



**HAL**  
open science

## L'équivoque médicale: interprète ou agent double ?

Anne Marie Moulin

► **To cite this version:**

Anne Marie Moulin. L'équivoque médicale: interprète ou agent double ?. Sciences Sociales et Santé, 1998, 16 (4), pp.97-105. hal-04016957

**HAL Id: hal-04016957**

**<https://hal.science/hal-04016957v1>**

Submitted on 6 Mar 2023

**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.

## *L'équivoque médicale : interprète ou agent double ?*

*Commentaire*

*Anne-Marie Moulin\**

À la lecture de l'article d'Hormoz Ebrahimnejad sur l'intervention des médecins occidentaux dans la Perse du XIX<sup>e</sup> siècle, des anecdotes, des récits disparates empruntés à des périodes et des cultures différentes confluent dans la mémoire en jetant un jour trouble sur la profession, suggérant ce que j'aimerais appeler l'équivoque médicale : interprète de ses malades, le médecin n'est-il pas toujours en mesure d'exploiter les secrets qu'il détient et l'ascendant qu'il exerce sur son client ? Si le serment d'Hippocrate impose au médecin une certaine déontologie, en particulier le secret, il est loin de dénouer tous les fils de ce nœud complexe de pouvoirs et de savoirs. Le présent article ne prétend pas non plus y parvenir, mais seulement suggérer des contextes historiques et géographiques qui vont dans le sens d'une équivoque peut-être constitutive dans le rapport du médecin et de ses patients.

Pour les européens, au XIX<sup>e</sup> siècle, et bien que l'Occident investisse alors de toutes parts le Dar el Islam, la traversée de certains pays musulmans (Soudan, Asie centrale...) représentait encore une véritable aventure. L'habit de médecin est alors, aux dires des voyageurs eux-mêmes, le passeport ou le déguisement le plus commode : un médecin peut être sûr de trouver un bon accueil parmi les habitants, toujours heureux d'éprouver des remèdes venus d'ailleurs. Il est seulement recommandé de choisir

---

\* Anne-Marie Moulin, philosophe et médecin, CNRS, Unité INSERM 158, Hôpital Necker-Enfants-Malades, Pavillon Archambault, 149, rue de Sèvres, 75015, Paris, France.

sa nationalité avec circonspection. Dans les khanats d'Asie Centrale par exemple, entre Samarkand et Khiva, il est préférable, pour ne pas être suspecté d'espionnage, d'éviter d'être impliqué dans « le grand jeu » mené par les Russes et les Anglais, en compétition pour le monopole du commerce avec ces pays : c'est du moins ce que déclare A. Connolly, auquel le déguisement de médecin permit un temps de voyager incognito (Connolly, 1834 ; Zarcone, 1997). Il périt pourtant sous la main du bourreau à Boukhara en 1842 : dans la grande métropole religieuse, le khan n'autorisait l'entrée des chrétiens qu'en cas d'ambassade extraordinaire, et encore leurs déplacements étaient-ils soigneusement limités et contrôlés.

Nous sommes ainsi introduits au paradoxe de la profession médicale, ou à sa fondamentale équivoque. Porteur d'un savoir aux applications universelles, et déjà nimbé d'une auréole humanitaire, le médecin était au XIX<sup>e</sup> siècle, comme il l'est aujourd'hui, le passeur de frontières, l'intermédiaire de choix entre les cultures, au nom d'une logique qui, comme celle des germes, ne connaît pas de tabou territorial. Mais précisément, en contrepartie de cette potentielle universalité, il pouvait être aussi, pour filer la métaphore biologique, le « vecteur » d'intérêts qui n'avaient rien à voir avec la médecine. Sa connaissance intime des mœurs, des langues locales et du milieu lui donnait accès à toutes sortes d'informations cruciales à une époque où les voyages étaient encore difficiles et les communications lentes. Il était d'ailleurs fréquent, jusqu'à la fin du siècle dernier, que les consuls soient des médecins exerçant en parallèle leurs deux activités, sans s'inquiéter de conflits possibles entre leurs fidélités duelles.

