

A propos de *Santé, médecine et société dans le monde arabe*

Sous la direction d'Elisabeth Longuenesse
Paris, L'Harmattan, Maison de l'Orient Méditerranéen,
1995, 322 pages

BERNARD HOURS

Docteur en ethnologie, directeur de recherches à l'ORSTOM, **Bernard HOURS** a étudié les dimensions sociales des systèmes de santé, en particulier au Cameroun, au Bangladesh, au Laos et, récemment, au Maghreb (Tunisie, Maroc).

Il est l'auteur de nombreuses contributions dans des revues telles que *L'homme et la société*, les *Cahiers des sciences humaines* ou *Tiers-Monde*. Il a publié notamment *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun* (Paris, L'Harmattan, 1986), *Une entreprise de développement au Bangladesh : le centre de Savar* (en collab. avec M. Selim, Paris, L'Harmattan, 1989) et *Islam et développement au Bangladesh* (Paris, L'Harmattan, 1993).

DES HÉRITAGES

Le premier héritage abordé est celui de l'islam que Sylvia Chiffolleau confronte à la science et à la médecine moderne en Egypte et dans le monde arabe. Dans «*Islam, science et médecine moderne en Egypte et dans le monde arabe*», l'auteur présente la tradition médicale arabe en distinguant la médecine savante de la médecine bédouine préislamique. La première, qui reprend la tradition médicale grecque, culmine au XI^{ème} siècle avec des travaux tels que ceux d'Avicenne. Le dynamisme de la science médicale arabe décline à partir du XIII^{ème} siècle, l'effort intellectuel personnel du savant (*ijtihad*) laissant place à la «médecine du prophète» - issue de la pratique bédouine - et à la montée du soufisme qui tendent à absorber, au sein d'un cadre intellectuel figé, la médecine savante de «l'âge d'or». La médecine savante arabe perd ainsi son prestige, son dynamisme et son autonomie. Dans *ce brouillage des traditions médicales* (p.28), la médecine dite moderne trouvera un terrain propice à son développement.

Les enjeux d'une science islamique constituent aujourd'hui un thème idéologique majeur dans les pays musulmans. S. Chiffolleau évoque le débat entre Renan et Al Afghani (1883) au travers duquel s'opposent un scientisme occidental dépourvu d'éthique et une conception morale de la science soumise à la sagesse divine. Les termes du débat ont peu changé. L'auteur souligne à ce propos que, *pour qu'il y ait un véritable retour sur les valeurs morales contenues dans le Coran* (p.29)... *Ainsi, une science spécifiquement musulmane ne l'est que par l'éthique qu'elle revendique, et non par une démarche scientifique autonome* (p.31).

L'ouvrage collectif dirigé par Elisabeth Longuenesse présente le projet ambitieux de dresser un tableau synthétique de la santé, de la médecine, ainsi que de ses héritages et de ses enjeux, dans les sociétés arabes d'aujourd'hui. Réunissant les contributions d'auteurs d'horizons divers, l'intérêt premier de ce travail réside dans ce croisement de différentes approches disciplinaires.

Les deux premiers chapitres traitent des représentations et de l'histoire, tandis que le troisième se penche sur les enjeux actuels dans les systèmes de santé. Une bibliographie fournie vient compléter l'examen des domaines significatifs, mais nécessairement non exhaustifs, abordés par les contributions.

En Egypte, le développement de la médecine moderne est inséparable d'un processus global de modernisation, qui touche des groupes privilégiés de par leur éducation et leur fortune. Tous les articles de l'ouvrage abordant cette question soulignent le prestige social des médecins, dont la profession demeure, malgré les contraintes socio-économiques conjoncturelles de plus en plus nombreuses qui pèsent sur eux, un symbole de réussite scolaire et sociale. Corollaire de cette volonté de modernisation rapide, la médecine dite traditionnelle est négligée tant par les scientifiques que par les politiques. Il semble que, dans la plupart - sinon la totalité - des pays musulmans, la fascination suscitée par la science (islamique ou non) repose sur une approche profondément métaphysique qui tend à dévaloriser les pratiques au profit de principes moraux ou philosophiques. Le phénomène est analogue dans des sociétés de grande tradition religieuse écrite (Inde, Chine), mais il paraît plus radical dans le contexte de l'islam.

