

**ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET  
REPRESENTATIONS DE LA DIARRHEE DE L'ENFANT  
EGYPTE**

**Contrat BEAUFOUR IPSEN INTERNATIONAL**

**décembre 1991**

**LE CAIRE**

**Pré-enquête**

**Marie-Hélène CAILLOL**

*Direction scientifique :*

Dominique DESJEUX, Professeur d'anthropologie sociale  
et culturelle à Paris V-Sorbonne, Directeur scientifique Argonautes

Sophie TAPONIER, Directrice de la recherche et des études  
Argonautes, Chercheur au Laboratoire d'Ethnologie de Paris V

*Enquête réalisée par :*

Isabelle FAVRE, Directrice d'études Argonautes, DEA Paris V

Joelle SIMONGIOVANI, Chercheur Argonautes, DEA Paris V

Marie-Hélène CAILLOL, Chercheur Argonautes, Magistère Paris V

Laurence VARGA, Chercheur Argonautes, Magistère Paris V

## SYNTHESE

Nous reprendrons ici les principales conclusions de ce rapport que nous essaierons d'organiser en une logique cohérente.

Lorsque dans une famille un enfant tombe malade, ce sont généralement les parents, et plus particulièrement la mère dont c'est un des rôles sociaux, qui détectent l'anomalie. Les critères de repérage de la maladie varient en fonction du niveau d'éducation de la famille :

- Dans les milieux plus éduqués, la moindre anomalie physique est associée à la notion de maladie (cf ganglion) ;

- Dans les milieux moins éduqués, les signes de la maladie sont nécessairement flagrants et doivent se présenter comme un changement brutal.

Dans tous les cas, les signes de la maladie sont liés à l'aspect physique général : si l'enfant est pâle, s'il perd du poids, s'il se plaint, il est malade. On atteint la paroxysme de la maladie lorsque l'enfant perd son entrain.

Pour ce qui est de la diarrhée, l'évidence du symptôme ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie. Cependant, on ne réagira pas de la même manière selon que l'on est dans un milieu éduqué ou non :

- Les milieux éduqués associent beaucoup plus tôt la moindre diarrhée à la maladie contre laquelle on les avertit dans les campagnes d'information ; en conséquence, ils s'inquiètent très vite (une diarrhée le soir et le lendemain, ils sont chez un médecin) ;

- A l'inverse, les milieux plus populaires attendent davantage de voir comment évolue la diarrhée pour l'associer à la diarrhée grave qui leur fait tant peur. Ils penseront d'abord à relier la maladie à une poussée de dents, à une nourriture indigeste, etc...

Dans tous les cas, une mère, et un couple de façon plus générale, est sur la défensive dès lors qu'un de ses enfants est malade : de bons parents ne devraient pas avoir d'enfants malades. A partir du moment où malgré tout ils n'ont pas pu éviter l'évènement, il s'agit pour eux de "rattraper le coup" en faisant preuve d'une activité débordante dans leur quête thérapeutique. Cette énergie à déployer nécessairement pour guérir un enfant est un moyen pour expliquer le caractère parfois irrationnel des itinéraires thérapeutiques dont nous ferons maintenant la description.

Premier recours (qui n'en est un que dans les milieux peu éduqués) : Il s'agit à ce stade d'employer des remèdes domestiques (tisanes essentiellement) visant à soigner l'extériorité de la maladie. Il n'est pas encore question de formuler un diagnostic général : on s'attaque aux "avatars" de la maladie ; c'est le moment où la diarrhée, le mal de ventre, etc... sont envisagées comme des maladies en soi que l'on tente de pallier ponctuellement.

Si ces remèdes ne suffisent pas, ou même simultanément, on a également recours à l'automédication. Qu'il s'agisse d'automédication ou de remèdes domestiques, nul n'est encore besoin des spécialistes de la maladie ; le réseau informel des amis, voisins, parents suffit ainsi que l'expérience et les connaissances personnelles.

Deuxième recours (1er pour les milieux moyennement éduqués) : si l'enfant n'est pas guéri à la suite de ces premières tentatives, c'est que l'on a sous-estimé la gravité (ou "l'ésotérisme") de la maladie et que l'on a alors besoin du spécialiste, à savoir le médecin, qui est le seul à pouvoir formuler un diagnostic plus général visant alors à relier entre eux les divers symptômes évidemment observables. Le mal de ventre, la diarrhée, etc... deviennent des symptômes d'une maladie globale au lieu d'être des maladies en soi.

Dans les milieux moyennement éduqués, la consultation d'un médecin particulier est le résultat d'une quête par l'intermédiaire du réseau des relations. Les femmes parlent à leurs amies des symptômes de la maladie de l'enfant et les amies les rapprochent d'expériences similaires et tâchent alors de se souvenir de leur action en cette occasion. C'est ainsi que les femmes obtiennent les noms de médecins qui se sont révélés compétents dans l'élaboration du bon diagnostic. Notons que ce que les femmes cherchent alors ce n'est pas le bon traitement mais le bon diagnostic. Le traitement n'est que la conséquence logique d'un diagnostic. Un traitement efficace est la preuve que le médecin a effectué le bon diagnostic. Le traitement est un signe et non l'objet de cette partie de l'itinéraire thérapeutique.

Troisième recours (1er pour les milieux éduqués, 2nd pour les milieux moyennement éduqués) : il s'agit maintenant de la quête du bon diagnostic par le biais de tentatives renouvelées auprès de divers médecins. Le second recours a donné lieu à une première consultation qu'il s'agit de tester à partir de l'efficacité du traitement proposé, comme nous venons de le voir. Le problème réside dans le fait que bien peu de temps est accordé au traitement pour faire effet. Le critère de l'efficacité d'un traitement est la rapidité et la spectacularité. Si au bout de 24 heures, le médicament ne fait pas effet, c'est que le diagnostic était mauvais et qu'il faut aller voir un autre médecin lorsqu'on en a les moyens (nous perdons à ce stade les milieux les plus défavorisés que nous retrouvons dans les hôpitaux publics munis du diagnostic établi lors de leur consultation privée). C'est alors que commence la répétition des phases 2 et 3 de l'itinéraire thérapeutique, et ce jusqu'à la guérison de l'enfant qui n'intervient que lorsque celui-ci ne présente plus les symptômes de la phases 1. On explique ainsi le fait que le SRO ne suffise pas aux mères qui doivent répondre à deux exigences : soigner médicalement leur enfant et le soigner socialement, c'est-à-dire supprimer les symptômes évidents de la maladie. Ces symptômes sont :

- La maigreur nécessitant alors un régime alimentaire adéquat ;
- La diarrhée nécessitant quant à elle au moins un constipant.

C'est ce que les médecins privés, inquiets de rassurer leur clientèle et de se la fidéliser, ont parfaitement compris : ils prescrivent donc ce qu'on leur demande implicitement. Ils glissent parfois le SRO par la même occasion mais pas toujours car il semble que bon nombre de médecins partent du principe que les mères ne se plieront pas à la discipline de l'administrer. Le médecin privé, consulté en cabinet, prescrit des médicaments de type antibiotiques qui soigneront la source du mal : le microbe ou le virus causant la diarrhée. Si cela marche tant mieux ; sinon, les mères continuent de toute manière leur quête jusqu'au moment où le cas de l'enfant sera grave au point qu'un des médecins conseillera l'hospitalisation. C'est alors que l'enfant sera guéri car il aura droit au traitement habituel (médicament et régime) ainsi qu'au SRO mais cette fois administré par intraveineuse ou par tube naso-gastrique.

Il faut encore ajouter que si l'enfant fait une rechute après avoir semblé être guéri, les parents modifieront une fois de plus leur diagnostic et considèreront que la maladie globale diagnostiquée par les médecins est en fait le symptôme d'une maladie encore plus globale : la faiblesse contre laquelle on ne peut pas grand chose car elle touche à des causes liées à des transgressions de tabous. La biomédecine interviendra ponctuellement.

Une variation possible de ce troisième recours concerne les moyens employés pour déterminer la nature de la maladie : nous parlons dans ce cas des pères de milieu assez éduqués qui, plutôt que de passer par le réseau informel des amis pour trouver des diagnosticiens, entament directement leur quête en milieu médical. Ces hommes sont alors capables d'aller dans une clinique religieuse le matin pour avoir un premier diagnostic, l'après midi, dans un autre de ces systèmes semi-privés et si les diagnostics ne concordent pas, ils vont chez leur médecin habituel en qui ils ont toute confiance. Cet usage correspond en fait à une quête de diagnostic et est donc à placer parmi le troisième recours.

Quatrième recours (ne concernant que les milieux les plus défavorisés) : il s'agit des hôpitaux publics. Nous retrouvons maintenant les mères que nous avons abandonnées au début du troisième recours. Elles ont consulté un médecin dans le seul but d'avoir un diagnostic qu'elles n'ont pas les moyens de faire confirmer en allant voir d'autres médecins et en essayant plusieurs traitements. Elles considèrent donc a priori que le diagnostic qu'elles ont est le bon et qu'il leur faut maintenant trouver le médicament. Cette quête est une quête de soins à proprement parler. Elles font alors à nouveau intervenir le réseau pour savoir, étant donné le diagnostic central, lesquelles de leurs amies ont connu ce problème et quel est le traitement qui leur a permis de guérir l'enfant. Puis elles vont dans les hôpitaux publics en quête du traitement qui les aura convaincues. C'est la raison pour laquelle nous avons parlé d'hôpitaux "self-service". Le problème qu'elles rencontrent alors, c'est que les hôpitaux sont en fait les endroits les strictement biomédicalisés ; c'est le lieu de la médecine utilitaire et non plus de la médecine personnalisée. Elles doivent alors entrer en lutte contre un système qui insiste à ne leur donner que du SRO.

Comme généralement, leur enfant est dans un état grave car elles ont attendu davantage avant de réagir, le SRO apparaît d'autant plus dérisoire. Elles ont un enfant maigre qui ne mange plus rien ; elles en concluent logiquement à un affaiblissement général dû à une malnutrition et l'eau qu'on leur propose ne saurait guère les convaincre. Elles emploient alors diverses stratégies pour obtenir ce qu'elles désirent, à savoir la solution par intraveineuse. Stratégies qui consistent à mal administrer le SRO pour être plus sûre qu'aucun semblant de guérison justifiant leur expulsion du lieu, n'apparaisse ; à aggraver leur cas en exagérant les maux de l'enfant ; à insister sur le fait que l'enfant vomit tout et qu'il n'avalera donc jamais le SRO ; etc.... Quand rien de tout cela n'y fait, elles font semblant de se plier à ce qu'on leur demande puis, dès qu'elles sont sorties de l'établissement public, elles filent vers un autre où elles recommencent le jeu. Généralement, l'enfant finit par atteindre le niveau "C" de déshydratation qui autorise alors les médecins à mettre l'enfant sous I.V. et elles repartent alors avec un enfant réhydraté mais durablement affaibli.

# **RAPPORT FINAL**

## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION</b>	P.3
<b>METHODOLOGIE</b>	P.5
<b>I. POPULATION</b>	
<b>I.1. REPRESENTATIONS DE LA SANTE ET DE LA MALADIE</b>	
I.1.1. Importance de la maladie	P.7
I.1.2. Représentations autour de l'enfant	P.8
I.1.3. Les causes de la maladie	P.10
I.1.4. Repérage de la maladie	P.13
I.1.5. Le rôle social du malade	P.15
I.1.6. Sources d'information	P.16
I.1.7. Le traitement	P.18
I.1.8. Les stratégies	P.20
<b>I.2. REPRESENTATIONS DE LA DIARRHEE ET ITINERAIRES</b>	
I.2.1. Diagnostic et étiologie	P.22
I.2.2. Pratiques thérapeutiques	P.27
I.2.3. Traitements	P.30
<b>II. LES RECOURS</b>	
<b>II.1. LE SYSTEME PUBLIC</b>	
II.1.1. Présentation	P.38
II.1.2. Les patients	P.40
II.1.3. Les médecins	P.42
<b>II.2. LE SYSTEME PRIVE</b>	
II.2.1. Présentation	P.44
II.2.2. Les patients	P.45
II.2.3. Les médecins	P.47

<b>II.3. LA CLINIQUE-MOSQUEE</b>	P.49
<b>II.4. LES PHARMACIENS</b>	P.51
<b>II.5. LA TRADI-MEDEGINE</b>	
II.5.1 L'herboristerie	P.55
II.5.2. La religion	P.57
II.5.3. La magie	P.58
<b>CONCLUSION</b>	P.60

## INTRODUCTION<sup>1</sup>

L’Egypte est un pays de 60 millions d’habitants répartis sur le trentième de la superficie du pays, à savoir la vallée du Nil (superficie totale : 1 million de km carrés). Autant dire que l’Egypte est dans une situation de surpopulation. Il en résulte de graves problèmes économiques à l’échelle nationale et à celle des individus.

L’Egypte est un pays en voie de développement dont la dette internationale est importante et qui est en conséquence placé sous la tutelle d’organismes comme le FMI qui tendent à lui imposer régulièrement des mesures économiques. Cet été, par rapport à il y a deux ans, les prix ont tous doublé sans que les salaires aient pour autant augmenté le moins du monde.

Nous sommes donc dans un pays pauvre mais il convient de noter que la pauvreté n’est pas vécue sur le mode du drame. Des mouvements extrémistes religieux s’attaquent à la notion d’Occident et à la richesse provoquante et immorale qu’elle symbolise mais s’attaquent assez peu aux riches du pays. Dans ce pays, il n’y a encore que très peu de tensions sociales. Les inégalités qui sont pourtant largement creusées ne provoquent pas la haine et l’envie. Les égyptiens ont la modestie de vivre leur condition calmement ; les plus pauvres considèrent que sans les plus riches (et leurs bakhchich!), leur situation serait pire encore ; et si les autres ont la richesse ostentatoire ils redistribuent en fait facilement. Une des conséquences de cette relative sérénité dans les rapports sociaux est la quasi-absence de criminalité même au Caire où cohabitent 15 millions d’habitants. Du point de vue du gouvernement, cette passivité des gens à l’égard de leur condition présente l’inconvénient d’une déresponsabilisation des individus en tant que citoyens. C’est ainsi que des programmes de télévision mettent en tête d’affiche les paysans et les démunis afin de leur inculquer des valeurs de projet national.

Le gouvernement est une république militaire gouvernée par Hosni Moubarak. Le droit est un mélange de droit canon tiré du Qoran pour ce qui est du droit civil ; et de code napoléonien.

---

<sup>1</sup> Cette introduction n’a pas pour but d’exposer des faits et de présenter de manière objective l’Egypte dans son environnement économique et social. Il s’agit plutôt d’une volonté de notre part d’apporter quelques informations qui permettraient de mieux visualiser le contexte de l’enquête.

La religion dominante est l'islam qui cohabite, parfois de façon explosive avec le christianisme (10% de la population) dont la majorité est copte (orthodoxie chrétienne purement égyptienne placée sous la tutelle du patriarche d'Alexandrie). L'Égypte est un pays où le sentiment religieux est très fort et régit encore davantage le pays. L'islam est vécu sur un mode assez pur<sup>2</sup> et est en cela très différent de l'islam maghrébin beaucoup plus teinté de paganisme.

Si l'Égypte appartient géographiquement au continent africain, elle n'a en fait pas grand chose à voir avec la culture d'Afrique du Nord. L'Égypte est nommée à juste titre la Porte de l'Orient ; c'est effectivement au Moyen-Orient qu'elle s'affilie culturellement. Le Caire et Alexandrie demeurent deux villes-phares du monde arabe du point de vue culturel et du point de vue de la politique internationale et de la diplomatie ; une position que le président actuel tient à maintenir pour son pays.

En bref, c'est un pays qui garde de nombreuses valeurs traditionnelles tout en étant également le pays du cinéma, des arts, de la littérature et, dans une certaine mesure, de l'économie de marché. S'agit-il d'une culture transitoire ou bien l'Égypte parvient-elle à marier sereinement traditionalité et modernité? Quelle que soit la réponse, il est important pour une enquête sociologique d'avoir dans l'esprit que ces deux aspects coexistent.

---

<sup>2</sup> Par exemple : un islam pur devrait ne vénérer que le Dieu unique (Mohammed lui-même ne saurait faire l'objet d'un culte). L'ensemble des pays musulmans n'a pas su se tenir à ce strict principe d'origine rendant la religion par trop ésotérique et intellectuelle. On constate cependant que les régions qui ont le plus élaboré de cultes parallèles (à Mohammed, aux saints, etc...), qui présentent le plus de superstitions et d'aspects magiques, sont les régions du Maghreb dans lesquelles préexistaient à l'islam des religions païennes et polythéistes contrairement aux régions du Moyen-Orient où sont nées toutes les grandes religions monothéistes.

## METHODOLOGIE

L'enquête a eu lieu exclusivement au Caire entre le 1er juillet et le 1er septembre 1991. Au cours de cette période de deux mois, 30 familles ont été interrogées dans divers contextes, 8 médecins (dont un chirurgien et 7 pédiatres), 5 pharmaciens, 3 herboristes, 1 travailleur social, 1 responsable de crèche.

Les lieux de l'enquête furent :

- un hôpital pédiatrique universitaire (service de réhydratation et service de malnutrition);
- un hôpital du Ministère de la Santé :
- deux cliniques privées ;
- une clinique-mosquée ;
- un cabinet de consultation ;
- des pharmacies privées ;
- une crèche ;
- des herboristeries.

Aucune observation participante n'a pu être effectuée dans la mesure où, contrairement à ce qu'on pourrait croire, les foyers égyptiens sont accueillants (on peut facilement être invité) mais détestent l'envahissement (il n'est pas question de "squatter" chez eux).

