

Biomédicalisation massive de l'accouchement au Cambodge après 150 ans de résistance

Clémence Schantz*

Ceped, IRD, université de Paris, INSERM ERL1244,
45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France

CEMS, CNRS, EHESS, FRE2023–INSERM U1276, Paris, France

INTRODUCTION

Au cours des années 2000 se produisent deux événements majeurs dans la gestion du corps des femmes par l'État au Cambodge : d'une part, de nombreuses politiques publiques permettent de déplacer très rapidement l'expérience de l'accouchement de la sphère intime et familiale de la maison à la sphère publique et étatique de l'hôpital ; d'autre part, le recours aux biotechnologies (épisiotomies, césariennes) est adopté massivement. Ces mutations médicales et sociales au Cambodge sont concomitantes d'un mouvement global plus large de *biomédicalisation du corps des femmes* puisqu'au XXI^e siècle la médecine ne vise plus uniquement à soigner

* Clémence Schantz est sociologue et sage-femme. Ses recherches portent sur la santé maternelle à travers la biomédicalisation de l'accouchement dans différents contextes (Cambodge, Mali, Bénin), sur les revendications des femmes (notamment à travers le concept de « violences obstétricales ») et sur les alternatives proposées (maisons de naissances et projets d'accouchements « humanisés »). Ses recherches portent également plus largement sur la santé des femmes avec des recherches sur les cancers gynécologiques (cancer du sein et cancer du col de l'utérus).

les corps (processus de médicalisation) mais elle participe à les administrer et à les transformer (processus de biomédicalisation), notamment par le recours accru aux biotechnologies (Clarke *et al.* 2000).

Les objectifs du Millénaire pour le développement des Nations unies (OMD 2000-2015) ont largement contribué à biomédicaliser l'expérience de l'accouchement et l'ont monitorée avec l'un de leurs indicateurs clés : le taux d'accouchements en institutions de santé. De ce point de vue, le Cambodge est considéré comme un « champion » par les Nations unies. Le Cambodge fait partie des neuf pays au monde à avoir atteint la cible 5a des OMD en diminuant de 75 % son taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 (WHO *et al.* 2015). En adoptant une perspective critique envers les indicateurs des OMD, nous montrerons que la biomédicalisation a participé indéniablement à une amélioration de la santé maternelle et infantile au Cambodge mais que cette biomédicalisation peut aussi constituer – dans certaines conditions – une menace pour les droits des femmes.

Cet article propose d'interroger les conditions sociohistoriques qui ont permis cette biomédicalisation massive et rapide de l'accouchement au Cambodge au cours des années 2000 en soulignant les écarts mais aussi les imbrications entre conceptions globales et savoirs locaux. Une question centrale guidera cette réflexion : alors que l'on a assisté à des résistances fortes en provenance de la population cambodgienne envers les injonctions venues de l'extérieur en matière de médicalisation de la naissance au cours du protectorat français (1863-1953), comment expliquer une adoption aussi massive et rapide de celle-ci dès le début des années 2000 ?

Après une première partie détaillant les politiques relatives à la santé maternelle au Cambodge ces 150 dernières années, je décrirai les conditions actuelles d'accouchement des femmes à Phnom Penh où les biotechnologies ont largement pénétré les pratiques professionnelles. En effet, la pratique de l'épisiotomie¹ est systématique, et une pratique souterraine de périnéorraphie² est fréquente. Enfin, les accouchements par césarienne ont triplé en quinze ans dans la capitale et l'on assiste aujourd'hui à une forte demande sociale de césarienne. J'expliquerai que ces différentes pratiques s'inscrivent dans une éthique du soin où le soignant se pense comme un technicien et non comme un moralisateur. Ce constat permettra de montrer que l'ambition d'universalisme des institutions internationales se heurte à une réalité locale. Nous documenterons enfin le succès de la médecine privée à Phnom Penh qui place la patiente dans une relation plus personnalisée et sociale comme celle qui caractérise la relation entre le soignant traditionnel (*kru khmaer*) et le malade où la confiance mutuelle est centrale, et avec des maternités privées ayant réussi à réintroduire une dimension intime et familiale.

MÉTHODOLOGIE

Cet article s'appuie sur plusieurs enquêtes de terrain (11 mois au total) à Phnom Penh et en Kandal entre 2013 et 2016 dans le cadre d'une recherche doctorale de sociologie. Des observations participantes ont été menées dans quatre

maternités privées et publiques de Phnom Penh en consultations prénatales, en salles de naissances, au bloc opératoire, et dans les services d'hospitalisation (post-partum). Lors de cette recherche doctorale, j'ai mené des entretiens semi-directifs auprès de 84 personnes, qui étaient des femmes ouvrières, ménagères, agricultrices (66) et des hommes chauffeurs de tuk tuk, chefs de villages, administratifs (18). Parmi les 84 enquêtés, figuraient également des sages-femmes (9), des infirmières (3) et des obstétriciens (16). Les entretiens avec les obstétriciens ont été menés en français ; tous les autres ont été menés avec une traductrice avec qui j'ai travaillé tout au long de cette recherche. Tous les entretiens sauf un (pour refus) ont été enregistrés et retranscrits dans leur totalité. Cette recherche a été validée le 6 mai 2014 par le Comité national d'éthique du ministère de la Santé du Cambodge sous le numéro 0130. Des restitutions auprès des soignants ont été organisées dans les hôpitaux à la fin de chaque terrain de recherche, ainsi qu'à l'issue de la thèse afin de partager les résultats avec les professionnels de santé et les décideurs politiques.

150 ANS D'EFFORTS DE (BIO)MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT

Depuis 150 ans, différents régimes successifs tentent de médicaliser l'accouchement au Cambodge en voulant notamment déplacer l'expérience de la naissance de l'intimité de la maison à l'hôpital. Ces efforts ont débuté au cours du protectorat français (1863-1953) avec l'instauration de la médecine occidentale au Cambodge.

Médecine et protectorat français : premières politiques de médicalisation de l'accouchement

Au début du xx^e siècle, la santé des femmes au Cambodge est apparue comme pré-occupante pour l'État français qui voulait soutenir la croissance économique de ce territoire et protéger la santé des militaires français qui contractaient fréquemment des maladies vénériennes³ au cours de leurs séjours au Cambodge (Au 2011 : 120). Dans ce mouvement de médicalisation de la santé des femmes au Cambodge, la France décide de médicaliser la grossesse et l'accouchement à travers différentes mesures que je détaillerai succinctement.

Les années 1900 : premières maternités « occidentalisées » à Phnom Penh

La première maternité construite selon les « normes occidentales » ouvre à Phnom Penh en 1906 : il s'agit de la Société de protection de la natalité indigène (Au 2011 : 120). Cette structure est un lieu d'accouchement mais aussi un lieu de formation pour les sages-femmes « indigènes » selon les normes médicales françaises (*ibid.*). La création de cette structure marque le premier geste politique fort au Cambodge pour amener les femmes à accoucher dans la sphère publique. Le conseil des ministres cambodgien annonce l'existence de cette nouvelle maternité

à tous les chefs de villages, et l'élite cambodgienne rédige une lettre vantant la largesse de la France qui permet aux femmes cambodgiennes d'accoucher gratuitement. Quelques années plus tard, la Société de protection de la natalité indigène est rebaptisée Société de protection maternelle et infantile au Cambodge, afin de souligner également l'intérêt pour la santé des enfants.

Des princesses comme sages-femmes

Malgré la gratuité du lieu, la fréquentation y est très faible. Il a alors été décidé de verser de l'argent aux femmes qui viennent y accoucher, ainsi qu'un trousseau pour la naissance. Durant les premières années, la maternité réalise moins d'un accouchement par jour en moyenne. La structure est rebaptisée maternité Ernest Roume en 1919 et est annexée à l'hôpital mixte de Phnom Penh⁴ (Au 2011 : 120). Le rapport annuel du service médical de 1922 déclare qu'il est quasiment impossible de convaincre les femmes khmères de venir accoucher à l'hôpital. Une nouvelle mesure est alors initiée : deux princesses, arrière petites filles du roi Sisowath, sont recrutées comme sages-femmes honorifiques à la maternité Ernest Roume. Cette mesure a pour objectif de prouver à la population khmère que la profession de sage-femme est digne et honorable (Ovesen & Trankell 2010 : 175). Mais cette initiative resta sans succès. Les différents rites⁵ dans lesquels s'inscrivait la naissance n'ont pas été pris en considération par l'administration coloniale ce qui a probablement constitué un frein à cette médicalisation de l'accouchement (Au 2011 ; Ovesen & Trankell 2010). La naissance était uniquement considérée par l'administration française comme un évènement médical, alors que sa dimension sociale, notamment à travers la religion populaire khmère et les nombreux êtres surnaturels et esprits qui peuplent le monde khmer (Menaut 1930 ; Ang 1982b), était alors primordiale. Ainsi, malgré tous ces efforts politiques et les incitations financières mentionnées plus haut, cette initiative de médicalisation de l'accouchement n'a pas été suivie par la population khmère et la médecine française ne comprit pas cette désertification.