Cette recherche d'une éthique médicale islamique, symptomatique de cette attitude intellectuelle, aboutit au *Code islamique d'éthique médicale*. Pourtant l'impact social des pratiques médicales est d'autant plus profond que les sociétés sont en crise. Les développements consacrés par l'auteur aux cliniques islamiques en Egypte évoquent un phénomène d'un grand intérêt sociologique, identifié dans la plupart des pays musulmans. *Lorsque le nationalisme laïc ou socialiste n'a pas atteint ses objectifs en termes d'accès à la santé pour tous, l'islamisation de la pratique réhabilite le praticien en donnant un sens moral à cette pratique*, souligne S. Chiffolleau. Les déçus de la modernisation, médecins aussi bien que patients, forment désormais dans les pays arabes, et plus largement dans les pays musulmans, une population qui constitue un enjeu politique et idéologique majeur. Des États comme la Tunisie ne s'y trompent pas, qui tentent de demeurer présents sur le terrain de l'assistance médicale et renforcent ceux qui en sont les opérateurs, qu'ils soient étatiques, associatifs, religieux ou politiques.

Floréal Sanagustin apporte une contribution sur le thème de «*Nosographie avicennienne et tradition populaire*». Avicenne constitue selon lui une *référence archétypale* au-delà de la double tradition savante et empirique évoquée. L'auteur du *Canon de la médecine* demeure la clé d'un univers symbolique toujours actuel dans la médecine populaire. Passant en revue les représentations du corps et la typologie des maladies, F. Sanagustin affirme que la médecine traditionnelle actuelle *constitue la résurgence populaire d'un courant scientifique rationalisant, autrement dit d'une culture savante...* (p.51). *La doctrine de l'équilibre et de la rupture (...), la symbiose entre l'homme et son milieu (...), la théorie humorale (...), la doctrine des tempéraments (...)*, l'idée que Dieu a créé les remèdes et les maladies, l'importance de la diététique et de l'hygiène, demeurent pertinentes en médecine populaire. Les praticiens traditionnels, en se réappropriant les fonds

médical médiéval, ont créé une symbiose entre *science et pratique, savoirs référentiels et application* (p.56).

Dans le contexte de l'ouvrage, cette contribution, plutôt érudite que sociologique, permet d'arpenter le champ actuel des thérapeutes traditionnels qui n'ont pas disparu sous l'effet de l'émergence des nationalismes modernisateurs, et qui continuent de rendre des services à une part importante de la population, en dehors et en complément des services de santé officiels.

Dans «*De la maladie dans le sud tunisien. Analyse d'une représentation*», Amina Shabou brosse un tableau des représentations liées à la maladie dans l'oasis du Nefzaoua (Tunisie) en soulignant l'importance de la parenté et l'interprétation de la maladie comme pratique sociale. Venant après celle de F. Sanagustin, cette contribution réintroduit le sens des pratiques après l'exposé des corpus théoriques. Figures centrales en anthropologie de la maladie, la sorcellerie et son processus d'accusation, la logique des itinéraires thérapeutiques et la recherche des causes du mal replacent dans l'ouvrage des pratiques socio-culturelles concrètes, observées sur un terrain particulier, dont les logiques sociales sont pertinentes dans d'autres régions ou d'autres pays. Le rôle des saints, la place des femmes, l'interprétation de la folie, la place des confréries, permettent de baliser un paysage thérapeutique spécifique, mais aussi analogue dans le contexte d'autres systèmes de représentations. A l'échelle d'une communauté, comme à celle de la société globale nationale, la gestion de la maladie met en mouvement la réalité sociale et l'ensemble des ressources symboliques permettant de maîtriser les pouvoirs de natures diverses.

