

Inaugurée avec le numéro 11 de *Correspondances*, la rubrique **POSITIONS DE RECHERCHE** s'est employée à faire alterner éléments de réflexion sur des publications récentes, états de travaux et présentations de travaux de doctorat encore inédits.

Une nouvelle fois, elle fait place à une thèse récemment soutenue mais non sans innover. En l'occurrence, le travail porté à la connaissance des lecteurs se rapporte à l'Egypte : **Médecines et Médecins en Egypte, Construction d'une identité professionnelle et projet de médicalisation**. Sous cet intitulé, **Sylvia CHIFFOLEAU** a soutenu une thèse de sociologie, le 7 septembre 1994, à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, à Paris, devant un jury composé par Anne-Marie MOULIN (présidente), Fanny COLONNA (directeur), Marie-Louise PELLEGRIN, Michel CAMAU et Jean-Pierre GOUBERT.

Cette excursion de *Correspondances* au-delà du champ maghrébin stricto sensu relève d'un choix délibéré, dont d'autres rubriques du Bulletin portent déjà la marque et qui vise à élargir la réflexion et l'information en fonction d'horizons de connaissance. De ce point de vue, le travail réalisé par S. CHIFFOLEAU, à la faveur d'un séjour de longue durée auprès du CEDEJ du Caire, figure une importante contribution aux programmes de recherche sur les identités professionnelles (cf. *Correspondances*, n°18, mai 1994 : 10) et sur la réforme sociale dans le Monde arabe.

## Médecines et médecins en Egypte Construction d'une identité professionnelle et projet de médicalisation

Sylvia CHIFFOLEAU, sociologue, est chargée de recherche au CNRS, en poste à la Maison de l'Orient à Lyon.

En Egypte, de nouvelles catégories d'acteurs, détenteurs de savoirs et de techniques empruntés à l'Occident, doivent leur promotion, au début du XIXème siècle, à la volonté d'un Etat modernisateur. Parmi eux, les médecins jouent un rôle central dans la mesure où leur discipline est porteuse d'un fort potentiel de transformation sociale et qu'ils se situent eux-mêmes à l'interface de la société et de l'Etat. L'apparition de cette profession nouvelle pose ainsi la question de son action, de son impact réel sur une société en développement, traversée, depuis le début du XXème siècle, par les mouvements contraires du libéralisme et du dirigisme étatique.

On se borne généralement à faire le constat du transfert des sciences modernes en Egypte, que ce soit pour le critiquer ou l'encenser, sans s'interroger sur la façon dont ces savoirs ont été appropriés par ceux à qui ils étaient destinés, ni sur la façon dont les nouvelles professions, qui en ont acquis la maîtrise, entreprennent de se légitimer dans leur propre environnement et de fonder en valeur leur prétention à réguler le social. Dans le cas de la médecine, ces questions appellent un retour sur les origines de la fondation du groupe, afin de retracer la mise en place d'institutions propres et d'une vision spécifique de la médecine, réputée adaptée aux conditions particulières de l'Egypte. Par ailleurs, en raison du jeu perpétuel entre héritage et transfert, Occident et Orient, l'Autre et Soi-même, il s'agissait d'étudier la construction d'une identité spécifique à ce groupe, et la place particulière, l'espace légitime que lui réserve la société d'accueil. Enfin, il convenait d'examiner la façon dont s'effectue l'articulation de la profession médicale aux politiques de santé mises en œuvre par l'Etat, ou plutôt par les différents Etats égyptiens.

### Des épidémies aux endémies : la formation du corps médical égyptien

Au début du XIXème siècle, Muhammad 'Alî entreprend une série de réformes, inspirées des modèles occidentaux, destinées à faire de son pays une nation moderne «à l'européenne». Préoccupé du déplorable état de santé de son armée, victime des épidémies, mais également d'une pathologie parasitaire endémique très invalidante, le souverain égyptien fait appel à la médecine moderne européenne, qui commence à enregistrer alors des résultats encourageants et qui lui paraît donc plus efficace que celle prévalant au même moment en Orient, héritière affaiblie et désormais obsolète de la médecine arabe classique du Moyen-Age.