Des entretiens semi-directifs, à partir de guides d'entretien qui évoluèrent en fonction des nouvelles directions d'enquête qui s'imposaient au fur et à mesure, furent administrés aux lieux-mêmes des recours thérapeutiques. Ces lieux ont pour partie été définis à l'avance (pré-étude à Paris) et pour partie sur le terrain en fonction de l'histoire des personnes interrogées.

Ces entretiens duraient en moyenne entre une demi-heure et trois-quarts d'heure. J'ai essentiellement été aidée d'une jeune étudiante en médecine (Amira) qui administrait les entretiens lesquels étaient enregistrés sur bande magnétique et traduits par elle. Une relative connaissance de l'égyptien me permettait de suivre les grandes lignes de l'entretien et d'intervenir lorsque je jugeais nécessaire d'approfondir un point précis.

Nous avons toujours été très bien accueillies. Le magnétophone intimidait

parfois les gens au début mais ils l'oubliaient vite. Il était difficile d'expliquer aux gens qui nous étions et l'intérêt de ce que nous faisons : beaucoup nous prenaient pour des journalistes ; d'autres (notamment dans les hôpitaux) nous prenaient pour des médecins et se méprenaient parfois en croyant que nos questions visaient à faire un diagnostic ou à élaborer une thérapeutique. Dans ce dernier cas, nous retirions moins d'informations intéressantes car les personnes ne raisonnaient que du point de vue biomédical et répondaient uniquement ce que les médecins attendent habituellement d'eux. C'est ainsi que les entretiens menés dans le cadre des hôpitaux publics ont été un peu abandonnés au profit de ceux menés dans le privé.

Il est également assez facile d'obtenir des permissions d'enquêter auprès des directeurs d'hôpitaux ou des médecins privés.

En ce qui concerne les familles, elles sont faciles à interroger dans ces contextes médicaux dans la mesure où elles sont souvent en train d'attendre et de s'ennuyer. Les entretiens étaient pour les gens une distraction inattendue. Ils nous ont semblé répondre très spontanément, les silences embarrassés étaient rares ; les réponses paraissaient simples et directes et les anecdotes étaient faciles à obtenir.

Un problème rencontré était celui dû aux superstitions qui font que les gens ne parlent pas du malheur de peur de l'attirer. C'est ainsi qu'Amira m'était souvent bien utile pour arriver à reconstituer des récits cachés sous les euphémismes (le mot "mort" en particulier est imprononçable).

Les médecins étaient tous prêts à répondre à nos questions mais quelques-uns ne souhaitaient pas qu'on interroge leurs patients pensant qu'ils en seraient choqués et que cela nuirait à leur réputation.

Dans l'ensemble, on peut dire que l'enquête s'est déroulée dans de bonnes conditions et que nous n'avons rencontré que peu d'obstacles.

## I. LA POPULATION

### I. 1. REPRESENTATIONS DE LA MALADIE ET DE LA SANTE

#### I. 1. 1. Importance de la maladie

Pour ce que l'on peut en voir, les égyptiens manifestent de manière spectaculaire le malheur en général et la maladie en particulier. En ce qui concerne la mort par exemple, le rituel des pleureuses persiste sous une forme non institutionnalisée : ce sont les femmes de la maison qui le pratiquent. Les cris que l'on entend retentir depuis les foyers lorsqu'une mort vient d'y survenir, n'ont rien avoir avec des pleurs au sens où nous, occidentaux, l'entendons. Il s'agit en l'occurrence d'une mise en scène de la douleur, de sa dramatisation exutoire et exorcisante. Le malheur n'est pas une chose cachée et honteuse, il faut au contraire qu'elle éclate au grand jour, qu'elle soit "publiée" et cette extériorisation est en fait un devoir social. Une femme serait certainement mise au rebut de la société si elle ne manifestait pas dans les règles sa douleur, on la croirait insensible, on l'accuserait éventuellement d'avoir tué son mari ou de ne l'avoir point aimé. Exprimer le malheur, y compâtrer est donc un devoir social.

La maladie n'échappe pas à cette règle. Elle est considérée comme un évènement important et intervient dans l'échelle des priorités juste avant l'évènement-mort. Elle nécessite l'investissement de toute la famille au sens large, du voisinage, des amis, etc... On jugera de la moralité d'un individu en fonction de son degré d'implication étant donné son degré de parenté ou de proximité avec le malade (de la combinaison de ces deux paramètres on obtient son sens moral).

Le mot "santé" revient souvent sur les lèvres à titre prophylactique. Les expressions invoquant le Ciel font régulièrement intervenir la santé ("*Seigneur, Tu peux tout me prendre mais laisse-moi la santé*",...). On trouve également quantité d'expressions populaires valorisant la santé : "*La santé est plus importante que l'argent parce que, lorsqu'on a la santé on peut toujours*

*gagner de l'argent* ”,... On le voit ici, la maladie en plus de représenter une mise à l'épreuve sociale de l'entourage, est nettement associée au travail. L'intervention de la maladie met en péril l'équilibre économique du foyer.

Cependant, la maladie infantile qui fait l'objet de notre propos n'aura pas de portée utilitaire (elle ne met pas en péril l'équilibre économique du foyer). C'est pourquoi nous avons particulièrement insisté sur l'aspect social et symbolique de la maladie. Autour de la maladie d'un enfant, nous ne trouverons que cette valeur de mise à l'épreuve morale et sociale sous sa forme la plus exacerbée.

### **I. 1. 2. Représentations autour de l'enfant**

Comme partout ailleurs, l'enfant est improductif. Sa fonction est donc bien particulière. Tentons de l'élucider.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que l'Égypte est un pays où les rôles sociaux des hommes et des femmes sont bien différenciés. L'homme travaille à l'extérieur et son rôle consiste à pourvoir en moyens de subsistance la famille. C'est aussi l'homme qui prend les décisions importantes concernant la famille. L'arbitrage entre le privé ou le public, pour ce qui est du domaine médical par exemple, est essentiellement le fait du mari : *“Mon mari ne veut pas (que j'aïlle dans les hôpitaux)”*. Il est garant de la respectabilité de sa famille dès lors qu'il apporte à sa famille des moyens financiers suffisants pour lui permettre d'être respectable.

La femme, quant à elle, est encore l'être de l'intérieur, du foyer. Sa première et unique fonction (lorsque les moyens d'un couple le permettent) est d'éduquer les enfants. Citons pour cela certains témoignages masculins :

*-“Je veux que le gouvernement paye la moitié du revenu de la mère et qu'elle reste à la maison ”;*

*-“Les mères comprennent leurs enfants avec le coeur ”;*

*-“Le temps qu'une femme qui travaille passe à la maison est suffisant à donner l'affection nécessaire et à éduquer ses enfants ”;*

*-“Ma femme comprend mieux la médecine et les médicaments parcequ'elle est plus responsable de ses enfants malades qu'elle gardera à la maison ”;*

*-“Si le mari gagne suffisamment d'argent, c'est mieux que la femme ne travaille pas. Il n'y a pas de raison de faire travailler sa femme... Voir ses enfants grandir et devenir de bonnes personnes la rendra plus heureuse que travailler et rester avec des amies. Je pense qu'on devrait élever ses enfants*

*dans l'idée de les rendre mieux que leurs parents. Je veux que mes enfants soient supers et ceci est plus facile à réaliser si la mère reste à la maison ”.*

Cette dernière citation en particulier nous montre combien l'éducation des enfants est le travail des femmes, travail valorisé entre tous. En conséquence, il est clair que l'éducation, la santé des enfants seront les paramètres à l'aide desquels la femme sera jugée. Et on aura facilement tendance à considérer qu'une mère est une mauvaise mère si ses enfants sont souvent malades :

*- “Si un enfant est souvent malade, c'est de la faute de la mère parce qu'elle laisse l'enfant malade trop longtemps sans réagir ou parce qu'elle cesse le traitement à la moindre amélioration “.*

Nous verrons que l'hyperactivité des mères en cas de maladie représente, au même titre que les pleurs des femmes en deuil, un moyen de manifester ses qualités maternelles aux yeux de toute la société. Un enfant malade vaut plus pour la mère que pour l'enfant et en ce sens, c'est un évènement plus important que la maladie d'un des parents. Un enfant malade est quasiment une mise en accusation de sa mère qui se retrouve en situation de défense. Il suffit pour cela de voir l'air honteux des mères dont l'enfant dépasse un seuil acceptable de maladie. Il suffit également d'écouter leurs discours sur les causes supposées de la maladie qui sont systématiquement des causes disculpant la mère : les mouches, les enfants des autres, la malchance, la faiblesse chronique de certains enfants et surtout le fait que c'est la première fois qu'elles ont des problèmes de santé avec un enfant ; bref, toutes causes désengageant la responsabilité de la mère :

*- “Aucun de mes enfants n'est jamais tombé malade... jusqu'à maintenant, bien sûr. Cette année a été très étrange “.*

Garder ses enfants en bonne santé est donc une grande préoccupation maternelle (et parentale au sens large dans la mesure où il est du devoir du père de protéger sa femme contre toute critique) qui justifie les sacrifices les plus importants : une mère rencontrée dans un hôpital, nous avoue avoir dû vendre ses boucles d'oreilles en or pour pouvoir rembourser les soins. Ceci a bien sûr des conséquences directes sur les attitudes des adultes à l'égard des enfants. On constate en Egypte une extrême tolérance des parents à l'égard de leurs jeunes enfants. Nous n'avons pas réussi à définir jusqu'à quel âge cette tolérance s'exerçait mais cela doit être vers les 2 ou 3 ans (peut-être à l'arrivée d'un nouvel enfant) avant lesquels un enfant a tous les droits. Un père qui se fait cracher à la figure par son fils de 2 ans sans qu'il n'essaie rien pour l'en empêcher et garde un sourire imperturbable. Cette tolérance fait aussi qu'on ne forcera jamais un enfant à manger s'il n'a pas faim, à boire un médicament s'il

le trouve mauvais, etc... car on risquerait de le rendre plus malade qu'il n'est. C'est ainsi que les enfants ont tous les droits et il est difficile de faire comprendre aux mères qu'il faut par exemple nourrir son enfant à heures fixes et non à chaque fois que le bébé pleure et réclame. On mesure les conséquences que cette indulgence peut avoir sur le soin d'un petit malade. Les exemples de ce genre sont nombreux montrant qu'il n'est pas envisageable de gronder un enfant jugé de toutes manières irresponsable de ses actes. Dans le même ordre d'idées, le rôle du père, du point de vue de la mère consiste "*à satisfaire toujours les besoins des enfants ce qui est le plus important*". Si nous citons cette remarquable tolérance c'est que nous nous sommes dit qu'elle avait un rapport direct avec ce souci d'avoir des enfants en bonne santé. Voyons en effet les causes génériques de la maladie.

### **I. 1. 3. Les causes de la maladie**

Dans ce chapitre qui traite de la maladie en général, nous ne verrons que les causes généralement admises de la maladie. Il ressort clairement du discours des populations sur la maladie que le facteur psychologique est l'un des plus importants. Les raisons biomédicales aux maladies particulières sont relativement bien admises mais elles n'expliquent pas tout. En amont de la contamination, il y a l'affaiblissement qui en permet l'incursion. Or cette faiblesse, ou déséquilibre, est à mettre sur le compte de chocs ou de troubles psychologiques. On tombera plus facilement malade la nuit lorsque les puissances négatives sont à l'oeuvre et que l'on est soi-même rendu passif par le sommeil. Mais ce qui est particulièrement mauvais, c'est de s'endormir sur un sentiment négatif de tristesse ou de colère par exemple. Une femme d'une soixantaine d'années qui souffrait de rhumatismes articulaires nous a dit que cela avait commencé parcequ'elle s'était endormie triste un soir. Les médecins ne lui ayant proposé aucune étiologie de remplacement, c'était là la seule cause qu'elle voyait à son mal. Il faut noter que ces troubles psychologiques peuvent aussi bien engendrer des maladies graves que bénignes : sur ce terrain de fragilité tout peut arriver.

Les enfants, quant à eux, sont particulièrement fragiles. La tristesse chez les adultes n'a pas systématiquement des conséquences sur la santé, il faut que l'adulte dorme sur ce sentiment pour que la maladie puisse advenir. Alors qu'un enfant qui n'a pas la maturité psychologique nécessaire, qui n'a pas cette vigilance naturelle peut être déséquilibré au moindre changement d'humeur.

Ainsi en revenons-nous au chapitre précédent : disputer un enfant est objectivement mauvais pour sa santé parce que cela peut le mettre en état de réceptivité à l'égard des microbes et de toute maladie. C'est ainsi qu'un enfant qui pleure est un drame dans la famille, cela peut littéralement mettre une mère dans un état de panique que de voir son enfant pleurer : ce n'est même pas seulement signe de maladie, c'est cause de maladie (penser aussi qu'un enfant qui pleure peut être entendu des voisins qui pourraient penser qu'il est martyrisé).

Les trois sentiments contre lesquels il faut absolument protéger l'enfant (et les adultes dans une moindre mesure) sont par ordre de gravité croissante :

- la tristesse
- la colère
- la peur

Cette étiologie populaire de la maladie en général est plus ou moins à la frontière du naturalisme (action de facteurs naturels) et du personnalisme (action d'un agent humain ou non humain)<sup>3</sup> : les discours qui nous ont été rendus la concernant font parfois intervenir de manière confuse des puissances occultes. Ainsi ce témoignage d'une femme répondant à une question sur les pratiques thérapeutiques de type magico-religieux :

- *“J'en ai entendu parler. Les gens ne vont pas là pour des diarrhées, des rhumes ou de la fièvre. Mais pour des histoires comme celle de cette petite fille qui est restée seule quelques moments dans une pièce sombre et qui a eu peur de quelque chose (le discours laissait apparaître assez clairement que le “quelque chose” était d'origine surnaturelle). Une autre (il n'a par contre pas été clair ici s'il s'agissait vraiment d'“une autre”) est devenue incontinent, alors qu'elle était propre, à la suite d'un deuil : dans les quartiers populaires, les gens hurlent et portent du noir en cas de deuil et cela a effrayé l'enfant.”*

Qu'il s'agisse dans ce récit d'un même cas ou de deux, il n'empêche que la peur éprouvée par l'enfant, et cause de maladie, pouvait avoir deux types d'origine : une origine naturelle de réaction à un événement triste ou une origine surnaturelle de crainte à la vue d'un esprit. Il semble cependant que la peur d'origine surnaturelle soit source de maux plus graves que celle d'origine naturelle.

Une chose importante à signaler est que ce mode d'explication de la maladie correspond paradoxalement à la nécessité de dédramatiser l'évènement. Le pédiatre d'un hôpital de prévention contre la malnutrition se plaignait que

---

<sup>3</sup> Cf la distinction élaborée par G.M. Foster en 1976 entre systèmes médicaux personnalistes (*personalistic*) et systèmes médicaux naturalistes (*naturalistic*).

les gens qu'il soignait ne s'inquiétait pas assez des maux de leurs enfants :

- *“La plupart des mères ne savent pas reconnaître la maladie (i.e. la malnutrition). Les mères voient que leur enfant n'est pas bien et il arrive qu'elles essaient de trouver une cause. Elles peuvent croire que c'est parce que l'enfant est ennuyé par la mort de quelqu'un. Elles relient ça à un autre problème :*

*-Cet enfant est très malade ;*

*-Non, il va très bien mais il est triste parcequ'il a perdu sa mère ;*

*-Ce bébé ne va pas bien du tout ;*

*-Mais si, tout va très bien. Seulement, il y a deux jours, il a été frappé par un autre enfant et il s'est mis en colère.*

*Ils ne comprennent pas qu'il y a un problème grave”.*

Ce qu'il est important de retirer de ce récit, c'est que l'attribution de la maladie à des causes "psychologiques" (qui a priori relèveraient donc d'un recours au magico-religieux) n'empêche pas les mères de s'adresser au système médical moderne. Et d'autre part, que cette attribution est une manière pour les mères de se rassurer. Elles préfèrent de toute évidence l'explication psychologique, qu'elles comprennent et maîtrisent, à l'explication bio-médicale qui leur fait peur parce qu'elle a quelque chose de grave et d'incompréhensible.

#### **I. 1. 4. Repérage de la maladie**

Les explications "psychologiques" que nous venons de relater sont en fait proposées a posteriori même si elles sont chronologiquement antérieures au repérage de la maladie.

Les critères permettant de repérer la maladie dans sa manifestation concernent essentiellement l'apparence :

- *“Avant d'être malade, l'enfant était très beau (“comme la lune”), il avait l'air en pleine santé, ses yeux semblaient mieux (à rapprocher de la campagne de prévention contre la déshydratation), ils n'étaient pas à moitié fermés comme maintenant “;*

*- “Même le lait, elle le vomit et le refuse ”;*

*- “Quand un enfant est malade, la couleur de son visage est soit très jaune soit très blanche. Sous les yeux, c'est noir. Un enfant en bonne santé a les joues roses “;*

*- “Lorsqu'il a commencé à avoir de la fièvre, je suis venue ici “;*

*- “Un enfant est malade quand il est pâle et moins vivant. Toute maladie*

*doit avoir des signes apparents “;*

*- “Elle a perdu du poids et ne mange plus “;*

*- “L’enfant est devenu maigre et ses yeux se sont enfoncés “;*

Les caractéristiques physiques sont signes de maladie autant chez les adultes que chez les enfants. Elles concernent essentiellement la couleur du visage, les yeux, l’amaigrissement. Des signes comme la perte de l’entrain sont plus particulièrement associés à la maladie de l’enfant ; un enfant qui ne rit plus, ne joue plus, ne répond plus à son nom est un enfant malade. Une anecdote concernant l’amaigrissement nous est rapportée par un pédiatre de l’hôpital de prévention contre la malnutrition : une des raisons pour lesquelles les mères s’aperçoivent très tard que leur enfant est sous-alimenté tient au fait que la malnutrition cause en premier lieu un oedème généralisé qui fait que l’enfant gonfle ; or les mères croient à la vue de ce phénomène que leur enfant va au contraire très bien puisqu’il est en train de grossir!