Traitant les «*Corps, croyances et institution médicale au Maroc*», Mohamed Dernouny pose un regard plus général, à l'échelle d'un pays, en ayant recours à des instruments de la psychanalyse qui autorisent l'emploi du terme d'institution au singulier, puisque celle-ci devient une instance symbolique et non plus sociologique. La référence à la médecine populaire comme *forme d'interprétation magique* signale un niveau de discours qui ne va pas de soi pour un anthropologue, car le concept de *magie* est beaucoup plus vague et confus que celui d'efficacité symbolique sur lequel anthropologues et psychanalystes peuvent se rejoindre. Les pouvoirs thérapeutiques identifiés par Amina Shabou disparaissent ici dans une *intersubjectivité collective* face à laquelle l'individu se présente comme un *être décentré*. Si la trêve avec les esprits est bien au cœur du problème, la mobilisation des signes n'interdit pas d'aborder le signifié de ceux-ci.

Au VI^{ème} siècle (après J-C), *ce corps est devenu l'espace d'expression de la vérité de l'islam et partant de son investigation du réel. Il est institué comme le moyen et le lieu d'incarnation du monde parfait, le lieu utilisé pour parvenir à cet accord entre l'énoncé religieux et le monde où l'islam s'est enraciné* (p.93). On peut penser que ce corps, sublimé par M. Dernouny comme un «surmoi», était l'objet de

représentations symboliques avant le VI^{ème} siècle. Ce discours audible comme énoncé, croyance ou hypothèse n'est pas nécessairement convaincant en termes scientifiques, même dans une acception large de la rigueur.

Bien que caricaturale et réductrice, l'analyse de la médecine moderne comme *regard exclusif* est plus facile à partager, tout comme la dénonciation d'une *acculturation planifiée*. Toutefois l'opposition frontale - et passéiste - suggérée par l'auteur entre médecine moderne et médecine traditionnelle s'assouplit lorsque est abordé le *manque à signifier* imputable à la première, puis l'attitude des «nouvelles générations» évoluant vers une *conformité rusée*. Dans ce discours, dont la précision n'est peut-être pas la principale qualité, la perspicacité analytique trouve néanmoins matière à s'exprimer lorsque M. Dernouny souligne qu'*il n'est pas erroné de considérer cette remobilisation des pratiques ancestrales comme traduisant le procès que ces couches sociales font à l'institution moderne en lui signifiant notamment la conscience de son indignité* (p.97).

Cette contribution hybride ou syncrétique suscitera les réserves de la plupart des anthropologues, souvent critiques à l'égard des discours anthropopsychanalytiques. Fondée sur des affirmations en apparence pulsionnelles, s'appuyant sur des catégories vagues (les Marocains, les Orientaux, les nouvelles générations) sans référence à des discours ou des sujets réels, cette «étude» utilise un jargon approximatif qui lui donne un caractère confus. Aboutissant finalement à des évidences ou à des spéculations osées et non justifiées, on retiendra surtout la *conformité rusée* et la contestation que représente la mobilisation des *pratiques ancestrales* de la part des femmes ou des couches sociales déstabilisées.

Le second chapitre porte sur l'histoire de la santé et de la médecine, de l'Empire ottoman à la domination coloniale.

La contribution de Daniel Rivet, «*Hygiénisme colonial et médicalisation de la société marocaine au temps du protectorat français (1912-1956)*», se présente comme une *chronique de la cité coloniale confrontée aux affections chroniques affaiblissant l'homme en Afrique du Nord et aux épidémies le décimant, les unes et les autres conférant à son existence une précarité proche de la culpabilité, liée à l'acceptation passive du maktub* (p.105).