1924 : première école de sages-femmes à Phnom Penh

Située dans les locaux de la maternité Ernest Roume, la première école de sages-femmes ouvre ses portes à Phnom Penh en 1924. Cette école est principalement créée afin de former des sages-femmes cambodgiennes et d'inciter les femmes à venir accoucher dans cette maternité avec leur accompagnante, dans la lignée de la politique de médicalisation de l'accouchement mise en place quelques années plus tôt. Un nouveau corps professionnel est alors formé au Cambodge : les « sages-femmes », hospitalières, étatiques, dont le savoir est contrôlé par l'institution, en opposition aux « accoucheuses » traditionnelles, les *chhmob boran*, non maîtrisées par l'État. Nous reviendrons sur ce point.

Avant l'ouverture de cette école de sages-femmes à Phnom Penh, les sages-femmes hospitalières étaient presque toutes vietnamiennes ce qui constituait un

frein supplémentaire à la médicalisation de l'accouchement, un climat de tensions existant depuis des siècles entre le Cambodge et le Viêt Nam⁶. Les candidates à l'école devaient savoir écrire, lire et parler le français, être titulaires d'un certificat obtenu à l'école primaire et avoir entre 18 et 25 ans. Mais face au nombre très réduit de candidates se présentant chaque année, des aménagements ont été faits dans les règles ainsi que des exceptions. En 1929, soit cinq années après l'ouverture de l'école, seules trois candidates s'étaient présentées et bien que la nationalité cambodgienne soit favorisée, en 1931 seule une candidate sur cinq était cambodgienne (Au 2011 : 144). Sokhieng Au en déduit que les jeunes filles cambodgiennes qui souhaitaient devenir accoucheuses préféraient être formées par les accoucheuses traditionnelles. En 1933, l'école de sages-femmes fut fermée, faute de candidate.

Pour les Khmers, la naissance n'était pas un événement médical mais social ; la maïeutique ne pouvait donc pas constituer une profession en tant que telle (Ovesen & Trankell 2010). Être sage-femme supposait une maturité sociale acquise par sa propre expérience de l'accouchement, mais aussi l'appel d'un esprit (*ibid.* : 169). Une sage-femme traditionnelle (*chhmob boran*) explique :

J'ai 68 ans et je suis *chhmob boran*. Je n'ai pas appris, mais je peux le faire. [J'ai commencé ce métier] à 30 ans. J'ai eu trois enfants, des fils. Pas de fille. Donc j'ai commencé à être *chhmob boran* après avoir eu mes enfants. Personne [ne m'a appris]. J'ai appris toute seule. C'est important que vous notiez tout ce que je vous dis. Personne ne me l'a appris, pas une autre sage-femme, pas une amie. Personne ; moi seule [...]. Mon neveu habite à Oudong. Et là habite un esprit. Cet esprit est dans le corps de mon neveu. Donc toutes les deux semaines, je vais voir mon neveu car cet esprit me parle. Peut-être qu'il y a quelque chose de lié à l'esprit qui est dans le corps de mon neveu. Et je me demande s'il n'y a pas aussi un esprit qui est venu dans mon corps à ce moment-là. Et c'est à partir de là que j'ai su tous les gestes. (Sage-femme, 68 ans, Kandal, 2015.)

Au début du xx^e siècle, cette conception spirituelle et sociale de la naissance était difficilement compatible avec le schéma médical et hygiéniste français, et peut expliquer cet échec de la France à implanter des maternités et à former des sages-femmes « occidentales » au Cambodge (Ovesen & Trankell 2010). Ainsi, malgré les efforts de la France qui a voulu faire de la grossesse et de l'accouchement une affaire médicale, avec notamment la mise en place de programmes pour améliorer la santé maternelle et infantile, cette transformation n'a pas eu lieu au cours du protectorat français.

Formation de personnels médicaux et constructions d'infrastructures durant le Sangkum du prince Norodom Sihanouk (1953-1970)

Au moment de l'indépendance du Cambodge en 1953, très peu de médecins et de sages-femmes sont formés dans le pays, contrairement au Viêt Nam voisin qui a largement embrassé cette formation avec la création d'une nouvelle élite sociale médicale, en admettant l'idée d'une « rupture nécessaire avec le passé et l'occi-

dentalisation inéluctable » (Guillou 2013a : 107). Cependant, au cours des années suivantes, on assiste à une augmentation du nombre de personnels soignants au Cambodge et à une réelle politique d'investissement dans la santé par le prince Sihanouk qui se traduit par de nombreuses constructions d'infrastructures de santé dans le pays.

En 1962, une faculté de médecine à Phnom Penh est créée (Crochet 2001 : 183). Durant les dix-sept ans que va durer le Sangkum, le nombre de médecins cambodgiens est multiplié par quinze, celui des infirmières et des sages-femmes quintuple, et le pays se couvre de structures médicales : dispensaires (553 en 1969), hôpitaux (63 à la même date), laboratoires d'analyse, usine de fabrication de solutés (Martin 1989 ; Crochet 2001 ; Guillou 2009 : 43). Grâce à la création d'un corps professionnel de 1 150 accoucheuses rurales, la mortalité infantile diminue (Meyer 1971 : 169). Cependant, malgré le succès apparent de ces nouvelles constructions, les bâtiments sont souvent vides et on assiste dans le même temps au déploiement d'une médecine libérale qui contribue à appauvrir la population. Les médecins vont s'inventer une nouvelle place dans la société qu'Anne Yvonne Guillou qualifiera de « fonctionnaires-entrepreneurs » (Guillou 2009 : 43). En effet, les médecins, salariés de l'État, sont autorisés officieusement à pratiquer des soins privés en dehors de leurs horaires de travail. Tous sont alors propriétaires d'un cabinet en ville, comme cela se retrouve aujourd'hui. Mais le développement de cette médecine privée a entraîné un absentéisme dans les locaux officiels, notamment dans les hôpitaux (Crochet 2001 : 185). On assiste alors à un tournant important dans la profession de médecin et A. Y. Guillou écrit que :

[...] leur profession, dont les désavantages étaient trop importants sous le protectorat pour susciter de nombreuses vocations – études longues en terre étrangère, pour un emploi mal payé et contrôlé par les Français [...] est alors en passe de devenir l'une des plus valorisées sous le Sangkum. (Guillou 2009 : 49.)

On assiste donc pendant la quinzaine d'années que constitue la période du Sangkum à des réalisations sanitaires importantes et à l'ébauche d'une définition socio-professionnelle des médecins cambodgiens, avec la création d'une nouvelle élite sociale et économique. Mais cette évolution sera de courte durée et brutalement interrompue au cours des dix années suivantes par trois ruptures successives qui, à chaque fois, ont déstructuré profondément l'organisation sociale cambodgienne, son service public et son système de santé : la destitution du prince Sihanouk en 1970 avec le coup d'État de Lon Nol, le régime des Khmers rouges de 1975 à 1979, et enfin le régime communiste pro-vietnamien entre 1979 et 1989 (Guillou 2009 : 50).

Accoucher pendant les années noires du Cambodge : 1970-1979

Au début des années 1970, une guerre civile éclate au Cambodge, et les hôpitaux sont vite saturés de blessés. On assiste alors à un « dérapage » de la profession avec un repli des médecins sur la pratique privée et la quête de séjours d'étude hors du

pays (Guillou 2009 : 51). Des termes souvent durs, comme négligence, corruption, caractérisent la médecine de la fin des années 1960 (Martin 1989 : 80). Le régime du Kampuchéa démocratique (régime des Khmers rouges) fut établi en avril 1975 et durera près de quatre années au cours desquelles 1,9 million de Cambodgiens décéderont d'exécutions massives ou de famine, ce qui représente alors 21 % de la population (Heuveline 2015).

Une grande partie des ressources intellectuelles⁷ du pays fut dilapidée en quelques années. D'après Soizick Crochet, seuls cinquante-quatre médecins sur 487 présents avant 1975 avaient survécu en 1979. Cependant, un nombre important d'entre eux s'était réfugié en France, mais ce nombre est inconnu (Crochet 2001 : 195). Ceux qui survécurent au Cambodge furent envoyés dans des coopératives pour travailler comme ouvriers agricoles. Très rapidement, on assiste dans le pays à une abolition quasi totale de la médecine moderne, nourrie par la mauvaise image de ce que représentait le personnel médical d'avant 1970, cette image ayant été elle-même nourrie par le « dérapage » de la profession énoncé précédemment. Mais toute la population ne fut pas concernée par cette abolition de la médecine moderne ; ce ne fut notamment pas le cas pour les dirigeants du régime khmer rouge (Guillou 2009 : 67).

Au cours de cette période, la santé des femmes, comme celle de l'ensemble de la population était précaire, notamment avec une malnutrition chronique durant le régime. On peut lire que de nombreuses femmes non enceintes étaient en aménorrhée et que celles qui allaitaient manquaient de lait (Leng 1982 ; Crochet 2001 ; Short 2007). Les grossesses furent peu nombreuses pendant le régime⁸ et avec les nombreux décès, les dirigeants prirent conscience d'une menace de dépeuplement du pays. Ils mirent alors au point une stratégie :

Il en allait de la naissance comme de la mort : quand les femmes avaient encore leurs règles, les cadres notaient les dates pour que leurs maris aillent passer la nuit avec elles au moment où elles avaient le plus de chances d'être fécondes, afin d'assurer l'augmentation de la population. (Short 2007 : 416.)