Une chose certaine est que la maladie est souvent cause ou conséquence d’un manque en apport alimentaire. Pour en revenir aux problèmes de malnutrition, ceux-ci ne sont pas dûs à une réelle sous-alimentation mais à une alimentation déséquilibrée : les mères préfèrent nourrir leurs enfants de pommes-de-terre et de féculents en tous genres parcequ’elles ont l’impression que c’est l’alimentation la plus riche et donc la meilleure pour le développement de l’enfant. Toute maladie chez l’enfant est liée d’une manière ou d’une autre dans l’esprit des mères à une perte d’énergie nécessitant un apport nutritif.

Si l’on résume, l’individu est d’abord soumis à un choc psychologique d’ordre naturel ou surnaturel qui provoque un déséquilibre ou une faiblesse laissant la voie libre à une maladie (biomédicale éventuellement) qui vient accroître la faiblesse de l’enfant. Une alimentation renforcée est un moyen de pallier la faiblesse qui est à la fois cause et conséquence.

Concernant la faiblesse, un enfant qui est malade trop souvent sera considéré comme faible chroniquement :

*- “Mon enfant ne souffre que de faiblesse ; il a toujours été en-dessous de son poids normal. Depuis qu’il est né ; mais en plus, il y a un an , il a eu une diarrhée avec une déshydratation modérée et depuis il est vraiment faible “;*

*- “Elle a la diarrhée et une grande faiblesse. Depuis qu’elle est née, elle est comme ça . Elle a toujours fait plus jeune que son âge. (i.e. faible et paraît plus jeune que son âge). Les autres n’ont jamais été malades “;*

*- “Elle est faible depuis qu’elle est née parce que j’ai essayé d’avorter quand j’étais enceinte d’elle “.*

Cette faiblesse chronique déduite de maladies répétitives chez un enfant a

le plus souvent une cause liée à la notion de péché ou de transgression d'un tabou (cf une mère dont l'enfant est faible depuis qu'il est né parcequ'elle le nourrit au lait artificiel et elle le nourrit au lait artificiel parcequ'une de ses voisines lui apporté de la viande crue alors qu'elle était enceinte ce qui a tari son lait). Les mères ne nous ont jamais avoué avoir eu recours au magico-religieux dans des cas de faiblesse chronique ; on peut imaginer qu'elles le font mais on ne saurait l'affirmer. En tous cas, elles utilisent le système biomédical pour intervenir au coup par coup mais sans en espérer grand chose de plus.

Quoiqu'il en soit, la faiblesse chronique est un bon moyen pour se dégager de la responsabilité et des critiques encourues par la mère lorsqu'un de ses enfants est constamment malade.

### **I. 1. 5. Rôle social du malade**

Nous ne reviendrons pas sur le fait qu'un malade a tous les droits dans la mesure où sa maladie représente une mise à l'épreuve de son entourage. En conséquence, un malade, quel que soit son âge, est constamment entouré. C'est un péché inconcevable que de laisser seul un malade. Les égyptiens considèrent que Dieu répartit Ses dons et Ses épreuves de manière équitable entre Ses créatures et que ce que l'on donne aujourd'hui, on le recevra plus tard lorsqu'on en aura besoin. L'entraide est une des bases du fonctionnement de la société égyptienne qui fait que si l'on s'y soustrait, on est susceptible d'être rejeté d'une part et, de plus, on a toutes les chances de se retrouver seul en cas de besoin. En conséquence, tout le monde se plie aux visites quotidiennes chez un malade et prend l'enquêteur pour un simple d'esprit lorsqu'il demande ce qui motive ces visites.

L'hospitalisation est généralement mal admise. La première raison invoquée tient au fait qu'il n'est pas bon pour un malade d'être coupé de ce lien vital qu'est le foyer et la famille :

- *“S'il est bien entouré, il guérira”*.

Une autre raison non-invoquée, celle-ci, est sans doute qu'il est plus facile de remplir son devoir d'assistance lorsque la personne est à domicile. Une hospitalisation en Egypte représente une énorme dépense d'énergie dans la mesure où ce n'est jamais un malade seulement qui est hospitalisé mais tout son entourage avec lui. Et ce n'est pas tant l'absence au travail qui leur pose problème mais plutôt l'absence au foyer. Ne pas aller à son travail n'a guère que des répercussions pécuniaires ; l'absence au foyer est perçue comme une

anomalie, un foyer vide est signe de malheur et cause de plus grand malheur.

Cependant, lorsque l'hospitalisation s'impose, c'est donc toute la famille qui envahit les chambres. On se relaie, chacun vient quotidiennement, il n'y a en l'occurrence pas d'excuse valable. Une femme dont le fils était pourtant malade allait tous les après-midi auprès de son frère hospitalisé alors que tous deux étaient mariés et avaient donc, du point de vue occidental, une famille prioritaire.

Si l'on reprend la thèse parsonnienne du malade dont le rôle se réduit à rechercher la guérison, il s'agit, en ce qui concerne l'Égypte, d'élargir cette quête, individuelle en Occident, au cercle de toutes les relations. C'est toute la famille au sens large, les amis et les voisins qui s'associent à l'effort de guérison du principal intéressé : on ne se contente pas de tenir compagnie à un malade, on a réellement un rôle à tenir consistant à aider le malade à s'en sortir. C'est pourquoi cette présence autour du malade est une réelle nécessité. Une maladie implique une "mobilisation" familiale.

Lorsque le malade a la possibilité de rester chez lui, et notamment si c'est une femme qui est malade, les "assistants" sont aussi là pour remplacer la malade dans ses tâches quotidiennes ; c'est généralement une mère ou une belle-mère qui viendra retrousser ses manches et accomplir le travail qu'une personne malade ne peut et ne doit pas faire. C'est généralement l'occasion également pour la remplaçante de montrer avec quel brio elle s'en tire.

Le malade a le droit, si ce n'est le devoir, de ne rien faire : on risquerait de jaser dans le voisinage en voyant que malade, une personne est abandonnée par les siens au point de devoir continuer à accomplir sa tâche quotidienne. Et puis un malade est un être faible, quasiment rendu irresponsable de ses actes, comme un enfant en quelque sorte et ayant à ce titre les mêmes droits à ne rien faire. "On s'occupe de tout!". Au point que les médecins ont parfois du mal à faire comprendre à leurs clients que pour qu'ils fassent un diagnostic, il faut leur amener le malade ("*mais puisqu'il est malade!*"): l'itinéraire thérapeutique est essentiellement parcouru par la famille et un malade ne doit pas bouger.

### **I. 1. 6. Sources d'information**

L'itinéraire thérapeutique concerne donc essentiellement l'entourage, que le malade soit un adulte ou un enfant. Dans la mesure où les gens sont jugés en fonction de l'aide apportée, chacun s'y met courageusement. C'est à qui donnera l'avis le plus judicieux, indiquera le meilleur médecin, aura le

diagnostic le plus juste, etc... C'est l'occasion également de se rappeler les histoires les plus incroyables, de faire revivre des moments d'héroïsme,... vécus à l'occasion d'autres maladies. Ce sont les femmes surtout qui échangent ces conseils, les hommes ont des recours plus directs à la biomédecine et prétendent moins à donner un avis. Pour les femmes, c'est l'occasion de montrer comme on est une bonne mère, comme on sait réagir intelligemment,... Ce n'est pas seulement le sens moral qui est en cause, c'est également la débrouillardise (thème cairote). Écoutons ce pédiatre :

- *“Quand un enfant ne va pas bien, la première chose qu'ils font, c'est d'en parler autour d'eux, dans la famille. C'est la mère qui remarque la maladie, qui en parle et qui attend que quelqu'un lui dise de faire quelque chose : “Mets-le comme ça, donne-lui ci,...” Si ça ne s'arrange pas, elle va commencer à en parler à ses amies. Après 2 ou 3 jours, elle cherchera des conseils médicaux”*.

Ce récit concerne surtout les mères de milieux très modestes qui ont recours au biomédical plus tard que les autres. Mais le fait que les mères plus éduquées aient recours aux médecins plus vite ne signifie pas que parallèlement, elles discutent moins, d'autant que le choix du médecin est fait selon le même système. Les stratégies mises en oeuvre ensuite pour arbitrer entre de multiples propositions sont obscures : le récit le plus convaincant ? le conseil d'une personne que l'on veut favoriser ? celui d'une personne en qui on a plus confiance ? la proposition qui correspond le mieux à ce que l'on pensait ? C'est sans doute un mélange de tout cela et d'autres choses encore. De toutes manières, l'arbitrage a lieu au niveau de l'ordre dans lequel on ira dans les endroits proposés car beaucoup des solutions envisagées seront essayées (pour multiplier les chances de succès). L'important n'est pas tant de suivre les conseils que de parler de son problème et de montrer les efforts fournis.

Plus un milieu est éduqué, plus le père a voix au chapitre d'une manière que les occidentaux qualifieraient de “plus rationnelle” : les hommes ne vont pas chercher midi à quatorze heures ; ils vont directement au biomédical et tentent d'être efficaces ; ils sont prêts à ne pas aller travailler pour amener le petit dernier le matin dans une clinique, l'après-midi dans une autre autre et le soir chez leur médecin habituel. Ensuite, ils arbitrent. En bref, les femmes suivent davantage les réseaux informels tandis que les hommes suivent les réseaux formels de la médecine qu'ils réinterprètent éventuellement.

Une autre source d'information dont on ne saurait négliger l'importance concerne la campagne de prévention massive distillée sur toutes les chaînes de télévision et de radio ainsi que sur les murs. Outre les spots publicitaires

avertissant des maladies les plus courantes (diarrhée, bilharziose,...), on tombe fréquemment sur des programmes médicaux où de "vrais" médecins parlent de "vraie" médecine et tentent d'éveiller chez les égyptiens une "vraie" conscience médicale. L'impact de tous ces programmes est certain sur les classes moyennes (où ce sont de plus en plus les pères, censés avoir un rapport privilégié à cette langue de bois, qui prennent en charge les soins des enfants); il l'est dans une moindre mesure sur les classes inférieures. Il est sûr que toute cette propagande fait réagir beaucoup plus vite à la maladie des gens qui commencent à comprendre quels sont les prédicats de la biomédecine (microbes, médicaments, changements physiques,...).

### **I. 1. 7. Le traitement**

Un bon traitement n'est pas seulement un traitement qui soigne la maladie, mais un traitement qui fait disparaître les signes sociaux de la maladie : une mère qui avait un discours convaincu sur les bienfaits du SRO, n'a pourtant pas pu s'empêcher de faire remarquer qu'elle "*ne pouvait pas continuer à donner du SRO et laisser la diarrhée empirer sans rien faire*". C'est la raison qu'elle invoque afin de justifier sa préférence pour la même solution mais en I.V (Intra-Veineuse). "*Je sais que la solution en I.V. est du SRO mais ça a un meilleur effet ? ça n'augmente pas la diarrhée*". On voit à ce discours que l'un des buts recherchés par une mère dans un itinéraire thérapeutique, outre la guérison médicale, concerne l'interruption de la quête sans encourir de reproches de l'entourage. Tant qu'un enfant présente des signes de maladie, même si ces signes sont prouvés accompagner la guérison, la mère ne peut se permettre de stopper son itinéraire. Ceci a des conséquences néfastes sur la guérison au sens biomédical car ces mères ne cessent d'interrompre des traitements pour manifester leur implication, mais il serait une grave erreur de ne pas tenir compte de cette contrainte pesant sur les parents et plus encore d'attribuer l'attitude qui en résulte à de l'ignorance ou de l'obscurantisme.

Le traitement idéal de toute maladie infantile est donc un traitement qui agit vite et visiblement (et il ne suffit pas d'essayer d'expliquer aux mamans que ce n'est pas parce que ça ne se voit pas que ça n'agit pas à l'intérieur, car bon nombre d'entre elles l'ont déjà compris). L'unique but d'une mère, même orientale, n'est pas la guérison de l'enfant.

L'avis de l'enfant est également tenu en compte dans la définition d'un bon traitement : "*Un bon médicament, c'est lorsque l'enfant l'accepte et qu'il le*

*guérit*” (rappelons qu’il n’est pas question de forcer un enfant à quoi que ce soit de peur de le rendre encore plus malade).

En ce qui concerne la santé des adultes, les enjeux ne sont résolument pas les mêmes mais l’enquête n’ayant pas porté sur ce thème, nous n’en avons pas appris grand chose. Tout au plus savons-nous que l’on a moins peur des médicaments, des conseils, des médecins, etc... pour soi-même que pour ses enfants.

Les médicaments inquiètent dans une certaine mesure les mères. Tout d’abord, la plupart des médicaments sont jetés dès lors qu’une maladie est considérée comme guérie (même si le médicament a prouvé être efficace); on garde éventuellement les ordonnances. Une maman à qui nous demandions pourquoi elle ne faisait pas suivre ses enfants par un médecin, nous a répondu que c’était mauvais de donner trop de médicaments aux enfants. Cette remarque nous montre deux choses :

- Toute visite chez le médecin est associée à la prescription de médicaments ;

- Les bio-médicaments ne sont à prendre que lorsque c’est vraiment nécessaire, sinon ils sont plutôt mauvais pour la santé.

Écoutons encore cette remarque : *“Ils n’ont pas besoin de vaccins puisque tous -grâce à Dieu- sont en bonne santé. D’autre part, quand on vaccine un enfant, il devient tout de suite malade”*.

Ce genre de remarque permet de comprendre pourquoi les remèdes domestiques sont préférés aux médicaments des pharmacies pour les enfants en début de maladie, et l’attire en règle générale pour les herbes dont il est dit qu’elles ont l’avantage d’être naturelles et de ne pas avoir d’effets secondaires (les médicaments chimiques sont des remèdes violents qui sont obligatoirement efficaces sur la maladie combattue mais qui peuvent faire des ravages sur le corps et causer d’autres troubles). Les égyptiens sont très sensibles à cette idée d’effets secondaires ; c’est là une des critiques les plus fréquemment émises à l’encontre des médicaments.

Devant de telles réticences, il apparaît alors étonnant qu’en cas de maladie, les parents soignent de façon aussi anarchique leurs enfants. En effet, dès lors qu’une maladie biomédicale est effectivement diagnostiquée, on ne lésine plus sur les remèdes en tous genres : automédication à partir d’anciennes ordonnances, visites à plusieurs médecins dont on essaiera chaque prescription successivement ou simultanément, arrêts intempestifs des traitements en cours, etc... Aucun médicament ne fait peur : vitamines, injections, antibiotiques, on essaie tout. Il semblerait qu’à un certain degré de maladie, celle-ci soit plus

grave que les médicaments ne sont dangereux et que cela justifie alors toutes les tentatives.

### **I. 1. 8. Stratégies**

En règle générale, face à la maladie d'un enfant, les parents peuvent adopter plusieurs attitudes :

- Les milieux plus éduqués se précipitent chez un médecin (régulier) à la moindre alerte ; ce sont ceux-là également qui, dans la même journée, iront le matin dans une clinique religieuse par exemple, l'après-midi dans un autre centre de soins (clinique-mosquée ou autre service peu onéreux). A la deuxième consultation, ils comparent les deux diagnostics : si ce sont les mêmes et que la maladie n'est pas trop inquiétante, on commence le traitement ; si les diagnostics divergent, on va voir le soir-même son médecin attitré, celui en qui on a toute confiance, qui prendra alors les choses en mains. Lorsque le médecin est régulier, c'est lui qu'on continuera à consulter jusqu'à la guérison (en admettant que la maladie soit normale et curable).

- Les milieux moins éduqués auront une approche très différente dans la mesure avant tout où ils n'ont généralement pas de médecin attitré. Eux aussi ont une conscience médicale très développée. Ce sont des milieux qui aspirent souvent au respect et à l'estime réservés aux plus éduqués et ils feront des pieds et des mains pour montrer leur sens des responsabilités. Le résultat est que les itinéraires sont particulièrement chaotiques : à la moindre alerte (qui doit être visible - c'est l'enfant qui se plaint - cette fois alors que dans le cas précédent un ganglion pouvait être déjà une alerte), on va consulter un médecin. Eux aussi sont prêts à prendre une journée de congé pour entamer leur itinéraire thérapeutique. La différence réside dans le fait que l'on consulte alors plusieurs médecins mais que l'on essaie aussi tous leurs traitements et que si au bout de 24 heures on ne voit pas d'amélioration, on va en voir un autre. Ce sont essentiellement ces parents-là qui sont les "impatiens" dont se plaignent les médecins. Ce sont également ceux-là qui sont autant en quête de guérison qu'en quête de respectabilité. C'est pourquoi aussi en dépit de conditions sanitaires acceptables, leurs enfants atteignent parfois des états vraiment graves. Aux dires des médecins, "les pires" (les plus redoutables) sont ceux qui prétendent avoir des connaissances médicales et qui sont alors les plus réticents des patients car ils croient souvent savoir mieux que le médecin ce que leur enfant doit prendre comme type de traitement.

Il arrive que ces parents consultent dans le public mais c'est encore rare et ils ne le feront que dans des conditions bien particulières (à la requête d'un médecin,...). Quant aux premiers, cela ne leur arrive jamais bien qu'ils soient prêts à faire des économies en allant dans des systèmes semi-gratuits comme les établissements religieux.