Selon une logique que ne désavouerait pas le discours humanitaire contemporain, la «misère physiologique» provoque force descriptions coloniales autant que réprobatrices. Pour s'autolégitimer, il faut se déclarer indispensable et supérieur (ou mieux loti). Les Européens sont *entre la compassion et la répulsion* (p.108). La première permet de justifier sa présence paternaliste, la seconde d'imposer des mesures d'*hygiénisme anxieux*. Pour les colons, l'indigène est à changer et à éviter. Le *déploiement du dispositif hygiéniste* constitue un outil médical autant que

politique et colonial. La guerre est déclarée aux indigènes pouilleux, vecteurs de maladies comme les mouches, rats, moustiques, poux. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale que la médicalisation de la société marocaine se modifie. *L'acte médical ne cristallise pas nécessairement un affrontement culturel entre le colonisateur soignant et le colonisé soigné* (p.121). En outre, les personnels marocains sont nombreux et fréquemment localisés aux avants-postes. D. Rivet distingue trois formes de discrimination de fait qui touchent les femmes, les musulmans (par rapport aux juifs marocains), les pauvres. L'auteur conclut que *pour le bien-être des Français et le mieux-être d'une élite, la partie du peuple la plus vulnérable, la plus proche du préhumain a dû accepter de mal être en tant que groupe social catalogué dangereux, surveillé policièrement, manipulé autoritairement, violenté symboliquement* (p.128).

L'article d'Anne-Marie Moulin, «*Les Instituts Pasteur de la Méditerranée arabe, une religion scientifique en pays d'islam*», apporte un brillant complément à la contribution de D. Rivet, en termes historiques et idéologiques. C'est le *développement d'un monopole de l'exercice médical garanti par l'Etat* (p.130), plus qu'une véritable révolution scientifique, qui distingue médecine arabe et médecine occidentale. La lutte ancienne contre les épidémies montre que la médecine continue la politique par d'autres moyens jusqu'à l'avènement de la médecine pastorienne, «science faustienne». *C'est l'empire de la médecine pastorienne, universelle dans son principe qui à la manière d'une nouvelle religion, diffuse et s'implante dans l'ensemble du bassin méditerranéen... L'avènement d'une médecine proclamée scientifique, appuyée sur le laboratoire, va accélérer en terre d'islam la déchéance d'un savoir savant en pratiques folkloriques ou en superstitions* (pp.134-135). L'idéologie scientiste de la Troisième République autorise une croisade appuyée sur le médecin, l'instituteur et l'administrateur.

Un véritable messianisme pastorien se développe et les Instituts Pasteur (Tunis en 1893, Alger en 1897, Tanger en 1912) sont *des instruments actifs et conscients de la politique coloniale*. Le vaccin contre la rage est suivi du traitement des diphtéries et chaque étape fait l'objet d'analyses fines, à la fois historiques, médicales et politiques.

A.M. Moulin consacre d'intéressants développements à la figure du Dr Dinguzli, musulman, pastorien et animateur de l'association *Khalduniyya* qui appelle une *renaissance intellectuelle de l'Islam* (p.153). *Les Instituts Pasteur ont joué un rôle important dans l'entrée des pays du Maghreb dans la phase de transition épidémiologique* (p.159). Présentée comme une «religion scientifique», l'idéologie pastoriennne a donné naissance à un *esprit de corps* qui a maintenu une continuité au-delà des ruptures des indépendances. Les corps médicaux des pays maghrébins entretiennent des liens étroits avec leurs anciens maîtres en médecine, sans être suspectés de complicité coloniale.

Néanmoins, le modèle pastorien, essoufflé, n'est plus compatible avec les nouvelles responsabilités des Etats indépendants amenés à former des praticiens en médecine curative et à négliger la recherche et la prévention.

Daniel Panzac, par sa contribution sur «*Le Dr Fauvel à Istanbul (1847-1867). Vingt ans au service de la médecine turque*», apporte des matériaux historiques qui viennent enrichir les propos précédents et en élargir la portée.

