professionnels, qui tirent la médecine arabe traditionnelle vers l'anthropologie et la santé publique, par conséquent en marge du monde des médecins qualifiés.

A un autre niveau, les courants de réislamisation de la société palestinienne trouvent leur traduction sur le terrain médical, avec les republications d'ouvrages de médecine du Prophète : les rayonnages des libraires comporte de nombreuses rééditions récentes des oeuvres d'al-Suyūtī et d'autres. La sociologie des militants de l'islam politique est faite de nombreux professionnels, en particulier des médecins, mais sur le plan culturel, les sensibilités des personnes qui gravitent dans ce courant inclinent vers le réinvestissement de la médecine arabe dans ses formes classiques. Est-ce contradictoire ? Un courant politique est fait d'une coalition d'intérêts et de proximités de pensée. En l'occurrence, la convergence d'un certain nombre de médecins et de personnes qui se tournent vers la médecine arabe tient au discours décolonisateur de mouvements comme le Hamas. Celui-ci englobe dans sa vindicte

1925 Un certain nombre de pièces est exposé en ligne à http://virtualgallery.birzeit.edu/tour/collection?id=11792, consulté le 17/09/2007.
1926 Karamé, *Art. cit.*, p 145.

l'occupation israélienne et l'influence américaine comme obstacles à l'indépendance nationale dans un cadre islamique, et la médecine occidentale comme forme de colonisation culturelle. Toutefois, il n'y a pas d'unité de vue au sein du parti sur un sujet qui, du reste, n'est pas au centre des préoccupations des militants.

On n'a pas manqué d'observer que l'engouement récent pour la médecine du Prophète ne recouvre pas les pratiques médicales locales, celles qui se transmettent en famille ou auprès d'un maître. C'est mal poser le problème, cependant, que d'opposer une médecine revisitée à une médecine réputée authentiquement autochtone. Bien sûr, la médecine du Prophète n'est pas la même chose que la médecine arabe traditionnelle palestinienne ; cela n'exclut pas, toutefois, qu'il y ait beaucoup de points communs et que les gens puissent emprunter à l'une et à l'autre. Souligner la différence entre ces deux médecines, c'est cependant oublier pourquoi on republie al-Suyūtī : la médecine du Prophète fait partie d'une réponse politique, qui se revendique de l'islam, à une situation coloniale. Les idées de retour à l'islam et à l'univers culturel qu'on lui associe ne sont pas propres à la Palestine ; mais pour autant qu'elles se matérialisent là, elles constituent un phénomène autochtone. On peut considérer qu'il y a bien un déclin tendantiel de l'intérêt pour les formes de la médecine arabe traditionnelle par rapport aux années 1970-1980, sans que cela contredise la curiosité pour d'autres formes de la médecine arabe, une médecine inventée, c'est-à-dire redécouverte et réinvestie en quelque chose de neuf.

II – Le leg réglementaire ottoman et le pluralisme médical : un bilan

A – Circularité logique du contrôle de la médecine

A quoi résumer le leg de l'époque ottomane en matière d'organisation de la médecine ? Il tient à la fois à une empreinte dans l'espace, sous forme de bâtiments hospitaliers, de praticiens essaimés çà et là au gré des emplois, et surtout à une autonomie administrative qui a donné aux médecins diplômés une légitimité particulière, et qui les mettait à l'abri sur le plan judiciaire. Le statut particulier du médecin, dans une société où son métier est organisé en profession, repose sur ce qu'on peut désigner comme le cercle de la professionnalisation : les études permettent l'acquisition d'un raisonnement médical global, dont l'ampleur échappe au profane. Par conséquent, l'évaluation du jugement d'un médecin n'est possible que par quelqu'un en mesure de reconstituer le cheminement intellectuel qui a conduit au diagnostic, autant dire par un confrère, qui le plus souvent répugne à remettre l'avis initial en question, sauf s'il a motif de supposer qu'il y a eu intention criminelle. Le cercle est vertueux ou vicieux selon que l'organsation professionnelle réussit ou non à mettre en place des procédures internes et efficaces de contrôle. Là où aucune organisation de la médecine n'existe, sous la forme d'un ordre professionnel ou d'une administration, l'autonomie professionnelle reste une prétention abstraite des médecins, et sur le plan du droit, c'est la décision du juge de déférer ou non à l'avis des médecins qui compte. Lorsqu'en revanche, il existe un corps de droit médical qui rend déterminante l'opinion des confrères, ou lorsqu'on crée une instance médicale autonome comme la Direction du Conseil des affaires médicales civiles de l'Empire ottoman, le cercle de la professionnalisation fonctionne *de jure*. L'opinion des profanes sur les éventuelles erreurs des médecins, ou sur leurs choix vis-à-vis des patients, devient seconde par rapport à celui des hommes de l'art, et de fait, les non-médecins tendent très nettement à s'incliner devant l'avis des médecins : la médecine devient une profession au sens fort. Avant 1861, la pratique médicale se trouve dans une situation intermédiaire, où le juge reconnaît l'importance de la compétence médicale mais garde, en dernière instance, l'appréciation du verdict. Après cette date, une bonne partie des cas impliquant les médecins sont de la juridiction de la Direction des affaires médicales civiles, et les tribunaux ne connaissent plus guère que des cas proprement criminels.

Le DEO délivré par l'EIM est le mode d'application individuelle du nouvel ordre professionnel de la médecine. A travers lui, c'est, malgré l'attitude défavorable de l'administration impériale à l'égard des école de médecine de Beyrouth, la formation médicale académique qui devient l'unique instrument de production de la compétence. Une telle situation devrait avoir de puissants effets sociologiques, politiques et culturels. De fait, elle en a, qui sont observables dans l'image des médecins diplômés en tant que groupe social ; en revanche, elle ne se traduit pas par une adhésion aveugle de la patientèle.

Depuis la fin du dix-neuvième siècle, la compétence liée au titre de docteur est communément reconnue dans les sociétés du sud du bilād al-Šām comme marque d'excellence de l'éducation, mais les gens ne rentrent pas dans le cercle de la professionnalisation. Le système médical naissant dans les dernières décennies de la domination ottomane maintient le principe du choix du médecin par le patient, à l'intérieur de l'espace restreint de la population des praticiens diplômés ; mais le choix est bien plus large dans la pratique. Malgré le monopole des facultés sur l'exercice légal de la médecine dans l'Empire, l'éventail des pratiques reste large. Les raisons de la variété du paysage médical sont multiples, la résistance culturelle que certains opposent aux médecins diplômés et que ces derniers déplorent amèrement en est une; ce n'est pas la seule. Le sentiment de proximité vis-à-vis du praticien joue dans le choix des patients. Certes, il existe des cas de guérison qui induisent une gratitude et une admiration soudaine à l'égard du médecin qui ressemblent à une conversion et même à une véritable révélation ; mais ceux-ci ne sont pas à sens unique, au bénéfice de la médecine occidentale, et le champ médical reste structuré par des facteurs qui font la part belle à l'ethnolocalisme et qui prédisposent à la confiance dans le médecin. Dès lors, la multiplicité des métiers touchant à la médecine se perpétue. Comme le diplôme crée une différence de statut entre les praticiens, mais que son application est superficielle, la professionnalisation reste formelle face à une offre de soin multiforme.

Nous estimons avoir démontré que l'Etat ottoman, dans le cadre de sa propre réforme, adhère aux principes qui produisent le cercle de la professionnalisation, et crée les conditions dans lesquelles les médecins peuvent travailler sans que plane sur eux l'épée de Damoclès des poursuites judiciaires. Il le fait avec d'autant moins d'inhibitions que les fondements de la profession médicale sont des moyens d'affirmer sa souveraineté, et de fait, la réglementation engendre chez les médecins des comportements et des stratégies qui, sur le fond ou sur la forme, renvoient au fonctionnement de l'Etat : quête des emplois officiels, parole publique prise à titre désintéressé et au nom de l'intérêt public, etc. La médecine légitime de l'Empire ottoman finissant est empreinte de souverainisme si par ce terme on entend, non pas

l'exigence d'une instauration ou d'une restauration des privilèges de souveraineté dans un Etat-nation plutôt que dans un cadre étatique pluricommunautaire ou supranational, comme ce peut être le cas dans le vocabulaire politique contemporain au Québec ou parmi les courants anti-européens d'inspiration nationaliste ; mais le projet qui vise à l'approfondissement des domaines d'autorité de l'Etat sur le monde social pour prévenir l'affaiblissement de sa souveraineté.

Nous n'employons pas le terme de souverainisme par une homonymie malheureuse au vu de son acception usuelle ; car les deux sens du mot – celui qu'il a en politique et celui que nous lui donnons – sont liés. On le verra autour de deux questions qui, chacune, illustrent la portée de notre recherche : l'application des normes d'exercice de la médecine face à une situation de ségrégation intercommunautaire, et l'incidence des mutations contemporaines de l'Etat sur la profession médicale.

En Palestine mandataire, les autorités britanniques ont maintenu en vigueur une norme unique pour régir l'exercice de la médecine à travers un territoire où la présence médicale était très concentrée par endroit, absente ailleurs, et généralement bien moindre dans les localités arabes que dans les localités juives. La périodisation de l'immigration des médecins est contingente, consécutive à l'histoire de leurs pays d'origine ; elle n'en est pas moins décisive pour la profession médicale locale, et pour les représentations de la patientèle à l'égard des médecins. La ségrégation communautaire au sein du monde médical est favorisée par la coloration idéologique dominante des médecins juifs, qui travaillent en large majorité pour les institutions médicales sionistes; il en va de même du raidissement des médecins arabes palestiniens contre cette concurrence écrasante. Toutefois, c'est d'abord en vertu d'intérêts économiques bien compris que cette réaction se produit dans les années 1930. L'engagement collectif d'une partie des médecins arabes, de Jérusalem, de Jaffa et de Haïfa surtout, trouve à s'exprimer sur le registre politique nationaliste, qui condamne l'immigration autorisée par les autorités britanniques. C'est un changement par rapport aux années 1920, et plus encore par rapport à l'avant-guerre, lorsqu'une partie des médecins juifs était issue des mêmes écoles de médecine que leurs confrères arabes.

Du point de vue des représentations des patients, les choses nous paraissent bien différentes – encore qu'il n'y ait pas uniformité des perceptions d'une région à une autre. A Haïfa, ville binationale, la médecine semble bien transcender les frontières communautaires à l'époque mandataire. En substance, le médecin juif du quartier ou, dans les campagnes, de la colonie juive voisine est l'un des seuls juifs avec qui les Arabes palestiniens établissent des relations ordinaires, voire une forme de sociabilité ; à Haïfa même, les médecins juifs ont

nettement meilleure réputation professionnelle que leurs confrères arabes, et c'est pourquoi les patients arabes préfèrent souvent les premiers. Nous avons dit plus haut tous les doutes que nous inspirent les témoignages qui, à l'époque ottomane, se donnent comme des témoignages de paysans ou de petites gens, et par conséquent nous n'avons guère d'autres éléments pour tester l'hypothèse selon laquelle la médecine est un lieu de sociabilité intercommunautaire entre juifs et Arabes à l'époque que nous avons étudiée. C'est dommage, car des témoignages de ce genre nous auraient permis d'approfondir notre connaissance du choix des patients et des ressorts du champ médical. On pourrait en revanche mener cette même enquête dans les différents recueils de souvenirs de l'époque mandataire, et surtout dans les archives orales que collectent universités et ONG palestiniennes.

Après 1967, Israël a pris le contrôle des hôpitaux gouvernementaux des Territoires occupés, et faute d'accepter la création de services de soins secondaires et tertiaires adéquats dans ces institutions, les responsables de la santé de l'autorité d'occupation ont dû établire des normes pour permettre le transfert des patients palestiniens vers les hôpitaux israéliens pour les soins les plus spécialisés ou d'un certain niveau de technicité. Notre impression, à force d'entretiens et de conversations, est que sur le plan de la médecine, il y a chez la majorité des Palestiniens le sentiment d'une dégradation des services depuis l'application des accords d'Oslo. Les circonstances d'une sociabilité entre Israéliens juifs et Palestiniens autour de la médecine ont existé, et existent toujours dans certains cas, même s'il existe un barrage linguistique évident. Toutefois, depuis 1994 et depuis 2000 surtout, le nombre de permis accordés aux Palestiniens pour être soigné dans des hôpitaux israéliens est allé en baissant très fortement, sans amélioration concomitante des plateaux de services dans les institutions médicales des Territoires occupés. Les patients doivent souvent se contenter de moyens techniques désuets et être traités par des praticiens non-spécialistes faute de fonds, de personnel, de bourses pour spécialisation médicale, ou de permis pour aller dans les hôpitaux israéliens : le principe prévaut en effet que seuls les patients nécessitant des soins n'existant absolument pas dans les hôpitaux palestiniens peuvent obtenir un permis pour aller se faire soigner en Israël. Peu importe que les moyens existants dans les territoires sous autorité palestiniennes soient invasifs, douloureux, sources d'effets secondaires pénibles et de séquelles, ou si leur taux de succès est moindre : s'ils existent, le transfert est impossible. Devant l'asymétrie des soins, les patients pestent abondamment contre l'Autorité palestinienne et son incurie. Il semble alors que ce ne soit plus les médecins juifs et arabes, mais les systèmes de soin israélien et palestinien dans leur ensemble qui sont aujourd'hui l'objet de représentations sociales très hiérarchisées au sein de la population palestinienne. Il y a là de

quoi tempérer l'optimisme dont faisaient preuve, du temps des accords d'Oslo, un certain nombre de responsables médicaux israéliens et palestiniens à l'égard de la séparation en cours des deux systèmes de soins[1927].

Le développement du système de soin de l'Autorité Palestinienne a commencé dans un contexte dans lequel les Palestiniens étaient fortement tributaires des bailleurs de fonds internationaux, qui faisaient pression dans le sens d'une libéralisation de la médecine, et qui privilégiaient souvent les grosses ONG médicales sur les acteurs proto-étatiques. En quoi le « moins d'Etat » affecte-t-il la profession médicale, dont nous venons de dire qu'elle doit à l'autorité étatique souveraine la garantie de son autonomie et une grande liberté de travail ? Jusqu'à présent, c'est sur le terrain des modes de financement de la protection sociale et, en l'occurrence, de l'assurance-maladie qu'a lieu la bataille idéologique. Ce que nous avons vu de l'Empire ottoman nous donne à penser que le caractère national des formes de professionnalisation de la médecine constitue un facteur fort de souveraineté, un moyen de lutter contre les ingérences étrangères. Ce qui est vrai des intrusions nationalement identifiables des pays occidentaux dans un Empire en lutte incertaine pour restaurer sa pleine souveraineté, l'est *a fortiori* des ingérences d'acteurs dénationalisés, moins aisément identifiables et davantage retranchés derrière de grands principes universalistes, tels que la liberté commerciale et la non-discrimination, dans le fonctionnement des Etats contemporains. Un rapide coup d'oeil sur le présent nous conduit à nous interroger de façon plus générale sur les rapports entre systèmes de soin et normes étatiques, à commencer par la règle qui est devenue la marque de fabrique de l'Etat-nation, l'égalité en droit des citoyens.

L'évolution du système de santé israélien est éclairante. En vertu de la loi sur l'Institut d'Assurance Nationale [IAN, équivalent israélien de la sécurité sociale] de 1995, l'assurance-maladie a cessé d'être socialement discriminante, pour devenir universelle. Jusque là, les centrales syndicales, nées du sionisme ouvrier, servaient de guichet, et il fallait y adhérer pour accéder aux caisses d'assurance-maladie ; or elles avaient tendance à discriminer et à accueillir peu de Palestiniens israéliens en particulier. Le système d'assurance-maladie universelle en vigueur depuis 1995 est clairement d'inspiration est libérale[1928]. La quasi-totalité des médecins du pays sont affiliés à des fournisseurs de soin qui fonctionnent comme des entreprises privées, bien qu'ils soient rémunérés par l'Institut d'Assurance Nationale, autrement dit par un organisme public financé par des cotisations fiscalisées. Il existe

1927 Tamara Barnea & Rafiq Husseini (éds.), *Separate and cooperate, cooperate and separate : the disengagement of the Palestinian health care system and its emergence as an independent system*, New York, Greenwood Press, 2002, *passim*.

1928 Zeev Rosenhek, « The contradictions of Palestinian citizenship in Israel. Inclusion and exclusion in the Israeli welfare state », in N.A. Butenschon, U. Davis & M. Hassassian, *Citizenship and the State in the Middle East*, Syracuse, Syracuse University Press, 2000, pp 288-315.

quelques hôpitaux et quelques cabinets médicaux hors système, qui ne donnent pas accès à remboursement des soins ou qui, pour obtenir ce droit, doivent passer convention avec l'un des fournisseurs de soin, généralement sur une partie seulement des services. Le résultat est que la médecine fonctionne dans ce pays par réseaux, dont la nature, publique ou privée, n'est pas claire. Israël s'est à la fois rapproché du modèle européen de couverture universelle des soins médicaux, et du modèle des Etats-Unis où force est de constater que la médecine relève d'un ensemble de firmes médico-assurantielles parties à l'assaut des parts de marché.

Dans le cas israélien, la finalité universelle de l'activité des fournisseurs de soin est à tout le moins brouillée par leur gestion tournée vers le profit à l'intérieur d'un système médical universaliste : la loi de 1995 a permis de rattacher à l'assurance-maladie une partie non-négligeable des Palestiniens israéliens et surtout des Palestiniens de Jérusalem-Est, qui n'étaient guère sollicités jusque là pour cotiser auprès d'une caisse et s'affilier à l'un des fournisseurs de soin. L'obligation de couverture a incité ces derniers à démarcher ces populations, afin d'augmenter leurs revenus ; mais elle a également servi de moyen d'exclusion pour les Palestiniens de Jérusalem-Est qui étaient soupçonnés de ne plus remplir les conditions de résidence, et a été utilisée pour les déchoir de leur statut de résident d'Israël, ce qui revenait à les expulser de Jérusalem par voie institutionnelle et quasi-invisible[1929]. La logique libérale se fait ainsi l'auxiliaire d'une politique de discrimination nationale, en raison de la coopération des médecins et des institutions médicales avec le ministère de l'Intérieur israélien. En acceptant de renseigner ce dernier, ils interprètent – de propos délibéré ou sous pression institutionnelle – le serment d'Hippocrate comme une obligation relative de soigner, en refusant l'accueil hospitalier à des patients impécunieux sur lesquels plane un soupçon d'inéligibilité pour l'assurance-maladie, et en renseignant la direction ministérielle responsable de l'Etat civil et des cartes d'identité sur la situation des patients, fût-ce avec de lourdes conséquences pour ceux-ci. Ainsi, l'obligation de soins qui découle du caractère universel de l'assurance-maladie, et qui correspond à l'interprétation absolue du serment d'Hippocrate, est minée par une pratique administrative qui cache des motivations politiques. Personne ne remet en cause le serment d'Hippocrate, du moins formellement, mais le sens qui lui est donné est affecté par des enjeux institutionnels et notamment par l'attitude des organismes qui financent le système. L'attitude collective de la profession médicale est alors déterminante, car son statut peut lui permettre d'orienter l'interprétation du serment ; mais qu'advient-il si ce statut est remis en cause ?

La question déterminante est de savoir si le statut de la profession médicale,

1929 Ces remarques sont le condensé d'une recherche, bientôt à paraître, que nous avons entreprise dans le cadre de l'ACI « Territorialités et identités palestiniennes » dirigée par Aude Signoles et Jalal al-Husseini.

garantissant l'autonomie de celle-ci et l'application de ses principes, est subordonné ou non à des critères économiques ; et les pressions internationales allant dans le sens de la subordination sont fortes. Dans les pays où elle a eu lieu, la privatisation partielle ou totale de la médecine a généralement été travestie sous le nom de bonne gouvernance (ainsi en Israël dans les années 1990), ou imposée par des bailleurs de fonds internationaux à des Etats en banqueroute. La finalité économique des structures médico-assurantielles privées n'a pas manqué d'influer sur l'éthique médicale de certains praticiens devenus leurs employés.

Jusqu'à présent, ces transformations ont eu lieu dans un cadre politique national, même si des pressions internationales ont pu orienter la réforme des systèmes d'assurance-maladie. Toutefois, le processus auto-entretenu que constitue la globalisation invite à s'interroger. Les groupes médico-assurantiels sont destinés à une très probable concentration en raison des coûts importants de l'investissement dans les technologies médicales de pointe et des volumes monétaires qu'ils brassent. Il n'y a pas de raison *a priori* qu'un tel processus se cantonne dans les frontières nationales, mais des raisons juridiques, à commencer par le statut de la profession qui varie d'un pays à un autre et dicte des conditions différentes d'installation. Selon les pays, on passe de la médecine libérale à un encadrement des affectations.

De fait, les professions médicales nationales se sont notamment renforcées au moyen d'un contrôle jaloux, à l'occasion tout à fait discriminatoire, des normes portant sur l'exercice de la médecine. A ce titre, elles seraient probablement démantelées au nom du principe de non-discrimination sur les marchés ouverts à la concurrence, qui est le point cardinal de la politique de l'OMC, si les secteurs médical et médico-assurantiel entraient dans la liste des activités économiques surveillées par cette organisation. Jusqu'ici, le fonctionnement et l'autonomie des professions médicales nationales ont surtout été touchés par un phénomène de judiciarisation qui va dans le sens de la criminalisation de l'erreur médicale. La question de l'inclusion de la médecine dans les domaines ouvert à la concurrence a été déjà été discutée depuis quelques années, et se heurte à l'hostilité de blocs d'Etats dans lesquels la santé est l'objet d'investissements publics important[1930]. On ne peut toutefois exclure que la question soit soulevée de nouveau et que l'OMC ne soit le théâtre de débats, induits par des organismes médico-assurantiels et des fournisseurs de soin désireux de s'étendre à l'international et dénonçant l'organisation nationale de la profession médicale comme une forme de protectionnisme. La question pertinente est alors de savoir si les Etats du monde sont enclins à considérer la médecine comme une activité économique ordinaire, ou s'ils défendent l'idée

1930 Cheong Pak Yean, « The medical profession acts on WTO », in *Singapore medical association news*, janvier 2001, vol. n° 33, n° 1, p. 1, 6 & 10, mis en ligne à http://www.sma.org.sg/sma_news/3301/feature.pdg, consulté le 18/10/2007.

qu'elle fait exception en tant qu'enjeu de souveraineté.

Il faut bien dire que dans certains pays, dont la France, l'histoire de la profession médicale prête le flanc à ce genre de critique, puisque depuis la fin du dix-neuvième siècle une des obsessions des médecins français a été de se débarrasser de la concurrence étrangère – et nous avons aperçu, à travers le cas du Dr Edouard Maksud, les tracasseries auxquelles ce souci pouvait donner lieu aux heures sombres de l'histoire. Le souverainisme inhérent à l'organisation de la profession médicale tend à la fois à restreindre l'exercice de la médecine au moyen de conditions de nationalité aussi étroites que possible, et à donner à l'organisation collective des praticiens des objectifs extra-économiques, à savoir l'obligation de soigner universellement – à tout le moins, de soigner la nation. L'Etat supplée ainsi au serment d'Hippocrate, dans les limites qu'imposent les règles d'inclusion et d'exclusion liées au code de la nationalité.

Ce n'est donc pas l'effet d'un hasard de la documentation si nous avons fait du droit médical et des enjeux de souveraineté qu'il soulève notre point de départ, ni l'effet d'une dépendance excessive à l'égard de sources consulaires. Eussions-nous su l'*osmanlı*, que nous aurions pu aborder le problème véritablement à la source grâce à la masse de documents administratifs ottomans contenus dans les archives turques. Ce n'est pas le cas, ni plus que de l'hébreu, même si nous supposons que les archives israéliennes nous auraient montré comment les sionistes percevaient l'incidence de la législation ottomane sur leurs projets sanitaires et leurs organisations médicales. Toutefois, les institutions médicales occidentales occupent encore, à l'époque qui nous intéresse, une place prépondérante, et il ne nous a pas semblé illogique de partir d'elles et de leurs relais diplomatiques. Ce que nous avons trouvé nous conforte dans l'idée que l'enjeu de la souveraineté est central dans le fonctionnement de la pratique médicale.

B – Retour sur l'idée de médicalisation

Nous avons en particulier fait ressortir la pluralité de projet qui se dissimule derrière la promotion de la médecine occidentale. C'était l'une des raisons qui nous avaient induit à repousser le terme de médicalisation, malgré l'accroissement démographique considérable de la population des médecins diplômés que nous avons documenté. Après avoir parcouru leur carrière depuis la formation jusqu'aux difficultés de la pratique quotidienne, il nous semble qu'il faut analyser les intentions de propager la médecine occidentale à plusieurs niveaux.

Il y a d'abord le discours appris dont sont capables les médecins diplômés eux-mêmes, et qui dénote leur conviction, de propos sincère ou à usage externe, de la valeur supérieure de la médecine qu'ils pratiquent. Cela ne se traduit pas nécessairement pas une adhésion, de bout en bout de la carrière, à la médecine orthodoxe telle qu'elle s'enseigne dans les écoles de médecine. L'un des médecins que nous avons étudié, et non des moindres pour notre propos puisqu'il s'agit du Dr Arab, professeur pendant plusieurs années à la FFM, est sur la fin de sa carrière le sectateur militant d'une pratique anticancéreuse accusée d'hétérodoxie ; mais il est alors installé en France. Nous n'avons pas vu au Proche-Orient d'espace social ouvert à l'hétérodoxie médicale telle qu'elle est produite à l'intérieur de la médecine occidentale. Un cas plus commun, sans doute, est celui de praticiens qui ont reçu une formation académique et qui, par ailleurs, par atavisme peut-être, connaissent également bien la médecine arabe, et peuvent choisir entre leurs deux domaines de savoir au gré des circonstances de la thérapeutique. Derrière l'unité de façade du discours, il y a déjà une pluralité de pratiques.

Si l'on considère les choses du point de vue des institutions de formation, toute idée d'unanimité disparaît. Les écoles de médecine sont en rivalité claire et déclarée les unes avec les autres, ce qui passe notamment par le dénigrement mutuel de leurs résultats. Nous entendons bien : ce serait se méprendre sur la portée de l'idée de médicalisation, au sens où l'entend Michel Foucault en particulier[1931], que de nier qu'elle soit pertinente sous prétexte des conflits entre les acteurs qui participent à sa réalisation. Pour cet auteur, il n'est pas besoin d'un faisceau d'intentions conscientes allant dans le même sens pour parler de médicalisation, car celle-ci est un phénomène structural et structurant, inhérent à la rationalité commune aux médecins et bien au-delà du milieu de la médecine, dans tout un espace intellectuel et social où prévaut une forme similaire de raisonnement dans une ère donnée. De doctes médecins peuvent s'écharper sur des questions de théorie et néanmoins oeuvrer tous à la médicalisation.

L'applicabilité de cette notion reste pour nous douteuse dans l'espace qui nous intéresse. Si l'on parle de rationalité, il faut bien cerner ce à quoi elle s'applique. Hors d'Europe, hors du contexte des facultés et des hôpitaux orientés vers la recherche, et plus précisément dans le monde arabo-musulman, nous voyons deux terrains possibles. Le premier est l'affirmation de la rationalité propre à la médecine occidentale contre la médecine arabe, qu'on considère celle-ci comme rationnelle ou non. Les rouages de cette rationalité, qu'il s'agisse de la multiplication des cliniques et leur mise en statistiques, ou du recours aux sciences biomédicales, sont beaucoup plus superficiels et dysfonctionnels au Proche-Orient qu'en Occident, pour des raisons culturelles en particulier, et il nous semble hasardeux de leur prêter une incidence si puissante.

1931 Foucault, *Art. cit.*, *passim*.

Toutefois, il faut bien dire que dans la France des dix-huitième et dix-neuvième siècles qui concentre l'attention de Foucault dans ses exposés sur la médicalisation, les facultés de médecine sont peu nombreuses, du moins jusqu'aux années 1870 ; et lui-même insiste sur l'articulation des aspects proprement savants du processus avec une transformation institutionnelle. De fait, l'Etat ottoman réglemente la médecine, il contraint en particulier avec difficulté les facultés étrangères à se plier à sa volonté souveraine en matière de programmes. Dans le même temps, il interdit à ces dernières de se livrer officiellement à des autopsies ou à des dissections de cadavres humains, ôtant à leur formation un des supports principaux de la médicalisation en Occident, à savoir l'ouverture répétée de corps morts et leur observation détaillée. Sur les programmes et sur la validité des diplômes, l'Etat ottoman et les représentations diplomatiques tirent à hue et à dia, au nom des privilèges de souveraineté ou des capitulations. Ainsi, les institutions impériales inhibent et facilitent en même temps la production d'un cadre social dans lequel la rationalité de la médicalisation pourrait jouer à plein. D'un côté, elles mettent en place des structures permettant aux médecins de se constituer en profession, alors même que les effectifs font défaut pour que cette transformation ait un sens. Tout au plus forment-ils un groupe social très identifiable et vindicatif. D'un autre côté, le souci de l'Empire de se réformer se révèle un facteur moins moteur, dans le développement de la médecine, que le souci de lutter contre la concurrence des nations enclines à l'ingérence sur le territoire ottoman. Enfin, le fait est que les organisations et les médecins actifs sur le terrain de notre étude font un usage instrumental peu dissimulé, et même bien souvent avoué, de la médecine pour servir leurs fins politiques. Chercher là l'effet d'une rationalité structurale et conquérante, inhérente au processus de médicalisation, alors que les acteurs savent autant ce qu'il font, nous paraît aussi peu satisfaisant d'un point de vue historique que d'admettre que les Britanniques ont réellement conquis l'Inde dans un moment d'inattention.

Nous ne démordons donc pas de notre idée que l'idée de médicalisation n'est pas heureuse pour comprendre le développement d'une médecine occidentale issue des facultés, tel qu'il a lieu dans le Proche-Orient ottoman. Si nous insistons sur ce point, c'est d'abord par crainte que le mot ne recouvre une facilité de langage, alors qu'il nous semble falloir ne l'utiliser qu'en considération du contexte. Dans notre espace, des institutions tant publiques que privées et des mouvements politiques ont une portée médicalisante indéniable, mais la concurrence des nations et la colonisation du pays par des immigrés européens brouillent les cartes : des organisations se font face, dont les intentions respectives sont bien différentes, souvent inconciliables, presque toujours très politiques. Allons plus loin : au début du dix-

neuvième siècle, la « Terre sainte » apparaît peut-être moins arriérée sur le plan médical qu'elle peut l'être pour un médecin du pays vers 1914. Ce n'est pas que les sciences biomédicales aient créé un écart flagrant entre la médecine occidentale et la médecine arabe traditionnelle, mais le discours ressassé sur l'arriération du Proche-Orient et la stagnation de sa médecine a eu une puissante influence sur la bourgeoisie autochtone et parmi les enfants du pays devenus médecins ; il a gagné en vigueur et en détail. Sur le plan des pratiques, il arrive, comme c'est le cas dans la mésaventure de Rüşen bey, que la promotion de la médecine occidentale se traduise par un appauvrissement des savoir-faire médicaux. Il y a là accentuation des représentations sociales dans un contexte annonciateur de la colonisation, plutôt qu'action efficace d'une rationalité structurale.

En outre, notre méfiance à l'égard de l'idée de médicalisation résulte d'une répugnance méthodologique au transfert, tel quel, de grandes catégories historiques. De même qu'on n'applique pas en un tournemain la catégorie d'Etat moderne à l'Empire ottoman, de même nous pensons que l'emprise des médecins sur la société de l'Empire ottoman finissant est bien différente de celle qui est le résultat de la médicalisation des sociétés occidentales. Tous les étudiants et les professeurs des écoles de médecine du pays peuvent bien souhaiter que la pratique médicale devienne en totalité conforme aux exigences de la médecine occidentale ; mais parler de médicalisation au singulier pour évoquer l'hostilité foncière entre l'EIM et les facultés étrangères de Beyrouth revient à minorer le problème de souveraineté que ces dernières posent. Du point de vue de l'Etat ottoman, il eût mieux valu que le SPC et la FFM n'existassent pas. De même, les notables naplousains et les missionnaires protestants peuvent être unanimes à souhaiter la mise en place d'hôpitaux correspondant aux normes utilisées en Europe ; mais n'y a-t-il pas, tout de même, quelque chose d'essentiellement réducteur à gommer les conflits qui les animent, et qui notamment les poussent à intervenir et à investir, de plus en plus, dans le domaine médical, en fusionnant le tout dans un processus de médicalisation ? Le concept peut être pertinent dans des contextes où les conflits observés portent sur les modalités de l'activité médicale, comme il peut arriver dans des pays colonisés où la puissance colonisatrice a eu, quoi qu'il arrive sur le terrain, le projet initial de mettre en place un service de santé. Il l'est nettement moins quand ces conflits produisent l'initiative de la création des institutions médicales.

Qu'est-ce qui est le plus important, en définitive ? Est-ce l'introduction d'enseignements empruntés aux facultés occidentales, de méthodes biomédicales, d'un certain type d'apprentissage et de comportement inculqués aux étudiants en médecine ? Ou bien est-ce la décision de centraliser l'enregistrement des médecins, et de conformer, à terme, la

formation des praticiens à des programmes étatiques ? Nous ne voulons pas faire ici d'histoire alternative, en supputant ce qu'aurait pu être l'EIM si l'Etat ottoman avait décrété que celle-ci devait enseigner, sur un mode universitaire, la médecine arabe, dans la mesure où la médecine occidentale n'inspirerait qu'une confiance limitée. Il est évident que le choix des professeurs de médecine ottoman d'employer des manuels français, puis de les faire traduire en turc, a été influencé par l'idée que la réforme médicale passait par l'occidentalisation. Néanmoins, on ne peut exclure que dans certains domaines, les professeurs en question aient emprunté des connaissances à la médecine arabe, en dehors de celles qui étaient devenues partie intégrante de la médecine occidentale. Il est certain, en revanche, que le règlement de 1861 a démultiplié l'incidence du choix officiel de privilégier la médecine occidentale, en délégitimant à terme toute la médecine autochtone et en induisant les médecins diplômés à se distinguer, à évoluer vers une constitution en groupe professionnel, puis en profession. Cette décision souveraine a constitué un moment formateur, et un leg qui transparaît jusqu'à aujourd'hui dans l'attitude des professionnels, alors que la médecine occidentale, comme corps de savoir, est mouvante, et soumise à une succession de révolutions et de remises en cause.

Si nous avons écarté l'idée de médicalisation, c'est pour la remplacer par une certaine diversité de facteurs sociologiques et intellectuels disjoints. La critique est alors dissolvante, bien sûr, mais il est beaucoup plus pertinent d'évoquer des discours, des projets et surtout des effets médicalisants, qui, dans un nuage d'actions et d'ambitions contradictoires, produisent des conséquences conformes à un idéal de la pratique médicale commun aux médecins diplômés et aux réformistes de la médecine.

Ayant posé cela, il nous semble que l'emploi du terme médicalisation, qui en lui-même renvoie à l'affirmation du pouvoir médical, contient, lorsqu'on l'emploie pour évoquer des espaces en proie aux ambitions impériales et à l'expansion coloniale, l'idée de domination. Ce n'est cependant pas une même domination que celle de l'EIM, qui appartient à l'administration de l'Etat ottoman, et celle que cherchent à mettre en place les acteurs étrangers à travers des prises d'intérêts locaux, telle la fondation d'hôpitaux. Au Proche-Orient, on observe une occidentalisation de la médecine, c'est-à-dire une influence des pratiques occidentales sur les formes d'enseignement et sur l'art médical, qui, à travers des initiatives rivales, a des effets médicalisants. Il en résulte en particulier une greffe de l'autorité des médecins sur la société. En outre, la région est l'objet d'ambitions coloniales à peine dissimulée. Toutefois, ces deux phénomènes ne se recouvrent pas. La définition du contrôle de l'exercice de la médecine comme enjeu de souveraineté est un obstacle fait par l'administration ottomane aux ingérences occidentales, et un moyen qu'elle emploie pour affirmer sa propre domination par l'exercice

de son autorité. Après cela, on peut bien appeler l'Empire ottoman un pouvoir colonial, comme c'est le penchant de l'historiographie nationaliste arabe ; le fait est cependant qu'il ne s'agit pas d'une domination nouvelle, inclus dans la vague des expansions coloniales de la fin du dix-neuvième siècle.

C – Les apories de la médecine caritative et de la condition de médecin diplômé

Le rapport que les fondations caritatives créées à la fin de l'Empire ottoman peuvent entretenir avec des nations impériales européennes, et qui fait de la philanthropie un moyen de subjugation, n'est qu'une des deux apories majeures que nous avons mis en avant dans ce travail. L'autre tient aux résistances culturelles rencontrées par ces acteurs qui affirment agir pour le bien de tous. L'exemple naplousain a permis de montrer que leurs arrière-pensées étaient un secret de polichinelle, et que les habitants du Proche-Orient ont une conscience aiguë des tendances à l'expansion territoriale par tous les moyens manifestées par les puissances européennes de l'époque. En outre, les fins humanitaires affichées par les médecins occidentaux se révélaient assez éloignées de la pratique médicale quotidienne, tant du fait des relations qui s'établissaient entre la patientèle et le personnel soignant qu'en raison des résultats de la thérapeutique qui n'ont dans l'ensemble rien de bouleversant.

Si nous réfléchissons sur les intentions des acteurs qui considèrent la promotion de la médecine occidentale dans notre espace comme une finalité humanitaire, nous sommes pris entre deux lieux communs de la morale. D'un côté, il est rare et même inouï qu'on fasse le bien des gens magré eux, du moins qu'on le fasse véritablement lorsqu'ils s'arc-boutent contre les circonstances qui leur sont imposées. D'un autre côté, l'action humanitaire ne peut guère se passer de la protection d'une puissance extérieure avec toutes les obligations que cela implique, ou de courtiser les bailleurs de fonds en parlant de splendides perspectives pour l'évangélisation ou de renaissance juive en Terre sainte. Dans la mesure où la médecine qui s'implante à la fin du dix-neuvième siècle au Proche-Orient est largement institutionnelle, de larges pans de la pratique médicale se retrouvent dans une situation de dépendance structurelle. C'est le lot commun des associations caritatives et des ONG d'hier et d'aujourd'hui, mais dans notre étude, la dépendance est très directe et souvent assumée.

Pour des médecins attachés religieusement à l'idée de mission, ou idéologiquement à celle de colonisation, la dimension caritative de l'assistance aux patients autochtones est

d'abord tactique. Les effets humanitaires du travail médical apparaissent comme une heureuse conséquences de projets civilisationnels qui ont leurs fins propres. C'est pour les médecins ottomans au service des institutions étrangères que la question mérite d'être posée : quel sens politique donnent-ils à leur action médicale, et au fait de travailler pour des institutions dont les projets sont jugés des plus discutables à travers l'Empire ? Comment se définissent leurs fidélités ? Des réactions des anciens étudiants des facultés de Beyrouth à l'interdiction qui leur est faite d'occuper les fonctions de médecins municipaux, on peut tirer deux conclusions.

La première est que ces médecins ont conscience d'agir à la fois en professionnels compétents et en sujets ottomans. La déception à l'égard de l'Etat impérial peut ouvrir la voie au séparatisme, mais pour lors, c'est-à-dire vers 1910, ils conçoivent pour la plupart leur carrière à l'intérieur du système existant. On peut trouver à redire contre ce système, contre les limites de l'administration ou contre la perversion de la souveraineté nationale que représentent les capitulations, mais c'est en son sein que les médecins diplômés cherchent à tirer leur épingle du jeu.

La deuxième conclusion découle de la prose des médecins ottomans passés par les facultés de Beyrouth. Non seulement ils acceptent de se retrouver dans une situation que l'administration juge ambiguë du point de vue de l'intérêt national, mais ils manifestent généralement un attachement sincère, fidèle, et non pas seulement de façade, à l'égard de la puissance qui les protège.

Cela tient généralement à l'adhésion aux valeurs religieuses et civilisationnelles que promeuvent les facultés de médecine et les hôpitaux. Les médecins ottomans formés dans les facultés occidentales ou à Beyrouth sont dans une situation délicate vis-à-vis de leurs compatriotes qu'ils sont venus eux-mêmes à considérer comme arriérés. Si ces praticiens ne sont pas purement et simplement coupés culturellement de leur environnement culturel de naissance, ainsi qu'on a pu le remarquer pour les élèves des institutions d'enseignement secondaire français de la région[1932], c'est peut-être parce que les conditions de la pratique médicale induisent chez eux un brutal retour sur terre ; mais nous avons vu que cette expérience s'accompagnait aussi d'un rejet violent ou d'un quasi-racisme, notamment sous couvert d'hygiénisme. Cette distance à l'égard du pays n'est pas le propre des médecins ou de l'époque que nous avons étudié, elle se retrouve tout au long de l'histoire contemporaine du Proche-Orient et constitue le coeur des suspicions relatives aux intérêts réels qu'ils servent dans les institutions qui les emploient.

1932 Randi Deguilhem, « Impérialisme, colonisation intellectuelle et politique culturelle de la Mission Laïque Française en Syrie sous mandat », in Nadine Méouchy & Peter Sluglett (éds.), *The British and French mandates in comparative perspectives / Les mandats français et anglais dans une perspective comparative*, Leyde / Boston, Brill, 2004, p 328.

La méthode historique demande qu'on différencie entre les médecins en fonction de leur comportement et du contexte d'exercice de la médecine ; mais le projet dans lequel ils inscrivent leur activité joue de manière décisive dans l'opinion des patients et la société au milieu de laquelle ils s'installent. Un bienfaiteur ne vient jamais seul, et malgré la bonne volonté évidente de certains médecins, on retrouve dans le travail des institutions au service desquelles ils sont employés une ambiguïté situationnelle que renforcent les procès d'intention qui courent avec la rumeur au gré des circonstances. Un médecin que sa confession, les sollicitations et la configuration du marché du travail médical peuvent conduire à se faire embaucher dans un hôpital missionnaire anglais dans les années 1880-1900, porte aux yeux des gens du pays le stigmate de son lien avec la puissance impériale qui semble, régionalement, la plus menaçante. Bien souvent, il fait alors le choix d'assumer sa position avec les moyens discursifs qu'elle lui offre, tels que la compétence, la modernité de sa formation, l'intérêt général, etc. Il reste qu'il constitue également le prototype de l'Arabe occidentalisé, en permanent porte-à-faux culturel avec ses employeurs étrangers comme avec les gens de son pays. Sans chercher à donner dans les invariants culturels, il nous semble qu'on trouve une situation similaire de nos jours chez certains employés d'ONG internationales dans le monde arabe, qui ont obtenu leurs postes bien payés par leurs études et leur maîtrise des langues, parfois par leur vie à l'étranger durant une partie de leur existence.

De fait, notre travail nous a conduit à illustrer bien davantage ce en quoi les médecins diplômés syriens se rattachaient à l'Occident, que ce qui faisait leur autochtonie. Il eût été intéressant de la percevoir du point de vue des patients. Les sources évoquent, mais en passant, la réception qui est réservée à la médecine occidentale, englobant dans un même mouvement le praticien et l'institution ; et si nous avions disposé du témoignage de patients qui ne soient pas eux-mêmes nés dans une bonne bourgeoisie, éduqués, homogènes finalement au milieu social que constituent les médecins diplômés, nous aurions pu raffiner cette analyse, sans doute. Le recensement raisonné des perceptions populaires et l'étude par en bas de la formation de l'opinion à l'égard des institutions caritatives sont impossibles au vu de ce que nous connaissons de la documentation existante. Il faudrait pour cela être en mesure de reconstruire sans relâche un point de vue « subalterne » ; mais il ne nous est jamais accessible qu'à travers le prisme de dominations superposées. A celle, sociale, que subit le menu peuple du pays vis-à-vis des Occidentaux et des notables locaux capables de produire une parole plus audible, s'ajoute la domination à la fois impérieuse et culturelle exercée dans les salles de malades par les médecins et le personnel soignant[1933]. De cela découle, par défaut, notre choix

1933 La présentation d'un point de vue historique émanant d'en bas à l'intérieur des sociétés extra-européennes dominées pose problème, car la domination coloniale masque la domination sociale parmi les populations

de la statistique sociale et de l'approche en termes de champ médical, qui constituent deux options méthodologiques tout à fait légitimes, mais certes pas les plus directes pour éclairer les choix thérapeutiques des patients. A partir d'une moitié de ce qui constitue un pluralisme médical – les praticiens –, il nous a fallu discerner l'autre – les malades.

D – Sur l'historicité du pluralisme médical

L'aporie inhérente à la condition des médecins diplômés ottomans rappelle par certains traits la gêne qui a été la nôtre en choisissant de décrire un paysage médical à partir de l'introduction de la médecine européenne, et en faisant la part belle à cette dernière par notre approche ; car pour nous aussi, l'étude de notre objet s'est traduit par un arrachement culturel, à partir de la prégnance de la médecine occidentale avec son arsenal de remèdes. Pour nous aussi, il a fallu un temps de déconstruction de nos idées communes sur la santé, la maladie et les soins médicaux, avant de percevoir que ni la médecine arabe traditionnelle sans doute, ni la médecine occidentale telle qu'elle se pratique à la fin du dix-neuvième siècle ne sont des réalités familières : un siècle de décalage suscite le dépaysement lorsqu'on s'intéresse au fonctionnement d'un hôpital ou aux enseignements d'une faculté. Notre crainte profonde, au moment de clore ce mémoire, est d'avoir laissé passer des anachronismes dans nos analyses, soit par goût de l'explication du présent par le passé, soit naïveté à l'égard du discours médical.