Dans le premier milieu, on trouvera souvent des pères qui considèrent que si le quotidien des soins des enfants est le rôle de la mère, les situations de crise (maladie,...) relèvent de leur autorité. Mais le plus fréquent concernant ce milieu est de trouver les parents en couple (la mère décrit la maladie au médecin et le père s'occupe des formalités - accompagner, décider,... -).

- Les milieux peu éduqués attendent beaucoup plus longtemps pour s'inquiéter. Lorsqu'ils diagnostiquent une maladie, le plus souvent ils iront voir en premier lieu un médecin privé après avoir cassé leur tirelire. Malheureusement, comme ils ont attendu plus longtemps, l'enfant est souvent dans un état plus grave et il est donc plus difficile à soigner. C'est pourquoi les itinéraires s'avèrent ensuite particulièrement longs et fastidieux. Le réseau intervenant d'avantage dans les milieux modestes que dans les autres, les parents tiennent compte de critères beaucoup plus nombreux entre lesquels ils ont plus de mal à arbitrer. C'est ainsi que l'on trouve des mères éplorées dans les hôpitaux publics, qui cherchent davantage à se faire prescrire le traitement qu'on leur a conseillé qu'à recevoir les avis des médecins. Ces mères peuvent alors être très insoumises, mal administrer les traitements pour pouvoir ensuite dire que c'était bien le mauvais traitement et partir alors en quête du traitement voulu. Ces mères vont alors d'hôpital en hôpital, écument le système bio-médical jusqu'à d'incertaines guérisons.<sup>4</sup>

## **I. 2. REPRESENTATIONS DE LA DIARRHÉE ET ITINÉRAIRES**

### **I. 2. 1. Diagnostic et étiologie**

Concernant le cas particulier de la diarrhée infantile, la première chose à signaler est qu'il s'agit de la maladie la plus banalisée ("*La diarrhée et la fièvre sont des maladies graves mais normales*"). Lorsqu'on demande aux gens quels sont les médicaments qu'ils ont en permanence chez eux, on a invariablement

---

<sup>4</sup> Ces remarques sont fondées sur nos observations des mères en milieu hospitalier.

droit à : “*un médicament pour la fièvre, un médicament pour la diarrhée*”. De même lorsqu’on leur demande quelles sont les maladies infantiles qu’ils connaissent, la réponse est toujours : “*La diarrhée et la fièvre*”, même lorsque les personnes interrogées ne sont pas confrontées au problème au moment de l’interview.

Les incessants spots télévisés sur la diarrhée infantile sont largement la cause de cette conscience et ont contribué à classer cette maladie dans les maladies biomédicales nécessitant un recours immédiat à la médecine moderne. En Egypte personne n’échappe à ce matraquage. Ceci n’empêche que dans les milieux peu ou moyennement éduqués, il existe encore des diarrhées normales dues à la poussée des dents ou à des indigestions momentanées. Mais généralement, il semble que les parents sachent faire la différence entre une diarrhée normale et une diarrhée grave.

La diarrhée grave peut commencer par une diarrhée normale que l’on a donc traitée au départ par des remèdes domestiques (carvi, cumin,...) ou par ce fameux “*médicament contre la diarrhée*” que toutes les mères prétendent avoir en permanence chez elles (*Capect* le plus souvent).

On considère que l’on entre dans le domaine de la diarrhée grave lorsque les selles deviennent très liquides (“*comme de l’eau*”) ou lorsque qu’elles sont sales ( présence de mucus ou de sang). D’après le témoignage d’une femme, les selles liquides sont le signe de la diarrhée grave (celle des spots télévisés) tandis que les selles sales indiquent plutôt des dysenteries (“*qui ne mènent pas à la déshydratation*”). Dans les deux cas, on s’inquiète. L’inquiétude suit ensuite une croissance au fur et à mesure que l’enfant se plaint, puis qu’il s’affaiblit.

Dans les milieux populaires, il semble tout de même que l’on attende ces plaintes de l’enfant ou son affaiblissement pour entamer la quête thérapeutique biomédicale. Les femmes rencontrées dans les hôpitaux publics (appartenant donc aux milieux les plus défavorisés) racontent des débuts de maladie qui sont en fait des moments d’apogée de la maladie :

- “*Quand je vois ses yeux enfoncés, je m’inquiète*” (le stade de la déshydratation est déjà atteint);

En fait, on peut répertorier deux types de réactions face à l’évènement diarrhée :

- Les familles qui s’inquiètent trop vite à la moindre diarrhée et qui finissent par ne plus être pris au sérieux par les médecins. Celles-ci sont rarement touchées par les diarrhées graves dans la mesure où les parents qui s’inquiètent vite sont aussi ceux qui font vivre leurs enfants dans les meilleures

conditions d'hygiène ;

- Les familles qui s'inquiètent tard et amènent des enfants beaucoup difficiles à soigner. Ces parents (les mères le plus souvent) n'en sont pas moins violemment affectés par les symptômes de la maladie, d'autant qu'ils sont impressionnants, et se retrouvent alors dans des états paniques qui ne font qu'aggraver les choses (itinéraires chaotiques, recours multiples et incompatibles,...).

Les critères permettant de diagnostiquer une diarrhée sont les suivants :

- La modification biologique (selles liquides) qui ne sera pas un symptôme suffisant pour tous les parents ;

- Les plaintes de l'enfant (pleurs de l'enfant,...) qui dans tous les cas inquiètent largement les parents mais qui ne les pousseront pas toujours à l'action (tout au plus commencera-t-on à en parler);

- Les modifications du caractère ou/et de l'aspect physique de l'enfant (amaigrissement, affaiblissement, perte de l'entrain,...) qui inquiètent absolument tout le monde (mais parfois trop tard).

- Il reste à signaler la fièvre qu'il nous faut mettre un peu de côté dans la mesure où elle n'est pas considérée comme un symptôme mais comme une maladie en soi, pouvant certes intervenir simultanément à une autre maladie mais étant à distinguer. La fièvre est une maladie grave et biomédicale qui nécessite d'aller voir un médecin mais pas avant d'avoir soi-même tenté de faire baisser la température. On va avant tout donner un médicament et/ou donner une douche froide ou poser des glaçons sur la partie chaude (tête ou ventre). Lorsqu'on a réussi à diminuer la fièvre, on file chez le médecin car l'heure est grave. Un père (juge d'instruction) nous a donné la définition suivante de la fièvre :

*- "Il y a dans le cerveau un centre qui essaie de maintenir la température du corps constante. Alors si la température augmente au-delà de ce que le centre peut contrôler, ça peut être dangereux pour le cerveau ou ça peut attaquer les nerfs."*

Les causes de la diarrhée, quant à elles, sont difficiles à cerner parce que soit les gens prétendent ne pas savoir soit ils proposent des causes diverses.

Si les gens sont réticents à donner les causes qu'ils voient à cette maladie, ceci est dû à plusieurs raisons :

- Tout d'abord, nous n'avons guère eu que l'occasion de les interroger au sein de systèmes médicaux où ils se sentent alors obligés de donner des raisons bio-médicales qui ne les convainquent peut-être guère et qui en tous cas ne sont

pas de leur ressort. On entendait souvent que c'était là l'affaire des médecins, ce qui ne signifie pas forcément qu'ils n'aient en fait pas des raisons d'un autre ordre à proposer. En effet, nous avons pu remarquer lors d'interviews menées dans le cadre d'une herboristerie (lieu de médecine traditionnelle) que les gens avaient à leur disposition de tas d'explications en tous genres à donner, même si auparavant ils avaient suivis des filières biomédicales. C'est là que nous avons appris par exemple que la maladie en général pouvait être dûe à des chocs psychologiques (tristesse, colère, peur) sur lesquels on dort. D'autre part, si l'on parvenait à mettre en confiance une femme, on finissait par apprendre d'elle des choses déjà plus intéressantes.

- La deuxième raison tient au fait que la diarrhée infantile a été classée par les media dans la catégorie des maladies sales : "Si votre enfant a cette maladie c'est que vous êtes sale". C'est ainsi que nous avons rencontré des mères de classe très bourgeoise qui était offusquées, humiliées, choquées que leur enfant ait pu avoir la diarrhée (diarrhées qui sont dans ce cas le plus souvent dûes à de simples troubles gastriques passagers, aux dires des médecins): "*Pourtant, je suis propre*".

Aussi, lorsque dans les hôpitaux, nous demandions aux mères pourquoi à leur avis leur enfant avait cette maladie, nous les trouvions instantanément sur la défensive et prête à recevoir les habituelles critiques que leur administrent les médecins : "*Je ne sais pas, je suis pourtant très propre ; je ne vois pas ce que ça peut être*". Je ne pense pas que nous devions déduire de cela que ces mères attribuent la maladie au manque d'hygiène ; elles savent par contre que c'est là la seule explication proposée par le système bio-médical et essaient de s'en protéger.

Venons-en maintenant aux renseignements que nous avons malgré tout pu glaner concernant l'étiologie populaire de la diarrhée :

- Lorsque les dents d'un enfant poussent, il est encore considéré comme normal qu'il ait simultanément une diarrhée bénigne ;

- Une mère qui ne peut pas allaiter son enfant n'hésitera pas à dire que c'est là la raison. Par contre, la faute n'est pas attribuée au lait artificiel mais bien à l'absence d'apport en lait maternel : "*La petite fille n'a pas d'immunités parcequ'elle n'a pas été nourrie au lait maternel et elle est maintenant prédisposée à attraper des maladies*".

- Ce témoignage nous amène à un autre aspect de l'étiologie de la diarrhée qui est la faiblesse chronique. Dans de très nombreux cas, les enfants déshydratés que nous avons rencontrés tenaient leur maladie d'une autre maladie englobante : la faiblesse. Nous en avons parlé précédemment mais il

nous faut en reparler ici car cette disposition est très liée à la diarrhée. Nous avons vu que la faiblesse avait un lien avec l'alimentation : un enfant est faible parce qu'il ne mange pas, il ne mange pas parce qu'il est faible et ceci depuis sa naissance. La faiblesse intervient le plus souvent lorsque quelque chose d'anormal s'est produit ayant un rapport avec la naissance de l'enfant ou ses premiers mois : la mère a essayé de se faire avorter, l'accouchement a eu lieu par césarienne, la mère est morte peu après la naissance de l'enfant ou encore elle n'a pas été capable de l'allaiter (*"Alors que la plupart des femmes nourrissent leurs enfants au sein, je n'ai pas de lait"*; cette femme disait ne pas avoir de lait parce qu'une autre femme lui avait apporté de la viande crue alors qu'elle était enceinte). La diarrhée, quant à elle, lorsqu'elle est suivie d'une déshydratation est essentiellement attribuée à un problème alimentaire, nous reviendrons en profondeur sur ce point. En conséquence, la diarrhée devient dans ce cas particulier mais fréquent le symptôme d'une maladie plus profonde et contre laquelle on ne peut pas grand chose. Les parents très biomédicalisés auront malgré tout recours aux médecins et plus particulièrement aux analyses de sang pour tenter de remédier à ce problème.

- Le manque d'hygiène est une des causes répertoriées de la diarrhée mais ce n'est pas la plus fréquente. Il s'agit en l'occurrence de la pollution (air), du contact avec d'autres enfants, des mouches, de la terre,.... Ce sont les familles les plus à l'abri de ce manque d'hygiène qui avoueront le plus souvent que de telles causes peuvent présider à la maladie.

Ce que l'on constate au travers de ces diverses étiologies spontanées, c'est que dans tous les cas, le but des parents consiste à se décharger de toute responsabilité (même les parents qui attribuent la maladie à un manque d'hygiène font le détour par des éléments incontrôlables : la pollution, les enfants des autres qui, eux, sont sales, les mouches qui sont partout quoi qu'on fasse,....). Nous avons même entendu ce témoignage d'une mère prétendant que c'était la tétine qui avait dû tomber et que l'enfant avait remis dans sa bouche car cela arrivait souvent. Nous lui avons alors demandé pourquoi elle continuait à donner cette tétine au bambin. Voici la réponse :

- *"Je ne peux pas arrêter de lui donner la tétine car sans elle il pleure. Or il ne doit pas être nerveux parce que ses testicules ne sont pas encore descendus."*

Dans ce témoignage, nous retrouvons deux thèmes importants de la maladie : sous aucun prétexte un enfant ne doit pleurer ou être contrarié car c'est là la voie la plus sûre vers la maladie ; et la mère se disculpe ainsi (*"ce n'est pas ma faute, j'étais bien obligée"*).

Il ne faut donc pas perdre de vue que l'un des buts recherchés par la mère est de faire retomber la faute sur quelque chose d'autre ; il est presque péché d'avoir un enfant malade ; pour se débarrasser de cette faute nous avons déjà vu que la visibilité d'une quête thérapeutique était un moyen, nous voyons maintenant que l'étiologie attribuée à la maladie tenait compte de cette nécessité de se disculper.

## I. 2. 2. Pratiques thérapeutiques

Lorsque des parents sont confrontés à la diarrhée, l'itinéraire est généralement le suivant (mais selon les milieux, l'éducation,... ils peuvent en sauter certaines étapes):

- En mesure prophylactique, on notera les visites de lieux saints (tombeaux de saints présents dans certaines mosquées);

- La maladie, à quelque niveau que ce soit, est détectée par les parents (plus souvent la mère avec parfois l'intervention d'une grand-mère);

- On commence alors à en parler autour de soi pour obtenir des conseils sur l'attitude à adopter. Chacun (famille, voisins, amis,... des femmes essentiellement) propose des idées. Ces gens ne donnent pas vraiment de diagnostic mais déterminent d'où vient le problème et proposent des remèdes liés au symptôme : ce que l'on peut déterminer à coup sûr c'est la partie du corps visiblement malade (et il y a alors des remèdes domestiques pour toutes les parties du corps : le ventre, les yeux, la peau,...), les effets visibles que cela a (selles liquides ou trop solides, vomissements,... et là encore à chaque effet on peut trouver un remède, une herbe). Il nous a semblé que les remèdes domestiques<sup>5</sup> soignaient l'extérieur de la maladie mais n'étaient pas suggérés sur la base d'un diagnostic central. C'est pourquoi la biomédecine s'y substitue aisément.

- Parmi les remèdes domestiques, on comptera l'automédication qui peut intervenir après ou en même temps que les herbes. Soit c'est le réseau qui conseille tel ou tel médicament ; soit on demande son avis au pharmacien habituel (qui peut éventuellement orienter l'itinéraire vers les médecins s'il juge le cas grave); soit on répète une ordonnance testée avantageusement en un autre épisode d'une maladie jugée être la même par les parents.

- Si ces "médecines douces" (qui peuvent être des antibiotiques dans le cas de l'automédication!) ne se sont pas révélées efficaces, la conclusion est que la maladie était plus grave que prévu et qu'il allait donc falloir changer de tactique. On a alors à nouveau recours au réseau pour entendre parler de médecins privés. Souvent réseau et parents vont alors envisager un diagnostic plus général (qui n'est pas bien compliqué dans le cas de la diarrhée étant donné le renom et l'évidence des symptômes) et ceux qui auront déjà connu le problème raconteront ce qu'ils ont fait en la circonstance et comment ils sont

---

<sup>5</sup> Nous entendons par remède domestique toutes les recours thérapeutiques ne nécessitant pas l'intervention d'un spécialiste (médecin, tradipraticien,...) que les mères soit ont chez elles en usage courant soit achètent sur les conseils d'un membre de la famille ou d'amis. C'est pourquoi nous classons ensuite les médicaments pris en automédication parmi les remèdes domestiques.

parvenus à la guérison. C'est ainsi que lorsqu'on demande aux mères des salles d'attente pourquoi elles ont choisi ce médecin et non un autre, elles répondent souvent que leur soeur (ou quelqu'un d'autre) a eu le même problème et que c'est ce médecin qui a soigné l'enfant. On obtient ainsi des médecins hyper-spécialisés puisqu'ils ne seront pas consultés en tant que pédiatres mais en tant que "diarrhéologues" pour le cas qui nous intéresse! Un médecin par maladie : heureusement pour les médecins, les réseaux sont différents pour chaque personne et ils ne se retrouvent donc pas à soigner tout le temps la même maladie. Le réseau n'intervient donc pas en disant "*je connais un très bon pédiatre*" mais "*je connais un pédiatre qui a très bien soigné une diarrhée*".

On notera à propos de cette étape que presque tous les milieux sociaux passent par un médecin privé en premier lieu, quel que soit l'état de leurs finances. La différence est que des milieux plus éduqués auront parfois un médecin attiré et qu'ils n'auront alors pas recours au réseau mais iront consulter directement. On trouve également des différences, dont nous avons déjà parlé, consistant à aller d'abord dans plusieurs centres médicaux différents pour évaluer la gravité de la maladie et être sûr d'un diagnostic. Ce genre d'attitude concerne des gens plus médicalisés passant moins par le réseau des relations ; mais on peut dire que leur itinéraire relève de la même idée : évaluer une maladie, affirmer un diagnostic, chercher des conseils ; la seule différence est qu'ils passent par le système biomédical pour obtenir ces renseignements. Les sous-systèmes médicaux des gens éduqués sont le strict équivalent des remèdes domestiques et du réseau des moins éduqués. Leurs conclusions seront d'ailleurs les mêmes si les traitements proposés ne fonctionnent pas ("*c'est plus grave que prévu et ça nécessite l'intervention de quelqu'un de plus compétent* ") et l'arbitrage aura lieu de la même façon que les avis soient prodigués par des médecins ou par des amis. Dans les deux cas il s'agit d'avoir un panel d'avis et de traitements entre lesquels on arbitrera en fonction de la confiance accordée à l'indicateur.