Les contributions historiques mentionnées permettent au lecteur de mesurer à quel point l'histoire coloniale et l'histoire médicale dans les pays arabes évoqués sont étroitement imbriquées. L'histoire de la médecine et des institutions chargées de la dispenser, d'une part, et celle des idéologies, d'autre part, ne sont pas séparables et les savants de la République, tels qu'ils sont présentés, en apportent l'illustration.

LES ENJEUX

Le troisième chapitre évoque les systèmes politiques de santé, ainsi que la position des professionnels. Miloud Kaddar aborde la question du coût des systèmes de santé, dans une contribution claire et rigoureuse intitulée «*Financement et dynamique des systèmes de santé au Maghreb : données et problèmes actuels*».

L'auteur souligne que l'expansion continue (en terme d'effectifs) des services de santé dans les pays du Maghreb est terminée. Le marché privé des soins s'est largement développé et le rapport coût/efficacité des structures publiques est modeste. Les pathologies anciennes et nouvelles se superposent et les personnels pléthoriques formés durant deux décennies de croissance ne parviennent pas à réaliser une couverture socialement et géographiquement équitable. Même si d'énormes progrès furent réalisés pendant trente années dans le domaine de l'allongement de l'espérance de vie et de la réduction du taux de mortalité infantile, les populations défavorisées et rurales ne disposent que d'un accès limité à des systèmes de soins qui affichent par ailleurs des performances assez médiocres. Depuis le milieu des années quatre-vingt, les dépenses de santé baissent sensiblement et la socialisation du financement des soins recule tandis que la part des assurances et mutuelles croît. L'auteur souligne enfin la part croissante des financements extérieurs qui portent sur les réformes hospitalières, les programmes de vaccination et la planification familiale.

Le financement de la santé constitue, au Maghreb comme ailleurs, un problème actuel. Le désengagement relatif de l'Etat et la présence d'un système de santé publique lourd et coûteux provoquent une crise de ressources. De plus le rendement des investissements est décroissant, car les états de santé évoluent plus lentement que la croissance des dépenses.

Des compromis acceptables doivent être trouvés entre la satisfaction des besoins, l'équité et le coût supportable. L'offre et la demande de soins n'étant pas modifiables à court terme, c'est le rôle de l'Etat qui est appelé à se modifier. Celui-ci n'est plus en mesure de garantir la santé à tous les citoyens et s'oriente vers la protection des plus démunis et la prévention. Le développement déjà marqué du secteur privé amène à institutionnaliser une médecine à deux vitesses, le principal mécanisme collectif de régulation et d'équité étant le développement de l'assurance maladie. Les tensions actuelles sont amenées à se développer dans la mesure où aucune réforme sérieuse - pourtant incontournable - des structures du système n'est envisagée par les Etats. Ce sont les ménages qui font les frais de cette évolution sans que leurs ressources augmentent. A terme, le dysfonctionnement des services de santé devra être abordé, malgré les risques politiques que cela comporte.

Les systèmes de santé maghrébins affrontent aujourd'hui des difficultés semblables à celles des autres nations, développées ou en développement. Confrontés à de fortes tensions politiques, les Etats évoluent sur des voies étroites et n'osent toucher à des principes ancrés dans la culture politique postcoloniale. Chaque Etat tente, avec la faible marge de manœuvre dont il dispose, de répondre aux contraintes économiques et financières globales, sans écorner sa popularité toujours problématique.

L'article de Brigitte Curmi, «*Les Associations de type ONG dans le domaine de la santé au Liban. Un service public pris en charge par le privé*», nous esquisse une situation chaotique où la dignité et la capacité de l'Etat sont minces, au terme d'une longue guerre qui a profondément déstructuré la société. Celle-ci apparaît comme un ensemble de factions clientélistes passablement anarchiques. L'Etat n'est pas en mesure d'élaborer une politique de santé et le système de santé se présente comme une somme de micro-systèmes socio-politiques liés à des confessions religieuses ou à des partis.