Concernant les récits d'accouchements retrouvés dans la littérature, on observe diverses modalités, certaines femmes ayant pu être assistées par des sages-femmes avec la permission des chefs de village ou de coopérative (Crochet 2001 : 197), d'autres avec des *chhmob boran* (Simon-Barouh 1990).

La politique de santé sous le protectorat vietnamien : 1979-1989

En 1979, le Cambodge devient la République populaire du Kampuchéa (RPK), puis l'État du Cambodge (EDC). Il se remet de ses blessures, avec les Vietnamiens comme protecteurs. En effet, le 7 janvier 1979, l'armée vietnamienne libère le Cambodge mais va l'occuper pendant dix ans.

La politique mise en place au moment de la libération du Cambodge par le Viêt Nam fut celle d'un régime socialiste avec une étatisation de la médecine, officiellement gratuite et accessible à tous, et un partage de la pénurie. Mais un

partage où certains recevaient tout de même plus que d'autres (Crochet 2001 : 234). Les médecins sont encouragés à reprendre leur activité clinique à partir de 1979. Ces anciens médecins vont souvent être déçus car ils espéraient après le régime des Khmers rouges occuper des places au plus haut niveau de l'État (fonctions ministérielles); ils sont plutôt amenés à occuper des fonctions d'encadrement dans les hôpitaux ou dans l'enseignement (Guillou 2009 : 74). Pendant plusieurs mois, le salaire de ces médecins sera versé en kilos de riz, le riz constituant alors la monnaie nationale jusqu'à la réintroduction du riel en mars 1980 (Guillou 2009 : 74).

Reconstruire le système de santé sur du vide

En 1979, le personnel médical survivant est composé d'une quarantaine de médecins de formation scientifique, une vingtaine de pharmaciens, une trentaine de dentistes, cent vingt sages-femmes et deux mille infirmiers (Guillou 2009 : 74). Les étudiants dont la formation a été arrêtée par le régime des Khmers rouges sont appelés à compléter leur cursus dès la réouverture de la faculté de médecine en janvier 1980 après que celle-ci a été nettoyée et remise en ordre. Un stage essentiellement idéologique est prévu pour les étudiants qui étaient en dernière année de cursus afin qu'ils soient rapidement diplômés, qu'ils puissent rejoindre l'équipe enseignante et prendre la direction d'hôpitaux.

La formation dispensée durant ces premières années est décrite comme de mauvaise qualité et non adaptée aux besoins locaux (Crochet 2001 : 238). Comme nous l'avons noté précédemment, les anciens étudiants qui étaient proches de la fin de leurs études en avril 1975 sont invités à compléter les effectifs insuffisants des soignants de formation scientifique rescapés afin de pallier cette pénurie de personnel soignant (Guillou 2009 : 81). Le corps des auxiliaires est donc créé (*ibid.* : 83). Il est présenté comme nouveau, mais en fin de compte, il reproduit la tradition des « officiers de santé », de statut intermédiaire entre les docteurs et les infirmiers, comme au temps du protectorat français. La langue d'enseignement est le français.

L'enseignement médical apparaît alors comme abstrait, sans vie, d'autant plus détaché de la réalité qu'il s'effectue dans une langue étrangère mal maîtrisée et que les hôpitaux censés encadrer les stages pratiques des élèves et des étudiants sont débordés par les demandes. (Guillou 2009 : 84.)

En 2016, l'apprentissage de la langue française occupe toujours une très grande place dans les trois premières années d'enseignement. Dans le programme officiel des études de médecine édité en 2014, les cours de français représentent 90 heures de cours sur 450 heures au total la première année, 100 sur 628 la deuxième, et 100 sur 688 la troisième (Schantz 2020a).

Une École centrale des cadres sanitaires ouvre en 1980 et formera des infirmiers, sages-femmes et techniciens de laboratoire (Guillou 2009 : 84). Mais de la même façon que pour les médecins, les niveaux de recrutement et de formation pour les infirmiers et les sages-femmes seront modifiés régulièrement au cours des années suivantes.

Les années 1990 et le début d'une politique libérale de santé

Le 26 septembre 1989, les troupes vietnamiennes quittent officiellement le Cambodge et les « Accords de Paris » du 21 octobre 1991 placent le pays sous une autorité provisoire des Nations unies pour le Cambodge (APRONUC). Des élections libres se tiennent en 1993 et le prince Sihanouk remonte sur le trône pour la deuxième fois (monarchie parlementaire). Dans la littérature, les différentes descriptions du système de santé et de la politique menée au début des années 1990 sont assez pessimistes. Le contexte cambodgien est alors particulier par le nombre très important d'ONG présentes dans le pays, et par la faiblesse de l'État à ce moment-là, ce qui contribua à leur conférer légitimité et pouvoir. S. Crochet décrit une « balkanisation » du secteur médical au Cambodge qui offre « le spectacle insolite du plus grand nombre de bons Samaritains au kilomètre carré dans le monde » (Crochet 2008 : 363).

Une influence postcoloniale

Comme nous l'avons vu, les cours de français occupent une place importante pendant les trois premières années de médecine dont le programme a été importé par la France en 1991. D'autre part, le programme de la spécialité de gynécologie obstétrique est conçu conjointement par le ministère de la Santé du Cambodge et le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF). Dans le programme 2009-2012, le comité technique est composé de cinq médecins cambodgiens et huit médecins français. Il y est écrit que :

Ce programme est celui d'étude supérieure de Gynécologie Obstétrique adopté par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français adapté au Cambodge. La durée d'enseignement théorique est de 3 ans dont la première année est commune au DES de Pédiatrie et a lieu à la Faculté de Médecine de l'Université des Sciences de la Santé de Phnom Penh. Cet enseignement est organisé et réalisé par les enseignants de la Faculté de Médecine de Phnom Penh et ceux des facultés de Médecine d'Angers, Bordeaux, Marseille, Poitiers, Rennes et Tours ». (Descamps, Eng, & Seang 2009 : 2.)

Il est ajouté que :

Le CNGOF : Fournit des documents pédagogiques : Livres, CD d'échographie, DVD de techniques chirurgicales ou obstétricales ; Finance tous les ans le voyage de deux enseignants qui participent aux journées Santé Cambodge et assurent l'enseignement d'un module ; Recherche les postes de FFI⁹ et assure l'accueil des étudiants en France ; Coordonne les missions d'enseignements ou de formation continue en Gynécologie Obstétrique au Cambodge. (*Ibid.*)

La France est donc toujours très présente dans les universités et les hôpitaux au cours des années 1990 et 2000, ainsi que dans la formation des gynécologues obstétriciens au Cambodge. On assiste cependant aujourd'hui à son retrait progressif et

de nouveaux pays investissent la santé au Cambodge, notamment des pays d'Asie comme le Japon, la Corée du Sud, Singapour, mais aussi l'Australie.

Le développement d'une médecine privée non régulée

En 1996, une nouvelle politique économique instaure un système de recouvrement des coûts dans le service public hospitalier. La libéralisation et l'ouverture du pays, et cette étatisation de la santé contribuent à développer une privatisation de la santé au cours des années 1990 au Cambodge (Crochet 2001 : 241). En effet, les soins devenant payants à l'hôpital public, certains acteurs se tournent vers la médecine privée qui sera légalement reconnue pour la première fois dans les années 2000 (Guillou 2009 : 105). En 2008, ce système de recouvrement des coûts est installé dans la quasi-totalité des institutions médicales publiques du Cambodge (Bigdeli & Ir 2010) et le coût de la santé se répercute alors lourdement sur les familles.

La multiplication de politiques nationales et internationales de santé

Dans la lignée de la politique libérale entamée dans les années 1990, l'État met en place à partir des années 1995 des réformes de santé majeures dans un contexte de plus en plus globalisé. On peut citer des politiques « générales » comme le plan de couverture sanitaire de 1996, les nombreuses mesures d'exemptions de paiement pour les personnes les plus démunies (« indigents ») et fonds de sécurité, mais aussi des programmes plus « spécifiques » comme les programmes nationaux de santé sexuelle et reproductive qui visent à améliorer la prévalence contraceptive, le nombre de consultations prénatales et le taux d'accouchements médicalisés¹⁰. On peut noter aussi qu'à la suite de la politique de planification familiale de 1995, la loi sur l'avortement de 1997 autorise les avortements volontaires de grossesse. Le Cambodge est aujourd'hui un des pays d'Asie ayant la loi la plus libérale concernant la pratique de l'avortement, même si les conditions d'accès à la pratique pour les femmes sont limitées (Delvaux *et al.* 2003 ; Fetters *et al.* 2008). Les avortements sont régulièrement réalisés avec du matériel en mauvais état et par du personnel non formé à cette pratique (Hancart Petit 2010a ; 2010b).