Un médecin français, Antoine-Barthélémy Clot, arrivé en Egypte en 1825, fonde le premier hôpital moderne attaché à l'armée. Renonçant à n'employer que des médecins étrangers, il met en place une Ecole de médecine dès 1827, afin de former des praticiens égyptiens et, bientôt, des professeurs aptes à assurer la pérennité de cet enseignement. D'abord réservé à l'armée, le système de santé s'étend rapidement à l'ensemble de la population, constituant ainsi l'un des rares exemples de ce type dans un pays du Sud. Clot y voit le moyen idéal d'introduire dans les campagnes des mesures sanitaires préventives, de traiter les maladies qui y sévissent, notamment les maladies endémiques, et d'étendre la vaccination antivariolique. La diffusion de celle-ci, conduite par des médecins autochtones et non pas, comme dans la plupart des autres pays arabes, par des médecins de colonisation, est sans doute le résultat le plus tangible de ce système de soins.

Dès la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, un système médical complet existe donc en Egypte, offrant gratuitement ses services à l'ensemble de la population. Le développement de celui-ci s'est cependant rapidement heurté à la présence de plus en plus massive et exigeante, financièrement et politiquement, d'un modèle sanitaire concurrent dont la seule vocation était la lutte contre les épidémies. En effet, si au début du XIX<sup>ème</sup> siècle la peste a disparu d'Europe, laissant derrière elle une terreur indélébile dans l'imaginaire collectif, elle est encore si fréquente et si durable en Egypte que l'on soupçonne le pays d'être le foyer d'origine de la maladie. L'apparition du choléra, qui emprunte volontiers le trajet du pèlerinage de la Mecque, ne fait que renforcer l'inquiétude de l'Europe face aux menaces de diffusion des épidémies à partir de l'Egypte.

Les consuls des Puissances étrangères en poste à Alexandrie mettent donc en place, dans cette ville, un Conseil International Sanitaire, Maritime et Quarantenaire, uniquement composé d'Européens, qui a autorité absolue en matière de défense contre les épidémies. Ce Conseil, véritable enclave étrangère dont la puissance occulte le système de santé originel, destiné au traitement des maladies courantes, fait subir au pays les contraintes d'un réseau de lazarets qui l'encerclent sur toute sa façade maritime. Les Britanniques, qui occupent le pays à partir de 1882, limitent également leur action, en matière de santé, à la seule lutte contre les épidémies, à laquelle la jeune bactériologie offre désormais de nouvelles techniques qui ne font qu'en renforcer le caractère coercitif.

Pour assurer le bon déroulement de ce dispositif de surveillance et de contrôle des épidémies, l'ensemble du système de santé préexistant est subordonné aux objectifs et aux consignes du Conseil sanitaire d'Alexandrie. Les praticiens sont invités à repérer et «dénoncer» les malades réputés dangereux, plus qu'à soulager véritablement la souffrance. La formation médicale subit également des restrictions : un numerus clausus sévère est imposé à l'entrée de l'Ecole de médecine et les Britanniques s'opposent fermement à l'introduction d'un enseignement supérieur, conduisant à des diplômes de spécialisation. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la profession médicale égyptienne, pourtant déjà ancienne, se trouve donc en position dominée par rapport aux occupants anglais et aux médecins étrangers et le projet médical à l'origine de sa création a été en grande partie éclipsé par le dispositif de lutte contre les épidémies.