Aussi, l'auteur se demande si *les ONG présentes au Liban actuellement ne sont que la continuation des identités communautaires ou ont-elles produit de nouvelles valeurs, devenant des représentantes de l'intérêt public qui ne relèverait plus de la seule mission de l'Etat ?* (p.205).

Émanations de la «société civile» ou groupes de pression, la place des ONG face aux Etats fait actuellement l'objet d'un grand débat, et le Liban s'avère être un cas limite. Si le *forum des ONG* présente ses intérêts comme communs avec ceux de l'Etat, le *Comité de coordination des ONG* veut incarner quant à lui un *troisième système (...)* entre le *gouvernement et les partis politiques* (p.213). Ces différents positionnements sont le fait d'ONG diverses, qui représentent à la fois des aspirations des différentes composantes de la société civile fractionnée, mais aussi des intérêts politiques.

Suppléer aux défaillances ou incapacités de l'Etat provoque une situation ambiguë où, selon un responsable, *le rôle des ONG locales est la coordination du travail entre tous les secteurs de la société, dans le but de surmonter les obstacles confessionnels qui séparent les Libanais et de construire un pays où règne l'égalité entre les citoyens, dans le cadre d'une commission nationale parallèle au service public* (p.213).

Se proposant de *faire participer l'Etat à la chose publique* ou d'*être les acteurs du privé s'occupant de la chose publique* (p.214), les ONG libanaises apportent des éléments de réflexion d'une portée générale qui viennent enrichir la discussion sur les dérives du secteur associatif ou de l'idéologie humanitaire. Cette contribution présente le mérite de bien caractériser la situation extrême que constitue la scène libanaise. Les services médicaux, assurés pour une part importante par les ONG, manifestent une crise politique, alors que, dans la plupart des pays, une crise des ressources publiques est mise en avant. L'action de ces ONG au Liban ne renforce pas les pouvoirs publics, et l'on peut se demander si cette action ne fractionne pas davantage encore la société libanaise. L'anti-étatisme des ONG de substitution, occidentales, a servi de modèle, mais il semble que l'impérialisme humanitaire serve aussi de repoussoir, au profit d'organisations locales poursuivant des logiques autochtones, pour le meilleur et pour le pire. Cependant les effets pervers véhiculés par la substitution des associations à la puissance publique, rendent très problématique la reconstruction d'un lien social ou d'une citoyenneté libanaise blessée par des années de conflit.

La contribution d'Elisabeth Longuenesse sur *«Les médecins syriens, des médiateurs dans une société en crise»* se présente comme un chapitre de la sociologie de la profession médicale dans la région. La Syrie est le seul pays où l'enseignement médical est effectué en arabe. Le caractère élitiste de la profession est semblable à celui observé dans d'autres pays, de même que l'idéologie scientifique produit les mêmes contradictions. La participation active des médecins à la première décennie du régime bassiste se transforme aujourd'hui en apolitisme et marginalisation. Pourtant, ces derniers se sont substitués aux notables traditionnels, mais leur position a toutefois été fragilisée par les changements de cap politiques. Fils de familles de fonctionnaires ou d'enseignants, ils constituent une élite dont le pouvoir paraît modeste. Les disparités des revenus entre le secteur privé et le secteur public sont extrêmes et conduisent les médecins à exercer dans les deux secteurs. Cette pratique, fréquente dans d'autres pays - arabes ou non -, traduit néanmoins une crise du secteur public déjà observée, qui produit une inflation des services et un brouillage médical et social. *La santé, en apparence objet d'un consensus politique, s'avère aussi un lieu où se manifestent les contradictions de la société syrienne* (p.239). Les progrès réalisés aboutissent à un décalage croissant aussi bien entre la demande de santé et les moyens mis à sa disposition, qu'entre les attentes des

médecins et leurs conditions de travail. L'ouverture économique de la société syrienne a provoqué, ici aussi, inégalités et frustrations. Dans ce contexte, les médecins apparaissent démobilisés, telles des élites isolées, dépossédées de leurs privilèges.