LES ANNÉES 2000 : INSTITUTIONNALISATION DE L'ACCOUCHEMENT ET RECOURS ACCRU AUX BIOTECHNOLOGIES

Au cours des années 2010, le système de santé au Cambodge est mixte, alliant un réseau hospitalier public et des cabinets et cliniques privés. En 2014, le pays compte 185 hôpitaux de référence (dont treize à Phnom Penh) et 1 105 centres de santé (dont trente-trois à Phnom Penh) ; 1 754 cabinets privés et huit maternités privées (Department of Planning & Health Information March 2015). On constate donc que le nombre de cabinets privés est supérieur au nombre d'hôpitaux et centres de santé. La médecine privée est en plein essor, en particulier à Phnom

Penh. À partir des années 2000, le taux de mortalité maternelle élevé – estimé à 437 morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes – (NIS, DGH and ICF International 2001) inquiète les autorités politiques qui font face dans le même temps à une pénurie de sages-femmes dans le pays. De nombreuses mesures sont alors mises en place afin de former puis de recruter dans les centres de santé des sages-femmes. Ces mesures permettent au Cambodge d'atteindre de nombreux objectifs de santé globale : en 2011, le Cambodge compte six sages-femmes pour 1 000 naissances et en 2013, 75 % des centres de santé emploient une sage-femme (World Health Organization 2015). Enfin, à la suite du baby-boom de l'après-guerre avec un indice synthétique de fécondité (ISF) autour de sept enfants par femme dans les années 1980 (Heuveline & Poch 2007), l'ISF a diminué de façon régulière au Cambodge et il était de 2,7 enfants par femme en 2014 au niveau national (2,1 en milieu urbain (Phnom Penh : 2,0) et 2,9 en milieu rural (National Institute of Statistics, Directorate General for Health ; ICF Macro 2015).

Nous allons maintenant revenir de façon plus détaillée sur deux événements majeurs qui ont marqué la gestion du corps des femmes au Cambodge au cours de ces années 2000 : d'une part, le déplacement très rapide de l'accouchement de la sphère familiale à la sphère étatique de l'hôpital et, d'autre part, l'adoption rapide et massive des biotechnologies.

L'expérience de l'accouchement, un événement qui se déroule désormais en institution de santé

Les politiques de santé sexuelle et reproductive des années 1990 ont été prolongées par un élan plus global de biomédicalisation de l'accouchement auquel les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies (2000-2015) ont largement contribué. Parmi ces OMD, l'OMD 5 « Améliorer la santé maternelle » repose sur plusieurs indicateurs dont le taux de naissances assistées par un personnel soignant qualifié. On assiste au cours des années 2000 à un impact fort de la globalisation des politiques de santé, et les Enquêtes démographiques de santé (EDS) successives au Cambodge attestent de l'évolution très rapide du déplacement de l'accouchement de la maison à l'hôpital : alors qu'en 2000, 10 % des accouchements sont assistés par du personnel de santé « qualifié », ce taux passe à 89 % lors de l'EDS de 2014. Autrement dit, au niveau national, au début des années 2000, neuf femmes sur dix accouchent à domicile ; quinze ans plus tard, il ne s'agit plus que d'une femme sur dix. Il s'agit ici d'une rupture brutale, entraînant des remaniements sociaux importants.

Une réinterprétation locale des dispositifs de santé

Au cours de ces années 2000, le recours aux biotechnologies est très important dans les hôpitaux. Les conceptions de santé globale et de recours aux dispositifs de santé ont été adoptées localement, mais pas de façon passive. Ces politiques ont été réinterprétées localement, en fonction des contraintes liées aux infrastructures, à

l'organisation des soins, mais aussi aux savoirs vernaculaires qui s'inscrivent dans une conception (en partie) humorale du corps. On assiste alors à une pratique du soin où cohabitent différents savoirs globaux et locaux. Nous verrons plus loin que cette réappropriation concerne les pratiques mais aussi les infrastructures (privées).

La pratique de l'épisiotomie est systématique à Phnom Penh puisque le taux d'épisiotomie dépasse les 90 % dans plusieurs maternités. La pratique ne dépend ni des caractéristiques médicales des patientes ni de celles du fœtus (Schantz *et al.* 2015). Cette pratique systématique s'explique d'une part par des facteurs organisationnels avec des salles de naissances surchargées et des soignants sous pressions qui souhaitent gagner du temps avec le recours aux biotechnologies. En effet, couper le périnée des femmes à l'aide de ciseaux évite d'attendre plusieurs longues minutes que le périnée s'assouplisse sous la pression du fœtus (le plus souvent sous la pression de la tête fœtale). Dans la plus grande maternité de Phnom Penh, le nombre d'accouchements est passé de 3 220 accouchements par an en 2003 à 11 080 accouchements par an en 2015 (données issues de registres médicaux, pour plus de détails voir Schantz [2020a]). Malgré les efforts permanents de restructuration des infrastructures avec de nombreuses constructions de bâtiments, les salles de naissances sont saturées et les soignants mobilisent l'épisiotomie comme une variable d'ajustement de leur temps. D'autre part, des facteurs socioculturels expliquent également cette pratique au Cambodge. La perception d'un « vagin khmer » particulièrement étroit et rigide, les critères de beauté féminine associés à un vagin qui doit être très serré, et des scripts sexuels reposant essentiellement sur une sexualité pénétrative, participent au succès de la pratique. Celle-ci n'est pas remise en question par les sages-femmes et les obstétriciens et elle s'inscrit dans des rapports de genre fortement inégalitaires où les femmes incorporent dès l'enfance la violence structurelle de la société (Schantz 2020a).

La pratique de la césarienne est également répandue et en forte hausse dans la capitale. Dans quatre maternités de Phnom Penh, le taux de césarienne est passé de 9 % à 27 % entre 2000 et 2015. Différents facteurs non médicaux déterminent cette pratique et participent à la construction d'une « demande » de césarienne chez les femmes et leur famille : la croyance que la césarienne est plus sûre pour la mère et l'enfant qu'un accouchement par voie basse ; le souhait de maintenir un vagin étroit ; la possibilité de choisir la date (et souvent l'heure) de la naissance de son enfant¹¹ ; la peur de l'accouchement par voie basse ; et la douleur des contractions en cours de travail (Schantz *et al.* 2016). On peut aussi noter la cascade de recours à la biotechnologie qu'entraîne la biotechnologie elle-même. En effet, j'ai observé un usage important de l'échographie prénatale par les femmes qui en font parfois une dizaine au cours de leur grossesse afin de « voir » leur enfant, et de « tester » les différents soignants et les centres de santé. Ces échographies répondent à une demande sociale et ne sont pas « médicalement nécessaires ». Elles entraînent alors des césariennes elles aussi « non justifiées » d'un point de vue médical. Par exemple, un médecin qui dit à une patiente que son bébé a une « grosse tête » suscite parfois une angoisse chez cette femme, ce qui participe à la construction d'une demande de césarienne.

Enfin, un recours fréquent à la périnéorraphie a été observé dans la capitale. La périnéorraphie est une chirurgie qui vise à couper et à retirer une partie du périnée (muqueuse vaginale et/ou muscles releveurs de l'anus) afin de resserrer l'orifice vaginal. Dans le contexte très spécifique du Cambodge où elle a été détournée de son usage médical pour satisfaire le plaisir sexuel masculin, cette pratique peut être qualifiée de mutilation génitale féminine (MGF) si l'on adopte la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Organisation mondiale de la santé 2008). Elle s'inscrit dans une symbolique du corps où les orifices doivent être maîtrisés et dans des rapports de genre où les femmes souhaitent « garder » leur mari à la maison en augmentant leur attractivité sexuelle (Schantz 2016, 2020b).

Un modelage des corps

Les trois biotechnologies décrites ci-dessus font système : elles s'inscrivent dans une même symbolique du corps et dans les mêmes rapports de genre inégalitaires (Schantz 2020a). Le bistouri incise le corps des femmes et concourt à le modeler, à le façonner. On dépasse bien ici la seule *médicalisation* qui viserait à soigner ; ces pratiques s'inscrivent dans la *biomédicalisation* des corps qui vise non plus seulement à soigner mais aussi à administrer et à transformer les corps par le recours à la biotechnologie (Clarke *et al.* 2000). Nous allons maintenant voir ce qui caractérise dans les années 2010 les relations entre soignants et soignées au Cambodge ainsi que la dimension sociale du soin biomédical. Ces éléments nous permettront de contextualiser et ainsi d'apporter des éléments d'explications aux pratiques décrites ici en santé maternelle.

Les dimensions sociales des pratiques de santé maternelle

Nous avons vu que la profession de soignant au Cambodge est le produit de tout un processus historique, fait de ruptures et de régimes successifs (Guillou 2013b) et diverses figures thérapeutiques composent les différentes médecines qui coexistent aujourd'hui dans le pays (Guillou 2009 ; Ovesen & Trankell 2010). Les techniques biomédicales ont été importées de l'extérieur, notamment – mais non uniquement – de la France. Cependant la relation soignant-soigné qui les accompagne n'a pas été adoptée ; le système médical s'est réapproprié ces techniques dans un contexte social différent. On assiste à une khmérisation de la biomédecine ou à une indigénisation de la biomédecine (« *indigenization of biomedicine* », Ovesen & Trankell 2010 : 7), tant dans les infrastructures privées que dans les pratiques. Cette khmérisation se fait sous l'influence des soignants et des patients avec une dimension à la fois sociologique, historique, culturelle et médicale (*ibid.*). Nous allons maintenant en décrire certains aspects.

