

UNIVERSITÉ PAUL CÉZANNE (AIX – MARSEILLE III)

Mémoire de Master 2 Recherche Mention Anthropologie
Parcours Anthropologie Bioculturelle

**ACCOUCHEMENTS EN MILIEU HOSPITALIER ET
RISQUES INFECTIEUX AU CAMBODGE.**

UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE



Présenté par Anne - Laure FAURAND - TOURNAIRE

Sous la direction du Professeur Alice DESCLAUX

Septembre 2008

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
INTRODUCTION	4
1 – MÉTHODOLOGIE	5
1.1 Le choix du terrain	5
1.2 Les outils méthodologiques	7
1.2.1 <i>Travailler avec une assistante de recherche</i>	7
1.2.2 <i>L'observation directe et plus ou moins participante</i>	8
1.2.3 <i>La prise de notes</i>	10
1.2.4 <i>Les entretiens</i>	12
1.2.5 <i>Le formulaire de consentement</i>	14
1.2.6 <i>Le plan de travail de terrain</i>	15
1.3 Les écueils	16
1.3.1 <i>Une relation « bancale »</i>	16
1.3.2 <i>Présentation de soi (dans une société hiérarchisée)</i>	21
1.3.2 <i>L'expérience du terrain aux limites de soi</i>	23
1.3.4 <i>Calamité éthique</i>	28
1.4 Traitement et analyse des données	34
2 – APPROCHE THÉORIQUE : LE RISQUE, LA MATERNITÉ, LE RISQUE INFECTIEUX : 35	
2.1 Le risque	35
2.2 Le risque infectieux	38
2.2.1 <i>Définitions et historique</i>	38
2.2.2 <i>Le cas de la médecine coloniale au Cambodge</i>	43
2.2.3 <i>Les infections aujourd'hui : enjeux internationaux et au Cambodge</i>	46
2.2.3.1 <i>Les grandes pandémies</i>	46
2.2.3.2 <i>Le cas des infections nosocomiales</i>	48
2.3 Risque et maternité	51
2.3.1 <i>Une prise de conscience internationale</i>	51
2.3.2 <i>Les plans nationaux de santé maternelle au Cambodge</i>	53
2.3.3 <i>Et le point de vue des mères ?</i>	55
2.4 Risque infectieux et maternité	58
2.4.1 <i>Les différents risques infectieux au cours d'un accouchement</i>	58
2.4.2 <i>Le contexte cambodgien</i>	59
2.4.2.1 <i>Le sida et la santé maternelle</i>	59
2.4.2.2 <i>Les risques infectieux de l'ombre</i>	60

3 – ETHNOGRAPHIE D’UN ACCOUCHEMENT EN MILIEU MÉDICALISÉ	61
3.1 A l’hôpital : un grand hôpital public de Phnom Penh	61
3.1.1 L’espace ou le vaisseau spatial	61
3.1.2 En suivant les pas d’une femme enceinte	62
3.1.2.1 <i>Une consultation prénatale</i>	62
3.1.2.2 <i>Passage par les urgences obstétricales</i>	64
3.1.2.3 <i>Jusqu’en salle de travail et d’accouchement</i>	66
3.2 Le service de la « Salle d’Accouchements »	67
3.2.1 <i>Description des lieux</i>	67
3.2.2 <i>Une journée de travail</i>	68
3.3 Les acteurs de l’accouchement	71
3.3.1 Les professionnels	71
3.3.1.1 <i>Les sages-femmes</i>	71
3.3.1.2 <i>Les kamakors</i>	74
3.3.1.3 <i>Les médecins</i>	76
3.3.2 La femme enceinte et sa famille	78
3.4 Quelques récits d’accouchements	79
3.4.1 Un accouchement normal	79
3.4.2 Un accouchement qui se termine mal	83
4 –PISTES D’ANALYSE ET QUESTIONS	86
4.1 Les risques de l’accouchement	86
4.2 Les douleurs	96
4.3 La modernité triomphante ?	103
CONCLUSION	112
ANNEXES	115
BIBLIOGRAPHIE	118

INTRODUCTION

« Donner naissance », « mettre au monde un enfant » : voilà deux expressions dont la douceur occulte et transcende la crudité voire la violence de la réalité. Elles effacent l'attente angoissée, la douleur, *les* douleurs, les hurlements parfois, la déchirure, l'hémorragie, les fièvres, la mort qui rôde, sombre partition d'un temps qui semble révolu pour nombre de femmes d'aujourd'hui, du moins en Occident. Accoucher en milieu médicalisé y est devenu la norme avec l'assurance d'un personnel qualifié et d'un « plateau technique » à proximité qui réduisent d'autant les « risques » médicaux d'un accouchement. Cette hypertrophie médicale de l'accouchement est liée à la mainmise des médecins sur le métier de sage-femme depuis le XVIII^{ème} siècle en Occident. (Laget 1982). S'y affrontent aujourd'hui deux visions de la grossesse et de l'accouchement, deux concepts du risque issus de l'incertitude de la naissance, glissement de sens qui formate désormais la culture médicale avec le rappel incessant que « le risque zéro n'existe pas », la crainte des risques médico-légaux, et les politiques actuelles de périnatalité en France par exemple. (Carricaburu 2007)

Cela n'est pas encore le cas au Cambodge mais c'est le but que s'est fixé ce pays pour atteindre les objectifs d'une Maternité Sans Risque. Ce petit pays présente plusieurs particularités dont celles du plus fort taux de mortalité périnatale de l'Asie du Sud – Est et une prévalence du VIH également élevée. Dans ce contexte, il semble important de se pencher sur les conditions d'un accouchement en milieu hospitalier. En effet, l'accouchement en milieu hospitalier est une pratique relativement récente au Cambodge qui semble avoir du mal à s'imposer et se situe au carrefour de plusieurs représentations et enjeux. Il s'agit bien sûr de maîtriser la mortalité périnatale, de maîtriser l'épidémie de sida. Mais il s'agit aussi du télescopage entre tradition et modernité, de la confrontation de différentes valeurs accordées aux risques de devenir mère. Dans le contexte des infections à VIH, la manipulation du sang et des fluides corporels hautement significatifs par ailleurs, revêt une forme un peu oubliée du risque d'un accouchement qui est celui du risque, non pour l'accouchée mais pour l'accoucheur, ou plus souvent l'accoucheuse. En outre, observer un accouchement c'est aussi observer des relations sociales et tenter de lever le voile sur les enjeux de l'un des moments les plus importants dans la vie d'une femme.

Après un détour méthodologique indispensable au vu des difficultés rencontrées sur le terrain, nous interrogerons la notion de risque et l'aborderons comme fil conducteur de notre réflexion : le risque et ses avatars dans notre société, les risques d'un accouchement, les risques infectieux liés à un accouchement. Puis nous dresserons une ethnographie classique d'un accouchement à l'hôpital et enfin, nous essaierons de dégager quelques pistes d'analyse issues de ce travail de terrain.

.1 MÉTHODOLOGIE

.1.1 Le choix du terrain

Le choix du Cambodge comme lieu de terrain pour le travail de recherche de Master 2 ne fut pas un choix personnel. Le projet de recherche **12102** de l'ANRS¹ existait déjà. Quand il a la chance d'avoir la proposition de partir dans le cadre d'un projet déjà existant par son professeur, tout étudiant de Master 2 se lancerait dans l'aventure les yeux fermés. Sachant, de plus, la possibilité de travailler en équipe, des conseils précieux et des contacts de Mme S. Crochet, anthropologue spécialiste du Cambodge, l'accès au confort d'une base à l'Institut Pasteur du Cambodge, des expériences passées de la première chercheuse principale, et du luxe non - négligeable d'un financement par l'ANRS concernant le voyage et les frais de traduction, personnellement, je n'eus aucune hésitation pour accepter.

Le choix de la problématique.

Le **projet 12102 de l'ANRS** s'intitule : « La transmission des VIH, VHB, VHC dans les lieux de soins. Dimensions socio – culturelles de l'hygiène au Cambodge ». Cette problématique offrait un cadre suffisamment vaste pour permettre le choix d'une problématique plus personnelle pour le projet de recherche de Master 2. Le thème de la naissance est un sujet qui m'intéresse de longue date. Étudier la naissance en milieu hospitalier permettait de focaliser le sujet sur un « lieu de soin » précis. La transmission des virus du VIH et des hépatites B et C (dans les lieux de soins ou ailleurs) fait partie des risques plus généraux des risques infectieux. Élargir ma problématique à ces risques plus généraux me permettait à la fois d'inclure ce risque précis de transmission nosocomiale² et de le soustraire du titre. En effet, appartenant aussi au monde biomédical, je percevais une certaine charge d'agressivité latente dans cette partie du titre. La notion de « transmission dans les lieux de soin » de ces virus hautement chargés symboliquement pointait pour moi déjà un doigt accusateur vers le système médical cambodgien. Les risques infectieux au cours d'un accouchement sont multiples et ne concernent pas uniquement les infections nosocomiales. Cette richesse potentielle me permettrait, le croyais-je, d'accéder aussi à cette dimension nosocomiale. Nous y reviendrons plus loin (cf. partie « risques infectieux et maternité »).

Le choix du lieu du « terrain ».

¹ Agence Nationale de Recherche pour le Sida et les Hépatites.

² Une infection est considérée nosocomiale chez un patient en établissement de santé « si elle n'était ni en incubation ni présente à l'admission. En cas de doute, un délai de 48 heures entre l'admission et le début de l'infection affirme son caractère nosocomial. Le caractère nosocomial d'une infection du site opératoire est affirmé si elle survient dans les 30 jours suivant l'intervention, ou dans l'année en cas de mise en place de matériel étranger (prothèse, implant), et ceci, bien que le malade ne soit plus hospitalisé. (...) Certaines infections nosocomiales sont d'origine endogène, mais d'autres sont plus directement liées à la prise en charge des patients, dans un établissement de santé ou non. On parle alors d'infection liée aux soins (ILS), avec en filigrane, la notion de iatrogénie » (E. Pilly, 2006, p635)

Un travail de terrain pour un diplôme de Master 2 est prévu pour environ deux mois. Il fallait donc trouver un « lieu de soin » où l'on pratique des accouchements et auquel je puisse avoir accès rapidement. Je fis aussi le choix de ne pas avoir plusieurs lieux de terrain, connaissant la contrainte de temps qui me limiterait pour avoir les autorisations d'accès au lieu de terrain ainsi que pour me faire accepter par une équipe de soin. Dans l'idéal et au moment de rédiger le projet de recherche, je visai une maternité précise d'un grand hôpital public de Phnom Penh, la capitale du Cambodge. Je me limitai à la capitale pour la raison que je n'aurais pas le temps d'établir de contacts pour travailler en province. L'hôpital visé n'a rien à voir avec les autres hôpitaux, car il est considéré comme un fleuron des hôpitaux cambodgiens. Cependant, le choix (sur le papier et avec l'avis de Mme S. Crochet) s'est porté sur ce dernier, car jusqu'à présent, peu de liens de coopération et de recherche avaient été établis avec cet établissement. Le problème fut que nous n'avions pas, au départ, de contact dans cet hôpital contrairement à un autre hôpital public où des contacts cordiaux avaient été noués auparavant mais qui était l'objet et le lieu de nombreuses recherches. Les trois premières semaines de mon séjour se sont écoulées dans l'attente d'une réponse de l'un ou l'autre des établissements publics. Avec Mme S. Crochet, nous avons décidé de mettre toutes les chances de notre côté et avons donc frappé à toutes les portes à la fois. Je songeai aussi à la possibilité d'effectuer le terrain dans l'une des maternités privées qui semblent prospérer à Phnom Penh, ou bien à réorienter ma problématique vers la prise-en-charge de la grossesse et non plus uniquement aux accouchements pour m'intéresser aux lieux de consultations prénatales, ou encore à travailler avec une des ONG qui a un programme de PTME³ et prennent donc en charge des femmes enceintes atteintes du VIH.

Finale­ment, après quelques difficultés (cf. partie « comité d'éthique »), la situation se dénoua brusquement et je me retrouvai contre toute attente dans la maternité prévue sur le papier. La difficulté dans cet hôpital public, immense, fut de s'assigner un lieu d'observation. À vouloir tout voir, je m'exposais au risque de m'éparpiller et de passer à côté de l'essentiel. Après avoir « testé » des lieux comme les salles d'attente, les salles de consultations anténatales, les salles d'« éducation aux mères » et la salle d'accouchement, je décidai que je m'appliquerais à une ethnographie classique d'un accouchement et que je passerais le plus clair de mon temps en salle d'accouchement. Je renonçai aussi au service de « Maternité » qui correspondrait en France au service des « Suites de Couches » (ou « Post – Partum »). En effet, chaque service me semblait fonctionner comme une unité indépendante et étanche et il me semblait qu'il m'aurait fallu faire une mosaïque d'ethnographies de services différents. Je décidai donc de me recentrer et d'entrer en immersion dans le bocal du service de « Salle d'Accouchement ».

³ Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH.

.1.2 Les outils méthodologiques

Une des marques de « fabrique » de notre discipline, l'anthropologie, est l'emploi de la méthode d'observation dite participante pour le recueil de données. C'est, bien sûr, un idéal que j'aurais aimé appliquer, mais cela ne dépendait pas que de mon unique volonté : la configuration du terrain, la façon dont j'ai été introduite, le fait de travailler avec une interprète qui augmentait la distance dans les interactions... Devant ce que je considère comme un fiasco méthodologique, tout cela fit que j'essayai d'abord de « sauver les meubles ». Je dus « *faire feu de tout bois* » pour reprendre une expression de J.P. Olivier de Sardan (Olivier de Sardan 1995). Je fus notamment bien obligée de « *tirer parti* » du rôle d'« observatrice–contrôleuse » qui me fut assigné depuis le début et dont il me fut impossible de sortir. Avec le recul, endosser le « rôle social » (Arborio and Fournier 1999) d'un étudiant en médecine, m'aurait sans doute facilité la tâche car cela aurait rendu naturel le fait de questionner sur les pratiques de l'accouchement, cela m'aurait fait participer et surtout cela m'aurait donné un statut hiérarchique inférieur aux sages-femmes, cela aurait évité la méfiance à mon égard, voire aurait suscité de la curiosité ou de la bienveillance et aurait facilité la communication avec elles. Mais cela aurait impliqué de grands écarts acrobatiques entre différentes identités pour la présentation de soi et des dispositions administratives et éthiques différentes.

Nous verrons quelques outils méthodologiques employés au cours de ce terrain et les écueils rencontrés, tout en gardant à l'esprit que le choix des outils méthodologiques découle directement de ces écueils et que cette présentation est donc artificielle en ce sens.

.1.2.1 Travailler avec une assistante de recherche

Malgré ma volonté d'apprendre un minimum la langue khmère pendant les mois précédant mon séjour à Phnom Penh, je ne parvins même pas à l'objectif fixé. Je souhaitais pouvoir dire les formules de politesse de salutation, mais au vu de la richesse et de la complexité de ce registre (Guillou 1999), j'étais loin d'atteindre mes objectifs... Pour le reste, je me reposais un peu sur l'idée que je travaillerais avec une assistante de recherche.

Dans l'idéal, je recherchais une personne de sexe féminin qui puisse passer inaperçue dans le monde très « féminin » de la naissance. Que cette personne fût francophone ou anglophone pour moi n'avait que peu d'importance pourvu qu'elle fût capable de communiquer en créant des ponts entre la culture cambodgienne et la mienne. Bien entendu, j'étais bien consciente que la langue anglaise aurait eu un effet de double traduction. A ces exigences, s'ajoutait une exigence matérielle car je n'avais qu'une enveloppe limitée pour ce poste dans le budget du projet. A ce niveau de salaire, je ne pouvais viser dans la catégorie « traducteur professionnel », catégorie fort demandée et à un tout autre niveau de salaire. Et à choisir dans la catégorie « un peu moins bon en langues étrangères », nous avons convenu en équipe de choisir chacune une assistante de recherche ayant fait des études de sciences sociales. Nous pensions que

cela nous éviterait de partir du néant concernant certains concepts et méthodes de travail en anthropologie, et nous pensions aussi que cette expérience apporterait une formation pratique pour la personne choisie comme assistante de recherche. Concernant plus précisément ma problématique personnelle, je recherchais aussi une personne qui soit capable de résister à la vue du sang, à la violence d'un accouchement, à la peur des maladies transmissibles et au contact des malades et qui soit autorisée à passer plusieurs nuits hors de son domicile pour effectuer des nuits d'observation pendant les gardes en salle d'accouchement.

Je souhaitais que cette personne soit capable de traduire mes questions et les réponses, d'effectuer quelques observations (et de mener éventuellement un entretien), mais aussi et surtout je souhaitais un échange autour de mes réflexions et questionnements sur le sujet de recherche et des éclairages sur la société cambodgienne.

La réalité ne nous laissa que peu de choix. Il fut difficile de trouver des candidats. Le jeune étudiant anglophone qui semblait vif, débrouillard et plutôt doué pour la communication fut éliminé pour des raisons pratiques. D'une part, je doute qu'il eût été bien accepté en salle d'accouchement, et d'autre part, il obtint un autre poste avant même que nous commencions le terrain. Il restait une unique candidate : P., une jeune étudiante de sciences sociales, francophone, d'une grande discrétion mais visiblement mal à l'aise dans le domaine de la communication. (Nous reviendrons sur ce travail particulier dans la partie « écueils ».)

.1.2.2 L'observation directe et plus ou moins participante

Je dépendais donc entièrement de mon assistante de recherche pour tout ce qui relevait de la communication avec autrui si ce dernier n'était ni francophone ni anglophone, soit l'immense majorité des cas et je ne pouvais donc pas vraiment m'en séparer. Je m'aperçus très rapidement que les sages – femmes parlaient peu l'anglais et seules les plus anciennes comprenaient le français et rares étaient celles capables de le parler. Je me sentis donc très isolée. De plus, les premiers contacts (salutation, présentation), par l'intermédiaire de mon assistante, furent laconiques, distants et très formels. J'avais été présentée à tout le service lors de la réunion hebdomadaire par le chef de service donc tout le personnel savait qui j'étais et se faisait une idée sur ce que j'étais venue faire à l'hôpital. Or, j'étais dans la position inconfortable de celle qui ne connaissait personne et repérée comme le loup blanc et tout semblait m'indiquer qu'aucune sage-femme ne souhaitait que je la connaisse mieux... Des trois premières sages-femmes que j'ai saluées et auxquelles je suis allée me présenter le premier jour - celles qui étaient présentes en salle d'accouchement - aucune n'a voulu donner son nom en retour... Cela me montrait bien l'ampleur de l'hostilité que rencontrait mon projet et ma présence, le tout néanmoins accompagné de grands et larges sourires. C'est à la fin de la période de terrain que mon assistante a bien voulu concéder de me dire (après l'avoir longuement questionnée... ou passée à la Question, selon le point de vue) en

quels termes *exacts* j'avais été présentée par le chef de service aux sages-femmes et ce qu'elles disaient de moi en mon absence. J'avais été présentée comme un médecin étranger, chercheur, travaillant sur l'*infection control*⁴, une des sages-femmes avait demandé en aparté à mon assistante si j'étais là « *pour regarder les fautes pendant l'accouchement* » : il ne fallait pas être khmérophone pour le deviner mais j'avais une assistante qui ne me laissait aucune chance d'une part de l'apprendre sur le moment et d'autre part de rectifier le tir... Je suis donc partie avec un très lourd handicap et si je ne savais pas exactement les raisons de ce départ manqué, j'ai très vite compris deux choses : que ma présence ne serait que tolérée et qu'il serait illusoire de penser à une quelconque intégration et que mon assistante ne m'assisterait pas vraiment. En étant réduite à l'état de mutisme, je ne pouvais même pas espérer entrer directement en relation avec une personne « alliée » sur le terrain, un « médiateur » qui puisse faciliter l'entrée en contact avec ses collègues : j'étais encore loin de penser à l'idée d'informateur privilégié comme le définit Olivier de Sardan (1995, p101).

La présence d'une seule personne supplémentaire dans une salle d'accouchement pouvait se révéler embarrassante à la fois pour la parturiente et pour le personnel soignant. La présence de deux personnes supplémentaires pouvait être réellement handicapant. Je fis le choix de me faire la plus discrète possible dans un premier temps et me poser dans un coin en attendant les événements. Cependant, nous n'avons eu accès à ce terrain que lors de ma troisième semaine de séjour à Phnom Penh. J'étais impatiente de commencer et certainement aussi mon assistante. Elle connaissait bien l'assistante de ma collègue qui lui avait parlé de son propre travail qui concernait à ce moment-là les produits d'hygiène, de nettoyage et d'entretien. Le premier jour de terrain, je lui avais juste demandé de ne pas hésiter à poser des questions sur ce qu'elle ne comprenait pas. Elle ne connaissait pas le monde médical, et je lui proposai donc de poser ses questions à moi ou aux sages-femmes. Mais je fus rapidement horrifiée de la voir s'intéresser exclusivement aux diverses poubelles et cuves de décontamination du matériel souillé, posant effectivement des questions aux sages-femmes, bloc - note et crayon en main. S'intéresser aux poubelles auprès d'une sage-femme dont le « noble » métier est de mettre des vies au monde ou comme la plupart d'entre elles l'ont exprimé par la suite, de « *sauver des vies* », c'était certainement commencer par un autre *très* mauvais pas. Cela me convainquit d'autant plus que nous devions tenter de nous faire oublier. Bien entendu, personne n'oubliait notre présence. Tout au plus pouvions-nous nous fondre dans la masse du grand nombre d'étudiants en médecine en stage dans le service et qui se déplaçaient par groupes de deux à six personnes. Ceux qui, comme nous, n'appartenaient pas à cet hôpital, devaient porter une sur - blouse vert pâle : aux yeux des parturientes, nous n'étions pas différentes des autres. Concernant les sages-femmes, le poids de mon regard faisait toute la différence et j'eus maintes occasions d'observer ce que ma présence pouvait induire comme attitude. Cependant, pour Olivier de Sardan (1995, *op. cit.*, p77) : « *Une part non négligeable des comportements n'est en fait peu ou pas modifiée par la*

⁴ Dans cet hôpital, de nombreuses expressions médicales et techniques anglaises sont employées, même si la majorité des termes techniques médicaux sont en français, conséquence de l'enseignement de la médecine qui se fait en français depuis la période du Protectorat. Le Cambodge bénéficiant de l'apport de nombreux organismes internationaux de coopération pour le développement, l'habitude a été prise de s'exprimer en anglais dans le milieu médical. *Infection Control* désigne ce que nous pouvons traduire par « hygiène hospitalière » mais la traduction littérale « contrôle des infections » montre bien que le « contrôle » n'est pas ici qu'une simple connotation.

présence de l'anthropologue. (...) La présence prolongée de l'ethnologue est évidemment le facteur principal qui réduit les perturbations induites par sa présence: on s'habitue à lui. »

J'espérais vraiment que cela soit vrai. S'il m'était difficile de m'« indigéniser », je pouvais former mon assistante à aiguïser son regard (mais j'étais déjà pessimiste sur ce point), ou bien « tirer parti » de ce que ces comportements induits par ma présence pouvaient me dire pour passer outre ce biais.

Suite à ces premiers incidents en salle d'accouchement (mon assistante et moi avions déjà été malmenées en essayant de nombreux autres plâtres pendant les trois premières semaines), nous fûmes donc d'une extrême passivité...

Comme j'avais été présentée en tant que médecin, certaines sages-femmes me demandèrent si je voulais « faire » quelques accouchements ou certains gestes médicaux. Je leur fis comprendre que cela n'était pas mon rôle, à leur grand soulagement. Ce fut certainement une erreur stratégique que de refuser. Mais je ne pouvais accepter pour des raisons de responsabilité médico-légales qui n'embarrassaient finalement que moi. Je voulais aussi me débarrasser de mes oripeaux de médecin, pour ne pas mélanger les rôles et les identités d'apprentie- anthropologue, mais je n'y arrivais guère car aux yeux de tous je demeurais d'abord médecin. Un des médecins du service me proposa aussi de faire des accouchements, non pour « apprendre » car il savait que j'avais déjà pratiqué des accouchements, mais je l'interprétais plus comme une marque de respect. Je m'aperçus plus tard qu'il y avait aussi des enjeux financiers autour d'un accouchement ce qui expliquait le soulagement visible des sages-femmes quand je leur dis ne pas pouvoir faire d'accouchements.

Mes seules participations se résumèrent à aider les sages-femmes à nouer leur casaque, tenir la main d'une parturiente angoissée qu'aucune autre main ne venait rassurer, ouvrir les portes et aider à faire rouler un brancard pour soulager la *kamakor*⁵ de service. D'ailleurs, les étudiants en médecine étaient eux-mêmes très passifs, ce qui m'arrangeait bien car mon attitude ne paraissait alors pas si incongrue. Ce n'est que lors de ma deuxième phase d'observation, où je privilégiais plus l'observation du travail des *kamakors*, que je pus être un peu plus active en aidant à plier des compresses et à préparer les kits d'accouchement avant leur stérilisation.

.1.2.3 La Prise de notes

Nous avons vu que ma position d' « observatrice – contrôleuse » avait été assignée depuis le début. Mon assistante avait déjà dégainé son carnet de notes. J'étais muette, je ne comprenais rien des échanges verbaux hormis le ton sur lesquels ils étaient exprimés, j'étais dans une solitude extrême et en réalité, je ne savais pas par quoi commencer pour observer. Je me demandais s'il valait mieux commencer

⁵ Une *kamakor* est une « ouvrière » de nettoyage.

par observer un accouchement, en décrivant les phases de prise en charge du *travail*⁶, jusqu'au transfert en salle de *post-partum*, ou bien s'il valait mieux décrire l'activité d'une unique salle d'accouchement. Je choisis cette solution au début (et la première par la suite) car elle impliquait moins de déplacements de ma part, une moindre « visibilité » de ma personne, en sachant que ce point de vue liée au lieu seul n'était que partielle : les sages-femmes ne passent pas leur temps en salle d'accouchement, ni les *kamakors*, et la prise en charge d'un accouchement commence avant et finit après le passage par la salle d'accouchement. Cependant, après la *délivrance*⁷ proprement dite, l'accouchée peut rester un moment seule ou d'autres intervenants entrent et sortent de la salle, ce qui ne pourrait pas être observé en suivant une seule femme enceinte ou une seule sage-femme dans son activité.

Au départ, je me mis donc dans un coin, tentant de m'imprégner de l'ambiance et m'interdisant de prendre des notes. Je profitais des moments où l'accouchée était laissée seule (laissée « seule » avec mon assistante et moi) en salle d'accouchement pour écrire mes notes.

Plus le temps passait, plus je voyais d'étudiants en médecine ou médecins en stage de formation déambuler avec un cahier de notes à la main et écrire ostensiblement dans leur cahier. Comme j'avais décidé de calquer le comportement de ces étudiants, je me décidai à sortir aussi mon carnet de notes bien que je sache que j'étais moi-même observée dans ma prise de notes au départ griffonnées et ponctuelles. Je comptais sur l'effervescence de l'activité et la présence d'un grand nombre d'acteurs et d'observateurs pour faire passer cette prise de notes comme « normale ». Or le temps ne changea en rien la perception qu'avaient les sages-femmes et les *kamakors* de mon « personnage » de « contrôleuse », j'avais enterré mon embryon d'idée de nouer des contacts directs avec les sages-femmes, je décidai donc la mort dans l'âme d'endosser sérieusement ce rôle et me mis à prendre des notes à découvert, seul avantage que je trouvai à prendre ce rôle.

Par ailleurs, j'étais extrêmement frustrée de ne pas comprendre les échanges verbaux. Mon assistante ne me les relatait pas spontanément non plus... Je percevais au ton de la voix que certains échanges n'étaient pas de la plus grande douceur envers les parturientes, accentués par l'observation de gestes peu amènes (gestes brusques, claques sur les cuisses). Je demandai alors à mon assistante de prendre en note les échanges verbaux lors d'un accouchement dont je faisais l'observation. Cela permit d'objectiver certains thèmes comme l'importance de l'hygiène corporelle, le dénigrement des pratiques traditionnelles, les négociations financières, le niveau de langage employé comme indicateur des rapports sociaux. On pourrait objecter non sans raison que cela équivalait à un enregistrement sonore des propos, à l'insu des acteurs de cette scène. Or dans une situation dont je serais capable de comprendre le sens des propos parce que j'en maîtriserais la langue, je n'aurais pas utilisé d'enregistreur numérique mais utilisé la prise de note et ma mémoire pour en garder la trace. J'ai délégué cette tâche à mon assistante qui pourrait donc être considérée comme mon « instrument d'enregistrement » ou ma mémoire. Quant à la posture qui objecterait qu'il n'est pas éthique de relever des propos à l'insu de celui qui les énonce, j'opposerais le fait que c'est une source de recueil de données non négligeable en anthropologie, même si

⁶ Le *travail* est la phase de l'accouchement où le muscle utérin se contracte pour abaisser le mobile foetal dans le bassin et la filière génitale et ouvrir le col de l'utérus pour permettre le passage du foetus.

⁷ La *délivrance* est la phase de l'accouchement qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.

la parole n'est pas adressée au chercheur ici. Quant à rendre anonymes ces paroles... Elles l'étaient déjà puisque aucune sage-femme n'avait donné son nom ! Si celui qui énonce des propos ne tient pas à ce que le chercheur comprenne, pourquoi le faire devant son traducteur, qui, lui, comprend, et est capable de transmettre la teneur du propos au chercheur ? Les sages-femmes savaient que je ne comprenais pas leur langue : de ce fait, j'espérais qu'elles s'expriment le plus naturellement possible, même en ma présence. J'étais consciente que si ma présence modifiait certaines pratiques, notamment d'hygiène, de désinfection (puisque j'étais censée observer cela), les sages-femmes ne pouvaient pas contrôler à tout moment leurs paroles - surtout concernant les sujets autres que l'hygiène - malgré les années d'entraînement sous les régimes politiques précédents. Si j'avais demandé à mon assistante de prendre ces notes d'abord par pure curiosité et frustration, c'est un exercice que je lui demandais de faire régulièrement de façon systématique au cours d'un accouchement entier. Le reste des interactions verbales était tellement inexistant que je ne pouvais perdre cette occasion de recueillir des données.

Cette maigre astuce avait pour autre avantage de servir de support concret à une « discussion » avec mon assistante et revoir avec elle mes priorités et ce que j'attendais d'elle. (Si je ne lui avais pas demandé expressément de relever ces notes, de toute façon, elle ne m'aurait rien dit de ces échanges ou bien un centième et seulement après l'avoir fort longuement questionné).

.1.2.4 Les entretiens

Après un mois de présence assidue en salle d'accouchement, je me préparai à affronter une deuxième phase de recueil de donnée. Je désertai la salle d'accouchement pour naviguer entre la « salle de travail » et le couloir d'accès aux salles d'accouchements, ce dernier lieu étant le « domaine » des *kamakors*.

Je me préparai surtout à demander à certaines sages-femmes mes premiers entretiens.