En évoquant la formation des médecins égyptiens, S. Chiffoleau nous met en présence d'une aspiration non réalisée qui, si elle n'est pas propre à l'Egypte, prend chez les médecins égyptiens une vigueur particulière. L'ère du service public est révolue et la pratique privée offre niveau de vie et considération. La médicalisation engagée au début des années soixante a mis en place un réseau de soins dense et le nombre des médecins a triplé durant les quinze dernières années. Dans ce contexte de fort développement quantitatif, le niveau de l'enseignement a sensiblement baissé et la santé publique a été négligée. L'arabisation de l'enseignement médical fait l'objet d'un débat qui se poursuit depuis 1920 et l'Egypte entretient une capacité de recherche nationale. La profession médicale a d'abord joui d'un statut élevé lié au transfert de la médecine occidentale en Egypte ; puis la médicalisation de la société a contribué à fragiliser par la suite le statut des médecins, de par la dépossession de leur modèle de référence. Cette remarque, pertinente pour d'autres cas traités dans cet ouvrage, amène à s'interroger sur les effets secondaires du volontarisme national en matière de médicalisation. Pour les médecins, le mieux est parfois l'ennemi du bien.

Dans un état des lieux final, E. Longuenesse dresse un tableau, plus analytique que synthétique des principales données sur les systèmes de santé des pays arabes. Elle souligne la rapidité des changements ainsi que les transitions démographique (mortalité en baisse, natalité encore élevée), culturelle (éducation, nouvelles inégalités) et épidémiologique (nouvelles pathologies et persistance des anciennes). Elle se livre en outre à une comparaison entre les performances des systèmes de santé dans les pays arabes qui laissent place à de nombreuses inégalités géographiques et sociales. Un à un, les pays arabes abandonnent le principe de la gratuité des soins pour tous. La baisse de la rente pétrolière (1982) et la démographie ne permettent plus de disposer des ressources nécessaires pour mettre en œuvre les activités sanitaires sans recours aux usagers qui, en contrepartie, attendent des prestations de qualité et acceptent de moins en moins les services médiocres.

Cet ouvrage, à défaut de pouvoir toujours faire la part des traits généraux et des caractères plus spécifiques de la santé et de la médecine dans le monde arabe (tant les pays évoqués sont à la fois similaires et différents) livre des connaissances appréciables qui permettent de présenter un tableau cohérent. Si la partie historique - notamment sur la période coloniale - est particulièrement riche, celle traitant des systèmes de santé permet de voir à quel point se dessine un cadre général de contraintes globales, malgré la diversité apparente des représentations évoquées dans la première partie.

Mettant en exergue la complémentarité des regards croisés, ce travail permet à la fois de mieux évaluer le développement du «souci de soi», forme contemporaine de l'inquiétude sanitaire, mais aussi de cerner les enjeux idéologiques de la «médecine islamique». Quant à cette dernière, l'auteur souligne fort à propos qu'il s'agit une fois de plus d'une idée moderne, réinterprétant un héritage du passé à partir des problèmes d'aujourd'hui (p.11).

L'un des mérites de cet ouvrage est de mettre en relief le caractère ambivalent de la médecine, à la fois corpus de connaissances et profession. La médicalisation qui en résulte, et qui érige l'Etat en responsable suprême de la santé de la population, va de pair avec une autonomisation du champ médical - produisant ses propres spécialistes - vis-à-vis de la tutelle étatique.

Pendant plusieurs décennies post-coloniales, nombre d'Etats arabes ont édifié des systèmes de santé publique dont ils se sentaient responsables vis-à-vis des usagers. Les effectifs pléthoriques et les maigres performances apparaissent comme la rançon d'un volontarisme nationaliste et étatique qui a provoqué une certaine inflation. Le développement du secteur privé, indépendamment des politiques d'ajustement structurel, résulte d'abord de l'insatisfaction des médecins et des malades et d'une certaine défiance à l'égard de la façon dont les Etats exercent leur responsabilité sanitaire. Dans une région où la dignité de l'Etat est souvent formulée de façon bureaucratique et autoritaire, le désengagement de celui-ci dans le domaine de la santé provoquera, à moyen terme, des effets sur la nature des structures institutionnelles. L'Etat, avalisant l'absence de société civile - tout en s'opposant souvent au développement de celle-ci - ne pourra durablement faire obstacle à ce processus politique dès lors qu'il ne prend plus en charge ce qui fonde le lien social : le consensus religieux, la santé, l'éducation.