Une éthique locale du soin

A. Y. Guillou décrit des tensions fortes au Cambodge à la fin des années 1990-début des années 2000 entre les nombreuses ONG présentes, l'idéologie humanitaire occidentale qu'elles véhiculent et la réalité concrète dans les hôpitaux où l'éthique du don prévaut (Guillou 2013b). Selon l'auteur, les discordances de conception en matière d'éthique médicale entre Occidentaux et Cambodgiens représentent un point de conflit et d'incompréhension majeur à cette époque (Guillou 2013b : 407). Cependant, à propos de la « corruption », de la circulation informelle d'argent dans les hôpitaux, A. Y. Guillou rappelle que dans les années 1990, les médecins et infirmiers ont un salaire misérable, qui ne leur permet pas de subvenir à leurs besoins (Guillou 2013b : 409). C'est dans ce contexte que s'est mise en place une éthique du don avec des patients et leur famille qui remettent des petits cadeaux aux soignants, ce que font également les ONG elles-mêmes. A. Y. Guillou explique aussi que ces relations soignants-soignés doivent être contextualisées, notamment par l'économie affective khmère qui est largement influencée par le bouddhisme. À titre d'exemple, le don est omniprésent dans la société khmère et il permet de se constituer un bon karma pour la vie future. Il y a dans la société une redistribution des richesses, avec en bout de chaîne le don de nourriture et d'aumônes aux bonzes, et cette redistribution permet à toute personne d'accumuler un bon karma. Le don est donc central dans la société khmère et particulièrement pour le donneur. Dans ce contexte, les dons de cadeaux et d'argent sont très différemment pensés de ce que l'on peut observer dans d'autres sociétés. Ainsi, l'ambition d'universalisme de l'éthique médicale occidentale se heurte à la réalité locale. Afin de relativiser l'influence occidentale, A. Y. Guillou note que le Cambodge postcolonial s'est d'abord construit autour d'un bouddhisme modernisé et d'une monarchie réinterprétée, au lieu de se construire autour de pratiques scientifiques et d'idéologies occidentales (Guillou 2013b : 408).

Le choix du métier de soignant : une vocation médicale ?

Dans les entretiens menés entre 2013 et 2016, très peu de soignants interrogés ont dit avoir choisi ce métier par *vocation*. A. Y. Guillou (2013b) note que l'idéologie de « vocation médicale » est une idée occidentale, et que la majorité des médecins qu'elle a interrogés ont évoqué d'autres motivations (Guillou 2013b). D'abord, la possibilité de soigner sa famille, ensuite le souhait d'avoir un salaire élevé. Ainsi, le choix du métier de médecin constituait un choix rationnel, souvent influencé par la famille et dont la raison principale était l'intérêt financier.

Ainsi, la motivation de pouvoir soigner sa famille était très présente dans les entretiens :

Je me souviendrais toujours de la première fois où j'ai voulu être médecin. Mon père souffrait d'une pathologie qu'on ne pouvait pas dépister, on ne connaissait pas le diagnostic exact. Donc cela m'a encouragée à faire médecine pour dépister. J'avais environ 16 ans. (Gynécologue obstétricienne, 62 ans, Phnom Penh, 2015.)

Oui j'avais à peu près 12 ans [quand j'ai voulu faire médecine], ma tante était médecin et je me suis dit que si tu es médecin, tu peux aider les gens, sauver la vie des gens malades [...]. Donc si quelqu'un est malade, c'est moi qui peux aider. Et puisque je travaille [ici], toute ma famille a les soins gratuits. Mon mari, mes enfants et mes parents ». (Gynécologue obstétricienne, 33 ans, Phnom Penh, 2015.)

Les enquêtés ont souvent mentionné que faire des études de médecine relevait d'un choix familial. Cette influence de la famille se retrouve dans les discours des médecins jeunes comme plus âgés :

C'est mon père qui a décidé pour moi. Après le baccalauréat, il m'a demandé si je peux apprendre la médecine. Je préférerais faire du droit. Mais j'ai accepté. (Gynécologue obstétricienne, 33 ans, Phnom Penh, 2015.)

C'est mon père qui m'a montré le chemin de faire médecine. C'est le rêve de mon père d'avoir un enfant médecin. [...]. Il m'a dit « c'est bon d'être médecin, pour aider la famille ». Et moi j'aime bien être médecin aussi. Ce sont nos proches qui nous disent quel métier faire. (Gynécologue obstétricienne, 31 ans, Phnom Penh, 2015.)

La dimension économique du soin

La motivation première de la pluriactivité des soignants dans différents lieux publics-privés est le gain d'argent. Au Cambodge, il n'y a pas de honte ni de tabou à dire que l'on veut gagner de l'argent. La richesse est synonyme de respect et de position sociale. Une gynécologue de 31 ans explique que « dès qu'on gagne de l'argent, on achète les preuves, comme ça on monte de classe sociale » (Phnom Penh, 2015).

Par *preuves* elle signifie par exemple une voiture ou des bijoux. Il existe donc un lien entre signes extérieurs de richesse et rationalité des acteurs. Les patients se tournent vers les médecins qui semblent les plus riches, cette richesse s'expliquant par le succès, le succès s'expliquant par des compétences. Cela justifie que les médecins portent des signes ostentatoires de richesse, et que les cliniques luxueuses s'affichent. Dans cette quête de gain économique, la pression sociale pour que les médecins travaillent à l'hôpital est faible et il est légitime de partir le plus tôt possible de cet hôpital où les patients sont souvent anonymes, et où l'on pratique une médecine du tri (Lachenal, Lefève & Nguyen 2014).

Les gynécologues obstétriciens se plaignent tous du faible salaire du public. Une gynécologue d'une trentaine d'années mentionne que « les salaires dans le public sont tellement misérables qu'on doit chercher de l'argent à côté, on n'a pas le choix... ». Une autre, qui a ouvert sa clinique privée explique qu'elle a calculé avoir gagné en 6 mois dans cette clinique l'équivalent de ce qu'elle aurait gagné en 10 ans à l'hôpital. Depuis cette discussion, elle s'est inscrite à des cours de « *business class* » et a prévu d'ouvrir dans quelques mois une nouvelle clinique à Phnom Penh. Ce cumul d'activité dans le public et le privé semble aussi avoir des répercussions sur la qualité des soins comme l'explique cette gynécologue obstétricienne de 33 ans : « [S'il y a autant de césariennes c'est] Pour gagner

beaucoup d'argent !! » (Phnom Penh, 2015). Les faibles salaires du public poussent les praticiens à courir dans d'autres structures et à adapter leur pratique. Cependant, avoir un poste dans un hôpital public est important pour avoir une bonne réputation dans son cabinet privé.

Ainsi, les gynécologues obstétriciens rencontrés ont tous une activité privée en plus de celle à l'hôpital public. Certains exercent même sur trois sites (un site public et deux privés). À l'hôpital public, les gardes sont très chargées et ont lieu tous les cinq jours. Le téléphone sonne chaque minute. L'une des obstétriciennes a cinq téléphones qui sonnent sans cesse dans ses poches pendant la garde. J'ai été marquée par le courage de ces médecins qui travaillent de très nombreuses heures à la suite. La majorité d'entre eux sont de jeunes femmes, avec de jeunes enfants, et elles passent très peu de temps chez elles avec eux. Les grands-parents sont très présents pour les aider. Cependant, à de nombreux moments, ces jeunes femmes ont exprimé une forte fatigue, une lassitude, et une tristesse à ne pas profiter plus de leurs enfants et de leur famille. La majorité d'entre elles sont parties une ou deux années en France pour une formation, laissant parfois au Cambodge leurs jeunes enfants :

Après la spécialité je suis partie une année en France. Ça s'est bien passé sauf que ma famille me manque. Mon fils avait 3 mois quand je suis partie. Je suis revenue une fois en un an voir mon fils pendant le Nouvel An. J'ai beaucoup pleuré mais je ne pouvais pas refuser. Tout le monde veut avoir cette chance. Si je refuse, peut-être que je ne peux plus y retourner une autre fois. (Gynécologue obstétricienne, 33 ans, Phnom Penh, 2015.)

Dans ce contexte, il est important de garder à l'esprit que toutes les identités sont plurielles. Une soignante est aussi une femme, une épouse, une mère etc. Ainsi, différents objectifs vont entrer en conflit les uns avec les autres et il va falloir faire un choix, obligeant bien souvent à renoncer à l'un de ces objectifs. Comme l'explique Yannick Jaffré :

Il y a dans la santé publique comme une illusion de l'unicité de l'acteur. Le soignant « serait équivalent » à un poste et une fonction. Or, cet acteur est pluriel, il intègre une multiplicité de savoirs et de savoir-faire incorporés, des contraintes et des expériences vécues souvent de manière conflictuelle. Il faut reconstituer une continuité homogène entre des sphères distinctes (famille, travail, etc.) et retrouver des mots qui recouvrent des identités et des questions qui aient un sens et un référent. Pour cela, il ne s'agit pas uniquement de porter des jugements de valeurs sur des conduites, mais aussi d'en comprendre la logique pour reconstruire une continuité d'existence cohérente. (Jaffré 2003 : 108.)