Nous pensons que cette difficulté résulte, pour reprendre l'expression de François Hartog, d'une différence de « régime d'historicité » dans l'histoire de la médecine entre les praticiens conquérants de la médecine occidentale et ceux qui ont recours à la médecine arabe traditionnelle[1934]. Si l'on définit l'historicité comme le croisement d'une conception globale du temps – une téléologie, qu'elle prenne la forme d'une notion de progrès, de déclin, de temps circulaire, etc. – et des conceptions qui entourent l'enchaînement des phénomènes historiques dans le temps – une temporalité –, on peut appréhender la variation culturelle de compréhension historique des mêmes événements et des mêmes faits. Ainsi, il nous semble qu'il existe, en Occident, un régime d'historicité valable d'abord pour l'histoire médicale, qui

autochtones, et conduit généralement le chercheur à évoquer comme point de vue du colonisé le point de vue des élites colonisées. En partant de cette idée, les éditeurs de la revue *Subaltern studies* ont mené une réflexion abondante et de plus en plus critique de toute réification des points de vue. Cf ce qu'en dit Anne Berger dans l'entretien qu'elle a accordé l'an dernier à *Labyrinthe* : Grégoire Leménager & Laurence Marie, « Traversées de frontières : postcolonialité et études de « genre » en Amérique. Entretien avec Anne Berger », in *Labyrinthe*, n° 24, fasc. 2, 2006, pp 23-24.

1934 François Hartog, *Régimes d'historicité. Présentisme et expériences du temps*, coll. « La Librairie du XXIe siècle », Paris, Le Seuil, 2003, notamment pp. 18-22.

serait celui des antibiotiques : la baisse de mortalité et l'allongement massif de la durée de la vie qui en sont résultés ont certainement contribué à changer les perceptions culturelles du temps considéré globalement et du quotidien dans les années 1950-1960. Comprendre ce qu'était la médecine avant Fleming, Florey et Chain, et l'importance que pouvaient avoir les pratiques de santé multiples que l'on s'imposait, suppose un travail de l'historien sur lui-même pour appréhender les perceptions de ses aînés, lors même qu'il est muni du témoignage de personnes nées avant la diffusion de la pénicilline, de tables de mortalité, de récits détaillés de médecins, de la riche texture de *La Montagne magique* ou d'une foule d'autres romans, des collections des musées d'histoire de la médecine, etc.

L'idée peut également s'appliquer à notre objet. On peut considérer, en effet, que les structures du champ médical traduisent un régime d'historicité : les pratiques médicales autochtones s'inscrivent dans des temporalités générationnelles comme celle des modalités de la formation, et d'autres, multigénérationnelles, autour de la spécialisation dynastique dans le domaine médical. Une perspective téléologique s'y superpose, celle d'un monde reposant dans les mains de Dieu, mais désormais éclairé par l'islam ; celle aussi d'une tradition médicale arabe qui a posé les fondements durables de la pathologie et de la thérapeutique. Une telle conception n'interdit pas l'ajout de nouveaux savoirs et de savoir-faire, mais elle n'est pas empreinte de l'idée de progrès, que vient réaliser et incarner la médecine occidentale.

La période que nous avons étudiée recouvre précisément un moment de changement de régime d'historicité dans l'histoire médicale du Proche-Orient, une mutation qui procède par étatisation du contrôle de l'exercice de la médecine et, par anticipation, de la colonisation. Le changement de régime d'historicité de la médecine est progressif, il n'est pas total, mais il connaît des événements marquants et touche d'abord des groupes sociaux spécifiques, à commencer bien sûr par celui des médecins. C'est précisément cette « faille », pour reprendre encore le vocabulaire de François Hartog[1935], qui rend la période révélatrice, parce qu'empreinte d'indétermination, avant l'imposition de la médecine occidentale à marche forcée dans les Etats mandataires et post-mandataires. La conversion de Rüşen Bey évoquée au début de notre travail traduit bien l'incertitude de la période : la médecine occidentale s'est assuré le monopole de la légitimité médicale, mais sur des bases thérapeutiques finalement peu différentes de la médecine arabe traditionnelle, qui renvoient les patients au sentiment de leur finitude.

1935 Hartog, *Ibid.*, p. 13.

III – Epilogue II : du pouvoir des hommes et de sa finitude

Dès la mort de Yasser Arafat le 11 novembre 2004, l'opaque enchaînement des événements qui ont conduit au décès suscite la rumeur publique, dans les Territoires occupés, en Israël et dans le monde arabe. On y accrédite, selon ses propres convictions, la thèse des vices cachés du vieux roué ou celle du complot international contre le grand homme. On a ainsi évoqué les thèses d'un empoisonnement sanguin à l'instigation des services secrets israéliens et américains, et d'une infection au VIH (ce qui serait venu accréditer la rumeur d'homosexualité qui courait naguère au sujet du leader palestinien). Une autre thèse que nous avons entendue de différentes sources médicales françaises veut que Yasser Arafat soit décédé des suites d'une cirrhose qui n'aurait pas été traitée correctement à temps, en raison de son confinement à Ramallah depuis 2002. Le point commun de ces thèses est que la nature du mal est réputée politiquement inacceptable – dans le cas de la cirrhose, parce qu'on l'associe communément à la consommation d'alcool. Tout aurait donc été fait pour la déguiser, et les Français, en accueillant Yasser Arafat à Clamart, se seraient fait l'instrument de cette manipulation.

L'intérêt de cette histoire, objet de récupération politique évidente, est double. Tout d'abord, l'inconnu qui entoure le diagnostic, et qui résulte de la législation française sur le secret médical, est redoublé par la procédure d'hospitalisation. S'il est courant, en effet, que les hauts personnages de l'Etat ou des dignitaires étrangers soient traités dans les hôpitaux militaires de la région parisienne, afin que tous les moyens techniques et humains puissent y être mobilisés, c'est généralement le Val-de-Grâce qui est chargé de l'accueil. Quoique militaires, les médecins de cet hôpital ne sont pas réputés d'un mutisme absolu et c'est le choix de l'hôpital de Clamart, plus aisé à contrôler du point de vue de l'information, qui semble en définitive avoir fait jaser dans les milieux médicaux. En plus des dispositions légales françaises sur le secret médical, qui mettait des conditions plus strictes à la divulgation des causes du décès que dans les Territoires occupés, la procédure d'hospitalisation a donné l'impression qu'on cherchait vraiment à cacher quelque chose.

Le deuxième intérêt de cette histoire est de montrer que la question de l'information médicale est devenue un levier de pouvoir au Proche-Orient : périodiquement, des accusations relatives à la cause de la mort sont portées, dans un contexte politique à déchiffrer. La dernière en date, à notre connaissance, a été émise par le Dr Ašrāf al-Kurdī, citoyen jordanien

et ancien médecin personnel d'Arafat, qui prétendait cet été que le président palestinien avait été empoisonné à l'intérieur de son complexe présidentiel (ou de ce qui en restait) et, pour brouiller les pistes, voire causer un scandale, aurait même été infecté délibérément, par injection, au VIH. L'accusation visait directement l'entourage d'Arafat, à commencer par le président palestinien Maḥmūd ʻAbbās, qui lui a succédé au moins de janvier 2005. Le journaliste israélien Danny Rubinstein, qui a rapporté et analysé ces accusations dans le quotidien *Haaretz*, y voit donc un levier dans le jeu de pouvoir entre la monarchie jordanienne et l'Autorité palestinienne actuellement aux commandes à Ramallah[1936]. La réalité du pouvoir souverain, faite de la vulnérabilité physique des hommes, croise ici les ressorts de l'imaginaire politique, qui peinent à distinguer l'enveloppe charnelle du président de son pouvoir souverain, alors qu'Arafat n'avait pas formellement désigné de successeur (ce qui lui fut beaucoup reproché à l'époque). Contrairement à la théorie des « deux corps du roi » qui permettait à la monarchie de maintenir l'effectivité de sa souveraineté en dissociant le roi qui se meurt de la royauté incarnée en lui[1937], contrairement aussi à l'idée de continuité des institutions dans les régimes républicains, quelle que soit la situation de vacance formelle du pouvoir, l'Autorité Palestinienne était un régime très personnalisé autour de l'homme-emblème du mouvement national palestinien. Il nous souvient que la mort d'Arafat avait plongé les plus jeunes des Palestiniens de notre connaissance dans un désarroi profond, alors que ceux qui étaient déjà bien entrés dans la vingtaine, voire la trentaine, considéraient les choses avec plus de recul : le mouvement national palestinien avait eu un passé avant la génération du défunt président, pensait-on, il aurait sans doute un futur, quoique fort incertain. Au jour de l'enterrement, dans le complexe présidentiel de Ramallah, tous les présents avaient la larme à l'oeil au moment du passage du cercueil depuis l'hélicoptère vers sa dernière demeure, mais les manifestations de tristesse et de fidélité les plus ostensibles et les moins contrôlées étaient, là encore, le fait de la jeunesse, de ces jeunes Palestiniens dont l'horizon politique se résumait à l'Autorité Palestinienne d'Arafat. C'est dans ce secteur de l'opinion où les représentations de l'autorité politique sont à ce point personnalisées, que la thèse de l'empoisonnement et du complot a ses plus fervents partisans.

Quelques semaines après l'enterrement, la journaliste britannique Suzanne Goldberg, longtemps correspondante du quotidien britannique *The Guardian* en Israël et dans les Territoires Palestiniens, revenait sur les circonstances médicales de sa mort et apportait un

1936 Danny Rubinstein, « Arafat's doctor : there was HIV in his blood, but poison killed him », in *Haaretz*, 12/08/2007, disponible en ligne à : http://www.haaretz.com/hasen/spages/892231.html, consulté le 05/10/2007.

1937 Ernst Kantorowicz, *Les Deux corps du roi. Essai sur la théologie politique au Moyen Âge*, coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, NRF / Gallimard,1989 [1ère édition en anglais : 1957], pp 18-19.

regard éclairant en enquêtant sur les habitudes thérapeutiques d'Arafat. Voici ce qu'elle écrivait :

> « Ses médecins personnels eux-mêmes l'admettent : Arafat avait une sorte de méfiance villageoise à l'égard de la médecine moderne et de ses praticiens, alors même qu'il appréciait le prestige que lui conférait l'amitié de divers médecins. « Arafat ne faisait confiance qu'à peu de monde », reconnaît [le Dr Ašrāf] al-Kurdi. « C'était dans sa nature. Il n'aimait pas, en général, voir de médecin, parce que chacun d'entre eux lui donnait un médicament différent, et qu'il craignait de s'empoisonner en prenant le mauvais. » Il était même réticent à prendre les médicaments pour combattre ses tremblements, qu'on a souvent pris à tort pour des symptômes de la maladie de Parkinson. Son seul compromis [avec la médecine occidentale] était fait de vitamines B et E, qu'il engloutissait sans effort. Il avait également une faiblesse pour la médecine des plantes[1938]. »

La méfiance d'Arafat ressemble à celle d'Abdülhamid II ; mais le président de l'Autorité Palestinienne est surtout représentatif d'une génération de Palestiniens qui valorise la médecine arabe traditionnelle et en particulier la richesse locale de la médecine des plantes[1939]. Les gens de cet âge ont connu les luttes nationalistes des années 1960-1970, les appels à l'autosuffisance, notamment thérapeutique, face à l'invasion des produits israéliens, et la valorisation de la médecine arabe traditionnelle de Palestine du côté des anthropologues et des folkloristes. A cette génération, nous dit l'anthropologue palestinienne Rita Giacaman, succède une autre qui ignore les pratiques de cette médecine et la juge inefficace en comparaison de la médecine occidentale; le changement est ostensiblement lié à la progression de la sécurité économique et alimentaire, et de son niveau général d'éducation pour ce qui concerne les représentations sociales relatives aux professions médicales[1940].

Un mouvement engagé dans le dernier siècle ottoman est en train de s'achever. La valorisation de l'éducation n'est plus seulement affaire de titres prestigieux, comme les doctorats en médecine de facultés américaines ou européennes des médecins de l'entourage de Yasser Arafat. Elle correspond à la réalité dominante de l'exercice de la médecine dans les Territoires palestiniens à l'heure actuelle. L'attitude de résistance culturelle et de scepticisme à l'égard de la médecine occidentale, qui était encore celle du défunt président, est rarement maintenue avec autant d'intransigence que par ce dernier, et ce depuis longtemps. Pour mémoire, deux des neuf candidats à sa succession étaient des médecins, dont le nom était précédé sur les affiches de la lettre « dal » pour « Duktūr » [Docteur]. L'un d'eux y était même photographié en blouse auprès de patients hospitalisés ; mais il y a du reste bien longtemps que la pratique médicale autochtone a assimilé les façons de faire et les habitudes

1938 Suzanne Goldberg, « No Way to Die », *The Guardian*, 16/12/2004.
1939 Giacaman, *Op. cit.*, pp 143-144.
1940 *Ibid.*, pp 145-148.

vestimentaires de la médecine occidentale.

Ne terminons pas sur cette note élégiaque et gramscienne : le nouveau ne remplace pas l'ancien, parce qu'il n'est pas de médecines-entités, mais des politiques de la médecine, des pratiques et des intérêts médicaux. Le deuil d'Arafat n'est pas celui d'une médecine arabe traditionnelle qui continue d'informer les représentations de la santé et de la maladie. C'est peut-être, tout au plus, celui d'un certain nationalisme palestinien, avec ses conceptions du national et de l'autochtonie, et le deuil d'une conception de la médecine arabe, réinvestie par l'OLP. Une lecture du champ médical régional montrerait de nouvelles formes de pluralité. En Israël, l'intérêt pour les médecines alternatives d'inspirations diverses se nourrit notamment des habitudes de voyage des jeunes gens et des insatisfactions que suscite une médecine institutionnelle très professionnalisée. En Jordanie, où « le système de santé mis en place s'est structuré autour de l'héritage des oeuvres missionnaires et a été largement influencé par le modèle britannique », la profession médicale a connu une explosion de ses effectifs (185 médecins en 1953, 505 en 1966, 2696 en 1982 et 10600 en 1993), notamment sous l'impulsion de l'armée[1941] ; pourtant, les formes de médecine populaire se sont conservées et tendent à être considérées comme un élément de patrimoine, avec une nuance de touristification quand elles se trouvent associées au patrimoine des bédouins du Wadī Rām. La configuration actuelle dans les Territoires occupés doit beaucoup à la dépendance du secteur de la santé à l'égard des bailleurs de fonds internationaux, et à la perspective de construction nationale qu'ont inaugurée les accords d'Oslo, et qui reste, tant bien que mal, le cadre des politiques de santé palestiniennes. Elle doit aussi à l'éclatement des tendances politiques palestiniennes, qui ont sectorisé selon des lignes politiques l'offre de soin. La place de la médecine occidentale est désormais dominante, et l'espace social qu'occupe la médecine arabe traditionnelle ou toute autre forme, voisine ou distante, de médecine alternative, varie au gré des circonstances nationales. Cette reconfiguration du champ médical est le fruit de près d'un siècle de morcellement territorial et d'affirmations, mutuellement exclusives bien souvent, de souveraineté.

La médecine au Proche-Orient, que nous avons décrite comme parcourue d'enjeux de reconnaissance administrative et sociale, d'intérêts aussi bien géopolitiques que familiaux, de différence culturelle, est aujourd'hui traversée par les frontières qui ont rétréci l'espace vécu de la région en petites unités distinctes. D'un ensemble territorial à un autre, qualité et offre de soins varient d'un service basique à une technicité et une compétence de premier ordre ; et cette différenciation est bien l'impression qui, désormais, imprègne les esprits et stimule ou

1941 Brigitte Curmi, « Jordanie. Les médecins militaires, précurseurs de la modernité scientifique », in *Monde arabe. Maghreb-Machrek*, n° 146, octobre-décembre 1994, p. 49 et note n° 3.

inhibe la confiance des patients. Est-ce là la fin d'un pluralisme médical ? Non. C'est seulement le terme présent d'une histoire de la pénétration de la médecine par l'autorité politique.

Sources et bibliographies

I – Sources primaires

A - Archives

1 - FRANCE

a - Archives départementales des Bouches-du-Rhône (Marseille)

Série 200 E, archives de l'Intendance sanitaire de Marseille :
Cartons n° 973, 974, 977, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 995.

b – MAE Nantes : Archives du ministère des Affaires étrangères (Nantes)

1. Archives des postes :

Ambassade de France à Constantinople :
Série E :
Cartons n° 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 590, 617, 618, 630, 631, 632, 640, 641, 642, 644, 645, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 685, 706, 707, 708, 709.

Ambassade de France auprès du Saint-Siège :
Cartons n° 594, 595, 1144, 1237.

Consulat Général de France à Beyrouth :
Série A :
Cartons n° 97, 99, 100, 101, 105, 107, 109, 110, 113, 115, 117, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 137, 139, 140, 142, 143, 145, 146, 147, 149, 150, 162 b, 164, 166, 172, 175, 179, 184, 198, 201, 210, 228, 232, 238, 241, 248, 250, 254, 260, 264, 280, 281, 293, 295, 303, 305, 311, 314, 316, 335, 337, 338, 349, 366, 367, 368.

Consulat de France à Damas :
Cartons n° 25, 27, 28, 64, 65, 66.

Consulat puis Consulat Général de France à Jérusalem :
Série A :
Cartons n° 39, 86, 91, 94, 95, 103, 104-105, 106, 107, 108, 109, 128, 137.
Série B :
Cartons n° 5, 7, 10, 14, 51, 52, 53, 54, 55, 196, 197, 198, 199, 235, 298.
Série E :

Volumes n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 72, 73, 74, 75.

Vice-consulat de France à Jaffa :
Cartons n° 2, 3, 4.

2. Office des Biens et Intérêts Privés (OBIP) :
   Turquie :
   Cartons n° 3, 4, 10, 16, 17, 18, 21, 26, 27.

c – MAE Quai d'Orsay : Archives du ministère des Affaires étrangères (Quai d'Orsay, Paris)

1. CCC : correspondance consulaire et commerciale

   Consulat de France à Beyrouth :
   Cartons n° 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

   Consulat de France à Damas :
   Cartons n° 2, 3.

   Consulat de France à Jérusalem :
   Volumes n° 2, 3, 4, 5

   Consulat de France à Saint-Jean d'Acre :
   Volumes n° 1, 2, 3, 4, 5.

   Consulat de France à Seyde [Saïda] :
   Volume n° 26.

   Vice-consulat de France à Jaffa : 1 carton.

2. CPC : correspondance politique des consuls
   Turquie, consulat de Jérusalem :
   Cartons n° 10, 11, 12, 13, 14.

3. CPC NS : correspondance politique des consuls, nouvelle série
   Cartons n° 426, 430, 459.

4. MD : Mémoires et documents :
   Volumes n° 9, 123, 124, 127.

d – Archives du Service de Santé de l'Armée de Terre (Hôpital du Val-de-Grâce, Paris)

Carton n° 778 : Première guerre mondiale, Armée d'Orient et Détachement Français de Palestine-Syrie ; Armée du Levant.

2 – ROYAUME-UNI :

a – Archives de Lambeth Palace (Londres)

J&EMF : Jerusalem and the East Mission Fund Archives (voir aussi : J&EMS, Middle East Centre)

1. Papiers personnels de George Popham Blyth, évêque anglican de Jérusalem (1887-1914) :
   Volumes n° 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237.

2. Archives du Jerusalem and the East Mission Fund :
   Volumes n° 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340.

b – PRO : Public Record Office (Kew Gardens, Londres)

1. FO : Foreign Office
   Cartons n° 64/1181, 78/625, 78/626, 78/664, 78/705, 78/1521, 78/1537, 78/1588, 78/3341, 78/3421, 78/5285.

2. CO : Colonial Office
   Cartons n° 733/130/5, 733/130/11, 733/144/12, 733/144/18, 733/157/12, 733/209/8, 733/238/10, 733/241/14, 733/469/1, 968/197.

c – Bibliothèque bodléienne (Oxford)

CMJ : Church's ministry among the Jews, auparavant London Society for promoting Christianity among the Jews (ou LJS)
Cartons n° a.1, b. 35, b.36, b. 50, c.81, c. 111, c.120, c.125, c.126, d.60, d.61, d.63, d.64.

d – Middle East Centre (Oxford)

J&EMS : Jerusalem and the East Mission Society
Cartons n° 22, 23, 31, 38, 58, 59.

e – Birmingham University Library (Birmingham)

CMS : Church Missionary Society Archives
G 3 : Group 3, Papers of the missions of the Africa Committee

1. C M/O : Committee of Correspondance, Mediterranean ; papiers originaux des missionnaires
   Cartons n° 2, 8, 9, 15, 16, 20, 28, 63, 64.
2. E : Mission d'Egypte
   Carton annuel pour 1917.
3. P/O : Mission de Palestine, correspondance originale en provenance des missionnaires
   Cartons annuels : 1880-1914 , carton pour les années 1915-1918.
4. P/P : Précis book
   Volumes n° 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Revues de la CMS : *Medical Mission Auxiliary Fund* (1892), puis *Medical Mission Quarterly* (1893-1896), enfin *Mercy and Truth* (1897-1920) ; *Preaching and healing* (1901-1906).

3 – ISRAEL – TERRITOIRES PALESTINIENS :

a – JCA : Jerusalem City Archives (Jérusalem)

Cartons n° 180, 284, 310, 349, 392, 1649, 1899, 2167, 2266, 2581, 2680, 2682, 2686.

b – Archives du Patriarcat latin

Correspondance diverse non-classée, et règlement de l'hôpital Saint-Louis de Jérusalem.

c – ISA : Archives de l'Etat d'Israël (Jérusalem)

Groupe n° 67, Consulat Impérial d'Allemagne à Jérusalem (1842-1914) :
Cartons n°427/197/פ
432/247/פ
486/913/פ
486/917/פ.

d – CZA : Archives Centrales Sionistes (Jérusalem)

1. Série A : Papiers personnels
   Cartons et volumes :
   31/2 à 31/4 : papiers personnels du Dr Hillel Jaffe ;
   41/1 à 41/17 : papiers personnels d'Oscar et Alexandre Marmorek ;
   60/1/a-b à 60/32 : papiers personnels du Dr Aryeh Beham ;
   69/1 à 69/9 : papiers personnels du Dr Aaron Sandler.

2. J 15 : archives de la Palestine Jewish Colonization Association (PJCA) :
   Cartons n° 5012, 5027, 5033, 5040, 5489, 5955, 6087, 6088, 6089, 6178, 6210, 7021, 7022.

3. Z 2 : Office central de l'Organisation sioniste, Vienne (1905-1911)
   Cartons n° 646, 648, 650, 651, 654.

4. Z 3 : Office central de l'Organisation sioniste, Berlin (1911-1920)
   Cartons n° 24, 761, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628.

5. Z 4 : Office central de l'Organisation sioniste (1917-1955)
   Carton n° 624.

e – Centre du Patrimoine, Université Al-Quds (Abū Dīs)

1. Un dossier non-classés : photocopies de dossiers des archives du Consulat Impérial d'Allemagne à Jérusalem (1842-1914), entreposées aux Archives de l'Etat d'Israël ;
2. dossier n° 24/2/351/332, sur l'état des hôpitaux dans la province de Syrie, en date de 1332 mālī / 1916 AD ;

3. dossier n° 24/2/303/331/13, sur l'hôpital anti-infectieux de Jérusalem, en date de 1331 mālī / 1915 AD ;

g – SBN : Archives de la municipalité de Naplouse (Naplouse)

Dossiers n° 1/27, 3/27, 4/27, 5/27, 6/27, 7/27, 8/27, 9/27.

h – Archives de la municipalité de Tel-Aviv (Tel-Aviv)

Cartons n° 165, 514, 518, 609, 716.

i – Papiers personnels de Musbaḥ al-Nābulsī (Naplouse)

Liasses diverses non-classées, conservées par M. le *ḥājj* Mu'azz al-Nābulsī.

4 - LIBAN

American University of Beirut / Library Archives (Jaffet Library, Beyrouth)

Directory of Alumni, 1870-1952
Collection de la revue interne du SPC puis de l'AUB, *Al-Kulliyeh*, 1910-1930

B – Collections de journaux et de revues

1 - Périodiques de langue arabe

Journaux :

Al-Bašīr, Beyrouth : années 1871-1897
Filasṭīn, Jaffa : années 1911-1914
Wilāyat Sūryā, journal officiel de la province de Syrie : années 1883-1889

Revues :

Al-Ḍiyā', Le Caire : années 1898-1906
Al-Machreq, Beyrouth : années 1898-1920
Al-Nafā'is al-'aṣriyyah, Jérusalem : années 1913-1914
Al-Ṭabīb, Beyrouth : années 1881-1882, 1884-1885, 1895-1908

2 – Périodiques en langues européennes

Bible lands : années 1901-1914
La Terre sainte : années 1866-1906
The Lancet : années 1830-1914

C – Entretiens

- Entretien avec Mme Rita Giacaman, Ramallah, 22/10/2002.
- Entretien avec M. le Dr Mamdūḥ al-'Aqr, Ramallah, 22/11/2003.
- Entretien avec M. le Dr 'Abdallah Ḥūrī, Jérusalem, 26/11/2003.
- Entretien avec M. le Dr Farūq Ḥammād, Naplouse, 28/11/2003.
- Entretien avec Ḥasan, praticien de la médecine arabe traditionnelle, Naplouse, 16/04/2005.
- Entretien avec Mme Sihām Abū Ġazālah, Naplouse, 17/04/2005.
- Entretien avec M. le Dr Farūq Ḥammād, Naplouse, 04/05/2005.

- Entretien avec M. le Dr Ḥātim Abū Ġazālah, Naplouse, 12/07/2005.

II – Documentation imprimée et travaux scientifiques

A – Ouvrages de référence :

1. *Encyclopédie de l'Islam*, 12 Vol., Nouvelle édition, Leyde / Paris, Brill / Maisonneuve & Larose, 1990.
2. LECOURT, Dominique (dir.) : *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.

B - Ouvrages généraux :

3. BARKAT, Sidi Mohammed : *Le Corps d'exception. Les artifices du pouvoir colonial et la destruction de la vie*, Paris, Editions Amsterdam, 2005.
4. BERGER, Anne, LAURENCE, Marie, & LEMENAGER, Grégoire : « Traversées de frontières : postcolonialité et études de « genre » en Amérique. Entretien avec Anne Berger », in *Labyrinthe*, 2006, n° 24, fasc. 2, pp. 11-37.
5. BECKER, Howard Stanley : *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, coll. « Observations », Paris, Métailié, 1985.
6. BOLTANSKI, Luc : *La Souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié, 1993.
7. BOURDIEU, Pierre : *La Distinction. Critique sociale du jugement*, coll. « Le Sens commun », Paris, Editions de Minuit, 1979.
8. *IBID.*, *Raisons pratiques*, Paris, Le Seuil, 1994
9. BROMBERGER, Christian : « Les savoirs des autres », in *Terrain*, 03/1986, n° 6 : *Les Hommes et le milieu naturel*, pp. 3-5.
10. DELEUZE, Gilles, & GUATTARI, Félix : *Capitalisme et schizophrénie. L'anti-Oedipe*, Paris, Les Editions de Minuit, 1972.
11. FOUCAULT, Michel : *Les Mots et les choses*, Paris, Gallimard, 1966.
12. *IBID.* : *L'Archéologie du savoir*, coll. « Sciences humaines », Paris, NRF-Gallimard, 1969.
13. GEERTZ, Clifford : *The Interpretation of cultures*, New York, Basic Books, 1973.
14. GOODY, Jack : *La Raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris, Editions de minuit, 1979.
15. *IBID.* : *La Logique de l'écriture. Aux origines des sociétés humaines*, Paris, Armand Collin, 1986.
16. HOBSON, J.A. : *Imperialism : a study* (Londres, Unwin Hyman, 1988, 1ère édition : 1902.
17. *IBID.* : *Writings on imperialism and internationalism*, Peter Cain éd., Londres, Routledge / Thoemmes Press, 1992.
18. JAUSS, Hans-Robert : « L'histoire de la littérature : un défi à la théorie littéraire », in *Pour une Esthétique de la réception*, Paris, Gallimard, 1978, pp. 24-88.
19. LACOSTE, Yves : *La Géograpie, ça sert, d'abord, à faire la guerre*, Paris, Maspéro,

1976.
20. LAFFLY, Dominique : « Analyse bivariée de données qualitatives. Le Test de Chi2 », disponible en ligne à http://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/SET/LAFFLY/docs_laffly/analyse_bivariee.pdf, consulté le 12/10/2007.
21. LEJEUNE, Philippe : *Le Pacte autobiographique*, Paris, Le Seuil, 1975.
22. LÖWY, Ilana : *L'Emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, coll. « Le genre du monde », Paris, La Dispute, 2005.
23. MEMMI, Albert : « Portrait du colonisateur », in *Portrait du colonisé*, Paris, Buchet / Chastel, 1957.
24. NORKUS, Zenonas : « Mechanisms as miracle makers ? The rise and inconsistencies of the "Mechanism approach" in social science and history », in *History and theory*, 10/2005, vol. n° 44, n°3, pp. 348-372.
25. SAHLINS, Marshall : *Des Îles dans l'histoire*, coll. « Hautes études », Paris, Gallimard / Le Seuil, 1985.

C – Médecine et sciences médicales, généralités :

26. *Annuaire médical libano-syrien et vade mecum du praticien (réunis). Liste officielle des facultés de médecine, médecins, chirurgiens, dentistes et hôpitaux. Réseau des stations thermales – 1935 – 8e année*, Paris / Beyrouth, Publicité Franco-Orientale, 1935.
27. *Die Errichtung eines großen jüdischen Krankenhauses in Jerusalem*, Mayence, Johannes Wirth Hofbuchdruckerei, 1896.
28. ABAZA, Mohamed, & DUDIN, Anwar : *La Transplantation rénale dans un pays en voie de développement. « Etude des problèmes médicaux, socio-économiques et éthiques posés par la transplantation rénale en Jordanie ». A propos de 32 cas*, Th.D. : Médecine, Université François Rabelais de Tours : 1980.
29. ARAB, Emile Arab et BLANCHARD, Grégoire : *La Dernière étape du drame du cancer sur la scène mondiale*, *conférence faite à Bruxelles le 20 mai 1939 par M. le Dr Emile Arab, ex-Professeur de la Faculté Française de Beyrouth, et G. Blanchard, ex-préparateur des cours de chimie analytique et de toxicologie, ex-préparateur du cours de matière médicale, lauréat de l'Université de Besançon*, Paris, Centre d'Application de la Méthode G. Blanchard, 1939.
30. AUZOUX, Louis (Dr), *Leçons élémentaires d'anatomie et de physiologie, ou Description succincte des phénomènes de la vie dans l'homme et les différentes classes d'animaux, à l'aide de l'anatomie clastique*, Paris, J.B. Baillière, 1839.
31. BARNEA, Tamara, & HUSSEINI, Rafiq (éds.) : *Separate and cooperate, cooperate and separate : the disengagement of the Palestinian health care system and its emergence as an independent system*, New York, Greenwood Press, 2002.
32. GIACAMAN, Rita : « Inquiétantes distorsions : les conditions sanitaires en Cisjordanie », in *Revue d'études palestiniennes*, été 1984, n° 12, pp. 23-36.
33. *IBID.* : *Life and health in three Palestinian villages*, Londres, Ithaca Press, 1988.
34. KARAME, Carmen : « La santé dans les Territoires palestiniens : entre persistance du conflit, relations intra-palestiniennes et surenchère des bailleurs de fonds internationaux », in Sylvia Chiffoleau (dir.), *Politiques de santé sous influence internationale. Afrique, Moyen-Orient*, coll. « Orient-Méditerranée », Paris, Maisonneuve & Larose / Servedit / Maison de l'Orient Méditerranéen, 2005, pp. 131-151.
35. KOCH, Robert : « Berichte überdie Thätigkeit der deutschen Cholerakommission in

Aegypten und Ostindien », in *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1883, n°33, pp. 1548-1551.

36. LANDOUZY,L. : *Exposé des titres et travaux scientifiques du Dr L. Landouzy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Tenon, rédacteur en chef de la* Revue de médecine*, membre de la Société de biologie, lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine, Lauréat de l'Institut*, Paris, Félix Alcan, 1890.
37. LIETARD, article « Syrie », in DECHAMBRE, A., LEREBOULLET, L., & HAHN L. (dir.) : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, 18 t., Paris, G. Masson, 1874-1885, t. 14.
38. LIN, Jean : « Etude sur les différents traitements de la kératite à hypopon », Th.D : médicine, in *Table analytique des thèses soutenues à la faculté de médecine de Paris, 1887-1888*, Paris, 1888.
39. MARX, Jonas : *Aperçu sur la fondation et premier rapport mensuel pour la période du 26 janvier au 26 février 1915 de l'Hôpital du Croissant Rouge pour maladies contagieuses à Jérusalem*, Jérusalem, s.n., s.d. [1915].
40. MASTERMAN, E.W.G. : « Palestine : its resources and suitability for colonization », in *The Geographical journal*, 07/1917, Vol. 50, n° 1, pp. 12-26.
41. *IBID.* : « Hygiene and disease in Palestine in modern and in biblical times », in *Palestine Exploration Fund Quarterly*, 04/1918, pp. 56-71.
42. MORAX, V. :« Note sur un diplobacille pathogène pour la conjonctivite humaine », in *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896, n°10, pp. 337-345.
43. NAAME, Chukri : *Etudes d'endocrinologie*, Paris, A. Maloine et fils, 1913.
44. *IBID.* : *La Dyscytogénèse hypocytopoïétique dyseutrophique ou cancer*, Paris, A. Maloine et fils, 1919.
45. *IBID.* : « L'adrénaline dans le choléra », in *Revue de pathologie comparée*, 08/1937, n°491, pp. 872-874.
46. *IBID.* : « Radio d'une sténose grave du pylore », in *Revue de pathologie comparée*, 12/1937, n°495, pp. 1242-1244.
47. *IBID.*, *Les Extraits d'organes dans la thérapeutique du cancer*, Sceaux, Imprimerie de Charaire, s.d. [reproduction d'un article tiré de *Sciences et voyages*, 01/08/1939.]
48. *IBID.*, *Les Extraits d'organes dans la thérapeutique du cancer (métastases, hérédité ou contagion)*, s.l., n.d. [reproduction d'un article tiré de *Sciences et voyages*, 01/05/1940].
49. *IBID.*, « Cancer et opothérapie », in *Revue de pathologie comparée*, 5-20/02/1929, n°366-367, pp. 191-197 ; 5-20/03/1929, n°367-368, pp. 286-287, pp. 303-314 ; 5-20/04/1929, n°369-370, pp. 374-376 ; 04/1936, n°475, pp. 493-500 ; 12/1936, n°483, pp. 1387-1393 ; 02/1937, n°485, pp. 216 sq. ; 05/1937, n°488, pp. 578-580 ; 07/1937, n°490, pp. 765-766 ; 12/1937, n°495, pp. 1244-1246 ; 03/1938, n°498, pp. 468-469 ; 04/1938, n°499, pp. 600-604 ; 06/1938, n°501, pp. 803-805 ; 08/1938, n°503, pp. 993-995 ; 12/1938, n°507, pp. 1377-1379.
50. *IBID.*, *L'Idée directrice. L'évolutionnisme dans saint Augustin*, Paris, Viot Frères, 1934 ; *Le Dieu des sciences*, Paris, Les Editions littéraires et artistiques, 1943.
51. NEISSER, Alber : « Ueber eine Gonorrhoe eigenthümliche Micrococcenform », in *Centralblatt für die medicinische Wissenschaften*, 1879, n°17, pp. 497-500.
52. ORFILA, Jeanne, SACKO, Doulaye, MOULIN, Anne-Marie Moulin *et al.*, *Rapport de synthèse de l'expertise collégiale. « Lutte contre le trachome dans les pays d'Afrique subsaharienne »*, Paris, IRD, 2006.
53. SIMON (Dr) : « Avec le Détachement français de Palestine et Syrie », in *La Revue de Paris*, 01/12/1919, pp. 536-569.
54. TISSOT, Samuel-André-David : *L'Onanisme. Essai sur les maladies produites par la masturbation*, Paris, Garnier Frères, 1905.

55. WEEKS, J.E. : « The bacillus of acute cunjunctival catarrh or « pink eye » », in *Archives of ophtalmology*, 1886, n°15, pp. 441-451.
56. WEICHSELBAUM, A. : « Über seltenere Localisationen des pneumonischen Virus (*Diplococcus pneumoniae*) », in *Wiener klinische Wochenschrift*, 1888, n° 1, pp. 573-575 pp. 595-597, pp. 620-622, p. 642-643, pp. 659-661.

D – Histoire générale :

57. BLANCHOD, F., SCHOCH, Emmanuel, & THORMEYER, F. : *Turkish prisoners in Egypt. A report by the delegates of the International Committee of the Red Cross*, Le Caire, Publications de la Croix-Rouge, 1917, mis en ligne à http://www.gutenberg.org/files/10589/10589-h/10589-h.htm, consulté le 30/04/2007.
58. GIROUARD, Mark : *The Return to Camelot. Chivalry and the English gentleman*, New Haven / Londres, Yale University Press, 1981.
59. GREAVES, R.W. :« The Jerusalem bishopric », in *The English historical review*, juillet 1949, vol. 64, n°252, pp. 328-352.
60. HARTOG, François Hartog : *Régimes d'historicité. Présentisme et expériences du temps*, coll. « La Librairie du XXIe siècle », Paris, Le Seuil, 2003.
61. HOBSBAWM, Eric J. : *L'Âge des extrêmes. Le court vingtième siècle*, coll. « Bibliothèque Complexe », Paris, Editions Complexe, 1999.
62. KANTOROWICZ, Ernst : *Les Deux corps du roi. Essai sur la théologie politique au Moyen Âge*, coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, NRF / Gallimard,1989 [1ère édition en anglais : 1957].
63. UNITED STATES DEPARTMENT OF STATE, *Papers relating to the foreign relations of the United States, with the annual message of the president transmitted to Congress, December 7, 1903.*
64. WILLIAMS, William Appleman : *The Tragedy of American diplomacy*, New York / Londres, W.W. Norton & Company, 1984 [1ère édition : 1959].

E – Histoire et sciences sociales de l'Empire ottoman, des Etats post-ottomans et du monde arabe et musulman:

65. ABDELAZIZ, Mahmoud Abdlaziz : *La Ville de Jéricho et sa région. Etude ethno-anthropologique (deuxième moitié du XIXe siècle – 1967)*, 2 Vol., Th. : anthropologie : Université de Paris VII Jussieu, 1991.
66. AUBIN-BOLTANSKI, Emma : « Le folkloriste comme technicien de la mémoire », in PICAUDOU, Nadine (dir.) : *Territoires palestiniens de* mémoire, Paris / Beyrouth, Karthala / IFPO, 2006, pp. 115-137.
67. BEHMARDI, Vahid : « Djemal Pasha and the Syrian Protestant College during World War I », in *Al-Abhath*, 2001-2002, Vol. 50-51, pp. 135-159.
68. BIGER, Gideon : *An Empire in the Holy Land. Historical Geography of the British administration in Palestine 1917-1929*, New York / Jérusalem, St Martin's Press / The Magnes Press, 1994.
69. BOZARSLAN, Hamit : *Histoire de la Turquie contemporaine*, Paris, La Découverte, 2004.
70. BROWN, L. Carl, *International politics and the Middle East. Old rules, dangerous game*, Londres, I.B. Tauris, 1984.

71. BURROWS, Mathew : « '*Mission civilisatrice*' : French cultural policy in the Middle East, 1860-1914 », in *The Historical Journal*, 1986, 29, 1, 109-135.
72. CAMPOS, Michelle : « Freemasonry in Ottoman Palestine », in *Jerusalem Quarterly Files*, printemps 2007, n° 22-23, pp. 37-62.
73. CANAAN, Tawfīq : *Conflict in the Land of Peace*, Jérusalem, Syrian Orphanage Press, 1936.
74. *IBID.* : *La Cause palestinienne arabe*, Jérusalem, The Modern Press, 1936.
75. CARMEL, Alex (éd.) : *Palestina-Chronik*, 2 Vol., Ulm, Armin Vaas Verlag, 1983.
76. COHEN, Amnon : *The Guilds of Ottoman Jerusalem*, Leyde / Boston / Cologne, Brill, 2001.
77. CONDER, Claude Reignier : *A Survey of Western Palestine*, *The Survey of Western Palestine. Memoirs of the topography, orography, hydrography and archaelogy*, Londres, Palestine Exploration Fund, 1881-1883.
78. *IBID.* : *The Survey of Eastern Palestine. Memoirs of the topography, orography, hydrography, etc.*, Londres, Committee of the Palestine Exploration Fund, 1889.
79. CURMI, Brigitte : « Jordanie. Les médecins militaires, précurseurs de la modernité scientifique », in *Monde arabe. Maghreb-Machrek*, octobre-décembre 1994, n° 146, pp. 48-58.
80. DAVISON, Roderic H. : *Nineteenth century Ottoman diplomacy and reforms*, coll. « Analecta isisiana », vol. 34, Istanbul, The Isis Press, 1999.
81. DEGUILHEM, Randi : « Le *Ḫān* des Français à Sidon : un *waqf* ottoman loué par la France », in PANZAC, Daniel (éd.) : *Histoire économique et sociale de l'Empire ottoman et de la Turquie (1326-1960). Actes du sixième congrès international tenu à Aix-en-Provence du 1er au 4 juillet 1992*, coll. « Turcica », Paris, Peeters, 1995, pp. 133-144.
82. DEGUILHEM, Randi, & MARÍN, Manuela : « Introduction. Visibility, agency and the consciousness of women's actions : to what extent ? », in DEGUILHEM, Randi, & MARÍN, Manuela (éds.) : *Writing the feminine. Women in Arab sources*, Londres / New York, I.B. Tauris, 2002, pp. XV-XXVI.
83. DELMAIRE, Jean-Marie : *De Jaffa jusqu'en Galilée. Les premiers pionniers juifs (1882-1904)*, Paris, Presses Universitaires du Septentrion, 1999.
84. DERINGIL, Selim : « The invention of tradition as public image in the late Ottoman Empire, 1808 to 1908 », in *Comparative studies in society and history*, 01/1993, vol. 35, n° 1, pp. 3-29.
85. DOUMANI, Beshara : « The political economy of population counts in Ottoman Palestine : Nablus, circa 1850 », in *IJMES*, 02/1994, vol. n°26, n°1, pp. 1-17.
86. *IBID.* : *Rediscovering Palestine. Peasants and merchants in Jabal Nablus, 1700-1900*, Berkeley / Los Angeles / Londres, University of California Press, 1995.
87. *IBID.* : « Endowing family : *waqf*, property devolution, and gender in Greater Syria, 1800 to 1860 », in *Comparative studies in society and history*, janvier 1998, vol. n° 40, n° 1, pp. 3-41.
88. DUMONT, Paul : « La période des *Tanzîmât* (1839-1878) », in MANTRAN, Robert (dir.) : *Histoire de l'Empire ottoman*, Paris, Fayard, 1989, pp. 459-522.
89. DUMONT, Paul, & GEORGEON, François : « La mort d'un empire (1908-1923) », in in MANTRAN, Robert (dir.) : *Histoire de l'Empire ottoman*, Paris, Fayard, 1989, pp. 576-647.
90. DUMPER, Michael : *The Politics of sacred space. The Old City of Jerusalem in the Middle East conflict*, Boulder / Londres, Lynne Rienner, 2002.
91. DUPONT, Anne-Laure Dupont : *Ǧurǧī Zaydān 1861-1914. Ecrivain réformiste et témoin de la Renaissance arabe*, Damas, Institut Français du Proche-Orient, 2006.
92. ELIAV, Mordechaï, & HAIDER, Barbara : *Österreich und das Heilige Land.*

Ausgewählte Konsultasdokumente aus Jerusalem 1849-1917, Vienne, Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften, 2000.

93. FAROQHI, Suraiya : « Crisis and change. 1590-1699 », in INALCIK, Halil, & QUATAERT, Donald (éds.) : *An Economic and social history of the Ottoman Empire, 1300-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, pp. 411-636.
94. FLEISCHMANN, Ellen L. : *The Nation and its « new » women : the Palestinian women's movement, 1920-1948*, Berkeley / Los Angeles, University of California Press, 2003.
95. FRIEDLAENDER, Walter, *Journal of the Warburg and Courtauld Institutes*, avril 1941-juillet 1942, vol. n° 4, n° 3-4, pp.139-141.
96. FULTON, Bruce : « France's extraordinary ambassador : Ernest Constans and the Ottoman Empire, 1898-1909 », in *French historical studies*, automne 2000, vol. n° 23, n° 4, pp. 683-706.
97. FYJIS-WALER, Alexander : « A recently discovered drawing by Antoine-Jean Gros », in *The Burlington magazine*, septembre 1985, vol. n° 127, n° 990, pp. 620-623.
98. GEORGEON, François : *Abdulhamid II le sultan calife*, Paris, Fayard, 2003.
99. GOLDBERG, Suzanne : « No Way to Die », *The Guardian*, 16/12/2004.
100. GRAHAM-BROWN, Sarah : « The policial economy of the Jabal Nablus, 1920-48 », in OWEN, Roger (éd.) : *Studies in the Economic and social history of Palestine in the nineteenth and twentieth centuries*, Londres / Basingstoke, The MacMillan Press / St Antony's College, 1982, pp. 88-176.
101. ĠUNĀYM, Zuhayr : *Liwā' 'Akkā fī 'ahd al-Tanẓīmāt al-'uṯmāniyyah 1281-1337 hijrī / 1864-1918 milādī* [Le district d'Acre au temps des réformes ottomanes, 1281-1337 AH / 1864-1918 AD], Beyrouth, Institute for Palestine Studies, 1999.
102. HAJJAR, Joseph (Mgr) : *L'Europe et les destinées du Proche-Orient. Unité arabe – mission chrétiennes. La question syro-palestinienne et syro-libanaise*, coll. « Bibliothèque de l'Histoire de l'Eglise », 8 vol., Paris, Bloud & Gay, 1970.
103. *IBID.* : *Le Vatican, la France et le catholicisme oriental (1878-1914)*, coll. « Religions société politique », Paris, Editions Beauchesne, 1979.
104. HALPER, Jeff : *Between redemption and revival. The Jewish Yishuv of Jerusalem in the nineteenth century*, Boulder / San Francisco / Oxford, Westview Press, 1991.
105. HANSSEN, Jens : *Fin de siècle Beirut. The making of an Ottoman provincial capital*, Oxford, Clarendon Press, 2005.
106. HOURANI, Albert : *La Pensée arabe et l'Occident*, Beyrouth, Nawfal, 1991.
107. *IBID.* : « Ottoman reform and the politics of notables », in HOURANI, Albert, KHOURY, Philip, & WILSON, Mary C. (éds.), *The Modern Middle-East : a reader*, Londres / New York, I.B. Tauris, 1993, pp. 61-81., pp. 83-109.
108. INSTITUT DE STATISTIQUE – REPUBLIQUE DE TURQUIE, *Osmanlı devleti'nin ilk istatistik yıllığı 1897 / The First statistical yearbook of the Ottoman empire*, coll. "Historical statistics series", vol. 5, Ankara, République de Turquie, 1997.
109. ISMAÏL, Adel : *Documents diplomatiques et consulaires relatifs à l'histoire du Liban et des pays du Proche-Orient du XVIIe siècle à nos jours*, 34 Vol., Beyrouth, Editions des Oeuvres politiques et historiques, 1975-1982.
110. JARĪJ, Ilyās : *Wilāyat Bayrūt 1887-1914. Al-tārīḫ al-siyāsī wa'l-iqtiṣādī* [La province de Beyrouth, 1887-1914. Histoire politique et économique], Beyrouth, Imprimerie 'Akkār, 2005.
111. JAWHARIYYAH, Wāṣif : *Al-Quds al-'utmānī fī'l-muḏakkarāt al-jawhariyyah. Al-kitāb al-awwal min muḏakkarāt al-mūsīqī Wāṣif Jawhariyyah* [Jérusalem ottomane dans l'écrin des souvenirs. Premier volume des souvenirs du musicien Wāṣif Jawhariyyah], Ramallah, Institut d'Etudes de Jérusalem, 2003.
112. JAZĀ'IRĪ, 'Abd al-Qādir b. Muḥyī al-Dīn al- : *Rappel à l'intelligent, avis à l'indifférent*, Paris, B. Duprat, 1858.