- Chacun arrive donc en fin de compte chez le médecin privé lorsque la maladie est jugée grave. Là, on obtient un premier traitement que l'on va s'empresse d'essayer. La durée accordée au médicament pour agir varie entre 24 heures et 3 jours (selon la confiance accordée au médecin et le niveau d'éducation). Si l'état de l'enfant empire, on arrête immédiatement et on va voir un autre médecin. Si son état reste stable, on attend un peu plus mais on finit tout de même par aller voir soit le même médecin (on lui accorde encore une chance) soit un autre (tant pis pour le premier, éventuellement on ira le voir ensuite pour le confronter à ses erreurs). Si l'enfant montre des signes

d'amélioration, on arrête tout (mais l'enfant n'est pas toujours effectivement guéri).

- L'enfant n'est donc pas encore guéri et on recommence l'étape précédente. Si plusieurs de ces étapes ne suffisent toujours pas à guérir l'enfant, il faut parfois réviser à nouveau son diagnostic et transformer la maladie-diarrhée en symptôme-diarrhée (c'est-à-dire l'inscrire dans un schéma explicatif plus large comme celui de la "faiblesse" où la diarrhée devient une des nombreuses manifestations d'un mauvais état de santé plus profond) ou envisager de nouvelles solutions. Si, à la première étape-médecin, on trouvait généralement toutes les classes sociales, on est maintenant dans une situation où les moins pauvres répètent la filière en restant dans le privé, tandis que les "sans-argent" ne tardent pas à rejoindre bon gré mal gré les filières du public. Lorsque c'est de bon gré, ils ont des chances de guérison. Dans le cas contraire, celle-ci n'est pas gagnée car les mères recourent simultanément au réseau devant l'impuissance du biomédical et entrent ainsi dans la perspective d'obtenir du public le traitement qu'elles ont jugé être le plus efficace aux dires de leurs amies. La mauvaise volonté devient alors flagrante. Ces femmes voudront par exemple qu'on administre à leur enfant du "glucose" en I.V. et tant qu'on leur donnera du SRO, elles feront tout pour faire échouer le traitement afin d'être enfin prises au sérieux et qu'on leur donne le "glucose" tant attendu. Si, malgré tout, on s'obstine à ne pas vouloir leur donner ce qu'elles désirent, elles prétendent au contraire être satisfaites comme cela et se précipitent en sortant dans un autre hôpital (à tel point que des gardes surveillent les sorties des hôpitaux et qu'il faut une permission du médecin pour qu'ils vous laissent passer : certaines mères partaient avant d'avoir fini d'administrer la solution). C'est ainsi qu'au fil de notre itinéraire d'enquête, nous avons souvent retrouvé des femmes rencontrées une semaine avant dans un autre hôpital.

Ces étapes extrêmes sont généralement le lot des plus pauvres qui ont plus de risques d'être atteints de la diarrhée grave, se sont inquiétés plus tard, ont passé trop de temps à essayer les solutions douces inopérantes étant données les circonstances et ont consulté des médecins moins chers qui ne leur ont pas toujours conseillé au bon moment le SRO (les mères rencontrées dans les hôpitaux nous disaient souvent que les médecins qu'elles avaient consultés auparavant ne leur avaient pas prescrit de SRO). Ce sont également ceux-là les plus réticents à l'égard du SRO.

Quant aux autres qui seront tout de même parvenus au stade de la déshydratation, on les retrouve dans les cliniques privées, un tube

d'alimentation naso-gastrique dans le nez de leur enfant pour leur plus grande satisfaction et ayant dès lors toutes les chances de guérir le bébé.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'ajouter à ces étapes les recours de type magico-religieux qui sont rares, semble-t-il, dans les cas de diarrhée.

Il nous faut bien sûr émettre des réserves quant à cet itinéraire-type car selon les familles, toutes les étapes ne seront pas nécessairement franchies. De nombreux parents sautent les étapes précédant la consultation médicale à proprement parler et ne vont ni s'adresser à un quelconque réseau, ni essayer d'évaluer la maladie auprès de sous-systèmes médicaux.

### **I. 2. 3. Traitements**

#### *a/ Le SRO*

Si nous consacrons ici une partie au SRO plus particulièrement, c'est que lors de l'enquête sur le terrain, nous nous sommes particulièrement intéressées à comprendre les raisons pour lesquelles la population avait tendance à rejeter ce traitement.

En pré-étude nous avons eu l'occasion de lire un rapport fait par une étudiante de l'Université Américaine traitant des "perceptions maternelles concernant les maladies diarrhéiques" (Nora Kelenshian, Master, American University of Cairo, 1990). Ce rapport mettait en lumière la mauvaise opinion qu'avaient les mères sur le SRO. L'étudiante concluait que c'était la mauvaise utilisation du traitement qui était cause de son rejet : les mères n'administrent pas bien (trop vite) le SRO ; en conséquence la solution ne produit pas l'effet désiré (augmente éventuellement la diarrhée, en tous cas ne peut être bien assimilée) et les mères, pour ce qu'elles en voient, sont déçues. Il nous a semblé que ce point pouvait être largement approfondi.

Sur le terrain, nous avons vite pu constater que les mères montraient une forte insatisfaction lorsqu'elles se voyaient prescrire le SRO. Cette insatisfaction n'est pas toujours claire dans les discours, c'est plutôt dans les actes que les femmes en font preuve. Ceux-ci nous ont révélé que le problème ne tenait pas à ce que les mères utilisaient mal la solution et qu'elles en déduisaient que la solution était mauvaise, mais plutôt qu'elles considéraient a priori le SRO comme un mauvais traitement et qu'elles faisaient exprès de mal l'utiliser dans l'espoir que les médecins leur donnent autre chose : "*Vous voyez que ça ne marche pas!*". Il s'agit donc maintenant d'essayer de comprendre les raisons de cet a priori négatif.

Les critiques faites à l'encontre du SRO ressemblent souvent à des prétextes :

- *“L'enfant vomit et donc il vomit aussi le SRO”*;
- *“Mon enfant n'aime pas le goût de la Solution”*.

Dans les hôpitaux, le SRO est administré par les mères dans une salle spéciale placée sous la haute surveillance d'une infirmière dont le rôle consiste à corriger la manière dont les femmes font boire leur enfant. Ces femmes sont donc bien prévenues du mode d'emploi. Comment se fait-il alors qu'en dépit des précautions prises par le système médical, les mères continuent, dès que l'infirmière tourne le dos, à faire boire d'un trait le SRO? On peut envisager deux réponses :

- Elles ne voient pas l'intérêt de se plier à ces exigences. On admet que rentrées chez elles, cet argument puisse être une explication valable ; mais on l'admet plus difficilement lorsqu'elles sont en présence d'un personnel médical.

- Les mères y mettent exprès de la mauvaise volonté. C'est la réponse que nous privilégions dans la mesure où nous avons pu observer, à l'occasion de visites dans les hôpitaux privés, que non seulement des mères administraient le SRO d'un trait alors qu'une infirmière venait de leur dire d'en donner une cuillère toutes les trois minutes, mais que certaines allaient jusqu'à jeter (ou renverser) le contenu de leur tasse sur le sol. Après quoi, elles vont voir l'infirmière pour la prévenir que c'est fini et que pourtant l'enfant ne va toujours pas mieux. C'est alors à leur plus grande déception qu'on leur donne alors une nouvelle tasse.

Nous avons eu l'occasion de retrouver des mères dans un autre hôpital dès le lendemain, alors que les responsables des salles de réhydratation affirment ne jamais laisser partir un enfant avant qu'il soit guéri.

Il n'est pas difficile de conclure que les mères ne croient a priori pas aux vertus du SRO et tournent d'hôpital en hôpital tant qu'on ne leur a pas proposé autre chose (avec des enfants qui sont toujours malades, il faut le noter).

Écoutons les opinions positives que nous avons recoltées à propos du SRO :

- *“Le SRO est bien parce qu'il évite aux yeux d'être enfoncés”*;
- *“Le SRO rend l'enfant plus énergique, actif, comme les vitamines”*.

Est-ce bien le SRO tel que le voient l'OMS et les campagnes d'informations, dont on parle ici? Il semble que non et qu'un bon SRO ne soit pas du SRO, en tous cas les vertus déclinées précédemment ne sont sûrement pas celles de la Solution. C'est donc le concept-même du traitement qui est rejeté par les mères et pas seulement son efficacité.

Un des médecins de la salle de réhydratation du principal hôpital pédiatrique du Caire tente d'expliquer le rejet du SRO :

- *“Les mères n’y voient que de l’eau. En plus, ça n’a pas bon goût. Les mères ne comprennent pas que ça marche. En général, elles croient qu’un médicament ne peut pas être quelque chose d’aussi simple”*.

Les responsables du Programme contre les maladies diarrhéiques pensent que les mères ont au moins compris le message sur la déshydratation sous prétexte qu’elles leur répètent les textes des spots publicitaires : *“Votre enfant est asséché par la diarrhée ; il est comme une terre que l’on n’arrose plus ; il faut donc lui donner du SRO qui remplace les liquides perdus”*. Ces discours ont pu faire écrire à des anthropologues que cette idée de dessèchement était bien comprise. Comment se fait-il alors que les mères *“qui ne voient que de l’eau dans le SRO”* ne soient pas contentes du traitement ? Si elles avaient réellement assimilé les messages publicitaires, ces mères devraient être contentes que le SRO ne soit que de l'eau : *“Mon enfant est desséché parce qu’il manque d’eau, donc de l’eau c’est très bien”*. Quelque chose semble donc empêcher les mamans de souscrire à la notion de déshydratation et c’est ce quelque chose qu’il s’agit de comprendre. Ce témoignage nous montre en outre que le SRO n’est pas considéré comme un médicament, qu’il ne fait pas sérieux. A ce propos, nous avons ce témoignage d’une mère rencontrée dans le privé :

- *“Je ne peux pas rester là à donner des cuillérées quand l’enfant perd des bouteilles”*.

Cette femme semble, elle, avoir bien assimilé la notion de déshydratation mais cela ne l’empêche pas d’entretenir une mauvaise opinion sur le SRO qui lui paraît être un médicament bien dérisoire étant donnée la gravité de la maladie.

Le médecin du centre de réhydratation nous a fait cette remarque particulièrement intéressante à propos de la préférence qu’avaient les mères pour le SRO par voie intraveineuse : *“Les mamans croient que c’est du glucose et l’appellent ainsi”*. Petit à petit nous en sommes donc venus à nous demander si les parents ne voyaient pas dans la diarrhée davantage une carence alimentaire qu’une carence en liquides. Nous avons alors commencé à poser des questions visant à savoir si les gens pensaient qu’il y avait de l’eau dans le corps et quelle était pour eux l’importance de l’apport en eau. Il nous alors été révélé que, mises à part certaines personnes plus éduquées, on nous répondait souvent que la nourriture était aussi importante que l’eau. Quand on nous disait que l’eau était effectivement importante c’était pour ce type de raisons :

- *“Elle aide à se débarrasser des déchets sous forme de transpiration et d’urine”*;

- *“Les sels minéraux qu’elle contient sont des substances actives et nécessaires au bon fonctionnement du corps”*.

Dans le deuxième type de réponse, on voit que ce qui est retenu des bienfaits de l’eau, c’est sa partie “nutritive”. De même, à ce propos, un père nous a dit que le SRO était efficace parce qu’il remplaçait la perte de minéraux causée par une diarrhée continue : ceci est précisément le texte de la publicité sauf que cet homme remplace “liquides” par “sels minéraux” parce que cela ne lui pose alors plus de problème de compréhension.

Plus avant dans notre enquête, nous avons entendu cette remarque très intéressante :

- *“La première fois, on lui avait donné trop de solution en I.V., alors il s’est mis à trembler et a dû être mis en soins intensifs. Cette fois-ci la solution est plus diluée”*.

A l’inverse, une jeune femme d’une vingtaine d’années affirme :

- *“Le SRO marche très bien ; j’en prends quand j’ai la diarrhée. Seulement, comme je suis une adulte, je mets deux paquets au lieu d’un dans la même quantité d’eau, puis je bois ça d’un trait. Ensuite je me couche et le matin, je suis guérie”*.

On comprend à ces témoignages que la seule chose qui soit susceptible d’intéresser les gens dans le SRO, ce sont les principes actifs qu’il est supposé contenir et certainement pas l’eau elle-même.

Dans une clinique privée, alors que nous interrogeons une mère dont l’enfant recevait de la solution par tube naso-gastrique et que nous lui demandions ce que contenait d’après elle le flacon, une infirmière est intervenue et sur le ton du secret d’état nous a fait entendre que la mère ne pouvait pas le savoir parce qu’on ne lui avait pas dit, et qu’il ne fallait pas lui dire, que c’était tout simplement du SRO. Il s’avérait donc que les médecins privés qui tiennent davantage compte de l’avis de leurs patients, n’osaient pas leur avouer qu’ils leur donnaient du SRO. Il faut que le rejet soit important pour que les médecins en aient une conscience aussi aigüe. Notons cependant que la mère interrogée nous a dit qu’elle pensait qu’il s’agissait de SRO. Elle n’était donc pas si ignorante que cela, pas plus qu’elle n’était choquée par l’idée du traitement. Mais nous étions dans le privé et il s’agissait d’une mère de classe moyenne. Cela dit, elle n’aurait certainement pas apprécié qu’on lui donne une tasse de SRO en lui proposant de l’administrer elle-même.

Retournons maintenant aux représentations qu’ont les populations de la

diarrhée infantile et essayons de rentrer dans leur logique : ce qu'ils voient en premier lieu, c'est que l'enfant a une diarrhée, des selles liquides tendant à prouver qu'il n'assimile plus sa nourriture (les mères regardent fréquemment les selles de leur enfant et en font des déductions concernant l'alimentation). Les selles (toutes défécations, solides ou liquides) connotent logiquement pour eux le nutritif tandis que c'est l'urine qui connote les liquides. De plus, l'enfant se plaint généralement de maux de ventre. Bientôt, il vomit. Pour des femmes qui évaluent la santé au poids, il est logique qu'un enfant qui n'assimile plus sa nourriture et/ou la vomit, l'inquiétude tourne autour du thème "*mon enfant n'est plus alimenté, il va mourir de faim*". D'autre part, des selles liquides tendent à prouver qu'il y a plus un problème d'excès de liquides que de carence. Il faut ajouter à cela que tous les témoignages montrent que la déshydratation est causée par la diarrhée. Sur ce, on leur propose un médicament qui ne soigne pas la diarrhée mais la déshydratation (essayez de remplir un sac percé!) par le biais d'un apport d'eau alors que le problème est alimentaire et que ce dont l'enfant a besoin c'est d'énergie afin de lui donner des forces pour se remettre (penser que les mères voient avant tout un enfant affaibli qui n'a plus en sa possession les forces qui lui permettraient de se remettre).

En conséquence, le traitement idéal que médecins, pharmaciens, mères,... souhaitent comporte trois parties :

- Le SRO en cas de déshydratation puisqu'ils insistent!
- Un médicament soignant la diarrhée (antibiotique, constipant, anti-émétique,...);
- Un régime alimentaire spécifique visant à faire recouvrir ses forces à l'enfant (bouillies enrichies, vitamines,...).

Si le SRO comportait toutes ces vertus, il est certain que tout le monde serait ravi, mais ce n'est pas le cas. Et on comprend aisément le désespoir des mères dans des hôpitaux publics où on ne leur propose que le SRO alors que le problème est bien plus grave.

Cette description nous permet également de comprendre que, dans les représentations, la diarrhée est considérée comme une perte d'énergie (or, l'énergie, c'est la nourriture): les mères voient des enfants maigres et affaiblis, pas des enfants secs.

Une dernière remarque sur les SRO : le fait que les mères acceptent bien le SRO s'il est administré en I.V. ou par tube naso-gastrique ne tient pas uniquement au fait qu'elles y voient du "glucose"; il faut également tenir compte du fait que le SRO revêt alors un aspect plus médical. Les femmes

n'aiment pas venir voir un médecin pour se retrouver à faire ce qui est considéré comme son travail. Elles sont venues pour déléguer leurs responsabilités en s'adressant à une personne plus compétente en qui elles aimeraient pouvoir avoir confiance ; ce n'est pas pour se retrouver à faire boire elles-mêmes une eau, qu'elles ont souvent à la maison, à leur enfant, le tout en se faisant constamment réprimander (il faudrait voir si la mauvaise volonté qu'elles mettent à administrer le SRO n'a pas également pour but de faire entendre aux médecins : *“Vous voyez, je suis incapable de le faire parce que je ne suis pas médecin ; alors ayez l'obligeance de bien vouloir le faire vous-même”*). Tout participe à faire du SRO un traitement peu sérieux et pas crédible. Les I.V. présentent au moins l'avantage de faire nécessairement intervenir le médecin.

#### *b/ Autres traitements*

En ce qui concerne les autres traitements de la diarrhée, il nous faut distinguer avant tout les traitements en fonction de la gravité de la diarrhée :

- La diarrhée normale pour laquelle on n'a pas encore eu recours à la biomédecine, fait appel à des remèdes domestiques essentiellement (cumin, caraway en infusions, eau de riz) qui sont les remèdes habituels de tout mal de ventre, de tout problème lié aux intestins.

Il y a aussi ces médicaments contre la diarrhée (qui ne sont jamais le SRO car il n'est pas appelé médicament et que les mères le mentionnent à part) que la plupart des gens ont en permanence chez eux et qui sont le plus souvent des médicaments du genre Capect. Sont également classées parmi ces médicaments contre la diarrhée les poudres à base de carottes dont les mères disent qu'elles *“diminuent ponctuellement la diarrhée mais ne la soignent pas”*.