Cependant, à partir de la première Guerre mondiale, on assiste à l'émergence d'une élite médicale nationale. Au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'emploi dans la fonction publique a gagné en prestige et ce sont désormais les membres des classes supérieures égyptiennes qui envoient leurs enfants dans les Ecoles supérieures, dont l'Ecole de médecine. Mais ceux-ci ne sauraient se contenter des conditions offertes par les Britanniques à l'Ecole du Caire et dans le service de santé publique. Aussi parviennent-ils à contourner ces obstacles en recourant au système des missions de formation en Europe, le plus souvent aux frais de leur famille. Ceux qui en reviennent munis d'un diplôme post-doctoral peuvent, en effet, obtenir un poste de professeur-assistant à l'Ecole de médecine ou s'installer en pratique de clientèle, mode d'exercice jusqu'alors réservé aux seuls praticiens étrangers. Ces itinéraires privilégiés leur permettent ainsi d'échapper au sort «d'officier de santé», réservé à la majorité. Dans un pays où le niveau du médecin de base est maintenu bas, les individus formés aux spécialisations à l'étranger, où ils ont acquis, par ailleurs, un mode de vie et des valeurs occidentales qui les rapprochent de leurs rivaux, commencent à rassembler les atouts sociaux et scientifiques qu'ils tentent de retourner ensuite contre ces mêmes rivaux.

Participant activement au mouvement de libération nationale qui traverse alors l'Egypte, cette nouvelle élite médicale se mobilise pour obtenir, au début des années 1920, la création des deux premières chaires médicales égyptiennes. Par ailleurs, l'adoption en 1928 d'une nouvelle législation sur l'exercice de la profession médicale restreint, pour la première fois, les opportunités d'emploi offertes aux étrangers, jusqu'alors dominants numériquement et socialement, en imposant la primauté du diplôme de l'Ecole de médecine du Caire, devenue Faculté en 1925. Les nouveaux «mandarins» égyptiens cherchent, de cette façon, à assurer leur contrôle sur la reproduction du corps médical et à étendre leur domination sur cette nouvelle institution, désormais reconnue comme seule compétente pour fixer les critères de qualification. Enfin, une Association Médicale Egyptienne (AME) est créée en 1920. Première institution à caractère professionnel et scientifique proprement égyptienne, elle a pour but d'élaborer un code de déontologie professionnelle, de promouvoir la langue arabe comme langue scientifique et de développer la recherche médicale en privilégiant les maladies dont souffre plus particulièrement l'Egypte. Ce dernier objectif manifeste la volonté des membres du corps médical égyptien de s'affirmer comme spécialistes légitimes en matière de santé, en participant directement à l'élaboration d'une définition de ce que l'on doit entendre par maladie et par santé dans leur propre société. Les maladies parasitaires endémiques, extrêmement fréquentes, figurent en tête de cette pathologie égyptienne ; insuffisamment connues du savoir occidental, elles nécessitent une intervention spécifique des médecins égyptiens. En cherchant à faire de l'Egypte un laboratoire de pointe dans l'étude de ces maladies, ceux-ci parviennent à déplacer le regard médical des épidémies aux endémies, offrant la possibilité de fonder une médecine proprement égyptienne, tout en permettant au corps médical autochtone de s'affirmer sur le plan scientifique.

Pour rendre compte de cette pathologie, les animateurs de l'AME mobilisent la bonne volonté et le savoir des médecins de base, particulièrement des praticiens ruraux en contact direct avec la maladie, qui sont invités à exercer une médecine active, voire expérimentale, et non plus une médecine passive et essentiellement défensive. Les connaissances ainsi accumulées permettent à certains des membres de l'élite médicale d'entreprendre des travaux plus ambitieux et de s'intégrer, ainsi, dans la communauté internationale des savants. Par ailleurs, ce travail sur la pathologie parasitaire endémique trouve un prolongement institutionnel dans la création, en 1930, du département de Médecines Tropicale et d'Hygiène, qui deviennent les premières spécialités officiellement reconnues en Egypte, ainsi que dans la mise en place, l'année suivante, du premier Institut de recherche fondamentale, consacré à l'étude de cette même pathologie.

La recherche menée en direction des maladies endémiques permet finalement de dresser un tableau épidémiologique du pays où les maladies les plus fréquentes (bilharziose, tuberculose...) ont des causes moins naturelles que sociales et touchent en priorité certains groupes vulnérables de la population (paysans, enfants...). Un tel tableau souligne l'état «d'arriération» dans lequel se trouve alors l'Egypte et conduit à l'idée de prise en charge collective du risque maladie, dans le cadre d'une véritable politique de santé publique, dont les médecins seraient les seuls experts. Mais ces derniers ont d'abord gagné dans le processus scientifique et institutionnel engagé durant le premier tiers du XXème siècle un prestige social et intellectuel qui constitue, dès lors, l'un des attributs fondamentaux de la profession.