J'avais déjà réalisé un entretien avec une femme qui venait d'accoucher. Ce dernier servit surtout d'exercice de fonctionnement entre mon assistante et moi, la trame de l'entretien étant amenée à se transformer en présence des personnels soignants. J'avais laissé mon assistante mener l'entretien. Elle ne laissait que peu de temps de réponse à la femme, avant d'enchaîner sur une autre question, je me rendais compte qu'elle formulait très longuement ses questions et que la jeune accouchée répondait presque par monosyllabe et ne comprenait visiblement pas certaines questions. De plus, P. employait un ton docte qui tranchait avec sa modestie habituelle, mais qui devait encore plus intimider la jeune femme interviewée. Je décidai de reprendre la main lors des entretiens avec les sages-femmes, en lui demandant de traduire mes questions et de faire les relances en khmer.

Je demandai d'abord à l'une des sages-femmes qui avait semblé s'intéresser un peu à notre présence et avait visiblement éprouvé du plaisir à raconter quelques éléments de sa vie. Elle comprenait plutôt bien le français et je pus lui présenter ma requête moi-même en mettant l'accent sur le fait qu'elle

avait beaucoup d'expérience et que cela m'intéressait particulièrement. Elle me remercia pour ce « *compliment* » et dut se sentir obligée de répondre positivement, cependant, elle chercha à se dérober pendant plusieurs jours. Finalement je demandai à mon assistante de lui téléphoner pour prendre rendez-vous. Je me rendis alors compte qu'elle était au bord de la panique et je dus déployer des trésors de diplomatie pour tenter de la rassurer. Nous convînmes d'un déjeuner dans un restaurant en dehors de l'hôpital pour éviter le regard de ses collègues. Elle ne se départit pas de son anxiété qui m'apparaissait dans les regards obliques dirigés furtivement vers moi alors qu'elle s'adressait à mon assistante martelant pourtant ses phrases de manière assurée. Son anxiété sourdait aussi dans ses réponses que je devinais stéréotypées à l'usage du français, utilisé pour tous les termes techniques médicaux et qui revenaient bien trop souvent à mes oreilles. Plus tard, je lui redemandai un autre entretien et sa réaction fut vive : « *Mais je n'ai pas bien répondu aux questions ?* », me montrant ainsi qu'elle avait répondu à mes questions en se glissant dans la peau du « bon élève » (Kaufman 1996) avec l'angoisse d'un jugement de ma part... Malgré cette méfiance au départ, je réalisai par la suite que le hasard fit que je m'adressai d'abord à la plus ancienne des sages-femmes, responsable d'équipe et que j'avais donc respecté la hiérarchie d'usage. On me fit comprendre par la suite que, avant d'interroger les sages-femmes « *de staff*⁸ », je devais voir en entretien toutes les chefs d'équipe. Cela étant posé, le fait d'être vue en entretien avec moi devenait presque l'apanage des chefs, et il me fut plus facile d'obtenir des rendez-vous pour des entretiens, cette fois-ci dans l'enceinte du service et sur le temps de travail. Par contre, il fallut recommencer avec les *kamakors*, rassurer, demander l'autorisation de la chef de salle.

Paradoxalement, il fut aisé d'enregistrer les entretiens. Nous avons convenu que la demande d'enregistrement émanerait de mon assistante comme outil de travail en tant que traductrice avec la garantie, que tout serait anonymisé et les enregistrements détruits à la fin de l'étude.

La méthode retenue pour l'entretien fut l'entretien semi-directif. Je travaillai à une première trame thématique, des formulations de questions étaient rédigées en face, avec des idées de relance et une troisième colonne regroupait les données que je m'attendais à recueillir et devait servir de pense-bête pour les relances. Cette première trame fut transformée à plusieurs reprises et si les formulations des questions étaient déjà rédigées, je m'y référais peu, improvisant donc chaque fois de nouvelles questions. J'avais au départ demandé à P. de traduire les questions en gardant bien en tête que la traduction devait respecter le caractère ouvert des questions et avais insisté sur l'importance des relances. La posture du chercheur lors de l'entretien compréhensif ne me semble pas éloignée de la posture de l'anthropologue. (Kaufmann, 1996 ; Olivier de Sardan 1995). Or dans ce cas précis, une troisième personne entrait dans l'interaction, ma traductrice. C'est un exercice déjà difficile personnellement que de garder le contrôle de son attitude et de son esprit pour garder intacte son empathie, ou faire preuve de « réalisme symbolique » (Olivier de Sardan, 1995, p86) et rester attentif pour rebondir sur des sujets qui émergent. Cette posture devait aussi s'appliquer à mon assistante, ce qui fut aussi une difficulté. Je lui avais confié le rôle des relances qui me semblait plus naturel venant de sa part. Seulement, ce statut était bancal car sa parole avait aussi un statut ambivalent, ni clairement traduction de mes paroles, ni clairement énonciation

⁸ les membres d'équipe, sans responsabilité

personnelle de sa part. Cette configuration particulière des entretiens à trois personnages est aussi à prendre en compte dans l'énonciation des réponses obtenues. Il est bien évident qu'ainsi le caractère de « conversation » ou de naturel idéal des entretiens avait aussi totalement disparu de la scène. Finalement l'entretien qui se voulait « semi-directif » devint plutôt entretien « directif », voire « interrogatoire »... Si cette posture évoque une « *perspective minière* » à Olivier de Sardan (*op. cit.*, p 83), je fus donc un malheureux mineur de fond perdu au fond d'une galerie, qui n'a pas trouvé de filon, dont la petite lampe vacille et qui se demande si c'est le coup de grisou ou un éboulement qui aura raison de lui !

Il m'est aussi impossible de vérifier un autre point. Lorsqu'une personne interviewée semble donner une réponse « hors sujet », je ne peux savoir si c'est parce que la traductrice elle-même n'a pas compris la question, si elle a compris mais l'a « mal » traduite ou si c'est l'interviewée elle-même qui n'a pas compris la question, ou bien elle l'a comprise mais me donne délibérément une réponse « hors sujet »... Par ailleurs, je ne sais pas non plus s'il est possible (linguistiquement) de poser des questions dites « ouvertes » en langue khmère ou s'il faut absolument que la formulation des questions soit extrêmement précise pour être comprise ou bien si les formulations de questions sont uniquement dépendantes de la qualité de traduction. Il me faudrait bien sûr entreprendre l'apprentissage de la langue pour obtenir une réponse.

.1.2.5 Le formulaire de consentement

Nous verrons un peu plus loin les difficultés rencontrées pour l'obtention de l'autorisation pour pratiquer le terrain dans l'un des hôpitaux publics pressentis au départ. On m'objecta principalement que l'autorisation du Comité d'Ethique était invalide. Pour résoudre ce problème, il fallut impliquer un grand nombre de personnes. Quand l'affaire fut enfin traitée, je ne voulus pas courir le risque d'être critiquée sur l'éthique de ma démarche. J'ai donc utilisé des formulaires de consentement. J'avais trouvé le modèle dans le projet 12102 de l'ANRS soumis au Comité d'Ethique National et qui avait délivré son autorisation au projet de recherche. Nous l'avons adapté (titre et date) à ce projet et proposé de le signer à toutes les personnes qui m'ont accordé un entretien. (voir annexe)

Deux personnes ont refusé de le signer dont une qui ne voyait pas l'intérêt de l'anonymat et m'autorisait à employer son nom. Cette même personne se demandait pourquoi ce n'était pas conçu comme un contrat avec un double pour chaque partie, ce que je trouvais très pertinent mais que je ne mis pas en place car j'avais déjà réalisé la plupart des entretiens.

Le plus étonnant avec ces deux personnes, c'est qu'elles furent les plus « téméraires » dans l'expression de leurs opinions personnelles. Cela interroge donc sur le statut à la fois du document « papier » et de la signature donc du don du nom comme engagement de soi. (Dans ce contexte, on peut rapprocher cela du refus de me donner son nom lors des présentations.) Il y a en effet un petit paradoxe qui veut que l'on s'engage en tant que chercheur à rendre anonyme nos interlocuteurs mais que l'on

demande tout de même à recueillir leur signature et leur nom sur un formulaire que l'on garde par devers soi. Ce formulaire sert à protéger le chercheur, mais qui garantit *réellement* l'anonymat à l'interviewé (hormis l'honnêteté du chercheur) ? L'autre personne refusa de signer pour ne pas laisser son nom sur le formulaire mais elle donna son consentement oral à utiliser ses propos lors de l'entretien dans le cadre de la recherche. Ainsi, elle était sûre que son nom n'apparaîtrait dans aucun document.

.1.2.6 Le plan de travail de terrain

Avant de partir sur le terrain, un plan de travail fut conçu, mais il s'avéra très rapidement inutile car inadapté. Deux choses étaient sûres dans la planification de mon terrain, ma date d'arrivée le 8 Août 2007 et ma date de départ, le 5 Décembre 2007... Entre les deux, tout pouvait arriver !

10 Août 2007 : Arrivée à Phnom Penh. La première semaine au Cambodge fut consacrée avec ma collègue à rencontrer les contacts présentés par Mme Crochet, et au choix d'une assistante de recherche.

Les deux semaines suivantes ont été vouées à l'échec pour obtenir l'autorisation de recherche dans l'un des deux hôpitaux pressentis au départ, avec cavalcades effrénées et jeu de ping-pong entre différents membres du Comité d'Ethique.

A la fin de la troisième semaine, un contact inespéré m'ouvre les portes de la maternité publique visée en premier lieu.

31 Août 2007, présentation officielle devant les 27 membres de *staff* du service de la Salle d'Accouchement par le chef de service.

3 Septembre 2007 : début de présence à la Maternité ; en salles de consultations prénatales et Salle d'Accouchement.

29 Octobre 2007 : trois jours aux Urgences.

6 Novembre 2007 : début des entretiens avec des femmes enceintes à MSF

8 Novembre 2007 : Accueil de la chercheuse principale du Projet 12102, pendant trois semaines.

Lors de ma première semaine de présence à la Maternité, j'avais édité un calendrier de mes jours de présence. Ma collègue, lors de la première entrevue avec le Professeur qui nous accorda son autorisation de recherche, avait laissé entendre que nous serions présentes trois semaines. J'avais en conséquence fait un planning totalement irréaliste avec plusieurs nuits et deux weeks - ends d'observation, sans penser au temps non seulement de repos, mais aussi au temps qu'il faudrait à mon assistante pour effectuer des traductions, au temps nécessaire à la tenue du journal etc. Par contre, il me donnait l'impression que je faisais « plus sérieuse »...

De toute façon, dès la première semaine, je fus de nouveau confrontée à une personne des services administratifs, qui se rendant compte de ma présence, jugée « anormale » parce qu'il n'avait pas été mis au courant, faillit tout remettre en cause. Cet événement nous permit pourtant de légitimer une

présence bien plus longue que trois semaines dans cette Maternité et me permit d'alléger mon calendrier de présence.

On a vu que la première journée en salle d'accouchement fut catastrophique pour nouer des liens avec les sages-femmes et pour les *kamakors* ce fut à peu de choses près le même scénario à plusieurs semaines d'intervalle... Cela a eu un impact considérable sur la façon de recueillir les données et mes objectifs sont devenus bien plus humbles par la même occasion.

.1.3 Les écueils

Le choix de présenter ces difficultés et les biais induits ne peut être qu'artificiel : nous avons déjà pu aborder certains aspects du travail avec un assistant de recherche, certains points éthiques, ou quelques conséquences de la présentation de soi. Lors de chaque interaction, tout cela a joué en même temps, mais nous tenterons ici de présenter quelques réflexions complémentaires qui permettront d'éclairer un peu mieux le terrain et les conditions de production des données.

.1.3.1 Une relation « bancale »

Le travail avec mon assistante fut difficile car nos rapports étaient source de bien des malentendus. Nous tenterons d'analyser ce rapport inégal afin de comprendre ce qui a pu générer autant de difficultés.

Tout d'abord, je ferai de mon mieux pour brosser un portrait de mon assistante.

P est une jeune fille de 23 ans. De prime abord, elle semble extrêmement réservée, ne parlant que lorsqu'on l'y invite expressément, et en insistant. Elle affiche un visage très sérieux et la première impression que j'ai eue lors de notre première rencontre, c'est le sentiment qu'elle était une personne très angoissée. Sans doute était-ce dû à son malaise perceptible dans son attitude, un tremblement dans la voix, les épaules rentrées, le regard baissé ? Cependant, n'importe qui dans la situation d'un entretien d'embauche aurait été impressionné. Enfin, l'attitude physique d'une jeune fille au Cambodge est régie par toute une série de préceptes. En obéissant à ces derniers, une jeune fille fait preuve de respect envers son interlocuteur et la modestie de cette attitude est l'une des « vertus » valorisées par la société cambodgienne (Boua 1982; Bounnie 1982; Ledgerwood 1990; Ledgerwood 1994). À cet égard, nous pourrions qualifier P de « vertueuse » en tout point : discrète, extrêmement travailleuse.

Son aspect physique est la plupart du temps sujet à remarques de la part des sages-femmes qu'elle rencontre pour la première fois. Elle encaisse chaque fois ce petit jeu cruel qui ajoute à sa tendance à l'introversión : son visage est pourtant fin aux traits réguliers, ses longs cheveux impeccablement lissés

en queue- de- cheval, elle est menue, mais sa peau mate semble trop sombre par rapport aux canons de beauté en vogue actuellement et qui font vendre de nombreuses crèmes cosmétiques blanchissantes. Invariablement, on lui demande si elle est indienne ou, comble de l'insulte pour elle, si elle est d'origine vietnamienne⁹.

Je me suis longtemps interrogée sur la manière dont elle gérait son image, notamment en terme vestimentaire. Elle semblait n'avoir que deux paires de jeans et deux sweat – shirts. Il me semblait que la place accordée aux vêtements devait être primordiale dans la présentation de soi, surtout au Cambodge, et cela me paraissait étonnant qu'une jeune fille qui soigne sa présentation, fasse preuve d'aussi peu de coquetterie vestimentaire. La seule hypothèse que je pouvais faire était qu'elle ne devait pas avoir beaucoup d'argent à consacrer au budget de sa garde-robe et que ce que je voyais était ses meilleurs habits (cela se confirma quand je la vis à la fin de mon séjour arborer une toute nouvelle garde-robe). Je me demandais aussi à quel point cela pouvait influencer (en sa défaveur) le jugement de ceux et celles que nous rencontrions.

Elle ne dévoilera quelques aspects de sa vie que peu à peu, ces « confidences » arrivant parfois de manière incongrue, debout au milieu d'un couloir, sur le pas d'une porte ou en salle d'accouchement, rares confidences floues, incompréhensibles avec des parties manquantes parce qu'elle ne connaissait pas forcément le vocabulaire précis et que je trouvais inconvenant de faire préciser dans ces conditions.

C'est lorsqu'elle m'invita dans sa famille que je compris sa situation familiale et sociale. P est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants : un petit frère de 8 ans, une sœur encore au lycée et une autre sœur commençant à gagner sa vie. Son père est le seul survivant de sa famille de la période Khmer Rouge, hormis 4 de ses cousines qui vivent ensemble dans une maison voisine et avec qui ils s'entraident mutuellement. Le père est un ancien soldat, mais il est handicapé à cause d'une maladie chronique pour laquelle il ne pouvait pas s'offrir de soins. Les parents de P sont issus d'une famille de paysans mais n'ont pas de terre. La mère de P gagne un peu d'argent en aidant les cousines paternelles qui se sont assez enrichies au point de pouvoir faire construire une maison « en dur » (alors que la maison familiale de P est une maison traditionnelle en bois sans eau courante). La seule de la famille à avoir bénéficié d'une ascension sociale est la tante maternelle de P, mariée à un général de l'armée à la retraite et reconverti dans les métiers du spectacle. Ces derniers ont pris en charge la scolarité de P et de l'une de ses sœurs, et les hébergent en échange de travail domestique. Sa famille représente à échelle réduite toute la pyramide de la société cambodgienne. Son père, ne pouvant se soigner, est handicapé et ne peut subvenir aux besoins de la famille. Visiblement, la famille avait misé sur P, « investi » dans ses études et comptait sur

⁹ Les Cambodgiens ont une histoire mouvementée avec leurs voisins directs, la Thaïlande et le Viêt Nam. Les ressortissants vietnamiens sont l'objet de préjugés tenaces et d'ostracisme. Et les vietnamiennes sont suspectées d'être des prostituées ou des femmes de mauvaise vie (Derks, A. (2004). *The broken women of Cambodia. Sexual cultures in East Asia. The social construction of sexuality and sexual risk in a time of AIDS*. E. Micollier. London, Routledge: 127-155.

elle pour qu'elle puisse aider à la situation financière de la famille. Et ceci est une responsabilité bien lourde.

Le poids de cette responsabilité familiale et le poids de ses origines très modestes ajoutés au poids des préceptes qui régissent les interactions sociales pour une jeune fille au Cambodge expliquent largement que P ait eu des difficultés à se sentir à l'aise dans le travail fait de rencontres et d'échanges de paroles qui était le sien. Cela devait être d'autant plus difficile qu'il lui fallait rencontrer des personnes qui représentaient pour elle jusqu'à présent le sommet de la hiérarchie sociale ; médecins et sages-femmes qu'elle n'avait jamais eu l'occasion de côtoyer auparavant. Lorsque l'on sait combien les interactions sont codifiées et hiérarchisées, sa mise à distance par ces personnes devait être d'autant plus douloureusement ressentie que je suis persuadée que ses interlocuteurs devaient être capables de percevoir de quelle basse condition elle était. Et les réflexions sur son apparence physique ne devaient rien arranger.

À ces difficultés relationnelles avec les personnes que nous devons rencontrer, il faut ajouter les difficultés de communication avec moi. Si les médecins cambodgiens représentaient, pour elle, le sommet de sa hiérarchie sociale, je ne sais dans quelle sphère elle devait me situer car je cumulais plusieurs sérieux handicaps pour qu'une communication « simple » s'établisse. Non seulement, j'étais son aînée de dix ans, mais j'étais, de plus, et médecin, et étrangère, et son employeur! Le comble fut atteint lorsque je me rendis compte de la situation médicale de son père quand je fus invitée dans sa famille. Elle ne me demanda jamais rien, mais devant un problème facilement soluble moyennant une prise –en- charge médicale spécialisée adaptée et un budget que pouvait se permettre P, je proposai mon aide à titre de « coordination médicale » (prendre un rendez-vous, accompagner au rendez-vous, demander l'avis d'une association, trouver du matériel adapté dans une pharmacie). De plus, à ce moment, je me rendais compte qu'elle faisait un nombre conséquent d'heures supplémentaires et j'étais plutôt contente de la qualité de ses traductions écrites. Je décidai de lui accorder une augmentation de salaire pour ces raisons et parce que je ne souhaitais pas que la prise-en-charge de ces soins médicaux paraisse être une aide « humanitaire » mais que ce soit grâce au fruit de son travail. Mais cette décision fut de toute façon considérée comme une aide de ma part et j'eus droit à la reconnaissance éperdue de P, ce qui n'arrangea rien dans nos rapports et à la distance entre nous...

Par ailleurs, je suis consciente d'avoir imposé à P un travail plus qu'exigeant, à la fois sur le plan intellectuel, puisqu'il fallait qu'elle jongle entre le khmer et le français, mais aussi qu'elle assimile de nombreuses notions biomédicales et des notions d'anthropologie (que, malgré ses études de science sociales, elle découvrait), mais aussi sur le plan émotionnel. En effet, assister à un accouchement est impressionnant et peu poétique : le sang est omniprésent, les odeurs écoeurantes, les femmes crient de douleur et l'on peut être choqué par le spectacle de ces femmes dont l'intimité est dévoilée aux yeux de tous d'autant plus pour une jeune fille pudique. Si l'on ajoute à cela, qu'elle a été témoin autant que moi

de gestes que j'ai trouvés violents, et qu'elle a entendu, à longueur de journée, des violences verbales qu'elle a gardées pour elle, ou bien qu'elle a été confrontée à la vue d'enfants morts, de mères malades, ce travail a été d'une extrême violence pour elle. Or, par pudeur, ou par sa volonté de bien faire, elle ne disait rien de tout ceci. Ce n'est qu'à la fin, alors que j'insistais lourdement pour savoir ce qui avait été le plus dur pour elle, qu'elle a qualifiées d' « *insupportables* » les violences verbales qu'elle avait entendues pendant ces trois mois et demi.

J'étais consciente de façon aiguë de tous ces problèmes et je passais beaucoup de temps à tenter de lui donner de l'assurance. Je sentais bien que de son attitude dépendait aussi la qualité des relations nouées et donc de la qualité des données recueillies par la suite. Mais la juste distance est difficile à atteindre. Je faisais de gros efforts pour essayer de descendre du piédestal sur lequel elle m'avait érigée, mais d'un autre côté, il fallait aussi garder suffisamment de distance pour recadrer les choses (les retards par exemple) en tant qu'employeur ou obtenir plus de rigueur dans le recueil de données que je lui confiais. Je me rendais bien compte qu'elle n'était pas très douée pour établir des relations spontanément et que cela compromettait parfois le terrain. J'étais très inquiète et si je souhaitais la voir prendre plus d'assurance dans ses interactions, ce que je percevais à chaque fois ne faisait que renforcer mon inquiétude et mon manque de confiance en elle. Par ailleurs, je ne souhaitais pas prendre le « commandement » dans cette relation, j'aurais préféré une collaboration active, mutuelle. Mais je dus lui donner des « ordres », car elle ne prenait pas d'elle-même d'initiative, ou bien toujours dans le sens restrictif. (Elle omettait de transcrire ou traduire certaines paroles parce qu'elle pensait que « ce n'était pas bien », notamment tout ce qui concernait les pratiques traditionnelles, les transactions d'argent, ou bien parce qu'elle pensait que cela n'avait rien à voir avec notre sujet d'étude). Et si je passais sur le mode de la suggestion, elle ne comprenait pas et ne suivait pas ce que j'avais suggéré, sans doute parce que son niveau de français ne lui permettait pas de percevoir la nuance. J'ai compris que la situation de départ nous avait mises dans une relation du mode « maître à élève » et qu'il ne pouvait en être autrement au Cambodge vu nos statuts respectifs, et cela fut accentué par le fait que je ne lui ai pas accordé toute ma confiance. Je passais aussi beaucoup de temps à lui donner des explications de méthodologie, pourquoi je souhaitais recueillir ceci ou cela. Et P ne parlant pas spontanément mais attendant que je lui pose une question, nous arrivâmes à la situation où la communication était la plupart du temps unilatérale. Je lui donnais un « ordre », qu'elle exécutait ou non, je lui posais une question et la tarabustais pour obtenir une réponse un peu détaillée, quand une chose pêchait, je ré-expliquais ce que je voulais et pourquoi, et devant sa triste mine, j'essayais de lui remonter le moral en faisant mon possible pour que ce que je venais de lui dire ne passe pas pour des reproches. Cependant, chaque jour était identique au précédent et j'étais exaspérée de devoir recommencer. J'aurais aimé voir une amélioration dans ses rapports aux autres au lieu de la voir se faire écraser par les autres, mais je suis aussi consciente qu'il y avait quelque chose de paradoxal dans mes injonctions à prendre de l'assurance en elle puisque ces « ordres » devaient accentuer son manque d'assurance. J'étais aussi parfois désarçonnée lorsqu'elle me disait sur un ton impérieux qu'elle avait compris un terme, ce dont je doutais car cela pouvait

recouvrir des sens différents en français. Le plus souvent, j'étais désolée de m'apercevoir a posteriori qu'elle ne m'avait pas comprise mais surtout qu'elle ne me l'avait pas dit, bien que je lui répète tous les jours de ne pas hésiter à poser des questions devant ce qu'elle ne comprenait pas. Je ne sais si c'était par fierté ou par bienséance. En effet, Jacques Brunet (Brunet 1982) rapporte une règle de courtoisie interdisant de montrer à son interlocuteur que l'on n'a pas compris : « *Ne parlez pas de telle sorte qu'on devine que vous ne valez rien ; il vaut mieux alors vous taire* ».

Notre relation était donc déséquilibrée, bancal depuis le début et cela ne fit qu'empirer. Rabinow montre combien il lui fut difficile aussi de travailler avec des informateurs privilégiés au Maroc (Rabinow 1977). Cependant, il était parti pour un travail de thèse et la durée de son terrain lui permit de prospecter à la recherche des personnes « idéales ». Il montre bien les limites de certaines relations, non pas stériles, mais engluées dans un formalisme dont il est impossible de se défaire pour des raisons qui tiennent à la fois du manque d'expérience du chercheur mais aussi de la personnalité de l'informateur, de certaines pressions sociales et de ce qu'il pense pouvoir retirer comme bénéfice secondaire de cette collaboration. Son expérience montre aussi que l'acquisition d'une meilleure connaissance du terrain, des réseaux d'alliances et d'interconnaissances lui ont permis de sélectionner le meilleur profil possible de l'informateur privilégié. Mais il n'a pu acquérir cette connaissance qu'en passant beaucoup de temps à ne « rien » faire, ou plutôt en buvant des litres de thé à un carrefour d'un souk tout en observant ce qui s'y passe. Et bien sûr, cet apprentissage n'a pu se faire sans l'apprentissage de la langue arabe. Or pouvoir « perdre » du temps à observer ce qui se passe autour de soi pour « gagner » du temps ensuite dans le choix de son informateur est un luxe qui ne m'était pas permis.

Quant à considérer si P était mon assistante de recherche, ma traductrice ou mon interprète ou parfois mon boulet... Elle n'était pas formée au métier d'interprète et ses traductions à l'oral s'en ressentaient. (Nous avons vu plus haut le statut ambivalent de sa parole, ni strictement la sienne, ni strictement la mienne). Elle a fourni un très gros travail de traduction écrite. Et elle a indéniablement fait ce qu'elle a pu pour m'assister dans mon recueil de données de terrain. Mais je ne pourrais certainement pas dire d'elle qu'elle était une « informatrice » dans le sens où je pense que l'informateur est censé délivrer des informations de sa propre initiative dans le cadre qui lui a été confié et dans le cadre de ce qu'il a compris de la mission demandée. Or, dans ce cas, l'information était rare et me donnait l'impression d'être le Grand Inquisiteur dans ses heures de gloires.

Avec P, nos rapports de communication étaient dans une impasse et dans le cadre d'un travail plus long, nul doute que notre collaboration eût été écourtée très rapidement. De plus, le fait de ne pas avoir appris le khmer fut aussi un réel handicap mais pour un terrain plus long, j'aurais évidemment entrepris plus sérieusement cet apprentissage. Je dus composer avec notre binôme boiteux : cela fut souvent pénible mais dans cette partie, je ne souhaitais surtout pas faire porter le poids de ce ratage à mon

assistante seule. J'ai voulu montrer que nos rapports déséquilibrés étaient aussi à l'image des rapports hiérarchisés qui sévissent au Cambodge, et qu'ils sont de plus entachés de nos propres affects.

.1.3.2 Présentation de soi (dans une société hiérarchisée)

Si, comme Erving Goffman (Goffman 1973), nous considérons toute interaction sociale comme une pièce de théâtre, la « mise en scène de soi » au Cambodge obéit à des règles subtiles et complexes.

Anne Guillou (*op. cit.*) a su montrer cette complexité en analysant les noms et les termes d'adresse au Cambodge comme des marqueurs sociaux à part entière. Son étude montre que les noms donnés sont révélateurs de l'appartenance sociale (origine palie et noms polysyllabiques pour les classes sociales élevées ou môn-khmer pour les classes sociales basses) ou de la volonté d'ascension sociale et d'instruction. De plus à chacun des types de nom qu'un individu possède (nom personnel officiel, patronyme, diminutif et surnom), correspond un niveau de sociabilité différent. Par exemple, un interlocuteur ne peut employer le surnom d'une personne pour s'adresser à elle s'il ne fait pas partie de son cercle intime. L'utilisation des différents noms pour désigner une personne par un interlocuteur définit l'accès aux différentes sphères d'identité de cette personne (intime, familial ou extérieur). Outre l'utilisation du nom pour s'adresser à une personne, de nombreux termes d'adresses régissent les rapports entre deux interlocuteurs appartenant au registre professionnel, au registre de parenté ou bien au registre de la neutralité. Chaque personne essaie d'évaluer au mieux sa position hiérarchique au niveau de l'âge ou au niveau social pour employer le terme adéquat à l'égard de son interlocuteur. L'auteur montre qu'ainsi, deux locuteurs choisissent le terme qu'ils pensent le plus approprié en fonction « *d'une part des positions respectives, connues ou supposées, des deux locuteurs en termes d'âge, de statut matrimonial (marié, veuf/séparé/divorcé, célibataire) et de la position sociale (richesse, niveau d'étude, activité professionnelle) ; d'autre part, de ce que, sans autre forme de manifestation, un locuteur veut faire comprendre à son vis-à-vis quant à la teneur de ses sentiments (obséquiosité, respect, neutralité, condescendance, franc mépris, familiarité, affection, etc.)* ». (*op. cit.*, p265)

La façon de s'adresser à une personne requiert donc des qualités particulières de finesse d'observation et d'adaptation et cela demande bien évidemment une connaissance approfondie des usages et codes de politesse, une grande maîtrise linguistique du khmer, et une certaine aisance de communication... Nous verrons plus loin comment cela a joué en notre défaveur dans la partie « comité d'éthique ».

Lors d'une première rencontre, il est donc important de recueillir un maximum d'informations sur son interlocuteur pour ne pas faire d'impair, c'est un ainsi qu'un échange entre deux personnes commence normalement par tout un interrogatoire sur l'âge, la situation matrimoniale, le métier etc.

Mais l'apparence a aussi un rôle fondamental. Brunet (*op. cit.*, p14) l'a bien relevé et Anne Guillou (Guillou 2001) confirme la constance de ces critères de bienséance régissant l'apparence physique aujourd'hui. Chacun se doit de porter une attention particulière à ses vêtements (propres, bien repassés, et « décents » c'est-à-dire notamment en couvrant les épaules pour une femme) à la fois en marque de respect pour soi et pour autrui mais aussi parce qu'ils renseignent sur le statut social.

Cela n'est pas propre au Cambodge, et s'applique aussi à l'hôpital, milieu on ne peut plus hiérarchisé. Tous ceux qui ont travaillé en milieu hospitalier l'ont bien remarqué (Peneff 1992; Vega 2000; Amiel 2003), chaque catégorie de travailleur hospitalier a son propre habit de lumière! Notre expérience n'a pas dérogé à la règle. Mon assistante et moi avons dû nous plier au déguisement obligatoire. Et comme à chaque fois qu'un intrus se glisse dans un « corps » de métier sans y appartenir vraiment, on nous fit bien comprendre notre différence de statut en nous donnant un costume qui ne correspondait à aucun statut particulier : blouses blanches pour médecin mais qu'aucun médecin ne portait à cause du tissu trop lourd et de la coupe à manches longues, ou blouses roses de sages-femmes de consultation alors que nous étions en salle d'accouchement. À cet égard, il était plutôt amusant de noter les réactions des sages-femmes me voyant porter une blouse (rose¹⁰) de sage-femme, outrées que je puisse me rétrograder ainsi socialement de façon aussi voyante puisque qu'il était bien établi que j'étais médecin. Il est vrai aussi que je ne correspondais à aucune case : quel doit être l'accoutrement d'un anthropologue et de son assistante alors que la hiérarchie nous enjoint de porter un *uniforme* pour pénétrer en salle d'accouchement et qu'aucun uniforme n'est prévu (dans les maternités, en France, le personnel porte un « pyjama de bloc » appartenant à l'hôpital et qui est entretenu par la lingerie). Par commodité, nous fîmes confectionner au marché des tenues de bloc, blanches, que nous portions sous les blouses roses données et sous les surblouses vertes mises à disposition dans le sas vestiaire du bloc obstétrical.