L'automédication, qui est très banalisée, est encore un recours à ce stade de l'itinéraire. Les familles peuvent dès lors entendre parler ou connaître par elles-mêmes des médicaments assez forts généralement (antibiotiques,...) mais qui, dans la mesure où ils ne sont pas prescrits par un médecin ne sont pas considérés comme des médicaments dangereux puisqu'ils sont employés à soigner un mal passager et encore bénin.

Le SRO fait parfois partie des fonds de pharmacie parce que lors d'un épisode précédent, un médecin le leur avait prescrit ou parce que, à force d'entendre parler sur les ondes, ils ont fini par s'en acheter au cas où. Dans ce cas, ils l'essaieront, ne constateront aucune amélioration et l'abandonneront aussi vite. Il est à noter à ce propos que le SRO a d'autant moins d'effets visibles qu'il est employé en début de maladie, comme il doit pourtant l'être en théorie.

Ceci constitue un autre paradoxe du traitement.

- Une fois que la famille a entamé la partie médicale de son itinéraire, elle est en quête d'antibiotiques, d'antiémétiques, de constipants et de régimes alimentaires appropriés, mais s'en remet généralement aux prescriptions des divers médecins consultés. Cependant bien peu de chance est laissée aux médicaments pour agir. Nous l'avons vu dans le cas de la maladie en général, les parents ne peuvent pas se permettre d'attendre longtemps pour juger si un médicament est efficace ou non et ils décrètent souvent au bout de 24 heures que *“ça ne marche pas”* et qu'il faut changer de traitement en allant voir un autre médecin. On peut se demander si les messages à outrance diffusés sur les media pour avertir les familles de la nécessité qu'il y a à agir avec rapidité n'accentue pas ce phénomène :

- *“Les mères s'inquiètent toujours lorsque leur enfant est malade et elles ne peuvent pas attendre. En plus, ils disent que la déshydratation et la diarrhée sont des maladies très dangereuses. On n'a pas de patience parcequ'il n'y a pas de temps à perdre.”*

Les parents savent qu'une diarrhée non traitée peut mener à la déshydratation qui leur fait tant peur (et qui est considérée comme l'antichambre de la mort); aussi, n'y a-t-il pas de temps à perdre. Il est effectivement paradoxal de demander à des parents d'agir vite sous peine de mort de l'enfant et de leur demander par ailleurs de temporiser pour juger de l'efficacité d'un traitement .

Cette impatience des parents permet aussi de comprendre l'aisance avec laquelle ils multiplient les médications. Plus on leur prescrit de médicaments plus ils seront contents parce que sur la quantité, ils ont plus de chance qu'il y en ait un qui soit le bon. A une mère hospitalisée dans une clinique privée pour un enfant anorexique, nous demandions quel avantage elle voyait à être hospitalisée dans le privé, nous avons eu comme première phrase de réponse :

- *“Regardez tous les médicaments qu'il y a!”*.

Les mères rencontrées se révèlent friandes de médicaments dès qu'elles l'estiment nécessaire. Certains médecins nous ont dit que les parents pouvaient même augmenter les posologies pour guérir plus vite. Les médicaments en abondance les rassurent, ce sont les signes apparents, les preuves, le résultat de leur acharnement et d'un espoir de guérison.

## **II. LES RECOURS**

### **II. 1. LE SYSTEME PUBLIC**

#### **II. 1. 1. Présentation**

Le système public égyptien est aussi varié qu'il est chaotique.

La faculté égyptienne de médecine est un système élitiste et hiérarchisé : les meilleurs étudiants seulement du secondaire auront accès à ce prestigieux enseignement. Mais ce n'est pas tout. Les résultats obtenus en cours de formation permettent d'élaborer une subtile classification entre les étudiants qui iront fournir en personnel médical :

- les unités de santé de campagne désaffectées ;
- les unités de santé des villes ;
- les hôpitaux du ministère de la Santé ;
- les hôpitaux du ministère de l'Education ou hôpitaux universitaire ;
- le collège de Médecine, grand décideur des directions médicales à envisager.

A cette liste, il nous faut ajouter la présence d'hôpitaux militaires où le personnel médical dépend entièrement du ministère de la Défense.

Le système de Santé Publique est entièrement gratuit ainsi que les médicaments qui sont donnés dans les pharmacies des hôpitaux publics. Pas question de payer sur place et de faire rembourser ensuite comme en France. La population égyptienne n'est pas assez rigoureusement professionnalisée pour qu'une Sécurité Sociale équitable soit envisageable : les plus pauvres (auxquels s'adresse essentiellement la Santé Publique) échapperaient à toute couverture sociale. En conséquence, il n'est pas non plus nécessaire de présenter de quelconques justificatifs pour avoir accès aux soins du public. Les hôpitaux ont malgré tout institutionnalisé le paiement d'une Livre symbolique (environ 2 francs) à l'entrée afin d'éviter que des gens ne viennent parce qu'ils n'ont rien de mieux à faire à ce moment-là et n'encombrent plus encore des locaux déjà saturés de monde.

Le temple du traitement de la diarrhée infantile est l'hôpital universitaire de pédiatrie situé au centre du Caire. C'est celui que tout le monde sans exception connaît qu'il y soit allé ou non. Là, on trouve ce qu'il y a de plus compétent en matière de médecins ; c'est la suprême distinction pour les pédiatres que d'être admis à exercer en son sein. A l'origine, les hôpitaux universitaires sont des hôpitaux réservés à l'enseignement mais ils se sont vite retrouvés submergés par les foules misérables du Caire (15 millions d'habitants sans compter les paysans qui viennent au Caire dans l'espoir de trouver des centres de santé décentes).

Pour pénétrer dans l'enceinte, les parents doivent d'abord faire la queue à un guichet où ils payent 1 Livre et reçoivent un ticket. Puis ils sont dirigés vers un accueil où un rapide (tout est rapide sauf les files d'attente) examen de l'enfant permet d'effectuer un premier diagnostic afin de diriger les parents vers le bon service. Les parents se retrouvent alors engloutis dans une foule de femmes portant leur enfant et se pressant à l'entrée des services qui les intéressent (le centre de réhydratation pour notre cas).

Lorsqu'elles parviennent enfin à l'intérieur du centre de réhydratation (où seules les mères - ou la femme la plus proche par la parenté de l'enfant - sont admises pendant que les éventuels pères vont fumer une cigarette à l'extérieur), elles se trouvent dans une pièce centrale où sont alignées des tables en formica sur lesquelles sont posées des balances et derrière lesquelles trônent de jeunes médecins en blouse blanche (environ 5 médecins en permanence qui devront s'occuper de 500 cas dans la matinée). Dès qu'une place se libère, une infirmière indique à une femme de s'y mettre. La consultation a lieu en 3 minutes durant lesquelles le médecin pèse l'enfant, regarde sa langue, sa peau,... afin d'évaluer le degré de déshydratation.

- Si l'enfant n'est pas déshydraté, on prescrit à la mère le SRO dont on lui apprend la manière de l'administrer, et on la laisse partir ;

- Si l'enfant est faiblement ou moyennement déshydraté, la mère doit aller dans la salle de réhydratation par voie orale où, sous la haute surveillance d'une matronne-infirmière, elle administre le nombre requis de tasses de SRO. Après quoi, l'enfant subira un nouvel examen permettant de savoir s'il est suffisamment réhydraté. S'il l'est, on prescrit à la mère du SRO avec pour mission de remplacer volume pour volume les liquides perdus dans les selles ou par les vomissements. Sinon, le médecin renvoie la mère dans la salle de réhydratation par voie orale munie d'une ou plusieurs nouvelles tasses de la Solution ;

- Si l'enfant est très déshydraté, il a droit, pour le plus grand soulagement

des mères, à être mis sous intraveineuse.

Le mot d'ordre de ce centre est de ne pas laisser repartir un enfant tant qu'il n'est pas complètement réhydraté. Ceci donne lieu parfois à des "hospitalisations", c'est-à-dire que les mères devront rester à côté de leur enfant sous I.V. toute la matinée, l'après-midi éventuellement et encore la nuit si c'est nécessaire. L'enfant est posé sur une table à côté de laquelle est placée une chaise sur laquelle la mère reste assise. Il n'y a en l'occurrence aucun lit et les mamans dorment à même le sol. Ceci dans le meilleur des cas car il faut émettre des réserves concernant la consigne de ne pas faire partir un malade avant complète réhydratation :

- *“Parfois l'enfant devrait passer plus de temps à l'hôpital mais ils le font partir parcequ'ils ne peuvent pas garder tous les enfants en même temps. Ils donnent des priorités à ceux qui sont beaucoup plus gravement malades. Si un enfant reçoit une réhydratation de 24 ou 48 heures, ça peut suffire mais peut-être pas à 100%. Mais ils ont d'autres bébés qui ont besoin d'urgence.”* nous avoue une pédiatre interrogée dans le cadre de son cabinet de consultation privé mais travaillant le matin à l'hôpital en question. Etant donnée la quantité de cas graves rencontrés dans les hôpitaux (exclusivement fréquentés par les couches les plus pauvres de la population plus touchées par la maladie et réagissant plus tard), beaucoup d'enfants doivent en fait être relâchés avant complète réhydratation.

La description qui précède se retrouve à peu près dans les centres de la Santé Publique. Tous les hôpitaux du Caire (ministère de l'Education ou de la Santé) disposent maintenant d'une salle de réhydratation conçue à peu près de la même manière. La différence réside dans un encombrement moindre compensé par un personnel médical de moins haut niveau, si l'on en croit la hiérarchisation officielle du corps médical.

## **II. 1. 2. Les patients**

Au terme de cette description, il n'est pas besoin d'être devin, pour comprendre la réputation qui accompagne le système. La qualité des médecins n'est peut-être pas à remettre en cause mais l'exiguïté des locaux et le nombre réduit du personnel médical comparés à la quantité de patients à traiter quotidiennement parlent d'eux-mêmes.

Les mères ont du mal à formuler un jugement positif à partir de ce qu'elles constatent sauf lorsqu'elles partent d'un a priori pire encore (une mère nous a

avoué avoir été agréablement surprise de trouver un service d'urgence à l'hôpital pour les cas de déshydratation, alors qu'elle partait dans l'idée d'une attente de 2 ou 3 heures). Etant donné que le patient égyptien rêve de médecins attentifs et concernés, qu'il ne conçoit pas qu'une consultation dure moins de 10 minutes (ici, 3 minutes), ni que l'on prenne son cas à la légère (ici, travail à la chaîne), sa déception est profonde. Il se retrouve dans une situation où il est incapable d'accorder un quelconque crédit au système et de prendre celui-ci au sérieux. En conséquence, il part du principe que l'hôpital n'est pas vraiment un centre de soins mais une sorte de self-service médical. Il va à l'hôpital dans l'espoir d'obtenir un traitement dont il a été convaincu de l'efficacité par une amie ou une voisine. Malheureusement, il se trouve là aussi en butte à une structure très rigide où, plus que dans le privé, il n'a absolument pas voix au chapitre. De plus, l'attitude des médecins à son égard est pour le moins vexante : ceux-ci ne cessent de lui faire des reproches ("*les ongles de votre enfant sont sales*",...), de lui faire croire que si son enfant est malade c'est de sa faute, de mettre en doute tout ce qu'il dit en vérifiant, stéthoscope au poing, toutes ses affirmations ("*pourquoi me demande-t-il alors?*"), etc...

Ce qui dirige les pas d'un égyptien vers les hôpitaux publics, c'est uniquement le manque d'argent et l'espoir d'obtenir le "glucose" qu'il ne peut avoir nulle part ailleurs sans payer, mais il se met dans une attitude sourde à tout conseil prodigué dans les lieux. Un médecin du public ne bénéficie d'aucun crédit et il n'est pas question de lui faire confiance s'il prétend que le SRO peut guérir un enfant. Le médecin du public est dans une situation d'exécutant à deux égards :

- à celui du système qui l'oblige à traiter de la même manière tout le monde (dans un pays où tout rapport à autrui est personnalisé et où la "fonctionnarisation" est inconcevable) étant donnée une consigne émanée de l'étranger favorisant l'usage systématique et exclusif du SRO ;

- et à celui du patient qui, quoi qu'il dise, n'en tiendra aucun compte. Autant dire que personne n'est satisfait de cette situation.

### **II. 1. 3. Les médecins**

Si les médecins montrent assez peu leur insatisfaction, c'est que le système public représente pour eux la clé d'une éventuelle réussite. Tel est l'enjeu de ce système pour un jeune médecin et, dans une certaine mesure également, pour les "seniors".

C'est dans les hôpitaux que le médecin qui débute plantera les germes d'une carrière réussie. Une carrière réussie, cela signifie d'être reconnu par ses patrons et de se constituer une clientèle privée. Pour arriver à ses fins, il faut tenter de se faire remarquer dans l'établissement par un grand patron dans l'espoir de devenir son assistant et de prendre sa relève un jour ou l'autre en récupérant sa clientèle. On espère également ne pas avoir à attendre la retraite du patron en question mais attirer suffisamment sa confiance pour qu'il vous envoie son excédent de clientèle que l'on tente alors de fidéliser. Le problème, c'est que les "seniors" sont bien peu comparés au nombre des "juniors". Un jeune chirurgien nous a décrit la confrérie médicale comme étant un véritable panier de crabe où chacun "fayote" ou fait de la dellation à l'encontre de ses collègues qu'il s'agit avant tout d'éliminer.

Outre cet aspect un peu sombre de l'avantage qu'il y a pour les jeunes médecins à trainer dans les hôpitaux, beaucoup de médecins admettent que l'hôpital est aussi le seul endroit où ils peuvent continuer à se former et acquérir de vraies connaissances pratiques. Il est à signaler à ce sujet, que le nombre très élevé d'étudiants fait que la Faculté de Médecine est dans l'impossibilité de donner une formation pratique. Un médecin égyptien qui vient de finir ses études n'a, dans la plupart des cas, jamais tenu une seringue entre les mains. Il se retrouve donc dans l'obligation de tout apprendre ensuite, c'est-à-dire une fois médecin. Et ce n'est pas dans le privé qu'ils ont une chance de pallier leurs lacunes mais bien au sein du système public qui constitue une structure où tous les médecins (seniors, juniors, assistants) font corps. Un médecin moins expérimenté qui rencontre un problème qu'il ne peut pas résoudre, peut en référer à son supérieur direct et il en sortira enrichi. C'est ainsi que les médecins continuent bien après leur consécration, à exercer dans le public. Et puis il faut qu'ils gardent le contact avec cette institution pour continuer d'être reconnu par elle.

Un troisième point souvent mentionné par les médecins, mais qui ne nous paraît pas clair pour autant, concerne le fait que c'est également au sein du système public que l'on peut commencer à construire sa clientèle. J'ai pour ma part du mal à comprendre, étant données les circonstances, comment cette clientèle misérable qui n'a généralement pas de quoi se payer un médecin privé, qui n'a pas le choix du médecin, qui n'entrevoit même pas le nom de celui qu'il consultera, qui n'entretiendra aucun rapport personnalisé avec lui et qui est dans une situation de méfiance à son égard, puisse être la source d'une clientèle de cabinet.

Il est frappant cependant de voir que les médecins égyptiens semblent ne

se préoccuper que de leur nom, de leur reconnaissance dans le but d'avoir une grosse clientèle. Il transparaît au travers de tous les discours que cela constitue leur principal souci. Le médecin égyptien nous a paru essentiellement "arriviste", un sentiment qui perdure jusqu'à la fin de sa carrière. Et cet "arrivisme" a pour outil le système public qui consacre ; même si par ailleurs les médecins ne semblent pas toujours très satisfaits de la surveillance sous laquelle ils sont en permanence au sein du public. Le travail s'effectue dans une transparence qui bien souvent les gêne, notamment dans leur souci de fidéliser une clientèle. Le SRO est à cet égard un révélateur : leurs patients sont insatisfaits de cette prescription qui est pourtant la règle. Un médecin rencontré dans une clinique privée mais qui avait fait ses classes au centre de réhydratation de l'hôpital pédiatrique nous dit :

- *"Nous n'avons pas le droit de prescrire d'antibiotiques. En fait, même le chef de département donne des antibiotiques quand il consulte à titre privé. Quand on enseigne aux étudiants, il faut leur apprendre ce que la science dit mais c'est différent lorsqu'on est confronté à la réalité."*

Le problème se situe bien là : la médecine n'est pas une science pure ; elle s'adresse avant tout à des êtres pensants et ne pensant pas forcément en termes scientifiques ; et tant qu'on n'a pas réussi à les convaincre, il est de l'intérêt général de prendre compte l'opinion des patients, ce qui est malheureusement impossible dans le cadre du système public.

On peut résumer tout cela en disant que le système public est moins agréable comme lieu de travail mais qu'il permet d'être reconnu par ses pairs ; tandis que la pratique privée permet d'être reconnu par les malades. Telles seraient les deux contraintes essentielles pesant sur beaucoup de médecins.

Notons également que les médecins entretiennent en fait des rapports de suspicion à l'égard des patients du public ce qui exacerbe une ambiance plutôt conflictuelle : les médecins considèrent leurs patients comme des gens incultes et analphabètes et mettent systématiquement en doute leurs dires partant du principe qu'ils répondent "oui" à toutes les questions dans le but d'être pris au sérieux et parce que, de toutes façons *"ils ne comprennent rien aux choses médicales"*.

On conclura cette partie en mettant en lumière la divergence d'opinion existant entre malades (mauvaise qualité des soins) et médecins (bonne qualité des soins et du personnel) à propos du système public, même si une certaine insatisfaction est présente des deux côtés.