113.KAHLE, Paul : « Das Wesen der moslemischen Heiligtümer in Palästina », in *Palästina-Jahrbuch*, 1911, 7e année, pp. 85-119.
114.KANDIYOTI, Deniz : « Contemporary feminist scholarship and Middle East studies », in KANDIYOTI, Deniz (éd.) : *Gendering the Middle East. Emerging perspectives*, Londres / New York, I.B. Tauris, 1996, pp. 1-27.
115.KATZ, Jonathan G. : *Murder in Marrakesh. Emile Mauchamp and the French colonial adventure*, Bloomington / Indianapolis, Indiana University Press, 2006.
116.KHAIRALLAH, Shereen : *Railways in the Middle East, 1856-1948*, Beyrouth, Librairie du Liban, 1991.
117.KHALIDI, Rashid : *Palestinian identity. The construction of modern national consciousness*, New York, Columbia University Press, 1997.
118.LAURENS, Henry : *Le Royaume impossible. La France et la genèse du monde arabe*, Paris, Armand Colin, 1990.
119.*IBID.* : *Histoire de la question de Palestine*, t. 1 : *L'Invention de la Terre sainte (1799-1922)*, Paris, Fayard, 1999.
120.*IBID.* : *Histoire de la question de Palestine*, *t*. 2 : *Une Mission sacrée de civilisation*, Paris, Fayard, 2002.
121.*IBID.* : « Naissance de la nation égyptienne », in *Orientales I. Autour de l'expédition d'Egypte*, coll. « Moyen-Orient », Paris, CNRS Editions, 2004, pp. 245-251.
122.LEGRAIN, Jean-François : *Les Palestines du quotidien. Les élections de l'autonomie, janvier 1996*, coll. « Les Cahiers du CERMOC », Beyrouth, Centre d'Etudes et de Recherches sur le Moyen-Orient Contemporain, 1999.
123.LEMIRE, Vincent : *La Soif de Jérusalem. L'eau dans la Ville sainte. Enquêtes archéologiques, politiques hydrauliques, conquêtes territoriales*, 3 Vol., Th., Université de Provence, Aix-en-Provence, 24/06/2006.
124.LEVY, Noémi : « La police ottomane au tournant des XIXe et XXe siècles : les mémoires d'un commissaire d'Izmir », in *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, 2007/2, n° 54-2, pp. 140-160.
125.LEWIS, Bernard : *Que s'est-il passé ? L'islam, l'Occident et la modernité*, Paris, Gallimard / *Le Débat*, 2002.
126.MACGOWAN, Bruce : « The age of the Ayans, 1699-1812 », in INALCIK, Halil, & QUATAERT, Donald (éds.) : *An Economic and social history of the Ottoman Empire, 1300-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, pp. 637-758.
127.MAFFI, Irène : *Pratiques du patrimoine et politiques de la mémoire en Jordanie. Entre histoire dynastique et récits* communautaires, coll. « Anthropologie – Terrains » ,Lausanne, Editions Payot, 2004.
128.MAKDISI, Ussama : *The Culture of sectarianism. Community, History, and Violence in Nineteenth-Century Ottoman Lebanon*, Berkeley / Los Angeles / Londres,Université of California Press, 2000.
129.MANDEL, Neville J. : *The Arabs and Zionism before World War I*, Berkeley / Los Angeles / London, University of California Press, 1976.
130.MANNĀ‘, ‘Ādil : *A‘lām Filasṭīn fī awāẖir al-‘ahd al-‘uṯmānī (1800-1918)* [Les notables de Palestine à la fin de l’époque ottomane (1800-1918)], Beyrouth, Institut d’Etudes Palestiniennes, 1997.
131.*IBID.* : *Tārīẖ filasṭīn fī awāẖir al-‘ahd al-‘uṯmānī 1700-1918 (qirā’ah jadīdah)*, Beyrouth, Institut d’Etudes Palestiniennes, 1999.
132.MASTERMAN, E.W.G. (Dr) : « Dress and personal adornment in modern Palestine », in *The Biblical world*, 09/1901? Vol. 18, n°3, pp. 167-175.
133.MEDEBIELLE, Pierre, o.p. : *Gaza et son histoire chrétienne*, Jérusalem, Imprimerie du Patriarcat Latin, 1982
134.*IBID.* : *Madaba et son histoire chrétienne*, Jérusalem, Imprimerie du Patriarcat Latin,

1987.
135.MICHEL, Nicolas : « Les paysans et leur juge dans la campagne d'Esna (Haute-Egypte) au XVIIIe siècle », in *Studia islamica*, 2000, n°90, pp. 125-151.
136.MITCHELL, Timothy : « The invention and reinvention of the peasant », in *Rule of Experts. Egypt, techno-politics, modernity*, Berkeley / Los Angeles / Londres, University of Carolina Press, 2002, pp. 123-152.
137.MOORS, Annelies : *Women,Property and islam. Palestinian experiences 1920-1990*, coll. « Cambridge Middle East Studies », Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
138.MOREAU, Odile : *L'Empire ottoman à l'âge des réformes : les hommes et les idées du « Nouvel ordre » militaire, 1826-1914*, Istanbul/Paris, Institut français d'études anatoliennes / Maisonneuve & Larose, 2007.
139.MURRE-VAN DEN BERG, Heleen : « Introduction », in MURRE-VAN DEN BERG, Heleen (éd.) : *New Faith in ancient lands. Western missions in the Middle East in the Nineteenth and early Twentieth centuries*, coll. « Studies in Christian missions », Leyde / Boston, Brill, 2006, pp. 1-17.
140.NIMR, Iḥsān al- : *Tārīḫ Jabal Nāblus wa'l-Balqā'* [Histoire du Jabal Nāblus et de la Balqā'], 5 Vol., Naplouse, Jam'iyyat 'ummāl al-maṭābi' al-ta'āwuniyyah bi-Nāblus, 1957-1961.
141.PENSLAR, Derek Jonathan : « Zionism, colonialism and technocracy : Otto Warburg and the Commission for the exploration of Palestine, 1903-7 », in *Journal of contemporary history*, Vol. 25, n°1, 01/1990, pp. 143-160.
142.PHILIPP, Thomas : *Acre. The rise and fall of a Palestinian city, 1730-1831*, coll. « The history and society of the Modern Middle East », New York, Columbia University Press.
143.PICAUDOU, Nadine : *Les Palestiniens. Un siècle d'histoire*, coll. « Questions au XXe siècle », Paris, Editions Complexe, 1997.
144.PORATH, Yehoshua : « Mrs Peters' Palestine », in *The New York review of books*, 16/01/1986, vol. 32, n° 21-22, mis en ligne à http://www.nybooks.com/articles/5249, consulté le 01/05/2007.
145.RĀMĪNĪ, Akrām Aḥmad al- : *Nāblus fī'l-qarn al-tāsi' 'ašar. Dirāsah mustaḫlaṣah min sijillāt al-maḥkamah al-šar'iyyah fī Nāblus* [Naplouse au dix-neuvième siècle. Etude fondée sur l'analyse des registres des tribunaux religieux de Naplouse], Mémoire de magistère, Amman, Université Jordanienne, 1977.
146.RAYMOND, André : « Les provinces arabes (XVIe-XVIIIe siècle) », in MANTRAN, Robert (dir.) : *Histoire de l'Empire ottoman*, Paris, Fayard, 1989, pp. 341-420.
147.ROGAN, Eugene : *Frontiers of the State in the late Ottoman Empire*, coll. "Cambridge Middle East Studies", Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
148.RUBINSTEIN, Danny :« Arafat's doctor : there was HIV in his blood, but poison killed him », in *Haaretz*, 12/08/2007, disponible en ligne à : http://www.haaretz.com/hasen/spages/892231.html, consulté le 05/10/2007.
149.SAJDI, Dana : « Osmanlı tarihçileri : Shihabaddin Ahmad Ibn Budayr al-hallaq (fl. 1762) » disponible en ligne à : http://www.ottomanhistorians.com/database/html/ibnbudayr_en.html , consulté le 12/10/2007.
150.SAWAIE, Mohammed : *La Crise de la terminologie arabe au XIXe siècle. Introduction historique générale*, Damas, Institut Français d'Etudes Arabes de Damas, 1999.
151.SCHÖLCH, Alexander : *Palästina in Umbruch 1856-1882*, Wiesbaden, Franz Steiner Verlag, 1986.
152.*IBID.* : « The demographic development of Palestine, 1850-1882 », in *IJMES*, 11/1985, vol. 17, n° 4, pp. 485-505.

153.SEHNAOUI, Nada Sehnaoui : *L'occidentalisation de la vie quotidienne à Beyrouth 1860-1914*, Mémoire de maîtrise, Université de Paris X-Nanterre, Paris, 1981.
154.SEURAT, Michel : « Le rôle de Lyon dans l'installation du mandat français en Syrie. Intérêts économiques et culturels, luttes d'opinion (1915-1925) » in *L'Etat de barbarie*, coll. « Esprit Seuil », Paris, Le Seuil, 1989, pp. 173-225.
155.SEYKALY, May : *Haifa, transformation of an Arab society 1918-1939*, Londres / New York, I.B. Tauris, 1995.
156.SHAW, Wendy M.M. : *Possessors and possessed : museums, archaeology, and the visualization of history in the late Ottoman Empire*, Berkeley, University of California Press, 2003.
157.SIGNOLES, Aude : « Histoire(s), mémoires et ambivalences. Le cas des municipalités palestiniennes dans la lutte nationale », in PICAUDOU, Nadine (dir.) : *Territoires palestiniens de* mémoire, Paris / Beyrouth, Karthala / IFPO, 2006, pp. 219-234.
158.SIMONI, Marcella :« A dangerous legacy : welfare in British Palestine, 1930-1939 », in *Jewish history*, automne 1999, vol. n°13, n°2, pp. 81-109.
159.SINGER, Amy : *Constructing Ottoman beneficence. An Imperial Soup Kitchen in Jerusalem*, Albany, State University of New York Press, 2002.
160.STEIN, Kenneth W. : *The Land question in Palestine, 1917-1939*, Chapel Hill / Londres, The University of North Carolina Press, 1984.
161.TERNON, Yves : *Empire ottoman. Le déclin, la chute, l'effacement*, Editions du Félin / Editions Michel de Maule, 2002.
162.TIDHAR, David : *Enziklopedia le-halutzei ha-Yishuv u-vonav* [Encyclopédie des pionniers et des bâtisseurs du Yishuv], Tel Aviv, s.n., 1966.
163.WELCHMAN : Lynn *Islamic Family law. Text and practice in Palestine*, Jérusalem, Women's Centre for Legal Aid and Counselling, 1999.

F – Histoire de la médecine et des sciences médicales :

164.ARNOLD, David : *Colonizing the body*, Berkeley / Los Angeles / Londres, University of California Press, 1993.« Introduction: tropical medicine before Manson », in ARNOLD, David : *Warm climates and Western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*, coll. « The Wellcome Institute series in the history of medicine », Amsterdam / Atlanta, Rodopi, 1996, pp. 1-19.
165.*IBID.* : « Introduction: tropical medicine before Manson », in ARNOLD, David : *Warm climates and Western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*, coll. « The Wellcome Institute series in the history of medicine », Amsterdam / Atlanta, Rodopi, 1996, pp. 1-19.
166.ARNOLD, David, & SARKAR, Sumit : « In search of rational remedies. Homoeopathy in nineteenth-century Bengal », in ERNST Waltraud (éd.), *Plural medicine, tradition and modernity, 1800-2000*, Londres / New York, Routledge, 2002.
167.ʻASALĪ, Kamāl al- : *Muqaddimah fī tārīẖ al-ṭibb fī'l-Quds munḏu aqdam al-azminah ḥ atā sanat 1918 milādī* [Introduction à l'histoire de la médecine à Jérusalem depuis l'aube des temps jusqu'à 1918 AD], Amman, Publications de l'Université Jordanienne, 1414 AH / 1994 AD.
168.BARAKAT, Philippe : « Statistique relevée à l'hôpital français de Bethléem », in *La Médecine orientale*, 1901, pp. 549-557.
169.BISHARA, Nakhle E. : « A Medical pioneer in Nazareth », in *Korot. The Israel Journal of the History and Medicine and Science*, 1996-1997, vol. 12, pp. 124-136.
170.BLECHER, Robert Ian : *The Medicalization of sovereignty : medicine, public health, and*

political authority in Syria, 1861-1936, Th. : Histoire : Stanford University : 06/2002.
171. BOURMAUD, Philippe, « Les médecins du bilād al-Šām et les articles médicaux à l'époque des premières facultés de médecine (années 1870-1914) : développement d'une pratique d'écriture et constitution d'un discours professionnel », in *Bulletin d'Etudes Orientales*, 2003, LV, pp. 225-246.
172. BROWN, Theodore M., & SHVARTS, Shifra : « Kupat Holim, Dr Isaac Rubinow, and the American Zionist Medical Unit's experiment to establish health care services in Palestine, 1918-1923 », in *Bulletin of the History of medicine*, 72.1, 1998, pp. 28-46.
173. CAROL, Anne : *Les Médecins et la mort XIXe-XXe siècle*, coll. « Historique », Paris, Aubier, 2004.
174. CHEHADE, Abdul-Karim (Dr.) : *Ibn al-Nafīs et la découverte de la circulation pulmonaire*, Damas, Institut Français de Damas, 1955.
175. CHEHADEH, Kamal (éd.) : *La Nouvelle médecine chimique. Deux manuscrits de : Ṣalih Naṣrallah ben Sallum al-Halabi (XVIe siècle)*, Alep, Maṭba'at Jāmi'at Ḥalab, 1997.
176. DARMON, Pierre : *La Vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, coll. « La vie quotidienne », Paris, Hachette, 1988.
177. DESGENETTES, René : *Histoire Médicale de l'Armée d'Orient*, Paris, Librairie de la société de médecine, Bossange, Masson et Besson, An X.
178. DIGBY, Ann : *Making a medical living. Doctors and patients in the English market for medicine, 1720-1911*, coll. « Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time », Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
179. DOLS, Michael W. : *The Black Death in the Middle East*, Princeton, Princeton University Press, 1977.
180. ERNST, Waltraud : « Plural medicine, tradition and modernity. Historical and contemporary perspectives: views from below and from above », in ERNST Waltraud (éd.), *Plural medicine, tradition and modernity, 1800-2000*, Londres / New York, Routledge, 2002.
181. FACULTE FRANCAISE DE MEDECINE DE BEYROUTH, *Liste officielle de MM. les médecins et pharmaciens diplômés de la Faculté française de Beyrouth (session de mars 1887-session de juillet 1922)*, Beyrouth, Imprimerie catholique, 1922
182. FAHMY, Khaled : « Women, medicine, and power in nineteenth-century Egypt », in ABU-LUGHOD, Lila : *Remaking women. Feminism and modernity in the Middle East*, coll. « Princeton studies in culture / power / history », Princeton, Princeton University Press, 1998, pp. 35-72.
183. FAURE, Olivier : *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*, coll. « Histoire et société », Paris, Belin, 1993.
184. FAURE, Olivier : *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècle)*, coll. « Historiques », Paris, Anthropos, 1994.
185. FOUCAULT, Michel : *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961.
186. *IBID.* : *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 1963.
187. *IBID.* : « Histoire de la médicalisation », in *Hermès. Cognition, communication, politique*, n° 2 : *Masses et politique*, 1988, pp. 13-29.
188. GALLAGHER, Nancy Elizabeth Gallagher : *Medicine and power in Tunisia, 1780-1900*, Cambridge / New York / New Rochelle / Melbourne / Sidney, Cambridge University Press, 1983.
189. *IBID.* : *Egypt's other wars. Epidemics and the politics of public health*, Le Caire, The American University in Cairo Press, 1993.
190. GEDEON, Edgar : « La médecine au Liban, reflet des politiques », in *Bulletin de la Société libanaise d'histoire de la médecine*, 1991, n°1, pp. 7-9.
191. GRMEK, Mirko D. : *La Première révolution biologique. Réflexion sur la physiologie et la médecine du XVIIe siècle*, Paris, Payot, 1990.

192.ḤANNĀ, ‘Abdallah : *Al-Muṯaqqafūn fī'l-siyāsah wa'l-mujtama‘. Namūḏaj al-aṭibbā’ fī Sūryah min awāẖir al-qarn al-tāsi‘ ‘ašar ilā awāẖir al-qarn al-‘ašrīn* [Les intellectuels en politique et dans la société. L'exemple des médecins en Syrie, de la fin du dix-neuvième à la fin du vingtième siècle], Damas, Al-Ahālī li'l-našr wa'l-tawzī‘, 1996.

193.ḤĀTIR, INṢĀF : *Al-Awḍā‘ al-ṣiḥḥiyyah fī Nāblus ibbān al-intidāb al-Brīṭānī 1922-1948 m.*[La situation sanitaire à Naplouse durant le mandat britannique, 1922-1948 AD], mémoire de MA d'histoire, Naplouse, Université Nationale Al-Najāḥ, 1421 AH / 2000 AD.

194.HIKMET, Abdül-Hakim : « La médecine en Turquie », in *Revue du Monde musulman*, 1907, t. 3, pp. 38-72.

195.IHSANOĞLU, Ekmeleddin : *Modern Ottoman medical institutions in Syria. Hospitals and Damascus medical school*, Amman, Publications of the Bilād al-Shām History Committee, 1423 AH / 2002 AD.

196.JACQUART, Danielle, & MICHEAU, Françoise : *La Médecine arabe et l'Occident médiéval*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1990.

197.JARĀDĀT, Idrīs Muḥammad Ṣaqr : *Al-ṭibb al-‘arabī al-ša‘bī fī Filasṭīn* [La Médecine arabe populaire en Palestine], coll. « Likay la nansā… » [« Pour ne pas oublier »], Markaz al-Sanābil li’l-dirāsāt wa’l-turāṯ al-ša‘bī [Centre Sanābil d’étude et de patrimoine populaires], Hébron, 2004.

198.JEFFERY, Robert : « Recognizing India's doctors : the institutionalization of medical dependency, 1918-39 », in *Modern Asian history*, 1979, Vol. n° 13, n°2, pp. 301-326.

199.KARMI, Ghada : « The colonisation of traditional Arabic medicine », in PORTER, Roy (éd.) : *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial societies*, coll. “Cambridge history of medicine”, Cambridge, Cambridge University Press, 1985, pp. 315-339.

200.KIESER, Hans-Lukas : « Le petit monde autour d'un hôpital missionnaire : Urfa, 1897-1992 », in François Georgeon & Paul Dumont (dir.), *Vivre dans l'Empire ottoman. Sociabilités et relations intercommunautaires*, coll. « Histoire et perspectives méditerranéennes », Paris / Montréal, L'Harmattan, 1997, pp. 213-236.

201.KOTTEK, Samuel S.,& WASERMAN, Manfred (éds.) : *Health and disease in the Holy Land. Studies in the history and sociology of medicine from ancient times to the present*, The Edwin Mellen Press, Lewiston / Queenston / Lampeter, 1996.

202.LATOUR, Bruno : *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, 2001.

203.LAWRENCE, Christopher : « Incommunicable Knowledge : science, technology and the clinical art in Britain, 1850-1914 », in *Journal of contemporary history*, 10/1985, Vol. 20, n° 4 : *Medicine, History and Society*, pp. 503-520.

204.LEONARD, Jacques : *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, coll. « Historique », Paris, Aubier, 1981.

205.LEV, Efraim, & PERRY, Yaron : « Ernest William Gurney Masterman, British physician and scholar in the Holy Land », in *PEF*, 10/2006, vol. 138, n°2, pp. 133-146.

206.LIEBESKIND, Claudia : « Arguing science. Unani *tibb*, hakims and biomedicine in India, 1900-50 », in ERNST Waltraud (éd.), *Plural medicine, tradition and modernity, 1800-2000*, Londres / New York, Routledge, 2002.

207.MANDRESSI, Rafael : *Le Regard de l’anatomiste. Dissection et invention du corps en Occident*, coll. « L’Univers historique », Paris, Le Seuil, 2003.

208.MONNAIS-ROUSSELOT, Laurence : *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise 1860-1939*, Paris, CNRS Editions, 1999.

209.MOULIN, Anne-Marie : « L'aventure humaine de la vaccination », in MOULIN, Anne-Marie (éd.) : *L'Aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996, pp. 11-37.

210.*IBID.* : « La métaphore vaccine », in in MOULIN, Anne-Marie (éd.) : *L'Aventure de la*

vaccination, Paris, Fayard, 1996, pp. 125-142.
211.*IBID.* : *« L'esprit et la lettre de la modernité égyptienne. L'enseignement médical de Clot Bey »,* in PANZAC, Daniel & RAYMOND, André (éds.)*, La France et l'Egypte à l'époque des vice-rois. 1805-1882*, Le Caire, Institut Français d'Archéologie Orientale, 2002, pp. 119-134.
212.NISSAN, Shmuel : « History of medicine in the Holy Land during the 19th century, 1842-1914 », in *Israel Journal of Medical Sciences*, 07/1996, vol. n°32, n°7.
213.NOVAK, Steven J. : « Professionalism and bureaucracy : English doctors and the Victorian public health administration », in *Journal of social history*, été 1973, vol. n° 6, n° 4, pp. 440-462.
214.PANZAC, Daniel : *La Peste dans l'Empire ottoman 1700-1850*, coll. « Turcica », Louvain, Editions Peteers, 1985.
215.PORMANN, Peter E. : « The Physician and the Other : Images of the Charlatan in Medieval Islam », in *Bulletin of the History of Medicine*, été 2005, vol. 79, n°2, 189-227.
216.PORTER, Roy : « The patient's view : doing medical history from below », in *Theory and society*, 03/1985, vol. 14, n° 2, pp. 175-198.
217.ROSEN, George : *A History of public health*, coll. « MD monographs on medical history », n° 1, New York, MD Publications, 1958.
218.SAPPOL, Michael : *A Traffic of dead bodies. Anatomy and embodied social identity in Nineteenth-century America*, Princeton / Oxford, Princeton University Press, 2003.
219.SAVAGE-SMITH, Emilie : « Attitudes toward dissection in Medieval Islam », in *Journal of the history of medicine and allied sciences*, janvier 1995, 50:1, pp. 67-110.
220.SCHWAKE, Norbert : *Die Entwicklung des Krankenhauswesens der Stadt Jerusalem vom Begin des 19. bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts*, 2 Vol., Herzogenrath, Verlag Murken-Altrogge, 1983.
221.*IBID.* : « The Austrian Hospital in Nazareth », in Marian Wrba (éd.), *Austrian presence in the Holy Land in the 19th and early 20th century. Proceedings of the symposium in the Austrian Hospice in Jerusalem on March 1-2, 1995*, Tel Aviv, Ambassade d'Autriche à Tel Aviv, 1996, pp. 81-97.
222.*IBID.* : « Le développement du réseau hospitalier en Palestine », in TRIMBUR, Dominique, & AARONSOHN, Ran (éds.) : *De Bonaparte à Balfour. La France, l'Europe occidentale et la Palestine 1799-1917*, Paris, CNRS-Edition, 2002, pp. 109-131.
223.SIEGFRIED, André : « La défense sanitaire de l'Occident », in *Cahiers du musée social*, 1943, n° 1: « Les problèmes de l'hygiène et de l'urbanisme », pp. 5-12.
224.SUFIAN, Sandra M. : *Healing the land and the nation. Malaria and the Zionist project in Mandatory Palestine, 1920-1947*, Th. : Histoire : New York University, mai 1999.
225.ULLMANN, Manfred Ullmann : *La Médecine islamique*, coll. « Islamiques », Paris, PUF, 1995 [Edition originale: 1978].
226.YOUNG, Elise G. : *Between* daya *and doctor : a history of the impact of modern nation-state building on health East and West of the Jordan river*, Th. : histoire : University of Massachussetts Amherst, septembre 1997.
227.ZDANOWSKI, Jerzy : « 'Saving sinners, even Moslems'. The Arabian mission in the Arabian Gulf », in Mercedes Garcia-Arenal, *Conversion islamiques. Identités religieuses et nislam méditerranéen*, Paris, Maisonneuve et Larose, 2001, pp. 301-309.
228.ZIDAT, Adel : « Western medicine in Palestine, 1860-1940 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 1993, Vol. 10, pp. 269-279.

G – Sociologie des professions :

229.BOLTANSKI, Luc : « L'espace positionnel. Multiplicité des positions institutionnelles et *habitus* de classe », in *Revue française de sociologie*, janvier-mars 1973, vol. n° 14, n° 1, pp. 3-26.
230.*IBID.* : *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Les Editions de Minuit, 1982.
231.BOURDIEU, Pierre, & BOLTANSKI, Luc : « Le titre et le poste : rapports entre le système de production et le système de reproduction », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 03/1975, n° 2, pp. 95-107.
232.CHEONG PAK YEAN : « The medical profession acts on WTO », in *Singapore medical association news*, janvier 2001, vol. n° 33, n° 1, p. 1, 6 & 10, mis en ligne à http://www.sma.org.sg/sma_news/3301/feature.pdg, consulté le 18/10/2007.
233.CHIFFOLEAU, Sylvia : *Médecines et médecins en Egypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical*, coll. « Comprendre le Moyen-Orient », Paris / Lyon, L'Harmattan / Maison de l'Orient Méditerranéen, 1997.
234.COTTER, David A., HERMSEN, Joan M., OVADIA, Seth, & VANNEMAN, Reeve, « The glass ceiling effect », in *Social forces*, 12/2001, vol. 80, n°2, pp. 655-681.
235.FREIDSON, Eliot : *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
236.LONGUENESSE, Elisabeth : « *Mihna* ou *profession*. D'une question de vocabulaire à une question de sociologie », in *Mots. Les langages du politique*, 11/2005, n°79, pp. 119-130.
237.PINELL, Patrice : « Champ médical et processus de spécialisation », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 03/2005, n°156-157, pp. 5-36.

H – Récits de voyage à caractère médicaux, ethnographie et anthropologie médicale :

238.« Die Schriften von Dr. med. Taufik Canaan », in *ZDPV*, n°79, 1963, pp. 1-7.
239.ABĒLA, Eijūb : « Beiträge zur Kenntniss abergläubischer Gebräuche in Syrien », in *ZDPV*, 1884 , vol. n°7, n°79, pp. 79-118.
240.AKALAY, Khadija : *Esquisse d'une réflexion sur une maladie cécitante, le trachome : le corps malade, son histoire, sa signification, son enjeu*, mémoire de DEA en sociologie – anthropologie, Université de Provence, Aix-en-Provence , septembre 1999.
241.ARAB, Emile : « La médecine populaire en Syrie et en Palestine », in *La Presse médicale*, 30/03/1912 , n°26, pp. 334-336.
242.BALDENSPERGER, Louise & CRAWFOOT, Grace M. : *From Cedar to hyssop. A study in the folklore of plants in Palestine*, Londres, The Sheldon Press, 1932.
243.BAUER, Leopold : « Aus dem Buch der Weiber », in *ZDPV*, 1894, Vol. 17, pp. 45-60.
244.CANAAN, Tawfīq : *Aberglaube und Volksmedizin im Lande der Bibel*, coll. « Abhandlungen des Hamburgischen Kolonialinstituts », Hambourg, L. Friederichsen & Co., 1914.
245.*IBID.* : « *Tâsit er-Radjfeh* (fear-cup) », in *JPOS*, 1923, 3, pp. 122-131.
246.*IBID.* : « The child in Palestinian Arab supersition », in *JPOS*, 1927, n° 7, pp 159-186.
247.*IBID.* : «The decipherment of Arabic talismans», in *Berythus*, 1937, Vol. 4, pp. 69-110; 1938, Vol. 5, pp. 141-149.
248.DOUTTE, Edmond : *Magie et religion en Afrique du Nord*, Paris, J. Maisonneuve / P. Geuthner, 1984 (*reprint*, 1ère édition : 1908).
249.EINSZLER, Lydia : « Das böse Auge », in *ZDPV*, 1889, vol. n° 12, pp. 200-222.
250.JAUSSEN, Jules-Antonin : « Le mauvais oeil », in *Revue biblique*, 1924, vol. n° 33, pp.

396-407.
251.JOHNSON, Thomas M., & SARGENT, Carolyn F. : « Introduction », in JOHNSON, Thomas M., & SARGENT, Carolyn F. (éds.) : *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Westport / Londres, Praeger, 1996 pp. XI-XXI.
252.*IBID.* : « *Tâsit er-Radjfeh* (fear-cup) », in *JPOS*, 1923, 3, pp. 122-131.
253.*IBID.* : «The decipherment of Arabic talismans», in *Berythus*, 1937, Vol. 4, pp. 69-110; 1938, Vol. 5, pp. 141-149.
254.KANAANEH, Rhodda : *Birthing the nation. Strategies of Palestinian women in Israel*, Berkeley / Los Angeles / Londres, University of California Press, 2002.
255.MAUCHAMP, Emile : « Un raid au désert : Sinai, Arabie-Pétrée, Moab (note de voyages, 1902) », in *Bulletin de la Société des Sciences Naturelles de Saône-et-Loire*, juin 1903, 29e année, n°6, pp. 139-155 ; juillet 1903, n°7, pp. 163-183.
256.*IBID.* : *Pétra (Impressions de Caravane)*, Chalon-sur-Saône, E. Bertrand, 1905.
257.*IBID.* : *La Sorcellerie au Maroc*, Paris, Dordon-Ainé, 1910.
258.MORSY, Soheir A. : « Political economy in medical anthropology », in JOHNSON, Thomas M., & SARGENT, Carolyn F. (éds.) : *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Londres / Westport, Praeger, 1996, pp. 21-40.
259.NASHEF, Khaled (éd.) : *Ya Kafi, ya Shafi* [Toi qui suffis, toi qui guéris]. *The Tawfik Canaan Collection of Palestinian Amulets : an Exhibition, October 30, 1998 – February 25, 1999*, Birzeit, Publications de l'Université de Birzeit, 1998.
260.RADI, Saadia : « Les maux entre Dieu, les génies et les hommes », in BENOIST, Jean (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996, pp. 171-203.
261.REGOURD, Anne : « Deux coupes magico-thérapeutiques, biens de fondation pieuse (Nord du Yémen) : transmission du savoir et efficacité », in HAMES, Constant (dir.), *Coran et talismans. Textes et pratiques magiques en milieu musulman*, Paris, Karthala, 2007, pp. 309-345.
262.RUSSELL, Alexander : *Natural history of Aleppo*, Londres, 1794.
263.SANAGUSTIN, Floréal : «Nosographie avicennienne et tradition populaire», in LONGUENESSE, Elisabeth (dir.) : *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, coll. « Comprendre le Moyen-Orient », Lyon / Paris, Maison de l'Orient Méditerranéen / L'Harmattan, 1995, pp. 39-57.
264.TAMARI, Salim : *Lepers, lunatics and saints. The nativist ethnography of Tawfiq Canaan and his Jerusalem circle* », in *Jerusalem Quarterly Files*, hiver 2004, n° 20, pp. 24-43.
265.VAN DYCK, Cornelius : «On the present condition of the medical profession in Syria», in *Journal of the American Oriental Society*, 1848-1849, Vol. 1,, pp. 561-591; *reprint* in KHOURY, Ghada Yusuf : *The Founding Fathers of the American University of Beirut. Biographies*, Beirut, AUB Press, 1992, pp. 202-232.

I – Sciences et histoire de l'éducation :

266.ABU LUGHOD, Ibrahim : « Palestinian higher education : national identity, liberation, and globalization », in *Boundary 2*, 2000, vol. 27, n° 1, pp. 75-95.
267.ANABTAWI, Samir N. : *Palestinian higher education in the West Bank and Gaza. A critical assessment*, Londres / New York / Sydney / Henley, KPI, 1986, pp. 8-11.
268.ARAB, Emile : « Un établissement qui tient en Orient la première place », in *La Presse médicale*, 20/01/1912, n° 6, pp. 58-62.
269.AYDUZ, Salim : « Süleymaniye medical madrasa (*Dār al-Tib*) in the history of Ottoman

medicine », 05/2007, disponible en ligne à : http://www.muslimheritage.com/uploads/Suleymaniye_Medical_Madrasah.pdf, consulté le 05/10/2007.
270.BERKSON, Isaac B. : « Jewish education in Palestine », in *Annals of the American Academy of political and social sciences*, novembre 1932, vol. n° 164, pp. 139-154.
271.BLAKE, Corinne Lee : *Training Arab-Ottoman bureaucrats : Syrian graduates of the* Mülkiye Mektebi*, 1890-1920*, Th. : histoire : Princeton University, 01/1991.
272.BLISS, Daniel : *Letters from a new campus*, Beyrouth, AUB Press, 1994.
273.BONNER, Thomas Neville : *Becoming a physician. Medical education in Great Britain, France, Germany, and the United States 1750-1945*, New York / Oxford, Oxford University Press, 1995.
274.*Bulletin de l'Association des Anciens Elèves de la Faculté Française de Médecine*, 1907-1914, Vol. n° 2.
275.DEGUILHEM, Randi : « State education in Syria in the 19th century : a unifying or separating force ? », in PHILIPP, Thomas, & SCHAEBLE, Birgit : *The Syrian land : processes of integration and fragmentation. Bilād al-Šām from the eighteenth to the twentieth century*, Franz Steiner, Stuttgart, 1999, pp. 221-250.
276.*IBID.* : « Impérialisme, colonisation intellectuelle et politique culturelle de la Mission Laïque Française en Syrie sous mandat », in MEOUCHY, Nadine, & SLUGLETT, Peter (éds.) : *The British and French mandates in comparative perspectives / Les mandats français et anglais dans une perspective comparative*, Leyde / Boston, Brill, 2004, 321-341.
277.DUCRUET, Jean, s.j. : *Un siècle de coopération franco-libanaise au service des professions de la santé*, Beyrouth, Imprimerie Catholique, 1992.
278.*IBID.* : « Congrégations religieuses et gouvernements français anticléricaux partenaires en Orient (1880-1910) », in CABANEL, Patrick (dir.) : *Une France en Méditerranée. Ecoles, langue et culture françaises XIXe-XXe siècles*, Paris, Creaphis, 2006, pp. 89-108.
279.DUCRUET, Jean, s.j. (dir.) : *Livre d'Or de la Faculté de médecine de l'Université Saint-Joseph, 1883-1983*, Beyrouth, Université Saint-Joseph, 1992.
280.EMCH-DERIAZ, Antoinette : « L'enseignement clinique au XVIIIe siècle : l'exemple de Tissot », in *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire médicale*, 1987, Vol. 4, pp. 145-164.
281.FACULTE FRANCAISE DE MEDECINE DE BEYROUTH : *Liste officielle de MM. les Médecins et Pharmaciens diplômés de la Faculté Française de Beyrouth (Session de mars 1887 – session de juillet 1922)*, Beyrouth, Imprimerie Catholique, 1922.
282.FORTNA, Benjamin C. : *Imperial classroom*, Oxford, Oxford University Press, 2002.
283.GOKCE, Nilufer, MESUT, Recep, & ULUCAM, Enis : « Turkish anatomy education, from the foundation of the first modern medical school to today », présentation au 7e congrès national d'histoire de la médecine, Istanbul, 06/09/2002, mis en ligne à : http://209.85.135.104/search?q=cache:rGGVcin_jzQJ:www.ishim.net/ishimj/4/09.pdf+anatomy+Ottoman+Turkey&hl=fr&ct=clnk&cd=7&gl=fr, consulté le 04/02/2007.
284.GEDEON, Edgar : « L'enseignement médical à l'époque des premiers médecins libanais diplômés », in *Bulletin de la Société libanaise d'histoire de la médecine*, 1992, n°3, pp. 48-50.
285.HAAS, Jack & SHAFFIR, William : *Becoming doctors : the adoption of a cloak of competence*, Greenwich (Connecticut) / Londres, Jai Press, 1987.
286.JEHA, Shafik : *Darwin and the crisis of 1882 in the Medical Department ; and the first student protest in the Arab world in the Syrian Protestant college (now the American University of Beirut)*, Beyrouth, AUB Press, 2004.
287.KHOURY, Ghada Yusuf (éd.) : *Ḥuṭab al-iḥtifālāt al-sanawiyyah li'l-madrasah al-*

kulliyyah al-sūriyyah al-injiliyyah, al jāmi'ah al-amīrikiyyah fī Bayrūt - ḥāliyyan 1870-1920 [Discours prononcés lors des cérémonies annuelles du Syrian Protestant College, aujourd'hui l'Université Américaine de Beyrouth, 1870-1920], Beyrouth, AUB Press, 1992.

288.NEVEU-LEMAIRE, M. : *La Faculté arabe de médecine de Damas. Extrait de* La Presse médicale *(N°23, du 20 mars 1929)*, Paris, Masson et Cie, 1929.

289.PENROSE, Stephen : *That They may have life. The story of the American University of Beirut, 1866-1941*, Beyrouth, AUB Press, 1970 (1ère édition : 1941).

290.PROGRAMME DES NATIONS-UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT : *Building a knowledge society. Arab human development report 2003*, UNDP, 2003.

291.RAFEQ, Abdul-Karim : *The History of the Syrian University. The beginning and the growth – 1901-1946. The First State University in the Arab world. The centenary of the School of Medicine. The ninetieth anniversary of the School of Law*, Damas, Librairie Nobel, 2004 (en arabe).

292.SARI, Nil : « Educating the Ottoman physician », août 2005, disponible en ligne à : http://www.muslimheritage.com/uploads/EducatingOttomanDoctors.pdf, consulté le 05/10/2007.

293.SIMON, Ernest : « Hebrew education in Palestine », in *Journal of educational sociology*, novembre 1948, vol. n° 2, n° 3, pp. 190-205.

294.SOMEL, Selçuk Akşin : *The Modernization of public education in the Ottoman Empire 1839-1908. Islamization, autocracy and discipline*, Leyde / Boston / Cologne, Brill, 2001.

295.SOUISSI, Mohammed : « Science européenne et enjeux éducatifs en Tunisie de 1850 à l'Indépendance », in *Revue du Monde Musulman et de la Méditerranée*, 1994/2, 72 : *Modernités arabes et turque : maîtres et ingénieurs*, pp. 53-59.

296.TRIMBUR, Dominique : « Une appropriation française du Levant : la mission en Orient du cardinal Dubois, 1919-1920 », in CABANEL, Patrick (dir.) : *Une France en Méditerranée. Ecoles, langue et culture françaises XIXe-XXe siècles*, Paris, Creaphis, 2006 pp. 109-128.

297.UNIVERSITE SAINT-JOSEPH, *Bibliothèque de l'externat. Catalogue des livres*, Marseille, Imprimerie E. Jouve et Cie, 1883.

298.VEINSTEIN, Gilles : « Le modèle ottoman », in GRANDIN, Nicole, & GABORIEAU, Marc (dir.) : *Madrasa. La transmission du savoir dans le monde musulman*, Paris, Editions Arguments, 1997, pp. 73-83.

299.VERDEIL, Chantal : « L'université Saint-Joseph de Beyrouth et la Troisième République (1875-1914) », in CABANEL, Patrick (dir.) : *Une France en Méditerranée. Ecoles, langue et culture françaises XIXe-XXe siècles*, Paris, Creaphis, 2006, pp. 235-252.

300.WAARDENBURG, Jean-Jacques : *Les Universités dans le monde arabe actuel. Documentation et essai d'interprétation*, 2 Vol., Paris / La Haye, Mouton & Co, 1966.

301.YILDIRIM, Nuram : « Le rôle des médecins turcs dans la transmission du savoir », in ANASTASSIADOU-DUMONT, Méropi (dir.) : *Médecins et ingénieurs ottomans à l'âge des nationalismes*, pp. 127-170.

J – Etat, autorité, souveraineté & droit :

302.AGAMBEN, Giorgio : *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, coll. « L'ordre philosophique », Paris, Le Seuil, 1997.

303.*IBID.* : *Homo Sacer III. Ce qu'il reste d'Auschwitz*, coll. « Rivages Poches. Petite Bibliothèque Paillot », Paris, Paillot, 2003.

304.AGMON, Iris Agmon : *Family and Court : Legal culture and modernity in late Ottoman Palestine*, Syracuse, Syracuse University Press, 2006.
305.APERY, Pierre (éd.), *Annuaire oriental de médecine et de pharmacie*, Istanbul, A. Christidis & Cie, 1892.
306.ARENDT, Hannah : *Les Origines du Totalitarisme*, vol. 2, *L'Impérialisme*, Paris, Fayard, 1982 [1ère édition : 1951].
307.BADIE, Bertrand : *L'Etat importé. L'occidentalisation de l'ordre politique*, coll. « L'espace du politique », Paris, Fayard, 1992.
308.BELY, Lucien : *Les Relations internationales en Europe (XVIIe-XVIIIe siècles)*, coll. « Thémis », Paris, PUF, 1992.
309.BOTIVEAU, Bernard : *Loi islamique et droit dans les sociétés arabes*, Paris / Aix-en-Provence, Karthala / IREMAM, 1993.
310.CAPLAN, Jane : « 'This or that particular person' : protocols of identification in nineteenth-century Europe » in CAPLAN, Jane, & TORPEY, John (dir.) *Documenting individual identity. The development of State practices in the Modern world*, Princeton & Oxford, Princeton University Press, 2001.
311.FAHRMEIR, Andreas « Governments and forgers : passports in nineteenth-century Europe », in CAPLAN, Jane, & TORPEY, John (dir.) *Documenting individual identity. The development of State practices in the Modern world*, Princeton & Oxford, Princeton University Press, 2001..
312.FLOQUET, Charles, & LECHOPIE, A. : *Droit médical ou code des médecins*, Paris, O. Doin, 1890.
313.FOUCAULT, Michel, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, coll. « Hautes études », Paris, Gallimard / Seuil, 2004.
314.KOJEVE, Alexandre : *La Notion d'autorité*, coll. « Bibliothèque des idées », Paris, NRF-Gallimard, 2004.
315.MAISTRE, Joseph (de), *Les Soirées de St Pétersbourg ou Entretien sur le Gouvernement temporel de la Providence*, Paris, Librairie grecque, latine et française, 1821.
316.MAKTABI, Rania : « State formation and citizenship in Lebanon. The politics of membership and exclusion in a sectarian state », in BUTCHENSON, Nils A., DAVIS, Uri, & HASSASSIAN, Manuel (éds.) : *Citizenship and the state in the Middle East. Approaches and applications*, coll. « Contemporary issues in the Middle East », Syracuse, Syracuse University Press, 2000, pp. 146-178.
317.MANSOUR, Camille : *L'Autorité dans la pensée musulmane. Le concept d'Ijmâ' (Consensus) et la problématique de l'autorité*, coll. « Etudes musulmanes », n° 18, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1975.
318.ROSENHEK, Zeev : « The contradictions of Palestinian citizenship in Israel. Inclusion and exclusion in the Israeli welfare state », in BUTSCHENSON, N.A., DAVIS, Uri, & HASSASSIAN, M. : *Citizenship and the State in the Middle East*, Syracuse, Syracuse University Press, 2000, pp 288-315.
319.ROUHANA, Nadim N. : *Palestinian citizens in an ethnic Jewish State : identities in conflict*, New Haven / Londres, Yale University Press, 1997.
320.SHARAKA, Mohamed : *L'Evolution de l'Administration locale en Palestine de 1900 à 1995*, 2 Vol., Th. : sciences politiques : Université de Paris IX – Dauphine, 1996.
321.SCHAUB, Jean-Frédéric : « La notion d'Etat moderne est-elle utile ? Remarques sur les blocages de la démarche comparatiste en histoire », in *Cahier du monde russe*, 2005, vol. n° 46, n° 1-2, pp. 51-64.
322.THOMPSON, Elizabeth : *Colonial citizens. Republican rights, paternal privilege, and gender in French Syria and Lebanon*, New York, Columbia University Press, 2000.
323.YOUNG, George : *Corps de droit ottoman. Recueil des codes, lois, règlements, ordonnances et actes les plus importants du droit intérieur, et d'études sur le droit*

coutumier de l'Empire ottoman, 5 Vol., Oxford, The Clarendon Press, 1905.