Dans beaucoup de pays en développement, c'est le modèle de l'autorité coloniale qui constitue l'image de l'Etat national à ses débuts, même si elle est refoulée et si les messages politiques sont profondément différents. On ne constate pas de rupture entre l'hygiénisme colonial et l'hygiénisme national. Cette continuité politique est cimentée par l'idéologie scientiste, bien analysée dans cet ouvrage. C'est pourquoi le slogan creux de l'OMS («La santé pour tous»), chimère technocratique, est entendu par les Etats comme un slogan politique à usage interne, qui se heurte aujourd'hui à de telles contraintes qu'il ne sera probablement plus évoqué au XXIème siècle.

On peut penser en outre que l'attrait des pays du Golfe a contribué à déstabiliser une profession médicale dont les repères scientifiques sont largement occidentaux. Les contradictions engendrées par cette situation sont peu problématiques dans de petits pays tels que les Emirats. Ils sont au contraire extrêmement perturbateurs dans des pays aptes à accoucher d'une

société civile comme l'Egypte, la Syrie, l'Algérie ou la Tunisie. Au-delà d'une génération de médecins politiquement engagés pour construire une société nationale, on constate une dépolitisation progressive imputable à l'évolution des régimes, autant qu'à celle de la profession médicale dont une partie du «surmoi» réside à l'étranger.

La médicalisation des sociétés a banalisé le médecin et la médecine, devenue une profession pléthorique, féminisée, exposée au chômage ou incitée à l'expatriation, soumise à des salaires misérables. Les médecins apparaissent ainsi comme les premières victimes d'une inflation sanitaire modernisante qu'ils ont eux-mêmes orchestrée. Si échec il y a - ce qui n'est pas évident - il ne s'agit ni de l'échec de l'Occident, ni de celui du monde arabe, ni de celui d'une modernisation à marche forcée qui laisse des traces indélébiles. Le principal échec identifiable est celui des formes arabes du nationalisme qui désormais sont en partie déphasées par rapport aux aspirations populaires, notamment dans le domaine de la santé. Le rôle des associations caritatives (islamiques en particulier) est à cet égard instructif. Dans quelques pays où l'Etat est de moins en moins apte à assurer le maintien de la cohésion sociale, des mondes séparés, qui s'ignorent, se mettent progressivement en place au sein de la société. Ce ne sont plus des élites urbaines face à des ruraux analphabètes, mais des dizaines de groupes sociaux en concurrence prédatrice (comme au Liban) qui peuvent apparaître. Dans ce contexte, l'émergence des classes moyennes ne parvient pas à constituer une base sociale cohérente et homogène assurant la stabilité des régimes.

On peut regretter, à cet égard, l'absence de contribution sur l'Iran - certes hors du monde arabe - et sur l'Arabie Saoudite dans cet ouvrage qui ouvre néanmoins plusieurs problématiques nourries par des contributions pour la plupart bien documentées et remarquables pour certaines.

Cet ouvrage, en permettant de mesurer le poids des héritages islamiques, coloniaux, nationalistes et post-nationalistes souligne les contraintes socio-économiques qui ne sont pas propres aux pays arabes, mais que ces derniers gèrent avec leur histoire, leur structure étatique, et leurs ressources matérielles et morales. Il fait la part des choses en montrant la place respective des logiques endogènes et des logiques globales qui pèsent sur la santé et la médecine, au terme de quatre décennies développementalistes et au seuil d'un «monde global» émergent.

BERNARD HOURS