Pourtant, pour paraphraser une phrase célèbre de Pasteur, si la médecine, comme la science, était réputée n'avoir pas de patrie, le médecin en avait bien une : d'où encore une fois l'équivoque possible de son activité dans des terres étrangères, tout particulièrement à l'heure où la djihad du Dar el Islam se faisait désormais défensive. Quelle cause servait finalement ce missionnaire d'un genre très particulier, confident, otage ou espion des étrangers qui faisaient appel à ses services ?

Comme on le voit de nos jours, sous une forme mineure avec tous les problèmes déontologiques liés à la médecine d'assurances ou la médecine du travail, ou de façon plus spectaculaire avec l'arme à double tranchant de la médecine humanitaire (Rufin, 1993 ; Hours, 1998), le médecin garde la trace de cette équivoque. Sa fonction d'écoute et d'intervention, sa vocation humanitaire et sa science ne l'amènent-elles pas à posséder la clé des corps et des cœurs, le langage universel de la guérison et de l'espérance, par delà les différences en apparence irréductibles, l'opacité des organes, des idiomes et des cultures ?

## Les médecins personnels des potentats

Les grands de ce monde ont toujours recherché les services des médecins étrangers. Au prestige de la médecine venue d'ailleurs, s'associait le désir des souverains de s'assurer l'exclusivité de compétences rares. Enfin, s'y mêlait parfois le souci de s'attacher, pour prendre soin de sa personne, les services d'un étranger par définition extérieur à la Cour et peu susceptible d'exploiter sa familiarité avec le souverain pour quelque intrigue, ses connaissances du milieu pour quelque plan politique. D'où ce mélange d'intimité physique et d'éloignement culturel qui donne sa physionomie piquante à des relations très anciennes entre le prince et son ou ses médecins. Dans l'empire achéménide, par exemple, les médecins grecs étaient très appréciés : citons Démocède sous Darius Premier (521-485 av. J.C.) ou Ctésias, médecin d'Artaxerxès II (405-409 av. J.C.) (Ullmann, 1995). En fait nous disposons, pour l'Iran par exemple, d'une chaîne presque ininterrompue de médecins étrangers, auxquels on doit des récits de voyages associant la description d'une dynastie, d'un prince et d'un pays, à des considérations sur la flore et la faune et bien sûr les maladies et les « constitutions épidémiques » des régions traversées.

Ce pouvoir du médecin est évidemment instable. Il s'installe souvent à la faveur d'une guérison qui doit autant à la chance qu'à la compétence ou au bon sens du praticien. À Téhéran, Feuvrier, un médecin militaire appelé à succéder à Tholozan à la cour de Naser od-din-Shah où il restera trois ans, de 1889 à 1892, conquiert dès le début les bonnes grâces du souverain lorsque ce dernier se coince le doigt dans une portière et que le médecin le soulage en plongeant le doigt blessé dans la glace, une méthode éprouvée d'insensibilisation à la douleur par le froid (Feuvrier, 1906) !

Ce prestige est évidemment sujet à révision continue en cas d'erreur de diagnostic ou de bonne santé excessive faisant oublier au souverain ses affres pendant la maladie. Ingratitude du prince ou pressions de l'entourage, la chance tourne alors pour le médecin qui est parfois obligé de démissionner et de changer de protecteur : au XI<sup>e</sup> siècle, la biographie d'Ibn Sina, contraint au cours de sa vie de changer plusieurs fois de patron et de fuir d'une ville à l'autre en Asie centrale, illustre bien la précarité d'une carrière par ailleurs couronnée d'honneurs. Comme le dit le grand savant, faisant allusion à son statut de proscrit « je suis devenu très cher (autrement dit très savant), et pourtant personne ne veut plus m'acheter » (Goodman, 1990).