K – Histoire des migrations :

324.BAILEY, Samuel L. : *Immigrants in the Lands of Promise. Italians in Buenos Aires and New York City, 1870-1914*, Ithaca / Londres, Cornell University Press, 1999.
325.GOTTHEIL, Fred M. : « The smoking gun, Arab immigration into Palestine, 1922-1931 », in *The Middle East Quarterly*, 11/2003, vol. n°10, n°1, mis en ligne à http://www.meforum.org/article/522/, consulté le 01/05/2007.
326.GUETAT-BERNARD, Hélène : « Mobilités spatiales des femmes Bamiléké du Cameroun : des médiations et des continuums », in CAPRON, Guénola, CORTES, Geneviève, & GUETAT-BERNARD, Hélène (dir.), *Liens et lieux de la mobilité. Ces autres territoires*, coll. « Mappemonde », Paris, Belin, 2005, pp. 63-80.
327.PETERS, Joan : *From time immemorial. The Origin of the Arab-Jewish conflict over Palestine*, New York, Harper & Row, 1984.
328.MASSEY, Diygkas S., ARANGO, Joaquin, HUGO, Graeme, KOUAOUCI, Ali Kouaouci *et al.* : « Theories of international migration : a review and appraisal », in Anthony M., & HALAV, Gallya Halav, *The Migration reader. Exploring politics and policies*, Boulder / Londres, Lynne Rienner Publishers, 2006, pp. 34-62.
329.ROSENTAL, Paul-André : *Les Sentiers invisibles. Espace, familles et migrations dans la France du 19e siècle*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1999.
330.THISTLETHWAITE, Frank : « Migration from Europe overseas in the nineteenth and twentieth centuries », in Rudolph J. Vecoli & Suzanne M. Sinke (éds.), *A Century of European migrations, 1830-1930*, Urbana / Chicago, University of Illinois Press, 1991.
331.TILLY, Charles : « Migration in modern European history », cité in MESSINA, Anthony M., & HALAV, Gallya Halav, *The Migration reader. Exploring politics and policies*, Boulder / Londres, Lynne Rienner Publishers, 2006, pp. 126-146.
332.TOREN, Nina : « Return migrations to Israel », in *International migration review*, printemps 1978, vol. n° 12, n° 1, pp. 39-54.

L – Histoire religieuse :

333.ABU MANNEH, Butros : « The Islamic roots of the Gülhane Rescript », in *Die Welt des Islams*, 1994, n° 34, pp. 173-203.
334.BIRLEIGH, J.H.S. : *A Church history of Scotland*, Londres, Oxford University Press, 1960.
335.CORCKET, Pierre : *Les Lazaristes et les Filles de la Charité au Proche-Orient 1783-1983*, Beyrouth, Maison des Lazaristes, 1983.
336.DAVISON, Roderic H. : Roderic H. Davison, « Turkish reactions concerning Christian-Muslim equality in the nineteenth century », in HOURANI, Albert, KHOURY, Philip, & WILSON, Mary C. (éds.), *The Modern Middle-East : a reader*, Londres / New York, I.B. Tauris, 1993, pp. 61-81.
337.DEGUILHEM, Randi : « Shared space or contested space : religious mixity, infrastructural hierarchy and the builders' guild in mid-nineteenth century Damascus », in DEGUILHEM, Randi, & FAROQHI, Suraiya (éds.) : *Crafts and craftsmen of the Middle East. Fashioning the individual in the Muslim Mediterranean*, Londres / New

York, I.B. Tauris, 2005, pp. 261-282.
338.DIRECHE-SLIMANI, Karima : *Chrétiens de Kabylie, 1873-1954. Une action missionnaire dans l'Algérie coloniale*, Paris, Editions Bouchene, 2004.
339.DUCOS, Jacques : *Marie-Jeanne Rumèbe. Soeur Joséphine de Jérusalem, missionnaire en Terre sainte. Milhas-Aspet 1850 – Jérusalem 1927*, Aspet, Editions Catherine de Coarraze, 1998.
340.DUPRONT, Alphonse : *Le Mythe de croisade*, 4 vol., coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, NRF-Gallimard, 1997.
341.DURAND, Suzanne-Marie : *Une Figure de Terre sainte : Soeur Joséphine de Jérusalem, 1850-1927. Fondatrice de la maison et du sanctuaire de Notre-Dame de l'Arche d'Alliance*, Paris / Fribourg, Editions Saint-Paul, 1974.
342.EISLER, Ejal Jakob : « Gewalt gegen die protestantische Mission in Nablus und die nachfolgende Versöhnung (1854-1901) », in VAN DER HAYDEN, Ulrich, & BECEHR, Jürgen (éds.) : *Mission und Gewalt : der Umgang christlicher Missionen mit Gewalt und die Ausbreitung des Christentums in Afrika und Asien in der Zeit von 1792 bis 1918/19*, Missionsgeschichtliches Archive, n°6, Stuttgart, Franz Steiner, 2000, pp 43-53.
343.FRANKEL, Jonathan : *The Damascus affair. « Ritual murder, » politics, and the Jews in 1840*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
344.LEGRAND, Eugène (Dom) : *Sœur Sion et l'établissement des Filles de la Charité en Terre sainte*, Paris, Victor Lecoffre, 1905.
345.LEVI, Giovanni : *Le Pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVIIe siècle*, coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, NRF-Gallimard, 1984.
346.NIRENBERG, David : *Communities of Violence. Persecution of minorities in the Middle Ages*, Princeton, Princeton University Press, 1996.
347.PORTER, Andrew : *Religion versus empire ? British Protestant missionaires and overseas expansion, 1700-1914*, Manchester / New York, Manchester University Press, 2004.
348.SAAÏDIA, Oissila : « L'anticléricalisme article d'exportation ? Le cas de l'Algérie avant la Première Guerre mondiale », in *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 2005, n° 87, pp. 101-112.
349.SHARVIT, Yossef Sharvit, *La France, l'élite rabbinique d'Algérie et la Terre sainte au XIXe siècle : tradition et modernité*, Paris, H. Champion, 2005.
350.STOCKDALE, Nancy L. : « Danger and the missionary enterprise : the murder of Miss Matilda Creasy », in MURRE-VAN DEN BERG, Heleen (éd.) : *New Faith in ancient lands. Western missions in the Middle East in the Nineteenth and early Twentieth centuries*, coll. « Studies in Christian missions », Leyde / Boston, Brill, 2006, 113-132.
351.VERETE, Mayir : in « The idea of the restoration of the Jews in English protestant thought » in ROSE, Norman (éd.) : *From Palmerston to Balfour. Collected Essays of Mayir Vereté*, Londres, Frank Cass, 1992, pp. 78-140.
352.WEISMANN, Itzchak & ZACHS, Fruma (dir.) : *Ottoman reform and Muslim regeneration : studies in honour of Butrus Abu-Manneh*, Londres / New York, I.B. Tauris, 2005.
353.YAZBAK, Mahmoud : « Templars as proto-Zionists ? The "German colony" in late Ottoman Haifa », in *Journal of Palestine Studies*, été 1999, vol. 28, n°4, pp. 40-54.
354.*IBID.* : « Nabulsi Ulama in the late Ottoman period, 1864-1914 », in *IJMES*, 02/1997, vol. n° 29, n°1, pp. 71-91.
355.ZILFI, Madeline C. : *The Politics of piety : the Ottoman ulema in the postclassical age (1600-1800)*, coll. « Studies in Middle Eastern History », Minneapolis, Bibliotheca islamica, 1988.

M – Descriptions ethnographiques, biographies, mémoires et récits :

356.BAHJAT, Muḥammad, & TAMĪMĪ, Rafīq al- : *Wilāyat Bayrūt* [La province de Beyrouth], 2 Vol., Beyrouth, Imprimerie Al-Iqbāl, 1335 AH / 1917 AD.
357.BALDENSPERGER, Philip G. : « The immoveable east », in *Palestine Exploration Fund Quarterly*, 04/1906, pp. 97-102.
358.BLIND, Auguste : *L'Orient vu par un médecin. Egypte, Palestine, Syrie*, coll. « Bibliothèque internationales de l'A.P.M. », Paris, Imprimerie spéciale de « Scientifica », revue officielle de l'APM, 1913.
359.BOULOS, Nassib : *A Palestinian landscape*, Beyrouth, Arab Institute for Research and Publishing, 1998.
360.DARWAZAH, Muḥammad ‘Izzat : *Mi’at ‘ām Filasṭīn. Mudakkarāt wa-tasjīlāt* [Cent ans en Palestine. Souvenirs et documents], 2 Vol., Amman, Association palestinienne d’histoire et d’archéologie / Centre palestinien de géographie, 1984.
361.EWING, W. : *Paterson of Hebron « The Hakim ». Missionary Life in the Mountain of Judah*, James Clarke & Company, Londres, 1930.
362.HERZL, Theodore : *Altneuland*, Berlin / Vienne, B. Harz Verlag, 1904.
363.HŪRĪ, Qayṣar : *Al-Dikrayyāt*, 2 Vol., Jérusalem, Al-Maṭba‘ah al-tijāriyyah, 1945.
364.HŪRĪ, Šākir al- : *Majma‘ al-masarrāt* [La collection des plaisirs], Beyrouth, Laḥad Hāṭir, 1985 (1ère édition : 1908).
365.JAUSSEN, Jules-Antonin, o.p. : *Coutumes Palestiniennes. Naplouse et son district*, Paris, Librairie Geuthner, 1927.
366.*IBID.* : « Le Cheikh Sa'ad ad-Din et les *Djinn*, à Naplouse », in *JPOS*, Vol. III, 1923, 146-157.
367.KHAYAT, Assaad : *A Voice from Lebanon. With the life and travels of Assaad Khayat*, Londres, Madden & Co., 1847.
368.LAWRENCE, T.E. :lettre à sa famille, du Caire, 12/02/1915 mise en ligne à http://telawrence.net/telawrencenet/letters/1915/150212_family.htm, consulté le 30/04/2007.
369.LIVINGSTONE, W.P., *A Galilee doctor. Being a sketch of the career of Dr D.W. Torrance of Tiberias*, Londres, Hodder and Stoughton, 1923.
370.MADDEN, Richard Robert : *Travels in Turkey, Egypt, Nubia and Palestine, in 1824, 1825, 1826, 1827*, 2 Vol., Londres, Henry Colburn, 1829.
371.MAṢRĪ, Mālik Fāyiz al- : *Nābulsiyyāt. Min bawākīr al-dikrayyāt wa'l-wujūh wa'l-ṣuwar al-šaḥṣiyyah* [Choses de Naplouse. Une première récolte de mémoires, points de vue et images personnelles], Naplouse, Maktabat Hālid b. al-Walīd / Maktabat al-Najāḥ al-ḥadīṯah, 1997.
372.MU‘AYYAD, Ḥabīb : *Eight years with ‘Abdul-Bahâ’*, 1945, traduit et mis en ligne par Ahang Rabbani, à http://ahang.rabbani.googlepages.com/muayyad , consulté le 30/04/2007.
373.RISK ALLAH EFFENDI, Habeeb : *The Cedar and the thistle*, Reading, Garnet Publishing, 2001 [*reprint*, 1ère édition: Londres, James Madden, 1854].
374.ROGERS, Mary Eliza : *La Vie domestique en Palestine*, Paris, Agence de la Société des écoles du dimanche, 1865.
375.ROTHENBERG, Celia E. : *Spirits of Palestine. Gender, society, and stories of the jinn*, Lanham / Boulder / New York / Toronto / Oxford, Lexington Books, 2004.
376.SPAFFORD-VESTER, Bertha : *Our Jerusalem. An American family in the Holy City, 1881-1949*, Garden City, New York, Doubleday & Compagny, 1950.
377.SAKĀKĪNĪ, Ḥalīl al- : *Yawmiyyāt Ḥalīl al-Sakākīnī. Yawmiyyāt. Rasā'il. Ta'ammulāt*, Vol. 1, *New York. Sulṭānah. Al-Quds*, Jérusalem / Ramallah, Institute of Jerusalem Studies / Centre cuturel Khalil Sakakini, 2003.

378.TOBLER, Titus : *Beitrag zur medizinischen Topographie von Jerusalem*, Berlin, G. Reimer, 1855.
379.ZAYDAN, Jurji : *The Autobiography of Jurji Zaidan (with four letters to his son) / Mudhahkirat Jurji Zaydan* [Philipp Thomas (éd.)], Washington, Three Continents Press, 1990.
380.*IBID.* : « Filasṭīn » [La Palestine], in *Mu'allafāt Jurjī Zaydān al-kāmilah* [Oeuvres complètes de Jurjī Zaydān], 21 vol., Beyrouth, Dār al-Jīl, 1982, vol. 19, 465-543.

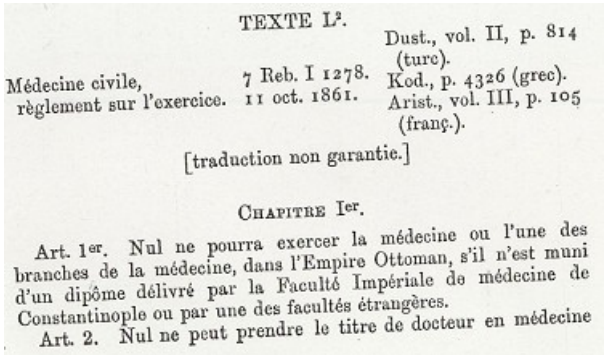
Annexe A : le droit médical ottoman et la réglementation de l'exercice de la médecine

Nous reproduisons ici les textes législatifs relatifs au droit médical et au droit criminel touchant à la médecine rassemblés dans les collections de droit ottoman d'Aristarchi Bey (datant des années 1870) et de George Young (1905).

I – Réglementation de l'exercice de la médecine et instances de contrôle médical

A – Règlement sur l'exercice de la médecine de 1861

(Source : G. Young, *Op. cit.*, Vol. n° 3, pp. 196-198.)



TEXTE I[2].

Médecine civile, règlement sur l'exercice.	7 Reb. I 1278. 11 oct. 1861.	Dust., vol. II, p. 814 (turc). Kod., p. 4326 (grec). Arist., vol. III, p. 105 (franç.).

[traduction non garantie.]

CHAPITRE Ier.

Art. 1er. Nul ne pourra exercer la médecine ou l'une des branches de la médecine, dans l'Empire Ottoman, s'il n'est muni d'un diplôme délivré par la Faculté Impériale de médecine de Constantinople ou par une des facultés étrangères.

Art. 2. Nul ne peut prendre le titre de docteur en médecine

ou en chirurgie s'il n'est pourvu d'un diplôme comme il est dit à l'article précédent.

Art. 3. Les docteurs en médecine ou en chirurgie des facultés étrangères, arrivés dans le pays après la publication du présent règlement, sont tenus (1):

1° De faire enregistrer leur diplôme à l'École Impériale de médecine. Cet enregistrement ne sera effectué que sur l'exhibition du passeport, visé par l'autorité dont ils relèvent à Constantinople.

2° De subir un colloquium.

Ces formalités remplies, un permis d'exercice leur sera délivré moyennant la somme de Ps. 500, qu'ils devront verser au moment de le recevoir.

Art. 4. Tous les docteurs en médecine ou en chirurgie exerçant à Constantinople, avant la publication du présent règlement, doivent se présenter à l'École Impériale de médecine pour faire enregistrer leur diplôme.

Art. 5. Tout docteur en médecine ou en chirurgie exerçant dans les provinces doit envoyer à l'École Impériale de médecine par l'entremise du gouverneur général de la province, une copie légalisée de son diplôme. Cette légalisation sera faite, pour les sujets ottomans, par le grand Conseil de la province, et, pour les sujets étrangers, par leurs consulats.

Art. 6. Nul docteur en médecine ou en chirurgie ne pourra fournir des médicaments si ce n'est dans les lieux où il n'existe aucune pharmacie légalement établie.

Art. 7. Les sages-femmes des facultés étrangères, pour pouvoir exercer l'art des accouchements dans l'Empire Ottoman, devront se conformer à l'art 3, en payant seulement Ps. 100.

Les sages-femmes exerçant dans les provinces devront se conformer à l'art. 5.

Art. 8. Les sages-femmes ne pourront, dans aucun cas, employer les forceps, ni aucun instrument obstétrical, ni pratiquer la version. L'administration du seigle ergoté et de tout médicament actif leur est absolument défendu.

(1) La S. Porte annonça, par une note verb. id. du 29 juill. 1888 adressée aux Missions, que tous les médecins sujets étrangers qui s'étaient établis dans les provinces ottomanes depuis 1861 sans permis d'exercice et qui, par conséquent, exerçaient en contravention de cette loi, devaient venir à Constantinople pour subir un examen et se mettre en règle avec les prescriptions de l'art. 3. Mais, à la fin, les Missions obtinrent qu'on leur fit grâce de cette formalité, et que les diplômes fussent simplement légalisés par la Faculté de médecine à Constantinople. La Faculté de médecine à Constantinople devra publier une liste et ajouter à la fin de chaque année les noms des docteurs en médecine ou en chirurgie inscrits dans le courant de l'année. Dès qu'un nouveau docteur sera inscrit, le Conseil Impérial de médecine le fera connaître à toutes les pharmacies.

La Direction de l'École Impériale de médecine est chargée de pourvoir de médecins aux provinces qui n'en ont pas, afin que le présent règlement puisse recevoir le plus tôt possible une application générale.

Chapitre II.

Dispositions provisoires.

Art. 9. Pourront exercer :

1° Les officiers de santé reçus à la Faculté Impériale de médecine à Constantinople.

2° Les personnes qui exercent en vertu d'un permis délivré par un des anciens médecins en chef ou d'un directeur de l'École Impériale de médecine.

3° Ceux qui ont été employés dans les hôpitaux et dans les provinces en qualité de médecins et de chirurgiens par l'École Impériale de médecine.

Art. 10. Les médecins et chirurgiens de ces trois catégories ne pourront pas pratiquer des grandes opérations.

Art. 11. Tout individu qui exerce une des branches de la petite chirurgie, en vertu d'un permis délivré par l'autorité compétente, ou qui aurait été employé en qualité de chirurgien dans l'armée ottomane, sera autorisé à exercer la petite chirurgie. Il devra se présenter à l'École Impériale de médecine pour être inscrit de nouveau.

Chapitre III.

Dispositions pénales.

Art. 12. Tout contrevenant aux dispositions des articles 1 et 2, sujet étranger ou ottoman, sera puni d'une amende de deux à sept médjidiés d'or. L'amende sera double en cas de récidive, et les contrevenants seront, en outre, condamnés à un emprisonnement de deux à six mois.

Art. 13. Seront également passibles d'une amende de un à cinq médjidiés d'or tous ceux qui contreviendront aux dispositions des articles 3, 4, 5 et 6.

Art. 14. Tout individu qui rentre dans la catégorie des articles 8, 10 et 11 sera passible d'une amende de trois à sept médjidiés d'or.

Chapitre IV.

Dispositions complémentaires.

Art. 15. Le présent règlement entre en vigueur, pour Constantinople, trois mois après sa publication, et un an après cette publication, là où il y a des médecins autorisés.

Art. 16. Une liste de tous les médecins enregistrés à l'École Impériale de médecine sera dressée par celle-ci, publiée par tous les journaux de la Capitale et adressée à toutes les pharmacies.

B – Règlement sur l'exercice de la pharmacie civile de 1862

(Source : G. Young, *Op. cit.*, Vol. n° 3, pp. 199-203.)

TEXTE Lp.

Pharmacie civile, règlement sur l'exercice. — 7 Djem. II 1279. 17–29 nov. 1862. — Dust., vol. II p. 817 (turc). Kod., p. 4330 (grec).

[traduction non garantie.]

CHAPITRE Ier.

Des pharmaciens.

Art. 1er. Nul ne pourra exercer la pharmacie, ouvrir une officine, préparer, vendre ou débiter aucun médicament s'il n'a été reçu maître en pharmacie à l'École Impériale de médecine ou dans une université d'Europe et si, en outre, il n'a obtenu un permis *ad hoc* délivré par ladite école.

Sont exceptés de la première disposition ceux des pharmaciens sans diplôme qui tiennent actuellement officine ouverte en vertu d'un permis accordé par l'École Impériale de médecine antérieurement au mois de Ramazan de l'année 1276 de l'Hégire (11–23 mars 1860).

Art. 2. Le permis d'exercer sera accordé, de plein droit, à tout maître en pharmacie qui en fera la demande par écrit, et, après que ses titres auront été reconnus valables. Si le demandeur ne tient pas son diplôme de l'École Impériale de médecine, il aura de plus à satisfaire à un colloquium.

Art. 3. Il sera tenu à l'École Impériale de médecine un registre spécial où seront inscrits tous les pharmaciens pourvus du permis d'exercer.

CHAPITRE II.

Des officines.

Art. 4. Le nombre des officines ou pharmacies est illimité.

Art. 5. Nul pharmacien ne peut ouvrir une officine ou la déplacer, sans en avoir fait la déclaration à l'École Impériale de médecine où cette déclaration sera enregistrée.

Art. 6. Le propriétaire d'un fonds de pharmacie doit être pharmacien autorisé, c'est-à-dire muni du permis d'exercer.

Art. 7. Un pharmacien ne peut gérer qu'une seule officine.

Art. 8. Toute officine ne peut être dirigée que par un pharmacien autorisé.

Art. 9. Il est défendu à tout pharmacien muni du permis d'exercer de servir de prête-nom à une personne non autorisée, pour l'exploitation d'une officine.

Art. 10. Les pharmaciens employés dans le service militaire ou dans les hôpitaux ne peuvent tenir officine.

Art. 11. Aucun élève reçu maître en pharmacie ne pourra ouvrir ou diriger une officine à une distance plus rapprochée que mille et un pics des pharmacies où il aura été employé, à moins du consentement du ou des pharmaciens intéressés. Cette disposition cesse d'être obligatoire au bout de trois ans.

CHAPITRE III.

Des règles à observer dans l'exercice de la pharmacie.

Art. 12. Toutes les officines doivent être pourvues de certains médicaments indispensables dont il sera dressé une liste réglementaire, ainsi que de poids uniforme réglés par la Direction des affaires médicales.

Art. 13. Tous les médicaments doivent être soigneusement classés; ils doivent être en parfait état de conservation et exempts de toute espèce d'adultération.

Art. 14. Les substances éminemment toxiques doivent être tenues à part dans un endroit sûr et fermé à clef.

Art. 15. Pour toutes les préparations officinales les pharmaciens sont tenus de se conformer au codex adopté par l'École Impériale de médecine.

Art. 16. Aucune ordonnance ne doit être expédiée, si elle n'est revêtue de la signature d'un des médecins, chirurgiens ou vétérinaires inscrits à l'École Impériale de médecine et dont chaque pharmacie doit posséder la liste officielle.

Art. 17. Toute ordonnance expédiée doit être inscrite avec un numéro d'ordre dans un registre paraphé par la Direction des affaires médicales.

Art. 18. Toute expédition d'ordonnance doit être cachetée et doit porter sur l'étiquette l'indication suivante :

'Médicament à tel usage pour M. X. . . . . '

L'étiquette des médicaments pour usage interne doit être de couleur blanche, et celle des médicaments pour usage externe, de couleur orangée.

Art. 19. Le pharmacien ne doit, dans aucun cas, altérer le texte d'une ordonnance, ou substituer une substance à une autre, ou modifier la dose prescrite ; mais s'il rencontre ou soupçonne une erreur, il est de son devoir de ne pas exécuter la prescription sans avoir fait part de ses remarques au signataire de l'ordonnance et avant d'avoir reçu de lui une réponse par écrit.

Art. 20. Le pharmacien est tenu de rendre l'ordonnance qu'il a exécutée, après en avoir gardé copie et l'avoir enregistrée dans le livre *ad hoc* spécifié dans l'art. 17. Il écrira en même temps le numéro d'enregistrement sur l'ordonnance rendue.

Art. 21. Il est expressément défendu aux pharmaciens de délivrer aucun médicament actif, et, à plus forte raison, aucune substance toxique, sans une ordonnance signée d'un médecin, chirurgien ou vétérinaire inscrit à l'École Impériale de médecine.

Il leur est également interdit de faire aucune prescription médicale, et, en général, de se livrer à la pratique de la médecine.

Art. 22. Est illicite toute entente ou association entre pharmacien et médecin dans un but d'exploitation des malades.

Art. 23. La vente en gros des substances toxiques ne peut être faite qu'à des personnes honorablement connues et sur une déclaration signée de leur part indiquant l'usage qu'elles en feront.

Art. 24. Est interdite la vente de tout remède secret qui ne serait pas autorisé par l'École Impériale de médecine.

Art. 25. Nul autre qu'un pharmacien muni du permis d'exercer ne pourra, dans aucun cas et sous aucun prétexte, débiter des substances médicamenteuses actives en détail, ni expédier une ordonnance du médecin, chirurgien ou vétérinaire. Cette défense s'applique plus particulièrement aux droguistes et aux herboristes.

CHAPITRE IV.

Des Inspections.

Art. 26. Tous les six mois il sera fait régulièrement une inspection des pharmacies; il y aura en outre des inspections extraordinaires.

Art. 27. Ces inspections seront faites par des commissaires au nombre de trois au moins, délégués *ad hoc* par l'École Impériale de médecine et assistés par un agent de l'autorité municipale ou de la police.

Art. 28. Tout pharmacien sera tenu, sur la réquisition en règle des commissaires, de soumettre à leur inspection les drogues ou produits quelconques que renferment son officine, son laboratoire et ses magasins, ainsi que les poids, mesures, instruments, registres, etc., en un mot, tout ce qui se rattache à l'exercice de la profession.

Art. 29. En cas de contravention flagrante ou seulement présumée, la commission aura droit de saisie provisoire. Elle fera ensuite, dans le délai de trois jours, son rapport à l'École Impériale de médecine qui, après examen, statuera sur le fait.

CHAPITRE V.

Des élèves civils.

Art. 30. Quiconque veut devenir élève civil en pharmacie doit se présenter à l'École Impériale de médecine. L'élève est inscrit sur un registre *ad hoc* et il lui est délivré un certificat d'inscription.

Art. 31. Pour être admis à recevoir le titre de maître en pharmacie, l'élève doit avoir fait six ans, au moins, de stage dans une ou plusieurs officines autorisées.

Ce stage sera réparti en deux périodes, de trois ans chacune. Pendant toute la seconde période, c'est-à-dire à partir de la quatrième année de stage, l'élève sera tenu de subir un examen satisfaisant sur la langue française et l'arithmétique, et de suivre les cours de pharmacie à l'École Impériale de médecine.

Art. 32. Lorsqu'il aura accompli les six années de stage, l'élève sera admis à subir les examens voulus pour obtenir le diplôme de maître en pharmacie. Après examens satisfaisants, ce diplôme lui sera délivré par l'École Impériale de médecine.

Art. 33. Aucun élève ne pourra quitter le pharmacien chez lequel il est placé sans l'avoir averti, au moins quinze jours d'avance et sans avoir obtenu de lui un certificat de congé. L'avertissement sera constaté par une reconnaissance signée du pharmacien. En cas de refus de la part de ce dernier de donner ce certificat de congé, l'élève en fera la déclaration à l'École Impériale de médecine qui statuera.

Art. 34. Aucun pharmacien ne devra accepter un élève sans avoir exigé de lui son certificat d'inscription, et si l'élève sort d'une autre pharmacie, sans s'être fait présenter son certificat de congé.

Art. 35. Un élève sortant d'une officine ne pourra, sans le consentement du patron qu'il quitte, entrer dans une autre officine placée à moins de mille et un pics de la première.

CHAPITRE VI.

Droits à percevoir par l'École Impériale de médecine.

Art. 36. Pour le diplôme de maître en pharmacie délivré à un élève civil, il sera perçu par l'École un droit de Ps. 500.

Art. 37. Pour le permis d'exercer délivré à un maître en pharmacie, qui ne tient pas à un diplôme de l'École Impériale de médecine, il sera également perçu un droit de Ps. 500.

Art. 38. Tout contrat ou tout autre acte concernant l'exercice de la pharmacie qui sera soumis à l'École Impériale de médecine donnera lieu à un droit d'enregistrement de Ps. 25.

Art. 39. Pour chaque inspection semestrielle il sera payé à l'École, pour chaque pharmacie inspectée, la somme de Ps. 50. Les inspections extraordinaires seront gratuites.

CHAPITRE VII.

Des pénalités.

Art. 40. Toute contravention au présent règlement sera poursuivie et punie.

Art. 41. L'exercice illégal de la pharmacie sera puni de la fermeture de l'officine et d'une amende de £T10 à £T50.

Art. 42. Les pharmaciens munis d'un permis d'exercer qui seraient en contravention au présent règlement seront passibles des peines disciplinaires suivantes :

(*a*) Saisie totale des objets en contravention ;
(*b*) Amende de £T1 à £T50 ;
(*c*) Fermeture de la pharmacie pendant trois mois au maximum.
(*d*) Retrait temporaire du permis d'exercer qui ne dépassera pas deux ans ;
(*e*) Retrait définitif du permis d'exercer.

Art. 43. En cas de préjudices graves, les délinquants seront, en outre, passibles des réparations pécuniaires prévues par les lois du pays.

Art. 44. Le degré de ces diverses pénalités applicables à chaque cas est laissé à l'appréciation du tribunal qui prendra en considération l'importance de la contravention, l'état ou non de récidive, en un mot, toutes les circonstances atténuantes ou aggravantes.

Art. 45. Toutes les contraventions concernant l'exercice de la pharmacie seront déférées au Conseil Impérial de médecine qui se constituera en tribunal pour juger l'affaire et statuer, s'il y a lieu, sur la peine à appliquer.

Art. 46. Le corps des pharmaciens désignera chaque année trois délégués qui seront admis à prendre part, au sein du Conseil de l'École Impériale de médecine, à toutes les délibérations concernant l'exercice de la pharmacie. Ces délégués seront renouvelés tous les ans.

CHAPITRE VIII.

Dispositions complémentaires.

Art. 47. En cas de contestation sur les prix des médicaments, la question sera jugée par l'École Impériale de médecine, de même que toutes les contestations concernant l'exercice de la pharmacie.

Art. 48. Toute disposition antérieure qui serait contraire au présent règlement est abrogée.

Art. 49. L'École Impériale de médecine est chargée de veiller à l'exécution dudit règlement qui, dans sa teneur actuelle, n'est applicable qu'à la circonscription de Constantinople.

C – Règlement sur la Direction du conseil des affaires médicales civiles de 1869

(Source : G. Young, *Op. cit.*, Vol. n° 3, pp. 194-196.)

TEXTE L[1].

Direction du Conseil des affaires médicales civiles, règlement.	27 Chab. 1286. 2 déc. 1869.	Dust., vol. II, p. 83 (turc). Kod., p. 4321 (grec). Arist., vol. III, p. 110 (franç.).

CHAPITRE Ier.

Art. 1er. L'administration des affaires médicales civiles est confiée à la Direction de l'École Impériale de médecine, avec le titre de Direction des affaires médicales civiles (1).

Art. 2. La Direction des affaires médicales civiles aura sous elle un Conseil médical (2).

Art. 3. Ce Conseil se compose d'un Président, d'un Secrétaire général (3) et de huit membres (4) dont six docteurs en médecine et deux pharmaciens chimistes (5).

Art. 4. Le Président aura Ps. 2500 d'appointements, le secrétaire Ps. 2000 ; quant aux membres, ils n'auront droit qu'à un jeton de présence d'une livre par séance.

Art. 5. Le Conseil peut, avec le consentement du Directeur, s'adjoindre au besoin un certain nombre d'élèves de la neuvième et de la dixième classe de l'école (comme auditeurs).

CHAPITRE II.

Attributions de la Direction.

Art. 6. Le Directeur des affaires médicales civiles, tout en continuant de relever du Ministère de la Guerre pour tout ce qui concerne l'École de Médecine, se trouve sous la dépendance du

(1) Depuis, il a été créé un Conseil d'hygiène et de Salubrité publique, composé de treize membres, sous la présidence du Ministre de l'Intérieur, se réunissant les lundis.
(2) Le Conseil médical siège à la Faculté Impériale de médecine et se réunit les mercredis et samedis.
(3) Le Président et le Secrétaire-général sont tous deux nommés par le Sultan ; trois autres secrétaires ont été ajoutés depuis.
(4) v. art. 46, L1.
(5) Sans voix délibérative, art. 23.

Ministre de l'Intérieur pour les affaires médicales civiles. Il peut, en outre, entretenir des relations directes avec les chefs des différentes administrations et les gouverneurs-généraux des provinces.

Art. 7. Le Directeur des affaires médicales est tenu de s'en rapporter au Ministre de l'Intérieur pour les principes généraux et les questions importantes; quant aux détails et aux affaires courantes, il peut, sur l'avis du Conseil, les mettre directement en exécution.

Art. 8. Le choix, la nomination et la destitution des membres du conseil et des autres employés sont dans les attributions du Directeur.

Chapitre III.

Attributions du Conseil.

Art. 9. Les attributions du Conseil médical sont :

1° D'étudier et de décider toutes les questions qui sont du ressort de l'hygiène publique;

2° D'entretenir des relations avec les comités d'hygiène et de salubrité publique qui fonctionnent à l'étranger;

3° De surveiller, sous l'action du directeur, l'exercice de la médecine et de la pharmacie civile; de veiller à l'exécution des règlements de la médecine et de la pharmacie civile, et de faire l'inspection des médicaments;

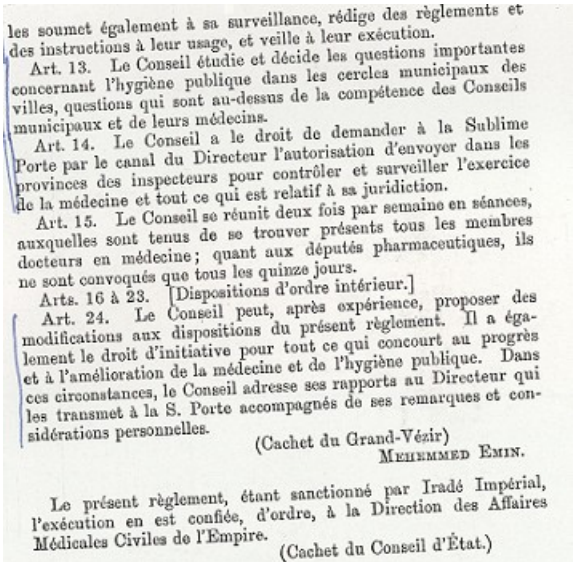
4° De se constituer en tribunal pour juger les délits concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie civile, et de donner la sentence au point de vue technique des questions jugées;

5° De contrôler, sur la réquisition de l'autorité, les expertises médico-légales et de rédiger les instructions nécessaires; au besoin le Conseil se constitue en consultation médico-légale pour faire lui-même des expertises; il donne enfin son opinion pour tout ce qui concerne les analyses et les expertises médico-légales.

Art. 10. En cas d'épidémie, le Conseil prend les mesures préventives ou autres pour empêcher la propagation et diminuer les effets de la maladie; il est également chargé de la surveillance des hospices, et de l'organisation de l'assistance publique pour les indigents.

Art. 11. En cas de manifestation d'une maladie contagieuse en province, le Conseil reçoit, par le canal du directeur, les rapports des médecins des pays contaminés, se prononce sur les mesures prises et donne son avis et les instructions nécessaires à qui de droit.

Art. 12. Le Conseil réglemente et surveille l'exercice de la médecine dans les provinces, exerce la surveillance sur les médecins des villes et communes; et en cas de formation de comités d'hygiène et de salubrité publique dans les villes des provinces,



les soumet également à sa surveillance, rédige des règlements et des instructions à leur usage, et veille à leur exécution.

Art. 13. Le Conseil étudie et décide les questions importantes concernant l'hygiène publique dans les cercles municipaux des villes, questions qui sont au-dessus de la compétence des Conseils municipaux et de leurs médecins.

Art. 14. Le Conseil a le droit de demander à la Sublime Porte par le canal du Directeur l'autorisation d'envoyer dans les provinces des inspecteurs pour contrôler et surveiller l'exercice de la médecine et tout ce qui est relatif à sa juridiction.

Art. 15. Le Conseil se réunit deux fois par semaine en séances, auxquelles sont tenus de se trouver présents tous les membres docteurs en médecine; quant aux députés pharmaceutiques, ils ne sont convoqués que tous les quinze jours.

Arts. 16 à 23. [Dispositions d'ordre intérieur.]

Art. 24. Le Conseil peut, après expérience, proposer des modifications aux dispositions du présent règlement. Il a également le droit d'initiative pour tout ce qui concourt au progrès et à l'amélioration de la médecine et de l'hygiène publique. Dans ces circonstances, le Conseil adresse ses rapports au Directeur qui les transmet à la S. Porte accompagnés de ses remarques et considérations personnelles.

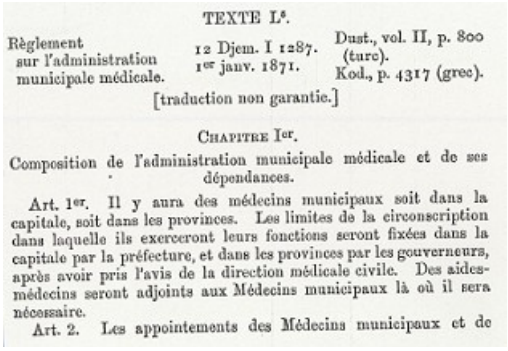
(Cachet du Grand-Vézir)
MEHEMMED EMIN.

Le présent règlement, étant sanctionné par Iradé Impérial, l'exécution en est confiée, d'ordre, à la Direction des Affaires Médicales Civiles de l'Empire.

(Cachet du Conseil d'État.)

D – Règlement sur l'administration médicale municipale de 1871

(Source : G. Young, *Op. cit.*, Vol. n° 3, pp. 205-207.)



TEXTE Ls.

Règlement sur l'administration municipale médicale.	12 Djem. I 1287. 1er janv. 1871.	Dust., vol. II, p. 800 (turc). Kod., p. 4317 (grec).

[traduction non garantie.]

CHAPITRE Ier.

Composition de l'administration municipale médicale et de ses dépendances.

Art. 1er. Il y aura des médecins municipaux soit dans la capitale, soit dans les provinces. Les limites de la circonscription dans laquelle ils exerceront leurs fonctions seront fixées dans la capitale par la préfecture, et dans les provinces par les gouverneurs, après avoir pris l'avis de la direction médicale civile. Des aides-médecins seront adjoints aux Médecins municipaux là où il sera nécessaire.

Art. 2. Les appointements des Médecins municipaux et de

leurs aides seront fixés et payés par le Conseil municipal de leur circonscription.

Art. 3. Il sera, en outre, créé un certain nombre de pharmacies municipales, embrassant une circonscription dont les limites seront fixées, dans la capitale, par la préfecture, et dans les provinces par l'autorité locale. Une enseigne placée au-dessus de la porte indiquera la nature de ces pharmacies.

Art. 4. Tout ce qui concerne la nomination des Médecins municipaux et l'allocation des Pharmacies municipales sera réglé par des règlements spéciaux.

CHAPITRE II.

Des attributions de Médecins municipaux.

Art. 5. Un local sera désigné par l'Administration municipale de chaque localité, où le Médecin municipal est tenu de donner des consultations gratuites deux fois par semaine à tous ceux, riches ou indigents, qui se présentent.

Art. 6. Il est tenu de vacciner ou de faire vacciner par son aide tous ceux qui se présentent dans ce but à ses consultations gratuites.

Art. 7. Il est tenu de visiter quiconque réclame ses soins, riche ou indigent. Il doit se rendre de sa personne chez tous ceux qui ne sont pas en état de venir le trouver.

Art. 8. Le Médecin municipal a le droit de se faire payer ses visites à domicile par tous ceux des malades qui en ont les moyens, conformément à un tarif qui sera élaboré par la municipalité et approuvé par la Direction médicale civile.

Art. 9. Le Médecin municipal qui ne se conformera pas aux prescriptions des articles précédents sera réputé démissionnaire.

Art. 10. En cas d'épidémie, le Médecin municipal, de concert avec l'autorité locale, signale à qui de droit le fait par le télégraphe, et s'il n'y a pas de télégraphe, par toute autre voie de communication rapide, en même temps que, de concert avec la même autorité, il organisera le service de secours sur les bases que la science indique et conformément à la nature de l'épidémie. En cas d'apparition d'une épidémie ou existence d'une maladie endémique, dans une localité située en dehors de sa circonscription, il doit, sur l'ordre de l'autorité locale, se rendre dans cette localité et faire connaître à ladite autorité les causes qui ont engendré les maladies en question et les mesures propres à la détruire, tout en saisissant simultanément de l'affaire la Direction médicale civile.

Art. 11. L'autorité municipale qui confie une délégation de cette nature au Médecin municipal est tenue de le défrayer proportionnellement à l'importance et à la durée de sa mission sur les fonds extraordinaires de la municipalité.

Art. 12. Une fois installé, le Médecin municipal est tenu d'étudier la topographie de sa circonscription, les maladies endémiques régnantes, les causes qui les développent ou les entretiennent comme de déterminer les mesures d'assainissement ou d'hygiène publique qui lui paraissent les plus rationnelles.

Art. 13. Dans les neuf mois au plus tard de son installation, il adresse à la direction médicale civile un rapport contenant le résultat de ses études et de ses appréciations sur les matières dont il est question dans l'article précédent. En outre, une fois par mois, il adresse à la direction médicale civile un rapport détaillé sur ce qu'il a observé pendant ce laps de temps dans l'exercice de ses fonctions.

Art. 14. Le Médecin municipal a le droit de discuter les instructions que lui a fait parvenir la Direction médicale civile; mais, jusqu'à nouvel ordre, il ne peut ni les modifier ni en retarder l'application.

Art. 15. Le Médecin municipal aura qualité pour faire des observations à l'autorité locale, au point des mesures à appliquer conformément aux instructions qu'il aura reçues de la Direction médicale civile.

Art. 16. En matière judiciaire, toutes les fois qu'il en est requis par les tribunaux, il est tenu de procéder aux expertises nécessaires, en se conformant aux instructions spéciales qui régissent la matière.

CHAPITRE III.

De l'administration des Pharmacies municipales.

Art. 17. Les Pharmacies municipales seront desservies par un pharmacien autorisé et placées sous la surveillance du Médecin municipal.

Art. 18. Les médicaments et le matériel des Pharmacies seront fournis aux frais de la ville par la Pharmacie centrale de Constantinople, sur une demande collective du Médecin et du Pharmacien, adressée à la Direction médicale. Les médicaments fournis seront consignés à l'autorité municipale qui contrôle tous les six mois le mouvement de la Pharmacie placée sous sa direction.

Art. 19. Les ordonnances délivrées aux indigents seront exécutées sans rétribution lorsqu'elles seront visées par le Médecin municipal. Toutes les semaines, elles seront remises par le Pharmacien au Président du Conseil municipal; dans les Nahiés, elles seront remises au Mudir de Nahié.

Art. 20. Les ordonnances délivrées aux personnes non indigentes seront payables suivant un tarif qui sera élaboré par la Direction médicale civile après avoir pris l'avis du médecin municipal, du pharmacien et de l'autorité municipale.

E – Règlement sur les cliniques privées de 1885

(Source : G. Young, Vol. n° 3, p. 208.)

TEXTE I.

Cliniques des spécialistes, règlement. [sans date] Journaux turcs.

[traduction non garantie.]

Art. 1er. Les médecins qui voudraient instituer des cliniques particulières, devront être sujets ottomans et avoir une spécialité. Ils seront tenus à faire confirmer leurs aptitudes ainsi que leurs bonnes mœurs par le Conseil médical civil.

Art. 2. Les malades qui se feront traiter dans un de ces hôpitaux seront soignés dans la section des médecins ayant la spécialité de cette maladie.

Art. 3. L'autorisation pour l'ouverture d'une telle clinique sera donnée par le Conseil médical civil, après que ledit Conseil ainsi qu'une commission envoyée par la Préfecture de la Ville auront constaté que les conditions requises, au point de vue sanitaire ou autre, ont été observées pour ce qui concerne l'emplacement, les environs et la propreté.

Art. 4. Il n'y aura pas de pharmacie dans les cliniques privées. Les médicaments seront préparés dans une pharmacie du dehors.

Art. 5. Le prix de traitement qui sera perçu des malades devra être proportionné à leur situation. La clinique sera tenue d'accepter dans une proportion de 10 % les malades dont la pauvreté sera constatée.

Art. 6. Chaque clinique devra comporter au moins vingt lits.

Art. 7. Pour les cliniques divisées en plusieurs sections, et fondées par deux ou plusieurs spécialistes, un seul des associés aura le titre de directeur et sera tenu responsable comme tel.

Art. 8. Les cliniques privées, ouvertes sans autorisation, seront fermées. Les peines édictées par la loi seront appliquées contre les fondateurs.

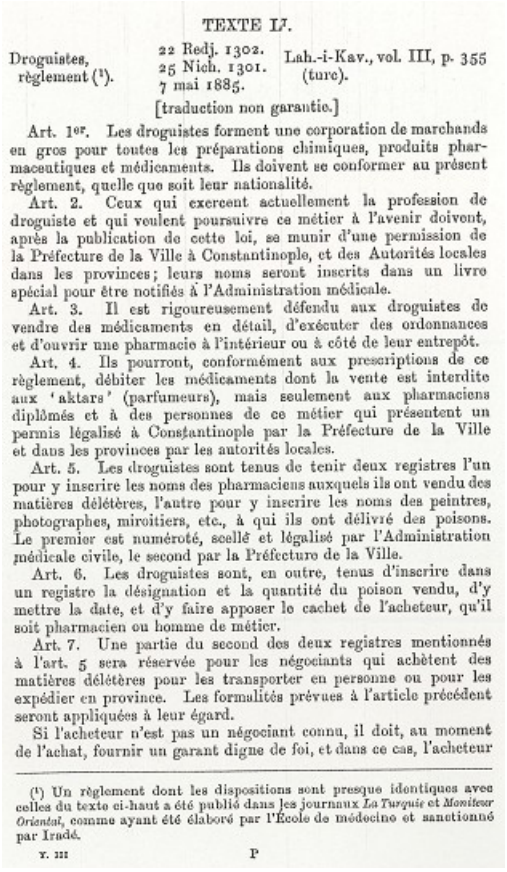
Art. 9. Pour que les cliniques soient toujours sous une surveillance médicale, l'adjoint du Directeur ou un médecin de son choix devra habiter à proximité.