**Des médecins  
dans la société  
égyptienne : identité,  
stéréotypes et image**

Fondée sur des bases nouvelles, la profession médicale égyptienne moderne a dû s'affirmer sur le plan scientifique, tout en se construisant une identité propre. En effet, le transfert de la médecine moderne en Egypte amène une rupture de modèle entre le *hakim* - ce médecin arabe de la tradition classique, formé auprès de maîtres rencontrés au cours de ses pérégrinations et qui maîtrise, en plus de l'art de guérir, l'ensemble des disciplines intellectuelles reconnues par les Arabes - et le nouveau *tabib*, dont la compétence est acquise au sein d'une institution de formation contrôlée par l'Etat, où il reçoit un enseignement standardisé et reposant sur les principes de la médecine occidentale. Produit du système d'enseignement moderne, souvent acculturé par un séjour en Europe, ce médecin adopte les modèles d'excellence hérités de l'Occident. La figure emblématique du médecin qui se dessine sur les bords du Nil est donc celle du praticien privé en milieu urbain, aisé et cultivé, ou mieux encore chirurgien et professeur à l'Ecole de médecine. Ce portrait idéal se heurte cependant aux nécessités pratiques de la couverture sanitaire d'un pays pauvre et essentiellement rural, qui appellent une médecine de première ligne. La médecine égyptienne s'installe déjà sur les bases d'un paradoxe qui oppose à une vocation presque «militante» de la discipline, destinée au service du plus grand nombre, une forte valorisation sociale de la profession.

Ce n'est qu'après avoir adopté les stéréotypes dominants en Occident que la profession médicale égyptienne retrouve un lien avec son passé et s'approprie finalement ce qui constitue son propre héritage. Les découvertes et le travail accumulés par les égyptologues et les orientalistes permettent en effet de dévoiler, dans les premières décennies du XXème siècle, ce que fut la médecine au temps des pharaons, puis au cours du Moyen-Age. Les médecins égyptiens peuvent dès lors se situer dans une généalogie remontant aux origines de l'invention de la médecine et de la démarche scientifique. Le mouvement par lequel ils récupèrent la double légitimité de l'héritage des médecines pharaonique et arabe leur permet de transformer le transfert de la médecine moderne en une sorte de filiation, tout en servant les intérêts d'une conscience nationale naissante.

Les médecins égyptiens n'entendent pas pour autant nier ce qu'ils doivent à l'Occident ; les contacts avec ce dernier, qui continue de monopoliser l'essentiel des progrès et découvertes en matière médicale, demeurent nécessaires. La plupart des membres de cette profession, du moins ceux qui en constituent l'élite, s'inscrivent donc dans un processus d'acculturation, non seulement grâce à des séjours fréquents ou prolongés à l'étranger mais également à travers une connaissance intime des langues et de la culture de l'Europe. Fortement engagés dans le mouvement de renouvellement intellectuel de l'Egypte des années 1920-1930, marqué par l'influence des modèles occidentaux, ils ont joué un rôle d'intermédiaires culturels privilégiés.

Face à cette élite prestigieuse, les médecins de campagne, qui n'ont laissé que de rares témoignages, ont une existence beaucoup plus difficile à saisir. La pratique en milieu rural ne constitue que la première étape de la vie professionnelle, et la rencontre du médecin avec ce milieu est vécue sur le mode du choc social et culturel affectant celui qui pénètre un monde étranger. En effet, les médecins, dans leur grande majorité d'origine bourgeoise et citadine, manifestent incompréhension, voire aversion, face à l'univers opaque du paysan. Finalement, l'angoisse et le découragement qu'ils avouent semblent être le prix à payer pour le passage à une rationalité de type moderne dans un environnement qui fonctionne selon une toute autre logique. L'adoption des stéréotypes occidentaux, ainsi que le développement propre de la profession médicale égyptienne, qui tend vers la valorisation de la pratique de clientèle en ville et des carrières académiques, renforcent le paradoxe d'une double logique, sociale et professionnelle, dont les deux termes sont difficilement conciliables.