Tout puissant à l'heure de la maladie, le médecin reste ainsi soumis aux caprices du despote. Aux dires de Elgood, ancien médecin de la léga-

tion britannique de Téhéran et auteur d'une Histoire médicale de la Perse, le shah exerce volontiers ses fantaisies sur son médecin. Lorsque Naser od-din Shah réprime une insurrection en 1851, il rassemble des prisonniers dans sa forteresse et enjoint à ses ministres d'en liquider eux-mêmes une partie. Il donne le même ordre à ses médecins. Si les praticiens per-sans allèguent que le meurtre n'entre pas dans leurs attributions, le docteur Cloquet se dérobe avec un mot d'esprit : il dit avoir déjà dépêché trop de gens dans l'autre monde de par son activité de chirurgien (Elgood, 1932 : 506).

L'exercice du métier est donc loin d'être une sinécure. Sans parler du risque de finir tristement comme Connolly, mentionné plus haut, qui hante les voyageurs en Asie centrale tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, il existe un risque propre lié à l'activité médicale auprès du despote. Ce dernier peut craindre d'être empoisonné, exiger une ordalie pour éprouver son médecin. Il peut aussi s'offenser de certains diagnostics. Par exemple, en 1818, en Tunisie, le bey Mahmud refuse, au nom de la soumission à la volonté divine, toute action contre les épidémies et, s'alarmant des bruits de choléra dans sa capitale de Tunis, menace de faire exécuter son médecin, un napolitain, pour avoir évoqué le diagnostic qui lui déplaît, bien que celui-ci ait pris la précaution d'en conférer auparavant avec un collègue italien. Il se contente finalement de le faire bastonner. Il est vrai qu'il s'agissait d'un européen converti à l'Islam (nommé Rejeb) qui ne pouvait pas faire intervenir son consulat (Speziale, 1998 : 176). Mais, et c'est là toute l'ambiguïté, cela revient à dire que, si un médecin musulman est sans défense face aux foudres du despote, les médecins étrangers tirent en fait une partie de leur étrange pouvoir de leur lien occulte avec les puissances dont ils sont les ressortissants.

Ce médecin, individu apparemment isolé, est plus qu'un simple aventurier tirant parti de ses compétences et réussissant grâce à ses connaissances ou à sa bonne fortune à garder un poste de confiance terriblement précaire. Il est amené souvent à jouer un véritable rôle diplomatique. En tant que médecin, la fonction de traducteur ne lui est-elle pas en quelque sorte consubstantielle ? Comme le dit le savant andalou Abul Qasim Zahrawi au X<sup>e</sup> siècle, le médecin est à même de traduire tous les troubles du corps, y compris chez des patients qui n'ont pas nécessairement la capacité d'exprimer leurs maux, ou dont la capacité a été altérée par la maladie. Si l'on suit Zahrawi, il n'est pas étonnant que la fonction d'écoute et de traduction du médecin se manifeste encore quand les contenus culturels sont différents et les logiques peu commensurables. Sa fonction de passeur et d'intermédiaire, en s'étendant au domaine politique, ne change pas de nature, mais s'étend seulement à une sphère différente.

Bien évidemment, les différents contextes politiques peuvent indéfiniment moduler la signification de cette activité.

Pour prendre un autre exemple, en Tunisie aussi, le recours à des médecins étrangers a été constant au cours de l'histoire des bey, jusqu'à l'invasion française de 1883 (Gallagher, 1983). Pendant tout le XVIII<sup>e</sup> siècle, ces derniers ont exercé une surveillance active vis-à-vis des vaisseaux qui relâchaient dans le port de leur capitale avec des « patentes brutes » (Speziale, 1998). Il faut peut-être attribuer à leur prudence la trêve de la peste qui fit jouir la Régence d'une ère de prospérité et d'expansion démographique sans précédent. Pendant toute cette période, le bey s'était appuyé sur les conseils de médecins italiens qui semblaient donner le pas à ses intérêts propres sur ceux des marchands européens lésés par les quarantaines.