Une patiente-cliente

Dans la grande majorité des cas, la patiente peut être qualifiée de « patiente-cliente » dans le sens où elle demande, et le médecin exécute. C'est ainsi que les médecins justifient certaines de leurs pratiques. Nous avons vu que depuis les

années 1990, on assiste à une libéralisation de la médecine au Cambodge. On constate un fort consumérisme médical que l'on peut mettre en parallèle avec le fait que les soignants expliquent dans les entretiens que « les femmes payent, elles veulent un service, on doit y répondre ». Tous les médecins ou presque ont mentionné que lorsqu'une patiente lui demandait un service médical, à partir du moment où elle paye, c'est elle qui décide et le médecin devient alors un simple prestataire de services qui exécute. Luc Boltanski rappelle que la relation entre le médecin et le patient est avant tout une transaction commerciale, et à ce titre, un rapport de force (Boltanski 1971). Tout se passe comme si les patientes achetaient un service :

Mais pourquoi refuser [une césarienne] ? C'est difficile de refuser le service. Car nous on rend un service. Si on est dans un hôpital public, là on peut refuser s'il n'y a pas d'indication [...]. Mais en clinique, si la patiente souhaite, ok, je rends service. (Gynécologue obstétricienne, 30 ans, Phnom Penh, 2015.)

On voit dans cet entretien l'idée de *rendre un service* évoquée ci-dessus. Enfin, on voit apparaître ici la différence entre *pratique publique et pratique privée*. Si le patient est déjà client à l'hôpital, il l'est encore plus en clinique. Le médecin peut refuser certaines pratiques à l'hôpital, par contre il semble que cela soit difficile – voire impossible – de refuser ces mêmes pratiques en clinique. Prenons l'exemple de l'avortement qui est un geste que les gynécologues obstétriciens n'aiment pas pratiquer le plus souvent¹². Malgré son caractère légal au Cambodge depuis 1997, très peu d'avortements sont pratiqués de façon formelle à l'hôpital et il semble que les médecins puissent le refuser. Mais la gynécologue nous dit : « Ici je ne fais pas d'IVG. Mais en clinique, si la patiente souhaite, ok, je rends service. » Tout se passe donc comme si la patiente devait dépenser une somme importante d'argent pour accéder à un service privé, non pas pour avoir accès au luxe, mais pour dépasser l'inconfort du praticien à réaliser certains actes, que ce soit un avortement, ou une périnéorraphie ou une césarienne hors indication médicale. Il apparaît donc que ces pratiques gynéco-obstétricales hors champ strictement médical puissent entraîner un certain inconfort chez les soignants, qui passeraient au-delà de cet inconfort lorsqu'un gain économique viendrait contrebalancer ce malaise, ou lorsque la notion de service prend pleinement son sens dans les cliniques privées. C'est là que se produit le processus de disjonction décrit par Yannick Jaffré :

Le plus souvent, il ne s'agit pas, ou tout au moins pas uniquement, d'incompétences techniques. Plutôt, d'une dissociation de l'acte technique du vouloir socialement construit qui devait en guider l'accomplissement. L'acte thérapeutique est disjoint de sa raison altruiste et morale et la déontologie n'oriente pas l'acte de soin. (Jaffré 2003 : 96.)

Le processus de disjonction se produit ici lorsque l'appât du gain surplombe la raison médicale, permettant d'expliquer en partie les pratiques non médicalement justifiées.

De façon parallèle, la peur du médico-légal se développe ces dernières années à Phnom Penh, notamment avec le déploiement rapide d'Internet et les dénonciations de mauvaises pratiques médicales sur le réseau social Facebook. La diffusion publique des pratiques des soignants augmente la pression qui s'exerce sur eux. Ils redoutent fortement les critiques de la population à leur égard, ce qui serait néfaste à leur pratique privée. En effet, refuser une césarienne à la demande de la patiente expose le personnel soignant à des reproches s'il se passait quoi que ce soit au cours de l'accouchement. Ici le recours à la biotechnologie permet de diminuer la pression exercée sur le soignant :

Tu sais, les patientes nous font des reproches. Elles nous disent « est ce qu'elles peuvent accoucher par voie basse ou non ». Et si elles entrent en travail et qu'elles attendent plusieurs heures, et à la fin on décide de faire la césarienne, elles nous reprochent d'avoir souffert pour rien. C'est pour cela qu'on ne fait pas beaucoup d'épreuves du travail et qu'on fait la césarienne avant travail. C'est pour cela que certains médecins, s'ils voient un circulaire de deux tours¹³, ils vont faire la césarienne immédiatement, ils ne vont pas attendre, sinon la femme va faire des reproches si elle a souffert pour rien. (Gynécologue obstétricienne, 30 ans, Phnom Penh, 2015.)

[On fait autant de césariennes] pour sauver la maman et le bébé. Parfois on n'est pas obligé mais on ne sait jamais. Donc si on laisse l'accouchement par voie basse et il y a un problème, on aura vraiment de gros problèmes et beaucoup de reproches. Et maintenant, puisque le nombre d'accouchements par voie basse augmente, on est toujours obligé de recommencer la césarienne. Pour sauver la maman et le bébé, on n'a pas le choix, c'est le plus sûr. (Sage-femme, 63 ans, Phnom Penh, 2015.)

On constate dans les discours des médecins souvent la même réponse, qu'il s'agisse de la césarienne ou de la périnéorraphie. Dans un premier, ils disent donner les informations à la patiente et à sa famille. Certains médecins et patientes font donc état de négociations qui laissent apparaître un échange d'information. Mais il semble que le dernier mot revienne toujours à la patiente et à sa famille :

Tout d'abord, je vais lui demander pourquoi elle demande une césarienne ? Mais moi je ne refuse pas, je ne refuse pas, mais je lui explique. Qu'est-ce que c'est un accouchement par voie basse, ce que c'est une césarienne, quels sont les avantages, quels sont les inconvénients. Mais c'est elle qui décide hein ! C'est sa vie ! Elle décide à la fin après explication des médecins. (Gynécologue obstétricienne, 29 ans, Phnom Penh, 2015.)

Dans les discours, les médecins affirment donner des explications aux patientes que je n'ai pas ou peu observé sur le terrain. Concernant le peu d'informations communiquées à la patiente et à sa famille, et l'incompréhension entre le médecin qui semble ici tenter d'expliquer, faire passer un message qui n'est pas toujours reçu, Yannick Jaffré et Alain Prual pointent dans un article sur les sages-femmes au Niger la difficulté de donner dans une langue locale une information médicale qui a été apprise dans une langue étrangère (dans l'exemple du Niger comme dans celui

du Cambodge il s'agit du français). Ils décrivent des sages-femmes désemparées par un savoir technique obstétrical appris en français, et une langue maternelle qui impose de nombreux silences ou non-dits ou tout simplement des termes qu'on ne peut pas traduire (Jaffré & Prual 1993). On peut imaginer qu'au Cambodge cette situation représente également un obstacle de plus dans la communication entre soignants et soignés.

Enfin, la dimension économique du soin renforce la position de retrait que va adopter le médecin dans sa relation avec sa patiente-cliente.

Ça fait gagner beaucoup d'argent!! Le médecin ouvre une clinique pour avoir de l'argent! Je pense que c'est 200\$ à peu près la périnéo. La périnéo, c'est facile à faire, ça prend pas beaucoup de temps, ça fait gagner beaucoup d'argent. Et si on refuse, elle va aller dans une autre clinique. (Gynécologue obstétricien, 25 ans, Phnom Penh, 2015.)

Il semble que les patientes puissent «jouer» de cette dimension économique des pratiques médicales et faire pression sur les professionnels qui sont prestataires de service. Ainsi, il existe une circulation importante des patientes (femmes enceintes) à Phnom Penh. Les patientes décident à la dernière minute où elles vont accoucher. Cela met une certaine pression sur les soignants qui ne veulent pas «perdre» de patientes. On retrouve ici la relation sociale médecin-patient décrite plus haut et qui caractérise le Cambodge depuis longtemps. Le soignant se pense comme un technicien et non comme un moralisateur. Il n'est pas investi de cette mission.