De son côté, c'est bien l'image d'une profession bourgeoise, voire aristocratique, en tout cas d'origine étrangère ou «externe», que retient la société égyptienne dans son ensemble. La littérature moderne et le cinéma ne réservent qu'une place marginale au personnage du médecin. Celui-ci, largement célébré ailleurs, n'apparaît en Egypte que dans des registres restreints : il est le personnage-type du bourgeois, symbole de la réussite sociale associée à un caractère bon et généreux. La littérature et le cinéma de la décennie 1960, au cours de laquelle le régime issu de la Révolution de 1952 opère un virage «socialiste», ont cependant tenté de fixer une nouvelle image du médecin, soulignant plus volontiers son rôle de militant social que sa réussite sociale. Une nouvelle génération de médecins-écrivains émerge d'ailleurs au cours de cette même période. Militants ou sympathisants de la gauche égyptienne, leurs œuvres témoignent d'une démarche humaniste qui cherche à réconcilier la médecine avec sa vocation sociale dans un pays qui se veut, plus que jamais, engagé dans un processus de modernisation et de transformation sociale.

La télévision, de loin le média le plus répandu en Egypte, est également le plus étroitement contrôlé par le pouvoir. Celui-ci en fait un canal de diffusion de ses valeurs vers la périphérie. Ainsi, à travers les ondes, qui réservent une place importante aux émissions médicales, la dimension du médecin «missionnaire de la modernité» reprend tout son sens : si l'autocélébration de la profession n'y est jamais négligée, c'est d'abord à son rôle pédagogique que l'on fait appel. Le médecin doit y apparaître comme le seul interlocuteur légitime dans le domaine de la santé. Sa vocation est d'imposer des normes culturelles modernes, autrement dit «à l'occidentale», en matière d'hygiène et de santé. Dans une moindre mesure, la presse écrite sert également de support à cette fonction mais, en abordant le problème des erreurs médicales, elle révèle des rapports moins harmonieux qu'il n'y paraît entre médecins et patients.

Dans son ensemble, la population égyptienne cultive des représentations de la maladie et de la santé bien différentes de celles sur lesquelles repose la médecine moderne. Par ailleurs, malgré les tentatives de délégitimation et de remplacement menées tout au long du processus d'implantation de la médecine moderne, la médecine traditionnelle n'a jamais totalement disparu d'Egypte. Le plus souvent, en cas de maladie, les patients multiplient les recours thérapeutiques ou opèrent un choix en fonction de la gravité ou du type de maladie. Le médecin n'a donc pas le monopole de l'intervention thérapeutique, mais dans la hiérarchie des choix, il reste le recours le plus prisé et jugé le plus fiable. En effet, son traitement est réputé efficace, même si son système de pensée concernant la maladie est fort éloigné de celui de son patient. Cependant son atout principal, le médicament, est généralement introuvable dans les structures publiques de soins. Aussi les patients ont-ils recours de préférence aux praticiens privés. La disqualification du secteur public, en principe pourvoyeur de soins gratuits, exclut désormais toute idéalisation de la profession. A l'inverse, le prix des honoraires à payer dans le secteur privé semble confirmer la réputation d'enrichissement et de réussite sociale attachée à la profession médicale, même si celle-ci est loin d'être exacte et généralisée dans les faits. Ainsi le jugement pratique des patients renvoie, comme en écho, au paradoxe fondateur de la médecine égyptienne.

### Les médecins à l'épreuve de la médicalisation

Les contradictions inhérentes à la double logique qui régit le corps médical égyptien ne facilitent guère la mise en place d'une politique nationale de santé. L'Egypte nationaliste puis indépendante des années 1920-1940 cherche pourtant à engager le pays dans une réforme sanitaire radicale. Le discours sur la réforme, qui s'étend à tous les secteurs de la société, souligne, pour la fustiger, l'arriération dans laquelle se trouve l'Egypte par comparaison à une situation de l'Occident, jugée non seulement bien meilleure mais encore engagée dans un progrès continu. Le thème de la réforme, qui vise à réduire cet écart avec l'Occident, devient explicitement politique et permet finalement la réorganisation et l'agrandissement des structures administratives gérant le domaine de la santé, processus qui aboutit, en 1936, à la création d'un Ministère de la santé. Dans une société encore en grande partie dépourvue de couverture sanitaire, seul l'Etat paraît en mesure de faire face à l'ampleur de la tâche et capable d'étendre les normes de la «civilisation» à l'ensemble de la population.