Le XIX<sup>e</sup> siècle va modifier le rapport de forces en Méditerranée et du même coup la position des médecins appelés à jouer le rôle d'experts.

### Les épidémies au XIX<sup>e</sup> siècle et les conseils quaranténaires

Les épidémies ont toujours joué un rôle important dans l'histoire sociale et politique, mais la lutte antiépidémique a revêtu au XIX<sup>e</sup> siècle une signification particulière dans le contexte colonial. Les grandes puissances européennes intensifient leur poussée en Afrique et en Asie, elles prennent conscience des épidémies qui balayent les continents convoités et ont tendance à leur attribuer une origine géographique orientale : le choléra prendrait naissance aux bords du fleuve du Gange, la peste viendrait d'Iran (Ebrahimnejad, 1998). De là une double dimension à l'impérialisme, à la fois offensif par l'occupation et le commerce et défensif par l'édification de quarantaines aux frontières. L'enjeu est de protéger d'abord les territoires européens du déploiement d'épidémies rendues plus menaçantes par la rapidité croissante des déplacements, l'ampleur sans précédent des voyages, des pèlerinages et des échanges commerciaux ; non sans que l'Occident se prenne à son propre piège, puisque les quarantaines signifient un embargo qui frappe non seulement les personnes mais les marchandises, dommageable d'abord à la puissance commerciale par excellence, l'Angleterre. De là une politique médicale ou une médecine politicienne dominant tout le débat scientifique du siècle autour de la contagion (1).

(1) À ce propos voir : Delaporte (1991 : ch 1), Moulin (1989 : 52-53, 111-123), Panzac (1995 : 164-181).

Les épidémies de peste qui persistent au moins jusqu'en 1850 dans l'empire ottoman, alors que l'Occident en est désormais préservé (2), peuvent être considérées à la fois comme un facteur et un indice important du déclin de cet empire, face aux puissances européennes. En revanche, le choléra, fléau nouveau ou perçu comme tel à partir de 1820, ravage également l'Orient et l'Occident, mais sa responsabilité est rejetée par les puissances occidentales sur l'Orient, considéré au physique et au moral comme la source des pestilences, une menace contre laquelle les gouvernements européens dirigent leurs efforts.

Les médecins en poste auprès des dirigeants orientaux peuvent donc se trouver en charnière entre leurs illustres patients et les intérêts de leur nation d'origine. Au moment où l'emprise des grandes puissances européennes s'accroît dans une tentative pour créer ou agrandir de véritables empires, ils deviennent des diplomates officiels et siègent au nom de leurs gouvernements dans les conseils quaranténaires qui prétendent régler le commerce dans les zones stratégiques du Moyen-Orient, à Alexandrie, Tanger, Constantinople ou Téhéran. Tholozan, médecin français du shah, a présidé le Conseil quarantenaire de Téhéran pendant plus de trente ans, jusqu'en 1889.

La composition de ces conseils sanitaires internationaux, chargés de surveiller et de contrôler les épidémies, dans lesquels les médecins occidentaux sont prépondérants, est l'objet de luttes incessantes et hautement symboliques. Méhémet Ali, le pacha d'Égypte, est le premier à comprendre pleinement l'enjeu patriotique de cette composition. Dès 1839, et profitant de la disponibilité de médecins égyptiens formés en France (Panzac, 1989), il évince les étrangers du conseil quarantenaire d'Alexandrie, qu'il a pourtant contribué à créer (Kuhnke, 1990). Ce bref épisode de « libération » qui dura en tout deux ans peut être comparé à la décision de Nasser de nationaliser, cent ans plus tard, le canal de Suez. Pareille décision ne sera effective en Iran, qu'en 1927, sous Reza Shah Pahlevi.