Art. 10. Les opérations chirurgicales seront exécutées après consultation.

Art. 11. Le Conseil médical civil pourra surveiller et inspecter les cliniques.

F – Règlement sur les droguistes de 1885

(Source : G. Young, *Op. cit.*, pp. 209-210.)



TEXTE LV.

Droguistes, règlement (1). — 22 Redj. 1302. 25 Nich. 1301. 7 mai 1885. — Lah.-i-Kav., vol. III, p. 355 (turc).

[traduction non garantie.]

Art. 1er. Les droguistes forment une corporation de marchands en gros pour toutes les préparations chimiques, produits pharmaceutiques et médicaments. Ils doivent se conformer au présent règlement, quelle que soit leur nationalité.

Art. 2. Ceux qui exercent actuellement la profession de droguiste et qui veulent poursuivre ce métier à l'avenir doivent, après la publication de cette loi, se munir d'une permission de la Préfecture de la Ville à Constantinople, et des Autorités locales dans les provinces; leurs noms seront inscrits dans un livre spécial pour être notifiés à l'Administration médicale.

Art. 3. Il est rigoureusement défendu aux droguistes de vendre des médicaments en détail, d'exécuter des ordonnances et d'ouvrir une pharmacie à l'intérieur ou à côté de leur entrepôt.

Art. 4. Ils pourront, conformément aux prescriptions de ce règlement, débiter les médicaments dont la vente est interdite aux 'aktars' (parfumeurs), mais seulement aux pharmaciens diplômés et à des personnes de ce métier qui présentent un permis légalisé à Constantinople par la Préfecture de la Ville et dans les provinces par les autorités locales.

Art. 5. Les droguistes sont tenus de tenir deux registres l'un pour y inscrire les noms des pharmaciens auxquels ils ont vendu des matières délétères, l'autre pour y inscrire les noms des peintres, photographes, miroitiers, etc., à qui ils ont délivré des poisons. Le premier est numéroté, scellé et légalisé par l'Administration médicale civile, le second par la Préfecture de la Ville.

Art. 6. Les droguistes sont, en outre, tenus d'inscrire dans un registre la désignation et la quantité du poison vendu, d'y mettre la date, et d'y faire apposer le cachet de l'acheteur, qu'il soit pharmacien ou homme de métier.

Art. 7. Une partie du second des deux registres mentionnés à l'art. 5 sera réservée pour les négociants qui achètent des matières délétères pour les transporter en personne ou pour les expédier en province. Les formalités prévues à l'article précédent seront appliquées à leur égard.

Si l'acheteur n'est pas un négociant connu, il doit, au moment de l'achat, fournir un garant digne de foi, et dans ce cas, l'acheteur ainsi que son garant doivent apposer leurs cachets ou signatures sur ledit livre.

Art. 8. Les droguistes sont tenus de garder les poisons dans un endroit fermé à clef, dans un local séparé des autres médicaments; les poisons devant servir d'échantillons seront placés dans des vitrines également fermées à clef.

Art. 9. L'application complète du présent règlement sera surveillée par un employé spécial désigné par l'Administration civile médicale, lequel fera dûment son inspection en tenant responsables et légalement punissables tous les contrevenants.

Art. 10. Le Ministère de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent règlement.

(1) Un règlement dont les dispositions sont presque identiques avec celles du texte ci-haut a été publié dans les journaux *La Turquie* et *Moniteur Oriental*, comme ayant été élaboré par l'École de médecine et sanctionné par Iradé.

V. III P

G – Règlement sur les « Aktars » (parfumeurs) de 1885

(Source : G. Young, *Op. cit.*, pp. 210-211.)

TEXTE L[8].

'Aktars' (parfumeurs), règlement.	22 Redj. 1302. 25 Nich. 1301. 7 mai 1885.	Lah.-i-Kav., vol. III, p. 357 (turc).

[traduction non garantie.]

Art. 1[er]. Il est interdit aux 'aktars' de vendre des matières toxiques indiquées dans la liste ci-annexée, les pharmaciens sont autorisés à les vendre seulement sur ordonnance d'un médecin, en conformité de la loi sur les pharmaciens municipaux (v. L[5]).

Art. 2. Est également interdite aux 'aktars' la vente des spécialités importées d'Europe ou préparées ici, ainsi que de tout autre médicament dont la vente est réservée aux pharmaciens contre ordonnance.

Art. 3. Les commerçants en racines doivent garder dans un endroit spécial toutes les racines mentionnées dans la liste ci-annexée, et ne les vendre qu'aux pharmaciens connus.

Art. 4. Les 'aktars' et commerçants en racines qui contreviendraient à la présente loi seront punis conformément au Code pénal.

Art. 5. Le Ministère de l'Intérieur est chargé de l'application de ce règlement.

Liste des substances dont la vente est interdite aux 'aktars,' et que les droguistes seuls peuvent vendre aux conditions énoncées dans le règlement :

Arsenic et ses préparations arsénicales (acide arsénieux, orpiment, etc.); acide phénique; acide sulfurique; acide azotique; eau régale; acide chlorhydrique; acide phosphorique; acide oxalique; acide cyanhydrique et composés cyaniques; ammoniaque liquide; aconit et ses préparations; aconitine et ses sels; apomorphine; azotate d'argent et pierre infernale; atrophine et ses sels; belladone et ses préparations; caféine et ses sels; cantharide et ses préparations; chloral; chlorate de potasse; chloroforme; codéine; colchique et ses préparations; coloquinte et ses préparations; créosote; vitriol bleu et préparations de cuivre; digitale et ses préparations; digitaline et ses préparations; eau de laurier-cerise et essences; eau d'amandes amères et essences; éther sulfurique; gomme-gutte; graine de ricin; graine et huile de croton tiglium; iode et ses préparations; tartre émétique et préparations antimoniales; brome et ses préparations; iodoforme; racine d'ipécacuanha; jaborandi et pilocarpine; jusquiame et ses préparations; stramoine et ses préparations; opium; morphine et ses sels; pavot et ses préparations; hachich et ses préparations; mercure et ses préparations (précipité rouge, sublimé corrosif, calomel, cinabre, etc.); noix vomique et ses préparations; fève de St-Ignace; fève de Calabar et calabarine; picrotoxine et coque du Levant; staphysaigre; ellébore blanche; strychnine, brucine, igasurine et leurs sels; vératrine; cévadille; préparations d'or; phosphore et ses préparations; préparations de plomb; podophylline; sabine; santonine et semen contra; rue; ciguë et ses préparations; scille et ses préparations; ergotine et seigle ergoté; zinc et ses préparations; ellébore noire.

H – Lois sur les médecins et pharmaciens civils de 1888

(Source : G. Young, *Op. cit.*, pp. 203-205.)

TEXTE L[A].

Médecins et pharmaciens civils, loi.	5 Chab. 1305. 16 avr. 1888.	Lah.-i-Kav., vol. III, p. 366 (turc).

[traduction non garantie.]

CHAPITRE I[er].

Des Médecins Civils.

Art. 1[er]. Les sujets ottomans seuls, qui ont fait leurs études à l'École de médecine, seront nommés aux postes de médecins civils.

Art. 2. Les sujets ottomans, qui ont fait leurs études aux Universités étrangères, peuvent aussi être nommés, à condition que l'École Impériale de médecine reconnaisse leur capacité et qu'ils aient un diplôme de la Faculté Impériale de médecine.

CHAPITRE II.

Classes, Appointements et Frais de Route.

Art. 3. Il y aura quatre classes de médecins civils : les médecins de kazas, les médecins de livas, les médecins de vilayet, et les inspecteurs.

Art. 4. Les médecins de kaza auront Ps. 600 d'appointements ; ils doivent être munis de diplômes de la Faculté, et ils auront le rang de Salissé.

Art. 5. Les médecins de liva auront Ps. 800.

Art. 6. Les médecins de vilayet auront Ps. 1200 et le rang de Sanié-Sanissi.

Art. 7. Les inspecteurs de vilayet auront Ps. 2000 et le rang de Mutémaiz.

Art. 8. Les frais de route sont réglés par le règlement *ad hoc* des fonctionnaires civils.

Art. 9. Ceux des médecins qui seront nommés dans les vilayets du Hedjaz, de Bagdad, de Bassorah, de Mossoul, de l'Yémen, de Tripoli d'Afrique, ou dans les sandjaks de Benghazi et de Zor, recevront des appointements augmentés de moitié.

CHAPITRE III.

Devoirs.

Art. 10. En considération de l'exemption de service militaire ou de la taxe bédélat-i-askérié dont jouissent les élèves sortis de l'École de médecine, ils devront servir deux ans comme médecins de kaza, trois ans comme médecins de liva et cinq ans comme médecins de memléket.

Ceux qui s'y refusent devront, sans distinction de religion, payer au Département militaire un bédélat-i-askérié de £T50 et, de plus, payer à la caisse de l'École £T10 pour chaque année d'internat, et à la caisse de l'administration médicale civile £T20 pour frais d'examen et diplôme.

CHAPITRE IV.

Avancement et nomination.

[arts. 11 à 21, sans intérêt général.]

CHAPITRE V.

Pharmaciens de Memléket.

Art. 22. Les pharmaciens sont soumis à toutes les dispositions applicables aux médecins.

Art. 23. Ils sont, de même, organisés en trois classes et leur promotion se fait de même.

Les pharmaciens de kaza auront Ps. 400 par mois avec le grade de Rab'i ; les pharmaciens de liva auront Ps. 600 avec le même rang ; les pharmaciens de vilayet auront Ps. 800 avec le rang de Salissé.

Art. 24. Après trois ans de bons services, ils seront nommés pharmaciens de vilayet.

Pour être nommé chimiste de vilayet, il leur faut passer un examen à l'École de médecine et recevoir un diplôme. Leur traitement de chimiste de vilayet est de Ps. 1600 et comporte le rang de Sanié-sanissi.

CHAPITRE VI.

Pensions.

Art. 25. Les médecins et pharmaciens de memléket ont droit à une pension, dans les mêmes conditions que les autres fonctionnaires.

Art. 26. Les articles des lois sur la matière qui ne sont pas contraires aux présentes dispositions restent en vigueur.

Art. 27. Le Ministre de l'Intérieur sera chargé de l'exécution du présent règlement.

I – Règlement sur l'examen médical dans les douanes de 1900

(Source : G. Young, *Op. cit.*, pp. 215-219.)

TEXTE LI[3].

Examen médical dans les Douanes, règlement.

6 Chev. 1317.
25 Kian. II 1315.
7 févr. 1900.

Journaux turcs, 23 févr. 1900 (a. s.).

[communiqué aux Missions le 3 mars 1900.]
[traduction non garantie.]

Art. 1er. Les articles énumérés ci-dessous sont soumis dans les douanes à une visite hygiénique :

(*a*) Les préparations chimiques et pharmaceutiques et les spécialités.

(*b*) Les comestibles et les boissons.

(*c*) Les savons, les joujoux peints et autres.

Art. 2. L'examen des articles soumis dans les douanes à une visite hygiénique et, au besoin, l'analyse, seront faits avec la plus grande rapidité possible par des fonctionnaires techniques au service des douanes. Aucun frais ne sera perçu pour la première visite. Les banderoles nécessaires seront appliquées gratuitement.

Art. 3. Après la visite douanière réglementaire et l'enregistrement dans les livres des articles précités débarqués dans les douanes, les registres et les échantillons de la marchandise qui seront prélevés en présence du propriétaire et qui seront contenus dans des vases ou flacons en cristal, bien fermés avec leurs propres couvercles et cachetés avec un sceau, seront remis au conseil technique de la douane.

Si après avoir, immédiatement, examiné les échantillons selon les prescriptions de la science et dans l'ordre numérique, ou si après avoir, en cas de besoin, soumis lesdits échantillons, dans un délai de un ou deux jours, à une analyse chimique, les chimistes en permettent l'entrée, ils apposeront leur sceau au bas des registres et les restitueront. Les marchandises passeront alors en acquittant les droits de douane.

Art. 4. Si les articles examinés sont reconnus falsifiés, altérés ou nuisibles à la santé, les chimistes le constateront par une annotation dans les registres douaniers, qu'ils devront signer.

En ce cas, les échantillons resteront pendant huit jours dans le laboratoire des analyses ; ils seront cachetés de concert avec le propriétaire et devront aussi porter la date de l'analyse.

Art. 5. Les marchandises dont, après visite, l'entrée n'a pas été permise et que la direction douanière arrêterait, seront retournées au lieu de provenance, ou seront envoyées à un autre pays étranger, au choix du propriétaire, qui en sera avisé et devra fournir une garantie.

Art. 6. Si le propriétaire de la marchandise n'est pas content du résultat de l'examen fait par le conseil technique, il devra, dans l'espace de huit jours, à partir de la date marquée sur l'échantillon cacheté, selon les dispositions de l'art. 4, s'adresser à la douane et demander une seconde analyse de sa marchandise par le laboratoire de l'École impériale de médecine.

Les demandes qui seront faites après ce délai ne seront pas acceptées.

Art. 7. Si dans le délai réglementaire le propriétaire demande une seconde analyse de ses articles, les échantillons, conservés dans le laboratoire de la douane seront remis par les directions douanières, avec les frais d'analyse, payés d'avance par le propriétaire, à l'administration générale des contributions indirectes qui les enverra à la direction de l'École impériale de médecine.

La seconde analyse devra être faite par le laboratoire de cette école, dans un délai maximum de quinze jours et le résultat sera immédiatement notifié à l'administration générale des contributions indirectes.

Art. 8. Dans le cas où l'analyse des articles dans le laboratoire de l'École impériale de médecine donnerait raison au propriétaire, les échantillons seront restitués à l'administration générale des contributions indirectes afin que les frais d'analyse, payés d'avance, soient remboursés à celui-ci. Dans le cas contraire le propriétaire n'aura pas droit au remboursement des frais d'analyse.

Art. 9. Les frais d'analyse sont payés d'après le tarif contenu dans le tome II du Code civil.

Pour les échantillons d'une même espèce de marchandise appartenant à un commerçant, même si ces échantillons sont contenus dans plusieurs récipients, il est perçu seulement le droit d'analyse prescrit pour un seul échantillon. Mais si les échantillons sont de différentes espèces, il est perçu un droit pour chacune d'elles séparément.

Préparations chimiques et pharmaceutiques, spécialités.

Art. 10. L'importation des médicaments dont la composition est inconnue ou qui ne sont pas conformes aux dispositions du 'codex' français, adopté par le Gouvernement Impérial, est interdite (1).

Si les médicaments de composition inconnue ont été adoptés par une académie officielle, le propriétaire doit présenter à la direction de l'École impériale de médecine l'acte d'admission avec la formule et l'échantillon, ou, s'il n'y a pas d'acte d'admission, la formule énonçant la composition du médicament avec l'échantillon. L'importation en sera permise si l'autorisation de l'École de médecine est obtenue (2). Mais il faut que les documents qu'on doit présenter soient visés par les consuls ottomans (3).

Art. 11. Les spécialités suivantes dont l'usage a été reconnu nuisible, soit : cocaïne et ses composés, sulfonal, sérum antituberculeux du Dr. Koch, picrotoxine spécialité de Gneiss, c'est-à-dire les spécialités préparées avec du hachich, et dont l'importation est prohibée, sont restituées sous garantie.

Art. 12. L'entrée des articles tels que : chlorate de potasse, chlorate de soude, nitrate de potasse, nitrate de soude, picrates, nitroglycérine et fulmicoton, est défendue. Ces substances sont confisquées à leur arrivée (4).

Art. 13. Les drogues suivantes comprises parmi les articles prohibés d'après l'article précédent, mais dont l'usage en médecine est obligatoire, tels que : chlorate de potasse, chlorate de soude, nitrate de potasse, nitrate de soude et picrates, seront fournies par l'entremise de la Grande Maîtrise de l'artillerie aux prix originaux, et dans des quantités qui seront fixées par l'École impériale de médecine pour chaque pharmacie et pour chaque attar.

Pour les usages dans les divers arts et métiers, les quantités seront fixées par les départements compétents.

Cependant, l'entrée des pastilles de chlorate de potasse, et des autres préparations analogues, en forme de spécialités, qui ne peuvent être employées pour la préparation de matières explosibles, est permise.

Comestibles et boissons.

Art. 14. N'est pas permise l'entrée des huiles arrivant en douane, qui, après analyse, sont reconnues comme n'étant pas bonnes à manger, parce qu'elles contiennent des matières nuisibles, ou sont soit rances soit altérées. Cependant ces huiles peuvent entrer, après avoir été coloriées pour être employées dans les arts, aussi bien que les huiles de coton et autres huiles végétales analogues, ainsi que les huiles d'olive et de sésame, mélangées avec les huiles précitées.

Art. 15. N'est pas permise l'importation des farines arrivant en douane lesquelles, après analyse et examen, sont reconnues comme ne contenant pas 9 % de gluten au minimum ou qui n'ont pas un degré d'élasticité minima de 25 degrés d'après les indications de l'appareil spécial ; ces farines sont réexpédiées à l'étranger (5).

Art. 16. L'importation des cafés et thés coloriés ou falsifiés avec des matières nuisibles ainsi que des cafés et thés artificiels est défendue. Ces articles sont également réexpédiés.

Art. 17. Les comestibles et boissons, les sucres et sucreries peintes et les autres substances alimentaires qui sont nuisibles à la santé sont réexpédiés aux endroits de provenance.

Les comestibles tels que sardines, fromages et autres articles analogues qui seraient altérés ou moisis seront détruits conformément à la loi.

Art. 18. N'est pas permise l'entrée des boissons alcooliques qui sont mélangées avec de l'acide salicylique pour être conservées, qui sont coloriées ou qui contiennent des substances nuisibles destinées à accentuer leur force.

Les formalités douanières pour les boissons, telles que le champagne, de fabriques renommées, de prix élevé et dont les étiquettes énoncent la qualité, sont faites directement par les préposés douaniers.

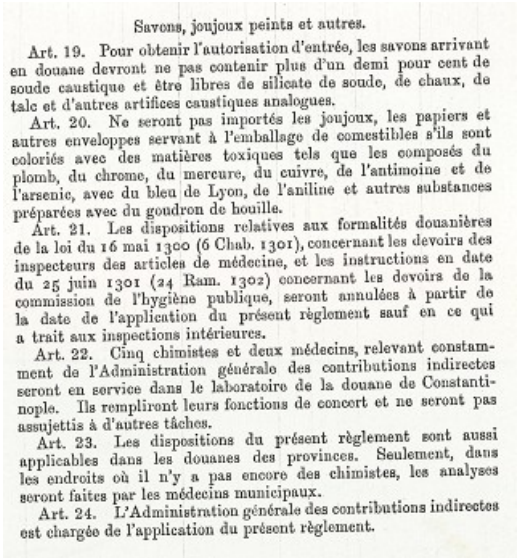
(1) Il a été dernièrement question d'élaborer un Codex ottoman.

(2) L'importation est interdite de tout médicament dans la composition duquel entre un des produits chimiques mentionnés à l'art. 11.
Cette interdiction ne s'applique pas aux articles de toilette ni aux globes contre l'incendie.

(3) Les prospectus accompagnant les spécialités pharmaceutiques ou médicales et les autres articles de provenance étrangère, collés ou roulés sur les boîtes, cartons et flacons de ces produits, seront comme par le passé exempts du droit de timbre (v. circ. de l'adm. de la Dette).

(4) La S. Porte, note verb. circ. 4 août 1901.
[extrait.]
'Tout article arrivé par la voie régulière à la douane et dont l'importation n'est pas permise n'est pas susceptible de confiscation mais sera réexpédié par l'importateur.'

(5) La S. Porte aux Missions, note verb. circ. 26 janv. 1899.
[extrait.]
'Le passage en douane n'est pas permis aux blés et farines de provenance ottomane ou étrangère qui auraient moins de 9 % de gluten, et dont le gluten n'atteindrait pas le minimum de 25 % d'élasticité (appareil de Boland).
Un délégué consulaire assistera à l'analyse à laquelle seront soumises en douane les farines arrivant à l'adresse de sujets étrangers.
Les Missions de la France et des États-Unis ont, d'ailleurs, protesté contre cette analyse dans la forme qu'elle a revêtu dans le règlement.'



Savons, joujoux peints et autres.

Art. 19. Pour obtenir l'autorisation d'entrée, les savons arrivant en douane devront ne pas contenir plus d'un demi pour cent de soude caustique et être libres de silicate de soude, de chaux, de talc et d'autres artifices caustiques analogues.

Art. 20. Ne seront pas importés les joujoux, les papiers et autres enveloppes servant à l'emballage de comestibles s'ils sont coloriés avec des matières toxiques tels que les composés du plomb, du chrome, du mercure, du cuivre, de l'antimoine et de l'arsenic, avec du bleu de Lyon, de l'aniline et autres substances préparées avec du goudron de houille.

Art. 21. Les dispositions relatives aux formalités douanières de la loi du 16 mai 1300 (6 Chab. 1301), concernant les devoirs des inspecteurs des articles de médecine, et les instructions en date du 25 juin 1301 (24 Ram. 1302) concernant les devoirs de la commission de l'hygiène publique, seront annulées à partir de la date de l'application du présent règlement sauf en ce qui a trait aux inspections intérieures.

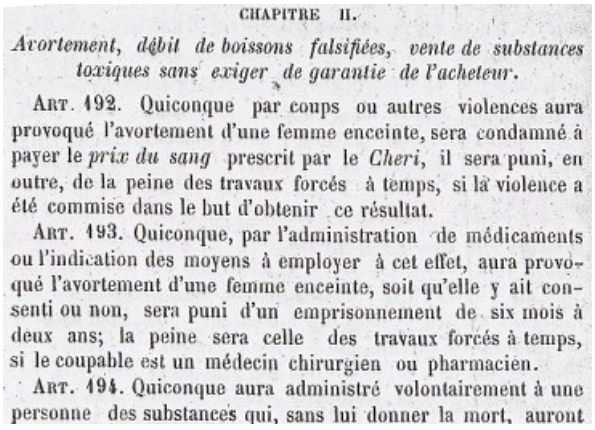
Art. 22. Cinq chimistes et deux médecins, relevant constamment de l'Administration générale des contributions indirectes seront en service dans le laboratoire de la douane de Constantinople. Ils rempliront leurs fonctions de concert et ne seront pas assujettis à d'autres tâches.

Art. 23. Les dispositions du présent règlement sont aussi applicables dans les douanes des provinces. Seulement, dans les endroits où il n'y a pas encore des chimistes, les analyses seront faites par les médecins municipaux.

Art. 24. L'Administration générale des contributions indirectes est chargée de l'application du présent règlement.

II – Les dispositions du code criminel ottoman relatives à la médecine et à la pharmacie

(Source : Grégoire Aristarchi Bey, *Législation ottomane ou Recueil des lois, règlements, ordonnances, traités, capitulations et autres documents officiels de l'Empire ottoman*, Constantinople, Imprimerie Frères Nicolaïdes, 1873, pp. 252-253 & 256.)



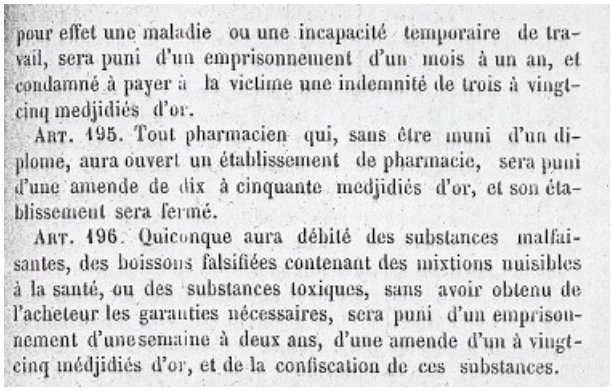
CHAPITRE II.

Avortement, débit de boissons falsifiées, vente de substances toxiques sans exiger de garantie de l'acheteur.

ART. 192. Quiconque par coups ou autres violences aura provoqué l'avortement d'une femme enceinte, sera condamné à payer le *prix du sang* prescrit par le *Cheri*, il sera puni, en outre, de la peine des travaux forcés à temps, si la violence a été commise dans le but d'obtenir ce résultat.

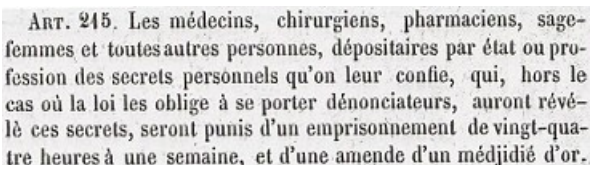
ART. 193. Quiconque, par l'administration de médicaments ou l'indication des moyens à employer à cet effet, aura provoqué l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans; la peine sera celle des travaux forcés à temps, si le coupable est un médecin chirurgien ou pharmacien.

ART. 194. Quiconque aura administré volontairement à une personne des substances qui, sans lui donner la mort, auront pour effet une maladie ou une incapacité temporaire de travail, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à un an, et condamné à payer à la victime une indemnité de trois à vingt-cinq medjidiés d'or.



ART. 195. Tout pharmacien qui, sans être muni d'un diplome, aura ouvert un établissement de pharmacie, sera puni d'une amende de dix à cinquante medjidiés d'or, et son établissement sera fermé.

ART. 196. Quiconque aura débité des substances malfaisantes, des boissons falsifiées contenant des mixtions nuisibles à la santé, ou des substances toxiques, sans avoir obtenu de l'acheteur les garanties nécessaires, sera puni d'un emprisonnement d'une semaine à deux ans, d'une amende d'un à vingt-cinq médjidiés d'or, et de la confiscation de ces substances.



ART. 215. Les médecins, chirurgiens, pharmaciens, sage-femmes et toutes autres personnes, dépositaires par état ou profession des secrets personnels qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de vingt-quatre heures à une semaine, et d'une amende d'un médjidié d'or.

Annexe B : La formation et les diplômes

I – La formation et les examens à la FFM et au SPC

Illustration n° 1 : Les étudiants de première année de la FFM en 1907-1908. (Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 328.)

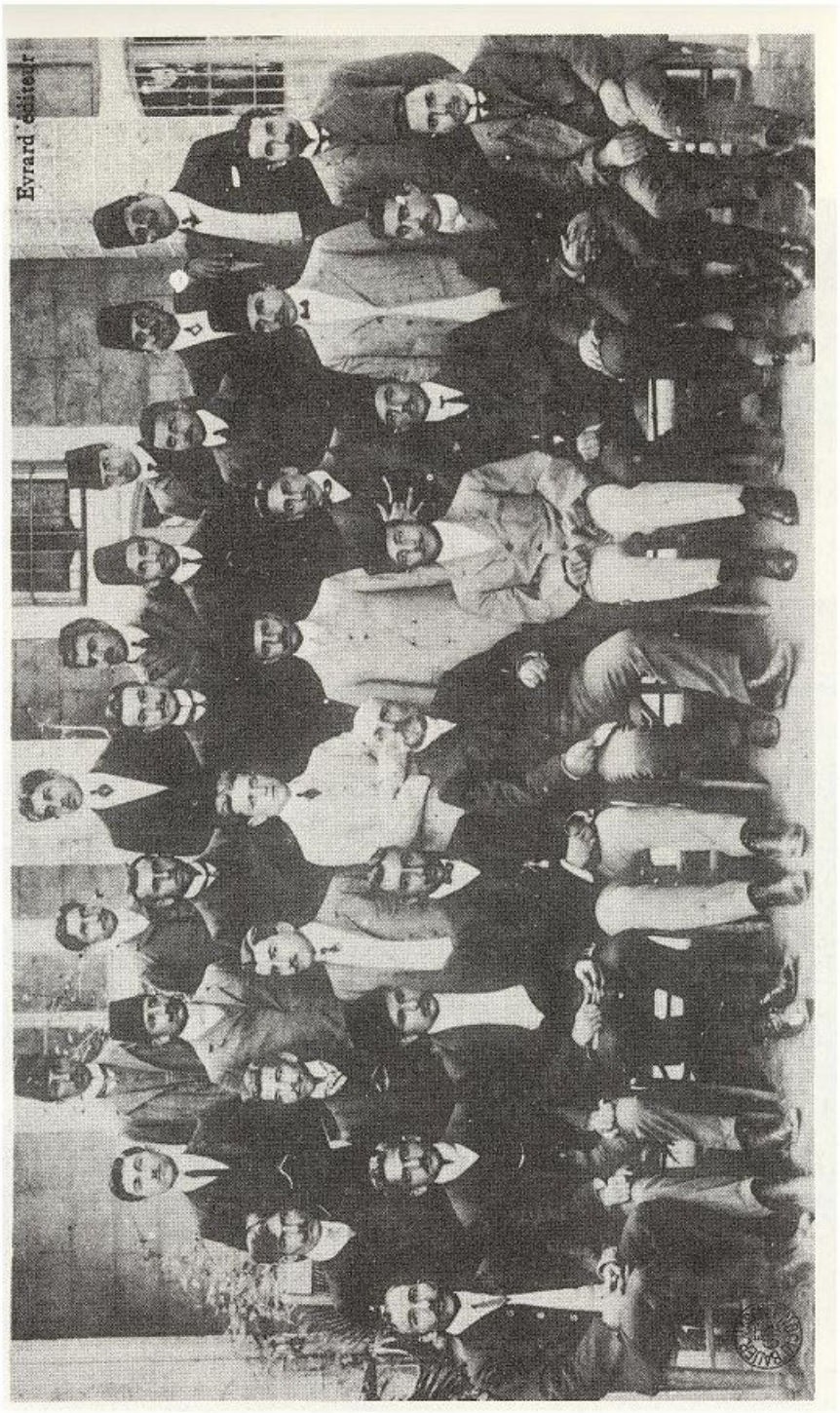


Illustration n° 2 : Les étudiants de deuxième année de la FFM en 1907-1908. (Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 328.)

Illustration n° 3 : Les étudiants de troisième année de la FFM en 1907-1908 . (Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 328.)

Les Professeurs de la Faculté de médecine et de pharmacie en 1907 : De gauche à droite, assis : R.P. Louis BOULOMOY, R.P.Paul SOULERIN, Pr Henri NEGRE, R.P.Lucien CATTIN, Prs Hippolyte de BRUN et Maurice HACHE. De gauche à droite, debout : R.P. Maurice COLLANGETTES, Prs Pierre - Paul GUIGUES, Justin CALMETTE et Albert CHAPOTIN, R.P. Paul BOVIER-LAPIERRE, R.P. Charles NEYRON de MEONS.

Illustration n° 4 : Le corps professoral de la FFM et le Père Cattin en 1907. (Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 269.)

Faculté de médecine 1898 - 99 : Laboratoire d'anatomie

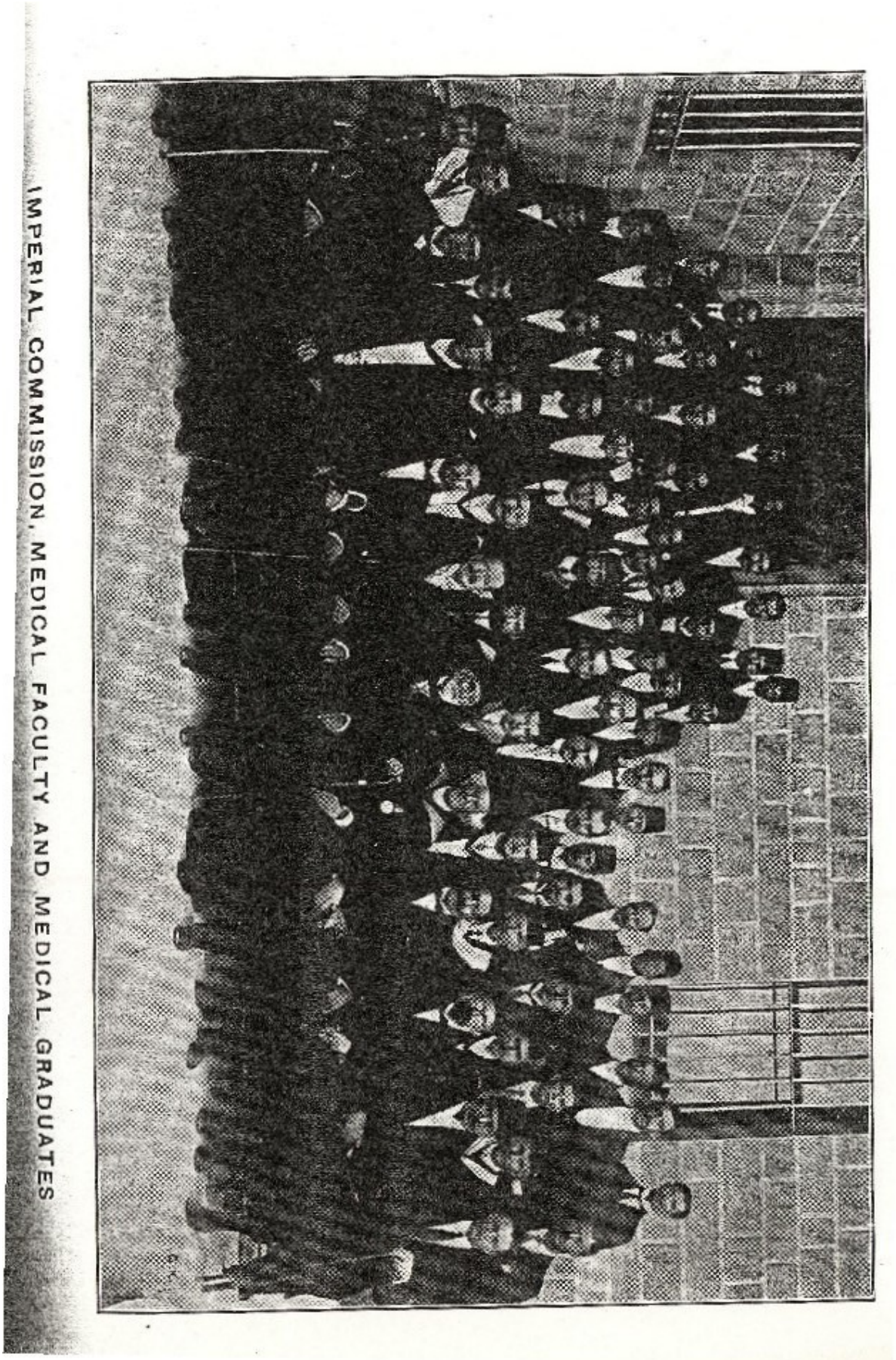
Illustration n° 5 : Les étudiants de la FFM réunis au laboratoire d'anatomie autour d'un cadavre pendant

l'année académique 1898-1899. (Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 327.)

Illustration n° 6 : Gros plan de la photographie précédente sur les étudiants en train d'opérer. (Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 327.)

Le jury franco-ottoman de la Faculté de médecine. Novembre 1907.

Illustration n° 7 : Le jury franco-ottoman de la FFM et les nouveaux diplômés, titre à la main, en novembre 1907. (Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 66.)



IMPERIAL COMMISSION, MEDICAL FACULTY AND MEDICAL GRADUATES

Illustration n° 8 : Les docteurs en médecine du SPC - Photographie de la promotion 1914. (Source : American University of Beirut / Library Archives, « Commencement week », in *Al-Kulliyeh*, vol. n° 5, n° 8, 06/1914 (246-262), pp. 252-253.)

II – Les diplômes

A – Attestations de compétence comme médecin délivrée par quatre médecins à Ibrāhīm Faraḥ (fin du dix-huitième siècle)

(Source : American University of Beirut / Library Archives, Assad Rustum, « *Ruḫṣah t ibbiyyah Aḥmad bāšā al-Jazzār* » [Permis médical délivré par Aḥmad Paşa al-Jazzār], in *Al-Kulliyeh*, pp. 511-512.)

Traduction :

« Le Hājj Ahmad al-Nasī al-Šāfi'ī a dit :

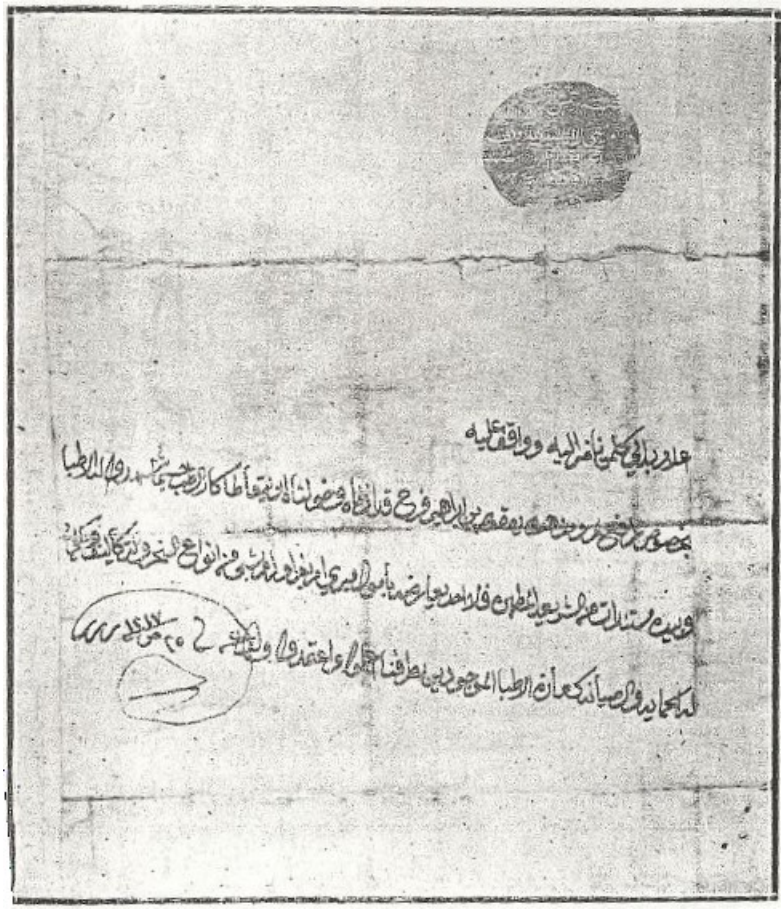
Gloire à Dieu et à lui seul,

Par le noble tribunal, où a comparu devant moi Ibrāhīm b. Ilyās Faraḥ, ainsi que l'ensemble des témoins musulmans qui ont attesté devant moi qu'il [Ibrāhīm b. Ilyās Faraḥ] pratiquait la science médicale et était un médecin habile dans son art, qui comprend la nature de la maladie grâce à la science qu'il a acquis de sa famille ; c'est un médecin humain, qui pratique la médecine, la saignée et la thérapeutique, et le Seigneur guérit par ses mains ; par cela, j'ai eu une preuve concluante qu'il entend la thérapeutique et que de ses mains, de nombreux

humains ont guéri avec la permission de Dieu ; ce document a été écrit pour lui par un homme qui craint d'offenser Dieu ; les juristes [*faqīh*-s] ont confirmé que le médecin habile, qui a produit des témoignages, connaît la médecine, et si celui qui avale ses remèdes meurt, celui-là n'a pas de recours car le médecin pratique la médecine et guérit par la volonté de Dieu ; cette séance a eu lieu la neuvième nuit du mois de Dū'l-Qa'dah de l'an 1207 / mil deux cent sept.
Ont témoigné :
Ibrāhīm [al-Mu'natir ?]
Ṣāliḥ b. Ṣāliḥ 'Azzām
Ibrāhīm Naṣṣār Kassāb
Muḥammad Yazbak
Ḥasan Fara'tāwi
Ḥusayn Abū Ḥawīj al-´Inādi
Muḥammad al-Harīš

Puis a dit le šayh 'Abdallah al-Fāhūm : Gloire à Dieu et à lui seul ; tous les précités ont témoigné devant le soussigné, qui a apposé son sceau ci-dessus, qu'Ibrāhīm Faraḥ est un médecin habile dans la connaissance des maladies; ce qui prouve qu'il est médecin ; il lui appartient de soigner avec la permission de qui lui fait confiance, car le médecin sait qu'il connaît la médecine par l'examen de ses connaissances par des hommes justes et érudits en médicine ; sa réputation est suffisamment assurée par la notoriété des nombreuses guérisons qui sont survenues par ses soins… en considération du fait que c'est un médecin, il guérit sur la permission de qui lui accorde sa confiance et n'est pas responsable des torts qu'il cause, sauf si ce tort n'est dû qu'aux seuls erreurs du médecin dans son traitement et que le tort subi a résulté de cela, auquel cas il est responsable ; ainsi s'il soigne sans comprendre, comme on dit [?] … Dieu est plus savant dans l'exactitude. C'est le juriste 'Abdallah al-Fāhūm qui a remplis ceci… Le Guérisseur [Dieu], qu'il soit exalté, lui pardonne dans sa grâce. 'Abdallah al-…. a dit : Louange à Dieu et à lui seul, j'ai pris connaissance de cette preuve et l'ai trouvée véridique, par laquelle deux hommes témoignent que c'est un médecin habile, c'est-à-dire qu'il connaît les maladies et les remèdes mais n'a pas de responsabilité absolue, et c'est Dieu le Guérisseur qui permet la guérison par ses soins, et Dieu est plus savant.
'Awdah al-Ṣafūrī [al-Šāfi'ī] a dit : Louange à Dieu et à lui seul, j'ai pris connaissance de cette preuve et l'ai trouvée véridique ; par elle, il travaille légalement et toute objection est invalide. »

B - *Ruḫṣah* délivrée par Aḥmad Paşa al-Jazzār à Ya‘qūb Faraḥ le 25 ṣafar 1217 AH / 27/06/1802 AD



(Source : American University of Beirut / Library Archives, Assad Rustum, « *Ruḫṣah t ibbiyyah Aḥmad bāšā al-Jazzār* » [Permis médical délivré par Aḥmad Paşa al-Jazzār], in *Al-Kulliyeh*, p. 512.)

Traduction :
« [Tampon :] Au nom de Dieu le grand, le miséricordieux, il n’est pas de conciliation sinon de Dieu ; ceci a été arrêté par Aḥmad Pacha al-Jazzār en l’an … [...]

Il est fait savoir, à l’attention de quiconque verra ceci et en prendra connaissance :

Par le présent édit, nous avons convoqué Ya‘qūb b. Ibrāhīm Faraḥ et nous lui avons donné autorisation et habilitation à exercer le métier de la médecine, conformément à l’avis des médecins l’ont examiné. Il a entre ses mains des références pures et légitimes ; que personne ne s’oppose à cela, par taxe, par amende ou par une forme quelconque de corvée ou de ponction fiscale ; qu’on lui donne protection et subsistance, ainsi qu’il est de coutume pour les médecins présents dans nos contrées ; décidé et promulgué et […] le 25 ṣafar 1217 AH. »

C – Texte du Diplôme d'Etat Ottoman (1899)

(Source : « *Ta'arrub al-šahādah al-ṭibbiyyah al-sulṭāniyyah* » [Traduction arabe du diplôme de médecine sultanien], in *Al-Ṭabīb*, vol. n° 9, 11ème année, 01/06/1899, p. 2.)

« Le jury public d'examen qui a siégé à la fin de l'année scolaire à l'Ecole impériale de médecine, comme centre gouvernemental de formation, en présence de notre seigneur radieux, puissant, merveilleux et plein de maîtrise, celui dont l'excellence se fait sentir de part le monde et qui satisfait les fils d'Adam, digne disciple de Platon par la pensée, et du sultan Abū 'Alī dans l'ordre de l'histoire, et devant l'ensemble de Leurs Excellences et des représentants [de l'Ecole de médecine], [Nom du candidat]a été examiné après avoir rempli les obligations d'étude médicale et avoir obtenu les certificats légaux dans les disciplines suivantes: physique, chimie, anatomie, botanique, zoologie, pharmacologie, chirurgie, physiologie, « *mabḥaṯ al-amrāḍ* » [étiologie? Examen pathologique ?], matière médicale, hygiène, pathologie interne et externe, médecine légale, anatomie pathologique, médecine opératoire, obstétrique, clinique médicale, chirurgicale, dermatologique et ophtalmologique; quant aux questions qui lui ont été soumises dans les domaines précités, il les a traitées complètement et y a répondu de façon satisfaisante. Il a fait montre, lors des 5 examens, de l'expérience requise dans la transmission des connaissances. Par conséquent, et sur autorisation formelle du Sultan, octroyée au susmentionné [Nom du candidat]sur l'avis de ses professeurs, nous lui conférons, en considération des preuves qu'il a données de son habileté et de son dynamisme face aux différentes questions médicales et chirurgicales [auxquelles il a été confronté], le rang de docteur avec tous les privilèges [y afférents], tant dans les sciences médicales que chirurgicales, et le titre de maître et d'enseignant; nous lui permettons sans restriction d'exercer dans les Etats du Sultan les arts médicaux et chirurgicaux, comme le stipule l'autorisation [*ijāzah*] frappée du sceau du Sultan, que nous lui remettons en main propre, signée par nous et frappée de notre cachet.

(*Al-Ṭabīb*): Voici le texte du diplôme officiel donné aux étudiants ayant réussi les examens de l'Ecole impériale militaire de médecine et à quiconque se présente à la série des examens légaux avec succès, conformément au jugement de ladite école. Le document porte le cachet de cet établissement et la signature de tous ses professeurs. »

D – Texte du diplôme délivré par le jury d'examen de l'Ecole de médecine de Qasr al-'Aynī à Šākir al-Ḥūrī (1874)

(Source : Šākir al-Ḥūrī, *Op. cit.*, pp. 182-185.)