Les dirigeants de l'Association Médicale Egyptienne investissent rapidement ce nouvel espace politique où s'élabore le discours légitime sur la santé et la maladie, à partir duquel ils entreprennent d'appliquer sur le terrain les résultats des recherches menées en direction de la pathologie «spécifiquement égyptienne». Les paysans, qui représentent alors 85 % de la population globale du pays, sont les plus durement touchés par la pathologie parasitaire endémique et les plus éloignés de l'idéal de la civilisation, tel que se le représente une catégorie privilégiée comme celle des médecins. C'est donc le village, dans lequel vivent la majorité des Egyptiens, qui doit être réformé en priorité. Le village est en effet considéré comme un cloaque pathogène où règne la saleté, où les animaux cohabitent avec les hommes et où ces derniers ignorent encore la privatisation des gestes du corps. Répondant à une logique moins médicale qu'hygiénique, la réforme doit donc passer par une action sur l'espace même du village. Il convient d'y amener l'eau potable pour éviter la contamination parasitaire, d'introduire de nouveaux éléments (latrines, lavoirs...) destinés à engendrer une modification des mœurs et enfin de repenser la structure même des villages afin de réduire la densité et de spécialiser l'espace en fonctions propres et fonctions sales.

A cela s'ajoute la nécessité de pourvoir l'ensemble des zones rurales en personnel médical, dont la tâche serait consacrée non seulement à soigner, mais également à faire évoluer les mœurs dans le sens suggéré par le nouvel espace du village. Ce projet se heurte néanmoins à la résistance passive des médecins, parmi lesquels on compte bien peu de vocations rurales et qui éprouvent une certaine répugnance à l'égard des méthodes préventives, indispensables à la réussite du projet de réforme du village mais peu valorisantes sur le plan professionnel. Ainsi la fonction publique, à l'origine de la formation du corps médical et dont la vocation première est d'assurer la couverture médicale de la province et des catégories **déshéritées**, parvient de plus en plus difficilement à recruter en raison des médiocres conditions qu'elle offre. Les praticiens de province compensent donc cette situation par une pratique simultanée dans le privé, officiellement autorisée, qui seule leur permet d'atteindre l'aisance matérielle et la notabilité auxquelles ils aspirent.

Quoi qu'il en soit, les conditions de la réussite d'un projet national de médicalisation ne sont pas encore réunies dans la mesure où la démographie médicale reste très restreinte. Si la reprise en main de la Faculté de médecine par les **autorités égyptiennes** a permis de mettre fin au *numerus clausus* imposé par les Anglais, le taux de recrutement n'évolue que très lentement tout au long de la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. La réforme du village demeure donc à l'état de projet et les médecins issus de la Faculté du Caire, par goût et par formation, **choisissent** massivement d'exercer en pratique privée de ville ou de mener une carrière académique. Pour beaucoup, ce choix s'avère payant : c'est en effet au cours de cette période que se construisent les grandes fortunes médicales, à l'origine de la formation de véritables dynasties de médecins. Dès lors, la profession médicale devient représentative de la grande bourgeoisie moderniste, issue des institutions de formation «à l'occidentale», qui entretient des rapports étroits avec le monde politique de la période libérale. C'est donc un groupe qui a réussi, socialement et professionnellement, qui se trouve entraîné dans le mouvement de médecine sociale et de salariat initié par la Révolution de 1952.