Les médecins interviennent sur la scène où se décident les mesures militaires et se règlent les déplacements des personnes et des marchandises. Leurs rapports constituent une source irremplaçable sur l'histoire intérieure et secrète du pays. La position qui est la leur suggère quelque chose de leur double nature, diplomates mais aussi agents doubles, intermédiaires mais aussi informateurs, voire espions.

(2) La dernière épidémie a eu lieu en 1720, c'est la célèbre peste de Marseille (Biraben, 1975 ; Panzac, 1975).

Le poste de médecin personnel du souverain oriental est désormais l'enjeu d'âpres débats pour l'influence dont il est la garantie. Selon Ebrahimnejad, la France doit son influence médicale à son apparente neutralité politique, sur un échiquier où s'affrontent les Russes et les Anglais. Ceux-ci envoient souvent des représentants qui sont aussi des médecins prêts à jouer de leur influence d'experts. Chargé de remplacer Tholozan, Feuvrier suit le shah Naser od-din en 1889 et subit les avanies de ses confrères russe et anglais qui intriguent pour le faire voyager dans une voiture différente de celle du shah (Feuvrier, 1906). On a vu que celui-ci se coinçait heureusement un doigt dans une portière, d'où l'avantage emporté par Feuvrier obtenant ainsi de haute lutte le siège convoité dans la voiture personnelle du prince.

Le débat sur les mesures anti-épidémiques n'est pas seulement politique, en traduisant en sous-main les intérêts des puissances. Il reflète aussi l'idéologie des médecins, leur adhésion à des théories médicales mettant l'accent, selon les cas, sur l'extinction des « foyers » d'insalubrité ou sur l'interruption de la chaîne de transmission de la maladie. En Égypte, Clot bey, fils de la Révolution française et adepte des théories physiologiques de Broussais sur la nature non-contagieuse des gastro-entérites, est hostile aux quarantaines, mais il se heurte à l'autorité du pacha Méhémet Ali qui les fait rétablir pendant la peste de 1839. Le médecin français Tholozan en Iran, lui, tend à refuser les quarantaines non point parce qu'il répugne à l'idée de contagion, mais parce qu'il ne croit pas à la possibilité dans l'Iran quajar d'appliquer une véritable surveillance sanitaire : l'immensité du pays coupé de déserts, la faiblesse endémique de l'administration qui se contente de prélever des tributs plutôt que d'administrer, s'opposent à de pareilles mesures, même si elles représentent pour lui l'indice idéal de la civilisation (Tholozan, 1869).

Tholozan propose avec son programme d'amélioration de l'hygiène publique (eau potable, gestion des déchets...), une alternative raisonnable à l'impossible surveillance du territoire. Il partage avec la tradition pré-pastorienne un programme d'urbanisme qui implique l'intervention d'un état autoritaire. Ce n'est pas pour rien que Ebrahimnejad nous rappelle que le dernier shah d'Iran a tenté de réaliser certaines parties du programme de Tholozan.

## Ambiguïtés

L'ambiguïté domine donc toute cette histoire médico-diplomatique, dans laquelle les médecins, par leurs diagnostics, font tourner les cartes des pays concernés. Les enjeux économiques sont en effet considérables, comme l'arrêt des pèlerinages conduisant des milliers de fidèles d'Iran vers les sanctuaires de Qom ou de Machad. Affaiblis, les gouvernements orientaux, plutôt que de s'opposer à l'ingérence dans leurs affaires, s'efforcent de semer la division dans le camp de leurs ennemis. C'est la stratégie des Ottomans qui assure la survie de leur empire jusqu'à la première Guerre mondiale, c'est également la stratégie des Quajars jusqu'à la chute de leur dynastie en 1923.

Comment les médecins étrangers percevaient-ils la ligne de crête qui séparait les intérêts mis en cause par leur expertise : ceux des souverains auxquels ils étaient attachés, ceux des peuples au sein desquels ils vivaient, ceux de leurs pays d'origine ?