« Diplôme [ṣahādatnāmeh] khédivial égyptien de médecine

Louange à celui qui restaure à l'Egypte sa splendeur première par un zèle inspiré, homme brillant et sagace, celui qui a œuvré à la diffusion des connaissances en suivant l'exemple de son père et de son grand-père, le bienfaiteur généreux, le dauphin du khédive d'Egypte Ismā'īl, que Dieu le garde et lui donne longue vie et succès, et rétribue ses bienfaits ; c'est lui qui a réformé dans le pays les différentes écoles, revivifié la science, et restauré l'étude ; de toutes ces écoles, la plus remarquable et la plus utile est l'école de médecine qui a illuminé l'Orient, et a procuré sa lumière aux gens du pays et aux étrangers. Les hommes résolus sont

venus à elle des terres lointaines et des différents pays du monde. Parmi ceux qui ont fait cet effort, mus par le désir d'apprendre le noble art de la médecine, se trouvait le noble et brillant Šākir Effendi al-Ḫūrī b. Yūsuf Effendi al-Ḫūrī, dont le père est un des membres du grand conseil du Mont Liban pour le village de Bikāsīn, dans le district de Jezzine, au pays de Damas. Son Excellence Dāwūd Paşa, *mutaṣarrif* du Mont Liban qu'il embellit de ses bienfaits, l'a envoyé afin de favoriser la région et de lui donner de l'ordre. L'école vise à répandre les bienfaits de la médecine grâce à ses élèves, et l'étude des sciences médicales est une des plus généreuses libéralités du khédive. Il a été admis en première année le 4 du mois béni de ramadan 1284 AH, soit au début de janvier 1868 AD, pour étudier la géologie, la minéralogie, la chimie minérale et non-minérale, les bases de la physique et la botanique. A la fin de cette année, il a passé l'examen général dans ces différentes matières qu'il avait assez maîtrisées pour répondre aux membres du jury et manifester son excellence. En deuxième année, il étudia la chimie botanique et animale et la suite du cours de physique, ainsi que la zoologie ; à la fin de l'année, il excella à l'examen général. En troisième année, il étudia l'histologie, « *arkān al-badn* » [l'anatomie de base ? la médecine interne ?], le début de l'anatomie spéciale, l'anatomie, la pharmacologie, c'est-à-dire l'art de doser les médicaments, la petite chirurgie, l'osthéopathie ; à la fin de l'année, il passa l'examen général, il illumina l'assistance. Le jury lui accorda, tout ému, son année. En quatrième année, il étudia la suite de l'anatomie spéciale, la chirurgie générale, la physiologie, c'est-à-dire la connaissance des effets des organes sur l'état de santé, la pathologie générale, la thérapeutique, et à la fin de l'année il passa l'examen, et ses réponses étaient excellentes. En 5^{e} année, il étudia la chirurgie des tissus, la première partie de la grande chirurgie, l'anatomie chirurgicale, la première partie de l'anatomie spéciale, c'est-à-dire la science des maladies internes, l'anatomie pathologique, l'hygiène, la matière médicale, la thérapeutique, la dermatologie, la gynécologie, la pédiatrie, et à la fin de l'année il passa l'examen général avec une expression claire et de la distinction. En sixième et dernière année, il a étudié la chirurgie des organes, la deuxième partie de la grande chirurgie, l'ophtalmologie, c'est-à-dire l'étude des maladies des yeux et leur traitement, la deuxième partie de la pathologie spéciale, la médecine légale, l'obstétrique, la toxicologie, la clinique chirurgicale, la médecine interne, la pathologie ophtalmologique, puis passa l'examen général, tenu le lundi béni 21 Ša'bān 1290 AH, devant un jury honoré par la présence de S.E. Muḥammad Tawfīq Pacha, dauphin du khédive d'Egypte, S.E. Ṭūsūn Paşa, fils de S.E. Sa'īd Paşa, S.E. Muṣṭafā Riyaḍ Paşa, inspecteur général des écoles, S.E. Muḥammad Rāğib Paşa, membre du Conseil Spécial, S.E. 'Abdallah Paşa, Conseiller au Ministère de l'Intérieur, S.E. Abū Bakr Rātib Paşa, S.E. 'Abd al-Laṭīf Paşa, inspecteur de la Marine, et en plus un grand nombre de *'alīm*-s érudits, de notables, de commerçants importants, de chefs estimés des communautés étrangères, et des organisateurs de l'examen. Il excella dans ses réponses et parla de la plus agréable façon et les personnes présentes reconnurent l'excellence de sa science et de son instruction, et par cela il a mérité d'être appelé médecin savant [*al-ṭabīb al-ḥakīm*], en plus des examens hebdomadaires et mensuels que nous lui faisions passer pendant sa formation, où il répondait avec clarté à toutes les question que nous lui posions. Ainsi l'effendi dont il s'agit a montré toute l'étendue de sa science médicale, et a été le premier de sa promotion à chaque examen, servant de modèle pour ses frères les étudiants par la décence de ses mœurs, sa bonne conduite, ses efforts, sa persévérance à acquérir les sciences précitées. Il unit la science et le travail et possède un savoir sans faille à force de labeur et d'assiduité, de temps passé avec nous à traiter les maladies et les épidémies variées présentes à l'hôpital général. Il a accepté avec enthousiasme et énergie de participer à l'étude au chevet des malades et se livrant parfois lui-même à l'examen, devant nous, réalisant les plus célèbres opérations chirurgicales et ophtalmologiques. Il a effectué l'extraction de l'alopécie et de l'ablation ainsi que l'extraction des tumeurs externes et internes, les opérations de la cataracte, [?], et [?], et montré ses talents pour réparer les fractures et remettre en place les luxations, etc. Avec la protection divine et

les efforts charitables du khédive, cet effendi est devenu à la fois médecin [*ṭabīb*] habile, savant [*ḥakīm*] et doué. La confiance qu'il inspire s'est imposée dans l'opinion de tous. Il a accepté de prendre en consultation et en traitement les patients atteints de toutes les maladies graves. Dieu fasse qu'il puisse être utile aux humains et soutenu par tout un chacun. C'est pour cela que nous devons attester de sa valeur et de la profondeur de ses connaissances et nous le certifions apte à pratiquer les savoirs et les arts précités et tout ce que font les médecins savants [*al-aṭibbā' al-ḥukamā'*], par sa science, son apprentissage, son travail et son jugement. Nous ne lui contestons en rien son droit d'exercer en aucun lieu qu'il se trouve et en aucun pays où il s'installera. Nous lui donnons ce diplôme afin qu'il le garde comme un soutien et un témoignage très ferme, et nous le rendons public devant le conseil des médecin de Qaṣr al-'Aynī, au Caire.

Le président [*al-ra'īs*] de l'école et de l'hôpital, professeur [*mu'allim*] de chirurgie et de clinique chirurgicale Muḥammad 'Alī ;
Le professeur de pathologie ophtalmologique et de chirurgie ophtalmologique Ḥusayn Bey 'Ūf ;
Le professeur de pathologie spéciale et d'anatomie pathologique et de clinique interne Sālim Bey Sālim ;
Le professeur de chimie organique et de la première partie des sciences physiques Yūsuf Bey [Jāstanīl ?] ;
Le professeur d'anatomie spéciale et générale Ḥasan Bey 'Abd al-Raḥmān ;
Le professeur de physiologie et d'hygiène 'Abd al-Raḥmān Bey Harāwī ;
Le professeur d'« *al-mawālīd al-ṯalāṯ* » [?] Aḥmad Bey Nadā ;
Le professeur d'obstétrique Muḥammad Bey 'Abd al-Samī' ;
Le professeur de matière médicale et de thérapeutique et de dermatologie Muḥammad Effendi Badr ;
Le professeur de grande chirurgie Muḥammad Effendi Fawzī ,
Le professeur de pathologie générale Muḥammad Effendi Qiṭāwī ;
Le professeur de chirurgie générale, d'anatomie chirurgicale et de petite chirurgie et d'osthéopathie Aḥmad Bey Ḥamdī ;
Le professeur de chimie minérale et non-minérale, et de la première partie des sciences physiques Ṣāliḥ Effendi 'Alī ;
Le professeur de gynécologie et de pédiatrie Muṣṭafā Effendi Abī Zayd ;
Le professeur de pharmacologie 'Alī Effendi Riyāḍ ;
Le professeur de clinique ophtalmologique Muḥammad Effendi Bahjat ;
Le professeur de médecine légale et de toxicologie Ibrāhīm Effendi Ḥasan ;
Le professeur d'anatomie scientifique Muḥammad Effendi Darā.

Je certifie que l'effendi susmentionné est un homme de bonne conduite et de bonnes moeurs. L'inspecteur de l'école de médecine, Ibrāhīm Effendi Šawqī [a vérifié] que Šākir Effendi al-Ḥūrī, déjà cité plus haut, a été pendant la période de son séjour à l'hôpital prêt à assister par son traitement les malades de l'hôpital placés sous sa garde et a exercé les fonctions de *nūbatjī* [interne ?] avec pleine maîtrise.

L'inspecteur général des hôpitaux d'Egypte : Aḥmad Bey Kamāl.
Le délégué de l'inspection des hôpitaux d'Egypte : Muḥammad Effendi Ḥāfiẓ.

Šākir Effendi al-Ḥūrī, originaire de Bikāsīn, district de Jezzine au Mont Liban, pays de Damas, est devenu étudiant à l'école de médecine, une des écoles spéciales des pays d'Egypte, le 4 ramadan 1284 AH, parmi les 10 Syriens [*Šawām*] autorisés à faire leur formation médicale par libéralité du khédive ; il a complété ses études et sa formation sous la

haute protection du khédive, le 21 Ša‘bān 1290 AH, après avoir démontré par ses résultats aux examens – et c’est à la suite de cela que le diplôme lui a été conféré par le président et les *ḫawajah*-s [ici : enseignants] de l’école de médecine – qu’il méritait d’être médecin [*ṭabīb*] et savant [*ḥakīm*] et avait gagné la confiance de l’opinion de tous. Il peut travailler en quelque lieu qu’il habite, et pour inspirer cette confiance, il a fallu faire authentifier le présent document par le dīwān, le 14 ramadan 1290 AH.

Le directeur des écoles et des *waqf*-s
Riyāḍ

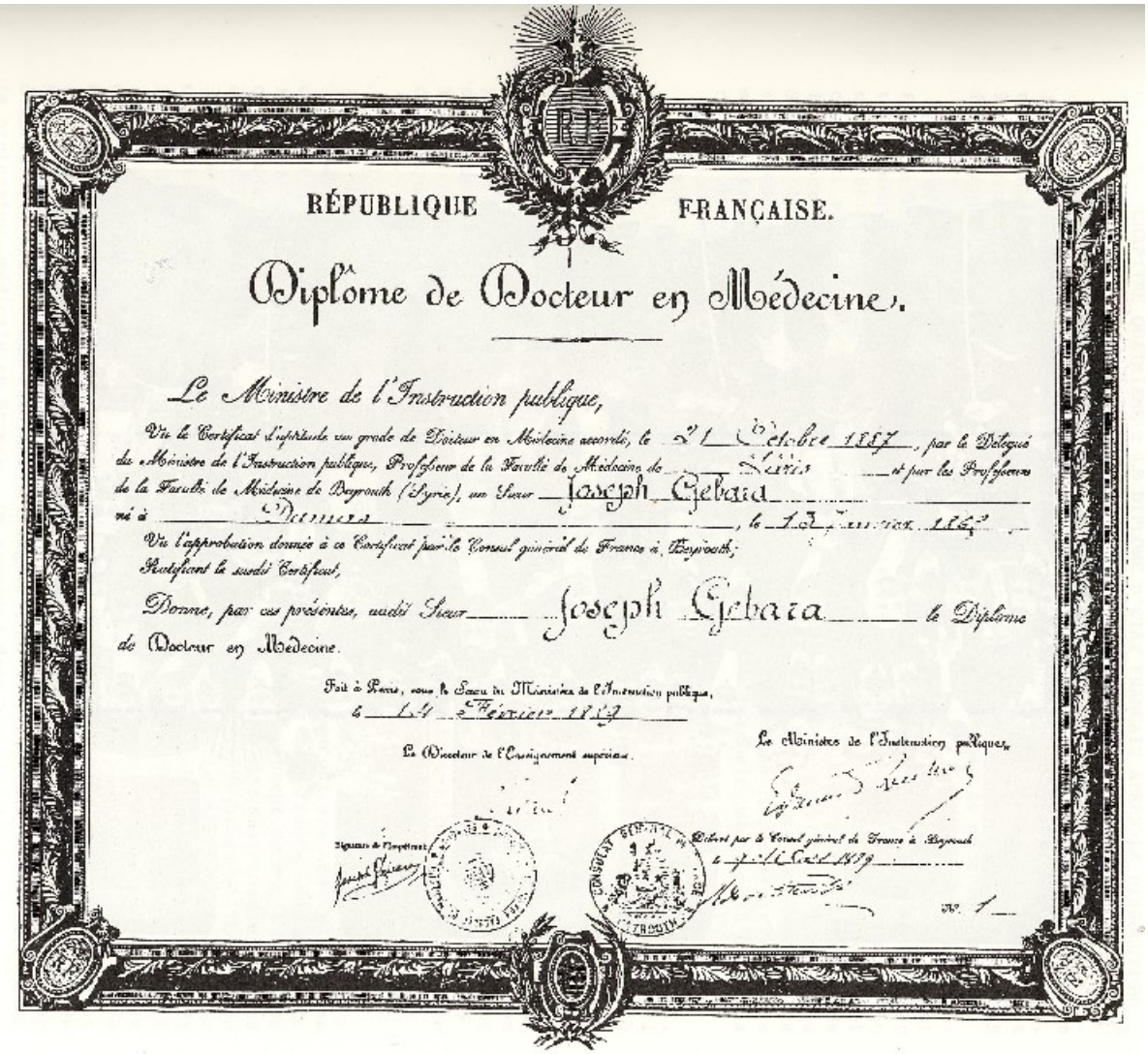
J’ai examiné ce diplôme scellé et portant le cachet de MM. les *ḫawajah*-s [enseignants] de l’école de médecine, apposé devant le conseil public à la santé d’Egypte par l’inspecteur du diwān des écoles et des *waqf*-s, pour authentification ; afin qu’elle soit valide là où elle sera nécessaire, il fallait qu’elle soit vérifiée par nous.

Le 17 ramadan 1290 AH.

Le président du conseil public à la santé d’Egypte

[Colucci ?]. »

E – Exemplaire de doctorat délivré par le ministère français de l'Instruction Publique aux candidats reçus aux examens de la FFM (1887)



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Diplôme de Docteur en Médecine.

Le Ministre de l'Instruction publique,

Vu le Certificat d'aptitude au grade de Docteur en Médecine accordé, le 21 Octobre 1887, par le Délégué du Ministre de l'Instruction publique, Professeur de la Faculté de Médecine de Paris, et par les Professeurs de la Faculté de Médecine de Beyrouth (Syrie), au Sieur Joseph Gebara, né à Damas, le 13 Janvier 1864;

Vu l'approbation donnée à ce Certificat par le Consul général de France à Beyrouth, Rédigeant le susdit Certificat,

Donne, par ces présentes, audit Sieur Joseph Gebara le Diplôme de Docteur en Médecine.

Fait à Paris, sous le Sceau du Ministère de l'Instruction publique, le 14 Février 1889

Le Directeur de l'Enseignement supérieur. Le Ministre de l'Instruction publique,

Visé par le Consul général de France à Beyrouth le 4 Juillet 1889

1° diplôme de doctorat en médecine, décerné à la Faculté de Beyrouth à M. Joseph GEBARA, le 21 octobre 1887, et signé le 14 février 1889.

(Source : Ducruet, *Op. cit.*, p. 65.)

F – Texte du Doctorat de l'Université de Lyon délivré aux étudiants de la FFM (1896)

(Source: MAE Nantes, Constantinople, E, 707 : copie du texte des diplômes délivrés par la faculté de médecine de Lyon aux Drs Barakat et Ṣawmā en février 1896.)

« République française

Diplôme de Docteur en Médecine.

Le Ministre de l'Instruction Publique,

Vu le certificat d'aptitude au grade de Docteur en Médecine accordé, ce 29 novembre 1895, par les Professeurs et agrégés de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon, Académie de Lyon, au Sieur Damiani, Bernardin, né à Jérusalem, Turquie d'Asie (Palestine), le 15 juin 1867 ;
Vu l'approbation donnée à ce certificat par le Recteur de ladite Académie ;
Ratifiant le susdit certificat ;
Donne, par les présentes, audit Sieur Damiani le Diplôme de Docteur en Médecine, pour en jouir avec les droits et prérogatives qui y sont attachés par les lois, décrets et règlements.
Fait à Paris, sous le sceau du Ministère de l'Instruction Publique, le 14 janvier 1896.

Le Ministère de l'Instruction Publique.
Signé : E. Combes.

Pour expédition conforme
Le Directeur de l'Enseignement Supérieur
(Illisible)

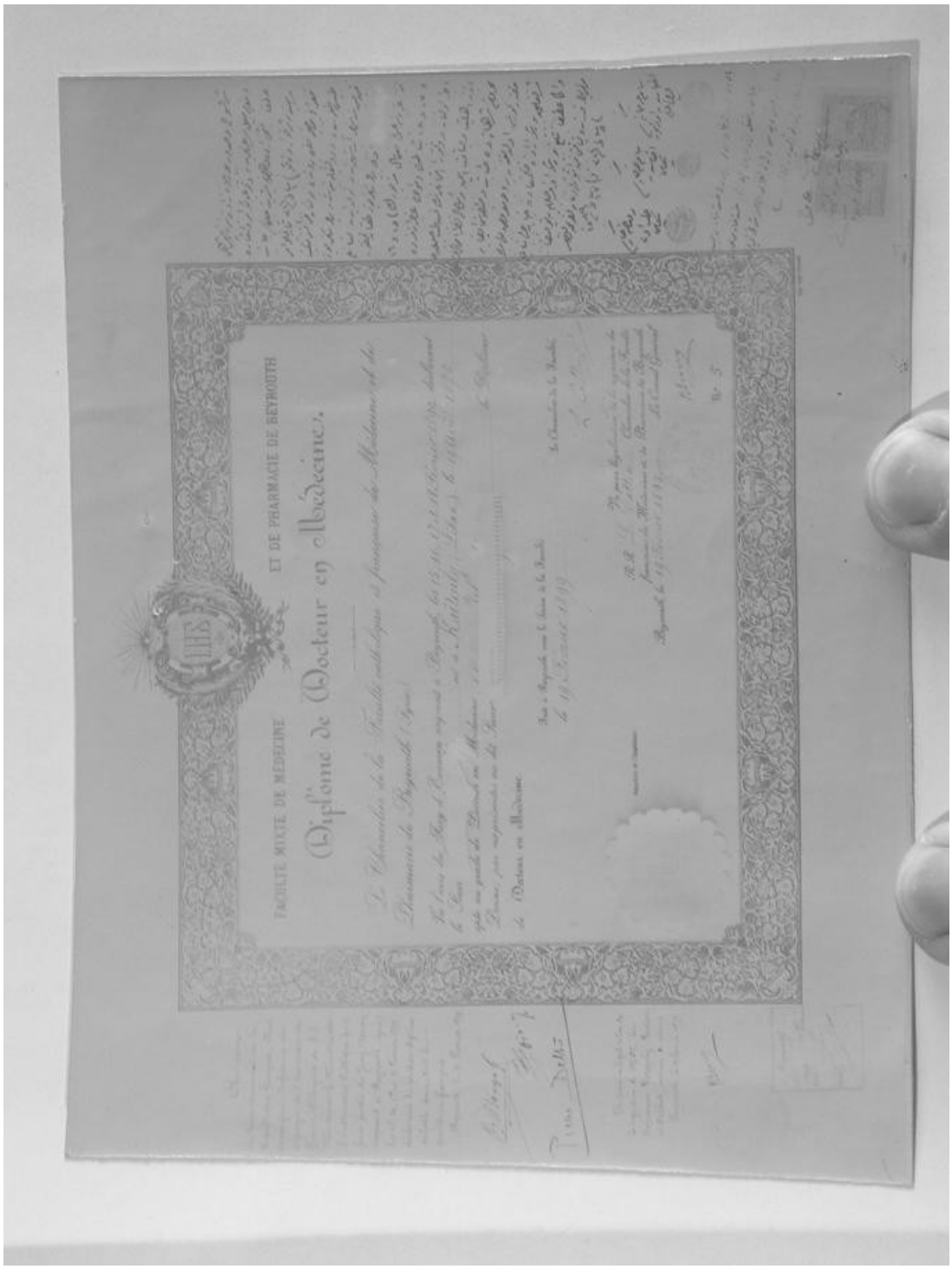
Délivré pour le Recteur d'Académie de Lyon le 1er février 1896.
(Signé :) G. Compayres.

Signature de l'impétrant.

P.S. (Université de France, Académie de Lyon) N°998. »

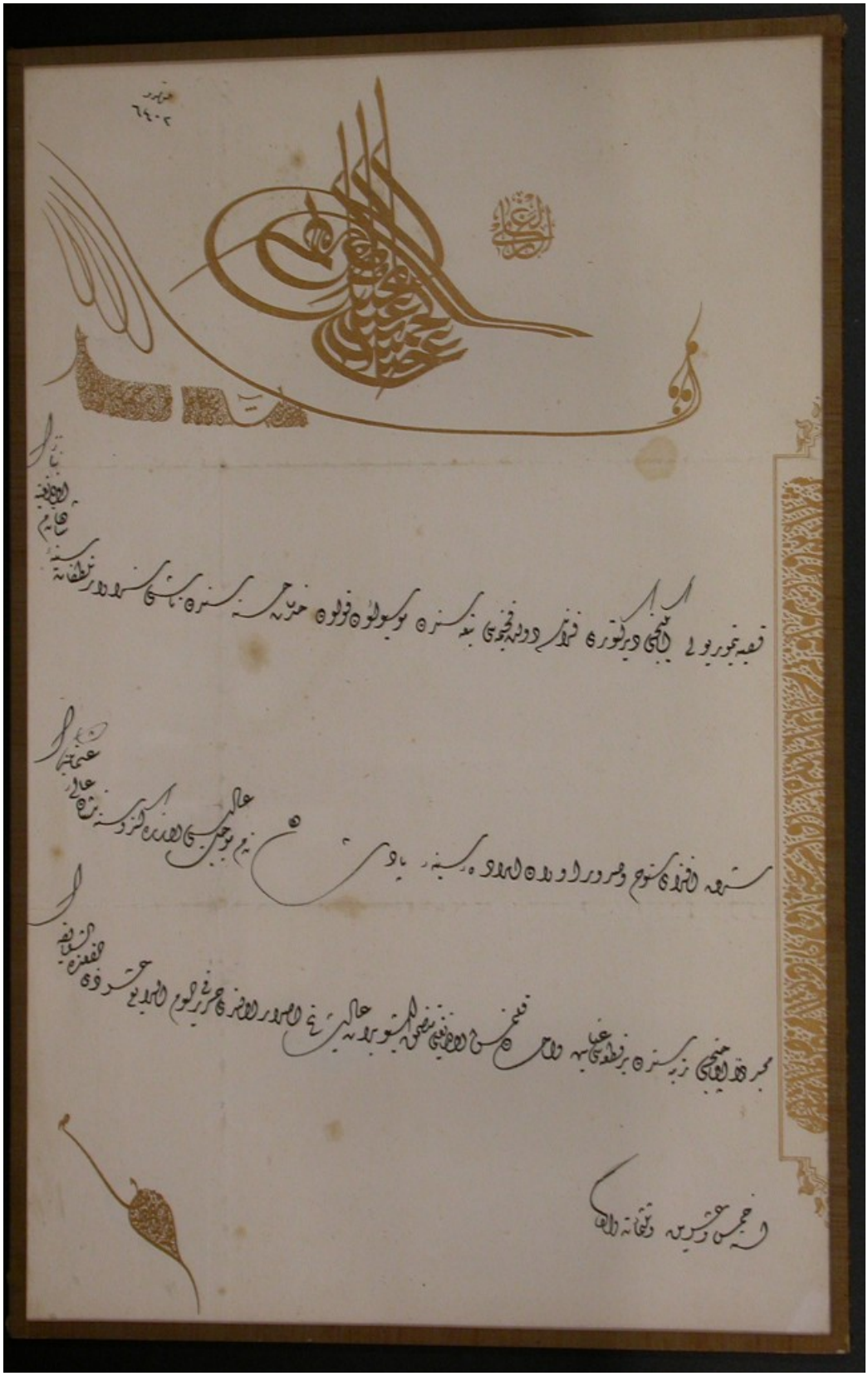
G – Exemplaire du diplôme de doctorat de la FFM validé par les jurys français et ottomans (1899)

(Source : MAE Nantes, Constantinople, E, 707 : reproduction micrographique du diplôme délivré par les jurys mixtes.)



H – Firman adressé par le gouvernement de Beyrouth à un médecin de la famille Bertrand en reconnaissance de ses services (1325 AH / 1907-1908 AD)

(Source : documents familiaux de M. le Professeur Didier Pralon.)



Annexe C : Population médicale du sud du bilād al-Šām, 1871-1918

Le tableau suivant reprend quelques unes des principales catégories de notre base de données. Pour la catégorie « Dernière localisation connue », nous avons retenu les dernières informations trouvées concernant l'établissement des médecins, éventuellement le lieu de leur décès. Pour des raisons informatiques, nous avons opté ici pour une graphie phonétique des noms.

Nom	Religion	Lieu de naissance	Formation	Dernière localisation
Abd al-Ghani Effendi	Musulman	EO	FIM?	Karak
Abd al-Qâdir Bey	Musulman	Damas	SPC	Jérusalem
Abdallah, Rachid	?	Choueifat	FFM	Haifa
Abela, Najîb A.	Chrétien	Saïda	SPC	Mayt-Ghamr
Abu Chédid, Albert / Abraham	Juif	Jérusalem	SPC	Jaffa-Tel-Aviv
Abu Ghazaleh 'Âhid	Musulman	Naplouse	FIM	Naplouse
Abû Nâdir, Michel	Chrétien	Beyrouth	FFM	Nazareth
Abu-Rahmeh, Halim Mansur	Chrétien	Shifâ' 'Amr	SPC	Amman
Abyad, Gabriel	Chrétien	Haifa	FFM	Haifa
Afrukhtih, Mirza Yûnis Khan	BahaÏ	Téhéran	FFM	Téhéran
Ahmad Effendi	Musulman	EO	FIM?	Salt
Anderson	Chrétien	GB	Rdm	GB
Apelian, Albert Solomon	Chrétien	Kassab	SPC	USA
Apps, Rachel	Chrétien	GB	Rdm	Naplouse
Arab, Emile	Chrétien	Beyrouth	FFM	France
Araktingi, Geroges Antun	Chrétien	Jaffa	SPC	Alexandrie
Araman, Elie	?	EO	FFM	Palestine
Aranki, Iskandar Sulayman	Chrétien	Birzeit	SPC	Jaffa
Auerbach, Elias	Juif	Allemagne	Rdm	Allemagne
Bachour	?	Safita	SPC	Haifa
Bailey, H.B.	Chrétien	Ecosse	Rdm	GB
Barrakat, Philippe	Chrétien	Damas	FFM	Homs
Barnaba	Chrétien	?	?	Jérusalem
Barsal, Judah	Juif	?	FFM/SPC	Beyrouth
Beham, A.	Juif	Kharkov	Rdm	Jérusalem
Behar, Joseph	Juif	Jérusalem	FFM	Paris
Belkind	Juif		Rdm	Jaffa
Bermanns Pacacek, Johannes	Chrétien	Autriche	Rdm	Nazareth
Bîtâr, Jubrân	Chrétien	?	SPC	Damas
Boulos, Daoud	Chrétien	Kufr Yasif	SPC	Beyrouth
Brigstocke, Percy Ward	Chrétien	?	Rdm	Jaffa
Brünn, Wilhelm	Juif	Allemagne	Rdm	Allemagne
Bryan, R.B.	Chrétien	GB	Rdm	Salt
Bûtâji, Shukri (Effendi)	Chrétien	EO	SPC	Jaffa
Butler, T.H.	Chrétien	GB	Rdm	Jérusalem

Nom	Religion	Lieu de naissance	Formation	Dernière localisation
Cant, W.E.	Chrétien	GB	Rdm	GB
Carpani, Giuseppe	Chrétien	Italie	Rdm	Jérusalem
Catafago, Théodore	Chrétien	Saïda	FFM	Nazareth
Chababi, Farès Nassif Hayek	Chrétien	Bejjeh	FFM	Baalbeck
Chami	Juif	?	?	Jaffa
Chaplin, Thomas	Chrétien	GB	Rdm	GB
Chatinières, Henri	Chrétien	France	Rdm	Ramleh
Chissin	Juif	Odessa	Rdm	Jemma
Cognard	Chrétien	France	Rdm	France
Cohen, A.	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Coleman, R.B.	Chrétien	GB	Rdm	Jaffa
Coles, Donald A.	Chrétien	GB	Rdm	Haifa
Cooke, Louise	Chrétien	GB	Rdm	GB
Corbett, C.H.	Chrétien	GB	Rdm	?
Cropper, John	Chrétien	Chestow	Rdm	En Méditerranée
D'Arbela, Isaac né Amcyslowski	Juif	Krementschug	Rdm	Jérusalem
D'Erf Wheeler, Percy C.E.	Chrétien	GB	Rdm	Jérusalem
Da'das, Jurjî	Chrétien	Nazareth	FIM?	Naplouse
Damiani, Bernardin	Chrétien	Jérusalem	FFM	Jérusalem
David, J.	Juif	?	?	Rayak
Dawud, Salîm	Chrétien	An-Nabk	SPC	Tibériade
De Friess, Camille	Chrétien	France	Rdm	En Corse
Dibs, Najib Abdallah	Chrétien	Mu'allaqat Zahleh	SPC	Mu'allaqat Zahleh
Drouillard, Marcel	Athée	Vénérand	Rdm	?
Eddy, Mary Pierson	Chrétien	Saïda	Rdm	USA
Efklides, Photios	Chrétien	Istanbul	FIM	Jérusalem
Ehrlanger, Moshe	Juif	Lucerne	Rdm	?
Einszler, Adolf	Chrétien	Autriche	Rdm	Jérusalem
Eliachar, David	Juif	Jérusalem	FFM	Montrouge
Elliott, Robert	Chrétien	GB	Rdm	GB
Emmanuelidès, Basile	Chrétien	Nidjeh	FFM	Shifâ' 'Amr
Fabrikant	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Fallscheer-Zürcher, Josephine	Chrétien	Allemagne	Rdm	Bethléem
Farah, Emile Salih	Chrétien	Nazareth	SPC	Nazareth
Feigenbaum	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Feuchtwanger, Albert	Juif	Munich	Rdm	?
Fulayhân, Amîn	Chrétien	Ayn Zahalta	SPC	Ayn Zahalta
Gaitanopoulos	Chrétien	?	?	Jérusalem
Ghurayyab, Qaysar	Chrétien	Abayh	SPC	Jaffa
Gilgilian, Mergueditch	Chrétien	Malatia	FFM	Naplouse
Gillman, Robert Winthrop	?	USA	Rdm	Jérusalem
Glücker	Juif	?	Rdm	Haderah
Goldberg	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Gould, Sidney	Chrétien	Canada	Rdm	Canada
Goussous, Jean	Chrétien	Karak	FFM	Damas
Greenberg, Ernest	Juif	?	FFM	Beyrouth
Griffith, Alfred Hume	Chrétien	GB	Rdm	Mossoul
Griffiths, Ethel	Chrétien	GB	Rdm	?
Grün, Abraham Jacob	Juif	?	SPC	Safad
Grussendorf	Chrétien	Allemagne	Rdm	?
Gutmann	Juif	?	Rdm	Jaffa
Haddâd, Amîn	Chrétien	'Abayh	SPC	Alexandrie
Haddâd, Lutfallah	Chrétien	Beit Méri	SPC	Beit Méri

Nom	Religion	Lieu de naissance	Formation	Dernière localisation
Haddâd, Wadî' Ibâhîm	Chrétien	Jérusalem	SPC	Le Caire
Hadje, Suleiman	Chrétien	Kaitouly	FFM	Sûr
Hajjar, Yusuf Jurjus	Chrétien	EO	SPC	Bethléem
Halabi, Constantin N.	Chrétien	EO	?	Zagazig
Halabi, Ilyas Hanna	Chrétien	Jérusalem	SPC	Jérusalem
Halabi, Iskandar Nikula	Chrétien	Jaffa	SPC	Jaffa
Harfouche, Farid-Ghamachi	?	Saïda	FFM	Hedjaz
Henry	Chrétien	France	Rdm	?
Heron	Chrétien	GB	Rdm	?
Hmouda, Michel	Chrétien	Haifa	FFM	Haifa
Hoenigman	Chrétien	Autriche	Rdm	Bethléem
Hoffmann, G.	Chrétien	Allemagne	Rdm	Jérusalem
Hoffmann, Samuel	Chrétien	Allemagne	Rdm	Jérusalem
Husnî Bey	?	EO	?	Jérusalem
Husseini, Kâmil Bey al-	Musulman	Jérusalem	?	Jérusalem
Itayim, Ibrahim Jiryis	Chrétien	Kufr Yasif	SPC	Liban
Jabârah, Mujallî Mas'ûd	Chrétien	Judaydat Marj 'Uyûn	SPC	Judaydat Marj 'Uyûn
Jacobson	Juif	?	Rdm	Zichron Yaakov
Jaffe, Hillel	Juif	Symferopol	Rdm	Zichron Yaakov
Jamâl, Najîb K.	Chrétien	Nazareth	SPC	Jérusalem
Jermans	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Johnson, Frederick	Chrétien	GB	Rdm	?
Kagan, Helene	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Kak, Khalil	?	EO	?	Nazareth
Kalbian, Vahan H.	Chrétien	Diarbékir	SPC	Beyrouth
Kanaan, Tawfiq Beshara	Chrétien	Beit Jala	SPC	Jérusalem
Kantorowitch	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Karîdî, Nûr al-Dîn al-	Musulman	Lattakieh	EIM	Naplouse
Kâtibah, Dâwûd (Effendi)	Chrétien	Yabrûd / An-Nabk	SPC	Yabrûd / An-Nabk
Kattan, Habib Musa	Chrétien	Bethléem	SPC	Haifa
Kauffmann	Chrétien	Allemagne	Rdm	Haifa
Kawar, Nasif M.	Chrétien	Nazareth ou Acre	SPC	Haifa
Keith, J.Melville	Chrétien	Ecosse	Rdm	?
Khoury, César S.	Chrétien	Bekassine	FFM	Haifa
Khoury, Chakr Allah al-	Chrétien	?	?	Nazareth
Khoury, Gead Khalil	Chrétien	Homs	FFM	Haifa
Khoury, Shakir	Chrétien	Bekassine	Le Caire	Beyrouth
Knessevitch, Georg	Chrétien	Autriche	Rdm	?
Kohn, Nachim	Juif	Symferopol	Rdm	Zichron Yaakov
Krinkin	Juif	?	Rdm	Jaffa
Krischewsky, D.I.	Juif	?	Rdm	Jérusalem
La Bonnardière, Léon	Chrétien	France	Rdm	France
Lasbrey, Frederick O.	Chrétien	Ecosse	Rdm	Jaffa
Léopold	Chrétien	?	Rdm	Jaffa
Leuret	Chrétien	France	Rdm	?
Lévy	Juif	?	?	Jaffa
Lin, Jean (né Abdelkader ben Henni)	Né musulma	Algérie	Rdm	Jérusalem
Lloyd	Chrétien	GB	Rdm	Majdal
London, Benjamin	Juif	Hongrie	Rdm	Jérusalem
Lorch	Chrétien	Autriche	Rdm	Bethléem
Lorenzo, Chaker	Chrétien	Jérusalem	FFM	Alexandrie
Lück	?	?	Rdm	Jaffa
Maekler	Juif	?	Rdm	Jaffa
Mancini, Claudio	Chrétien	Italie	Rdm	?
Many, Baruch	Juif	Hébron	FFM	Hébron

Nom	Religion	Lieu de naissance	Formation	Dernière localisation
Masterman, Ernest William Gurney	Chrétien	GB	Rdm	Jérusalem
Mauchamp, Emile	Chrétien	France	Rdm	Maroc
Mayr, Ottmar	Chrétien	Bavière	Rdm	?
Mazaraki (jr.), Nicéphore	Chrétien	Grèce (?)	?	Jérusalem
Mazaraki, Nicéphore	Chrétien	Athènes	Rdm	Jérusalem
Mazel, Isaac	Juif	Vilnius	FFM	Jérusalem
Mazié	Juif	?	Rdm	Jérusalem
McFarlane, Ian	Chrétien	Ecosse	Rdm	?
McKinnon	Chrétien	GB	Rdm	Egypte
Meraccadé, Alexandre	Chrétien	EO	FFM	Afoulah
Michaelovitz	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Michel, Charles	Chrétien	Beyrouth	FFM	Héliopolis
Milan, Antun	Chrétien	Baabda	SPC	Naplouse
Moscowitz, Hermann	Juif	?	Rdm	Rehovot
Môyâl, Simon	Juif	Jaffa	FFM	Jaffa
Mu'ayyad, Habîb	BahaÏ	Kirmânshâh	SPC	Perse
Muharram Bey	Musulman	EO	?	Jérusalem
Muharram Effendi	Musulman	EO	EIM	Salt
Muir	Chrétien	Ecosse	Rdm	Inde
Naamé, Chukri	Chrétien	Beyrouth	FFM	Neuilly
Nadache	Juif	France	Rdm	?
Nahon, Bension	Juif	Jérusalem	FFM	Jérusalem
Nassar, Ibrahim	Chrétien	Jérusalem	SPC	Haifa
Nathan	Juif	?	Rdm	Hadera
Nefach	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Nicholson, Ruth	Chrétien	GB	Rdm	Gaza
Nucho, Ni'meh Khalil	Chrétien	Nazareth	SPC	Shbaniyyeh
Ogilvie, John H.	Chrétien	GB	Rdm	GB
Oplatka	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Pacher, Victor	Chrétien	Italie	Rdm	Jérusalem
Pascal, Vahan	Chrétien	?	?	Jérusalem
Pasqualini, Félix	Chrétien	France	Rdm	Algérie
Paterson, Alexander	Chrétien	Madras	Rdm	Edimbourg
Paulus	?	?	Rdm	Jérusalem
Pooley, G.H.	Chrétien	GB	Rdm	Jérusalem
Pouchovsky, L.	Juif	?	Rdm	Jaffa
Puffeles, Philipp ou Phoebus	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Puffeles, Schraga	Juif	Cracovie	Rdm	?
Purnell, Charlotte	Chrétien	GB	Rdm	Jaffa
Râsim Effendi	Musulman	EO	?	Karak
Rechetyllo	Chrétien	Russie	Rdm	Jérusalem
Ribbing	Chrétien	Suède	Rdm	?
Rigaud	Chrétien	France	Rdm	?
Rokstein	Juif	?	Rdm	Jaffa
Rosenfeld, Joseph	Juif	Bagdad	FFM	Alep
Roux	Chrétien	France	Rdm	France
Rück, Raphaël	Chrétien	France	Rdm	St Raphaël
Sa'âdah, Khalîl	Chrétien	?	?	Jérusalem
Saad	?	?	?	Jaffa
Saba, Elias	Chrétien	Beyrouth	SPC	Salt
Sabadini	Chrétien	France	Rdm	Algérie
Salibi, Ibrahim	Chrétien	?	SPC	Salt
Salîm, As'ad A.	Chrétien	Jbâ' al-Shûf	SPC	Burj el-Barajneh
Salîm, Habîb	Chrétien	Jbeil	SPC	Naplouse
Salvatore	?	?	Rdm	Palestine
Sandreczky, Max	Chrétien	Jérusalem	Rdm	Jérusalem

Nom	Religion	Lieu de naissance	Formation	Dernière localisation
Sarkis	Chrétien	Liban	?	Naplouse
Sarouf	?	EO	?	Jérusalem
Savignoni	Chrétien	?	Rdm	Jérusalem
Sawabini, Elias	Chrétien	Jérusalem	?	Jérusalem
Schermann	Juif	?	Rdm	Jaffa
Schmidt, Johannes	Chrétien	Allemagne	Rdm	Haifa
Schwartz	Juif	Hongrie	Rdm	Jérusalem
Scrimgeour, Frederick John	Chrétien	Ecosse	Rdm	?
Ségal, Jacob	Juif	Safad	Rdm	Paris
Semaan, Georges Nassîf	Chrétien	Chiyah	FFM	Front de Palestine
Severine	Chrétien	Russie	Rdm	Jérusalem
Shahdân Effendi	M	EO	?	Safad
Shawkat Effendi	?	EO	?	Ma'an
Spiridon, Nicolas	Chrétien	?	EIM	Jérusalem
Stamatiadès	Chrétien	Grèce	?	?
Stanley	Chrétien	GB	Rdm	Palestine
Stein	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Sterling, Robert	Chrétien	GB	Rdm	France
Tâhir Bey	?	?	?	Haifa
Talhûq, Salîm	Chrétien	Liban	?	Naplouse
Taqtaq, Jamîl	Chrétien	Naplouse	SPC	Naplouse
Thomson	Chrétien	GB	Rdm	Jérusalem
Thon, Jakob	Juif	?	Rdm	Jaffa
Thwaites	Chrétien	Canada	Rdm	?
Tissot	Chrétien	France	Rdm	Choisy-le-Roi
Torrance, David	Chrétien	Airdrie	Rdm	Tibériade
Trabulsi, Jurjus	Chrétien	Mashghârah	SPC	Mashghârah
Tribo	Juif	?	Rdm	Jérusalem
Trowa, Naseef	Chrétien	EO	?	Salt
Tschernoff, Leon Isaac	Juif	Rishon leZion	SPC	New York
Tycho ou Ticho, Abraham	Juif	Autriche	Rdm	Jérusalem
Vartan, Calouste	Chrétien	Istanbul	Rdm	Nazareth
Vogel	?	Allemagne	Rdm	Jérusalem
Waddell, J.C.	Chrétien	GB	Rdm	GB
Wagner	Chrétien	Autriche	Rdm	Jérusalem
Waitz, Naphtali	Juif	Odessa	Rdm	Jérusalem
Wallach, Moritz / Moshe	Juif	Cologne	Rdm	Jérusalem
Weitzbard	Juif	?	Rdm	Rishon leZion
Wilson, George	Chrétien	GB	Rdm	GB
Wilson, Marian	Chrétien	GB	Rdm	France
Witten	?	?	?	Haifa
Wright, Gaskoin Richard Morden	Chrétien	GB	Rdm	GB
Yellowlees, David	Chrétien	GB	Rdm	GB
Zavzavatjian, Aram Ovhennes	Chrétien	Bagdad	SPC	Bagdad
Ziadé, Joseph	Chrétien	EO	FFM	Beyrouth
Zu'rub, Ibrahim	Chrétien	Alma Cha'b	SPC	Haifa
Zughayb, Jurjus M.	Chrétien	Tyr	SPC	Tyr

Annexe D : la représentation iconographique et photographique des médecins diplômés

Les photos qui suivent illustrent les différents modes de représentation des médecins diplômés: de la photographie d'identité à leur activité au milieu des malades. Les supports sont principalement photographiques, à l'exception d'un dessin.

Mr. Percy D'Erf Wheeler in seinem Arztzimmer

Illustration n°1: le Dr Percy d'Erf Wheeler, médecin-chef de l'hôpital de la LJS à Jérusalem, dans sa salle de consultation (date inconnue). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 173.)

الدكتور قيصر خوري
في لباس الثورة الفلسطينية سنة ١٩٣٧
للامراض الداخلية والتناسلية
شارع الراهبات وشارع الجرينه ، حيفا

الدكتور توفيق كنعان
رئيس الجمعية الطبية العمومية
ورئيس الجمعية الطبية في القدس
الاختصاصي في امراض البلاد الحارة
والامراض الصدرية والقلبية
شارع المصرارة

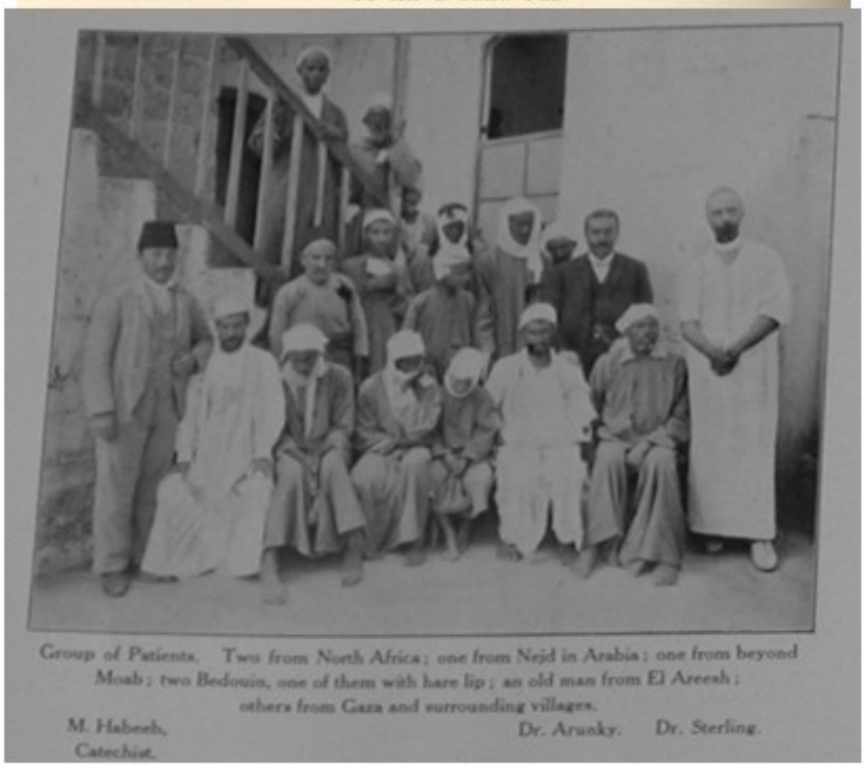
Illustration n°2 (en haut à gauche): le Dr Qaysar Khoury, de Haifa, en costume occidental et tarbouche (date inconnue). (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, p 3.)