Celle-ci entreprend, en effet, une réactivation, puis l'application effective du principe de la prise en charge étatique de la santé et du traitement des maladies. L'Etat s'engage désormais à fournir les structures de soins nécessaires à la réalisation d'une couverture médicale globale et équitable. Du même coup, s'opère une sorte de renversement des rôles entre Etat et corps médical. Alors que l'Etat gérât ce que les médecins proposaient, ce sont désormais les médecins qui sont chargés de suivre les priorités imposées par l'Etat. Ce changement de direction implique donc un renoncement à une tradition trop individualiste de la profession et un retour à une vocation plus proprement sociale. Dans l'épreuve de force engagée avec l'Etat, la profession médicale parvient néanmoins à préserver une partie de ses acquis : elle conserve un espace de pratique privée mais la majorité doit admettre de participer à un système général de santé publique dont la première réalisation consiste à étendre le réseau de soins à l'ensemble des zones rurales.

Afin de donner à ce réseau le personnel nécessaire à son fonctionnement, on accélère considérablement la production de médecins. Le nombre des Facultés de médecine passe de 3 en 1960 à 14 aujourd'hui et les effectifs de praticiens explosent, passant de 17 000 en 1963 à 100 500 en 1993, phénomène qui s'accompagne d'un élargissement de la base de recrutement. Cependant, alors que le prestige de la profession reste entier, ainsi que les rêves d'une réussite sociale désormais réputée accessible également aux classes moyennes, la réalité révèle une nette dégradation du niveau d'enseignement et des conditions de pratique. Cette situation de déclassement provoque chez les jeunes diplômés une crise d'identité sans précédent. Le corps médical égyptien tend en effet vers une bipolarisation qui se superpose à un phénomène de génération, opposant les membres d'un *establishment* étroit hérité de la période précédente, qui possèdent l'essentiel des structures privées, à la cohorte des jeunes médecins, formés dans l'Université post-révolutionnaire, obligés d'exercer dans le secteur public en faillite qui n'autorise plus la double pratique. Par manque de moyens financiers, le réseau de soins mis en place par la Révolution s'est considérablement dégradé et n'offre aujourd'hui aux médecins qu'une pratique de pénurie et des salaires dérisoires. Le système public, pourtant fer de lance de la médicalisation, et plus encore dans sa version rurale, où le clivage social avec les paysans demeure intact, constitue désormais le mode de pratique le moins valorisé. Le système est devenu si exsangue que l'on a rétabli l'autorisation de double pratique en 1985. Cette décision s'inscrit dans un mouvement plus général de libéralisation. Cependant, la privatisation a d'abord donné lieu à la création d'hôpitaux à haute technologie, dont les prestations sont réservées aux catégories supérieures et aux étrangers, ce qui ne résout ni les lacunes du système de santé, ni le problème de l'emploi des jeunes médecins. Aussi ceux-ci élaborent-ils eux-mêmes des stratégies leur permettant d'échapper à la médiocrité du secteur public. Tout en gardant généralement leur emploi au sein de celui-ci, la majorité des médecins cumule désormais deux, voire trois modes de pratique. C'est dans ce cadre qu'émerge la médecine dite islamique, formule destinée à pallier les insuffisances de l'Etat en matière de santé, tout en offrant une caution morale au libéralisme et à la profession. En effet, sans rien sacrifier de la biomédecine à l'occidentale, ces structures religieuses de soins offrent des

prestations privées à un coût raisonnable, tout en constituant un important bassin d'emploi pour les jeunes médecins. La recomposition actuelle des modes de pratique autour du modèle libéral tend également à la multiplication des installations en cabinet de clientèle, souvent rendues possibles par une phase d'émigration vers les pays du Golfe. Ce phénomène prend des proportions de plus en plus importantes, non seulement en milieu urbain, bientôt saturé, mais également en province, où l'on assiste, pour la première fois, à une implantation volontaire du corps médical.

**CONCLUSION**

Dans un premier temps, la profession médicale égyptienne a entrepris une double opération de délimitation d'un groupe, à travers un travail social de définition juridique et légale, et de formation d'une identité propre, à travers une série de productions symboliques. Cela l'a conduite à développer une logique prioritairement professionnelle, voire corporatiste. Dans un second temps, ce groupe qui s'est pourtant constitué en vue de l'action médicale perd, à l'épreuve de celle-ci, l'essentiel de ce qui constitue son identité professionnelle. Dans une société construite par le haut, la généralisation des soins implique le renoncement à une discipline d'élite et la profession s'est finalement trouvée trahie par sa propre vocation sociale. Aujourd'hui, la recomposition du paysage médical égyptien se fait autour de réajustements permanents cherchant à concilier au mieux les logiques sociale et professionnelle qui régissent le corps médical, afin de tenter de réunir les conditions d'une médecine juste.