Comme en France, être médecin signifiait être le supérieur hiérarchique des sages-femmes qui m'entouraient. On a vu combien il était important de se positionner socialement vis-à-vis de ses interlocuteurs. Être la supérieure hiérarchique de façon aussi formelle était pour moi un réel handicap pour espérer obtenir une parole autre qu'un discours normatif, un discours « poli » au point d'être « lisse ».

Par ailleurs, être médecin pouvait être le sésame qui permettait d'obtenir une information ou une attention que l'on n'aurait pas obtenue autrement, dans le jeu constant d'ajustement de rapport de force inhérent à l'ajustement hiérarchique. Annoncer que l'on est médecin étranger vous place tout de suite une

¹⁰ Le costume des sages-femmes en France et au Cambodge est invariablement rose layette et souvent avec un tablier rose et un calot rose ce qui rend le costume encore plus folklorique et marque bien l'identité professionnelle de la personne habillée ainsi. Si une sage –femme porte une blouse de facture classique pour un personnel médical, elle est rose aussi ! La France étant à l'origine de la formation du personnel médical depuis la période du Protectorat ((Monnais-Rousselot, L. (1999). Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise. 1860-1939., CNRS Editions, Frieson, K. (2000). "Sentimental education: les Sages-Femmes and Colonial Cambodia." Journal of Colonialism and Colonial History 1(1): 1-27. On peut voir cette tradition du costume rose des sages-femmes cambodgiennes issue de la tradition du costume rose des sages-femmes françaises.

espèce d'aurole sur la tête ou plutôt un beau panneau de signalisation : « Attention médecin étranger » ! Cela peut vouloir dire qu'on est affilié à une ONG (potentiellement « intéressante » donc) ou bien qu'on est la énième émanation du énième organisme qui vient « aider », mais aussi contrôler le travail des Cambodgiens au Cambodge. En effet, les années suivant la chute du régime khmer rouge ont vu déferler les organismes d'aides humanitaires au Cambodge (Trannin 2005) et il est assez symptomatique de constater que l'une des premières phrases que l'on apprend dans la méthode (américaine) d'apprentissage du khmer « Colloquial Cambodian » (Smyth 1995), est : « je suis médecin ». En somme, être médecin étranger est plutôt banal au Cambodge et le titre « Docteur » plutôt galvaudé, mais quand on se présente ainsi, on est au moins sûr d'obtenir la distance et le « respect » dû à ce titre, à la fois en tant qu'étranger (riche) et en tant que médecin (détenteur de savoir, de pouvoir, donc riche) (Guillou 2001).

La présentation de soi au Cambodge peut donc s'avérer un exercice subtilement miné. Ne pas maîtriser le code de bienséance ou de politesse peut froisser définitivement son interlocuteur sans que l'on puisse se douter de quoi que ce soit, d'autant plus qu'on ne maîtrise pas la langue. Se présenter en tant que médecin peut paraître un avantage mais dans ce cas, cela fut un handicap. Un outil bien utile est la carte de visite imprimée avec titre et institution. Cela permet notamment d'obtenir assez facilement le nom et la fonction donc le statut social de son interlocuteur et cela est très pratique quand on ne maîtrise pas non plus l'écriture du Cambodgien. L'échange de cartes de visite est un rituel très apprécié au Cambodge. Malheureusement, avec les sages-femmes, au sein de la salle d'accouchement, cela n'était pas possible. Sans doute cela eût-il dissipé quelques craintes ou au moins procuré un sujet de discussion ?

.1.3.3 L'expérience du terrain aux limites de soi.

Ce n'est certainement pas original de dire que l'on rentre « affecté » (Favret-Saada 1990) par son terrain. J'aimerais néanmoins discuter de la subjectivité du chercheur sous deux angles directement issus de ce terrain.

De ce terrain, je retiens donc l'impact de mes affects sur mon raisonnement et mes relations aux autres. Je prendrai l'exemple de ce que l'on ressent lorsqu'on est confronté à un *intolérable*.

Du questionnement sur ce qui fait mon intolérable découle le malaise pour me situer en tant que médecin ou anthropologue. Il est donc aussi question d'identité.

Je me suis donc inévitablement interrogée sur le psychisme et les affects, puisqu'ils ont un impact sur le travail du chercheur, même si dans un travail d'anthropologie, il est plus question d'interroger les liens sociaux. Il est en effet difficile de passer sous silence le fait que le chercheur soit une personne avec sa propre histoire, ses passions, ses souffrances (Mohia-Navet 1985). Il peut y avoir des raisons profondes au choix d'un lieu de terrain ou d'un thème de recherche, comme il peut exister un mort ou un malade dans le choix de devenir médecin. Ma démarche ici n'était pas une psychanalyse « sauvage », mais un pas

vers la clarification de notions vagues d'usage courant sur lesquelles, néanmoins, peu de gens se penchent réellement, notamment (toute honte bue) en tant que médecin.

Ceci n'est pas une excuse, mais les fondements théoriques de la psychanalyse en tant que discipline ont longtemps été absents des programmes des enseignements académiques, voire exclus dès sa naissance (Assoun 1997). Tandis qu'en tant que méthode de psychothérapie, elle a rencontré le succès planétaire que l'on sait et, de ce fait, a profondément influencé la façon, en Occident, de concevoir la personne, l'individu, et son psychisme avec la mise en lumière de l'inconscient par Freud. Mais en tant que discipline, elle est toujours en quête de légitimité en tant que science et en tant que science sociale en particulier. Le débat a longtemps opposé anthropologues et psychanalystes, or on peut convenir comme B. Pulman (Pulman 1991) que « *l'inconscient intervient tout autant dans la structure et la dynamique du social que dans le fonctionnement de la vie psychique individuelle* ». Fassin décrit l'anthropologie et la psychanalyse en compétition pour décrire « *ce qui fonde l'unité et l'universalité de l'homme* », avec des relations teintées de répulsion et de « fascination réciproque », « des emprunts argumentés et des annexions sauvages » (Fassin 2000) ! Malinowski remet en cause le premier la théorie du complexe d'Œdipe et des étapes du développement infantile qu'il ne jugeait pas applicables pour toutes les sociétés. Si on laisse de côté la branche de « l'ethnopsychanalyse » ou « ethnopsychiatrie » et ses abus de surinterprétation ou « interprétation sauvage » selon l'expression de Yannick Jaffré (Jaffré 1996), nous pouvons nous intéresser au dialogue qui émerge aujourd'hui autour de l'anthropologie psychanalytique, qui tente de concilier anthropologie et psychanalyse en adaptant les outils conceptuels de la psychanalyse pour interpréter des faits sociaux classiquement étudiés par l'anthropologie et dont l'initiateur en France serait G. Devereux. Cependant, le dialogue ou le débat s'avère toujours complexe avec, en France, le poids de Claude Lévi-Strauss dont les recherches s'approchait de celles des psychanalystes mais qui en a rejeté les thèses, ce dont Rechtman se fait l'écho (Rechtman 1996). Face au structuralisme de Lévi-Strauss, certains lui reprochent d'avoir effacé le sujet et, du coup, un auteur comme Gillian Gillison fait le procès de l'anthropologie actuelle qui, en bannissant l'individu et avec lui son inconscient « *comme réservoir d'une histoire personnelle et d'une motion irrationnelle violente, d'autodestruction enracinée dans les pulsions* », élimine ainsi la possibilité d'une responsabilité morale et empêche une réflexion sur le conflit. L'auteur va jusqu'au point d'y voir le germe du totalitarisme (Gillison 1999). Néanmoins, certains anthropologues ont adopté certains concepts psychanalytiques dont les outils du transfert/contre-transfert (Hunt 1989) pour expliquer les relations entre l'anthropologue et les sujets qu'il « étudie » voire pour expliciter d'autres liens, comme les relations de genre, ce que fait A. Tauzin pour la population maure de Mauritanie (Tauzin 2006). Personnellement, il me semble que l'utilisation de ces outils est pertinente pour élucider ce que notre psychisme d'individu de culture occidentale crée dans ses rapports aux autres. Par ailleurs, nous n'avons pas d'autre théorie cohérente pour cette application. Néanmoins, je resterais prudente quant à l'application de ces outils pour expliciter certains faits sociaux dans d'autres cultures et je m'en tiendrai seulement à ceci : les affects du chercheur sur son terrain sont indubitablement liés au fonctionnement de son psychisme et il est possible de bénéficier des éclairages issus de la théorie psychanalytique. Le reconnaître c'est surtout faire une place à la subjectivité du chercheur sur son terrain

et reconnaître les limites que cela engendre dans les difficultés relationnelles par exemple ou les « blocages » pour aborder un sujet particulier. Par contre, être conscient de ces difficultés ne signifie pas avoir résolu les - dits problèmes !

Plus concrètement, j'aimerais revenir à ce qui est à l'origine de cette réflexion. Lors de ce terrain, j'ai été confrontée à ce que nous pourrions appeler un « *intolérable* », comme Fassin et Bourdelais (Fassin and Bourdelais 2005) l'abordent : non comme un jugement moral ou éthique mais plutôt comme le résultat d'une construction historique et sociale, même si je situe la problématique à ma modeste échelle personnelle. Il est en effet question de sensibilité, mais aussi de construction de ce sentiment puisque je ne puis éprouver de sentiments, d'affects qu'en fonction de ce qui a construit ma vie jusqu'à présent. Une identité professionnelle se construit elle aussi petit à petit en fonction d'abord des représentations idéalisées puis se modifie au cours du temps avec la pratique, l'épreuve de la réalité, au gré des rencontres et des convictions mais elle est aussi transmise par tout le « corps » professionnel et l'histoire de la discipline. Cela fait bientôt la moitié de ma vie que je travaille à devenir médecin et cette identité de médecin est difficilement dissociable de ma personne. Je partage donc avec l'ensemble de « mes confrères médecins » des représentations de la médecine, une éthique, toute une « culture médicale ». Bien que j'essaie depuis quelques années de décortiquer et d'analyser tout cela et que l'exercice ici était de s'en détacher pour adopter un regard anthropologique, c'est quand même avec un regard de médecin que j'ai assisté à certaines scènes. Je pense que c'est en partie à cause du poids de ce regard que j'ai ressenti avec plus d'acuité ce qui me semblait insupportable, car c'est ce qui définit en partie mes limites du tolérable. Anne Guillou, dans sa thèse (*op.cit.*, p463-477) a analysé avec finesse ce que cette différence d'éthique entre soignants occidentaux et cambodgiens pouvait engendrer de malentendus dans les rapports de travail, notamment, concernant le rapport aux malades et à la souffrance, bien que tous se réclament de la même éthique biomédicale.

Si les médecins cambodgiens sont conscients du fossé qui existe entre leur discours qui s'approche des discours des médecins occidentaux et leur propre pratique, A. Guillou montre qu'il leur est difficile de s'extraire des rapports sociaux dans lesquels ils sont insérés et qui régissent la vie des Cambodgiens et où « *l'autorité médicale est sans cesse remise en question et où la relation médecin - malade est plus complexe qu'il n'y paraît à première vue* » (*op. cit.* p465)

« *L'ensemble de ces stratégies s'insère dans un environnement social local, celui du « marché », du chef-lieu de district ou du quartier, où les patients sont porteurs de rôles sociaux venant se superposer à ceux que leur assigne la relation thérapeutique et qui influe sur elle. Les valeurs d'universalisme et de neutralité affective dans la relation médecin – malade, portés par les humanitaires, qui sont quant à eux hors du jeu social cambodgien, sont ainsi mises à mal car elle s'inscrit au contraire largement dans les hiérarchies sociales et les rapports sociaux locaux.* » (*op. cit.* p475)

Anne Guillou analyse cette complexité en se référant d'une part à la relative jeunesse de l'identité professionnelle de médecin au Cambodge. Le statut était peu valorisant sous le Protectorat puisque de longues années d'études aboutissaient à rester toujours sous la coupe des médecins français, il y eut donc très peu de médecins cambodgiens à cette époque. Il y eut une embellie sous le Sangkum, mais cet

engouement, lié à la possibilité d'acquérir un statut social valorisant et de bien gagner sa vie fut brisé net avec les années de guerre civile puis la période khmer rouge. A. Guillou remet aussi en perspective le statut de médecin dans le contexte des multiples choix thérapeutiques existant au Cambodge : *kru khmaer*, bonzes, masseuses pour les thérapeutes « traditionnels », et la profusion de différentes catégories hiérarchiques de soignants qui essaient de légitimer leur place et leur statut : officiers de santé ou Médecins-Assistants versus Docteurs en Médecine, Infirmiers de grade différents, sages-femmes de grade différents... Leurs statuts liés au nombre d'années d'étude sont directement hérités de la période du Protectorat et de la période de reconstruction après la chute du régime khmer rouge et où les besoins sanitaires ont obligé à former rapidement des personnels soignants.

L'auteur explique la mise à distance des patients par les soignants par, d'une part la crainte de pathologies contagieuses ou la répugnance à toucher le corps d'un patient qui n'aurait pas eu le temps de se laver avant la consultation, d'autre part, par similitude avec ce qui se passe lors d'une consultation avec un thérapeute traditionnel. Par ailleurs, cette mise à distance est aussi éclairée par les valeurs accordées aux sentiments de pitié et de compassion, profondément modelés par le bouddhisme *théravada* et qui ne recouvrent pas le même sens pour un occidental. La « compassion » d'un point de vue bouddhique constitue « presque un non-sens » selon l'auteur, puisque le but d'un croyant est de se détacher de la souffrance pour cesser le cycle des réincarnations. Or, « *expérience intrinsèquement liée à l'existence même, la souffrance est également insérée dans la vision karmique et profondément individuelle du destin.* » (p469) et toute action et pensée peut avoir des conséquences, dont la souffrance et la maladie, c'est donc à l'individu de prendre les moyens de corriger ces conséquences. « *L'on conçoit donc que, dans les représentations profondément ancrées dans les valeurs de la société globale cambodgienne, l'expérience de la souffrance ne puisse être partagée puisque, aussi généralisée soit-elle chacun la réalise pour soi-même et diversement. Cela ne signifie pas, bien entendu, qu'elle ne puisse ni qu'elle ne doive être soulagée, d'autant que ni la souffrance ni sa version restreinte de la douleur, n'ont, dans le bouddhisme, de fonction rédemptrice ni purificatrice qui les rendraient désirables, comme dans le christianisme consacrant la supériorité de l'esprit sur la chair. La « bienveillance universelle » que doivent pratiquer normalement les adeptes consiste, à la différence de la « pitié » et de la « compassion » que nous évoquions plus haut, en une attention flottante et positive à l'égard de tous les êtres.* » (op.cit. p 470) Ces éclairages montrent bien que les soignants cambodgiens agissent vis - à - vis de leurs patients en fonction de contraintes qui sont propres à leur société et qui sont en contradiction avec l'éthique biomédicale telle qu'elle a été exportée de façon abrupte et très récente.

La littérature abonde d'exemples de soignants qui abusent de leur pouvoir sur les patients. Concernant cette « prise de pouvoir » par les soignants au moment de la gestion de la maternité, ce constat a donné lieu à tout un courant de l'anthropologie médicale qui analyse les rapports soignants - soignés en termes de pouvoir lié au savoir, « savoir faisant autorité » ou « *Authoritative Knowledge* », courant sur lequel nous reviendrons plus tard (Davis-Floyd and Sargent 1997). Mais peu d'études portent sur la *violence* des soignants comme le notent les auteurs d'un article sur la violence des infirmières dans une maternité d'Afrique du Sud. (Jewkes, Abrahams et al. 1998) Cependant, ces auteurs, de même que

Jaffré et Prual (Jaffré and Prual 1993) arrivent à la conclusion que ce sont bien les influences sociales notamment celles liées au statut professionnel dont l'image est en contradiction avec les conditions de pratique qui expliquent en grande partie ces violences, verbales ou physiques, portées contre les patients, en particulier les parturientes¹¹. Ainsi, selon ces derniers, « *dans les domaines de la prévention et de l'accouchement, nul acte technique ne semble résulter d'un savoir spécifique susceptible de légitimer le pouvoir d'une fonction. Nul énoncé n'y semble licite (explication des positions gynécologiques, modalités de la surveillance du déroulement de l'accouchement, etc.), puisque ne répondant pas aux habituelles positions d'énonciations ("jeunes" parlant à des "vieilles", soignants sans malades, "éducateurs - thérapeutes" sans médicaments, etc.). De même, les principales attitudes sociales, "honte", "pudeur", sont avant tout définies dans le cadre de la famille ou de relations sociales codées, notamment celles distinguant les aînés des cadets. Les respecter strictement entrave la pratique médicale des sages-femmes* » (p78). Cette divergence de sens entre les conceptions techniques d'une pratique médicalisée d'un accouchement n'est pas légitimée par le sens traditionnel de la naissance et l'absence de langage commun entre ces deux mondes induit une violence à la fois verbale et physique puisque ces pratiques vont à l'encontre des préceptes de respect traditionnels au Niger. Gill Seidel propose la piste de l'analyse de la catégorie de genre pour comprendre les causes des violences subies plus particulièrement par les femmes malades. En effet, elle critique les propositions sexuellement neutres des politiques de santé publiques d'Afrique du Sud (basées sur le vécu des hommes) reproduites par les soignants bien qu'elles soient inadaptées aux situations vécues par les femmes au sein de leur communauté et famille : « *Public health and medical discourse may also have affinities with naturalist ideology and hence seek to perpetuate 'traditional' gender roles* ». Cette violence des positions des soignants s'exprime dans le fait de considérer les femmes non obéissantes à l'autorité médicale comme potentiellement « psychiatriques » (Seidel 1998). Nous poursuivrons ces pistes d'analyse plus tard.

Ce long détour me semble nécessaire pour tenter d'expliquer les différences de positions entre les soignants cambodgiens et occidentaux. Or, que l'on soit la personne la mieux avertie du monde n'empêche pas de ressentir un profond malaise quand on assiste à une scène où un soignant moleste une patiente, d'autant plus si c'est une femme en train d'accoucher, en position de faiblesse, de « mise à nu », et « en douleur ».

Fassin et Bourdelais (*op.cit.* p10) soulignent que la perception contemporaine de l'intolérable est liée aux changements du rapport au corps et à son intégrité. Le malaise ressenti dans cette maternité m'était d'autant plus inconfortable que jusqu'alors, je n'avais, comme soignante, qu'une expérience extrêmement positive dans une maternité¹². Ce malaise peut aussi être interprété en fonction du rôle que j'assumais ici. J'étais, malgré mes efforts, porteuse d'un regard biomédical et dans une impuissance d'action due à mon statut d'observatrice. Ce sentiment d'impuissance est bien sûr, tout illusoire puisque

¹¹ Nous discuterons plus loin de la nécessité de distinguer patients et malades des parturientes mais ici, nous les employons de façon quasi équivalente puisque les soignants ne font pas la distinction.

¹² J'ai bien conscience de la chance que j'ai d'avoir rencontré une équipe de sages-femmes hors du commun, qui m'ont totalement intégrée dans leur groupe et m'ont fait partager la richesse de leur métier : de cela découle sans doute une vision idéalisée de ce que peut être un accouchement, même très médicalisé.

en tant que médecin, mon champ d'action aurait de toute façon été nul. Mais ceci montre qu'il est parfois difficile de négocier avec ses propres identités car cela crée des conflits au niveau de l'affect ! Mais la vraie question n'est-elle pas de se demander quelles sont mes limites du supportable et quelles sont mes actions ou réactions possibles en tant que personne, et en tant qu'anthropologue ? La question n'est alors plus celle de l'éthique médicale mais celle de l'éthique du chercheur. Y a-t-il « mise en danger » possible : mise en danger émotionnelle, et par ses conséquences, mise en danger de la recherche ? Je ne pense pas avoir été « en danger » dans le sens où je ne me suis pas retrouvée dans une situation de grande détresse comme l'ont été la plupart des auteurs de « Danger in the field » (Lee-Treweek and Linkogle 2000). Mais je me suis retrouvée dans une situation où les émotions subies sur le terrain érodent peu à peu la pensée et la manière d'appréhender le terrain au point de le plomber avec un pessimisme que je me découvrais et que cela, en effet, a influencé mes choix et mes réactions. En ce sens, il y a bien eu « danger émotionnel » : « *By emotional danger we mean serious threat or danger to researchers brought on by negative feelings states induced by the research process. In these chapters, the concept of emotional danger is developed to show that it can affect researchers in two ways : first, through destabilizing personal identity and second, through providing greater insight into the research process.* » (op. cit. p4) Ce terrain a ainsi eu l'effet de secouer les bases de mon identité de médecin et bien que cela n'ait rien de traumatisant, il s'agit bien d'une expérience aux limites de soi.

Si cet exercice de réflexivité a parfois pris des airs nombrilistes, le but ici n'était pas de faire étalage de sensiblerie : il était important pour moi, de reconnaître les nombreux défauts de ce terrain et s'interroger sur la cause de ces derniers permettra, je l'espère, d'éclairer le processus de « fabrication des données ».

.1.3.4 Calamité Ethique

Nous pouvons aborder le sujet de l'éthique de plusieurs manières.

Nous pouvons commencer par dire que, en tant que chercheur traitant d'un sujet abordant le champ médical, nous sommes soumis aux règles éthiques internationales de la recherche biomédicale telles que définies par la Déclaration d'Helsinki (World Medical Association 2000) ou plus récemment par l'UNESCO (UNESCO 2006). Plus précisément, menant une recherche pour l'ANRS, nous pouvons nous référer à la Charte Ethique de l'ANRS (ANRS 2002). Ou bien, en tant qu'anthropologue, nous pouvons nous référer aux chartes éthiques des anthropologues britanniques (Association of Social Anthropologists of the UK and the Commonwealth 1999), ou américains (American Anthropological Association 1998).

Ces dernières sont plus adaptées à la discipline anthropologique que celle de l'ANRS qui est très technique et qui suit les stricts protocoles encadrant la recherche biomédicale. Aussi, dans ce cadre, faut-il soumettre un « protocole de recherche » au comité d'éthique de l'ANRS, puis au comité d'éthique du pays concerné par la recherche (article 3.1), avec des « modalités de validation (questionnaires

d'enquête) » (article 2.2) qui ne sont guère transposables à la méthodologie de la discipline anthropologique, obligeant de plus à l'utilisation d'un formulaire de consentement (article 6.5) tandis que ni l'UNESCO ni l'ASA n'en font mention et que pour l'AAA, c'est la notion de consentement éclairé qui prime sur la forme. En effet : « *informed consent, for the purposes of this code, does not necessarily imply or require a particular written or signed form. It is the quality of the consent, not the format, that is relevant* » (article A.4). La rigidité d'un code d'éthique trop biomédicalisé peut être gênante pour l'anthropologue : en effet, il peut être difficile d'accepter pour un membre d'un comité d'éthique que le chercheur adapte son approche du terrain en fonction de ce qui lui semble le plus pertinent au vu de son expérience (principe d'itération), alors qu'un chercheur de sciences dites « dures » ne peut changer de protocole de recherche en cours de route sans invalider toute la recherche. Faut-il, comme le fait Doris Bonnet, alors accepter que tout chercheur en sciences sociales traitant du champ médical se soumette aux règles d'éthique médicale (Bonnet 2003) ?

Nous pouvons aussi nous interroger sur la nature de l'autonomie des sujets qui « participent » à l'étude. Dans ce cas particulier d'une étude dans un lieu aussi fermé qu'un service hospitalier, si un chef de service donne son accord au chercheur pour permettre l'étude des rapports sociaux au sein de son service, les membres de l'équipe ne donnent leur consentement qu'au moment d'être interviewés et pour le reste du temps, ils restent observés contre leur gré. Faut-il pour être totalement éthique organiser une table ronde avec tous les membres du personnel et procéder à un vote et recommencer avec chaque patient ?

Dans ce cas particulier où nous observons soignants et soignés, à qui va notre « loyauté » pour reprendre une expression de J. H. Muller et M. Clark, (American Anthropological Association non daté), par exemple, en cas de dilemme où nous serions amenés à observer des décès par négligence ou faute médicale ? Comment appliquer alors le principe de non - malfaisance ? Et quelle attitude adopter ?

Si nous n'avons pas eu à faire face à de tels dilemmes, nul n'est à l'abri de telles confrontations, que ce soit au Cambodge ou dans un hôpital américain comme celui présenté par le cas de « slow code » cité par l'AAA (*op.cit.*, p3). Et cela doit encourager une réflexion qui est spécifique à la pratique de l'anthropologie dans des milieux de soins.

Mais l'éthique peut aussi devenir un enjeu qui dépasse le seul champ de la recherche. En effet, une autorisation de recherche délivrée par un comité d'éthique peut être l'objet d'enjeux de pouvoirs locaux et le chercheur peut être pris dans les filets de ces jeux sans qu'il ne soit aucunement question d'éthique. Et si pour ce dernier, les difficultés s'accumulent, elles sont aussi l'occasion de dévoiler un petit rouage de la société qu'il essaie de comprendre.

Au Cambodge, la recherche médicale fait l'objet d'une attention redoublée depuis 2004. Un essai clinique financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, le gouvernement américain et des universités prestigieuses, avait reçu l'accord des comités éthiques de recherche au Etats-Unis et du Comité d'Ethique National du Cambodge en 2002. L'essai clinique utilisait une molécule, Tenofovir ®, et prévoyait de tester son efficacité chimioprophylactique au sein de populations à haut risque d'exposition au VIH (prostituées). C'était un essai randomisé dont la moitié de la cohorte devait recevoir un placebo. Cette

étude devait être réalisée en même temps au Cambodge et dans quatre autres pays africains et devait débiter en 2004 (Hamilton and Chase 2006). Or, un collectif de prostituées cambodgiennes, The Women's Network for Unity (<http://www.wnu.womynsagenda.org>), s'organisa pour protester contre la mise en place de cette étude. Elles s'appuyaient sur le fait que les prostituées approchées par les recruteurs manquaient d'informations (notamment le nom de la molécule utilisée), qu'il n'y avait pas de suivi médical prévu en cas de contamination par le VIH ou d'effets secondaires du médicament. Par ailleurs, elles craignaient qu'une telle étude ne fasse régresser le port du préservatif devant un traitement qui pouvait être interprété comme une protection immunitaire. Elles reçurent le soutien de l'association Act Up Paris et obtinrent ainsi une couverture médiatique notamment lors de leur manifestation au stand de Gilead à la XV^e Conférence Internationale sur le Sida, tenue le 11-16 Juillet 2004 à Bangkok (ARCAT 2004). La manifestation eut un écho retentissant et fit scandale au point que le Premier Ministre du Cambodge, Mr Hun Sen, intervint en personne pour notifier l'arrêt immédiat de cette étude au Cambodge et alla jusqu'à interdire toute recherche clinique ultérieure incluant le Tenofovir ® sur le territoire cambodgien (Munthit 2004).

C'est dans ce contexte très sensible politiquement que la chercheuse principale du projet dut soumettre son dossier d'autorisation éthique et l'obtint après plusieurs mois d'attente. Le projet avait l'autorisation du Comité National d'Éthique du Cambodge pour débiter, et nous n'aurions pas dû rencontrer de souci majeur à son sujet. Ce fut néanmoins le cas, et l'obtention de cette autorisation fut une « aventure » assez significative pour être détaillée ici.

Lorsque j'arrivai au Cambodge, le premier objectif, après avoir trouvé une assistante de recherche, était d'obtenir l'autorisation d'un hôpital pour observer une maternité. Mme Crochet me fit bénéficier de son réseau de connaissances et m'accompagna à notre premier rendez-vous avec Mme le Professeur A dans l'un des meilleurs hôpitaux de Phnom Penh. Elle nous donna son accord de principe pour ma présence au sein de son service, mais aussi demanda de soumettre un dossier de demande d'autorisation de recherche qui serait remis au sous-directeur de l'hôpital, seul responsable pour donner son accord final. Elle devait s'absenter dix jours plus tard pour une période de trois semaines et nous devions faire vite.