Illustration n°3 (en haut à droite): le Dr Qaysar Khoury en costume occidental, kuffiyyah et 'aqqāl en 1937. (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, p 194.)

Illustration n°4 (en bas à gauche): le Dr Tawfīq Kana'ān, de Jérusalem, en costume de ville (années 1940). (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, pp 203.)

Illustration n°5 (en bas à droite): Dr Tawfīq Kana'ān, avec croix du Croissant Rouge ottoman; croix du Saint Sépulcre du patriarcat grec orthodoxe de Jérusalem; croix blanche, donnée par Guillame II au père du médecin en 1898; croix de fer de l'armée allemande, acquise pendant la Première guerre mondiale (après 1948). (Source: Nashef, *Op. cit.*, p IV.)

DR. TORRANCE WALKING ON THE PLAIN WHERE THE 5000 ARE SUPPOSED TO HAVE BEEN FED

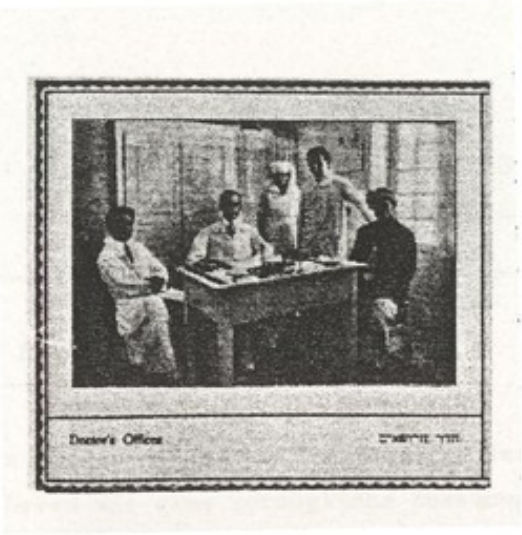


Group of Patients. Two from North Africa; one from Nejd in Arabia; one from beyond Moab; two Bedouin, one of them with hare lip; an old man from El Areesh; others from Gaza and surrounding villages.

M. Habeeb, Catechist. Dr. Arunky. Dr. Sterling.

Illustration n°6 (en haut): le Dr Torrance, médecin de la mission écossaise de Tibériade, en tenue de chasse, cliché pris en Galilée (années 1910?). (Source: Livingstone, *Op. cit.*, en face de la p 161.)

Illustration n°7 (en bas): le personnel de la mission médicale de la CMS à Gaza. A droite: le Révérend Dr Robert Sterling; à ses côtés, en costume: le Dr Iskandar Arankī; à gauche: le catéchiste Ḥabīb (1891). (Source: CMS G 3 P/O 1908/45, *Jottings and snapshots. From Gaza, southern Palestine*, n °1, 02/1908, p 6.)

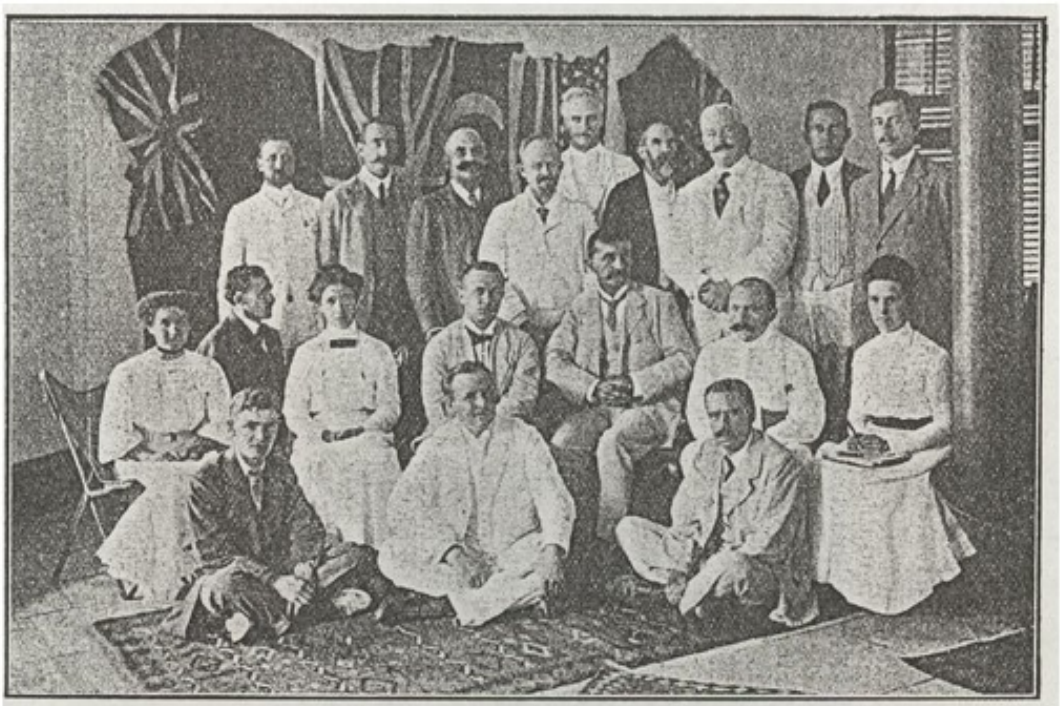


AFTERNOON TEA ON THE VERANDAH
Mount Hermon, snow-capped, lies in the distance, but is too far away to be visible in the photograph

Illustration n°8 (en haut): le Dr Masterman (au centre), entouré du personnel de l'hôpital LJS de Jérusalem (années 1910, avant 1914). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 187.)

Illustration n°9 (en bas à droite): la salle du médecin de la clinique psychiatrique Ezrath Nachim. Celle-ci comptait trois médecins, les Drs Wallach, Krischewsky et Jermanns, qui semblent être tous trois représentés ici (date inconnue). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 659.)

Illustration n°10 (en bas à gauche): le personnel de la mission écossaise de Tibériade prend le thé de cinq heures. Le Dr Torrance est au premier plan à gauche (date inconnue). (Source: Livingstone, *Op. cit.*, en face de la p 241.)



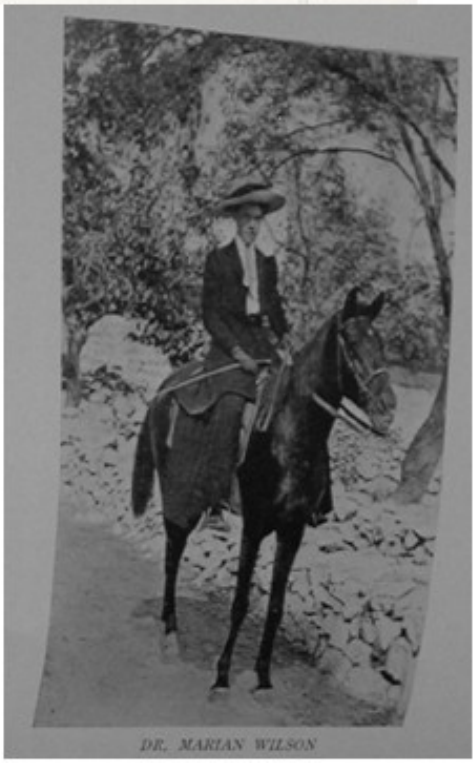
Jerusalem Medical Missionary Conference. (See p. 355.)

Illustration n°11: participants à la conférence des missions médicales à Jérusalem (novembre 1913). (Source: « CMS Medical missions », in *Mercy and truth*, n°203, 11/1913 (374-379), p 376.)

Illustration n°12: une des équipes chirurgicale du Détachement Français de Palestine-Syrie (octobre 1918). (Source: Val-de-Grâce, n°778, Rapport du Dr Frantz-Louis Baur sur le service de chirurgie du DFPS, s.d. [16/10/1918].)

THE BISHOP IN JERUSALEM AND DR. THWAITES.

DR. TORRANCE IN ARAB DRESS



DR. MARIAN WILSON

Illustration n°13 (en haut): l'évêque de l'Eglise d'Angleterre à Jérusalem, George Popham Blyth, et le Dr Thwaites, médecin du St Helena's Nurses Home de Jérusalem (1913). (Source: « St Helena's medical mission, Jerusalem », in *Bible Lands*, vol. 4, n°56, 04/1913, p 114.)

Illustration n°14 (en bas à droite): le Dr Torrance en tenue d'Arabe (date inconnue, années 1880 ou 1890?). (Source: Livingstone, *Op. cit.*, en face de la p 49.)

Illustration n°15: le Dr Marian Wilson, de l'hôpital d'Hébron, à cheval (date inconnue, années 1900-1914). (Source: Ewing, *Op. cit.*, en face de la p 159.)

صاحب المعالي الدكتور حنا باشا قسوس

الوزير السابق ورئيس الجمعية الطبية الاردنية

عمان

المرحوم الدكتور ابراهيم زعرب

طبيب بلدية حيفا سابقاً ، وأحد رؤساء الجمعية الطبية الحيفاوية

الدكتور حبيب قطان

أمين الصندوق ورئيس مستوصف راهبات

المحبة في حيفا والحائز على المدالية اللبنانية

ومدالية المعارف الافرنسية ، شارع اللنبي

الدكتور يوسف حجار

الجراح الشهير

في مستشفى الحكومة

في القدس وضواحيها

Illustration n°16 (en haut à gauche): le Dr Ibrāhīm Zu'rub, natif de Tyr, actif à Salt, puis Tyr et Haifa (date inconnue: années 1910?). (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, p 194.)

Illustration n°17 (en haut à droite): le Dr Ḥannā Qusūs, de Karak, ancien ministre de la santé du gouvernement mandataire de l'émirat de Transjordanie, en tenue d'apparat (date inconnue: années 1930 ou 1940?). (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, p 195.)

Illustration n°18 (en bas à gauche): le Dr Ḥabīb Qaṭṭān, installé à Haifa (date inconnue: années 1920 ou 1930?). (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, p 190.)

Illustration n°19 (en bas à droite): le Dr Yūsuf Ḥajjār, de Jérusalem (date inconnue: années 1920 ou 1930?). (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, p 203.)

الدكتور ڤالبيان

نائب رئيس الجمعية الطبية في القدس
الاختصاصي في الامراض القلبية والصدرية
شارع الاميرة مازي

Dr. Abraham Abouschedid

Dr. Yitzḥaq Grigori d'Arbela

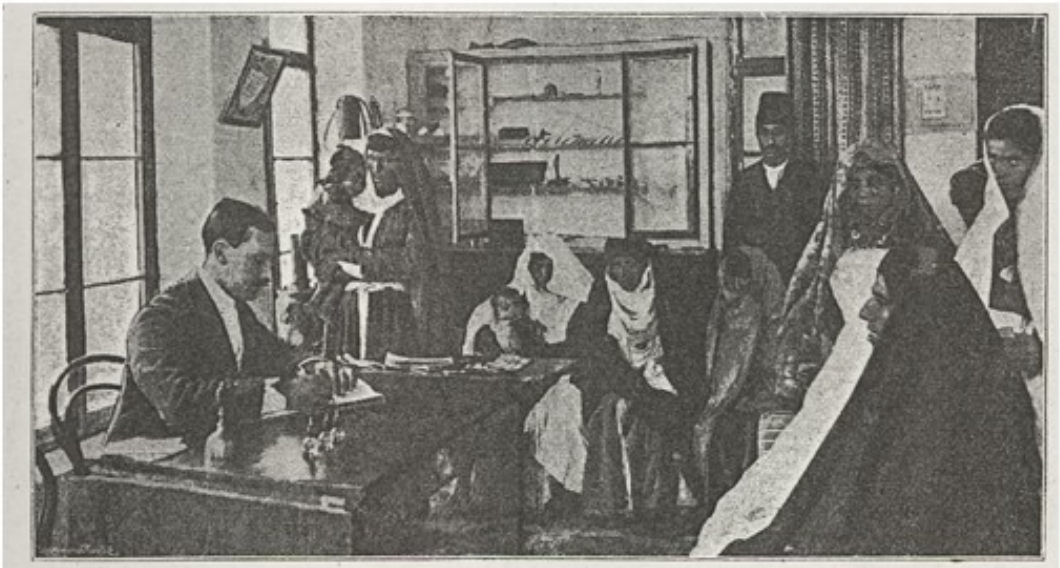
Dr. Moritz Wallach in jungen Jahren

Illustration n°20 (en haut à gauche): le Dr Vahan Kalbian, de Malatia, (Anatolie orientale), installé à Jérusalem (date inconnue; années 1920 à 1945). (Source: Q. Khoury, *Op. cit.*, p 203.)

Illustration n°21 (en haut à droite): le Dr Abraham / Albert Abū Šadīd, de Jérusalem, installé ensuite à Jaffa et Tel-Aviv (date inconnue; années 1920). (Source: Schwake, *Op. cit.,* p 514.)

Illustration n°22 (en bas à gauche): le Dr Yitzḥaq d'Arbela, né Amcylowsky, de Krementschug (Russie), installé à Jérusalem (date inconnue, à partir des années 1890). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 408.)

Illustration n°23 (en bas à droite): le Dr Moritz Wallach, de Cologne, installé à Jérusalem (date inconnue: années 1890). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 549.)



The Consulting Room at Nablus Medical Mission.

Mr. Wheeler bei der Arbeit in der Poliklinik

Illustration n°24 (en haut): le Dr G.M. Wright en consultation à la mission médicale CMS de Naplouse (1897). (Source: « Work in a ward at Nablus Hospital », in *Mercy and truth*, vol. 1, n°7, 07/1897 (156-157), en face de la p 156.)

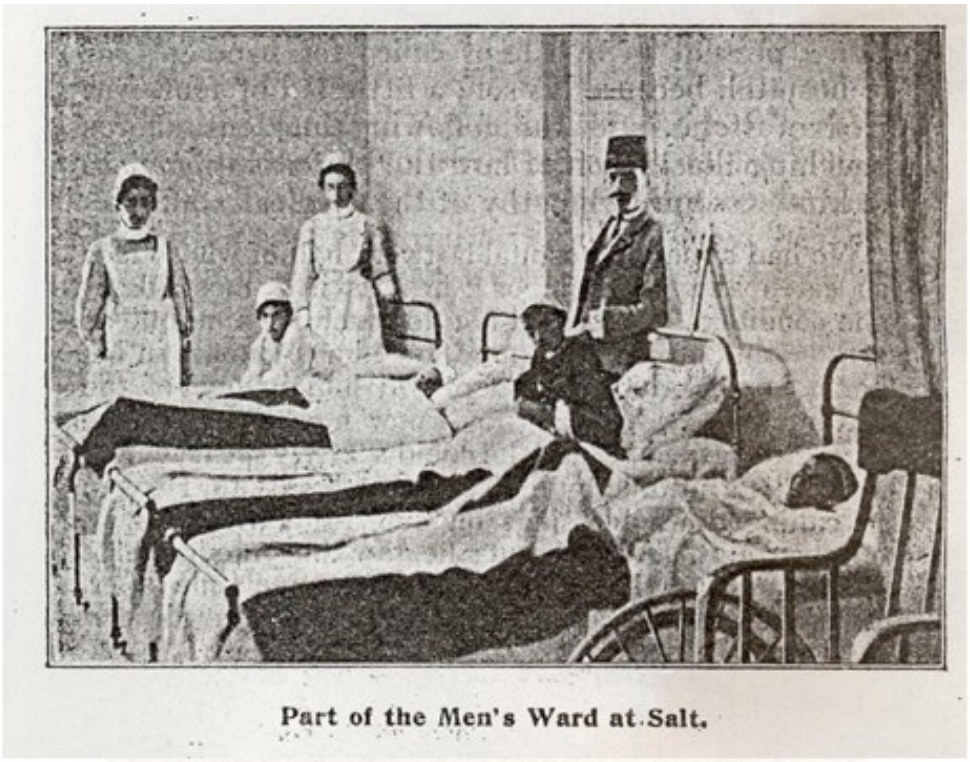
Illustration n°25 (en bas): le Dr Percy d'Erf Wheeler à la consultation de la LJS à Jérusalem (date inconnue, entre 1886 et 1914). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 164.)

Poliklinik.

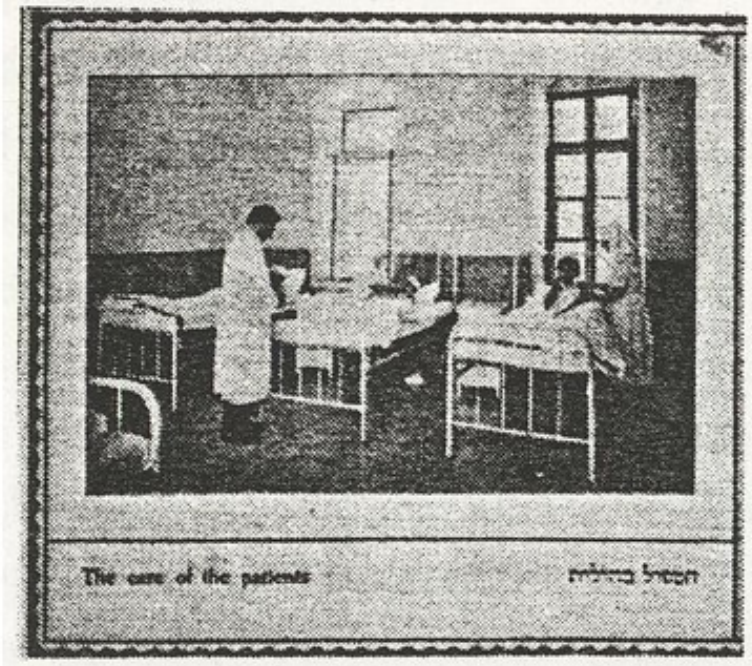
Dr. Canaan bei der Arbeit im Leprakrankenhaus

Illustration n°26 (en haut): la policlinique de l'hôpital juif Shaare Zedek de Jérusalem; son médecin, le Dr Moritz Wallach, est au centre, dans le fond de la pièce, et tourne le dos à l'objectif (date inconnue, entre 1902 et 1918). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 569.)

Illustration n°27 (en bas): le Dr Kana'ān en train de traiter des enfants de la léproserie allemande de Jérusalem (date inconnue, années 1910). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 626.)



Part of the Men's Ward at Salt.



The care of the patients

Illustration n°28 (en haut): la salle de malades de sexe masculin à Salt. Le Dr Dāwud Kātibah est l'homme en costume et tarbouche adossé au mur près de la fenêtre, derrière le 2e lit en partant du 1er plan (vers 1907). (Source: « Palestine mission », in *Mercy and truth*, n°130, octobre 1907 (306-309), p 308.

Illustration n°29 (en bas): la prise en charge des patients internés à la clinique psychiatrique Erzath Nachim à Jérusalem (date inconnu, vers 1900-1910?). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 569.)

Operationszimmer im neuen Diakonissen-Hospital

Operationssaal.

Illustration n°30: la salle d'opération de l'hôpital allemand des diaconesses de Kaiserwerth, à Jérusalem (date inconnue). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 315.)

Illustration n°31: la salle d'opération de l'hôpital juif Shaare Zedek de Jérusalem (date inconnue, à partir de 1902). (Source: Schwake, *Op. cit.*, p 570.)

Illustration n°32: une équipe chirurgicale du DFPS sous la tente d'opération (1918). (Source: Val-de-Grâce, n°778, Rapport du Dr Frantz-Louis Baur sur le service de chirurgie du DFPS, s.d. [16/10/1918].)

Annexe E : la nationalisation du cadre hospitalier à travers les formes architecturales

Les hommes sont des relais d'influence, mais celle-ci s'appuie également sur la mise en scène monumentale. Notre curiosité initiale à l'égard de la médecine au Proche-Orient a été aiguisée par les bâtiments hospitaliers construits à Jérusalem au dix-neuvième siècle. Ils attirent encore le regard par leur exotisme aux abords de la Vieille ville.

L'étude architecturale des hôpitaux occidentaux de « Terre sainte » mériterait à elle seule une autre étude. Les choix des bâtisseurs sont frappants : dans une bonne partie des hôpitaux, surtout à Jérusalem, un style architectural ou un syncrétisme de styles est sélectionné comme symbolique de la nation protectrice de l'institution, et revisité en « néo ». Ainsi, le monumental hôpital italien de Jérusalem (aujourd'hui un bâtiment du ministère israélien de l'Education) est un assemblage des édifices majeurs de l'architecture des cités toscanes des débuts de la Renaissance – un baptistère pisan, un campanile siennois ou florentin, une façade qui copie le Palazzo Vecchio de Florence – reliés tant bien que mal entre eux par les parties proprement fonctionnelles de l'édifice. Les hôpitaux français de Jérusalem et Jaffa sont le fruit du mélange d'une solide base d'architecture classique et d'arcs romans, ce qui peut se lire comme un véritable programme politique puisque ces édifices ont été conçus dans l'esprit de recueillement d'après 1870 : le Moyen-Âge ordonné par la foi qui ressort des constructions romanes et l'esprit d'ordre du siècle de Louis XIV sont des références autant politiques qu'esthétiques pour les catholiques conservateurs qui se passionnent pour la « Terre sainte ». Les hôpitaux anglais ici représentés sont moins marqués par une architecture nationale, mais leur caractère britannique est rappelé ici par la présence d'une chapelle gothique, là par une inscription massive. A Jérusalem, du reste, tout un complexe bâti par l'évêché anglican de Jérusalem est en gothique perpendiculaire. La même remarque vaudrait de l'ancien hôpital russe, qui faisait parti d'un complexe national très typé.

C'est à Jérusalem que ce caractère national est le plus marqué, pour cause de concurrence entre les puissances pour l'affirmation de leurs symboles, qui y mettaient des moyens sans comparaison avec les autres villes de la région. La toponymie vernaculaire s'inspire de cette architecture tout à fait exotique à Jérusalem : ainsi on appelait jadis l'hôpital italien « l'hôpital de la cloche » en raison de son campanile. Ailleurs, le recours à l'architecture de ce qu'on appelle aujourd'hui « maisons ottomanes », de pierre claire ou ocre et à toit peu pentu, est le plus courant, mais l'hôpital de Jaffa constitue un beau contre-exemple, il en irait de même de certains hôpitaux de Bethléem.

Illustration n° 1 : vue de l'ancien hôpital italien de Jérusalem. (Photographie : Philippe Bourmaud, 2003.)

Illustration n° 2 : L'ancien hôpital italien de Jérusalem, inspiré du Palazzo Vecchio de Florence. (Photographie : Philippe Bourmaud, 2003.)

Illustration n° 3 : le campanile de l'Hôpital italien de Jérusalem. (Photographie : Philippe Bourmaud, 2003.)

Illustration n° 4 : Un syncrétisme de néo-classicisme et de néo-roman, l'Hôpital Saint-Louis de Jérusalem. (Photographie : Philippe Bourmaud, 2000.)

Illustration n° 5 : Vue extérieure de l'hôpital Saint-Louis de Jaffa, très proche par l'architecture de celui de Jérusalem. (Photographie : Philippe Bourmaud, 2003.)

Illustration n° 6 : vue de l'ancienne porte principale de l'hôpital juif Bikur Cholim de Jérusalem. (Photographie : Philippe Bourmaud, 1997)

Illustration n° 7 : Vue extérieure de l'Hôpital britannique de la LJS à Jérusalem, aujourd'hui une école. (Photographie : Philippe Bourmaud, 2000.)

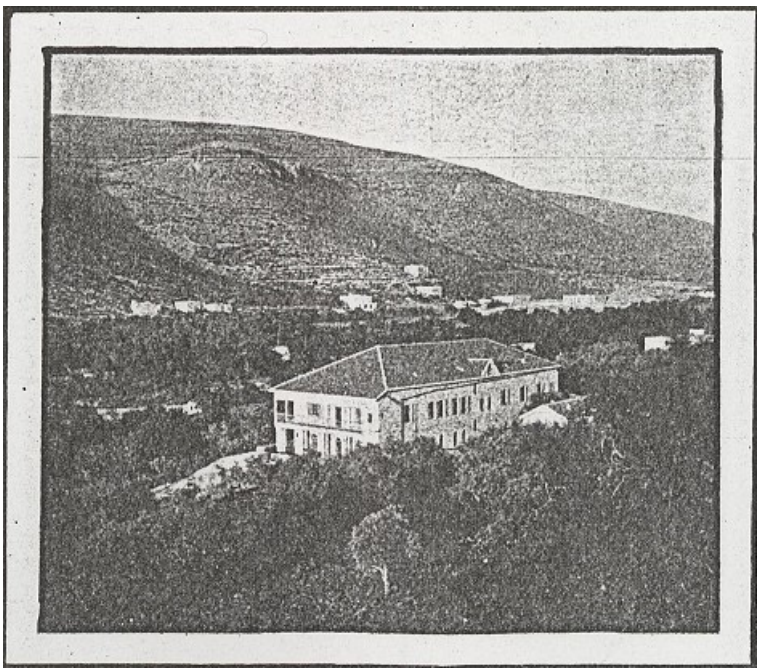
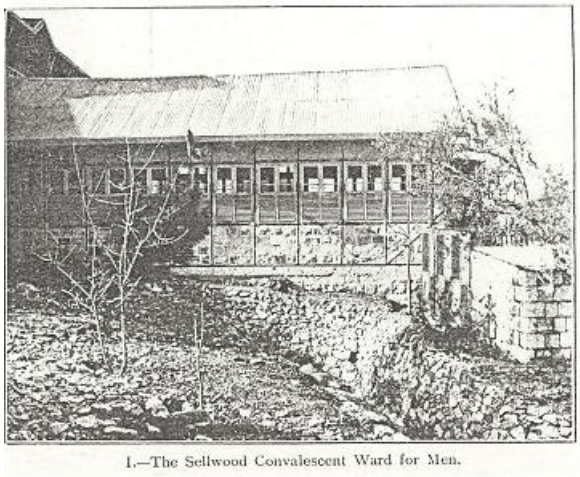
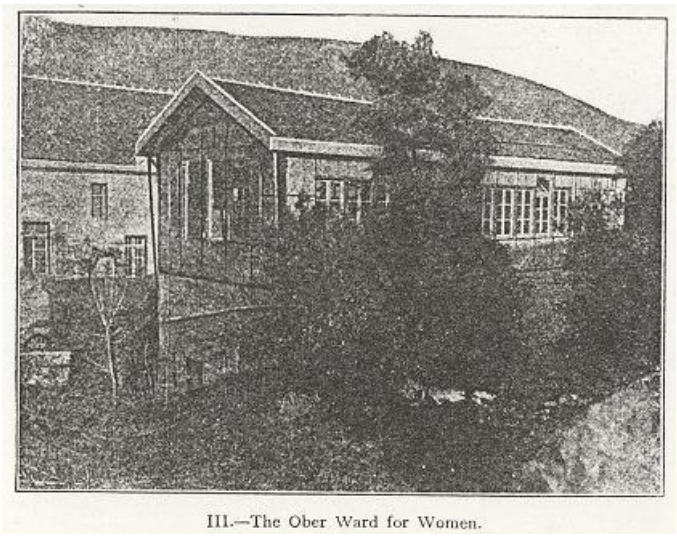


Illustration n° 8 : Vue en surplomb de l'Hôpital St Luc de la CMS, Naplouse, 1901. (Source : *Mercy and truth*, n° 59, novembre 1901, pp. 252-253.)



I.—The Sellwood Convalescent Ward for Men.

Illustration n° 7 : Vue extérieure de la nouvelle salle de malades de l'Hôpital St Luc de la CMS, Naplouse, 1906. (Source : *Mercy and truth*, n° 116, août 1906, pp. 240-241.)



III.—The Ober Ward for Women.

Illustration n° 8 : Vue extérieure de la nouvelle salle de malades de l'Hôpital St Luc de la CMS, Naplouse, 1906. (Source : *Mercy and truth*, n° 116, août 1906, pp. 240-241.)

Illustration n° 9 : Vue de la cour intérieure de l'Hôpital de la CMS à Naplouse, après rénovation en 1999. (Photographie : Philippe Bourmaud, 2000.)

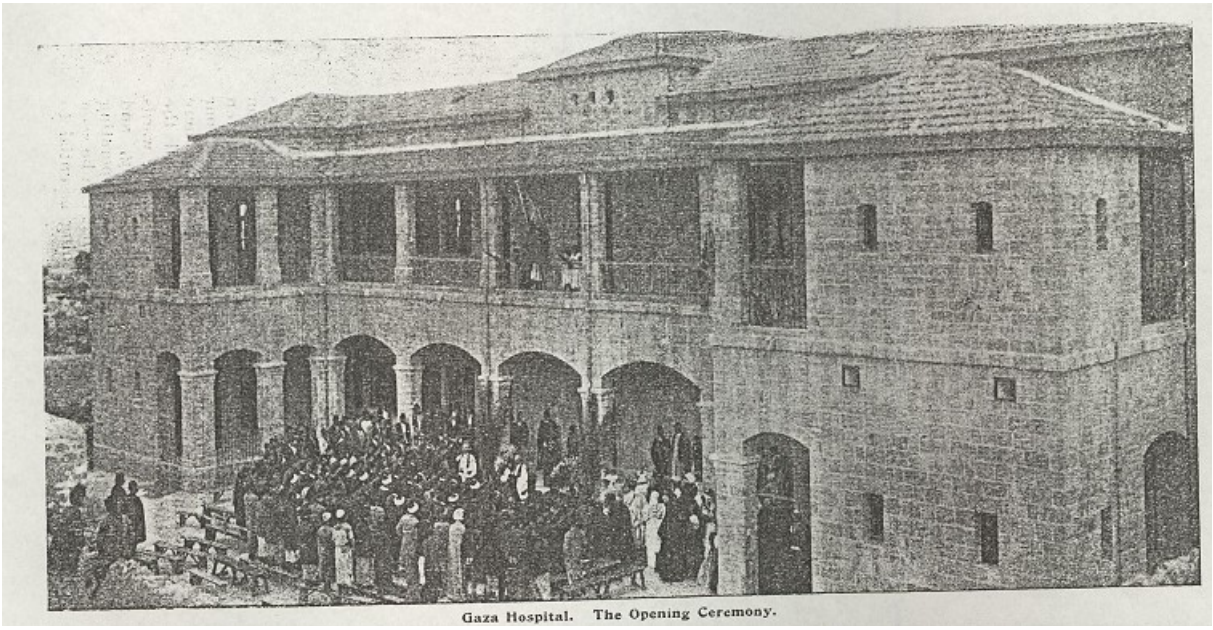
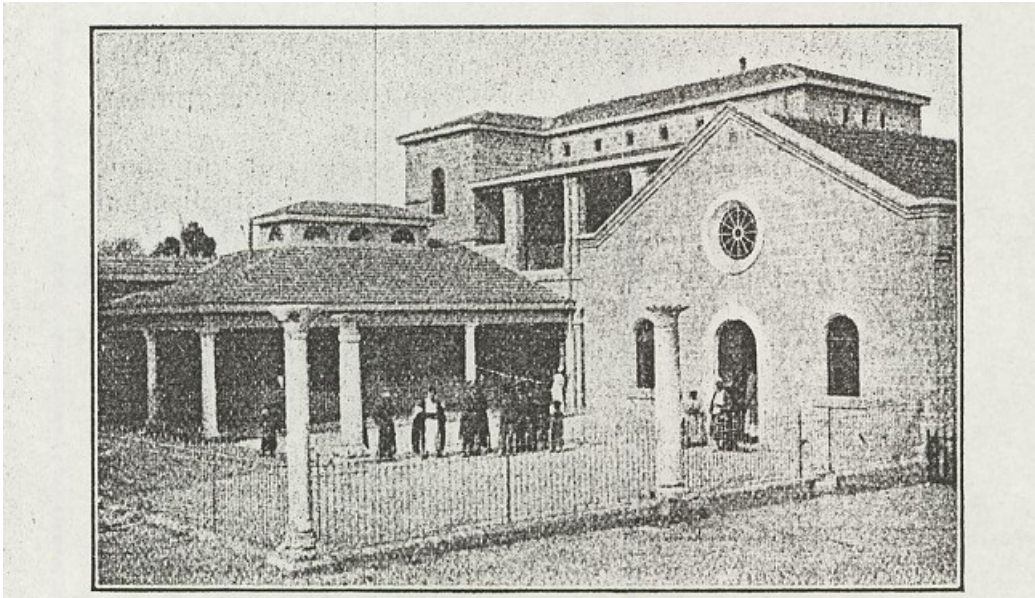
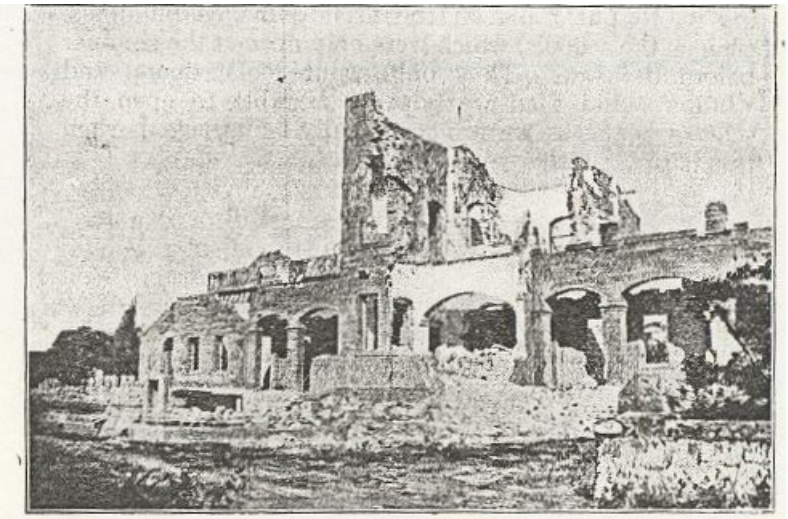


Illustration n° 10 : Cérémonie d'inauguration de l'hôpital de la CMS à Gaza, en présence de la notabilité de la ville. (Source : *Mercy and Truth*, n° 139, juillet 1908, p. 208.)



Dispensary and Preaching Hall, Gaza.

Illustration n° 11 : Le dispensaire et la salle de prière attenant à l'hôpital de la CMS à Gaza. (Source : *Mercy and truth*, n° 200, août 1913, p. 283.)



Ruins of Gaza Hospital

Illustration n° 12 : Les restes de l'hôpital de la CMS à Gaza, détruit pendant la Première Guerre mondiale. (Source : *Mercy and truth*, n° 268, avril 1920, p. 77.)

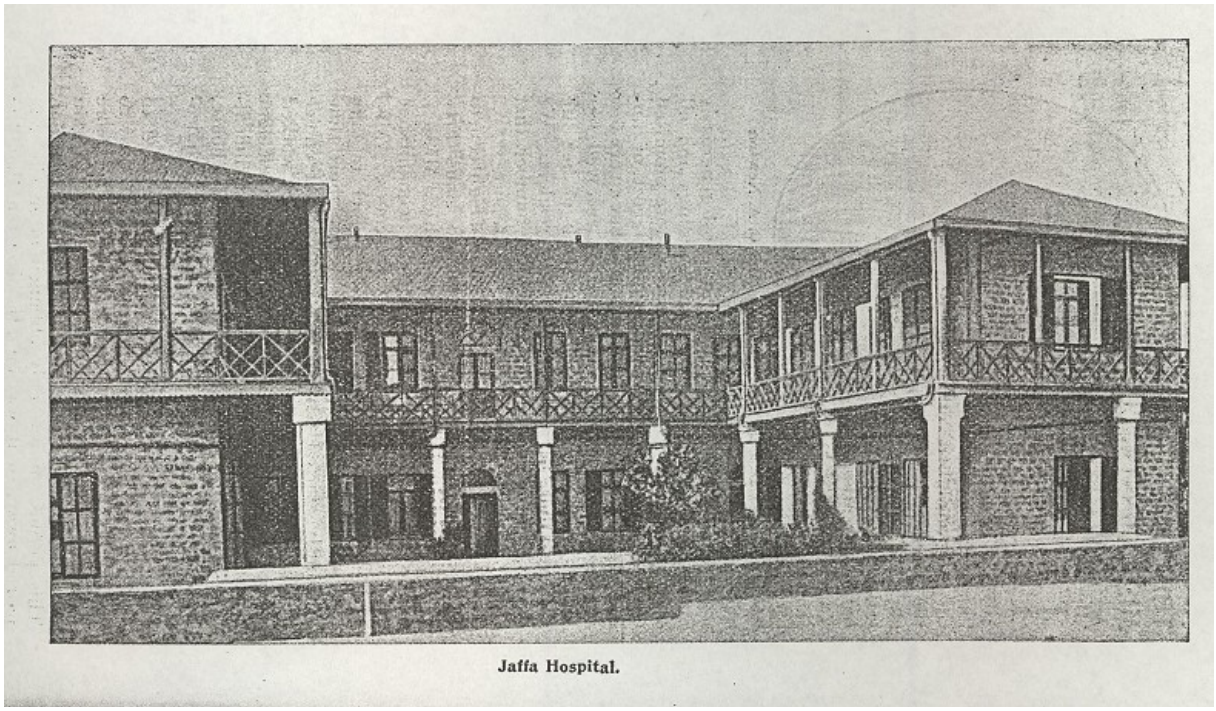


Illustration n° 13 : Vue extérieur de l'hôpital de la Mission Mildmay à Jaffa, vers 1908. (Source : *Mercy and truth*, n° 143, novembre 1908, p. 368.)

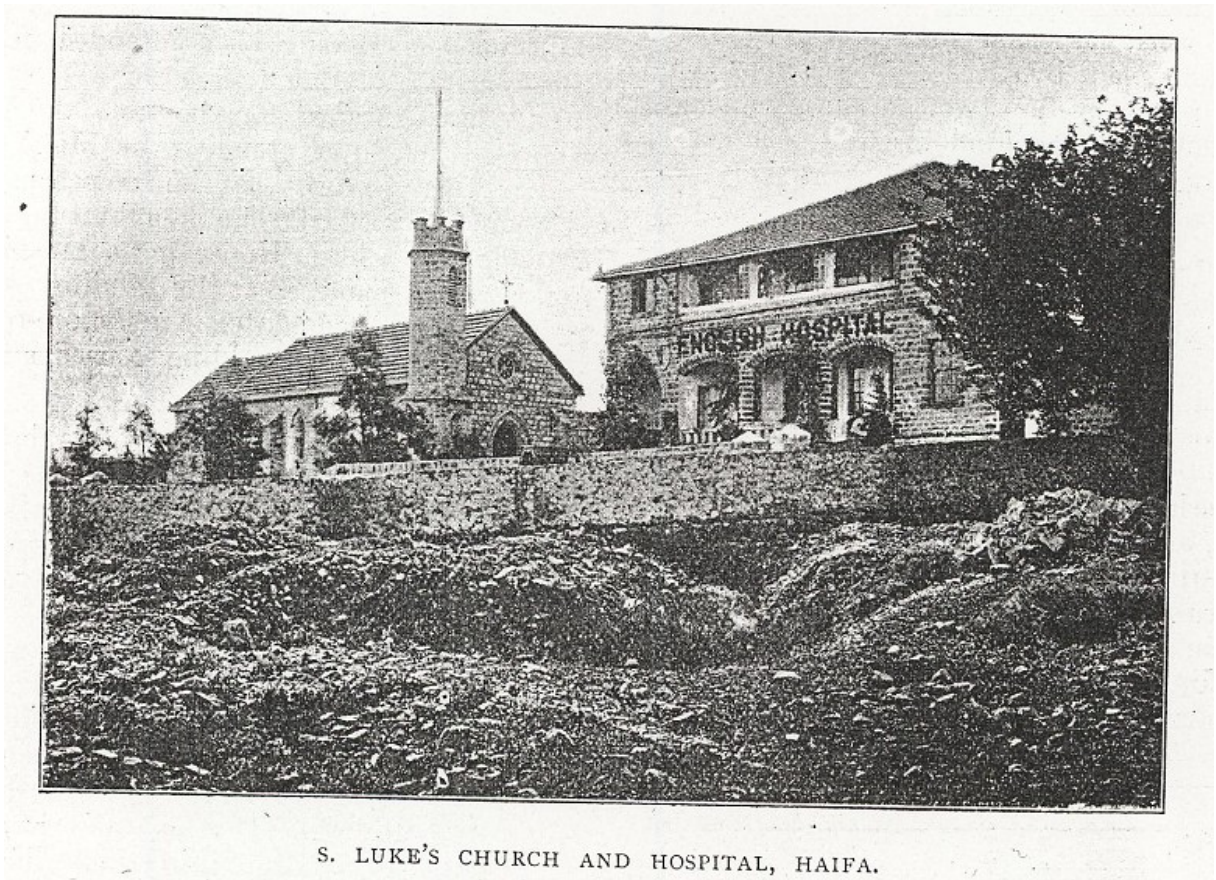


Illustration n° 14 : Vue de l'hôpital de la J&EMS à Haifa. (Source : *Bible lands*, vol. n° 1, n° 5, juillet 1900, p. 52.)