Sylvia CHIFFOLEAU

**REPERES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

- ARLIAUD M.** - *Les médecins*. - Paris, La Découverte, 1987.
- BERARD C.E.** - *Le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte*. - Alexandrie, V. Penasson, 1897.
- BERQUE J.** - *L'Egypte, Impérialisme et Révolution*. - Paris, Gallimard, 1967.
- BOLTANSKI L.** - *Les Cadres. La formation d'un groupe social*. - Paris, Editions de Minuit, 1982.
- CAMAU M., ZAÏM H., BAHRI H.** - *Etat de Santé. Besoin médical et enjeux politiques en Tunisie*. - Marseille, Editions du CNRS, 1990.
- CLOT BEY.** - *Mémoires*. - Publiées et annotées par Jacques TAGER, Le Caire, IFAO, 1948.
- DESROSIÈRES A.** - *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. - Paris, La Découverte, 1993.
- DOLS M.** - *The Black Death in the Middle East*. - Princeton University Press, 1977.
- EL-MEHAIRY T.** - *Medical Doctors. A Study of Role Concept and Job Satisfaction. The Egyptian Case*. - Leiden, E.J. Brill, 1984.
- ELIAS N.** - *La civilisation des mœurs*. - Paris, Calman-Lévy, 1973.
- FOUCAULT M.** - *Naissance de la clinique*. - Paris, PUF, 1988.
- FREIDSON E.** - *La Profession médicale*. - Paris, Payot, 1984.
- HERZLICH C., PIERRET J.** - *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. - Paris, Payot, 1991.
- Islamic code of medical Ethics*. - International Organization of Islamic Medicine, Kuwait, 1981.
- JAGAILLOUX S.** - *La médicalisation de l'Egypte au XIXème siècle (1798-1918)*. - Paris, Editions Recherche sur les civilisations, 1986.
- KHUNKE L.** - *Lives at Risk. Public Health in 19th Century Egypt*. - Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1990.
- LEONARD J.** - *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. - Paris, Aubier Montaigne, 1981.
- MOORE, C.-H.** - *Images of Development. Egyptian Engineers in Search of Industry*. - the MIT Press, Cambridge, 1980.
- MOULIN A.-M.** - «Révolutions médicales et révolutions politiques en Egypte (1865-1917)». - R.E.M.M., 52/53, fév. mars 1989, pp. 111-123.
- MAHFÛZ N.** - *The History of Medical Education in Egypt*. - Le Caire, Government Press, 1935.
- AL-MESSIRI N.** - *Rural Health Care in Egypt*. - Le Caire, AUC Press, 1980.
- PANZAC D.** - «Endémies, épidémies et population en Egypte au XIXème siècle». - *L'Egypte au XIXème siècle*. - Paris, GREPO, Ed. du CNRS, 1982, pp. 83-100.
- REID D.-M.** - *Cairo University and the making of Modern Egypt*. - Le Caire, American University in Cairo Press, 1990.
- ROUSSILLON A.** - «Savoirs réformistes et politique en Egypte au tournant des années 1940». - *Génèses*, 5, septembre 1991, pp. 55-80.
- SADAR M.-H.** - «Science and Islam : is there a conflict ?» - *The Touch of Midas. Science, Values and Environment in Islam and the West*. - Z. Sardar Ed. Manchester University press, 1984, pp. 15-25.
- SONBOL A. El-Azhary.** - *The Creation of a Medical Profession in Egypt, 1800-1922*. - New York, Syracuse University Press, 1991.
- TIGNOR R.-L.** - *Modernization and British Colonial Rule in Egypt, 1882-1914*. - Princeton University Press, New Jersey, 1966.