Je revins une première fois avec mon assistante P, mais il s'avéra que l'un des documents ne convenait pas. La fois suivante, Mme le Professeur A n'était pas joignable et je devais lui remettre mon dossier. Après m'avoir fait patienter dans un bureau climatisé avec des médecins qui ne savaient visiblement pas quoi faire de nous, l'un d'eux partit à la recherche de renseignements et il fut décidé que je devais rencontrer Mr le Dr G, qui saurait quoi faire de mon embarrassante présence. On nous guida dans un dédale de couloirs à son bureau, fermé et inoccupé. Puis on me demanda de revenir un jour plus favorable. Il était impossible de joindre ce médecin, et il n'y avait pas de secrétariat. Nous revînmes à l'assaut quelques jours plus tard : il était encore absent et nous nous demandions comment pouvoir le joindre. Nous demandâmes encore conseil aux médecins du bureau des statistiques où l'on nous fit

patienter de nouveau. Après une heure et demie de patience, un médecin (liseré rouge de la poche¹³) entra en trombe dans le bureau, sûr de lui, et dont je ne compris pas le nom lors des présentations (je ne pouvais pas le lire sur son badge rédigé en écriture khmère et il n'avait pas de carte de visite sur lui). Cependant, il agit comme s'il était le Dr G en personne, promettant de regarder avec attention mon dossier et de la transmettre au sous-directeur en mains propres. Il me donna rendez-vous le Lundi suivant avec l'assurance d'une réponse concernant le projet de recherche. Curieusement, ni lui ni les deux assistants qui m'accompagnaient ce jour-là ne me firent remarquer ma méprise sur l'identité de cet individu alors que nous en discutâmes ouvertement. Le lundi suivant, je me rendis de nouveau à la maternité. Nous patientâmes devant une salle de soins pendant plus d'une heure et voyant que nous ne bougerions pas avant d'avoir rencontré Dr G, une sage-femme me fit signe d'entrer dans la salle. La pièce était étroite et bondée de blouses blanches, je ne vis pas mon interlocuteur de la semaine précédente, mais on me désigna une personne aux cheveux blancs à la figure autoritaire, et je compris que je devais me présenter à lui et lui dire l'objet de ma requête tout en ne sachant pas à qui je m'adressais. Je compris assez rapidement qu'il s'agissait du véritable Dr G et il ne semblait visiblement pas très heureux de ma visite ni de ma méprise initiale sur son identité. Il me fit comprendre que l'objet de mon étude était absolument inintéressant « puisque tous les médecins cambodgiens connaissent l'hygiène » et que c'était « un sujet dont traitaient la plupart des mémoires de fin d'étude d'infirmières ». Au lieu de me contenter de cette fin de non-recevoir, j'arguais de l'avis favorable du Professeur A pour cette recherche, ce qui fut une première erreur et enfin, je tentais d'argumenter point par point ses critiques, ce qui dut achever l'opinion défavorable que ce médecin devait se faire de ma personne. En effet, en fonction des critères de politesse au Cambodge, je dus gravement lui manquer de respect, remettant en doute sa parole et son autorité devant ses collègues et subordonnés, d'autant plus que j'étais une femme et bien plus jeune que lui. Il me laissa une seule chance d'obtenir son autorisation, c'était de produire un document attestant d'une autorité plus haute que la sienne, l'autorisation du Comité National d'Ethique signé de la main de son Président, son Excellence le Professeur Eng Huot et où figureraient mon nom et mon projet, tout en sachant qu'il serait hautement improbable d'obtenir ce document. Quelques instants après cette pénible entrevue, nous rencontrâmes par hasard Mme le Professeur A, de retour, qui suggéra de faire une mise à jour officielle d'un document adressé au Président du Comité d'Ethique avec mon nom et projet de recherche et que cela devait suffire pour officialiser les changements survenus au cours du projet en attendant d'obtenir l'approbation écrite du Comité d'Ethique. Elle fit aussi allusion en khmer à ce qu'elle avait dit quelques semaines auparavant et que mon assistante n'avait pas traduit sur le moment : « que les démarches seraient très compliquées en son absence ». Autrement dit, elle nous avait averties de ne rien entreprendre en son absence et nous avions foncé tête baissée... Mais l'engrenage était enclenché. Le courrier signé de Professeur Desclaux, de Mr le directeur de l'Institut Pasteur du Cambodge Mr Sarthou et de Dr Vong, chef du service d'épidémiologie de l'Institut Pasteur ne fit pas fléchir le Dr G. Au contraire, ce courrier qui lui fut présenté par Mme le Professeur A, en présence de plusieurs autres médecins fut l'occasion

¹³ Le liseré de la poche d'une blouse suivant les couleurs indique la fonction du porteur de la blouse, rouge pour les médecins, bleu pour infirmières et sages-femmes.

pour lui de montrer le peu de cas qu'il faisait de mon projet mais surtout de déstabiliser publiquement la position de Professeur A. Il n'était pas uniquement question de se débarrasser d'un projet gênant pour son hôpital ou d'une personne qui lui avait manqué de respect, mais certainement aussi question de pouvoir et de légitimité au sein de cet hôpital. En effet, si Professeur A était chef de service, d'un service prestigieux et réputé pour ses engagements dans la recherche clinique, Dr G, gynécologue aussi, travaillait sous la responsabilité de Professeur A en tant que médecin, mais il était son supérieur administratif en tant que chef du Bureau Technique et détenait de ce fait un plus grand pouvoir au sein de l'hôpital. Naïvement, l'idée me vint d'aller au secrétariat du Professeur Eng Huot pour demander un rendez-vous avec une personne qui pourrait résoudre le problème. Nous tombâmes en plein déjeuner du petit garçon de quatre ans de la secrétaire qui ne s'arrêta pas un seul instant de donner les cuillerées de soupe à son fils. Devant ce que l'on pourrait qualifier mon insistance à obtenir un rendez-vous avec une personne habilitée à résoudre ce problème et malgré les « *Son Excellence Monsieur le Professeur est très occupé aujourd'hui* », la secrétaire finit par nous donner le nom d'un responsable (numéro 2) du Comité d'Ethique au National Institute of Health. Quelques kilomètres plus tard, nous arrivâmes dans un bureau avec antichambre, où il fallut de nouveau faire le récit de l'affaire qui m'amenait ici. Je souhaitais juste un rendez-vous avec le responsable, mais le secrétaire zélé voulut plus de détails. Il finit par disparaître dans le bureau d'où émergeaient deux voix distinctes. Après quelques allers et retours, un autre homme en sortit qui écouta mon énième récit avec un air rassurant et paternel, et vint à la conclusion qu'il n'y avait pas de problème pour la réalisation du projet de recherche puisque Son Excellence le Professeur Eng Huot venait de recevoir le courrier officialisant les changements de chercheurs dans le projet. J'expliquais de nouveau que le problème qui m'amenait était que le chef du Bureau Technique de l'hôpital où je souhaitais mener la recherche réclamait la signature du Professeur sur un nouveau document. Nouvel aller-retour dans le bureau du fond. Puis, le médecin « paternel » me dit que cela s'arrangerait et que je devais rencontrer une autre personne (responsable numéro 3 du Comité). Je n'eus ainsi pas l'occasion de rencontrer Mr le numéro 2. Une heure plus tard, je me retrouvais dans le bureau de ce responsable qui parlait l'anglais avec un accent américain. Ses façons trahissaient une éducation à l'occidentale, mais il fit preuve de beaucoup de prudence dans ses propos. Il fit tout de suite la différence entre la note d'information reçue et ma requête qui était l'approbation du contenu de la lettre. Or, il me fit comprendre que le Président du Comité d'Ethique ne se prononce pas sur un changement de chercheur mais sur un changement de *protocole*. Il dit qu'il ne pouvait que soutenir la demande du chef du Bureau Technique et proposa que je refasse une demande d'autorisation « dans les règles » pour ce qu'il considérait comme une « sub-study » de l'étude principale. Cependant, il fut encourageant dans le sens où il me dit que Son Excellence serait très probablement « compréhensif » et que je ne serais peut-être pas obligée de recommencer toute la procédure de demande d'autorisation du Comité National d'Ethique et dit qu'obtenir un rendez-vous avec le professeur serait la solution la plus rapide. Avec ces encouragements, je décidais de revenir au secrétariat du professeur pour un rendez-vous. Cette fois, la secrétaire mangeait une orange. Elle prit le temps de finir son dessert, replia consciencieusement sa serviette et ses épluchures avant de parler sur un ton extrêmement dur à mon assistante qui était au bord des larmes. Elle l'insulta

parce que cette dernière avait omis de dire « Son Excellence » devant le titre Professeur. Par ailleurs, elle nous dit que nous devions repartir au plus vite au siège du NIH pour y rencontrer d'autres personnes... De nouveau au NIH, deux médecins, un homme et une femme, nous attendaient déjà (alors que nous venions de faire l'aller-retour). On nous fit entrer dans une salle de réunion immense sous plusieurs mètres de plafond et de part et d'autre d'une table de réunion ovale de quinze mètres de grand axe. Nous dûmes exposer notre problème encore une fois. Nos deux interlocuteurs avaient visiblement aussi peu envie que nous de se trouver là. Le médecin homme me réprimanda doucement sur ma manière d'agir et me recommanda par la suite de ne pas commencer par déranger Professeur Eng Huot. Il dit qu'il me fallait d'abord m'adresser à eux deux, les secrétaires du Comité d'Ethique. L'homme soupira à plusieurs reprises se demandant où était le problème et, parlant en khmer à sa collègue se plaignit que ce Dr G était décidément difficile, qu'il avait une réputation terrible et que ce n'était pas la première fois qu'il créait des complications. Il me demanda pourquoi je n'avais pas demandé à travailler dans un autre hôpital, ce qui résoudrait le problème *de facto*. Il dit aussi qu'ils devraient ré-examiner le dossier pour trouver une solution et éviter d'avoir à reverser les 400 US Dollars de frais de demande d'autorisation éthique si je pouvais prouver ne pas avoir reçu de financement d'un organisme de recherche... Mais il ajouta aussi que si Dr G avait décidé de me refuser l'entrée de son hôpital, aucune décision du Comité d'Ethique ne pourrait faire infléchir cette décision. Au rendez-vous suivant, la femme médecin avait lu encore plus attentivement que moi le dossier de soumission du projet de recherche. Elle avait notamment relevé qu'à la date de Septembre 2007, le travail de terrain du chercheur principal était censé être terminé. Par ailleurs, il était spécifié que l'étude porterait sur un hôpital public, un hôpital privé et une petite structure de soin et que de ce fait, si la chercheuse principale avait déjà fait un terrain dans un hôpital public, je ne pouvais pas prétendre à entrer dans un nouvel hôpital public puisqu'elle interprétait ceci comme un changement de protocole.

À aucun moment, alors qu'il était question d'« autorisation éthique », il ne fut question d'éthique.

Mais les soucis accumulés pendant cette quête du Graal sont révélateurs de certains fonctionnements au Cambodge : enjeux de pouvoir au sein de la hiérarchie hospitalière, hiérarchie homme / femme, conséquences de la pesanteur hiérarchique ministérielle, appel à peine voilé à la corruption, interprétation rigide de l'éthique de la recherche en anthropologie et des protocoles de recherche « à la biomédicale », mais aussi rapports à l'étranger. En effet, on peut se demander ce qui a déclenché la cascade de situations kafkaïennes au sein de l'administration, dérapant de malentendus en malentendus. J'étais l'étrangère et j'agissais, il est vrai, naïvement comme si j'allais résoudre le problème en prenant rendez-vous avec un responsable de l'administration (administration qui avait tous les signes extérieurs d'une administration familière, « à l'occidentale »). Et je découvrais que finalement, les secrétaires ne prenaient pas de rendez-vous, que les responsables, au lieu de résoudre le problème, le couvraient, faisant bloc contre l'étrangère que j'étais, plus facile à désavouer que leur confrère en pleine ascension au sein de la hiérarchie hospitalière, et enfin, qu'une fois le doigt dans l'engrenage administratif et sa hiérarchie en cascade où chacun veut user de son pouvoir, rien ne peut arrêter une procédure quand elle est lancée.

Finalement le problème se résolut grâce à l'intervention informelle du directeur de l'Institut Pasteur auprès du Professeur Eng Huot et aussi par le fait que nous obtînmes l'autorisation de mener notre recherche dans un autre hôpital (et où notre « contact » faisait partie du Comité National d'Ethique).

.1.4 Traitement et analyse des données

Nous dirons enfin quelques mots sur le traitement des données.

Le journal de terrain réunit plusieurs cahiers de même format qui ont été numérotés, paginés et indexés par thème et par date de façon à pouvoir retrouver facilement un événement ou une description particulière, de lieux, de personnes (Nous avons utilisé le logiciel File Maker Pro©).

Les notes prises par mon assistante ont été traduites par ses soins, malheureusement en partie seulement car elle n'a pas fini son travail : elle avait pris du retard, nous lui avons prolongé son contrat. Malgré cela, elle ne finit pas ce que nous lui avons demandé et ne répondit pas à nos courriels, nous laissant avec des traductions inachevées.

Nous avons transcrit les entretiens menés en français, et ceux menés en khmer ont été transcrits et traduits en français par mon assistante. La fin inopinée de son travail nous laisse des traductions « brutes », c'est-à-dire, non corrigées par une lecture commune pour relever les contresens, difficultés de vocabulaire (technique ou relatif à la douleur ou aux émotions par exemple). Nous aurions aussi souhaité, dans l'idéal, faire introduire dans le texte traduit les mots khmers employés dans certains contextes pour mieux travailler sur le sens ensuite. Ceci manque aussi par rapport aux données que nous aurions souhaité recueillir et nous nous trouvons donc avec des données amputées d'une grande partie de leur valeur. Cependant, nous les avons utilisées malgré leur imperfection et passées par le filtre de l'analyse thématique. Les thèmes ont été codés et indexés.

Dans cette première partie, nous avons tenté de montrer les conditions du recueil de données sur le terrain. Nous avons essayé de tenir compte des contraintes pour s'y adapter. Analyser ces contraintes n'a pas été aisé mais c'est le lot de tous les chercheurs de terrain. « Faire face » demande une mobilisation de son énergie de tous les instants, aussi bien lors de ses rapports aux autres que le soir face à sa page blanche, et « avoir le nez dans le guidon » ne facilite pas la prise de recul nécessaire. Aussi, nous espérons avoir surmonté ce manque de perspective initial. Mais avant de présenter nos données d'une ethnographie classique d'un accouchement dans le contexte hospitalier et les pistes d'analyse qui en découlent, nous nous appliquerons à poser le cadre théorique de la problématique de notre recherche. Nous aborderons ainsi les notions de risque, ses implications médicales avec la maternité et enfin le risque infectieux.

.2 APPROCHE THÉORIQUE DU RISQUE, DE LA MATERNITÉ, DU RISQUE INFECTIEUX.

.2.1 Le risque

Le terme « risque » recouvre de nombreux sens et n'a pas toujours signifié la même chose au cours du temps. Or aujourd'hui, ce terme qualifie, pour certains, notre société qui serait devenue une « société du risque » (Beck 1986). Il cristallise de nombreuses craintes et interrogations concernant l'environnement de l'homme (sanitaire, biologique, naturel, technique, nucléaire...) et appelle des réponses politiques et économiques pour sa *gestion*. La notion de risque est une piste intéressante pour aborder notre société mais devant ses multiples sens, nous tenterons d'abord de les cerner par des définitions.

Mary Douglas fait remonter au XVII^{ème} siècle l'émergence du concept de risque, dans le contexte des jeux de hasard et de pari. À l'origine, un risque élevé évoquait un jeu dans lequel un lancer de dés avait une forte probabilité d'apporter soit un gros gain soit une grande perte (Douglas 1992), (p24). Selon l'auteur, au XVIII^{ème} siècle, cette notion était toujours neutre et était utilisée par les compagnies d'assurance de marine marchande qui tenaient compte des chances d'un navire d'apporter la fortune autant que la ruine à l'issue d'une traversée. Pour les mathématiciens qui se sont penchés sur les lois statistiques, le problème de départ, le risque, signifiait la probabilité qu'un événement survienne combiné à la quantité des pertes ou des gains qui en sont la conséquence.

Il y a eu un glissement de sens progressif et aujourd'hui, nous ne retenons que la connotation négative des conséquences du risque, un risque étant quasiment devenu synonyme de danger. Ainsi, la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement Humain de 1978 définit le risque comme un concept statistique et « comme la fréquence attendue d'un effet indésirable survenant après exposition à un polluant » (Douglas 1985)(p20), alors que d'autres définitions mettent en avant la sévérité du dommage subi par l'événement dans les calculs de risque.

Un économiste définit le risque comme étant « l'ensemble des événements possibles qui peuvent en résulter, ainsi que par la probabilité associée à chacun des événements » (Gollier 2007)

La définition retenue par le groupe de travail de *Risques, sécurités sanitaires et processus de décision* (Setbon 2004) met aussi l'accent sur le côté préjudiciable du risque, c'est pour eux « une fonction de la probabilité d'un effet néfaste sur la santé et de la gravité de cet effet résultant d'un ou de plusieurs dangers » (p15).

La recherche de fonction mathématique qui régit les probabilités est étroitement liée à la volonté de réduire le champ de l'incertitude qui enveloppe l'occurrence d'un événement : les plus grands

mathématiciens de leur temps se sont penchés sur le problème suite à Pascal et Fermat qui fondèrent la théorie des probabilités.

Cette volonté de réduire la part d'incertitude n'est pas sans conséquences. Devant la prolifération technologique (industries chimique, nucléaire) de la seconde moitié du XX^{ème} siècle et devant l'inquiétude des populations face aux dangers des conséquences supposées de ces technologies, différentes disciplines se sont unies pour tenter d'analyser ce phénomène. Les industries et les gouvernements ne comprenaient pas cette levée de boucliers et ont tenté ainsi d'analyser la situation. Une nouvelle sous - discipline des sciences humaines a alors vu le jour (Douglas 1985 *op. cit.*, p22) en mêlant une part des méthodologies issues des approches technicienne ou rationaliste (*engineering approach*), écologique et cognitive et chacune criticable.

Cette nouvelle discipline, hétérogène dans ses approches et ses concepts, s'est attachée à cerner ce qu'est la *perception du risque* et l'*acceptabilité du risque*. L'auteur rappelle que ces concepts ne sont pas neutres et font appel à la morale. En effet, l'acceptation d'un risque par une population est pour elle directement liée à l'idée de justice sociale qui a cours dans cette population. Ainsi le seuil d'acceptabilité du risque sera-t-il plus bas chez des travailleurs qui se sentent exploités. Elle note que : « *In some professional analysis the allocation of risks is taken to imply an accepted norm of distributive justice sustaining the moral fabric of society* » (*ibid.* p6). De même, elle note que la notion de perception du risque conduit certains analystes à considérer les perceptions de la population générale comme des « mal – représentations » (misperceptions) par exemple concernant les craintes du nucléaire, induisant ainsi des réponses sous forme d'éducation de la population. Pour elle, cette idée de « faiblesse de l'éducation » et de questionnement sur la capacité des populations à penser en termes de probabilité n'est pas très éloignée de la posture de ceux, au début du XX^{ème} siècle, qui s'interrogeaient sur la capacité des « primitifs » à penser de façon logique (*ibid.* p33).

Par ailleurs, elle propose une théorie culturaliste pour éclairer les comportements des individus face au risque (1992, *op. cit.*, p102-121). Selon elle, un individu est *risquophile* ou *risquophobe* en fonction d'un schéma prévisible d'interrelations avec les personnes de sa communauté et qu'ainsi, la communauté et l'individu sont prêts à prendre des risques particuliers ou seront risquophobes au cours de ces interactions. Elle classe en quatre groupes les individus d'une même communauté en fonction de la place sociale qu'ils occupent : le « cœur de la cité » ou la communauté centrale, les enclaves dissidentes, les individualistes et les isolés. Chacun de ces groupes agit en fonction de sa propre culture de groupe et notamment en fonction de son savoir. L'exemple pris ici est le savoir sur le corps, la science et le sida, la légitimité de ce savoir variant de groupe en groupe : remis en cause ou défendu, ou encore objet d'indifférence. Si M. Douglas met l'accent sur le facteur culturel, nous nous accorderons plus généralement sur la construction sociale du risque.

Concernant plus particulièrement les risques liés à la santé, Hayes (Hayes 1992) montre lui aussi l'hétérogénéité des approches du risque. Il dénombre trois types de courants : « health risk appraisal » ou

estimation des risques pour la santé (HRA), « risk approach » ou approche du risque (RA), « risk analysis / assessment / management » ou analyse / estimation / gestion du risque (RA/M).

- HRA est une méthode pour aider les médecins à pratiquer une médecine préventive en se focalisant sur l'évitement de la mortalité prématurée. L'objectif de l'intervention est de réduire la pression de la mortalité prématurée en arrêtant ou modifiant les comportements « à risque ».
- RA est aussi appelée « risk strategy ». Elle forme la trame de la préparation des services de soins de santé soutenus par l'OMS dans le contexte du programme de santé maternelle et infantile. Elle est proposée comme une stratégie pour potentialiser le déploiement des ressources publiques dans les pays en développement.
- RA/M est d'ordre plus général et concerne surtout l'évaluation des risques technologiques, la sécurité de production, la perception publique du risque.

Hayes note que les notions de risque varient selon les définitions de la santé aussi bien que les buts d'application, leur nature et les conditions contextuelles des relations entre risques et résultats spécifiques et les conditions et les méthodes de mesure. Il déplore en somme l'absence d'une épistémologie du risque dans le domaine de la santé et du soin.

Faisant appel à la « double herméneutique » de Giddens, il pointe du doigt les dimensions idéologiques du langage du risque. Ainsi, la notion de risque véhiculée par le courant HRA focalise son attention sur le comportement individuel et la responsabilité individuelle concernant la santé, ce qui va à l'encontre de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée par l'OMS et qui reconnaît des déterminants de santé appartenant à la sphère sociale et qui se situent donc au-delà du contrôle individuel. De même, la connotation négative du risque induit qu'une « prise de risque » implique une intention de la part de l'acteur et que l'évaluateur du risque juge les actions d'autres individus comme nocifs ou mauvais. Pour pallier au défaut de ces multiples langages, il propose d'identifier toutes les relations entre risques et conséquences, par exemple ; relations nécessaires (lien de cause à effet avec la conséquence) et contingentes (lien empirique, sans lien de cause à effet), les uns étant sous le contrôle de l'individu et les autres hors de sa sphère d'influence. Il propose en outre de s'interroger sur la nature des relations de risque qui sont stables dans l'espace et le temps ce qui éclairerait les autres relations de risque et permettrait selon lui de diminuer les assumptions erronées sur l'applicabilité de modèles d'estimations du risque. Enfin, l'auteur remet en cause l'interprétation positiviste « hégémonique » qui sous-tend les analyses actuelles du risque et qui met au même niveau les relations de risque et leur explication avec le statut de prédiction d'une occurrence et donne l'exemple du modèle réaliste en alternative à la position positiviste.

Si ces auteurs soulignent l'hétérogénéité de la notion de risque pour le public profane mais aussi pour la communauté scientifique, ils montrent aussi l'importance grandissante que cette notion revêt au sein de nos sociétés, d'où l'intérêt d'une réflexion épistémologique sur le risque. Ainsi, les compagnies d'assurance sont florissantes, certaines politiques internationales fonctionnent sur la peur engendrée par le

risque du terrorisme, les campagnes de santé publique internationales comme nationales s'articulent autour de ce concept... Nous verrons par la suite comment la biomédecine s'est emparée de ce concept pour traiter des infections et de la santé maternelle.

.2.2 Le risque infectieux

.2.2.1 Définitions et Historique

La définition d'une infection est selon le livre de chevet des médecins français en infectiologie : « *le résultat de l'agression d'un organisme par une bactérie, un virus, un parasite ou un champignon. Il en résulte une réponse inflammatoire liée à la présence du pathogène ou à l'invasion du tissu. La bactériémie traduit la présence de bactéries viables dans le sang. De la même façon, virémie, fongémie, parasitémie traduisent la présence de virus, champignons, parasites.* » Les conséquences peuvent être sévères, allant du syndrome de réponse inflammatoire systémique, au sepsis, au sepsis sévère, au choc septique et au syndrome de défaillance multiviscérale. (Pilly 2006, p28).

Les maladies transmissibles sont « *définies par leur étiologie (un ou plusieurs agents infectieux : bactéries, virus, parasites, champignons) et par leur capacité à se transmettre à plusieurs individus et entre individus* » (*ibid.*, p27).

Ces définitions doivent leur clarté aux découvertes fondamentales de Pasteur, de Koch, à la naissance de la microbiologie et surtout à l'établissement d'un sens nouveau pour le terme « infection » qui mit fin à une bataille idéologique enragée, et qui a divisé les médecins de la première moitié du XIX^{ème} siècle (Delaporte 2004). Il est intéressant de se pencher sur les fondements idéologiques de ces termes considérés comme purement techniques et donc neutres car ils éclairent certaines des réactions contemporaines face aux pandémies émergentes, notamment celle du sida.

Au cours de leur histoire, les sociétés d'Occident ont dû affronter des maladies – fléaux dont la mortalité foudroyante a marqué les mémoires (Ruffié and Sournia 1984). Ces maladies épidémiques, comme la peste ou le choléra, n'étaient pas les seules à frapper : la lèpre, la fièvre typhoïde et la syphilis étaient redoutées (Bardet, Bourdelais et al. 1988) même si leur mortalité était moindre, les fièvres des marais aussi. Pour expliquer leur existence, Delaporte (*op. cit.*) rapporte que les savants avaient recours à deux théories qui ne s'excluaient pas forcément au départ mais pouvaient alterner pour une maladie donnée. Jusqu'à la Renaissance, ce sont les théories issues de l'hippocratisme qui dominent avec l'idée de miasmes, éléments nocifs contenus dans l'air, qui provoquent les maladies sur une grande échelle. En 1546, Fracastor évoque des semences douées de vie qui se transmettraient de personne à personne, tout en restant dans le cadre de la médecine sympathique. Mais au début du XIX^{ème} siècle, avant les découvertes bactériologiques, deux écoles de pensée s'affrontent au sein d'une médecine en pleine mutation : les chefs de file de la médecine physiologique avec Broussais sont les tenants de la théorie infectionniste et ils

s'opposent aux tenants de la doctrine de la spécificité morbide, les contagionnistes. Ils s'opposent autant sur des plans médicaux qu'économiques et politiques car de leurs conceptions théoriques découlent la méthode employée pour se protéger des maladies épidémiques. En effet, les chefs de file de la nouvelle médecine physiologique dénoncent le système contagionniste comme une doctrine périmée héritée du passé et qui donne un statut de maladie - démon incompatible avec la science. Comme les contagionnistes soutiennent des mesures de ségrégation pour protéger de la contagion, ils sont taxés de conservateurs, agissant pour le compte de protectionnistes et allant à l'encontre du développement libéral de l'époque. Les enjeux étaient de taille car on les accusait des dépenses inutiles de l'Etat qui devait maintenir un « cordon sanitaire » de lazarets coûteux, et obligeait à l'immobilisation de la flotte marchande lors des mesures de quarantaine. De plus, les théories contagionnistes étaient accusées de servir d'excuse au pouvoir en place (la Restauration, considérée comme despotique), pour utiliser la peur de la contagion et intervenir militairement à la frontière espagnole par exemple.

Les mouvements hygiénistes¹⁴, prémisses des politiques de santé publique, se sont donc développés pour tenter d'épargner les populations lors des épidémies, bien avant que les mécanismes de transmission de ces maladies soient élucidés. P. Bourdelais (Bourdelais 2001) rappelle qu'avant le XVIII^e siècle existaient déjà ces préoccupations, dès l'Antiquité romaine. Il montre que c'est au XIV^e siècle lors d'une grande épidémie de peste en Italie que de nombreuses mesures sont instaurées à grande échelle : surveillance des marchés et de la provenance des denrées, interdiction de la revente de vêtements de victimes de la peste, mise en place d'un réseau de contrôle des voies de passage, isolement de personnes soupçonnées de porter la peste, institution de quarantaine dans les ports et au XV^e siècle, construction de lazarets. Mais l'auteur fait remonter au XVIII^e siècle le tournant décisif de l'application de règles d'hygiène publique par l'Etat en France. La création d'une Société Royale de Médecine met en place un réseau de surveillance médicales et météorologiques (dans la lignée théorique de la médecine humorale). Et surtout sous l'impulsion de certains médecins, de nouvelles pratiques apparaissent : drainage des marécages, mesures pour faire circuler l'eau et l'air (« aération » des hôpitaux, des prisons), lutte contre les insectes et les détritiques et changement d'attitude à l'égard des ordures, de la saleté des eaux stagnantes (p12). Cependant, ces mesures de salubrité publique n'étaient pas seules suffisantes et il a fallu que s'opère aussi un lent changement des rapports au corps et des notions de propreté et de saleté comme le note Vigarello (Vigarello 1985; Vigarello 2001).

La révolution microbiologique a conforté les hygiénistes dans leur mission d' « assainissement » des populations : avec la découverte des germes responsables des fléaux d'alors, il devenait possible de développer des mesures de prévention, la recherche et la découverte de vaccins a fini de légitimer ce mouvement qui sera un des piliers de la médecine coloniale et sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Parallèlement à l'histoire des grandes épidémies qui ont retenu l'attention des chroniqueurs et historiens par l'ampleur du phénomène et la rapidité des morts, nous nous intéresserons aux fièvres

¹⁴ Vigarello fait remonter au XIX^e siècle l'usage du terme hygiène qui prend alors un nouveau sens, il désigne alors l'ensemble des dispositifs et des savoirs favorisant l'entretien du corps et ne qualifie plus son état-sain. (1985, p182)

puerpérales¹⁵, cette « tragédie » presque silencieuse, longtemps acceptée comme une fatalité. Or l'histoire moderne des accouchements est étroitement liée à l'histoire des découvertes en médecine, précisément en infectiologie. En effet, ce fut avec l'essor de la pratique des accouchements en milieu hospitalier que le risque infectieux apparut sur le devant de la scène. Loudon montre très clairement que certains médecins dès le XVIIème siècle en Europe et notamment en Ecosse avec le Dr Gordon, avaient déjà fait le lien entre les épidémies d'érysipèle et les épidémies de fièvre puerpérale (Loudon 2000). Le Dr Gordon émit aussi l'hypothèse que ces affections puissent être transmises par les thérapeutes eux-mêmes, sans toutefois mettre en cause les mains des médecins et sages-femmes. C'est Semmelweis qui en fera la démonstration. Mais ce dernier construisit sa théorie de l'étiologie des fièvres puerpérales sur le transfert de « matière morbide » ou de « matière animale en décomposition », à cause de ses observations de cas de fièvre survenant après les séances de dissections par les jeunes médecins, sans tenir compte des cas de femmes contractant la maladie alors qu'elles avaient été accouchées chez elles par une sage-femme ou un médecin (p107). L'auteur pense que c'est son obstination à refuser d'admettre la contagiosité et l'existence d'épidémies, de même que son incapacité à publier ses travaux qui jouèrent contre la réputation et la diffusion des découvertes du Professeur Semmelweis. En pratique, il fallut attendre les découvertes de Pasteur pour prouver le rôle des germes dans l'étiologie des fièvres et aussi Lister et la généralisation des pratiques d'antisepsie dans les salles de chirurgie et d'obstétrique en enfin en pratique « de ville » pour assister à une chute spectaculaire des cas de « fièvres puerpérales » au début du XXème siècle. Cependant, l'histoire des fièvres puerpérales ne s'arrête pas pour autant avec le XXème siècle, ses nouvelles pratiques d'hygiène et la découverte des antibiotiques. De nombreuses femmes, aujourd'hui, succombent encore à des infections après leur accouchement et ces infections sont considérées comme l'un des nombreux *risques* qui guettent une femme lors d'un accouchement et contre lesquels veut lutter l'OMS (WHO, UNFPA et al. 1999). Mais nous y reviendrons plus tard.

Enfin, nous nous intéresserons au terme « contagion » et à ses sens contemporains. S'il peut aujourd'hui être réduit à son sens purement biomédical, technique, c'est-à-dire la transmission d'un sujet à un autre d'une pathologie infectieuse par contact direct ou indirect, il a une carrière indépendante et véhicule de nombreuses représentations et des enjeux qui ne sont pas sans évoquer son passé.