Succès de la médecine privée et khmérisation des infrastructures privées

Le succès actuel de la médecine privée à Phnom Penh peut être expliqué à partir de deux pistes de réflexion. Tout d'abord, elle réintroduit un espace de dialogue, de communication, une humanité entre le médecin et le patient en remettant ainsi le patient dans une relation personnalisée et sociale, comme celle qui caractérise la relation entre le soignant traditionnel (*kru khmaer*) et le malade où la confiance mutuelle est centrale (Ovesen & Trankell 2010:11). Ensuite, j'ai observé à de nombreuses reprises une différence importante dans l'organisation des infrastructures à l'hôpital et en maternité privée. J'ai visité cinq maternités privées à Phnom Penh et toutes avaient la même caractéristique : réintroduire une dimension « maison » et familiale à la maternité. À plusieurs reprises, j'ai observé dans les chambres d'hospitalisation en clinique un rideau relié à un rail au plafond. Lors des soins qui doivent être prodigués à la patiente, ce rideau peut être totalement déployé, permettant d'isoler la patiente du reste de la chambre et de la famille. Mais lorsqu'il est rangé, le lit de la femme se trouve au milieu d'une grande pièce avec un ou plusieurs autres lits, un canapé, une table etc. Ces maternités privées ont réellement créé des chambres d'hospitalisation où la famille peut avoir toute sa place¹⁴. On peut dire que ces maternités privées ont *khmérisé* l'accouchement biomédical contrairement aux hôpitaux publics dont la construction et les infrastructures ont

été plus influencées par des normes occidentales. Cette configuration permet donc de reconstituer d'une certaine façon le contexte familial, l'intimité de la maison et la dimension privée que constituait la naissance il y a quelques années encore au Cambodge. Le biomédical trouve une place au sein d'une configuration plus familiale. La dimension sociale est réintroduite dans l'expérience de l'accouchement.

CONCLUSION

Une question centrale dans cet article était de savoir pourquoi on a assisté à tant de résistances par des femmes envers la médicalisation de la naissance au cours du protectorat français et une adoption aussi massive et rapide de la biomédicalisation de l'accouchement aujourd'hui ? Les contextes historiques présentent quelques similitudes avec des injonctions à la médicalisation venues de l'extérieur. Une des réponses possibles est la *khmérisation* des pratiques obstétricales et des infrastructures privées telles que nous les avons décrites ci-dessus avec des injonctions globales mais relayées par des soignants khmers, contrairement au protectorat français où les sages-femmes étaient majoritairement vietnamiennes et où toute la dimension sociale de l'accouchement n'était pas prise en compte.

Après des années de résistance, les années 2000 et 2010 sont marquées par une augmentation très rapide des taux d'accouchements en institutions de santé au Cambodge et par un recours accru à la biotechnologie. Cette biomédicalisation de l'accouchement a indéniablement contribué à la baisse très importante du taux de mortalité maternelle au Cambodge. Cependant, les observations empiriques permettent de nuancer l'importance de ces indicateurs en décrivant une réalité plus contrastée. En effet, les hôpitaux sont saturés par les nombreuses femmes qui affluent pour venir y accoucher amenant parfois à un usage non médicalement justifié de certaines pratiques qui peuvent être mutilantes et dangereuses. D'autre part, les femmes sont parfois poussées à demander une césarienne car leur douleur n'est pas prise en charge, parce qu'elles sont seules et parce qu'elles ont peur. Rappelons que l'OMS définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS 1946). Ainsi, si la baisse de la mortalité maternelle doit être une priorité absolue, elle ne doit pas faire oublier l'accompagnement et la bienveillance dont doit pouvoir bénéficier toute femme qui accouche pour garantir son bien-être mental et social. Aucune position critique ou réflexive n'a été observée entre les années 2013 et 2016 à Phnom Penh pour dénoncer la pratique systématique de l'épisiotomie, le recours fréquent à la périnéorraphie, ou les taux de césarienne en forte augmentation, que ce soit auprès des femmes, des hommes ou des soignants qui semblaient au contraire adhérer massivement à ces pratiques. Des recherches menées au Sénégal ont montré que l'attitude critique de la société civile envers les potentiels risques liés à un recours excessif à la biotechnologie n'était possible qu'à partir du moment où l'accès à cette biotechnologie était garanti (Quagliariello 2019). Le recours massif à la biotechnologie dans le contexte de l'accouchement étant relativement récent au Cambodge, il

sera intéressant de documenter si des revendications émergent au Cambodge sur ce sujet dans les prochaines années.

Notes

1. L'épisiotomie est une pratique chirurgicale qui vise à élargir l'orifice vaginal au moment de l'accouchement (plus précisément au moment de l'expulsion du fœtus). Pour cela, le médecin ou la sage-femme incise le périnée (la peau, la muqueuse et les muscles) à l'aide de ciseaux.
2. La périnéorrhaphie est une pratique chirurgicale qui vise à resserrer le périnée des femmes. Son indication première est curative, en cas de béance vaginale et/ou de prolapsus (descente des organes). Au Cambodge, la pratique a été détournée de cette indication médicale et vise à resserrer fortement le vagin de femmes jeunes et en bonne santé afin de satisfaire sexuellement son partenaire.
3. Pour plus de détails sur la « question du péril vénérien » dans le discours médical européen du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, voir Tracol-Huynh (2014) et Ovesen & Trankell (2010 : 61-65).
4. « Phnom Penh Mixed Hospital », renommé en 1945 Hôpital Preah Ket Mealea (Ovesen et & Trankell 2010 : 78).
5. Pour plus de détails sur ces rites, voir les travaux de Ang Choulean (Ang 1982a, 1986, 1995).
6. « Les Cambodgiens tolèrent mal la prééminence vietnamienne dans leur propre pays. [...] Les femmes, en particulier, répugnent à accoucher avec l'aide d'une sage-femme "annamite" et c'est la raison principale de la création d'une école de sages-femmes à Phnom Penh » (Guillou 2009 : 39).
7. « Médecins, instituteurs, juristes, mécaniciens, pilotes d'avion, électriciens, membres de la machine marchande et jusqu'aux ouvriers d'usine » (Short 2007 : 451).
8. Patrick Heuveline et Bunnak Poch ont estimé que la fécondité avait chuté d'au moins un tiers au cours du régime des Khmers rouges (Heuveline & Poch 2007).
9. FFI: Faisant Fonction d'Interne.
10. Pour plus de détails sur les différentes réformes mises en place, voir le rapport très complet de l'OMS (WHO & Ministry of Health 2015).
11. Certains chiffres ou jours de la semaine peuvent déterminer le caractère de l'enfant. À titre d'exemple, plusieurs enquêtées m'ont dit que leur enfant ne devait pas naître un mardi, sinon il serait têtue.
12. Pour justifier cette réticence, les médecins ou sages-femmes évoquaient que c'était contraire à la religion bouddhique. D'autres disaient que si l'on pratique un avortement, on entendra toute sa vie des enfants pleurer dans ses oreilles.
13. Il s'agit du cordon ombilical qui s'est enroulé deux fois autour du cou du fœtus.
14. Cependant il faut noter que les familles ont toujours été présentes dans les hôpitaux (même quand elles couchent par terre sur des nattes ou dehors dans des hamacs) ne serait-ce que parce que les soins non infirmiers ne sont pris en charge par aucun personnel hospitalier (entretien informel avec Anne Yvonne Guillou).

Références

- ANG, Choulean, 1982a, « Grossesse et accouchement au Cambodge : aspects rituels », *ASEMI*, XIII (1-4) : 87-109.
- ANG, Choulean, 1982b, « Les êtres surnaturels dans la religion populaire khmère », thèse de doctorat en anthropologie, EHESS.
- ANG, Choulean, 1986, *Les êtres surnaturels dans la religion populaire khmère*, préf. de Georges Condominas, Paris : Centre de documentation et de recherche sur la civilisation khmère (Cedoreck).
- ANG, Choulean, 1995, « De la naissance à la puberté. Rites et croyances khmers », in *Enfants et Sociétés d'Asie du Sud-Est*, J. Massard & J. Koubi, éd., Paris : L'Harmattan, p. 153-65.
- AU, Sokhieng, 2011, *Mixed Medicines: Health and Culture in French Colonial Cambodia*, Chicago : University of Chicago Press.
- BIGDELI, Maryam & Por Ir, 2010, « A Role for User Charges ? Thoughts from Health Financing Reforms in Cambodia », *Health Financing-the Path to Universal Coverage*, The World Health Report.
- BOLTANSKI, Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26 (1) : 205-233.
- CLARKE, Adèle E., FISHMAN, Jennifer R., RUTH FOSKET, Jennifer, MAMO, Laura & SHIM, Janet K., 2000, « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, 18 (2) : 11-42, DOI : <https://doi.org/10.3406/sosan.2000.1489>.
- CROCHET, Soizick, 2001, *Étude ethnographique des pratiques familiales de santé au Cambodge*, thèse de doctorat en ethnologie, université Paris-Nanterre.
- CROCHET, Soizick, 2008, « La santé au Cambodge : histoire et défis », in *Cambodge contemporain*, Alain Forest, éd., Paris-Bangkok : Les Indes savantes, p. 363-420.
- DELVAUX, Thérèse, CRABBE, François, SENG, Sopheap & LAGA, Marie, 2003, « The Need for Family Planning and Safe Abortion Services among Women Sex Workers Seeking STI Care in Cambodia », *Reproductive Health Matters*, 11 (21) : 88-95.
- DEPARTMENT OF PLANNING & HEALTH INFORMATION, 2015, « Health Sector Progress in 2014 », ministère de la Santé.
- DESCAMPS, Philippe, ENG, Huot & SEANG, Tharith, 2009, « Programme du diplôme d'étude de spécialité en gynécologie obstétrique. Enseignement théorique et pratique 2009-2012 », ministère de la Santé, université des Sciences de la santé, faculté de médecine de Phnom Penh.
- FETTERS, T., VONTHANAK, S., PICARDO, C. & RATHAVY, T., 2008, « Abortion-Related Complications in Cambodia », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115 (8) : 957-68, DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01765.x>.
- GUILLEMOT, François & LARCHER-GOSCHAET, Agathe , éd., 2014, *La colonisation des corps : de l'Indochine au Viet Nam*, Paris : Éditions Vendémiaires.
- GUILLOU, Anne Yvonne, 2009, *Cambodge, soigner dans les fracas de l'histoire : médecins et société*, Paris : Les Indes savantes.