## **II. 2. LE SYSTEME PRIVE**

### **II. 2. 1. Présentation**

L'emploi du temps quotidien d'un médecin égyptien ferait peur à plus d'un : le matin, la plupart d'entre eux travaillent donc dans les hôpitaux ; l'après-midi et le soir ils partagent leur temps entre leurs cabinets de consultation, ceux de collègues ou de patrons et des cliniques privées, qu'elles leur appartiennent ou non. C'est-à-dire que dans la plupart des cas, un médecin commence sa journée vers 8 ou 9 heures pour l'achever aux alentours de minuit. Toute sa pratique au-delà de 13 h est consacrée au privé.

La médecine privée n'est que rarement remboursée si ce n'est pour certains fonctionnaires bénéficiant d'un sorte de sécurité sociale (présence de médecins dans les administrations, mais aussi possibilité d'être remboursé des honoraires de tout médecin de leur choix). Le tarif des consultations n'est pas unifié et varie entre 10 et 30 LE (20 à 60 francs). Par contre, les consultations de vérification sont le plus souvent gratuites ; ceci sans doute pour tenter de limiter la fuite d'une clientèle qui remet sans cesse en question diagnostics et prescriptions ; peut-être aussi parce que les médecins savent que bien souvent leurs patients n'ont les moyens que d'une consultation.

A part cela, un cabinet de consultation au Caire présente toutes les caractéristiques de n'importe quel cabinet médical. On constate cependant que même là, le temps de consultation est extrêmement court (en moyenne 5 à 10 minutes, rarement plus).

### **I. 2. 2. Les patients**

On trouve dans les salles d'attente une clientèle très variée même lorsqu'on est chez un professeur (largement plus cher). Certaines femmes ressemblent fort à celles que l'on rencontre dans les hôpitaux, d'autres semblent plus appartenir à des classes supérieures. Le cabinet privé est un des rares lieux où se côtoient tous les milieux (des plus occidentalisés aux plus simples) et on ne peut apparemment pas dire qu'il existe des médecins pour riches et des médecins pour pauvres. Ceci confirme bien l'idée selon laquelle la santé est une chose importante pour tous les égyptiens et qu'elle justifie des sacrifices.

Les gens sont le plus souvent en couple et il est rare de trouver une mère seule. Généralement elles sont accompagnées de leur mari, d'une soeur, d'une voisine ou d'une amie ; le plus fréquent étant le couple mari-femme. On trouve assez souvent par contre des hommes seuls accompagnant leur enfant pendant que la mère garde les autres à la maison.

Nous venons de le voir, le système public ne bénéficie pas d'une grande crédibilité de la part des malades ; seul les médecins dans leur exercice privé retrouvent une partie de leur autorité. La médecine c'est le privé, pourrait-on résumer. Il n'est concevable d'aller dans le public qu'une fois que l'on sait ce dont souffre l'enfant. Tandis que lorsque l'on est en quête d'un diagnostic, c'est au médecin privé que l'on a recours. Il est donc demandé à un tel médecin de ne pas être un simple exécutant, de ne pas se cantonner à prescrire des médicaments, mais d'être également et avant tout un conseiller digne de confiance. Ceci n'est pas un a priori sur la médecine privée et un médecin a beaucoup d'efforts à faire pour gagner cette confiance ; bien peu en réalité y parviennent. C'est une des raisons pour lesquelles les égyptiens changent aussi souvent de médecin traitant. Le seul critère du bon médecin n'est pas l'obtention de la guérison. Il est certain que l'échec d'un traitement ou l'erreur de diagnostic sont des facteurs rédibitoires mais qui sont, somme toute, assez rares. Il est demandé à un médecin, en plus de ce professionnalisme et de cette efficacité, de parler, d'expliquer la maladie aux parents, de donner des conseils d'alimentation et d'hygiène, de rassurer, d'être humain et disponible. Un médecin qui présente toutes ces qualités et qui parvient à avoir la confiance d'une famille devient alors un demi-dieu :

- *“Dr X (pédiatre habituel) n'est pas un médecin comme les autres, il a un talent (“don de Dieu”); il trouvera toujours la bonne solution. Il tient compte d'autres facteurs que des seuls facteurs de santé... En plus, le Dr X adore son métier. quand je vais le voir, avant même de rentrer dans son bureau, simplement à être assis dans la salle d'attente, je sens que le bébé est déjà guéri.”*

Notons que nous n'avons rencontré qu'un exemple de ce genre. D'habitude, l'enthousiasme est plus modéré concernant le médecin dans la salle d'attente duquel on est et les critiques concernant les autres médecins vont bon train :

- *“Dr Y était bien mais elle était nerveuse et je n'aime pas ça parce qu'alors elle n'est pas gentille ni avec moi ni avec le bébé. On ne peut pas lui parler normalement alors qu'on a besoin de parler. Dès que je lui demandais quelque chose, elle s'énervait. Pourtant quand un docteur vous parle et vous*

*explique des choses, vous avez l'impression que les choses vont mieux et qu'il y aura guérison."*

Tel était plutôt le type de discours que l'on entendait au sujet des médecins.

Lorsqu'on demande à ces parents ce qu'ils pensent du public, beaucoup prétendent n'y avoir jamais mis les pieds et prétextent la foule, la saleté, le manque d'organisation. Parmi les facteurs positifs les poussant à aller dans le privé, on trouve que le fait de payer est une garantie pour avoir un bon service (*"Quand on paye, on est mieux soigné, c'est plus confortable, on est traité de manière décente, les médecins sont plus gentils"*) alors que dans le public les médecins sous-payés bâclent le travail (un argument que les médecins réfutent en prétendant que c'est là qu'ils apprennent tout et qu'ils n'auraient aucun intérêt à bâcler leur travail, et que, de plus, tous les médecins du public sont surveillés).

Les horaires aussi ne sont pas indifférents à la préférence pour le privé : les hôpitaux ne sont ouverts que le matin aux heures où les maris travaillent et ils ne peuvent donc pas accompagner leur femme (nous avons vu dans la partie population que le mari avait un rôle important comme décideur et homme d'action dans le soin des enfants et surtout comme protecteur de sa femme):

- *"Je ne peux aller chez aucun médecin sans mon mari or il rentre tard du travail"*.

Outre cet argument, le fait est qu'en été, l'après-midi est consacré à la sieste et qu'il n'est envisageable de sortir qu'après 18h (les cabinets de consultation ouvrent le plus souvent vers 20h).

### **II. 2. 3. Les médecins**

Les médecins, quant à eux, semblent très conscients de toutes les exigences de la population et font reposer sur leur satisfaction la réussite de leur carrière. Plusieurs médecins nous ont affirmé que le secret de la réussite résidait dans la gentillesse dont on faisait preuve à l'égard de ses patients :

- *"Lorsqu'ils ont un enfant malade, ils sont moins tolérants mais nous, on doit être plus tolérant. Ce n'est pas jouer avec leurs sentiments mais je dois considérer qu'ils sont dans un état nerveux instable. Il faut que je leur donne l'impression qu'ils peuvent avoir confiance pour qu'ils soient plus patients et qu'ils aient ainsi plus de chances de guérir leur bébé... La renommée d'un médecin ne vient pas de rien. Il faut être gentil avec tout le monde. Si vous*

*voulez faire faire une carrière réussie, il faut prendre beaucoup d'intérêt à ses cas..."*

*- "Je vais traiter mes patients avec intelligence et gentillesse et je vais vraiment essayer de les aider..."*

En raison de ce souci de complaire aux patients pour se les fidéliser, les traitements suivent beaucoup les règles imposées par les familles : le traitement classique de la diarrhée infantile dans le privé répond parfaitement aux exigences énoncées plus haut : SRO (facultatif), antibiotique (ou autre médicament puissant) et régime alimentaire enrichi. Dans le cas d'autres maladies, les contraintes sont aussi pesantes. Un médecin ne peut se permettre d'être purement scientifique, il ajoute toujours en plus du traitement qu'il juge nécessaire, des médicaments visant à faire plaisir et à rassurer le patient (vitamines, par exemple). Ceci n'est pas seulement dans son intérêt propre mais également dans celui du patient qui, s'il juge un traitement digne de sa confiance, sera davantage prêt à patienter et augmentera ainsi ses chances de guérir.

Voici maintenant un résumé de ce que les médecins que nous avons interrogés nous ont rapporté sur les comportements entre collègues :

Ils auraient, même dans le public, des trucs pour se "piquer" les clients entre eux. Quand par exemple, un patient, au cours de son itinéraire thérapeutique, consulte un deuxième médecin (ce qui est fréquent, nous le savons), celui-ci effectuera le même diagnostic mais changera systématiquement quelque chose à l'ordonnance du précédent ; ce système ne marche pas à tous les coups mais cela ne coûte rien d'essayer. Parfois, des médecins jugés dans ce cas peu consciencieux vont jusqu'à changer d'antibiotique alors que le traitement a déjà été entamé et que cela nécessite alors de l'interrompre et d'en reprendre un autre ; les plus consciencieux ne changeront que le nom de la vitamine prescrite par le premier, par exemple. Il est clair que si ces habitudes sont réelles, elles ne doivent pas participer à donner une confiance extraordinaire en la médecine ; d'autant que pour la population chaque médicament correspond à un diagnostic légèrement différent (raison pour laquelle les gens observés ne conçoivent absolument pas que deux médicaments puissent avoir les mêmes propriétés) et qu'alors l'irrégularité des médications est signe d'approximation du diagnostic.

Les médecins interrogés ont tout de même admis que certains d'entre eux pouvaient déclarer forfait et indiquer un médecin plus compétent à leur patient. Il arrive également qu'un médecin du privé conseille à son client d'aller à l'hôpital pédiatrique, par exemple, dont c'est la spécialité et qui prodigue les

soins gratuitement (notamment dans les cas de familles démunies).

Parfois, les médecins se plaignent des exigences de leurs patients :

- *“Les gens en demandent un peu trop. Même dans le privé. Ils espèrent que le médecin restera à côté d’eux. Le médecin fait des efforts pour rester un peu plus longtemps mais dès qu’il part (et il est bien obligé), ils se plaignent ; même si tu restes jusqu’à 3h du matin avec eux. Par contre, du moment que le médecin reste, même si le bébé ne va en fait pas bien, ils sont satisfaits. Ils oublient toujours qu’il y a d’autres malades, ils sont souvent très égoïstes...”* C’est qu’ils ont souvent l’impression de consentir à d’immenses efforts dont ils ne se sentent pas récompensés.

Notons que notre impression personnelle ne fut pas celle d’une affabilité à toute épreuve de la part des médecins à l’égard des patients. Nous les avons souvent trouvés plutôt brusques.

Le gestion du temps des médecins privés présentent certaines particularités. Nous avons vu que les médecins égyptiens travaillaient en moyenne 15 heures par jour. Nous avons observé que les médecins prenaient des vacances très souvent et de façon impromptue. Ils partent quand ils n’en peuvent plus de travailler et reviennent quand ils n’en peuvent plus de se reposer. Ceci est à rapprocher de la remarque d’une mère concernant le fait que les médecins n’étaient jamais là et que c’était la raison pour laquelle il n’était pas question d’avoir un médecin régulier.

## II. 3. LA CLINIQUE-MOSQUEE

Quelques mots sur une forme originale de système de santé : les hôpitaux religieux et plus particulièrement les cliniques-mosquées. Ce nouveau système dont le premier modèle du genre a été lancé il y a un peu plus d’une dizaine d’années, connaît un succès croissant bien qu’il n’en existe encore que très peu au Caire. Le principe de ces centres de soins consiste à ne dépendre ni de l’état ni des patients mais de trouver son financement dans la “*zakat*”, qui est l’impôt religieux correspondant à 2,5% des revenus perçus dans l’année par le musulman. Il n’y a pas d’autre obligation que morale de s’acquitter de cette dette, pourtant la plupart des musulmans, qu’ils soient ou non très religieux, s’y plient avec complaisance. Généralement, le montant de cet impôt est distribué directement aux pauvres que l’on connaît sans autre intermédiaire. Cependant

maintenant que des organisations existent qui savent faire "bon" usage de cet argent, beaucoup de musulmans commencent à préférer le leur donner. C'est ainsi que bon nombre d'hôpitaux publics disposent d'une caisse alimentée par les *zakat* servant à aider les plus pauvres qui n'ont pas de quoi se payer les médicaments nécessaires ni la nourriture.

Les cliniques-mosquées, quant à elles, fonctionnent exclusivement grâce à ce système ainsi que grâce aux dons (sans rapport avec l'impôt religieux obligatoire) consentis par de très riches musulmans (souvent de richissimes saoudiens, selon l'administrateur de l'une de ces cliniques). C'est ainsi qu'en une dizaine d'années, une petite mosquée du centre du Caire affublée d'un vague centre de soins s'est transformée en un véritable hôpital équipé de très nombreuses spécialités, d'un scanner, de tout le matériel médical le plus performant et de cinq bâtiments. Aucune subvention n'est accordée à ce système autre que personnelle. Cette clinique sélectionne ses médecins parmi les plus performants (la plupart sont de jeunes médecins des hôpitaux universitaires : les futurs professeurs) qui sont mieux payés que dans les hôpitaux et se font ainsi une carte de visite pour leur pratique privée. Quant aux patients, ils appartiennent aux classes moyennes et défavorisées. Ceux qui ont les moyens de payer les 2 LE de la consultation le font, ceux qui ne peuvent vraiment pas ont droit au même service gratuitement sans avoir à passer par une quelconque procédure de justification. Ils accordent également de petites pensions à certaines familles particulièrement démunies.

Si l'on se résume, il s'agit d'un système autonome intermédiaire entre le privé par les compétences et le public par le service ; d'après certains médecins, aucun système médical égyptien ne peut rivaliser avec ces centres.

Sur place, on observe que la majorité des patients est plutôt de classe moyenne.

Le caractère religieux de ces cliniques ne transparait pas du tout au travers des entretiens que nous avons effectués sur place. Par contre, les gens ne tarissent pas d'éloges sur la propreté des lieux, l'organisation, la qualité des médecins,... En effet, le plus frappant est sans doute l'organisation : les gens viennent dans la journée, choisissent le médecin qu'ils veulent voir en fonction de sa spécialité mais aussi de son nom (tout est affiché sur des panneaux à l'entrée), on leur donne un ticket avec un numéro de passage et une heure précise pour le jour même ; puis, ils peuvent rentrer chez eux ou faire une course en attendant le rendez-vous : les gens se déclaraient ravis de ne faire qu'une demi-heure de queue au lieu des quatre heures des hôpitaux (pour tout autre service que les services d'urgence), tout en ne payant que 2 LE au lieu des

15 LE des cabinets de consultation.

Les médecins, quant à eux, disent avoir l'impression de faire une bonne action en travaillant pour un système si bien pensant, sont mieux payés que dans le public, ne sont sous aucune surveillance tout en étant entourés d'un corps médical important et sont valorisés professionnellement par le seul fait d'avoir été acceptés dans un système qui se veut élitiste pour ce qui du personnel médical. Ces cliniques-mosquées sont donc l'exemple d'un système authentique fonctionnant sur des valeurs proprement égyptiennes et musulmanes et répondant aux exigences d'humanité dans les rapports et dans le service. A preuve, le renom croissant que connaissent ces cliniques.

## II. 4. LES PHARMACIENS

Les pharmaciens sont classés parmi les recours dans la mesure où l'automédication constitue une des solutions permettant de faire face à un évènement-maladie.

Nous avons vu que l'automédication était très répandue mais qu'elle constituait aussi un recours de départ. Lorsqu'on interroge un pharmacien, on constate qu'il ne condamne pas cette pratique de l'automédication :

- *“D'après la loi que suit toute la République, tous les médicaments peuvent être demandés en automédication à l'exception des médicaments qui peuvent être utilisés comme drogues ou ceux concernant les maladies psychologiques ou le système nerveux. Hors de cette liste, je ne peux refuser de donner tel ou tel médicament ni exiger de quelqu'un une ordonnance... Peut-être qu'il répète une ordonnance et là, il n'est pas obligé de me l'apporter une seconde fois. Même s'il n'a pas consulté un médecin et qu'on le lui a conseillé par expérience, je ne peux rien faire, je ne peux pas savoir ce qui m'est invisible ou caché.”*

Or, ceci est faux. Un pharmacien a admis que les antibiotiques, par exemple, étaient en fait interdits à la distribution libre ; mais il avouait également ne pas se soucier de cette règle.

Les pharmaciens rencontrés prétendaient entretenir peu de rapports avec les médecins mais disaient pouvoir guider les malade qui venaient leur demander conseil vers tel ou tel médecin qu'ils connaissaient et en qui ils avaient confiance (leur réputation est en jeu s'ils envoient le client chez un

mauvais médecin). Mais il nous a semblé que transparaisait souvent au travers de leurs discours un certain complexe d'infériorité. Ils considéraient avoir fait de longues études, en savoir beaucoup sur la santé en général tendant ainsi à insister sur leur rôle de conseiller médical. Certains nous ont dit ne pas hésiter à donner des conseils alimentaires lorsqu'au travers d'une ordonnance ils devinaient une maladie. Au travers de l'enquête sur la population, il nous a semblé que les pharmaciens ne bénéficiaient d'aucune autorité en matière médicale. Pour les familles, ils ne sont guère que des commerçants et peu de gens nous ont dit avoir un pharmacien attitré (on va à celui qui est le plus proche de l'endroit où on se trouve). Quant aux médecins, ils n'en parlent même pas. Les pharmaciens donnent l'impression d'être frustrés. A force d'être considérés comme des commerçants, il paraît (aux dires d'un pharmacien) que certains deviennent des "trafiquants" de médicaments. En effet, tous les médicaments fabriqués à l'étranger mais ayant leur équivalent en Egypte sont interdits à la vente ; or, il paraît que certains pharmaciens s'approvisionnent malgré tout en médicaments de ce genre qu'ils vendent très cher à une certaine catégorie de la population friande d'occidentalité. Les autres pharmaciens sont plutôt en quête de reconnaissance sociale.