« Contagion » évoque « épidémie », même si les définitions contemporaines d'épidémie incluent aussi les maladies non transmissibles dans sa définition : « *une épidémie est une augmentation du nombre de nouveaux cas d'une maladie transmissible survenus pendant une période de temps délimité, au sein d'une population donnée, donc du taux d'incidence ; dans cette situation où la durée considérée est courte, on parle de taux d'attaque. Par extension, le terme d'épidémie est également employé en cas d'accroissement rapide du nombre de cas de toute maladie, y compris non transmissible.* »(Czernichow, Chaperon et al. 2001)(p115) Il semble important de rappeler cette définition, d'autant plus que le terme

¹⁵ Les « fièvres puerpérales » désignaient l'ensemble des infections de la sphère génitale et de l'utérus survenant dans la période du post-partum et qui se généralisent très rapidement en septicémie et sont mortelles faute de soins appropriés. On parle aujourd'hui d'endométrite pour désigner une infection utérine, que ce soit en post-partum ou non.

contagion peut être utilisé par certains dans un sens proche d'épidémie mais de moindre échelle et de ce fait renvoie à un sens plus populaire, « une contagion » étant l'équivalent de maladie contagieuse voire épidémique et pouvait désigner peste ou choléra, alors que le terme médical ne désigne qu'un mécanisme.¹⁶

Mais contagion évoque surtout le contact qui est compris dans sa racine latine « *contagio* » (cum tangere : toucher avec), et plus précisément la proximité physique par le toucher. Or comme le remarque Fabre, toute société cherche à donner du sens à ce qui relève du contact physique et « *outré le thème de la purification, ressort celui de la contagiosité de la souillure* » ce qui procure selon lui une puissance métaphorique au terme contagion qui interfère sans cesse avec les représentations actuelles de l'épidémie de sida et de sa prévention (Fabre 1993). Il relate les enjeux du pouvoir médical et politique français à décréter que le sida *n'est pas* contagieux dans ses discours préventifs auprès des populations. Il constate que cette catégorisation qui ne suit pas les définitions biomédicales est d'emblée de nature politique et émet l'hypothèse que ce choix a été pris pour éviter les vieux réflexes de peur et de rejet à l'encontre des personnes séropositives comme ce fut le cas lors des épidémies de peste et de choléra. Il met ainsi en parallèle les manœuvres des autorités médicales du XIX^{ème} siècle cherchant à discréditer les théories contagionnistes et des autorités médicales d'aujourd'hui pour légitimer des stratégies politiques.

Enfin, une analyse de la contagion ne peut faire l'impasse sur sa dimension symbolique comme le montre Sylvie Fainzang à propos de l'alcoolisme (Fainzang 1994). Elle montre ainsi que les conjoints de malades alcooliques se sentent eux - mêmes contaminés par la souillure de l'alcool par la proximité sociale que leur confère leur statut de conjoint faisant de l'alcoolisme une maladie contagieuse non transmissible ! De même, les infirmières observées par Anne Véga présentent des signes physiques de mal - être, perçus comme des symptômes de leur proximité avec les corps souffrant qu'elles soignent et évoquant une possible contagion symbolique des corps malades vers leurs propres corps (Vega 2000).

Nous ne pouvons évoquer le terme de contagion, de contamination, sans son corollaire, la souillure, la saleté mais aussi la notion de propreté qui accompagne l'hygiène. Mary Douglas a ouvert la voie à une analyse originale en montrant que ce qui est sale, la souillure, est ce qui n'est pas à sa place, ce qui va à l'encontre de l'ordre : « *Quand nous aurons détaché la pathogénie et l'hygiène de nos idées sur la saleté, il ne nous restera de celle-ci que notre vieille définition: c'est quelque chose qui n'est pas à sa place. Ce point de vue est très fécond. Il suppose d'une part, l'existence d'un ensemble de relations ordonnées et, d'autre part, le bouleversement de cet ordre. La saleté n'est donc jamais un phénomène unique, isolé. Là où il y a saleté, il y a système. La saleté est le sous-produit d'une organisation et d'une classification de la matière, dans la mesure où toute mise en ordre entraîne le rejet d'éléments non appropriés. Cette interprétation de la saleté nous mène tout droit au domaine symbolique. Nous pressentons ainsi l'existence d'un lien avec des systèmes symboliques de la pureté plus manifestes.* » (Douglas 1967) (p55)

De ce point de vue, ce qui est propre est ce qui est en ordre. Or le sens premier de propreté dans

¹⁶ P. Bourdelais, concernant le sida considère ainsi étonnamment que : « *il est sans doute plus pertinent de parler de contagion plutôt que d'épidémie.* »(Bourdelais, P. (1989). "Contagions d'hier et d'aujourd'hui." Sciences Sociales et Santé VII(1): 7-21. (p9))

la France médiévale tend vers la netteté de l'apparence et l'obligation de propreté corporelle est avant tout morale, c'est une obligation de « décence » (Vigarello 1985) (p55). La propreté corporelle ne revêt pas encore le sens d'aujourd'hui empreint d'hygiénisme et de préceptes pastoriens. Et retracer l'histoire de cette notion en France montre combien les rapports au corps, à l'apparence et les représentations de l'eau ont dû changer pour entamer les représentations et les *pratiques de propreté*. Car là se situe le point de friction entre différents points de vue : des médecins peuvent déplorer un manque d'*hygiène* tout en passant à côté de *pratiques de propreté* pourtant évidentes (Poloni 1990; Ouattara 2003). Ces regards peuvent être ceux des premiers hygiénistes en Europe, des médecins des Colonies, des médecins des ONG ou des développeurs, tous confrontés à des pratiques exotiques ou qu'ils considèrent inexistantes ou au pire délétères. Mais il n'est pas besoin d'aller si loin pour constater que les pratiques de propreté n'ont parfois pas le même sens que ce que nous entendons habituellement par *hygiène* (Crochet 1992).

La notion de risque n'est jamais très loin des termes « infection », « contagion », « épidémie » car tous ont leur part d'ombre et d'incertitude, donc de danger inéluctable, danger prédictible (maladie, handicap, mort) mais sans jamais savoir dans quels termes il va s'exprimer, donc imprévisible. En France, l'émergence du sida a été l'occasion de se doter très tôt d'agences nationales dont les axes de recherche comprennent notamment une évaluation des risques : risques infectieux, risque de contamination, facteurs de risques, comportements face au risque d'infection, perception du risque, populations et groupes à risque... Marcel Calvez a analysé les représentations du risque autour de l'infection par le VIH, l'emploi et l'évolution de ce concept au sein des recherches publiques en sciences sociales, en France, notamment de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida depuis le début de sa création (Calvez 2004). Il note l'évolution du positionnement des chercheurs par rapport au risque allant d'une conception du risque empruntée à l'épidémiologie et axée sur les dimensions comportementales du risque comme *facteur de risque*, puis un glissement vers une approche plus psycho - sociologique qui tient compte des réseaux sociaux des individus dans le choix de leurs comportements et surtout leurs représentations. Il analyse aussi l'impact de ces choix au niveau des choix de société concernant l'épidémie de sida (choix politique de ne pas céder aux groupes qui désirent l'isolement des malades) et conclut que la définition des risques concernant l'épidémie de sida est « *étroitement dépendante du contexte dans lequel elle se forme. Ce contexte oriente la nature des objets et du travail scientifique qui est réalisé. Il influence les critères de validité des connaissances produites, c'est -à- dire les critères qui régissent leur ajustement aux réalités dont elles prétendent rendre compte. Cette validité ne résulte pas simplement de l'application de règles relatives au travail scientifique ; elle dépend également de la capacité de cette connaissance à orienter ou à justifier les réponses de prévention.* »(p186-187)

La façon dont on définit ce concept oriente donc toute une manière de pratiquer la recherche, la façon d'appréhender des groupes d'individus, et à un autre niveau, la façon de mettre en place des mesures de santé publique de prévention. Par ce travail, Calvez participe d'une épistémologie du risque que Hayes appelle de ses vœux mais montre surtout combien le risque est une notion centrale dans l'étude d'une infection, particulièrement celle du VIH/sida.

.2.2.2 Le cas de la médecine coloniale au Cambodge

L'histoire récente du Cambodge s'insère dans l'histoire de la colonisation française : elle est donc liée à l'*Indochine*. La France visait l'accès commercial au continent - état de la Chine, mais tard venue dans la course à la colonisation et en compétition avec les Britanniques, elle développa une stratégie d'approche par les fleuves, « river policy » (Brocheux and Hémerly 1994), aidée par sa Marine lourdement armée. Si les régions de l'actuel Vietnam ne se rendent qu'après d'âpres batailles, le roi du Cambodge, Norodom, trouve un intérêt à traiter avec la France. Il est alors en position instable entre les insurrections menées par d'autres prétendants au trône et le roi de Siam qui le légitime mais garde ainsi la mainmise sur lui. Pour lui « *un accord avec la France lui offre la perspective d'équilibrer une tutelle trop contraignante et de restaurer une autorité assez contestée* » (Forest 1980)(p6). Le Cambodge devient Protectorat français le 11 août 1863.

Peu d'historiens de l'époque coloniale se sont penchés sur le développement de la médecine dans le développement des colonies, or, comme le note Laurence Monnais - Rousselot, les mouvements d'innovation médicale et de colonisation vivent un synchronisme oublié des historiens (Monnais-Rousselot 1999). La volonté d'apporter les nouveaux « bienfaits » de cette médecine qui ne doute pas d'elle – même est en adéquation totale avec le « mandat civilisateur » de la France, « *humanitaire* », tel que le souligne Jules Ferry (*op. cit.* p24). Cela dit, la France n'est pas totalement désintéressée : elle compte sur la reconnaissance des populations locales envers la nouvelle médecine pour mieux asseoir son pouvoir sur place, et le prestige des tout nouveaux Instituts Pasteur. Par ailleurs, le développement d'une toute nouvelle « santé publique » est plus faite pour dynamiser la démographie des colonies et veiller à la bonne santé de son réservoir de main-d'œuvre (p60). Le développement du réseau administratif colonial est à l'image de la « mise en valeur » du territoire indochinois. Les provinces de l'Annam, Cochinchine et Tonkin sont nettement favorisées par rapport au Cambodge et au Laos. Il en est de même pour sa couverture sanitaire et son réseau d'hôpitaux, infirmeries et dispensaires au point qu'on peut y voir une médicalisation à deux vitesses.

Cette région, avec son climat tropical est aussi un formidable réservoir de maladies infectieuses, contagieuses, endémo - épidémiques auxquelles vont être confrontés les médecins des Colonies, véritable défi à la fois scientifique mais aussi de santé publique. Peste, choléra, rage, paludisme, lèpre, variole, parasitoses... Portée par les médecins pastoriens, la vaccination est aussi l'emblème et le fer de lance de la médecine coloniale. Or, nous ne sommes qu'à l'orée des découvertes : si l'on sait reconnaître de plus en plus de bactéries, les traitements se font quant à eux attendre et leur recherche fait l'objet de tâtonnements que l'on oublie trop souvent.

La vaccine ou variolisation était l'objet d'une mesure de grande envergure dans la population générale (et aussi pour préserver les troupes françaises) mais son application régulière était difficile. D'une part, elle n'était pas forcément comprise par les populations qui connaissaient la maladie et

l'avaient acceptée, comme au Cambodge où « *elle manifestait surtout pour eux l'élimination d'une substance impure que le sang aurait renfermé depuis la naissance* » (*op. cit.* p123). Par ailleurs, avant l'arrivée de Calmette et son amélioration de la technique, la technique de vaccination nécessitait des « vaccinifères », c'est-à-dire des patients en cours de guérison de la variole, souvent des enfants sur lesquels étaient prélevés des croûtes cicatricielles pour immuniser des personnes non exposées. Or la conservation de la virulence des souches ne dépassait pas trois jours, ce qui obligeait le médecin à emmener en tournée ses « vaccinifères », mesure peu appréciée des parents qui préféraient cacher leur progéniture au médecin, ce que relate avec humour Sokhieng Au (Au 2005). L'objectif était de viser à l'éradication de la variole.

Si la vaccination pour la variole s'avérait efficace, il n'en allait pas de même pour les autres vaccins de l'époque. Les médecins étaient confrontés aux problèmes de production, en qualité et en quantité suffisante, problèmes de conservation, d'acheminement (de Paris ou de Cochinchine), de technique d'administration et de personnel qualifié pour cette tâche. Ainsi lors des épidémies de peste qui s'abattent sur le Cambodge à partir de 1907, les taux de mortalité atteignent 97 % dans un lazaret où tous les patients ont reçu une dose de vaccination (Au, *op. cit.* p222). En période d'épidémie, la vaccination n'est pas la seule mesure déployée par l'administration française : elles sont nombreuses et plutôt coercitives : « *In April 1899, Inspector General Kermorgant informed the regional administrators of suggested measures for the Nha Trang and other plague epidemics : inject family and those in contact with the patient with Yersin's preventative serum, burn all infected homes in the surrounding perimeter, chemically disinfect the diseased area, immediately isolate the sick and their family in a lazaret, relocate the nearby population to a temporary quarantine village, forbid rebuilding in the affected site for at least a year, make obligatory the declaration of all plague deaths, and urge all neighboring villages to turn back anyone and any material from a known infected area.* » (*op. cit.*, p216).

Ces mesures déjà difficilement acceptées en France seront tout bonnement inapplicables au Cambodge. Au analyse les réactions des Cambodgiens face à ces mesures en termes de résistance politique passive à la France. En 1907, une directive du maire, trop zélée et passée de temps au vu des connaissances d'alors, demande de brûler les porcs élevés par les familles des premières victimes de la peste. Or l'élevage d'un porc représente une source de richesse considérable pour une famille et, en réaction, Phnom Penh se vide alors en un jour du dixième de sa population (p223). Mais c'est surtout l'année suivante que les élites de la société cambodgienne donnent du fil à retordre aux autorités françaises : la peste atteint alors le palais royal dont plusieurs membres de la famille royale, récalcitrants aux mesures sanitaires et qui dissimulent les cas ou refusent l'entrée aux médecins français. Plusieurs malentendus sont en cause : les médecins français n'ont pas su expliquer l'action préventive (si elle était efficace) du vaccin et donc son intérêt pour maîtriser l'épidémie, ils n'ont pas averti des effets secondaires importants qui rebutent les vaccinés. Par ailleurs, les pratiques de l'examen clinique post mortem sont mal perçues, allant notamment à l'encontre de la pudeur des femmes qui sont alors déshabillées. Ainsi Au note que les cambodgiens préfèrent fuir devant les français et leurs pratiques barbares et douloureuses, bien plus effrayantes que la contagion de la peste elle – même.

Il faut rappeler comme Au, que le médecin colonial est le plus souvent un militaire, un colon et un administrateur et représentait à la fois le mouvement hygiéniste, le législateur et l'apporteur de la loi ce qui ne fait pas de lui une figure attractive pour le colonisé cambodgien ! Et si en période d'épidémie, la médecine française rencontre plutôt un échec, sa réputation auprès des populations locales en temps normal n'est pas non plus un franc succès.

Cela est d'autant plus vrai pour les femmes cambodgiennes qui ne se présentent quasiment jamais aux consultations médicales et encore moins pour accoucher à l'hôpital. À cela, plusieurs raisons : d'une part, la santé des femmes n'intéressait pas spécialement les médecins d'alors sauf à partir du moment où il y eut des pressions natalistes. D'autre part, les femmes accouchaient à domicile avec une *chmop*, une matrone, gardienne des rituels qui entourent l'accouchement et la période du post – partum (Ang 1982). Enfin, malgré des mesures incitatives pour qu'elles aillent accoucher à la maternité de l'hôpital (elles recevaient au début une prime d'une piastre puis des cadeaux Nestlé - déjà), elles avaient alors affaire à un médecin homme ce qui était hors de question pour elles ou alors à une sage – femme *annamite*, ce qui était tout autant inacceptable pour une femme khmère (Au, *op. cit.*, p156-206). Face à ce « problème » et malgré la volonté des Français à attirer les Cambodgiennes dans les maternités pour y être infirmières ou sages-femmes et l'ouverture d'une école de sages-femmes à Phnom Penh en 1924, les candidates ne se pressaient pas à ses portes. Les conditions d'entrées y étaient drastiques car il fallait un certificat de naissance en français, savoir lire et écrire donc avoir été éduquée dans une école française avec un certificat d'étude, ce que bien peu de cambodgiennes pouvaient fournir en même temps (Frieson 2000). Par ailleurs, les familles étaient inquiètes de voir s'éloigner leurs jeunes filles et de l'effet que cette éducation pouvait avoir sur elles. Enfin, quand une jeune femme était diplômée, les postes à pourvoir se trouvaient loin et si elle était mariée, l'administration ne lui laissait pas le choix de rejoindre son conjoint. Le métier était donc peu attractif, il y avait peu de candidates, et beaucoup d'abandon, ce qui eut pour effet que les maternités étaient en manque constant de personnel, et que les sages-femmes diplômées venaient des régions de l'Ancien Vietnam. Là, les écoles y étaient plus nombreuses et elles avaient plus de succès auprès des jeunes femmes mais surtout auprès d'une majorité d'hommes qui étaient formés aux métiers de la santé, ce qui était loin de régler le problème au Cambodge !

L'histoire de la colonisation du Cambodge est étroitement liée à l'histoire du développement de la médecine. Cette dernière est étroitement liée aux maladies épidémiques. Le Cambodge comme le reste de l'Indochine formaient alors un vaste laboratoire *in vivo* pour les recherches menées par les nouvelles icônes de la médecine moderne, recherches directement appliquées avec plus ou moins de succès thérapeutique et en tout cas peu de succès auprès des populations cambodgiennes.

.2.2.3 Les infections aujourd’hui : enjeux internationaux et au Cambodge.

.2.2.3.1 Les grandes pandémies

La variole est déclarée éradiquée depuis Décembre 1979 (OMS 1979) et si la peste et le choléra sont encore endémiques dans certaines régions du monde, ces maladies ne causent plus autant de ravages qu’auparavant puisque nous sommes désormais capables de les prévenir, les traiter et contenir leur propagation. Si leur image de fléaux s’est effacée, les spectres d’hécatombes rôdent encore, d’autres maladies infectieuses ayant pris le relais, provoquant des épidémies à grande échelle, pandémies atteignant l’ensemble d’un continent voire du monde. La flambée du SRAS¹⁷ en 2002 et la menace actuelle de la grippe aviaire¹⁸ montrent la fragilité de l’humanité face à des germes infectieux toujours créatifs. Le fait que ces pandémies ne connaissent pas de frontières montrent aussi l’intérêt d’une collaboration internationale pour mettre en place des systèmes de veille épidémiologique et d’intervention (OMS 2003; OMS 2006). C’est le cas pour la pandémie annuelle et bien connue de la grippe dont le foyer est en Asie et dont la lente expansion vers l’Ouest permet chaque année d’adapter un nouveau vaccin face aux mutations du virus (pour les heureux habitants d’Europe). Bien que relativement bénigne dans son expression, la grippe entraîne une surmortalité de groupes fragiles (comme les personnes âgées) et de nombreux coûts pour la société en termes de dépenses de santé et de baisse de productivité suite aux arrêts de travail. Selon l’OMS, ces raisons justifient des politiques de santé publique et de vaccination anti-grippale (or, pour qu’un vaccin soit efficace, il faut qu’il y ait correspondance la plus proche avec la souche du virus à l’origine de l’épidémie, cela nécessite donc une collaboration entre pays d’Asie et de l’Ouest). (OMS 2002) .

Mais le sida est peut-être l’une des pandémies les plus remarquables de ces dernières années. Si les premiers cas furent enregistrés aux Etats-Unis d’Amérique en 1980, d’autres cas furent déclarés assez rapidement en Europe, en Haïti, en Afrique. Le nombre de cas sporadiques se transforma vite en flambée épidémique, laissant la communauté scientifique perplexe devant l’expression d’une maladie non répertoriée et dont personne ne connaissait la nature étiologique ni son mode de propagation (Grmek 1989). Les enjeux du sida furent d’emblée internationaux avec une course à la découverte du virus et au prestige entre les laboratoires américains et français, même si une maladie étiquetée « maladie d’homosexuels » ne rencontrait pas beaucoup d’intérêt dans l’opinion publique ni de réponse immédiate des pouvoirs publics. Les interrogations quant à l’origine géographique et ethnique ont aussi eu des conséquences internationales. Ainsi, la stigmatisation des Haïtiens, quasiment légitimée par la désignation

¹⁷ Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

¹⁸ Le virus responsable de la grippe aviaire n’atteint actuellement que les oiseaux, mais la crainte actuelle est de voir se développer une mutation qui favoriserait son passage chez un hôte humain et la contamination interhumaine. C’est actuellement une panzootie dont le foyer est l’Asie . Le Cambodge fait partie des pays touchés par la grippe aviaire.

des « groupes à risque », les « 4 H » (« Homosexuels, Haïtiens, Hémophiles, Héroïnomanes »), allait entraîner une détérioration des relations entre ces pays, catastrophique pour Haïti dont l'économie dépendait principalement du tourisme (dont le tourisme sexuel) et de l'aide internationale et surtout américaine (Farmer 1996). Mais c'est certainement devant l'ampleur de l'épidémie dont on a découvert qu'elle n'épargnait aucun continent avec l'arrivée des tests de dépistages et surtout avec la découverte de traitements antirétroviraux, que les enjeux internationaux du sida se manifestent avec le plus d'acuité. Ainsi apparaissent, entre autres, des enjeux économiques dans les rapports Nord – Sud pour la négociation des prix des médicaments, des enjeux politiques pour ou contre la défense de produire des médicaments génériques, des enjeux scientifiques pour mener des recherches cliniques...

En 2007, le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à 33,2 millions, avec une fourchette d'estimation allant de 30,6 à 36,1 millions. Ce chiffre a été revu à la baisse par rapport aux chiffres de 2006 et le chiffre avancé en 2006 a lui aussi été corrigé à une estimation de 32 millions de personnes infectées contre les 39,5 millions annoncés, en fonction d'une nouvelle méthode de calcul. Mais une tendance à la stabilisation de la prévalence a été notée. (OMS 2008). Un tiers des personnes vivant avec le VIH vit en Afrique subsaharienne et la pandémie touche cinq millions de personnes en Asie et Asie du Sud – Est.

Pendant longtemps, le Cambodge a eu des chiffres de prévalence parmi les plus élevés de la région Asie du Sud – Est. Mais en 2006 et 2007 ce chiffre est en chute par rapport à 1998 passant de 2% à 0,8%. (OMS 2008) (p48). Au Cambodge, on estime à environ 75 000 adultes et enfants vivant avec le VIH dont 5000 enfants, alors qu'en 2001, on estimait à 120 000 personnes le nombre de personnes infectées. Le nombre de femmes infectées de plus de 15 ans était estimé à 20 000 en 2007 contre 31 000 en 2001. Et le nombre de décès dus au sida en 2007 était estimé à 6900 contre 14 000 en 2001. (*op. cit.* p219-222).¹⁹

La réponse du gouvernement cambodgien pour faire face à l'épidémie a été assez rapide. Il a mis en place une structure, le National Center of HIV/AIDS, Dermatology and Sexually Transmitted Diseases (NCHADS) pour superviser les actions nationales, apporter un soutien technique aux autres agences gouvernementales et aux partenaires nationaux et coordonner les initiatives dans les politiques régionales et au niveau des autres ministères. (USAID 2003). Il a mis en place un programme de « *sero-surveillance* » en 1995 ainsi qu'un programme de « surveillance des comportements » et entrepris une politique spécifique destinée à endiguer l'épidémie de sida en 1999. Ses buts étaient de réduire la prévalence du HIV à moins de 2%, augmenter l'espérance de vie des personnes vivant avec le HIV, de s'assurer que le NCHADS et les programmes provinciaux soient gérés selon les principes de coût/efficacité (NCHADS 2004). En 2002, le gouvernement institue le National AIDS Authority dont le

¹⁹ Les chiffres de prévalence pour le VIH en 2007 de la région Asie du Sud-Sud-Est est de 0,3% pour les adultes, 0,5% pour le Viet-Nam et 1,4% pour le Thaïlande. On compte en 2007 4 200 000 personnes vivant avec le VIH dans la région dont 1 500 000 femmes adultes, avec une tendance à la baisse pour la Thaïlande (240 000 femmes vivant avec le VIH en 2001 contre 76 000 en 2007 tandis qu'au Viet-Nam on dénombre 250 000 femmes vivant avec le VIH en 2007 contre 37 000 en 2001)

premier Ministre est le président d'office.(Royal Government of Cambodia 2002). Pour la mise en place d'une surveillance épidémiologique de l'épidémie à VIH/sida, le gouvernement mobilise le NCHADS, les programmes provinciaux du sida, l'institut national de santé publique (NIPH) ainsi que des partenaires internationaux dont la plupart sont américains : US CDC Global AIDS program, Family Health International/USAID, World Health Organization, University of California at Los Angeles, University of South Wales. Le système de veille sanitaire comprenait en 2003, 22 sites sentinelles sur 24 provinces et quatre groupes sentinelles : les travailleuses du sexe (directes et indirectes²⁰), les policiers, les femmes enceintes se présentant aux consultations pré - natales. Les résultats de cette surveillance épidémiologique en 2003 montraient une tendance à la baisse de la prévalence du HIV chez les travailleuses du sexe et à la stabilité chez les femmes enceintes, une baisse de la prévalence nationale du HIV chez les adultes de 15-49 ans et comme cette baisse ne pouvait uniquement être expliquée par l'augmentation de la mortalité, l'hypothèse d'une baisse de l'incidence était évoquée. Mais l'étude montrait que la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH était en augmentation.(NCHADS 2003; NCHADS 2004).

Dans le paysage cambodgien de l'action contre le sida, outre l'Etat, les ONG jouent un rôle primordial. Plus de 600 ONG travaillent officiellement sur le territoire cambodgien (Trannin 2005)(p15), et nombreuses parmi elles sont celles qui travaillent autour de la problématique du sida. Kristina Persson montre que gouvernement cambodgien et ONG profitent mutuellement de leurs faiblesses et de leurs forces : le gouvernement reconnaît peu l'action des ONG et ces dernières tendent à ignorer le programme national et courent après leurs propres objectifs. Le gouvernement finançait en 1999 à hauteur de 41% seulement l'ensemble du budget des services publics et seulement 22,5% du secteur de la santé, le reste étant pris en charge par l'aide internationale et les ONG. (Persson 2003).

.2.2.3.2 *Le cas des infections nosocomiales*

Les infections nosocomiales sont un cas de figure très particulier des infections. La définition d'une infection nosocomiale est très étroite (*cf. supra, note 1*) et ces cas d'infections ne devraient concerner que peu de monde. Cependant, les chiffres sont inquiétants et en font un véritable problème de santé publique.

Ce problème de santé publique de la transmission iatrogène de pathogènes, notamment dû à des pratiques inappropriées d'injections ou d'applications de mesures d'hygiène hospitalière, est préoccupant et fait l'objet de recherches nombreuses depuis la dernière décennie, notamment depuis la découverte de nombreuses co-infections entre le VIH et le VHC ou le VHB²¹.

Gisselquist *et al.* (Gisselquist, Potterat et al. 2003) ont repris les données disponibles depuis 1988 et ont mesuré les facteurs de risque associés avec une infection par le VIH. Pour les auteurs, il est

²⁰ Les « lanceuses de bières » font partie d'un groupe de jeunes femmes qui se prostituent de façon occasionnelle et forment donc des travailleuses *indirectes* du sexe. Elles représentent une marque de bière dans les bars à karaoké et incitent à la consommation.

²¹ VHC=Virus de l'Hépatite C, VHB= Virus de l'Hépatite B.

possible d'avancer que l'exposition aux soins de santé a causé plus d'infection par le VIH que la transmission par voie sexuelle et serait responsable de plus de 50% des infections par le VIH chez les adultes.

Simonsen *et al.* (Simonsen, Kane et al. 1999) estiment que 95% des injections reçues par un patient est à visée thérapeutique mais que la majorité n'était pas nécessaire au traitement et que plus de 50% des injections ne sont pas sécurisées dans 14 des 19 pays étudiés et où un lien a été démontré entre ces pratiques d'injections et la transmission des hépatites B et C, du HIV, des virus Ebola et Lassa et du Plasmodium²². Kane *et al.* (Kane, Lloyd et al. 1999) ont tenté de faire une estimation des infections à VHB et VHC dues à des injections non stériles et aboutissent à 8 à 16 millions d'infections par VHB et 2,3 à 4,7 millions pour le VHC, 80 000 à 160 000 pour le VIH dans le monde, pour le cas où une personne ne recevrait en moyenne que 1 à 2 injections par an. Hauri *et al.* (Hauri, Armstrong et al. 2004) ont quant à eux repris des estimations pour l'an 2000 et estiment que les injections contaminées ont non seulement été responsables en 2000 de 21 millions d'infections par le VHB, 2 millions d'infections par le VHC et 260 000 infections par le VIH, (ce qui est encore plus élevé que dans l'étude précédente) mais encore, elles seraient responsables de handicaps majeurs mesurés en temps soit 9 177 679 DALYs²³ entre 2000 et 2030. Hutin *et al.* (Hutin, Hauri et al. 2003) ont montré que les pratiques d'injections non sécurisées sont encore extrêmement fréquentes dans les pays en développement et notamment en Afrique et en Asie du Sud - Est où les pratiques de réutilisation sans stérilisation des seringues et d'aiguilles sont encore monnaie courante.

Ce problème de santé publique est pris au sérieux par les instances internationales de développement et une profusion de guides est éditée : (Hauri, Armstrong et al. 2004) ; (Battersby, Feilden et al. 1999) ; (PATH 2000) ; (SIGN 2002) ; (WHO 1999; WHO 1999; WHO 2002; WHO 2004; WHO 2006).

Mais il apparaît difficile de changer les « mauvaises » pratiques en « bonnes » pratiques rapidement, uniquement sur la diffusion de guides de bonnes pratiques. En effet, les études anthropologiques menées autour du thème des injections montrent que les conditions d'une injection dépendent de nombreux facteurs qui ne sont pas si faciles à maîtriser sur le terrain ((Reeler 2000),(Lakshman and Nichter 2000), (Birungi 1998)). Tous les auteurs montrent l'engouement particulièrement vif pour les pratiques d'injections qui sont investies par les populations de pouvoir, de puissance du médicament, au point que les médecins utilisent cet effet pour asseoir la légitimité de leur exercice et que les thérapeutes traditionnels ou néo-traditionnels se sont aussi approprié cette pratique dans leurs soins. Lakshman et Nichter citent l'argument de Hadiyono (1996) selon lequel une boucle de rétro - action se construit sur des bases erronées. Les médecins pensent que leurs patients réclament plus d'injections qu'eux – mêmes ne souhaitent prescrire, mais ils en prescrivent plus que ne nécessiterait la

²² Les virus Ebola et Lassa sont de redoutables « fièvres hémorragiques », léthales, et Plasmodium falciparum est le protozoaire responsable du paludisme.