Il est intéressant de noter qu'un certain nombre de médecins ont péri, soupçonnés d'espionnage. Le cas est particulièrement connu au Maroc où plusieurs praticiens français ont été assassinés au début du *xx<sup>e</sup>* siècle, alors qu'ils faisaient fonctionner des dispensaires ou donnaient des soins de façon itinérante, un peu avant l'occupation officielle du pays par la France (Paul, 1977). Ces meurtres ont été le point de départ de tractations aboutissant, pour payer le prix du sang, la *diya*, à l'obtention de territoires destinés à la construction d'hôpitaux comme celui de Marrakech, par exemple (Moulin, 1995).

À partir de la fin du *xix<sup>e</sup>* siècle, l'apparition de médecins musulmans, formés à l'occidentale dans les universités anglaises, françaises ou allemandes, introduit un élément nouveau : ces médecins rentrés chez eux revendiquent une place dans leur patrie mais véhiculent aussi l'influence du pays qui les a formés. Un médecin tunisien propose en 1907 ses services à l'ambassade de France au Maroc : il rappelle à cette occasion que, musulman comme les Marocains, parlant leur langue et sous un habit proche du leur, il peut plus efficacement les soigner. Parallèlement, grâce aux malades qu'il approche dans les milieux dirigeants, il lui est loisible de s'informer sur la marche des épidémies et les mouvements de troupes dans le *bled insoumis* (3), une initiative qui illustre l'ambiguïté de l'allégeance inconditionnelle à la science médicale universelle. Le dépouille-

(3) Archives des Affaires étrangères, Nantes, Maroc, Assistance médicale, Tanger, Carton 344 bis, n° 63.

ment systématique des nombreuses thèses ou rapports enregistrés par des médecins étrangers dans les universités françaises pourrait fournir ample matière à réflexions sur ce sujet.

Ces anecdotes éparses suggèrent toute la complexité d'un métier sollicité par des fidélités et des codes de conduite en contradiction (Moulin, 1993). Il ne s'agit pas d'opposer sans nuances des médecins valets de l'étranger et des médecins acquis à leur nouvelle patrie d'adoption. La personnalité de Tholozan, cherchant à améliorer l'état sanitaire de l'Iran sans renoncer à soigner le *shah*, ni couper avec son pays d'origine, illustre bien cette complexité.

Des travaux comme celui d'Ebrahimnejad, se refusant à opposer dans le passé iranien une poignée d'obscurantistes sectateurs d'Avicenne aux représentants du savoir moderne, permettent d'apprécier de façon plus critique l'expertise médicale des occidentaux au *xix<sup>e</sup>* siècle ; ils invitent aussi à prolonger ces analyses historiques en direction de la médecine d'aujourd'hui, en particulier sous les espèces de la médecine « humanitaire » (Rufin, 1993 ; Hours, 1998) en exposant l'équivoque constitutionnelle de la profession, dépositaire et comptable de son savoir à des instances qui peuvent être en opposition, manipulée et manipulatrice, transgressant des frontières qu'elle n'efface pas.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Biraben J.N., 1975, Les hommes et la peste en France et dans les pays méditerranéens, Paris, Mouton.
- Connolly A., 1834, Journey to the North of India, overland from England, through Russia, Persia and Afghanistan, Londres.
- Delaporte F., 1991, Le savoir de la maladie, Paris, PUF.
- Ebrahimnejad H., 1998, La médecine d'observation en Iran du *xix<sup>e</sup>* siècle, *Gesnerus*, 55, 33-57.
- Elgood C., 1932, A medical history of Persia and the Eastern caliphate, Cambridge, Cambridge University Press.
- Feuvrier Dr, 1906, Trois ans à la cour de Perse, In : Goodman L.E., ed, Avicenna, Paris, Maloine, London, Routledge, 1990.
- Gallagher N.E., 1983, Medicine and power in Tunisia, 1780-1900, Cambridge, Cambridge University Press.
- Goodman L.E., 1990, Avicenna, London, Routledge.
- Hours B., 1998, L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue, Paris, L'Harmattan.