- GUILLOU, Anne Yvonne, 2013a, « Les racines coloniales du système de santé cambodgien », *Siksacakr*, 12-13 : 102-115, Center for khmer studies.
- GUILLOU, Anne Yvonne, 2013b, « Western Aid Workers in Cambodian Hospitals: Ethical, Professional and Social Divergences », *South East Asia Research*, 21 (3) : 403-418, DOI: <https://doi.org/10.5367/sear.2013.0166>.
- HANCART PETITET, Pascale, 2010a, « Des hôtesse de karaoké à Phnom Penh. Négociations des risques en santé de la reproduction », *Moussons. Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, 15 : 137-155.
- HANCART PETITET, Pascale, 2010b, « Les pratiques de soins de santé de la reproduction sont-elles à risques de transmission du VIH, du VHB et du VHC ? Études de cas au Cambodge », *Cahiers Santé*, 20 (1) : 1-8.
- HEUVELINE, Patrick, 2015, « The Boundaries of Genocide: Quantifying the Uncertainty of the Death Toll during the Pol Pot Regime in Cambodia (1975-79) », *Population Studies*, 69 (2) : 201-18, DOI: <https://doi.org/10.1080/00324728.2015.1045546>.
- HEUVELINE, Patrick & POCH, Bunnak, 2007, « The Phoenix Population: Demographic Crisis and Rebound in Cambodia », *Demography*, 44 (2) : 405-426.
- JAFFRÉ, Yannick, 2003, « Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée », *Autrepart*, 4 : 95-110.
- JAFFRÉ, Yannick & PRUAL, Alain, 1993, « "Le corps des sages-femmes", entre identités professionnelle et sociale », *Sciences sociales et santé*, 11 (2) : 63-80, DOI: <https://doi.org/10.3406/sosan.1993.1265>.
- LACHENAL, Guillaume, LEFÈVE, Céline & NGUYEN, Vinh-Kim, 2014, *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris : Presses Universitaires de France.
- LENG, Vuoch Eng, 1982, « Les soins dispensés à la population sous les Khmers Rouges », *ASEMI*, XII (1-4) : 203-210, n° spécial « Cambodge I ».
- MARTIN, Marie Alexandrine, 1989, *Le Mal cambodgien, histoire d'une société traditionnelle face à ses leaders politiques 1946-1987*, Paris : Hachette.
- MENAUT, Bernard, 1930, *Matière médicale cambodgienne*, Hanoï : IDEO.
- MEYER, Charles, 1971, *Derrière le sourire khmer*, Paris : Plon.
- NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS, DIRECTORATE GENERAL FOR HEALTH & ICF MACRO, 2015, *Cambodia Demographic and Health Survey 2014*, Phnom Penh, Cambodge & Calverton, Maryland, États-Unis.
- NIS, DGH & ICF INTERNATIONAL, 2001, « Cambodia Demographic and Health Survey 2000 », Phnom Penh, Cambodge & Calverton, Maryland, États-Unis, URL: <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR124-DHS-Final-Reports.cfm>.
- OMS, 1946, « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 », New York, États-Unis.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2008, « Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions. HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, Unicef, UNIFEM », Genève.

- OVESEN, Jan & TRANKELL, Ing-Britt, 2010, *Cambodians and their Doctors: A Medical Anthropology of Colonial and Postcolonial Cambodia*, Copenhagen: NIAS Press.
- QUAGLIARIELLO, Chiara, 2019, « Birth Models in and between Italy and Senegal: A Cross-Cultural Inquiry on the Risks Related to Childbirth and Birth Technologies », *Health, Risk & Society*, 21 (3-4): 207-225, DOI: <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1640352>.
- SCHANTZ, Clémence, 2016, « “Cousue pour être belle” : quand l’institution médicale construit le corps féminin au Cambodge », *Cahiers du Genre*, 61 (2): 131-50, DOI: <https://doi.org/10.3917/cdge.061.0131>.
- SCHANTZ, Clémence, 2020a, *Construire le corps féminin. Pratiques obstétricales et biomédicalisation de l’accouchement au Cambodge*, Paris: L’Harmattan, coll. « Anthropologies et Médecines ».
- SCHANTZ, Clémence, 2020b, « Modeler son sexe au Cambodge pour garder son mari à la maison », *Droits et Culture*, 79 (1): 185-205.
- SCHANTZ, Clémence, SIM, Kruey Leang, LY, Ek Meng, BARENNEs, Hubert, SUDAROTH, So & GOYET, Sophie, 2015, « Reasons for Routine Episiotomy: A Mixed-Methods Study in a Large Maternity Hospital in Phnom Penh, Cambodia », *Reproductive Health Matters*, 23: 68-77, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.012>.
- SCHANTZ, Clémence, SIM, Kruey Leang, PETIT, Véronique, RANY, Heng & GOYET, Sophie, 2016, « Factors Associated with Caesarean Sections in Phnom Penh, Cambodia », *Reproductive Health Matters*, 24 (48): 111-121, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.009>.
- SHORT, Philip, 2007, *Pol Pot: anatomie d’un cauchemar*, Paris: Denoël.
- SIMON-BAROUH, Ida, 1990, *Le Cambodge des Khmers rouges*, Paris: L’Harmattan.
- TRACOL-HUYNH, Isabelle, 2014, « Désir et répulsion: les prostituées du Tonkin », in *La colonisation des corps: de l’Indochine au Viet Nam*, François Guillemot & Agathe Larcher-Goscha, éd., Paris: Éditions Vendémiaires.
- WHO (World Health Organization), 2015, « The Kingdom of Cambodia Health System Review », *Health Systems in Transition*, 5 (2), Asia Pacific Observatory on Public Health Systems and Policies.
- WHO & MINISTRY OF HEALTH, 2015, « Success Factors for Women’s and Children’s Health in Cambodia », Genève: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO, UNICEF, UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION & WORLD BANK, 2015, « Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, Unicef, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division », URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.

Remerciements

Cette recherche a été financée par un contrat doctoral à l'université Paris-Descartes. Je remercie ma directrice de thèse, Véronique Petit, pour ses conseils et son soutien, ainsi que le Centre d'études khmères (CKS) pour le financement d'un de mes terrains de recherche.

Résumé : Alors que le protectorat français a tenté sans succès de médicaliser l'accouchement au Cambodge à travers la création d'écoles de sages-femmes, l'ouverture de maternités et des incitations financières, des politiques de santé globale fortement relayées au début des années 2000 ont abouti à une biomédicalisation extrêmement rapide de l'accouchement au Cambodge, engendrant une rupture médicale et sociale sans précédent dans le pays. À partir d'une recherche doctorale menée entre 2013 et 2016 et mobilisant une méthodologie mixte (qualitative et quantitative), l'article montre qu'aujourd'hui, le recours à la biotechnologie est massif dans la capitale Phnom Penh. La pratique de l'épisiotomie est systématique, l'usage de la périnéorraphie (visant à resserrer le vagin des femmes) est fréquent, et les taux de césarienne augmentent rapidement, répondant à une demande construite socialement. Si cette biomédicalisation de l'accouchement a indéniablement participé à la diminution récente et spectaculaire du taux de mortalité maternelle au Cambodge, elle participe aussi à un façonnage des corps des femmes et à la construction d'un corps féminin venant répondre à des normes sociales et conjugales.

Biomedicalization of Childbirth in Cambodia after 150 Years of Resistance

Abstract: *While the French protectorate tried unsuccessfully to medicalize childbirth in Cambodia through the creation of midwifery schools, the opening of maternity wards and financial incentives, global health policies strongly relayed in the early 2000s led to an extremely rapid biomedicalization of childbirth in Cambodia, causing an unprecedented medical and social disruption in the country. Based on a doctoral research conducted between 2013 and 2016 and mobilizing a mixed methodology (qualitative and quantitative), the article shows that today, the use of biotechnology is massive in the capital Phnom Penh. The practice of episiotomy is systematic, the use of perineorrhaphy (aimed at tightening women's vagina) is frequent, and caesarean section rates are increasing rapidly, responding to a socially constructed demand. If this biomedicalization of childbirth has undeniably contributed to the recent and spectacular decrease in the maternal mortality rate in Cambodia, it also contributes to the shaping of women's bodies and to the construction of a female body that meets social and conjugal norms.*

Mots-clés : santé maternelle, accouchement, biomédicalisation, biotechnologies, Cambodge.

Keywords: *maternal health, childbirth, biomedicalization, biotechnology, Cambodia.*