²³ DALY=Disability Adjusted Life Years. C'est la somme des années de vie perdues dues à une mortalité précoce dans la population et des années de vie perdues dues au handicap suite à un incident de santé. 1 DALY représente la perte d'une année équivalente de vie en pleine santé.(<http://www.who.int/healthinfo/bodday/en/>)

situation médicale pour rester populaire dans un marché où la compétition est rude, ce qui amène les patients à croire que beaucoup plus d'injections sont requises par rapport à ce qui est nécessaire. Par ailleurs, le manque de fournitures dans les centres de soin, le manque d'eau ou de produits désinfectants dus à un manque de financements du système de soin favorisent les mauvaises pratiques d'injection, et notamment la réutilisation de seringues et d'aiguilles à usage unique. Le personnel de soin peut être très conscient de l'inadéquation de leurs pratiques par rapport aux normes biomédicales apprises et qu'ils souhaiteraient pouvoir appliquer, mais le manque de moyens ne leur permet pas de faire autrement. De même pour que les pratiques d'injection soient sécurisées d'une extrémité à l'autre de la chaîne, il faut aussi pouvoir compter sur un service de ramassage des déchets hospitaliers souillés et dangereux, ce qui est loin d'être le cas dans de nombreux pays en développement. Enfin, les messages d'éducation et d'information des patients sur les risques de transmission de maladie par les injections dans les centres de soins sont inévitablement réinterprétés par ces derniers qui ne renonceront pas à leurs injections mais apporteront leur propre seringue et aiguille, ce qui va à l'encontre du message de santé dont le but est de réduire le nombre d'injections non indispensables. Par ailleurs, le fait qu'un patient apporte sa propre seringue et son aiguille ne signifie pas une baisse du risque de transmission puisqu'il peut exister des pratiques de partage de seringue au sein d'une même famille comme on se prêterait un thermomètre.

Dans ce contexte, si l'on prend l'exemple du Cambodge et de l'infection par le virus de l'hépatite B, la situation est préoccupante. Dans les études menées chez les donneurs de sang, le taux de portage du virus (Ag HBs) était estimé entre 3,2% et 12,2% et une étude de l'Institut Pasteur entre 1996 et 1998 retrouvait même un taux de 19%. En 2000, le ministère de la santé au Cambodge a adopté les recommandations de l'OMS (1992) pour réduire l'incidence de HBV et a mis en place un programme national de vaccination sur cinq ans entre 2001 et 2005. Une étude menée dans ce cadre sur la séroprévalence de VHB en milieu rural en 2001 dans la province de Kampong Chhnang (2004; Vong, Perz et al. 2005) retrouvait des taux de séroprévalence élevés similaires à ceux retrouvés chez les donneurs de sang bénévoles : 11,8% chez les adultes, 9,2% chez les adolescents, 3,4% chez les enfants et 2,7% chez les moins de 5 ans. Les auteurs de l'étude font l'hypothèse que l'augmentation significative de la prévalence entre les groupes d'âge des enfants et des adolescents peut être due à une exposition accrue à des risques comme l'exposition à des injections dangereuses plutôt que l'exposition à des rapports sexuels mais cet effet peut être un effet de cohorte et ils estiment nécessaires des études plus approfondies et sur une plus grande échelle.

L'évaluation du projet pilote sur la vaccination pour l'hépatite B réalisée en 2004 dans la même région de Kampong Chhnang montre des taux de couverture moyens de 39% de vaccination pour l'hépatite B dans les 48 premières heures de vie des nouveaux-nés malgré le fait que la majorité des naissances avait lieu à domicile, ce qui est un résultat encourageant et montre qu'il est possible au Cambodge de mettre en place un programme de protection au VHB par vaccination sur une plus grande échelle.

L'étude sur les pratiques d'injections au Cambodge réalisée en 2002 par S. Vong et son équipe (Vong, Perz et al. 2005) montre aussi de nombreux problèmes dans la réalisation d'injections par le personnel soignant biomédical qui ne sont pas spécifiques au Cambodge ; recapuchonnage des aiguilles, aiguilles laissées sur la paillasse au contact d'autres et pouvant entraîner une contamination indirecte, gestion des déchets hospitaliers non conformes dans certains hôpitaux. Il n'a pas été observé de pratique de réutilisation de seringues et d'aiguilles usagées, mais l'équipe suppose que la haute prévalence de l'hépatite B dans la population générale fait penser que cette pratique a dû exister auparavant. De plus, l'équipe a calculé que dans la population générale, une personne recevait en moyenne 5,9 injections par an, soit un tiers d'injections en plus par rapport à d'autres régions dans le monde (Simonsen, Kane et al. 1999), augmentant d'autant les risques d'exposition à des injections réalisées dans de mauvaises conditions.

Nous avons esquissé les contours de la situation au Cambodge concernant les risques infectieux, notamment les risques liés à l'infection du VIH mais aussi à celui des hépatites B et C. Avant d'aborder les risques infectieux au cours d'un accouchement, nous nous intéresserons aux risques entourant la maternité : grossesse, accouchement et post-partum, et aux politiques de santé qui visent à les réduire, sur le plan international puis sur le plan local.

.2.3 Risque et maternité

.2.3.1 Une prise de conscience internationale

Les dangers qu'encourt une femme au cours de sa grossesse et de son accouchement ont depuis longtemps été l'objet d'une attention particulière à l'ère coloniale ; après une éclipse, ils ont connu un regain d'intérêt depuis quelques décennies.

Suite à la Décennie des Nations Unies pour la Femme (1976-1985), on réalisa l'importance de la contribution des femmes à la vie et au développement de leur famille, de leur communauté et de leur pays. Cette reconnaissance aboutit à un engagement international pour améliorer leur sort et notamment leur santé, sur les cinq continents. En Février 1987 eut lieu une conférence internationale à Nairobi sous l'égide de la Banque Mondiale, l'OMS et le FNUAP (le Fond des Nations Unies pour les Activités en matière de Population). L'objectif de cette conférence était d'attirer l'attention sur la mortalité maternelle dans le monde et de proposer un plan d'action pour une "Maternité sans risques" ou "Safe Motherhood Initiative". Dr Halfdan Mahler, alors Directeur Général de l'OMS a qualifié de "tragédie négligée" la mortalité maternelle (Starrs 1987). Douze ans plus tard, une autre déclaration commune a confirmé la volonté de réduire la mortalité maternelle en continuant le programme (OMS/FNUAP/UNICEF/Banque

mondiale 1999) et l'intérêt en 2005 du département Health Nutrition and Population de la Banque Mondiale prouve que le combat est toujours d'actualité (Lule, Ramana et al. 2005).

Les chiffres de la Conférence de Nairobi ont avancé 500 000 décès maternels chaque année dont 99% ayant lieu dans les pays en développement : les pays industrialisés faisant face à seulement 2 à 9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes contre 300 voire 1000 pour 100 000 naissances dans les pays en développement.

Le cas "clinique" de "Mme X", présenté à la conférence souligne de façon voulue caricaturale l'importance d'un accès aux lieux de soins, la rapidité d'une prise en charge par un personnel qualifié au sein de l'hôpital, la disponibilité d'un plateau technique, des soins prénataux pour permettre un dépistage des "risques", et le facteur social sous la forme ici de l'illettrisme, l'âge avancé, la pauvreté et le manque de pouvoir de négociation.

Si cela fait au moins trente que dure la lutte et que peu de progrès semblent avoir eu lieu, c'est que les objectifs de départ sont plutôt d'ordre général et concernent des choix politiques de développement qui incombent aux états. Ainsi l'appel à l'action de la conférence de Nairobi déclare que : *"Les causes du problème sont profondément enracinées dans l'environnement social, politique, culturel et économique défavorable dans lequel la société place les femmes. Les femmes sont victimes de discrimination sur le plan juridique et pour ce qui est de l'accès à l'éducation, à l'alimentation, à l'emploi, aux ressources financières, et aux soins de santé nécessaires, y compris la planification familiale. Cette discrimination débute à la naissance et se poursuit durant l'adolescence et l'âge adulte, la contribution et le rôle des femmes étant méconnus et sous – estimés. Nous devons nous attaquer à ces causes profondes si nous voulons améliorer à long terme la santé et la condition de la femme."* (Starrs, *op. cit*, p7)

Un peu plus précisément, les Dr Herz et Dr Measham proposent une approche sur trois fronts: un renforcement des services de santé communautaire avec l'implication de personnel paramédical pour les soins de santé prénataux et le dépistage des risques et l'orientation vers des services spécialisés; Puis le renforcement des établissements hospitaliers pouvant pratiquer des césariennes et vers lesquels seraient redirigées les femmes "à risque"; Enfin, l'établissement d'un système d'alerte et de transport efficace. Est aussi recommandée d'impliquer les acteurs locaux et traditionnels de soins comme les accoucheuses traditionnelles (Conable 1987). Ces dispositions seront reprises presque de façon identique une décennie plus tard par Koblinsky, Campbell et Heichelheim. Ils peaufinent la catégorisation des niveaux de soins à apporter aux femmes enceintes, en fonction de quatre catégories. Le modèle 1 est celui où l'accouchement a lieu à domicile en présence d'un membre de la communauté formé rapidement. Dans le modèle 2, l'accouchement a lieu à domicile mais en présence d'un professionnel. Dans le modèle 3, l'accouchement a lieu dans une petite structure de santé en présence d'un professionnel. Enfin le modèle 4 est celui où l'accouchement a lieu dans un grand établissement de soins obstétricaux. Cependant, les auteurs partent du principe que les dispensateurs de soins n'augmentent pas les facteurs de risque pour les femmes (risque iatrogène ou dû à des pratiques traditionnelles). (Koblinsky, Campbell et al. 1999)

Le “nerf de la guerre” étant toujours économique, la Banque mondiale estimait alors que consacrer moins de 2 US Dollars par habitant et par an dans des programmes de ce type pouvait réduire de moitié le taux de mortalité maternelle en dix ans.

Ce but est loin d’être atteint, même aujourd’hui, dans de nombreux pays, y compris au Cambodge.

.2.3.2 Les plans nationaux de santé maternelle au Cambodge

Sur le plan national, le Cambodge présente les chiffres de mortalité maternelle parmi les plus élevés de la région Asie du Sud – Est : 450 décès pour 100 000 naissances vivantes et une mortalité infantile de 106 pour 1000 naissances vivantes (chiffres de 2000, World Health Report 2006). Le NIS (National Institute of Statistics) retrouvait en 2000 un taux de mortalité maternelle de 437 décès pour 100 000 naissances vivantes, la différence étant due à méthode de calcul différente (Population Reference Bureau 2003). Cela montre peu d’évolution par rapport aux deux dernières décennies, puisque selon l’étude menée en 1996 par le National Maternal and Child Health Center ((Sprechmann, Soeung et al. 1996) par la méthode rétrospective « sisterhood » il était retrouvé 473 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour une période correspondant à 10 à 12 ans précédant l’enquête soit pour 1984-1986.

Pourtant, une politique aussi intitulée « National Safe Motherhood » est en place depuis 1997.

Une étude préliminaire à la mise en place du programme national part des recommandations de l’OMS et s’appuie sur les « 4 piliers » de la Maternité Sans Risque à savoir le planning familial, les soins prénataux, un accouchement « propre/sans risque » (« *careful monitoring of labor and delivery allows the detection of obstruction and appropriate intervention (such as assisted vaginal delivery or C-section) to reduce risk to mother and to baby. Competently applied infection prevention principles may reduce sepsis associated with delivery* »), et les soins obstétricaux primaires, soit tous les soins pré-, intra- et post – partum en liaison avec une organisation du système de soin en plusieurs niveaux techniques. (Chhun, Tung et al. 1997) (p3).

La restructuration du système de soin en plusieurs niveaux d’accès mise en place en 1996 par le Ministère de la Santé respecte les données démographiques et ne se base plus uniquement sur le découpage administratif du territoire, c’est le « Operational Health District Coverage ». Trois niveaux opérationnels sont retenus : Niveau de centre de santé primaire, Niveau de District dont 71 nouveaux établissements les « District Referral Hospital », au sein des Provinces qui doivent faire le lien entre le niveau primaire et le niveau centralisé. Enfin le niveau régional puis le niveau Central qui correspond au Ministère de la Santé et qui a un rôle de coordination, de supervision, de formation. Selon le Ministère de la Santé, un centre de santé primaire devrait être constitué d’une ou deux infirmières de Grade II, une ou deux sages-femmes de Grade II, une ou deux infirmières ou sages-femmes de Grade I, une secrétaire et

un ouvrier d'entretien²⁴ (p21), la responsabilité du centre étant celle du soignant le plus gradé soit une infirmière ou sage-femme de Niveau II. Cette dernière a un rôle de coordination de soins et les subalternes sont chargées des gestes techniques infirmiers habituels, injections, pansements, prise de constantes biologiques.

Cette étude met bien l'accent sur le problème de « développement des ressources humaines », sachant que la démographie en personnel médical subit encore de plein fouet la pénurie de personnes qualifiées depuis les années 70, les nouvelles générations ayant dû se former à la hâte et les auteurs insistent sur la nécessité d'une formation adéquate des personnels de santé (y compris pour les médecins). Jusqu'alors, six possibilités d'accéder au statut de sage-femme ou infirmière des deux grades coexistaient. Les auteurs plaident pour l'adoption du système de formation à la Malaisienne qui harmoniserait tous les diplômes, faisant du diplôme de sage-femme une spécialisation de deux ans après le diplôme d'infirmière et avec l'introduction de cours pratiques intensifs pendant les études.

Par ailleurs, sept points sont abordés et qui nécessitent une politique particulière : favoriser l'espacement des naissances, positionnement autour de l'avortement, enregistrement statistique exhaustif des causes de décès sur tout le territoire, application de la politique d'allaitement maternel, régulation de l'âge de mariage, régulation du secteur privé et recouvrement des coûts des soins. (p18-20)

Le Programme gouvernemental reprend les idées générales des recommandations, mais y ajoute deux points importants dont l'implication des accoucheuses traditionnelles, « traditional birth attendants », au niveau des soins tels que la distribution de fer/folate, la distribution des fiches de suivi anténatal, la contraception, et le counseling sur les IST²⁵ et HIV/sida ! Mais il insiste aussi sur « *un renforcement des capacités des matrones à l'aide à un accouchement normal et la reconnaissance des signes de danger* » (p7). Il met aussi l'accent sur la nécessité de la trilogie IEC : Information, Education, Communication, « *pour créer une prise de conscience, améliorer les connaissances et changer les attitudes et comportements des groupes cibles pour une maternité sans risque, l'espacement des naissances, les complications obstétricales, la nutrition et les IST/HIV/sida* »²⁶(p9) dans la lignée des recommandations de l'OMS de la décennie précédente. (Ministry of Health 1997). Le Ministère s'attachera aussi à éditer des fascicules de formations pour les personnels soignants concernant les gestes techniques des soins de santé primaire en gynécologie - obstétrique, en khmer et en anglais.

En 2001, le gouvernement cambodgien reconduit un plan quinquennal de sa politique de santé maternelle avec des objectifs plus précis : standardiser les protocoles de soin, former des sages-femmes qualifiées pour que chaque centre de santé primaire bénéficie de la présence d'un personnel compétent, augmenter le nombre de femmes accouchant en milieu hospitalier à un taux de 60% et atteindre un taux de 70% de consultations anténatales chez les femmes enceintes. (Chhun 2001). Ces objectifs semblent difficiles à atteindre puisqu'en 2000, 89% des femmes accouchaient à domicile et en 2005, encore 78,3%

²⁴ Nous n'avons que la version anglaise et n'avons pas le terme original. Il est probable que « l'ouvrier » désigne un ou une *kamacor* qui est responsable de l'entretien et de la propreté des sols, des ordures.

²⁵ Infections Sexuellement Transmissibles

²⁶ Traductions personnelles

accouchaient à la maison. (Population Reference Bureau 2003; Chatterjee 2005; National Institute of Statistics 2005)

La question du financement se pose encore à propos de la mise en place d'une telle politique : le gouvernement fait largement appel aux donateurs publics et privé pour cela, ce qui le prive d'un certain contrôle. Mais il ne consacre qu'une infime partie de son budget national à la santé : 3,9% du budget national en 1998-2000 (Persson, *op. cit.* p24). Par ailleurs, une étude montre que la gestion de ce budget alloué à la santé maternelle est opaque et que le problème n'est pas vraiment celui d'un manque de financement mais du système de planification et de budgétisation actuel qui est loin d'être optimal pour apporter une réelle efficacité sur le terrain. (Draft 2006)²⁷

.2.3.3 Et le point de vue des mères ?

D. Allen met l'accent sur les notions de risques officiels de la maternité (*risks of motherhood*), correspondant aux risques tels qu'ils sont définis par les professionnels de la biomédecine, l'OMS et l'Initiative Safe Motherhood, et les risques non officiels (*risks to motherhood*) qui seraient les risques perçus et vécus par les mères et la population générale. Nous pouvons mettre en parallèle ces notions avec celles de *disease*, *illness* et *sickness*, bien qu'elle ne propose ici que deux termes. Elle note l'importance de bien différencier ces notions car ils correspondent à des représentations de paradigmes différents et les buts poursuivis par les uns ne rencontrent pas nécessairement ceux des autres. Elle critique ainsi l'inanité de certaines directives issues du programme Safe Motherhood appliquées sans réfléchir à la contextualisation sociale et culturelle en Tanzanie et sans tenir compte du fait qu'une future mère est insérée dans un réseau de relations sociales et d'influences variables : « *I argue more specifically that official definitions of risk do not always accurately reflect the realities of women's experiences of pregnancy and childbirth ; that these incomplete or inaccurate definitions of risk have sometimes led to the development of inadequate solutions for reducing maternal mortality in Tanzania ; and that some of the solutions proposed as a result of relying exclusively on official definitions are, in turn, perceived as risks themselves by local community members.* » (Allen 2002)(p9).

Elle analyse les « *risks to motherhood* » en fonction de critères oubliés par les décideurs du développement. Ainsi, elle tient compte des risques perçus par les femmes très en amont d'une grossesse en termes de « risques d'échec de fertilité », tandis que l'Initiative Safe Motherhood met l'accent sur une « fertilité excessive » (le risque des « grandes multipares »²⁸ étant considéré comme plus important). Elle

²⁷ A propos de cette étude, il est intéressant de constater sa réécriture complète après qu'il eut créé des remous en haut lieu. De particulièrement critique, l'étude s'est adoucie dans ses conclusions et ne fait plus de « recommandations » au ministère concerné. (Tarr, C. M., V. Horn, et al. (2007). Making Motherhood safer: A gender sensitive appraisal of the effectiveness of service delivery for maternal health care and budget allocations for reproductive health. K. o. C. Ministry of Women's Affairs. Phnom Penh, World Bank, Ministry of Women's Affairs.)

²⁸ On caractérise une femme enceinte par son nombre de grossesses, sa gestité, et d'accouchements, sa parité. Cela donne une information sur le nombre de grossesses non abouties par IVG ou fausses couches, les grossesses gémellaires, et le statut informe aussi sur le risque potentiel de la grossesse en cours, une « primipare » (premier

tient compte du contexte spirituel et religieux, de la distance sociale en plus de la distance physique entre les femmes et les soignants. Enfin, elle interroge le poids du passé autant pour les représentations véhiculées par la médecine coloniale que pour la valeur de la notion de « tradition » dont l'ambiguïté conduit à des malentendus et des contradictions. L'OMS souhaite ainsi la mise en valeur de « Traditional Birth Attendants », ces sages-femmes traditionnelles ou matrones, et dans le même temps, l'OMS souhaite éradiquer toutes les pratiques traditionnelles nocives... Elle s'appuie sur l'exemple de la catégorie « Traditional Birth Attendant » construite par l'OMS et reprise en chœur par tous les décideurs du développement internationaux et nationaux qui ne correspond en réalité à aucune catégorie de personnes, en particulier dans cette région de Tanzanie, et qui a donc été importée de toute pièce très récemment. En application des recommandations de l'Initiative Safe Motherhood, des « Traditional Birth Attendants » ont donc été formées en suivant des cours intensifs d'une dizaine de jours alors que certaines d'entre elles n'avaient jamais assisté à un accouchement de leur vie et n'avaient pas plus l'intention de le faire dans le futur. Cela ne trompait pas les parturientes qui préféraient faire un long trajet pour accéder à une clinique avec une sage-femme diplômée plutôt que d'accoucher avec une soi-disant « Traditional Birth Attendant »... (p107-118)

Les femmes cambodgiennes ont elles aussi une conscience aigüe des dangers qu'elles encourent lors d'un accouchement puisqu'elles utilisent la métaphore de « traversée du fleuve » pour désigner l'accouchement. Ang Choulean, à propos de l'accouchement, évoque un double rite de passage, celui de la mère qui passe de l'état de femme à celui de mère et celui de l'enfant qui passe de l'état de fœtus (dont on ne parle pas) à l'état d'être humain. Ce dernier est considéré comme une barque, prolongeant ainsi la force de la métaphore. (Ang 1982)(p90). Ang rapporte des pratiques traditionnelles datant de plus de vingt cinq ans mais elles semblent toujours d'actualité bien que réinterprétées aujourd'hui (White 1995; White 2002) . Il fait état de nombreuses prescriptions positives ou négatives dont le but est d'éviter tout ce qui mettrait en danger le déroulement d'un accouchement, comme l'interdiction de consommer les jeunes fleurs de bananier ce qui provoquerait la délivrance partielle du placenta, « *situation terrifiante - et le mot n'est pas trop fort - que tout le monde redoute.* » (p91). Ang insiste sur les dangers de la surnature en remarquant la place prépondérante des rites de marge qui entourent l'accouchement par les deux spécialistes traditionnels de l'accouchement ; le *kru khmaer*²⁹ et la *yay mop*³⁰. Le rôle du *kru* est essentiel pour protéger hermétiquement la pièce d'accouchement de l'intrusion des deux ennemies les plus redoutables de la parturiente : une *bray*³¹, esprit d'une ancienne femme morte en couches et qui attaque ses semblables et *l'ap*, une sorcière attirée par l'odeur du sang et des liquides de l'accouchement. Et si des explications de type biomédical sont apportées par l'entourage, « *cela ne réfute aucunement la cause première à savoir la malédiction portée par une bray* » (p107). Le *kru* ne peut assister à l'accouchement

accouchement) ou une « grande multipare » (qui a déjà accouché plus de trois fois) étant placées à l'extrémité la plus dangereuse de l'échelle du risque.

²⁹ Ang transcrit *gru*, mais le terme ayant déjà été utilisé auparavant, nous garderons la première forme.

³⁰ Littéralement « vieille femme », qui tient le rôle de matrone.

³¹ P. White transcrit ce mot : « *priey* ». Et dans ce cas nous avons affaire à une « *priey krawlah pleung* » que Ang transcrit « *bray krala bhloen* »

lui - même car cela est considéré comme impur. Il ne sera appelé qu'en cas de complication pour effectuer un rite facilitant la délivrance (cracher sur le ventre de la parturiente) et après la délivrance pour le rituel d'allumage du feu sacré sous le lit de l'accouchée. C'est la pratique du « grillage » ou *an pleung*, pendant trois jours, destiné à raffermir les fibres (*sasay*) du corps de l'accouchée, que l'on pense redevenues immatures pendant l'effort de l'accouchement. Le feu sacré est éteint au bout de trois jours et la période de marge et d'interdits est levée. Il sera rallumés pour le confort de la mère mais pas pour les raisons de protection évoquées.

P. M. White s'est intéressée aux catégories de risques décrits par les femmes enceintes et par les *yay mop* et tente de faire le parallèle avec des conditions médicales. Pendant la grossesse, deux types d'événements peuvent survenir qui n'ont pas la même signification pour les femmes cambodgiennes et pour les médecins. Si un œdème de la face est remarqué, chez la plupart des femmes cambodgiennes il n'est pas considéré comme relevant du risque, puisqu'il est dit que l'œdème va et vient trois fois et annonce l'imminence de l'accouchement. Tandis que les médecins y verront une alerte et un signe de pré-éclampsie. De même, de petits saignements durant la grossesse ne sont pas considérés comme graves : ils sont appelés « sang de la toilette du bébé » (*bleeding to wash the baby face*). Alors qu'un médecin serait inquiet d'une hémorragie, les femmes ne s'en formalisent pas, certaines y remédient par des traitements et massages, d'autres attendent que cela passe. Après l'accouchement, les femmes disent observer l'immaturité de leurs fibres (*sasay*) à certains signes comme l'essoufflement, la fatigue, la diarrhée, les tremblements, les palpitations et des céphalées alors que l'auteur les relie plutôt à des signes d'anémie sévère. Mais les femmes cambodgiennes font référence à une catégorie de dangers qui sont intraduisibles, les *toas*. Ce sont des problèmes de la période du post - partum dont les symptômes sont aussi généraux que ceux des *sasay* immatures : céphalée, diarrhée, fatigue, palpitations, crampes abdominales, mauvais appétit... Ces *toas* sont censés être provoqués par cinq types de causes : certains aliments, la reprise d'un travail trop dur, la reprise des rapports sexuels trop tôt, une contrariété émotionnelle, le fait de marcher sous la pluie ou la rosée. Mais ce sont les esprits des *bray* qui sont le plus redoutés car mortels : ils sont évoqués lorsque la femme a un comportement bizarre comme marcher nue ou dire des choses qui n'ont pas de sens. La majorité des femmes interrogées par White assimilaient ces symptômes à une attaque cérébrale dont la cause serait une *bray* ou parfois une hypertension. Une autre explication justifie la pratique du grillage : il est considéré comme un moyen d'empêcher le sang de coaguler à l'intérieur de l'utérus et de permettre son évacuation complète. En effet, une évacuation insuffisante de sang peut faire croire à la nouvelle mère qu'elle a un caillot de sang coincé dans l'utérus, ce qui provoquerait l'attaque d'une *bray* et pourrait aussi entraîner la mort.

Enfin P. White remarque une adaptation des moyens modernes à la pratique du grillage. L'essentiel étant la qualité « chaude » du feu, l'utilisation de remèdes « chauds » sont alors utilisés en parallèle ou se substituent à l'allumage du feu sous le lit de l'accouchée. Ainsi, elle peut recevoir toute une série d'injections ou de perfusions qui sont considérées comme des médicaments « chauds », pratiquées à domicile par des sages-femmes diplômées ou des *yay mop*. Elles peuvent aussi boire des infusions de plantes, mettre des pierres chauffées sur le ventre ou un morceau de glace dont la qualité

dans cette circonstance est « chaude ». Et elles se couvrent aussi la tête et le corps de vêtements longs et chauds. Cette pratique du grillage pose beaucoup de questions aux défenseurs de la biomédecine qui y voient une pratique dangereuse. (Kruy, Boeun et al. 1999). Mais White rappelle aussi que si l'injection des drogues utilisées en post – partum semblent inoffensives quant aux doses et aux produits utilisés, cela augmente les risques d'injections dangereuses dans un contexte de haute prévalence de sida et des hépatites (White, *op. cit.* 1995, p34).

Ici, nous pourrions considérer les représentations du risque des femmes cambodgiennes comme des représentations émiqes. Et nous pourrions considérer que les représentations des professionnels de santé, qui sont censées être semblables à tous les biomédicaux du monde serait le point de vue étique. Nous avons vu plus haut cela n'était pas tout - à - fait vrai. La distinction d'Allen s'avère plus juste ici. Les professionnels de santé cambodgiens partagent donc des représentations du corps avec leurs patientes, consciemment ou inconsciemment : si on voit la pratique d'injections post – partum comme une réappropriation de la biomédecine par les femmes cambodgiennes, les professionnels de santé qui s'y prêtent, soit jouent le jeu à des fins économiques, ce qui n'est pas à exclure, soit adhèrent aussi aux mêmes représentations que leurs parturientes. Et cela rend la notion de risque maternel, qu'il soit officiel ou non – officiel, encore plus difficile à cerner dans ce cas.

.2.4 Risque infectieux et maternité

.2.4.1 Les différents risques infectieux au cours d'un accouchement

Un accouchement pratiqué en milieu hospitalier est un moment particulièrement exposé aux pratiques d'injection puisque très souvent des perfusions intra - veineuses sont posées en prévention d'un éventuel choc hémorragique, pour une transfusion, pour passer des ocytociques, des antibiotiques. Mais une femme en train d'accoucher n'est pas uniquement exposée à des risques infectieux dus à des injections, elle est aussi exposée à des infections de la filière génitale. Cela peut être le cas lors d'une rupture prématurée des membranes, et d'un travail prolongé, cela peut aussi être dû à un risque iatrogène dans une situation où les gants à usage unique manquent et sont réutilisés par les soignants. (Sargent 1989), ou bien dans une situation au contraire hyper – technicisée ce peut être le cas dans la pose de capteurs intra–utérins (pour le pH par exemple).

Par ailleurs, l'accouchement est un moment très particulier où l'attention doit être portée non seulement pour éviter les infections maternelles mais aussi pour éviter la transmission d'une infection au nouveau-né. Cela vaut pour les infections de la sphère génitale qui peuvent être transmises par contact direct des muqueuses (nez, bouches, yeux) ou avec du sang lors du passage de la filière, Streptocoque B, Syphilis, herpès, VHB, VHC, VIH... Cela implique que les règles d'hygiène soient strictement appliquées, mais aussi que le statut sérologique de la mère soit préalablement connu concernant la

syphilis, le VIH, le VHB, le VHC. En effet, ces derniers pathogènes ne peuvent être éliminés par des mesures d'hygiène standards et demandent une prise en charge différente à la fois de la mère avant l'accouchement et de l'enfant à la naissance (traitement par ARV par exemple en pré et post-partum, vaccination de l'enfant pour l'hépatite B, mais aussi une attention particulière aux gestes les moins traumatiques possibles comme une pose de ventouse qui serait systématique par exemple, une rupture artificielle de membranes)

Enfin un dernier risque infectieux existe au moment de l'accouchement en milieu hospitalier, pour le personnel soignant cette fois ; c'est le risque d'accidents d'exposition au sang. Dans cette situation particulière, le personnel est exposé à la fois aux accidents dus aux pratiques d'injection comme le « recapuchonnage » des aiguilles usagées, mais aussi aux éclaboussures de sang, de liquide amniotique, lors de l'accouchement proprement dit.

.2.4.2 Le contexte cambodgien

.2.4.2.1 Le sida et la santé maternelle au Cambodge

Devant l'augmentation de la prévalence du VIH chez les femmes, la question se posait alors de la transmission verticale du virus à l'enfant, pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

L'ANRS a mis en place une étude en 2000-2001 (PERIKAM) à l'hôpital de Calmette à Phnom Penh dont le but était l'évaluation de la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage prénatal du VIH, du dépistage tardif des femmes non testées et la mise en place du traitement par antirétroviral, la Nevirapine ®, des femmes retrouvées séropositives.(Saman, Kruey et al. 2002). Les résultats montraient une excellente acceptabilité du test de dépistage : 82% des femmes avaient accepté le test en anténatal dont 3,6% étaient retrouvées positives. Et 84% des femmes non testées en anténatal avaient accepté le dépistage tardif dont 2,7% étaient retrouvées positives.

Suite à cette étude, un programme national de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME ou PMTCT³²) a démarré, d'abord à la maternité du NMCHC, puis a été étendu aux provinces.