Il existe en Egypte trois types de médicaments :

- Les médicaments fabriqués dans des usines égyptiennes ;
- Ceux qui gardent leur nom étranger mais qui sont fabriqués sous licence par les égyptiens ;
- Enfin, les médicaments étrangers importés qui ne sont autorisés que dans la mesure où leur équivalent n'existe pas parmi les productions locales.

Les pharmaciens interrogés préféreraient généralement les médicaments égyptiens "*par patriotisme*" affirmaient-ils mais aussi parce que ce sont les plus faciles à obtenir alors que les médicaments étrangers sont souvent en rupture de stock.

Mais, du point de ces pharmaciens, les médecins préfèrent eux les médicaments étrangers "*par souci d'exactitude dans les doses et les teneurs alors qu'en fait tous les médicaments sont soumis à des spécifications internationales et à des critères uniques*". Ceci est largement critiqué par les pharmaciens qui voient qu'en prescrivant des médicaments étrangers les médecins rendent souvent la tâche difficile aux patients qui auront du mal à trouver les médicaments en question.

Nos pharmaciens croient que la population préfère "*un million de fois les médicaments locaux qui sont plus disponibles*". La faute n'est donc imputée qu'aux médecins. Or la préférence des égyptiens pour les médicaments de leur

pays est sans doute fausse sinon, il n'y aurait pas de trafic de médicaments étrangers interdits. Et il est probable qu'en prescrivant des médicaments étrangers, les médecins ne fassent que satisfaire à une demande implicite de la clientèle qui voit dans les produits étrangers plus de sérieux et d'efficacité. Une autre raison poussant les médecins à prescrire des médicaments étrangers vient du fait que les industries pharmaceutiques étrangères disposent de meilleurs moyens de communication : les médecins voient plus souvent des visiteurs médicaux et de la publicité pour les médicaments étrangers que pour les productions locales ; ils en retiennent donc mieux les noms. Il existe une ambiguïté entre la publicité que font les compagnies étrangères et les stocks qu'elles arrivent à écouler, qui met les pharmaciens dans une situation difficile.

En conséquence de cette ambiguïté, les pharmaciens se plaignent de ce problème qu'ils appellent le problème du "*substitut* " : lorsqu'un malade entre dans une pharmacie muni d'une ordonnance, souvent les pharmaciens ne disposent pas du médicament précis indiqué mais ont le même sous un autre nom commercial ; ils essaient alors de convaincre la personne qu'il s'agit en fait de la même chose mais le client ne veut jamais rien entendre et ressort de la pharmacie pour essayer de trouver son médicament ailleurs laissant le malheureux pharmacien avec son stock qu'il n'arrive pas à écouler. Ce sujet les met hors d'eux et leur complique sévèrement la vie. Ils en reportent la faute sur les médecins qui, d'après eux, font exprès d'insister sur ce nom de médicament et pas sur un autre. A notre avis, ce sont plutôt les populations qui ont peur de se faire donner de mauvais médicaments (certaines mères interrogées nous avaient déjà parlé de leur crainte à ce sujet). Cet exemple met en lumière le peu de crédit dont bénéficient les pharmaciens et la paranoïa entretenue par ces derniers à l'égard des médecins. L'autorité en matière de médicaments pour la population, c'est le médecin ; et cela ne paraissait pas très normal aux pharmaciens qui considéraient, à juste titre, que les spécialistes en la matière c'était eux et que les médecins n'y connaissaient rien.

Pour s'approvisionner, les pharmaciens observés disent ne pas disposer pas de l'aide des médecins environnants (les malades vont plutôt à la pharmacie quand ils sortent de chez le médecin que quand ils rentrent chez eux ; une collaboration entre médecins et pharmaciens serait donc envisageable). Le seul moyen qu'ils ont à leur disposition consiste à évaluer les nouvelles "*modes*" médicamenteuses en fonction des ordonnances. Quand ils voient un médicament se répéter souvent sur une période restreinte de temps, ils cherchent alors à se fournir. Lorsqu'il s'agit de médicaments étrangers, il arrive que cela prenne un certain temps, et parfois, lorsqu'ils ont enfin leur nouveau

stock, la mode est passée.

On le voit, le gros problème des pharmaciens rencontrés tient à ce qu'ils sont obligés de jouer en solo, ce qui leur pose d'énormes problèmes de stocks.

Les malades, quant à eux, sont souvent obligés de passer par de nombreuses pharmacies avant de trouver le médicament voulu. Lorsqu'ils n'arrivent vraiment pas à le trouver, ils finissent par retourner chez le médecin pour que celui-ci leur en indique un nouveau. En aucun cas, ils ne finiront par se rendre aux raisons des pharmaciens au grand désespoir de ces derniers.

Une dernière chose à noter à propos de ces pharmaciens concerne leur souci de se décharger de toute responsabilité :

- *“Je suis tout de même obligé d'éviter à tout prix les substituts parce que si je parvient à en vendre à un malade et que par malheur il rechute à cause d'une erreur de prescription ou pour tout autre raison, j'en serais tenu pour seul responsable.”*

- *“Pour ma part, j'essaie de rendre service aux malades dans certaines limites. Je peux conseiller des médicaments sans effets latéraux (vitamines,...). Ainsi, même s'il n'y a pas d'amélioration, il n'y aurait jamais de rechute.”*

Il semble que les pharmaciens aient peur des responsabilités et c'est peut-être une des raisons pour lesquelles ils ne sont pas considérés comme des conseillers médicaux.

## II. 5. LA TRADI-MEDECINE

### II. 5. 1. L'herboristerie

Nous avons vu que les herbes naturelles étaient un recours pour les milieux populaires en début de maladie, c'est-à-dire tant que ce n'est pas grave. On peut également avoir recours à la médecine naturelle à la suite de l'échec de la bio-médecine mais ces cas sont plus rares.

En général, l'herboriste n'intervient pas personnellement comme conseiller. Plus encore que le pharmacien, il est considéré comme un marchand. Notons d'ailleurs que le premier rôle de l'herboristerie est de fournir en herbes culinaires. En réalité, ce sont les gens eux-mêmes qui savent ou qui entendent dire par une grand-mère, par exemple, que telle ou telle plante a telle ou telle vertu. Les plus connues sont le cumin, le *karkadeh* (fleur d'hibiscus), la menthe, l'anis,... qui sont autant des herbes pour la cuisine que pour la santé. Ces plantes qui remplissent les deux fonctions sont considérées comme les moins nocives, les plus efficaces pour tous les petits problèmes de santé quotidiens (en ce qui concerne la diarrhée, aux dires des égyptiens eux-mêmes, la quasi-totalité des gens a une espèce de diarrhée chronique parfaitement bénigne). On connaît précisément les vertus de ce genre de plante et il n'est nul besoin de l'avis de l'herboriste.

Il existe d'autre part des plantes moins connues qui ne sont pas utilisées dans la cuisine mais dont certains "vieux" (*sheikhs*) connaissent les vertus. Il peut alors arriver que lors d'une quête thérapeutique, on entende parler de l'une de ces plantes et que l'on veuille l'essayer. Mais là encore, on est dans le domaine du Bénin et des conseils du réseau : pas besoin du *attar* (herboriste).

L'herboriste est également le fournisseur privilégié de tous les rtadi-praticiens à caractère magique et les *attarin* savent que parfois on leur demande des produits bizarres qui ont en fait été conseillés par un *sheikh* ("prêtres" du magico-religieux). Ils le savent mais font comme s'ils ne le savaient pas et se contentent de satisfaire le client sans poser de questions. Là aussi, il n'intervient donc pas personnellement et demeure un simple fournisseur.

Mais, il nous faut maintenant parler d'une forme plus originale d'herboristerie. Cette forme récente n'a pas beaucoup de représentants. Nous en avons visité une dans un quartier populaire du Caire. Là, nous avons trouvé une gigantesque boutique à trois étages :

- Le premier étage constitue l'herboristerie telle que nous venons de la décrire ;

- Au deuxième étage, on trouve une étrange assemblée de gens silencieux qui semblent attendre : c'est la salle d'attente du grand *attar* qui consulte presque comme un médecin ;

- Au sous-sol, il y a la "pharmacie" à savoir les herbes autres que culinaires vendues selon les dosages et les mélanges prescrits par le "médecin" du dessus.

Ce système est à mon sens plus à rapprocher de la naturopathie occidentale (modèle moderne avant tout) que d'une quelconque tradi-médecine. D'ailleurs, à entendre le médecin de cette herboristerie, on se rend compte qu'il est davantage en quête de légitimation par la médecine moderne qu'au nom des anciens pharaons d'Égypte. Et puis le fait même qu'il présente l'image de la traditionnalité (ce dont se soucient fort peu les vrais herboristes) prouve que c'est pour mieux la dépasser :

- *"Les plantes représentent un domaine de recherche scientifique... des médecins peuvent venir se renseigner ou même consulter... L'avenir de la médecine repose sur les plantes..."*

Le grand *attar* s'est fait remplacer par un jeune ingénieur agronome qui a acquis son expérience auprès du *Hagg* (personne ayant effectué le pèlerinage à la Mecque ; ici, le grand *attar*). Le nouveau "médecin" n'a en fait jamais fait de médecine, pas plus que le *Hagg*. Il est spécialiste des plantes et de leurs vertus, et surtout des dosages et des mélanges. À côté de cela, il est capable de comprendre des analyses et des radios auxquelles il a souvent recours car il soigne mais ne fait que rarement de diagnostic. C'est ainsi que très fréquemment il envoie explicitement ses patients chez le médecin ou dans un laboratoire. Ce sont les gens qui viennent le voir qui nomment leur maladie.

L'ingénieur que nous avons interrogé prétendait intervenir essentiellement dans les recours thérapeutiques lorsque le malade n'a pas pu être soigné par la médecine moderne. C'est par désespoir que l'on va chez ce *attar*. En ce sens il fait partie des recours marginaux au même titre que les tradi-praticiens. Mais, il fait tout de même moins peur aux gens : les plantes, c'est la médecine de Dieu qu'Il a offerte aux hommes dans Son immense générosité. *"Il n'y a pas d'effets secondaires, ça ne peut pas faire de mal,..."* sont des remarques que nous avons fréquemment entendues au cours de l'enquête. Mais, à l'inverse, on accorde à cette médecine une efficacité de type miraculeux (contrairement aux herbes normales et aux médicaments modernes) et on fait intervenir dans la guérison des notions comme celle de confiance ou de foi : *"il faut croire à ce*

*type de remède pour qu'il marche*". Ce dont ne bénéficie absolument pas la médecine moderne qui s'est positionnée comme une instance soignant sans le concours du malade (pour ne pas dire malgré lui). Cette médecine-là nécessite l'intervention, l'effort, l'accord du malade et c'est en cela uniquement qu'elle renoue avec la traditionnalité sur un mode nouveau. C'est ainsi qu'elle échappe à toute critique : si ça ne marche pas, on n'accuse personne et sûrement pas l'herboriste. Les discours que l'on nous a rendus lors d'entretiens menés dans le cadre de cette herboristerie, étaient à cet égard significatifs ; la seule critique formulée concernait les tarifs pratiqués par le *attar*. En revanche, dès lors qu'on se tourne vers la biomédecine, on constate tensions, mises en accusation.

Notons pour en finir avec l'herboriste, que bien que marginalisé et presque unique en son genre, la plupart des gens ont entendu parler de ce *attar* dont ils ont une très bonne opinion.

## **II. 5. 2. La religion**

Nous n'avons pas eu l'occasion d'accéder au recours thérapeutique de type religieux, encore moins d'interroger ses dispensateurs. Tout au plus avons-nous entendu quelques témoignages que nous relatons brièvement dans cette partie.

Signalons avant tout que ce recours semble marginal sauf pour ce qui est des visites aux tombeaux des saints qui sont d'un usage répandu parmi les milieux populaires. Cependant ces visites ne relèvent pas d'un recours thérapeutique mais d'une mesure prophylactique ("*afin d'éviter que des mauvaises choses n'arrivent*" ) qui, de surcroît, n'engage que l'individu qui y a recours (aucun prêtre n'orchestre ce rituel).

Parmi les recours faisant intervenir un maître spirituel, nous pouvons classer la médecine par le Qoran dont on nous a brièvement parlé. Certains grands sages éclairés (au sens où ils sont considérés comme des êtres bénéficiant d'une faveur de Dieu qui leur transmet une science de type transcendant) et très respectés ont le pouvoir de soigner par le Qoran, c'est-à-dire par des récitations de passages qoraniques appropriés. Cette technique est assez similaire aux *Zar* dont nous parlons bientôt. Mais, d'après ce que la population a pu nous en dire, elle est avant tout le signe d'une profonde foi de part et d'autre des acteurs. Cette technique peut également aider à prendre une grave décision. Il semble que tout bon musulman croie en son efficacité.

La pratique des *Zars* est également à placer dans cette partie sur les recours liés à la religion. Les *zars* consistent en des expériences de transes

obtenues par la répétition incessante de paroles religieuses simples (ex : Allah ou *la illah ilallah* - "Il n'y a de divinité que Dieu"). Si cette pratique est à placer parmi les recours religieux, c'est parce qu'elle est ressentie comme telle par la population. Mais, dans certains cas, elle frise le magique.

### II. 5. 3. La magie

En effet, elle ressemble fort au *dhikr* qui, lui, est maintenant interdit par les autorités. Le *dhikr* est une forme de *zar* réservé aux femmes. Ces séances sont orchestrées par des tradi-praticiens (noter qu'en Egypte il n'y a pas de magie pure ; tous le magique fait référence au Qoran) appelés également *sheikhs*. Le terme de *Sheikh* est un terme générique désignant tous les tradi-praticiens du magico-religieux. Cependant, il existe dans l'esprit des gens des distinctions entre le véritable homme de religion ne faisant référence qu'au Qoran et les nombreux stades qui s'éloignent au fur et à mesure de cet aspect purement religieux pour rejoindre le domaine du magique, parfois connoté assez négativement.

Toutes les réactions que nous avons pu observer auprès de la population, lorsque nous mentionnions ce type de recours, étaient ambigües : une femme rencontrée chez le grand *attar* commence son discours à ce sujet en affirmant qu'elle n'a jamais eu recours à cela parce que c'est pécher et qu'elle est croyante,... mais elle se trahira en nous disant qu'elle n'a de toute manière pas assez d'argent pour s'acheter un chevreau noir et que de toute façon, "*il faut y croire pour que ça marche, or, je n'y crois pas*" (parole ambigüe entre toutes).

L'impression générale que nous avons retirée des divers discours qui nous ont été rendus à ce sujet est qu'en règle générale tout égyptien peut un jour avoir recours à ces pratiques s'il se retrouve dans une situation désespérée. Ces recours constituent les solutions extrêmes. Ce qui n'exclut pas la possibilité que certaines personnes subsistent en Egypte qui recourent essentiellement à ce type de thérapeutique, mais cela doit maintenant constituer des cas isolés, notamment pour ce qui est du Caire.

## CONCLUSION

Il est certain que le problème réside aussi dans la difficulté d'administration du SRO (1 cuillère toutes les trois minutes) à laquelle bien peu de mères semblent vouloir se plier. Le SRO n'est pas un médicament dont l'aspect fait suffisamment sérieux pour qu'on y consacre autant d'efforts et de temps. Nous pensons qu'il suffirait peut-être de colorer la Solution en rouge pour que les femmes voient immédiatement plus de raisons à y passer du temps et se plient davantage aux difficultés de l'administration. Ceci seulement si, en plus, on leur donne un médicament qui ralentisse la diarrhée de manière à ce qu'elles n'aient pas besoin de chercher à pallier cette évidence de la présence de la maladie que socialement, elle ne peut pas laisser subsister. Une chose nous a paru certaine au cours de cette enquête : ce n'est pas parcequ'on parviendra à convaincre les parents de l'efficacité du SRO qu'on leur fera accepter la Solution comme unique traitement. Ce n'est pas non plus en se soumettant à leur exigence pour un autre médicament qu'on parviendra à leur faire bien utiliser la Solution et à y recourir systématiquement. La complémentarité du SRO et d'un autre médicament nous paraît donc nécessaire mais ne sera opérante pour ce qui est du recours au SRO que si on travaille à donner à ce dernier l'aspect et les caractéristiques d'un médicament nécessitant beaucoup d'efforts de la part de la mère. Le SRO est jusqu'à présent en Egypte un traitement "bâtard" : il ressemble à de l'eau et est présenté comme une médecine douce, donc il est plutôt à classer parmi les remèdes domestiques ; par ailleurs, il est sans cesse mentionné à la télévision (signe du médicament-miracle) et nécessite beaucoup d'efforts, donc appartient tout de même avant tout au biomédical. Comme il nous paraît impossible que du tradi-médical soit relayé par la télévision et les hôpitaux publics, autant jouer la carte du médicament et en faire récupérer au SRO toutes les caractéristiques (un médicament est puissant et mystérieux - c'est à dire que les gens se moquent bien de savoir par quel procédé il agit sur une maladie). Une fois que les gens auront été convaincus de son efficacité, c'est par eux-mêmes qu'ils comprendront par quelle action spécifique sur le corps il agit. Alors plutôt qu'essayer de faire accepter ce traitement en en appelant à leur intelligence et à

leur éducation, pourquoi ne pas le leur faire accepter par le témoignage de leur expérience, comme cela se passe habituellement ?