Index

‘Abdallah, Rašīd (Dr) **395**
‘Abdallah, Ṣāliḥ **127**
‘Abdul Bahā’ **406, 409, 422**
Abdülhamid II **16, 169, 173, 224, 226, 289, 492, 601, 642, 785**
Abdülmecid **9, 86, 645**
Abēla **92**, **805**
Abū Ġazālah (famille) ..... **94 sv, 103, 423, 653 sv, 657, 659, 661, 666 sv, 670, 687, 792 sv**
Abū Nādir, Michel (Dr) **596**
Abū Šadīd (Dr) ..... **354, 371, 400, 423, 589 sv, 596, 860**
Abū Sinān **406**
Abū Za‘bal **64, 135, 326**
Acre ... **21 sv, 81 sv, 97, 100 sv, 105 sv, 120, 136, 333, 395, 398, 422, 437, 446 sv, 454, 476 sv, 480 sv, 496, 505, 517, 568, 621 sv, 700, 726, 789, 798, 800**
Adamson **451**
Adana ..... **46 sv, 275**
Adélaïde Julien **107**
Afûlah **446**
Agamben **125, 151**,**808**
Aḥmad Paşa al-Jazzār ..... **81, 102, 105, 119 sv**
Ain Ibl **446**
Aintab **225, 433**
Ajlûn **446**
ajzājī **70**
Al-Lydd **446**
Al-Rāzī **32**
Al-Šayzarī **123, 325**
Al-Shûnah **446**
Alep ..... **85**, **399, 433, 494 sv, 645, 802, 806**
‘Alī Riḍā Paşa **187**
Allemane, Jean **298**
Allenby (général) ..... **384, 422, 431, 494 sv, 500, 647**
Alliance Israélite Universelle **292, 498**
Amin Gémayel (Dr) **219, 359, 361**
Amman ..... **2 sv, 87, 281, 446, 494, 758, 800 sv, 803, 812**
Antakī, Dāwūd al- **89**
Antioche **433**
Antoura **551**
Antoura ..... **231, 235, 290 sv, 295**
Arab, Emile **294, 370, 372, 377, 608, 794**
Aristote **121**
‘Asalī, Kamāl al- ..... **70 sv, 81, 118, 123, 127, 130, 801**
‘Asfūr, ‘Alī b. **126**
Asmar, ‘Abdallah **140**
Assaad Khayat **140, 812**
Assad Rustum **119, 121, 835, 837**
Assuani (Dr) **115**
Atlit **446**
‘Ayn Kārimī, Muḥammad b. ‘Abdallah al- **127**
AZMU ..... **505 sv**

Bagdad..... **270, 399, 522**
Bahjat..... **21, 497, 665, 692, 715, 734, 812, 840**
Bailey, H. (Dr)..... **450, 476, 478 sv, 547, 564 sv, 592, 653 sv, 683, 685 sv, 691 sv, 697, 699**
Banias..... **376**
Barakat, Philippe (Dr)..... **3, 265, 525 sv, 538, 578, 594, 801, 842**
Barbé (Dr)..... **574 sv**
Bašīr al-Šihab (émir)..... **106**
Bayt Jalā..... **487, 539, 609, 647**
Bayt Ṣafāfah..... **126**
Belloni (Dom)..... **485 sv**
Béraud..... **101**
Bernard, Claude..... **32, 264**
Bertrand..... **101, 106, 806, 809, 845**
Beth Gan..... **446**
Bethléem **54, 244, 265, 294, 370, 372, 377, 433, 437, 446 sv, 455 sv, 485 sv, 504, 525, 545 sv, 583, 594 sv, 604 sv, 609, 617, 619, 622, 630 sv, 801, 866**
Beyrouth..... **3, 19, 21, 23, 27, 40 sv, 46, 54, 57, 64, 70, 96, 101 sv, 111, 140, 142 sv, 152, 154, 156, 159, 161, 163 sv, 172, 181, 186 sv, 191, 196 sv, 200 sv, 203 sv, 208 sv, 214 sv, 219 sv, 228 sv, 237, 239 sv, 243 sv, 248 sv, 256 sv, 261 sv, 264 sv, 271 sv, 277, 280 sv, 290, 295, 297 sv, 300 sv, 304 sv, 310, 312 sv, 319, 321 sv, 324, 327, 329 sv, 334 sv, 338, 342 sv, 348, 351 sv, 357, 360, 365 sv, 386, 388, 399, 401 sv, 407, 410, 412 sv, 425, 493, 495, 512, 515, 517, 519, 523, 525, 532 sv, 552, 554, 559, 565, 572, 590, 596, 604 sv, 607, 617, 619, 622, 632, 654 sv, 660, 673, 677, 679, 684, 686, 688 sv, 700, 712 sv, 748 sv, 758, 761, 767, 776, 779, 788 sv, 792, 794, 796, 798 sv, 801 sv, 807 sv, 810, 812 sv, 845**
Bikāsīn..... **96, 139, 839 sv**
Bikur Cholim (hôpital)..... **417, 557, 869**
Bīmāristān al-Ṣalāḥī..... **81, 91, 119, 126**
Bir al-Sab'..... **446, 726**
Birzeit..... **3, 26, 279, 642, 764, 806**
Blecher, Robert,..... **17, 31, 307, 374, 604, 802**
Bliss, Daniel..... **207, 313**
Bliss, Howard..... **370**
Blyth..... **416, 462 sv, 474 sv, 540, 542, 563, 790, 858**
Boltanski..... **4, 93, 601, 624, 626, 793, 796, 805**
Bonaparte..... **32 sv, 102, 107, 112, 804**
Borel (Dr)..... **307**
Boulos, Nassib..... **422**
Boyer (Dr)..... **306**
Bracco, Vincente (Mgr)..... **485 sv, 574**
Būlus, Dāwūd..... **495**
Calmette, Justin (Dr)..... **307**
Canaan, Tawfīq (Dr) **27, 365, 371, 400, 423, 426, 539, 550 sv, 553, 599, 609 sv, 626, 724, 805 sv**
Carpani (Dr)..... **573**
Cattin, Lucien, s.j..... **275, 293, 314 sv, 319 sv, 346, 369, 376, 831**
Chaboceau..... **101**
Chagnoleau (Dr)..... **576 sv**
Charcot..... **264, 432**
Chatinières, Paul (Dr)..... **501 sv**
Church Missionary Society (CMS).... **7, 50, 163, 408, 416, 432, 447 sv, 450 sv, 462 sv, 468 sv, 471 sv, 485, 487, 539 sv, 545, 562 sv, 567, 593, 621, 627 sv, 646 sv, 650, 652, 654 sv, 657 sv,**

662 sv, 671 sv, 680 sv, 686 sv, 692, 696, 699, 701, 703 sv, 709 sv, 714, 735 sv, 790, 855, 857, 861, 871 sv
Cilicie.....**47**
Clot-Bey (Antoine Clot, dit).....**136 sv**
colloquium..... **157, 165, 180 sv, 244 sv, 256 sv, 266 sv**
Commission médicale.....**164 -168**
Colombo, Realdo..... **325**
Constance Newton..... **479**
Constans.....**275, 457, 545, 798**
Corbett (Dr).....**423**
Cornelius Van Dyck.....**77, 87 sv, 97, 104, 110, 113, 121, 137 sv, 207, 294**
Damas **2 sv, 14, 21 sv, 82, 84, 89, 101, 121, 137 sv, 159, 163 sv, 175, 179, 188, 191, 201, 208, 222 sv, 251, 269, 298, 313, 360, 365, 403 sv, 414, 423, 428, 469, 494 sv, 515, 525, 537, 566, 572, 645, 663, 667 sv, 678 sv, 726, 748, 788 sv, 797, 800, 802 sv, 808, 839 sv**
Damiani, Bernardin (Dr)..... **244 sv, 248, 266 sv, 273, 276, 293 sv, 525, 843**
Dāwūd Paşa.....**138, 839**
dāyah..... **8, 68, 91, 176, 360 sv, 601**
Dayrī, Ṭaha Effendi b. al-šayh Ṣāliḥ al-.....**126**
Delcassé, Théophile..... **457**
Demons (professeur).....**328, 346, 360**
DEO..... **47, 161, 169, 240, 268 sv, 273 sv, 281, 376 sv, 402, 404, 412, 431 sv, 654, 767, 838**
Desgenettes, René.....**32, 112 sv, 802**
Duwayk, Muḥammad b. Šaraf al-..... **126**
Drouillard, Marcel (Dr)..... **530 sv, 537, 579 sv, 582 sv, 600, 617, 622**
Eddy, Mary (Dr).....**432**
Edinburgh Medical Mission Society (E.M.M.S.)..... **447**
Egypte.**8, 20, 28, 32 sv, 47, 78, 85, 94, 110 sv, 114, 132 sv, 139, 143, 156, 205, 208, 230, 326, 366, 397, 414, 451, 493, 527, 532, 584, 617, 648, 667 sv, 701, 720 sv, 752, 758, 790, 799 sv, 804 sv, 812, 838 sv**
EIM. **42, 46, 56, 57, 64, 71, 133 sv, 139, 143, 147, 152, 156 sv, 161, 164, 166 sv, 180 sv, 192 sv, 196 sv, 200, 203, 208, 225 sv, 229, 231, 239 sv, 243 sv, 248 sv, 255 sv, 262, 265 sv, 273 sv, 278, 280 sv, 298, 300 sv, 327, 348, 368, 375 sv, 403, 412, 414, 432, 435, 509, 552, 570, 663, 679, 744, 767, 776 sv, 838**
Einszler.....**433, 805**
Ekron.....**446**
Elias Ḥalabī.....**423**
Elise Young.....**361**
Erbil.....**377**
Essely (Dr)..... **270**
Faculté française de médecine (FFM)....**7, 46, 57, 156 sv, 185, 188, 190, 194, 200 sv, 207, 209 sv, 213 sv, 219, 221, 225, 227 sv, 230, 234, 236 sv, 255 sv, 261 sv, 278, 280 sv, 292 sv, 300 sv, 304 sv, 316, 319 sv, 326 sv, 331 sv, 340 sv, 346 sv, 353, 360 sv, 364, 366 sv, 369 sv, 372 sv, 375 sv, 391, 403 sv, 413, 424, 432, 494, 509, 512, 521 sv, 524 sv, 531 sv, 545 sv, 552 sv, 570 sv, 578, 596, 631, 635, 638, 725, 774, 776, 807, 828 sv, 841 sv, 844**
Fallscheer, Christian (Révérend).....**432, 479, 653, 688, 739**
Fallscheer-Zürcher, Josephine (Dr).....**432 sv, 715**
Faraḥ, Ya'qūb, Ibrāhīm b. Ilyās 120
Foucault, Michel.....**17, 150, 774 sv, 793, 802, 809**
Fränkel (Dr).....**115**
Freycinet, Charles (de).....**573**
Galien..... **31 sv, 80, 121, 698**

Garnier (soeur)..... **336, 345**
Gaza..... **54, 208, 279, 421, 423, 437, 446, 450, 474 sv, 479 sv, 495, 500 sv, 505, 561, 563 sv, 570, 591, 641, 658, 662 sv, 714 sv, 726, 758 sv, 763, 799, 806, 855, 873 sv**
Giraudin..... **101**
Golan..... **454**
Gould (Dr)..... **185**
Grassi (Dr)..... **136**
Gros, Antoine (baron)..... **32**
Gueyraud..... **545 sv, 582, 585, 587 sv, 596, 635 sv**
Guÿs, Henry de..... **106**
Habeeb Risk Allah Effendi..... **102 sv, 111, 140 sv, 812**
Hadera..... **446, 489**
Haïfa..... **102, 161, 430, 433, 437, 446, 455, 475 sv, 489, 494 sv, 505, 507, 517, 520, 523, 741, 768**
Ḥājjī, Muṣṭafā **112**
Ḥalabī, ʻAbd al-Qādir b. al-Ḥājj Ibrāhīm al-Hilāsī al-..... **121 sv**
Ḥallāq, *al-Ḥājj* Ḥasan al-..... **128**
ḥallāq..... **8, 68**
Ḥasan Effendi..... **128**
Ḫālidī, Yūsuf Ḍiyāʼ b. al-sayyid Muḥammad ʻAlī al-..... **135**
Ḥatḥat, Muḥammad Tawfīq **421**
Hauran..... **22, 446, 454**
Ḫāzin, Fāris b. Ẓāhir al-..... **89**
Hébron..... **377, 420, 446, 476 sv, 479 sv, 487 sv, 505, 522, 564, 625, 634, 700, 726, 746, 803, 812, 858**
Henry (Dr)..... **504, 583, 622**
Hikmet, Abdül-Karim..... **414, 492, 570, 803**
Hindī, Ismaʻīl al-..... **130**
Hippocrate..... **31 sv, 80, 121, 278, 315, 771, 773**
Hönigman (frère)..... **595**
Hovaguimian, Théodore (Dr)..... **46 sv, 185**
Hūrī, Jad Halīl **377**
Hūrī, Qaysar **494**
Hūrī, Šākir al-..... **96, 98, 138 sv, 212, 421, 725 sv, 838**
Ḫuršid, Salīm (Dr)..... **137**
Husseini, Ḥusayn bey al-..... **371**
Ibn al-Nafīs..... **325, 802**
Ibn Sīnā..... **32, 89, 610**
Ibrāhīm Paşa..... **86**
Israël..... **7 sv, 20, 22, 385, 557, 561, 758, 760, 763, 769, 771 sv, 783 sv, 786, 791**
Istanbul... **9, 20, 23, 41, 46 sv, 64, 131 sv, 135, 137, 156 sv, 164 sv, 170, 175, 181 sv, 185, 187 sv, 191, 200, 205, 208, 223 sv, 240 sv, 243 sv, 246, 248, 256 sv, 262, 266, 270 sv, 282, 293, 295, 300, 327, 348, 360, 368, 375 sv, 403 sv, 414, 421, 436, 515, 570, 581, 653, 655, 662 sv, 677, 679, 682, 684 sv, 701, 797, 800, 807, 809**
Jaffa..... **32, 112, 140, 161, 208, 231, 353, 375, 377, 400, 425, 430, 437, 446, 460, 476 sv, 484, 490, 500 sv, 505, 507, 521 sv, 559 sv, 568 sv, 580 sv, 596, 605, 613 sv, 619, 622, 699, 703, 741, 768, 789, 792, 797, 860, 866, 869, 875**
Jaffe, Hillel (Dr)..... **415, 489 sv, 518, 558 sv, 619, 791 sv**
Jalh, Yūsuf..... **137**
Jarāyḥī, Muḥyī al-Dīn b. al-Ḥājj Sulṭān al-..... **130**
Jaslī..... **97**

Jawhariyyah, Waṣīf..... **14, 497, 499 sv, 798**
Jeannel (Professeur)..... **330, 339**
Jemma..... **446**
Jénine..... **376 sv, 446, 642**
Jéricho..... **97, 446, 494, 496, 499 sv, 796**
Jérusalem.... **7, 14, 19 sv, 43 sv, 52, 54, 70, 72, 77, 81 sv, 84, 91, 94, 96 sv, 102, 105, 108, 111 sv, 115, 118 sv, 122 sv, 130, 160 sv, 183, 186 sv, 191, 244, 276, 281, 343, 354, 370 sv, 375 sv, 385, 394, 397 sv, 400, 402 sv, 408, 416 sv, 423, 430, 433 sv, 437 sv, 446 sv, 449 sv, 455 sv, 461, 463, 469, 475 sv, 482 sv, 491, 494 sv, 498 sv, 502 sv, 507, 522, 525, 530, 533, 537, 541 sv, 550 sv, 557, 562 sv, 567, 570 sv, 578, 580 sv, 586 sv, 592, 594, 596, 604 sv, 611, 613 sv, 617, 619 sv, 627 sv, 631, 633 sv, 641 sv, 644, 648, 668, 675, 683, 697, 702 sv, 714, 719 sv, 726, 741, 749, 753, 756, 760 sv, 768, 771, 788 sv, 795 sv, 811 sv, 843, 853 sv, 856 sv, 866 sv**
Jerusalem and the East Mission Society (J&EMS)..... **7, 50, 416, 447 sv, 475, 790, 875**
Jezzine..... **139, 839 sv**
Jourdain..... **19, 21 sv, 396 sv, 429, 435, 437 sv, 446, 451, 454, 494, 499 sv, 517, 537, 641 sv, 667, 698, 726, 733, 743 sv**
Kalbian, Vahan..... **495, 860**
Kāmil Paşa..... **242, 300 sv**
Karak..... **429, 446, 450, 480 sv, 567, 859**
Kātibah, Dāwūd (Dr)..... **185, 373, 539, 593, 626, 863**
Kerns (Dr)..... **111**
Khan Yūnus..... **446**
Kitāb al-niswān..... **92**
Koch, Robert..... **33, 344, 351, 580, 720, 795**
Kufr Yasif..... **446**
La Bonnardière (Dr)..... **306 sv, 530, 579**
La Mecque..... **19, 653**
Landouzy (Professeur)..... **218, 220, 222, 263, 334, 341, 355, 795**
Latour, Bruno..... **342, 803**
Lattakié..... **21, 517**
Le Caire..... **23**
Ledoulx..... **456, 485 sv, 525, 574 sv, 578, 596**
Lépine (Professeur)..... **233 sv, 314, 340, 345, 352, 357**
Liban. **21, 43 sv, 54, 87, 137 sv, 181, 191, 206 sv, 212, 244, 295, 310, 366, 398, 454, 517, 519, 792, 798 sv, 802, 839 sv**
Lin, Jean (Dr)..... **596 sv**
Lister..... **33**
Litani..... **454**
London Society for promoting Christianity amongst the Jews (LJS)..... **183, 416, 423, 447 sv, 474, 567, 584, 589, 627, 790, 853, 856, 861, 870**
Lortet, Louis (Dr)..... **212, 260 sv, 267, 273, 324, 328, 338, 351 sv, 356 sv, 579**
Ma'an..... **22, 394, 446**
MacGowan, Edward (Dr)..... **111, 115**
Madden, Richard Robert (Dr)..... **78 sv, 110, 112, 812**
Maġribī..... **9, 94 sv, 109, 128, 405**
Maġribī, *Al-Sayyid* Halīl al-..... **128**
Mahmud II..... **134**
Majdal..... **446**
Mancini, Claudio (Dr)..... **541, 543, 545 sv, 595, 631 sv, 635, 637**
Manouk, Etienne (Dr)..... **376**

Many, Moïse.... **377**
Marcellier (Père).... **217, 263**
Marseille.... **101, 329, 788, 808**
Martimprey (Père de).... **230, 303, 339**
Martin, Pierre.... **106 sv**
Masterman, Eward Gurney.... **183 sv, 190 sv, 193, 421, 502, 584, 589, 795, 799, 803, 856**
Mauchamp, Emile.... **421, 426, 530 sv, 533, 541, 579, 594, 799, 806**
Mawsilī, Darwīš al-Ḥakim al-.... **86**
médecine arabe traditionnelle. **9, 15 sv, 27 sv, 30 sv, 34 sv, 63 sv, 69, 72, 82, 87, 90, 93 sv, 96, 98 sv, 108, 116, 144, 152, 556, 671, 718 sv, 724 sv, 729 sv, 736, 739, 742 sv, 762 sv, 776, 781 sv, 785 sv, 792**
Mehmet Alī Paşa.... **85 sv, 110, 114, 132, 134 sv**
Metullah.... **454, 553**
Michel, Charles (Dr).... **596**
Mikweh Israel.... **446, 460, 490**
Misgav Ladach.... **417 sv, 588**
Mongelli.... **106 sv**
Montebello (comte de).... **187 sv, 258**
Morétain (abbé).... **487**
Morsy, Soheir.... **26, 41**, **806**
Mossoul.... 377**, 645**
Moyal, Simon (Dr).... **375, 522, 560**
Muʿayyad, Ḥabīb (Dr).... **406, 422**
mujabbir.... **9, 15, 77**
Muṣliḥ b. Muhyī al-Dīn.... **119, 124**
Muṭabbib, *al-Ḥājj* Muḥammad al-.... **124 sv**
al-Muṭabbib.... **130**
Naamé, Churkri.... **275 sv, 279, 320, 364, 375 sv, 402, 424 sv, 570 sv, 578, 594**
Nābī Mūsā.... **82**
Najjār, Ibrāhīm al-.... **137**
Naplouse.... **3, 7, 21 sv, 54, 59, 86 sv, 94 sv, 161, 179, 184 sv, 279, 373, 376, 398, 423 sv, 427, 432 sv, 446, 450 sv, 460, 469, 476 sv, 484, 487, 505, 517, 539, 560, 564 sv, 568, 592, 627 sv, 640 sv, 647 sv, 652 sv, 661 sv, 665 sv, 672 sv, 682 sv, 691, 696, 698 sv, 704 sv, 708 sv, 712 sv, 718 sv, 722 sv, 726 sv, 731 sv, 734 sv, 739, 741, 748, 761, 792 sv, 800, 803, 812, 861, 871 sv**
Nasī, *al-Ḥājj* Aḥmad al-.... **120, 835**
Naṣṣār, Ibrāhīm.... **407, 836**
Nazareth **119 sv, 161 sv, 165, 398, 446 sv, 449, 455, 457, 476 sv, 484, 494, 641, 669, 801, 804**
Nègre, Henri (Dr).... **323, 330 sv, 343, 367**
Netter (Dr).... **292, 294 sv, 301, 306, 355, 460**
Niṣf Jubayl.... **446**
Nuʿmān Ġannām.... **14 sv**
Nūr al-Dīn effendi.... **118**
Nūr al-Dīn, ʿAlī.... **97**
Pacod (soeur).... **336, 345, 358**
Palestine Jewish Colonization Association (PJCA).... **7, 489 sv, 511, 553, 558 sv, 791**
Palmerston (Lord).... **448, 811**
Paracelse.... **121**
Pasteur.... **33, 192, 264, 305, 351 sv, 371, 539, 559 563, 580 sv, 699, 795, 803**
Paterson, Alexander (Dr).... **420, 480, 517, 812**
Patrimonio.... **209, 218, 291, 304, 572 sv**

Petah Tiqwa....**446, 488, 521**
Petiteville (vicomte de)....**215, 217, 220 sv, 292, 295, 309**
Piellat, Amédée (comte de)....**484, 543 sv, 572 sv**
Pillavoine....**81, 101, 107 sv$**
Pormann....**66, 121, 804**
Post, George....**249, 363, 470 sv, 473**
Pozzi (Professeur)....**295**
Prenant (Professeur)....**338, 345, 350**
qābilah....**8, 68, 176**
Qalqilya....**446, 521, 642**
Qaṣr al-ʻAynī....**86, 137 sv, 840**
Ramallah....**2 sv, 51 sv, 160, 163, 446, 484, 505, 647, 719, 783 sv, 792, 798, 812**
Ramleh....**446, 495 sv, 500 sv, 505**
Rehovot....**446**
Rishon leZion....**446, 490, 591, 614**
Rosenfeld, Joseph....**353, 400, 522**
Rothschild, Edmond (de)....**460, 489**
Rück (Dr)....**530, 571, 577 sv, 582, 585**
Rüşen Bey....14 sv, 25, 59, 776, 782
Saʻd, Joseph (Dr)....**376**
Sabadini (Dr)....**484, 530, 572 sv, 579**
Ṣafad....**446, 567**
Sahlins, Marshall....**30, 794**
Saïda....**21, 81, 83, 101, 105, 159, 517, 789**
Sakākīnī, Ḥalīl al-....**371, 423, 812**
Salt....**373, 429, 437, 446, 460, 474 sv, 480, 487, 494, 539, 564 sv, 570, 593, 629 sv, 658, 663, 733, 859, 863**
Salumūn....**127 sv**
Sarruzī....97
Savage-Smith, Emily....**325, 804**
Šayh Jarrāh....**52, 697, 699**
Schapira (Révérend)....**474 sv, 563 sv, 659 sv**
Schwaken Norbert....19, **70, 115, 403, 421, 804, 853, 856, 860 sv**
Scrimgeour (Dr)....**421**
Sejera....**446**
Sercey (comte de)....**258**
Servet, Michel....**325**
Shaare Tzedek....**417**
Shabtaï....**128**
Shifâ' 'Amr....**446**
Sion (soeur)....**455 sv, 811**
Somel....**134**, **808**
Soudan....**396, 495 sv**
Spafford-Vester, Bertha....**422**, **812**
Stein (Dr)....**490, 559, 800 sv, 807 sv, 811**
Sterling, Robert (Révérend Dr)....**423, 480, 626, 714, 855**
Sulaymān Paşa al-ʻAdīl....**82 sv, 102, 106**
Ṣulh, Riḍā bey al-....**379**
Suwwān (famille)....**105 sv, 108**
Syrian Protestant College (SPC) **23, 57, 64, 140, 156 sv, 175, 185, 201, 203 sv, 206, 215 sv, 220 sv, 226 sv, 239 sv, 243, 246 sv, 249 sv, 255 sv, 263, 269, 278, 281 sv, 284 sv, 289, 292,**

300, 304 sv, 310 sv, 328, 332 sv, 336 sv, 343 sv, 351, 353 sv, 357, 360, 363 sv, 367 sv, 370 sv, 378 sv, 400, 403 sv, 406, 409, 413, 422, 470, 475, 480 sv, 495, 509, 512, 524, 551 sv, 563, 565 sv, 589, 629, 663, 702, 714, 776, 792, 796, 808, 834
Syrie..... **32**
Ṣafad..... **393**
Ṣawmā (Dr)..... **265**
ṣaydalī..... **70**
Ṭabīb..... **70, 269**
Tamīmī, Rafīq al-..... **21**
Tanzimat..... **42, 116, 132, 146, 155, 285**
The Lancet..... **112 sv, 140, 409, 425, 792**
Tibériade..... **80, 420, 446, 460, 489, 567, 855 sv**
Tıbhāne..... **131 sv**
Tobler..... **77, 82, 84, 96, 112, 115, 177, 813**
Torrance..... **420, 540, 625, 812, 855 sv, 858**
Transjordanie..... **281, 406, 414, 495, 504, 519 sv, 741 sv, 744, 758, 763, 859**
Tripoli..... **21, 240, 375 sv, 517**
Tul Karm..... **419, 505**
Tyr..... **21, 106, 454, 859**
Unani..... **34 sv, 56, 803**
‘Umar, Ẓāhir Paşa al-..... **81, 105, 107**
Valerga (Mgr)..... **483, 487**
Van Dyck, Cornelius..... 87
Vartan,Calouste (Dr)..... **421**
Waitz (Dr)..... **490**
Wolters, T.F..... **476 sv, 567**
Wortabet, John..... **332 sv**
Wright, Gaskoin (Dr).. **183 sv, 188, 194, 450, 469, 568, 627, 629, 686, 688, 690, 692, 697, 699 sv, 709 sv, 712 sv, 737, 861**
Yichouv..... **10, 399, 401, 557**
Yıldırım, Nuram..... **134**
Young, George..... **182 sv, 814**
Zaydān, Jurjī..... **229, 332 sv, 403, 797, 813**
Zichron Yaakov..... **446**

Table des matières

Remerciements....2
Sommaire:....5
Note sur la translittération....6
Abréviations....7
Introduction : Le diplôme comme clé d'analyse....11
d'un pluralisme médical....11
I – Prologue : des médecins et des hommes de pouvoir....14
II – Objet en construction : des médecines en « Terre sainte »....17
A – Découpages....19
1 – Une « Terre sainte » inventée avec les moyens de la bienfaisance....19
2 – Périodisation : le temps des nations, des réformes et de la biomédecine....23
B – Jeu d'hypothèses....26
III – Outils et notions : des modalités du pluralisme médical à l'objet « diplôme »....29
A – Très loin des « îles dans l'histoire » : entre les médecines arabe et occidentale....29
1 – Les systèmes médicaux : parentés et divergences....31
2 – Du pluralisme médical au champ médical, ou comment mettre en histoire une catégorie classique de l'anthropologie....35
3 – Les modalités de la pratique : thérapeutes, praticiens et médecins....37
B – Des effets de souveraineté : économie politique de la médecine et modernisme ottoman....39
1 – De la médecine comme enjeu de souveraineté....39
2 – Une domination polymorphe : l'économie politique de la médecine en « Terre sainte »....41
C – Le diplôme, un instrument destiné à fabriquer un groupe social....42
1 – L'ingénierie sociale du réformisme ottoman....42
2 – Du diplôme comme objet et des cultures de papier....43
IV – La collecte de la documentation, oeuvre de passe-muraille....49
A – Ubu en Westphalie : de la dissémination transfrontalière des sources....50
B – Nationalisme et schizophrénie : ce que le terrain veut dire pour nous....51
V – Plan de l'étude....55
Première partie : les conditions juridiques et socioprofessionnelles de la pratique médicale....61
Chapitre 1 : Une activité aux nombreux métiers : pratiquer la médecine dans le sud du bilād al-Šām dans la première moitié du XIXe siècle....68
Introduction :....68
I – Anomie des pratiques ou division du travail ?....74
A – La distribution des praticiens....75
1 – La variété des pratiques....75
2 – Une présence géographique inégale et mouvante....81
B – La variété issue des systèmes d'apprentissage....86
1 – Des savoirs très délimités....86
2 – Des modes d'apprentissage qui valorisent l'écrit....88
3 – Une transmission en fonction du genre....90
II – La pratique médicale et son image : sociologie et figures du médecin....93
A – Ustād-s* et Maġribī-s*....94
1 – Une topique locale de la médecine savante autochtone : les « Ustawāt »*....94
2 – Une topique de l'altérité et de la marge : médecins ambulants et Maġribī-s....95
B – Les médecins levantins....99
1 – Médecins et nations franques....99
2 – Les médecins religieux chrétiens....102

3 – Les médecins des pachas..... 105
C – Un stéréotype conquérant : le ḥakīm européen..... 109
1 – Le ḥakīm, d'une acception l'autre..... 109
2 – Les stratégies occidentales de déni de scientificité..... 111
3 – La promotion modèles organisationnels européens..... 114
III – Le contrôle de l'exercice de la médecine..... 116
A – Les modalités du contrôle de la profession..... 117
1 – Le contrôle de l'accès à l'exercice de la médecine..... 118
..... 118
2 – Le « chef des médecins », le muḥtasib et le contrôle de l'activité professionnelle
..... 122
3 – Le contrôle a posteriori de la pratique médicale par la voie judiciaire..... 126
B – Une reconfiguration politisée de la formation..... 131
1 - La filière impériale..... 134
2 - La filière égyptienne..... 135
3 – La filière britannique..... 140
Conclusion :..... 142
Chapitre 2 :Le diplôme comme critère du droit d'exercer la médecine (1861-1918)..... 145
Introduction : Diplôme et question de souveraineté..... 145
I – La mise en place de la réglementation (1861-1888)..... 154
A – Une organisation centraliste..... 155
1 – Les conditions d'exercice de la médecine : le règlement sur la médecine civile de 1861..... 156
a – Les dispositions réglementaires 156
b – Une application progressive et différenciée..... 159
c – La remise en cause des dispositions provisoires..... 163
2 – Les prérogatives de l'institution de contrôle : le règlement sur la Direction du Conseil des affaires médicales civiles de 1869..... 166
a – Genèse et composition de l'institution..... 166
b – Rôle et prérogatives de la Direction du Conseil des affaires médicales civiles
..... 167
B – La déconcentration de l'activité médicale légitime : le règlement sur l'administration médicale municipale de 1871..... 169
1 - L'administration municipale médicale, une institution volontariste..... 170
2 - Des fonctions articulées aux priorités nationales de santé publique..... 172
3 – La pénurie de médecins diplômés, facteur de porosité entre les administrations médicales..... 174
C – Hiérarchie des titres et segmentation des compétences..... 175
1 – Les sages-femmes..... 175
2 – Des professions rejetées hors des professions de santé : droguistes et parfumeurs
..... 177
3 – La segmentation des compétences, principe d'organisation professionnelle..... 178
a - Délimiter les métiers pour mieux les contrôler..... 178
b - Assurer la transparence commerciale..... 178
II – Le renforcement conjoint de l'autorité de l'Etat et de celle des médecins (1888-1918)
..... 180
A - La loi sur les médecins et pharmaciens civils de 1888 et son incidence..... 180
B - La question du colloquium : entre instrument de contrôle et outil de discrimination
..... 181
1 – La note verbale du 29 juillet 1888..... 182
2 – Le fonctionnement du colloquium..... 183

a - Contrôle d'identité ou contrôle des connaissances ?....183
b – Un instrument de discrimination linguistique....184
c - Une sélection par l'inertie institutionnelle....185
d - Science nationale et souveraineté nationale....186
C – L'enregistrement des médecins diplômés, une pièce dans la politique populationnelle ottomane....191
1 – Les critères discriminants de l'exercice de la médecine....192
2 – Vérification de l'identité et contrôle des connaissances....193
3 - L'importance de l'unicité du diplôme....194
Conclusion :....196
Deuxième partie : le champ de la formation médicale....199
Chapitre 3 : Les écoles de médecine de l'Empire ottoman et la délivrance des diplômes (1871-1918)....203
Introduction : de la négociation des diplômes à leur valorisation....203
I – La mise en place champ de la formation médicale dans l'Empire ottoman et la fondation des facultés de médecine....204
A – Le champ de la formation médicale : un espace de concurrence politique....204
B – La création du Département médical du Syrian Protestant College, une conséquence de la dynamique missionnaire (1867)....206
C – La faculté de médecine de l'USJ, némésis de celle du SPC ?....209
1 – Multiplicité et hiérarchie des projets....209
2 – Les fondateurs de la nouvelle faculté et l'ordre diplomatique....210
3 – A projet français, professorat français....212
4 – Un objectif institutionnel : obtenir le statut de faculté....213
5 – L'accord avec Jules Ferry (7 mai 1883) et le règlement de l'USJ (15 septembre 1883)....214
6 – L'ouverture de la faculté (novembre 1883) et ses débuts....218
D – L'Ecole ottomane de médecine de Damas : un projet de déconcentration de la formation....223
II – Les contraintes externes pesant sur la formation....227
A – Les conditions d'admission et la sélection des étudiants....227
1 – La demande de formation....227
a – Les conditions de candidature et le programme....228
α – Les conditions d'identité et les usages politiques de la nationalité....228
β – Le programme....231
b – La préparation aux épreuves....232
c – Le jury des examens d'admission....235
B – L'impératif de reconnaissance officielle du diplôme....237
1 – De la validité du doctorat en médecine....239
a – Deux négociations concurrentes....239
α – Les acteurs....239
β – Les étapes de la négociation française....241
א – La première négociation avec la Sublime Porte (février 1888-octobre 1889)....242
ב – Le temps des arrangements locaux (octobre 1889-août 1894)....243
ג – Le fiasco du diplôme lyonnais et l'affaire Damiani (août 1894-début 1898)....244
ד – La seconde négociation et l'accord sur le jury mixte (été 1898-février 1899)....245
γ – L'accord entre le SPC et le gouvernement ottoman (1903)....246
....246

b – Le domaine géographique de validité des diplômes..... 248
2 – Les pressions sur les programmes.....248
a – Contrôle ottoman des programmes et principe de souveraineté.....249
b – Le contrôle de l'Instruction Publique de France : les ministères, les pères Jésuites et les inspecteurs..... 252
3 – Composition et protocole d'un jury d'examen..... 256
a - Les formules d'examen : colloquium ou examens conférant les grades de docteur ? 256
b – Les examens communs et la difficulté à composer un jury mixte..... 258
4 – Les métamorphoses du diplôme.....261
a – Diplôme, diplomatie, diplomatique.....262
α – Une « fiction » de diplôme : le Diplôme Spécial Français (1888-1894) ..263
β – Les faux-semblants de l'affaire Damiani.....266
γ – Le diplôme de la FFM, matérialisation du compromis de 1898.....268
b – Un titre à faire encadrer ou un objet de haute politique ? 270
α – La question de l'échange du diplôme : le triomphe de l'imagination formaliste (1893)..... 270
β – Diplômes en fuite..... 273
γ – Le spectacle politisé de l'esprit de corps..... 277
Conclusion :.....279
Chapitre 4 : L'apprentissage universitaire de la médecine..... 283
Introduction :..... 283
I – Une pédagogie orientée et disciplinaire..... 288
A – La mise à niveau des connaissances..... 289
1 – Les priorités littéraires des écoles secondaires..... 290
2 – Une population estudiantine hétérogène par le niveau de langue.....291
a - Un recrutement composite..... 291
b - Pourquoi former des médecins en langue française ? L'exportation de l'élitisme républicain.....291
c - Les résultats d'une éducation francophone.....293
B – L'organisation des enseignements..... 297
1 – La progression des études..... 297
a – L'enchaînement des enseignements.....297
b – La question du niveau des enseignements à la FFM.....298
2 – La combinaison des enseignements..... 302
a - L'économie des enseignements.....302
b - La nomination des professeurs : une question d'intérêt national, d'autonomie universitaire et de métaphysique appliquée..... 304
C – L'encadrement de l'apprentissage..... 307
1 - Pédagogie et répétition : cahiers, interrogations orales et conférences..... 307
2 – Les formes de la discipline..... 311
3 – La contextualisation autoritaire des contenus d'enseignement : l'encadrement religieux des études médicales.....313
II – Les contenus d'enseignement..... 321
A – Les problématiques du cadavre : une connaissance du corps humain médiatisée par nécessité.....321
1 – Cadavres et modèles pédagogiques..... 322
2 – De la nature de l'interdit..... 324
a - Un interdit religieux ?..... 324
b - Ni carabins, ni bouchers, mais de respectables professionnels : la dissection à l'épreuve des anticipations des étudiants..... 330

3 – Un enseignement tenu au secret....335
4 – Substituts et représentations....338
a - Les substituts organiques....338
b - Variations autour d'un cadavre....339
c - Coupes et croquis : les supports de l'imagination anatomique....340
B – Les vicissitudes de l'enseignement clinique : problèmes de genre et de nombre....341
1 – La primauté du clinicat....342
a - Des problèmes d'effectifs et d'organisation....343
b - L'adaptation de la rationalité clinique au fonctionnement des écoles de médecine....347
c - Techniques biomédicales et clinique....351
2 – Une impossible respectabilité : de la clinique gynécologique à la clinique obstétricale....354
a - Ouvrir les portes du harem....355
b - Le médecin, la parturiente, la Mère supérieure et la rumeur du monde....357
c - Médecins ou sages-femmes ?....360
d - Une concurrente sérieuse et honnie : la dāyah....362
III – « Même éducation médicale, même cachet de famille »....364
A – Suivi des diplômés et esprit de corps....365
1 – La migration des diplômés : diffusion ou dispersion ?....365
2 – Les institutions de l'esprit de corps....368
a - Les associations d'anciens élèves....368
b - Les congrès médicaux....372
B – Les diplômes de Beyrouth, un stigmate vis-à-vis de l'administration ottomane....374
1 – Deux objectifs connexes : reconnaissance des diplômes et débouchés professionnels administratifs (1871-1910)....375
2 – La « nationalisation » des carrières administratives (1910)....377
Conclusion :....380
Troisième partie : l'épreuve du terrain....383
Une population de médecins....384
De la mobilité médicale....385
Ethnolocalisme, indigénat, intégration sociale et acculturation....387
Réalité et vraisemblance des motivations médicales....388
Chapitre 5 : Outils et matériaux – Eléments de méthodologie....390
Introduction :....390
I – Constitution d'une population statistique : les médecins ayant exercé dans le sud du bilād al-Šām entre 1871 et l'automne 1918....392
A – Identification et origines....392
1 – L'onomastique....393
2 – Les données de naissance : lieu et confession religieuse....395
a – Lieu de naissance, immigrations, autochtonie et identité....395
b – Appartenance confessionnelle....401
3 – Les faits d'éducation : les données sur la formation et leurs limites....402
B – Les jalons de la carrière....405
1 – Les indices de l'activité et de la mobilité....405
2 – Lignage et mariage....407
3 – La notoriété scientifique....409
4 – Une catégorie fugitive : la réputation....411
II – La sédimentation des documents....411
A – Le socle institutionnel....412
1 – Les facultés de médecine....412

2 – Les organisations sionistes 415
3 – Les sociétés missionnaires et les organisations religieuses..... 415
4 – Les archives des institutions étatiques occidentales..... 418
5 – Les Sālnāmah-s ou annuaires administratifs des provinces ottomanes..... 419
B – Des gisements isolés : monographies et publications.....420
1 – Les biographies, autobiographies, souvenirs et recueils de correspondance.....420
2 – Publications des médecins ou à leur sujet.....424
a - Les publications des médecins.....424
α – Les publications médicales.....425
β – Les publications non-médicales..... 426
b - Autres publications et travaux relatifs aux médecins..... 427
Conclusion :.....427
Chapitre 6 : Des logiques sélectives de distribution spatiale.....429
Introduction :.....429
I – Caractéristiques générales : une population croissante et atypique..... 431
A – Une population très majoritairement, mais non pas exclusivement, masculine 431
B – Une population à la composition confessionnelle très différente de celle des habitants de la région.....434
C – Une population attirée par les postes institutionnels.....436
D – Le fait brut de la dispersion..... 437
II – La logique des lieux saints (années 1840- années 1870).....447
A – La mission médicale auprès des minorités confessionnelles.....447
B – La Terre sainte, terre de mission : une occasion d'imiter le Christ..... 449
1 – L'imaginaire territorial de la « Terre sainte » dans la mission protestante.....449
2 – Une « Terre sainte » qui vaut de l'or : l'expansionnisme caritatif des congrégations catholiques à l'ère des Empires..... 455
C – Une logique confessionnelle forcée par les autorités.....458
III – L'essaimage au gré du peuplement urbain (années 1880 – années 1890).....460
A – Une volte-face missionnaire : l'extension des activités des protestants en direction de la population musulmane..... 461
1 – La crise du protestantisme en « Terre sainte » et le renouveau des missions médicales.....461
2 – La dynamique d'une société missionnaire : formulation d'un discours méthodologique et légitimant sur les missions médicales au sein de la CMS.....464
a – Une méthodologie marquée par les pratiques coloniales 465
a – La mission médicale, une œuvre de persuasion..... 471
3 – Les choix stratégiques de la mission de Palestine de la CMS..... 474
a – Les premières missions médicales de la CMS en Palestine (1881-1888)..... 474
b – La multiplication des missions médicales (1888-1906).....476
B – Les institutions médicales catholiques : entre demande sociale, réactivité aux menées protestantes et rivalités nationales 481
1 – Les débuts de l'activité hospitalière catholique (années 1850-1870)..... 482
2 – Un processus contrasté de constitution d'un réseau d'institutions médicales sous protection nationale : les Filles de la Charité dans l'orbite française (années 1880-1914)..... 484
IV – La conséquence retardée d'une logique de peuplement : l'assignation de médecins aux colonies juives (années 1890).....488
V – Une recomposition de la géographie devant les circonstances de la guerre (1914-1918) 492
A – La militarisation de la pratique médicale.....493
B – La crise sanitaire de 1915-1916 et l'organisation des secours aux civils..... 496

C – L'inquiétude épidémiologique des deux camps....499
D – La redistribution de l'accès au soin et l'amorce des services de santé mandataires 502
Conclusion :....506
Chapitre 7 : Les médecins, leurs carrières et les filières professionnelles....508
Introduction :....508
I – Un peuplement médical essentiellement immigré....514
A – La population des médecins du sud du bilād al-Šām, entre mobilité régionale et migrations internationales....514
1 - Du lieu de naissance au lieu de travail....514
2 - Une installation généralement précoce....522
B – D'importantes mobilités professionnelles....526
1 - Une destination le plus souvent temporaire 526
a - Enracinement, circularité, émigrations et immigrations....534
b - L'environnement familial 538
c - Une clé de lecture : les fonctions institutionnelles....547
II – Le fonctionnement des filières....554
A – Des logiques différenciées....554
1 - Les filières de l'immigration juive....556
2 - Les filières missionnaires....562
3 - Les filières nationales....570
a – Les recrutements administratifs ottomans : des projections de carrière en marge d'un système de parrainage....570
b – Les choix d'une puissance : le recrutement des médecins du gouvernement français à Jérusalem entre prestige national et intérêts clientélistes....572
α – L'institution d'un poste....572
β – La filière algérienne (1881-1896)....573
γ – Recrutement national et emploi local (1896-1900)....575
א - Désigner un pieux serviteur de la France....575
ב - L'élitisme : alibi républicain ou constante du recrutement ?....578
δ – Une conception frappée d'obsolescence : l'hôpital comme vitrine nationale 580
ε – Epuisement et fin d'une filière nationale de recrutement....585
ζ – Vers l'adaptation confessionnelle d'une filière nationale....586
B - Européanité contre indigénat ?....590
Conclusion :....598
Chapitre 8 : Regard, image et réception des médecins....600
Introduction :....600
I – La découverte d'un environnement sanitaire....603
A – Un quasi-exotisme ? Le regard extérieur d'un Ottoman....603
B – Une familiarité cruelle : des points de vue autochtones....608
C – Une pseudo-autochtonie : un regard sioniste....613
D – Description mince et hygiénisme : le point de vue d'un médecin occidental....616
II – L'insertion professionnelle dans un champ médical local....618
A – Le marché médical reconfiguré par l'arrivée des médecins diplômés....619
B – Se faire une clientèle....621
III – L'image du praticien....623
A – La projection de soi....623
B – Réception et réputation....628
Conclusion :....639
Chapitre 9 : Hôpitaux, médecins et patients à Naplouse....641

Le pluralisme médical à l'échelle d'une ville..... 641
Introduction:..... 641
I – Une polarisation économique : la légitimité du diplôme..... 652
A – Du diplôme comme investissement..... 652
1 – Une question de concurrence : l'affaire d'août 1891..... 653
2 – Les effets concurrentiels d'une réforme..... 661
B - Ṭabīb-s contre mutaṭabbib-s..... 664
1 – Médecine et stratégies familiales..... 664
2 – Les infortunes des premiers médecins diplômés..... 669
II – Un conte de deux hôpitaux : action publique contre action missionnaire..... 672
A – Santé et médecine : deux priorités de l'action publique locale 673
2 – La priorité aux soins primaires..... 676
B – Une forteresse juridique : l'hôpital missionnaire..... 680
1 – La mission médicale de Naplouse comme fin et comme moyen..... 680
3 – Légalisme des notables, juridisme des missionnaires..... 685
4 – De l'adaptabilité de la théorie médicale aux conditions politiques..... 689
5 - Médecine et prosélytisme ; ou comment la mission maintient les patients sous son empire..... 691
C – Un conflit de valeurs..... 695
1 – Réalité et mise en scène des relations interconfessionnelles..... 696
2 - « Tous les Orientaux sont des menteurs » : l'anthropologie de domination des missionnaires..... 702
3 – Moralité de l'hôpital et lois du genre..... 705
D – La fondation de l'Hôpital Al-Waṭanī..... 711
1 – Le premier hôpital municipal (1887-années 1890)..... 712
2 – La colère des effendis (1904-1909)..... 712
3 – Concurrence hospitalière et normalisation (1909-1918)..... 714
III – Pluralité des mondes, pluralité des médecines..... 717
A – Variété des approches naturalistes de la maladie : autour des ophtalmies..... 718
1 – Ce qu'on entend par « ophtalmie »..... 720
2 – Des formes socialisées de la maladie..... 721
3 – Les incertitudes de la thérapeutique..... 724
a – Les recettes du kaḥḥāl et leur contexte..... 724
b – Les infortunes de l'ophtalmologie occidentale..... 726
B – Le regard du médecin religieux..... 727
1 – Ce que dit le šayh Sa'd al-Dīn : les difficultés d'une ethnographie de la médecine religieuse..... 728
2 – La pratique du šayh* 731
a – Les ḥijāb-s..... 731
b – La possession par les jinn-s..... 733
C – Les itinéraires thérapeutiques et le discours des missionnaires..... 735
Conclusion : 739
Conclusion : le cercle de la professionnalisation..... 741
I – Epilogue I : Profession médicale et logiques nationales depuis le mandat..... 742
A - Profession médicale, immigration et conflit national au temps du mandat britannique..... 744
B – Depuis 1948 : nouvel ordre territorial, nouvelle donne professionnelle..... 758
C – Les vicissitudes de la médecine autochtone depuis les années 1920..... 761
II – Le leg réglementaire ottoman et le pluralisme médical : un bilan..... 766
A – Circularité logique du contrôle de la médecine..... 766
B – Retour sur l'idée de médicalisation..... 773

C – Les apories de la médecine caritative et de la condition de médecin diplômé..... 778
D – Sur l'historicité du pluralisme médical..... 781
III – Epilogue II : du pouvoir des hommes et de sa finitude.....783
Sources et bibliographies..... 788
I – Sources primaires.....788
II – Documentation imprimée et travaux scientifiques..... 793
Annexes.....814
Annexe A : le droit médical ottoman et la réglementation de la médecine.....814
I – Réglementation de l'exercice de la médecine et instances de contrôle médical..... 815
A – Règlement sur l'exercice de la médecine de 1861..... 815
B – Règlement sur l'exercice de la pharmacie civile de 1862..... 816
C – Règlement sur la Direction du conseil des affaires médicales civiles de 1869.....818
D – Règlement sur l'administration médicale municipale de 1871..... 820
E – Règlement sur les cliniques privées de 1885..... 821
F – Règlement sur les droguistes de 1885..... 822
G – Règlement sur les « Aktars » (parfumeurs) de 1885..... 822
H – Lois sur les médecins et pharmaciens civils de 1888..... 824
I – Règlement sur l'examen médical dans les douanes de 1900..... 825
II – Les dispositions du code criminel ottoman relatives à la médecine et à la pharmacie826
Annexe B : La formation et les diplômes.....828
I – La formation et les examens à la FFM et au SPC.....828
II – Les diplômes.....835
A – Attestations de compétence comme médecin délivrée par quatre médecins à Ibrāhīm Faraḥ (fin du dix-huitième siècle).....835
B - Ruhṣah délivrée par Aḥmad Paşa al-Jazzār à Ya‘qūb Faraḥ le 25 ṣafar 1217 AH / 27/06/1802 AD..... 837
C – Texte du Diplôme d'Etat Ottoman (1899).....838
D – Texte du diplôme délivré par le jury d'examen de l'Ecole de médecine de Qasr al-‘Aynī à Šākir al-Hūrī (1874)..... 838
E – Exemplaire de doctorat délivré par le ministère français de l'Instruction Publique aux candidats reçus aux examens de la FFM (1887).....842
F – Texte du Doctorat de l'Université de Lyon délivré aux étudiants de la FFM (1896) 842
G – Exemplaire du diplôme de doctorat de la FFM validé par les jurys français et ottomans (1899).....844
H – Firman adressé par le gouvernement de Beyrouth à un médecin de la famille Bertrand en reconnaissance de ses services (1325 AH / 1907-1908 AD)..... 845
Annexe C : Population médicale du sud du bilād al-Šām, 1871-1918.....847
Annexe D : La représentation iconographique des médecins diplômés.....853
Annexe E : La nationalisation du cadre hospitalier à travers les formes architecturales.....866