Malgré les résultats prometteurs de l'étude PERIKAM, les résultats du programme national furent moins fructueux. Ainsi une étude de santé publique en 2003 montrait que, de mars 2002 à février 2003, la couverture du dépistage prénatal du VIH n'atteignait que 51% à Calmette, et pendant la même période au NMCHC, sur 8555 femmes enceintes suivies, seules 10% ont été dépistées pour le VIH et parmi les 6731 femmes ayant accouché à cet hôpital, 97% ne connaissaient pas leur statut sérologique (contre 75% à Calmette). La stratégie de dépistage tardif n'y était pas appliquée. Par contre, la moitié des femmes dépistées positives était revenue accoucher à cette maternité et toutes avaient reçu de la zidovudine.(Le Mercier 2003). L'auteur de cette étude concluait que cette couverture du dépistage ne bénéficiait qu'à environ 15% des femmes séropositives. Or en 2002, le tiers des nouvelles infections à

³² Prevention of Mother to Child Transmission

VIH étaient imputées à la transmission verticale et l'orientation des politiques de santé publiques devaient selon elle plus s'appuyer sur des moyens logistiques : l'intégration du dépistage dans le parcours habituel de suivi prénatal, l'extension à toutes les maternités, l'intégration du dépistage tardif par test rapide et la mise en réseau des maternités et associations pour faciliter le suivi et le soutien des femmes dépistées positives.

.2.4.2.2 Les risques infectieux de l'ombre

En termes de priorité pour une Maternité Sans risques, au Cambodge, bien qu'imparfait, l'accent est donc mis sur la prévention de l'expansion de l'épidémie de sida à travers le programme de dépistage pour les femmes enceintes et le programme de PTME.

Par ailleurs, nous avons vu plus tôt que des efforts ont été entrepris pour la vaccination de l'hépatite B au sein de la population générale. De plus, des services de vaccination existent dans les hôpitaux pour la vaccination des femmes enceintes pour le tétanos. Mais le dépistage de maladies transmissibles comme la syphilis, l'hépatite B et C n'ont aucun caractère obligatoire au Cambodge pendant la grossesse et limite en cela les politiques de santé publiques de prévention et le traitement spécifique dont aurait besoin un nouveau – né de mère positive à l'hépatite B par exemple.

Enfin, les endométrites du post – partum semblent passer inaperçues : elles devraient être l'objet de mesures spécifiques pour améliorer la qualité de l'hygiène dans les hôpitaux en général. Et dans les documents relevant de Safe Motherhood Initiative, il n'en est fait nulle mention. Sans doute est-ce parce que cela touche d'autres secteurs de santé que la santé maternelle, mais nous ne devons pas oublier que cela est étroitement lié. Car malgré tout, la majorité des parturientes est plus exposée aux infections bactériennes qu'aux infections par le VIH.

L'accouchement en milieu hospitalier a une histoire récente en Occident et encore plus récente au Cambodge où près de 80% des femmes accouchent encore à domicile. Son histoire est intriquée dans celle des grandes découvertes en infectiologie. Et aujourd'hui encore, les spécialistes de l'accouchement doivent faire face à de nouveaux défis, comme intégrer le sida dans la gestion d'un accouchement, en plus de toutes les autres pathologies infectieuses « classiques » et de tous les autres dangers, comme les hémorragies, les complications mécaniques de l'accouchement, et cela avec des moyens parfois insuffisants. L'observation d'un accouchement dans une maternité actuelle du Cambodge permettra de mettre en lumière certaines notions du risque chez les soignants, parfois chez les mères, mais surtout, cela permettra d'éclairer un pan de la société cambodgienne dans son fonctionnement et parfois dans ses craintes. L'accouchement en milieu hospitalier est au carrefour de multiples représentations : modernité, technique, tradition, poids des hiérarchies sociales, relations au corps, à la douleur. Nous aborderons d'abord les parties suivantes par une description ethnographique du service d'accouchement où nous avons mené notre enquête, puis nous nous attacherons à l'analyse de certains points soulevés par cette observation.

.3 ETHNOGRAPHIE D'UN ACCOUCHEMENT EN MILIEU MÉDICALISÉ.

.3.1 À l'hôpital : un grand Hôpital public de Phnom Penh

.3.1.1 L'espace ou le vaisseau spatial

L'hôpital où s'est déroulée notre enquête se situe dans un quartier tranquille. On y accède par une large avenue qui est souvent encombrée de motos ou de *tuk tuk*³³ qui viennent déposer les femmes enceintes pour leurs consultations ou pour accoucher. À l'extérieur de la grille d'entrée, les conducteurs de *tuk tuk* et de *moto dup*³⁴ attendent activement les clients avec force gestes pour repartir et les deux trottoirs sont occupés par des parkings délimités de cordes et surveillés moyennant 500 *riels*³⁵ par véhicule. Les motos y sont rangées dans un ordre impeccable, et serrées roues contre roues. La grille d'entrée est aussi encombrée par des petits vendeurs ambulants, de gaufres, de fruits découpés et pimentés, de cannettes de jus de fruits glacés. Aucune de ces « petites gens » n'est admise dans l'enceinte de l'hôpital.

Passé la grille d'entrée, le contraste est d'autant plus frappant. On se trouve écrasé par la perspective d'un immense monument de fer et de béton, neuf, de trois étages, et au sommet duquel nous scrutent les portraits de Leurs Majestés sur fond d'azur, le roi - père Norodom Sihanouk, sa femme la reine - mère Monique, et le roi actuel du Cambodge Sihamouni.

Un passage couvert mène à l'entrée du bâtiment, avec quelques bancs peu utilisés. Des banderoles de bienvenue écrites en khmer et en anglais sont accrochées au - dessus de la porte d'entrée. À cette entrée, un bureau de bois est installé avec des hommes en uniforme beige et grand képi, toujours en grande discussion entre eux.

À l'intérieur, on est obligé de contourner une banque d'accueil circulaire en bois où aucune hôtesse d'accueil ne se tient. On se trouve alors dans un hall immense dont les proportions font penser à un ancien hall de gare, ou à une cathédrale : les mêmes bancs de bois accueillent des dizaines de femmes en pyjamas imprimés de fleurs et aux poches volantées qui attendent patiemment leur tour.

Une autre masse de femmes en pyjamas s'agglutine auprès des vitres de droite : ce sont les files d'inscription de l'administration où l'on remet un dossier à chaque femme. C'est aussi là que se trouve le service de recouvrement de coûts et où les femmes doivent régler le forfait de la consultation ou de l'accouchement.

Sur la gauche, au même niveau se trouve un vestiaire pour les hommes de la sécurité puis la pharmacie derrière ses portes et fenêtres vitrées.

³³ Les *tuk tuk* sont des petits taxis composés d'une carriole couverte, souvent rouge et décorée de façon un peu kitsch attelée à une moto. On peut s'y asseoir à six personnes.

³⁴ Une *moto dup* est une moto-taxi.

³⁵ Le *riel* est la monnaie cambodgienne. *Grosso modo*, un US dollar équivalait à 4000 *riels*.

En avançant vers le fond du hall d'entrée, en longeant le côté gauche, sont disposées plusieurs salles destinées à « l'éducation aux mères », les consultations pré – IVG, puis, passé un petit couloir de séparation perpendiculaire au hall, se trouve le bloc du service de PMTCT. Tout au fond du hall se trouvent les services de vaccination pour le tétanos et le cabinet du dentiste.

Puis en revenant vers l'entrée, le bloc qui fait face au service de PMTCT est le service des consultations prénatales que l'on découvre seulement après avoir franchi une petite porte.

L'ensemble du hall est ventilé par des murs à claire – voie par endroits et des portes d'entrée seulement faites de grilles. C'est aussi le fond d'un immense puit – patio autour duquel sont organisés les deux étages suivants de l'hôpital.

Entre le bloc des consultations et de l'administration, un passage mène vers une autre partie du bâtiment, tout en desservant d'abord le service des urgences à gauche et plus loin, l'accès aux étages ; l'escalier part de la gauche et le passage pour les brancards de la droite. Si l'on continue au rez-de-chaussée, on arrive à la « cafétéria » qui ressemble plus à une gargote. Les tables extérieures à l'ombre des arbres semblent l'apanage des hommes, médecins ou ouvriers mais à des moments différents. L'intérieur de la cafétéria est encombré de vitrines débordant sur le sol d'objets de toute sorte : pots de chambres, thermos à fleurs, couettes, coussins et polochons de satin criard, savons, brosses à dents, bonnets de laine, serviettes de toilette... C'est surtout le personnel soignant qui utilise les services du restaurant qui est ouvert aussi une grande partie de la nuit et tôt le matin.

Derrière le restaurant, se trouve le grand amphithéâtre où les médecins ont leur réunion de formation du Vendredi matin, puis les espaces des dortoirs de garde pour les médecins, les sanitaires et les vestiaires pour tout le personnel.

Le premier étage est dédié aux services cliniques : à gauche en débouchant de l'escalier, le service de salle d'accouchement jumelé à la salle d'opération et en face, le service de gynécologie. À droite en débouchant de l'escalier, c'est le service de « Maternité » qui héberge à la fois les « grossesses pathologiques » et les femmes en post-partum.

Le deuxième étage est réservé aux bureaux de la direction, aux salles d'enseignements.

.3.1.2 En suivant les pas d'une femme enceinte

.3.1.2.1 Une consultation prénatale

Après avoir fait la queue au guichet de l'administration pour obtenir son dossier et son reçu, une femme enceinte qui vient pour sa consultation prénatale va patienter devant les boxes de consultation. Elle pousse la porte du service et se trouve propulsée dans une ruche où les sons deviennent indistincts tant la foule des consultantes et des soignants est dense. C'est un couloir immense sur lequel s'ouvrent sept salles de consultation. La femme doit remettre son dossier à une sage-femme qui récupère tous les

dossiers et les emmène dans l'un des boxes. Des bancs de bois sont aménagés pour que les femmes puissent attendre leur tour.

Quand elle est appelée de l'intérieur du box, la femme concernée se hâte de rentrer. Il lui faut enlever ses chaussures sur le seuil au risque de se faire réprimander (alors que tous les soignants ont des chaussures aux pieds). Le box de consultation est aussi bondé : un médecin – assistant mène les consultations avec deux sages-femmes, éventuellement une élève – sage – femme, un médecin stagiaire, sans compter la présence de l'anthropologue et de son assistante de recherche, les médecins et sages-femmes de passage. Mais il y a souvent aussi deux autres femmes enceintes dont la consultation n'est pas encore finie ! En effet, un roulement astucieux permet de prendre en charge plusieurs personnes différentes à plusieurs stades de leur consultation en même temps. Une sage-femme s'occupe de peser la femme entrante et communique à haute voix le poids à la sage-femme chargée du dossier. La femme enceinte qui était sur le lit d'examen se lève pour laisser la place à l'entrante et attend son tour derrière la femme qui est en train de parler au médecin – assistant. Le médecin stagiaire est chargé de prendre la tension artérielle de l'entrante, puis la première sage-femme lui installe une couverture sur le haut des cuisses, découvre son abdomen, mesure sa hauteur utérine et avec un appareil doppler fœtal enregistre la fréquence cardiaque fœtale. Les données sont transmises à voix haute et écrites par la sage-femme assise au bureau. À ce moment, une autre femme peut entrer qui croisera celle qui sort. Et le médecin assistant s'occupe d'éventuelles prescriptions pour celle qui patientait debout qui a alors le droit de s'asseoir, et le ballet recommence. Une consultante reste en moyenne cinq à huit minutes dans la salle de consultation, mais cela ne signifie pas qu'un soignant se soit occupé d'elle pendant cette durée. À ce rythme, en commençant à 7h30 et en finissant à 11h30, cette « taylorisation » du travail permet de voir plus d'une quarantaine de femmes en consultation par jour et par une équipe de consultation.

Le médecin – assistant s'excusa une fois en disant que « *lorsqu'il y a beaucoup de monde, comme ça, ce ne sont pas complètement de 'vraies' consultations ; d'abord, on doit contrôler les yeux, la bouche, les seins, mesurer la hauteur utérine* ». Les touchers vaginaux ne font pas partie des examens de routine.

Le nombre de consultations n'empêche pas les sages-femmes de papoter et notamment de discuter des bijoux des unes et des autres. Un matin, c'est une femme médecin qui vient faire admirer sa dernière merveille : un pendentif en forme de fleur d'environ sept centimètres de diamètre et entièrement serti de rubis flamboyants et d'or jaune, le lendemain, ce sera pour une parure d'émeraude ou une rivière de saphirs d'un bleu tapageur. Toutes portent bagues, bracelets, colliers et boucles d'oreilles de façon plus ou moins discrète. Certaines portent des colliers de perles d'agate que mon assistante reconnaît pour avoir travaillé sur des sites de fouilles préhistoriques. Souvent trouvées dans d'anciennes tombes, ce sont des sphères orangées translucides avec des flammèches de couleurs changeantes : d'après mon assistante, elles sont revendues 2000 riels pièce par les paysans qui font la trouvaille, ce qui est censé être parfaitement illégal. Une autre fois, une sage-femme vient pour distribuer des billets, me disant que c'est leur salaire, ce que je trouve étonnant sur le moment, mais ce ne sera pas la dernière fois que j'assisterai à des distributions de ce genre. L'expérience montre que c'est le plus souvent après une nuit de garde.

En général, la porte d'entrée du box est ouverte, parfois grande ouverte au point de communiquer avec le hall d'entrée de l'hôpital.

Le fond du box de consultation n'est pas fermé et donne directement sur le second couloir qui est bordé d'éviers en inox tout le long du mur. Le plan de travail en inox sert de zone de dépôt pour sacs à mains. Le seul moment où les éviers sont utilisés est à onze heures trente tapantes. Les pains de savons sont sortis des armoires vitrées empoussiérées et cela semble le signal de la fin des consultations. Tous les soignants se lavent consciencieusement les mains avant de sortir du travail.

Si le dossier de la femme ne comporte pas le tampon « PMTCT » cela signifie qu'elle n'a pas eu de dépistage ni d'information sur le dépistage du VIH. Le Médecin – Assistant lui demande alors si elle veut être dépistée. Si elle accepte, elle doit se rendre au service de PMTCT (nous n'avons malheureusement pas pu suivre de femme jusque là) où le prélèvement sanguin est effectué, puis elle doit assister à une séance d'information « *mother class* » en groupe avec toutes les autres femmes qui ont accepté de se faire dépister. Il y a trois séances en théorie par matin, mais souvent, faute de candidates, la séance est annulée. C'est la sage-femme responsable des « *mother class* » qui est censée donner le coup de tampon « PMTCT » sur le dossier des femmes dépistées. Bien souvent, elle tamponne le dossier sans que les femmes n'aient reçu d'information sur le programme de PMTCT. Le résultat de la sérologie est communiqué seulement dans l'après-midi, obligeant les femmes à rester jusqu'au résultat car il est accompagné d'une séance de *counseling* personnel, cette fois, en cas de positivité.

.3.1.2.2 *Passage par les urgences obstétricales*

Toutes les femmes qui viennent pour accoucher à cette maternité sont dirigées vers le service des urgences, qu'elles présentent une complication ou non. Là aussi, elles doivent enlever leurs chaussures à l'entrée. Le service n'est en fait qu'un bloc de trois petites salles qui communiquent entre elles. Après avoir passé la lourde porte métallique, on se retrouve à l'extrémité d'une pièce rectangulaire qui se prolonge vers la droite. Juste en face de soi se trouvent le bureau et les trois sages-femmes de garde pour les 24 heures qui viennent, éventuellement un médecin. Il faut leur donner le dossier médical et l'équipe invite à patienter sur le banc de bois recouvert d'une alèze plastifiée placé le long du mur gauche. En face se trouve une petite salle d'échographie avec un bureau. La climatisation est à fond.

La pièce principale peut se subdiviser en deux ou trois à l'aide de rideaux de tissus qui ne sont que très peu souvent tirés. Derrière ces rideaux sont effectués les examens cliniques. Le mur du fond est aussi bordé d'un long plan de travail en inox avec des éviers qui servent toutefois de bac à lessive pour la *kamakor* du matin. À l'arrière de cette salle se trouve une autre pièce séparée en deux, en avant se trouve une table d'examen gynécologique toute moderne mais jamais utilisée et derrière un rideau, les sages-femmes se sont aménagé un espace de repos avec des matelas par terre pour y passer la nuit de garde. Éventuellement une sage-femme fait aussi la sieste sur le bureau de la salle d'échographie.

Il y a relativement peu de sièges disponibles et ils font l'objet d'une partie de chaises musicales en fonction du grade de la personne qui désire se reposer. Quand un médecin entre, tout de suite, l'occupante de l'unique chaise se lève et lui cède son siège. Il ne reste plus que des tabourets pour « *celles qui travaillent* ». C'est en effet ce qu'a fait remarquer un médecin à mon assistante qui n'avait pas eu la célérité désirée pour céder son tabouret à celle qui se retrouvait désormais debout. Parfois, quand le service semble vide, à l'heure du repas ou de la sieste, si une femme entre, elle n'ose faire quoi que ce soit et s'assied sur le banc (il n'y a pas de sonnette). Une femme annoncée comme porteuse d'une pré-éclampsie a ainsi attendu une heure malgré la reprise de l'activité parce que personne ne s'était aperçu de sa présence et qu'elle n'avait pas osé se faire connaître, passant derrière toutes celles qui étaient arrivées après. Quand l'équipe de garde appelle une femme, celle-ci se lève du banc, se rapproche du bureau et reste debout (puisqu'il ne reste plus de siège), interrogée devant toutes les autres femmes qui attendent sur le banc à moins de deux mètres. Ensuite, elle est examinée derrière le morceau de rideau symbolique puisqu'en étant assise sur le banc des femmes enceintes, je pouvais assister à presque toute la consultation. Quand une sage-femme désire parler de façon plus discrète à une future mère, elle baisse notablement la voix et se cache le visage derrière le dossier cartonné de la femme.

Une des femmes médecins nous fit aussi remarquer l'importance de porter une blouse, « *par respect pour le règlement* », car avançait-elle, « *si une parturiente voit que nous la regardons pendant son examen, elle se sentira gênée* ». Avec la blouse, elle saurait en effet que nous appartenons au corps médical, mais serait – elle moins gênée pour autant ? Et ne se sent-elle pas gênée du regard des autres parturientes, qui ne sont pas en blouse mais peuvent aussi bien la voir que moi ? N'est-ce pas ce médecin qui craint le regard de l'inconnue que je suis ? Et si je porte une blouse, n'est – ce pas elle que cela rassure et non la femme enceinte ? Et tirer le rideau n'est-il pas la meilleure solution ?

Sages-femmes et médecins se lavent les mains après les soins et le toucher vaginal. Quand il faut poser une perfusion, un gant de latex non stérile est utilisé comme garrot. Ce sont aussi des gants de latex non stériles qui sont utilisés pour faire les touchers vaginaux sur lesquels un peu de chlorhexidine est aspergé. L'ambiance est plutôt détendue mais sérieuse entre les sages-femmes qui semblent bienveillantes envers les femmes enceintes.

Un point semble important, c'est le reçu des frais d'hospitalisation. À chaque nouvel examen (une échographie, par exemple), la femme est envoyée régler la note, même si c'est pour une réelle prise en charge en urgence, la famille est alors sollicitée pour quérir le reçu. Parfois, une femme vient pour une opération non programmée non urgente, un colpocèle par exemple, et l'opération est programmée à partir du service des urgences.

Lorsqu'une femme enceinte est en véritable travail, elle est alors adressée à l'étage où elle est priée de se présenter au service de la salle d'accouchement. Elle y va à pied, accompagné de son mari et de sa famille, parfois avec une sage-femme ou une *kamacor*.

.3.1.2.3 Jusqu'en salle de travail et d'accouchement

À l'étage, il faut bifurquer sur la gauche. On accède à un large vestibule. À droite, une « banque » de bois où sont assises les sages-femmes et infirmières du service de gynécologie. À gauche, un couloir perpendiculaire réservé au personnel des blocs, opératoire (à gauche) et obstétrical à droite, puis une double - porte métallique dont le seuil est envahi de claquettes. Les familles des parturientes sont assises sur des nattes à même le sol, le long des murs du vestibule, toutes avec un panier plastique du même modèle rempli des affaires pour le nouveau-né et la mère, de thermos et de nourriture.

Quand la femme enceinte franchit le seuil de cette porte, elle est accueillie par une sage-femme qui va d'abord lui donner un kimono sans manche bleu turquoise qui est le seul vêtement autorisé dans la salle d'accouchement. Ces kimonos appartiennent à la maternité et sont donc entretenus par la lingerie de l'hôpital. Bien souvent, les coutures sont défaites et le pan arrière est maculé de sang qui ne part plus au lavage. Puis la femme est installée sur l'un des six lits de la salle de travail. Des rideaux peuvent aussi être tirés pour préserver un peu d'intimité lors de l'examen vaginal. Mais les délimitations n'étaient prévues que pour quatre lits et non pour six. Par ailleurs, les femmes alternent aussi sur les lits car le nombre de femmes en travail en même temps est plus souvent proche de huit ou de dix que de six. La sage-femme responsable de l'unité de la salle de travail se charge du suivi, sauf quand un médecin est là, ce qui rend l'examen plus irrégulier mais plus théâtral puisqu'il est flanqué des deux sages-femmes et des deux à six étudiants en médecine.

Les lits sont recouverts d'alèzes plastifiées. Un grand bac en inox sert de lavabo, mais le robinet ne ferme pas et, c'est donc une fontaine avec des traces anciennes de tartre le long du trajet de l'eau.

Un chariot à tiroir recèle quelques ampoules de médicaments injectables, des aiguilles. Sur la tablette, un gros pot de plastique noir de récupération (c'est un ancien pot de Bactrim®) où des morceaux de coton baignent dans de l'alcool en attente d'une utilisation pour la désinfection cutanée lors de la pose d'une perfusion. Une boîte métallique contient des petits paquets de papier journal : ce sont en fait des boules de coton enveloppées d'un carré de papier journal et qui sont passées ainsi à l'étuve pour la « stérilisation ». Ils sont utilisés lors du toucher vaginal pour la désinfection du périnée avec de la chlorhexidine. Les murs comportent quelques affiches de prévention, de publicité pour médicament, une banderole rappelle que cette maternité est « *baby friendly*³⁶ ». Une armoire en bois un peu poussiéreuse porte le stock de kimonos turquoise et à son sommet trône un magnifique plumeau de plumes véritables et multicolores : une seule sage-femme l'employait pour faire le ménage des murs et des têtes de lit. Cette sage-femme nettoyait aussi le chariot à tiroirs avec des boules de coton alcoolisées. Par contre, les alèzes des lits étaient réservées au travail des *kamakors* qui n'avaient en réalité pas le temps de passer les laver

³⁶ C'est-à-dire qu'on y pratique la promotion de l'allaitement maternel exclusif et la mise au sein précoce, dès la salle d'accouchement.

entre deux parturientes, surtout quand il fallait que deux femmes enceintes se partagent un même lit à tour de rôle.

Lorsqu'une femme veut pousser et qu'elle est « à dilatation complète » (du col de l'utérus), elle est accompagnée par la sage-femme dans le couloir qui mène aux salles d'accouchement proprement dites.

.3.2 Le service de « la Salle d'Accouchements »

.3.2.1 Description des lieux

Si l'on est entré dans le service de « Salle d'Accouchement » par le passage du « public », on se trouve au niveau du bureau des sages-femmes en charge du suivi du travail, quasiment à s'y cogner dedans, tout de suite à droite. La porte de gauche, toujours soigneusement close mène à la chambre de repos des sages-femmes de garde. On y trouve deux lits superposés (ce qui ne fait que quatre couchages pour les cinq sages-femmes de nuit), un petit banc de bois, un réfrigérateur et un minuscule ventilateur poussif qui ne parvient pas à rafraîchir cette pièce aveugle d'à peine neuf mètres carrés. La salle de travail proprement dite se trouve en face de cette pièce. Face à la porte d'entrée, se trouve à nouveau une double porte qui ouvre sur le long couloir des pièces techniques. En premier lieu, à gauche, le dortoir des infirmières de la salle de Néonatalogie, le NCU³⁷, et le NCU à droite derrière une immense baie vitrée avec cinq couveuses et cinq berceaux moins « techniques », tous remplis de nouveaux-nés à problèmes (fente labio-palatine, prématurés, jumeaux. On y trouve parfois le petit corps d'un enfant décédé). En avançant vers le fond, on trouve sur la gauche le bureau de la Chef de Salle, sage-femme responsable de tout le service, puis le sas d'entrée des brancards qui donne sur le couloir de séparation avec le bloc opératoire. Sur la droite, se trouvent une première et une seconde salle d'accouchement, toutes deux avec deux tables d'accouchement. En face, le sas des vestiaires des sages-femmes, puis une salle d'accouchement à une seule table d'accouchement utilisée uniquement pour le repos (avec nattes et bouilloire électrique). Enfin, on arrive au sas des *kamakors*, les toilettes et le fond du couloir, domaine « sale » et investi par les *kamakors*.

Ce grand couloir est plutôt encombré. Le NCU l'utilise pour y entreposer ses poubelles et ses bacs de décontaminations, une ou deux couveuses. On peut y trouver un brancard aussi, un fauteuil roulant qui croule sous des sacs remplis de linge. Les rampes de bois servent de mini-étagère pour poser les flacons de produits vaisselle recyclés pour y contenir une solution d'eau de Javel aux portes des salles d'accouchement, plus accessibles pour les *kamakors*. Le fond du couloir est occupé par deux tables qui servent de plan de travail aux *kamakors*.

³⁷ Neonatal Care Unit.

Lorsque l'on pousse les deux battants des portes métalliques de la première salle d'accouchement, on se retrouve dans un autre monde : un réfrigérateur à cause de la climatisation poussée à son maximum, illuminé par la lumière artificielle des néons et des scialytiques. La pièce est vaste et comprend deux tables d'accouchement. Ce qui frappe en premier lieu, c'est à la fois l'aspect très technique et vétuste de l'ensemble alors que l'hôpital a moins de quinze ans. Tout est carrelé de grands carreaux de faïence claire de bonne qualité, les plans de travail sont en inox, le matériel semble être pourvu en abondance. Mais en regardant de plus près, on s'aperçoit que le matériel est fatigué et manque d'entretien. Les tables d'accouchement semblent robustes mais de modèle ancien, leur skaï est crevé par endroits montrant sa mousse intérieure, les taies d'oreillers semblent avoir servi de nombreuses fois, et les rideaux de séparation entre les deux tables d'accouchement sont maculés de fines taches de sang. L'appareil d'aspiration de mucosité de l'une des tables chauffantes ne fonctionne pas, les bacs en inox et les robinetteries montrent les mêmes signes de faiblesse que dans les autres services, les mêmes traces de tartre et les petits lavabos qui sont censés servir aux sages-femmes pour leurs lavages fréquents des mains sont placés trop bas, avec un robinet dont l'orifice est presque collé à la paroi du lavabo... Les flacons intégrés aux lavabos pour y recevoir du savon liquide sont vides. Le savon est par ailleurs remplacé par de la lessive à vêtements en poudre, stocké au fond de petites bouteilles d'eau découpées en plastique. Pour se sécher les mains, on a une serviette élimée qui pend le long du mur, ou il y a aussi la possibilité d'utiliser l'appareil électrique qui souffle un air chaud et non conforme, dont l'interrupteur est d'ailleurs toujours en position éteinte.

.3.2.2 Une journée de travail

Quatre équipes de cinq sages-femmes alternent pour les gardes de vingt-quatre heures, et le matin, une autre équipe, « de jour », plus réduite, est présente jusqu'à onze heures pour le travail en salle de travail. Cela fait donc pour une sage femme : une garde de vingt-quatre heures tous les quatre jours, un jour de repos et deux matinées de travail dont une qui peut être consacrée à une autre activité dans un autre service, comme l'enseignement, le counseling pour IVG etc.

Les équipes arrivent à 7h30. Une petite réunion permet de faire des transmissions entre l'équipe de nuit et les nouvelles, sous la supervision de la Chef de Salle. Les kamakors n'y sont pas conviées et aucun médecin n'est présent en général. À 8h, chacune rejoint son poste. C'est le moment de reconstituer les bacs de décontamination du matériel avec une solution neuve à base de chlorhexidine. C'est une sage-femme qui s'en charge, en général une des plus jeunes, après que les kamakors aient vidé les anciennes solutions et rajouté de l'eau dans les bacs qui sont en fait de grandes poubelles de plastique cannelées de couleur où les marques de volumes sont indiquées au marqueur noir. Elle dose la solution de chlorhexidine à l'aide d'une ancienne seringue de 60cc³⁸ dont elle bouche l'extrémité avec un doigt. Elle remplit ainsi les petites cupules qui servent à nettoyer les sondes d'aspiration de mucosité pour les

³⁸ Centimètres cubes

nouveaux-nés, placées sous leurs lits chauffant, elle nettoie le conteneur de mucosités aspirées (selon les sages-femmes, parfois le liquide verdâtre reste plusieurs jours). Les sondes urinaires et les sondes d'aspiration sont recyclées et mises à tremper dans des solutions de chlorhexidine aussi. Les injections d'ocytocine et de vitamine K sont préparées à l'avance par une autre sage-femme et les seringues serties de leur aiguille mises dans une boîte en métal. Cette sage-femme prépare les ampoules d'injectables pour qu'elles soient à portée de main et au besoin confectionne une réserve en découpant une ancienne boîte de carton. La chef d'équipe fait le tour des stocks dans l'armoire, en gants, en solutés de perfusion, seringues, aiguilles et drogues. Elle passe la commande et si elle a le temps, descend elle-même à la pharmacie ou envoie une kamakor à sa place. Les sages-femmes de salle de travail nettoient un peu leur salle, nous l'avons vu, au plumeau ou à l'alcool. Si le matin est calme et qu'aucun accouchement n'a lieu une kamakor nettoie les pieds des tables d'accouchement. En général, elle ne peut nettoyer une table que partiellement après chaque accouchement, se contentant de javelliser les alèzes ou de les changer, de passer un coup rapide à l'eau de Javel sur le skaï du lit sauf les repose - jambes, et de passer la serpillière de Javel sur les endroits souillés de sang au sol. Seules deux kamakors sont attachées au service de la salle d'accouchement et deux autres kamakors viennent faire des gardes de 24h dans le service. Le matin, il devrait y avoir deux kamakors dans le service, celle de garde et celle « de jour ». Seulement, si celle qui est de garde travaille dans un autre service, elle ne peut venir prendre sa garde qu'à partir de midi. Sinon, entre les deux titulaires, c'est celle qui est de garde qui effectue le gros du travail et celle de jour peut se permettre de faire des travaux moins durs ou qui permettent de s'échapper de la salle d'accouchement ou bien de faire sa lessive personnelle. Le matin, il n'y a donc qu'une seule kamakor effective dans le service et elle est chargée du nettoyage des deux salles d'accouchement, du NCU, de la salle de travail. Elle doit vider les poubelles et veiller au nettoyage du matériel dans les bacs de décontamination. Elle récupère les placentas qui sont placés dans un égouttoir au sommet d'un seau, les met dans un sac poubelle qui partira plus tard à l'incinérateur, jette le sang qui s'est égoutté dans un évier spécifique dans sa pièce. Elle est chargée de récupérer aussi les boîtes de matériel contaminé et les aiguilles. Elle garde tous les flacons de solutés en plastique et les cannettes de soda ou de jus pour pouvoir les revendre au poids aux recycleurs (à son compte). Elle récupère aussi les corps des enfants décédés dans la nuit : ces derniers sont emballés dans des sacs-poubelles noirs, remisés dans coin de la poubelle qui doit partir à l'incinérateur. Au moment d'y partir, la kamakor enfle un masque facial de tissu ou de papier, ses gants de caoutchouc et emmène sa grande poubelle à roulettes sur le même parcours que les brancards pour descendre au rez-de-chaussée. Derrière le bâtiment de l'hôpital, un peu à l'extérieur se trouve le bâtiment de l'incinérateur. Derrière la porte, c'est une pièce sans lumière et d'une puanteur insoutenable. La kamakor prend les sacs correspondant aux mort-nés et les place dans un congélateur et vide le reste de la poubelle à même le sol. Les petits cadavres seront emmenés plus tard à la pagode où ils seront incinérés. Pour cela, il ne faut pas avoir oublié le certificat de décès pour que le kamakor responsable puisse obtenir de l'administration les frais de crémation de la pagode. Après avoir vidé les poubelles, la kamakor doit partir chercher le linge propre à la lingerie pour qu'elle puisse entamer sa « deuxième » tâche de la journée, à savoir la préparation des plateaux des kits d'accouchement. Il faut d'abord plier les casaques de

chirurgie, puis les différents types de champs, les empiler, puis préparer le plateau avec quinze compresses, une poignée de boules de coton, quatre tampons vaginaux, les instruments, puis faire les ballots et enfin les emmener en salle de stérilisation. En même temps, il faut rester à la disposition des sages-femmes pour passer un coup de serpillière, brancarder une femme, donner une paire de gants stériles à la sage-femme, déperforer une femme, l'aider à se rhabiller...

Sinon, le travail des sages-femmes est surtout rythmé par le nombre d'accouchements en cours. Elles ont une organisation qui permet d'optimiser une salle en premier dont les deux lits sont toujours occupés et ensuite seulement, elles utilisent la seconde salle, sauf dans le cas où ont lieu quatre accouchements dans le même temps, ce qui n'est pas si rare.

À partir de onze heures, c'est la garde proprement dite avec uniquement la présence des sages-femmes de garde et de la *kamakor* de garde. Les sages-femmes téléphonent à la cafétéria et commandent leur repas qui leur est servi en commun sur un grand plateau et apporté à l'étage par une des serveuses. Elles prennent leur repas dans la salle de repos au frigo et s'arrangent pour manger toutes ensemble. Les kamakors mangent à part, le plus souvent à l'extérieur de l'hôpital. Si la journée est calme, les sages-femmes s'octroient une petite sieste, sinon, elles ne mangent que sur le pouce et repartent tout de suite au travail. Si la nuit le permet, elles font un roulement pour leur permettre de se reposer un peu en partageant la nuit entre une équipe de trois et de deux sages-femmes. À cinq heures, tout le monde se lève. À six heures du matin, la chef d'équipe prépare le bilan de la nuit.

Les médecins ne sont appelés qu'en cas de complication. En général, le médecin de garde fait un petit tour le soir en salle de travail. Parfois des médecins souhaitent pratiquer un accouchement eux-mêmes, mais cela semble plus dû à une pratique privée qu'à une pratique liée à un risque médical quelconque.

Le Vendredi matin, dans le couloir qui distribue les salles d'accouchement, une grande réunion réunit le personnel de Salle d'Accouchement, le NCU et les médecins responsables. Y sont discutées les dernières statistiques de mortalité, y sont martelés les règles à respecter, parfois on y discute de la dernière intervention télévisée de Mr le Premier Ministre. Souvent, l'attention n'est pas très soutenue surtout pour celles qui se trouvent dans le fond et c'est souvent à ce moment que les partages des « primes » de la nuit se transmettent, relativement discrètement, dans un petit sac de plastique noir, ce qui n'empêche pas de recompter rapidement les billets aux yeux de toutes pour vérifier que le compte est bon. C'est le seul moment où les sages-femmes du bloc obstétrical, en rose, et celles du NCU en bleu ou jaune pâle, se rencontrent. C'est une guerre froide qui se joue entre les équipes, les roses accusant les bleues de ne pas travailler beaucoup contrairement à elles. Il est vrai que les statistiques de la maternité montrent que pour 2007, les sages-femmes de la salle d'accouchement ont dû prendre en charge un nouvel accouchement toutes les 54 minutes...

Notre journée n'est décrite que partiellement et nous avons plus suivi les kamakors dans leur travail. Le travail des sages-femmes est plus lié à celui des accouchements que nous verrons un peu plus loin en détail.

.3.3 Les acteurs de l'accouchement

.3.3.1 Les professionnels

.3.3.1.1 Les sages-femmes

Les sages-femmes sont toutes des femmes au Cambodge.

Nous avons déjà vu qu'elles portent un uniforme rose composé d'un tablier, d'un calot assorti. Sous le tablier, elles portent un uniforme blanc composé d'un pantalon de pyjama et d'une courte veste boutonnée sur le devant. Le liséré de leur poche est bleu. Elles sont souvent un peu replètes, coquettes, maquillées et couvertes de bijoux. Il émane d'elles souvent un air d'autorité qui semble naturel.

En général, elles sont issues de familles aisées. C'est le cas de celles qui étaient déjà sages-femmes avant 1975 ou qui avaient commencé leurs études, comme le cas des jeunes femmes fraîchement diplômées. Parfois, elles n'ont pas choisi ce métier en premier : l'une voulait être professeur, mais a échoué au concours, une autre a vu ses études imposées par sa famille. Mais certaines ont profité du champ libre laissé par la disparition des milliers de soignants pendant la période khmer rouge et de l'opportunité de se former rapidement pour avoir un métier. C'est le cas de Mme Gn. qui ne cache pas qu'elle travaillait comme cadre administratif dans un hôpital de Phnom Penh pendant cette période et qui, à la « libération », choisit de se former pour acquérir un métier en suivant le conseil de ses « amis » d'alors :

« Après la libération du régime de Pol Pot, c'était la période où nous n'avions pas de vrai métier. Mes amis et mon chef, qui ont travaillé avec moi à l'hôpital (...), m'ont dit que nous devons chercher du travail qui nous corresponde. À ce moment – là, on a fait un concours pour choisir des étudiants pour étudier le métier de sage-femme. J'ai réussi l'examen. J'ai décidé d'étudier ce métier. »

Malgré tout, dans leurs motivations pour devenir sage-femme, toutes, sans exception, font mention de leur volonté de sauver des vies, de se sentir utiles.

Mme Gn, entretien c :

« Je pense que le métier de sage-femme, c'est très précieux. Pourquoi ? Parce que nous pouvons sauver la vie d'une mère et de son bébé pour éviter le danger pendant l'accouchement et pendant la grossesse. C'est pourquoi je pense que le métier de sage-femme, c'est le plus précieux parce que nous pouvons sauver la vie de toutes les Cambodgiennes. Et par ailleurs, c'est une satisfaction pour nous sage-femme que nous puissions sauver la vie des autres pour éviter le malheur, la peur et tous les problèmes. »

Mme Ht :

« Dans le métier de sage-femme, ce que je trouve le plus intéressant c'est de connaître la pathologie de l'accouchement et le moyen de sauver les femmes enceintes parce que j'ai vu que les sages-femmes (chmop) de la campagne quand elles font les accouchements, elles ne suivent pas correctement la démarche des médecins. Quand j'ai commencé à travailler dans ce métier, je me suis intéressée aux femmes enceintes dont l'accouchement n'a pas été fait correctement par les sages-femmes traditionnelles (chmop borane) de campagne qui n'ont pas appris la méthode des médecins. Quand j'ai commencé à travailler dans ce métier, je me suis efforcée de travailler pour gagner la confiance des Cambodgiennes, ainsi, elles accouchaient avec moi et je pouvais les sauver. Je pouvais les sauver de la maladie des femmes enceintes et leur éviter le danger. »

Mme Vn :

« Quand j'ai commencé à apprendre, j'ai pensé que : ' oh ! C'est un bon travail pour sauver la vie des femmes !' J'étais très contente. »

L'une d'entre elles a choisi ce métier en partie par pitié filiale alors que ce n'était pas son choix de départ et en partie par fierté identitaire :

« En tant que femme khmère, j'ai voulu apprendre ce métier pour aider les femmes à éviter un danger pour la mère et le bébé, à partir de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

(...) Avant, je n'avais pas l'idée d'apprendre le métier de sage-femme parce que j'étais la meilleure dans toutes les matières quand j'étais étudiante au lycée, mais mes parents m'ont poussée. Quand mon professeur m'a demandé ce que je voulais devenir, à ce moment, je lui ai répondu que je voulais devenir professeur de français, professeur de mathématique ou professeur de science physique (en français). Ma mère m'a poussée plusieurs fois pour les études de sage-femme, mais maintenant elle est morte. Donc je travaille tous les jours comme pour réaliser son souhait. »

Malgré un salaire de misère annoncé dans cet hôpital public (40 USD), il semble au contraire que les sages-femmes bénéficient de bons revenus qui les placent dans la catégorie aisée des Cambodgiens. Une politique d'état a institué une prime pour toute naissance vivante et cela s'ajoute au revenu mensuel, même si cela est partagé en équipe, voire avec le médecin. De plus, de nombreuses sages-femmes exercent dans le secteur privé. Et si la pratique du « pourboire » est prohibée partout comme le rappellent les nombreuses affiches de dessins explicites à l'entrée des salles d'accouchement, la pratique est systématisée, non seulement pour l'accouchement lui-même, mais aussi pour la prise en charge de services qui seront dûment comptés et négociés en salle d'accouchement (suture d'épisiotomie, injections).

Un accouchement peut ainsi être rétribué directement à la sage-femme d'une somme variant selon le revenu de la parturiente, de 6 USD à 15 USD. Une fois, une sage-femme reçut 25 USD, mais c'était exceptionnel et cela venait de sa propre belle-sœur. L'accouchement est à peine fini que les

négociations commencent : l'accouchée remercie la sage-femme et lui demande très explicitement combien elle lui doit pour l'accouchement ou la suture de l'épisiotomie. Pendant toute la période de mon séjour, tout le monde s'est arrangé pour que je ne sois pas témoin de ce qui est officiellement considéré comme de la corruption. Mais c'est en voulant éviter cela à tout prix qu'une sage-femme mit au contraire un coup de projecteur sur cette pratique ! Un jour, alors que j'attendais devant le bureau de la salle de travail, je vis un petit homme au teint buriné, très gêné, regardant un peu partout comme s'il était à l'affût. Il guettait un moment favorable pour aborder la sage-femme qui avait probablement accouché sa femme. La pièce était bondée. L'homme saisit la sage-femme et lui remit une liasse de billets en levant les mains au front dans un geste de profond respect. Ce qui mit la sage-femme littéralement hors d'elle. Elle jeta violemment l'argent sur le bureau en invectivant le pauvre homme devant tous les étudiants en médecine présents et tout en me jetant des regards furieux... Ma présence avait fait économiser quelques dollars à ce couple mais la sage-femme voyait une partie de son gagne-pain partir en fumée.³⁹

La chef de salle ne me parla pas de ces pratiques mais se plaignit de la cause de ce « fléau » :

« Tu peux bien comprendre, tu vois, que, à cause du salaire, les équipes ne travaillent pas de tout leur cœur. C'est pourquoi nous devons nous efforcer de chercher le travail à l'extérieur pour aider notre famille. Mais je pense que si le gouvernement nous donnait de l'argent pour vivre comme pendant la période socialiste, il y aurait donc moins de monde qui chercherait un travail à l'extérieur. Après avoir fini de travailler, on retournerait à la maison. On pourrait avoir du temps pour garder les enfants et notre famille. Mais dans cette société, ce n'est pas possible. Avec un salaire comme ça, on ne peut pas vivre. »

Nous avons vu qu'il existe plusieurs grades de sages-femmes. S'il m'était impossible de distinguer leur statut car l'information n'était pas directement accessible, je pouvais par contre observer que leur travail était en quelque sorte hiérarchisé. Je n'ai pas pu déterminer si les grades étaient en jeu ou si les prérogatives dues à l'âge pouvaient s'appliquer. Il existe une réelle stratégie de travail en équipe. Si la journée est calme, en général, les cinq sages-femmes de l'équipe se trouvent ensemble autour de l'unique parturiente en train d'accoucher. L'une est en casaque et fait l'accouchement tandis que deux autres la servent pour lui donner le matériel qu'elle réclame, pour préparer une injection ou la faire. Il me semblait que les plus âgées étaient assises à la table roulante à remplir le dossier médical.

³⁹ Je précise qu'étant d'origine coréenne, les parturientes ou leurs familles pouvaient penser que j'appartenais à l'équipe médicale puisque je portais la surblouse verte obligatoire de ceux qui travaillent dans le service tout en ne faisant pas partie de l'équipe, c'est-à-dire tous les médecins et les étudiants. Cela explique que cet homme n'ait pas pensé se trouver en présence d'une étrangère.

.3.3.1.2 *Les kamakors*

Les kamakors du service sont des jeunes femmes. Dans cet hôpital, travaillent aussi des hommes kamakors mais dans le lieu clôt de la salle d'accouchement, hormis les médecins qui se font rares, il n'y a que des femmes. Deux sont affectées au service et deux autres participent aux tours de gardes. Leur costume est de toile de gros grain, bleu marine ou vert très voyant, composé d'une courte veste boutonnée sur le devant et d'un pantalon. C'est le même costume à peu de chose près que les ouvriers de la société privée de nettoyage des rues de Phnom Penh. Ainsi, il n'y a aucun moyen de confondre les kamakors, classées comme ouvrières de nettoyage, avec les personnels soignants dans leurs costumes immaculés, blancs ou pastel.

Ces jeunes femmes sont de familles très pauvres. Elles n'ont pu terminer leurs études au-delà de la fin du collège. Si l'une avait des difficultés scolaires, une autre aurait pu continuer si elle n'avait eu la pression de trouver un travail pour aider financièrement sa famille. Pour pouvoir travailler dans cette maternité, l'une a été pistonnée par une tante, une autre a juste déposé un dossier de candidature à l'ouverture du service. Elles sont tout au bas de l'échelle sociale et professionnelle et ne sont guère estimées ; elles sont considérées comme ignorantes à cause de leur « échec » scolaire. Leur statut n'est guère enviable et si l'une est résignée, une autre exprime sa colère tandis qu'une troisième se paie une formation privée très chère pour devenir maquilleuse de mariage. Pour une maquilleuse, une mariée peut déboursier jusqu'à 500 USD, alors que le salaire d'une kamakor à l'hôpital peut débiter à 10 USD jusqu'à 22,5USD mensuels.

Elles sont encore plus souvent de garde que les sages-femmes concernant les gardes de nuit, toutes les trois nuits, mais concernant les jours où elles ne sont pas de garde, contrairement aux sages-femmes qui terminent leur travail à onze du matin, elles font une journée de huit heures complète. Il n'est pas rare de voir une kamakor travailler aussi le lendemain de l'une de ses gardes de nuit.

Nous avons vu que leur journée de travail est très chargée. Elles restent corvéables à merci et surtout, elles sont la proie facile de réprimandes parfois injustifiées de la part des sages-femmes et contre lesquelles elle ne peuvent répliquer. Elles écoutent modestement, regard baissé, et en silence.

Un début d'après-midi calme, je me trouvais avec une jeune kamakor à l'entrée de son local de travail « *Dirty Utility* ». Elle transvasait les placentas mis à égoutter au-dessus d'un seau dans des sacs poubelles. À côté de ce seau, par terre, se trouvait une « *safety box* » en carton. Dans ces boîtes doivent être jetés tous les instruments à usage unique comme les lames de bistouri, les aiguilles à suture et les aiguilles à injection, bref tout ce qui pique et blesse et à haut risque biologique. Une sage-femme qui passait par là jeta un œil rapide à ce que nous faisons, et vit la boîte. Elle était littéralement hérissée d'aiguilles qui sortaient dans tous les sens du sommet de la boîte, elle ne fermait donc pas. La sage-femme se mit à sermonner la jeune femme longuement devant moi. Normalement ce genre de boîte ne

doit être remplie que jusqu'à un niveau d'environ 10 cm du sommet de la boîte pour permettre une fermeture hermétique et éviter le risque qu'une aiguille ne dépasse et puisse blesser quelqu'un. Et cette responsabilité relève normalement du personnel médical.

Un autre jour, à 8 heures, c'est une sage-femme qui crie à la cantonade dans la salle de travail :

- « *Cette salle est très sale. Où est la kamakor ? Pourquoi n'a-t-elle pas nettoyé ? (elle parle fort). Ces lits sont très sales ! Personne n'a fait le nettoyage ! Les malades doivent laver les crachoirs⁴⁰ ! Il y a des mauvaises odeurs !* » (elle crie)

Mme E (chef d'équipe) : - « *Ne parlez pas si fort ! Car les malades ont dit que les sages-femmes parlent mal et qu'elles sont méchantes.* »

Quand ce ne sont pas les sages-femmes de la salle de travail ou de salle d'accouchement, c'est le pédiatre du NCU. Éventuellement ma présence aura encore exacerbé ces comportements, les sages-femmes me prouvant ainsi leur bonne volonté à (faire) appliquer les principes de bases de l'hygiène hospitalière...

Si les kamakors sont effectivement chargées du nettoyage, de nombreuses petites tâches leurs sont déléguées, comme enlever la perfusion d'une patiente, servir du matériel stérile à une sage-femme revêtue de sa casaque stérile et sans l'aide d'une autre sage-femme dans les parages. Souvent, les sages-femmes quittent l'accouchée assez rapidement une fois la délivrance et l'épisiotomie achevées et la laissent seule en salle d'accouchement pour un temps variable de quelques dix minutes à une demi-heure. Ce sont le plus souvent les kamakors qui prennent l'enfant, l'emmailotent dans un champ propre et le présentent à la mère pour qu'elle lui donne le sein. L'une d'entre elles est particulièrement maternelle et douce avec les mères et les nouveaux-nés. Une autre n'utilise que ses gros gants de caoutchouc pour manipuler la mère et le nouveau-né. C'est aussi à la kamakor d'emmener la nouvelle accouchée sur un brancard avec son enfant. Ils sont placés dans le sas d'entrée des brancards où la grand-mère peut entrer avec un sampot propre, un bonnet, pour la mère et de la layette pour l'enfant. La kamakor les aide le plus souvent à se rhabiller avant de retourner en salle d'accouchement effectuer le nettoyage de la salle avant qu'une nouvelle femme ne vienne occuper la place.

Les kamakors ont suivi une courte formation à leur arrivée dans l'hôpital. Mais elles apprennent en général leur métier « sur le tas », glanant des informations des kamakors plus anciennes et des sages-femmes lorsqu'elles sont disponibles et disposées à répondre. Leur situation est précaire. Elles tentent d'obéir de leur mieux aux ordres car dans le cas contraire, elles se feraient renvoyer. L'une des kamakors rapporte avoir aussi été victime de « diffamation » de la part d'une de ses collègues, médisante et probablement jalouse. Mme W reproduit remarquablement le langage des sages-femmes concernant les risques d'une femme enceinte, mais sans se placer pour autant dans le camp des soignants, plutôt comme une femme enceinte qui aurait assimilé les leçons prodiguées par les sages-femmes et médecins : pour elle sa hantise est de donner naissance à un enfant qui serait handicapé. C'est la première qui mentionne

⁴⁰ « Crachoir » est la traduction de mon assistante. En réalité, les pots que cela désigne sont des pots de chambre.

la métaphore de la « traversée du fleuve », en donnant raison à la fois à la sagesse des « grands-mères » et aux sages-femmes. Elle confirme la difficulté d'accoucher, mais croit aussi très fermement que lorsque l'on prend les bonnes mesures pour bien faire suivre médicalement sa grossesse, il arrive moins de malheurs. Elle relate avec une bonne dose d'humour que lors de son accouchement, la sage-femme en charge s'est mise en colère contre elle, ce qui eut pour effet immédiat de la mettre elle - même très en colère et décupla la force de ses poussées qui permirent la délivrance rapide.

Les kamakors sont donc des ouvrières de nettoyage : leur statut social, leur costume, leur salaire, tout l'indique. Mais elles ont un rôle plus vaste, d'aide-soignante, qui est négligé et nié énergiquement par les sages-femmes. Au lieu de les reconnaître comme des agents indispensables au maintien de l'hygiène de leur service et alors qu'elles sont en nombre très insuffisant, elles sont décriées et quand on souligne l'importance de leur présence même dans des gestes plus médicaux qui soulagent pourtant les sages-femmes, ces dernières le prennent comme une insulte à leur profession.

Ainsi Mme Ht à qui je faisais part de mon étonnement de voir que les kamakors « faisaient beaucoup de choses », sans préciser lesquelles :

« Le rôle de kamakor, c'est pour le nettoyage du sang seulement. Prendre le bébé sur le brancard, c'est le rôle de la sage-femme. Les moments où la sage-femme n'a pas beaucoup de temps ou bien quand elle est très occupée, elle doit appeler la kamakor pour l'aider à prendre le bébé et la mère sur le brancard. Quelquefois, il y a beaucoup de malades. La sage-femme doit accueillir les malades, écrire le dossier et faire l'accouchement. Donc je vous demande, est-ce que vous décidez de prendre le bébé sur le brancard ou laisser la femme qui est presque en train d'accoucher? (Ton agacé et de reproche) Et je vous demande, est-ce que la kamakor peut savoir le moyen de faire l'accouchement? C'est pourquoi nous devons l'appeler pour nous aider et nous leur avons enseigné l'« infection control ». Et pour donner le sein, c'est aussi le rôle de la sage-femme. »

.3.3.1.3 Les médecins

Nous parlerons peu des médecins.

Deux médecins sont affectés au service de la salle d'accouchement et les autres médecins de l'hôpital alternent en quatre équipe de garde. Cela leur permet à tous d'entretenir un exercice privé dans des cliniques de la capitale.

Les deux médecins titulaires du service sont des hommes. Le Chef de service avait commencé ses études avant 1970, sous la pression de son père pour qui ce métier représentait un métier honorable et qui assurerait de bons revenus. À partir de 1975, il put servir sur le front en tant qu'interne de chirurgie générale tant les besoins étaient grands (il y avait beaucoup d'amputations...), et ce n'est que plus tard qu'il eut l'opportunité de pratiquer l'obstétrique. Bien que n'ayant jamais été en France pour y terminer

ses études comme c'est le cas dans le cursus actuel, il parle un français délicat, sans accent et à la grammaire parfaite. Il est peu présent dans le service car ses nombreuses responsabilités ne lui permettent pas d'être sur le terrain.

Son adjoint est bien plus jeune et étant de la même génération, le contact est beaucoup plus facile et chaleureux entre nous. Il a pu partir en France dans un service prestigieux d'obstétrique à la fin de ses études. Il est très respecté pour sa compétence et sa gentillesse parmi les sages-femmes et les médecins stagiaires. Il est passionné par la cancérologie gynécologique qu'il voudrait voir se développer au Cambodge. Il n'exerce dans le privé que dans le but de gagner sa vie mais il rêve de mettre en place un plateau technique et une équipe compétente dans un hôpital public pour permettre l'accès aux meilleurs soins pour toutes. Il déplore l'absence de personnel formé et l'absence de motivation et de moyens. Contrairement à de nombreux autres médecins rencontrés dans la salle d'accouchement, il conserve une attitude très modeste et simple. (Cela ne l'empêche pas d'arborer les signes d'appartenance à une classe sociale très aisée, comme une énorme chevalière sertie de diamants ou une montre de grande marque.)

Les médecins sont au sommet de la hiérarchie dans le fonctionnement du service. Ils n'ont que peu de contacts avec les kamakors et leur parole ne peut être remise en cause par les sages-femmes. Ces dernières ont le rôle de formatrices pour les médecins stagiaires mais dès que ces derniers ont leur doctorat, elles n'ont plus de prise sur leurs décisions.

Mme Ht parle ainsi de leurs rapports :

« Un problème se passe quelquefois avec un étudiant interne ou un stagiaire qui font des études dans notre hôpital parce qu'ils ne savent pas bien la méthode d'accouchement. Par ailleurs, ils ne savent pas comment prendre le bébé. Donc nous devons leur dire : « vous avez fait comme ça, c'est faux. Maintenant, vous êtes docteur (interne), si vous faites comme ça, c'est faux parce que dans notre hôpital, nous ne faisons pas comme votre méthode ». Ainsi un stagiaire ou un interne sont d'accord avec nous. Nous, sages-femmes, devons enseigner aux stagiaires de première année, deuxième ou troisième année, tandis que les médecins ou les docteurs ne peuvent pas leur enseigner tout le temps parce qu'ils sont occupés par leur travail. La sage-femme a tout le temps enseigné aux stagiaires ou aux internes. Si le bébé est en siège, nous pouvons oser leur dire : « vous faites l'accouchement par une méthode fausse ». Pour le docteur qui a déjà été nommé, nous n'avons pas le droit (sidh) de dire que ce qu'il fait est correct ou incorrect parce qu'il a le diplôme de docteur. Donc si le docteur fait une faute, c'est lui le responsable »

La hiérarchie, une fois définitivement établie par le diplôme, ne peut plus être remise en cause, surtout pas par ceux qui se trouvent en bas de l'échelle.

Parfois, les décisions des médecins sont difficiles à prendre, dans un contexte où les actes se monnayent, où l'on dépend de la solvabilité des patients et où un acte chirurgical n'est pas un acte anodin

car il peut se révéler dangereux. Ainsi, d'après le chef de service, toutes les femmes qui subissent une césarienne reçoivent des antibiotiques.

Un soir, je vis ainsi une jeune parturiente faire une hémorragie massive pendant son travail. Elle était d'une extrême pâleur et épuisée au point de ne plus être réactive lors de ses contractions utérines. Le médecin, se basant sur ses chiffres d'hématocrite à son entrée, considéra qu'elle n'aurait pas besoin de transfusion (il n'y eut pas d'autre prise de sang de contrôle). Il la fit installer en salle d'accouchement et évacua un énorme caillot avant de la renvoyer en salle de travail. Finalement, elle put accoucher normalement par voie basse avec un enfant vivant, alors que je craignais le contraire.

Cette femme en France aurait été le centre d'une agitation fiévreuse avec probablement une sage-femme à chaque bras pour y perfuser des macromolécules, faire un prélèvement sanguin, passer un ou plusieurs culots globulaires, un tensiomètre électrique qui lui aurait pris la tension artérielle et sa saturation en oxygène toutes les minutes, un masque à oxygène, un appareil à monitoring pour surveiller les contractions utérines et la fréquence cardiaque fœtale. Elle aurait bénéficié d'une échographie en urgence et aurait été envoyée en césarienne dans le quart d'heure. Or, dans le cas présent, les appareils à monitoring étaient absents, il n'y avait que des tensiomètres manuels, un unique écho-doppler fœtal, pas d'oxygène hormis en salle d'accouchement, un laboratoire qui ne délivrait pas de sang et en qui les médecins n'avaient que peu confiance. Enfin, il aurait fallu demander à la famille de la parturiente de bien vouloir donner leur sang en échange de culots globulaires de la banque de sang, et demander aussi s'ils étaient solvables pour une césarienne.

Nous verrons un peu plus loin le cas d'un autre accouchement qui se termina moins bien mais qui posa aussi des problèmes de décision au médecin.

Les médecins comme les sages-femmes sont nommés dans un service différent au bout de trois ou quatre ans.

.3.3.2 La femme enceinte et sa famille

Lorsque la femme enceinte se trouve dans la salle de travail, elle peut y être accompagnée d'une personne, souvent sa mère ou bien plus rarement son mari. Les femmes qui viennent accoucher ici sont plutôt de revenus modestes, souvent ce sont des ouvrières travaillant dans des usines textiles de la périphérie de Phnom Penh. Parfois, elles viennent parce qu'elles ont une grossesse pathologique, alors adressées par des cliniques de province. Elles ont droit d'aller et venir dans le hall à l'entrée du service et rejoindre ainsi leurs familles qui se sont installées sur des nattes, revêtues du « kimono de travail » turquoise. Si la poche des eaux s'est rompue, répandant le liquide amniotique et du sang sur l'alèse du lit, c'est à la famille d'éponger. Cela semble dérisoire et un brin humiliant de les voir tenter d'effacer les traces avec des rouleaux de papier hygiénique de mauvaise qualité achetés en catastrophe au restaurant -

bazar d'en bas. Les membres des familles sont aussi sollicités par les sages-femmes pour acheter des cannettes de jus de fruits pour « donner des vitamines » et fortifier la femme en travail. Elles sont alors posées sur les tables de nuit, et serviront à une autre femme si elles ne sont pas consommées.

Les femmes enceintes semblent un peu perdues, surtout quand il leur faut rejoindre la salle d'accouchement où aucune personne de sa famille n'est alors autorisée à pénétrer. Souvent, devant l'air paniqué de la parturiente, je m'approche et lui donne ma main à serrer pendant l'effort d'expulsion. Il n'est pas rare que l'une d'entre elles me prenne la main et la porte à son front avec un air suppliant, me priant de l'aider à accoucher. Certaines sont réellement terrorisées. Il n'y a pas de péridurale dans cet hôpital, elles doivent donc « accoucher dans la douleur ». Beaucoup gémissent, certaines pleurent en silence, rares sont celles qui crient, toutes supplient la sage-femme de l'aider. Parfois une femme demande une césarienne ou une ventouse. Et toutes remercient la sage-femme malgré les claques sur les cuisses et les paroles dures.

Ce n'est qu'une fois dans le sas aux brancards que la ou les grands-mères rejoignent la nouvelle mère avec des vêtements propres et secs. L'enfant est lui aussi habillé à ce moment par la grand-mère. Peu de paroles à ce moment : tout le monde agit et parle dans la plus grande discrétion, comme s'il ne fallait déranger personne.

Le coût d'un accouchement pour ces familles n'est pas négligeable, surtout pour des familles d'ouvrières. Une mère ouvrière dans une usine textile me dit avoir un salaire mensuel de 45 USD et pendant ses trois mois de congés maternité, elle percevrait 30 USD. Si la femme est primigeste, le forfait hospitalier est de 35 USD car sont comptés cinq jours d'hébergement et de soins. Pour une multipare, le coût est de 18 USD car on ne leur compte que trois jours d'hébergement. Si une césarienne est nécessaire, ce sont 120 USD qui se rajoutent. C'est sans compter le « cadeau » à la sage-femme pour l'accouchement, pour une perfusion d'ocytocique (15USD) présentée comme pour accélérer le travail, puis pour l'épisiotomie, ou pour les injections et les soins du post-partum. Si la jeune accouchée est riche, des chambres climatisées existent, mais il faut alors déboursier 100 USD supplémentaires pour un séjour de cinq jours.

.3.4 Quelques récits d'accouchements.

.3.4.1 Un accouchement normal

Nous avons déjà vu quelques étapes d'un accouchement. Nous allons suivre pas à pas l'accouchement de Mme Y. (Journal de terrain et notes prises par mon assistante)

Date : 12/09/2007

Lieu : salle d'accouchement n° 2, Heure : 13h00

Mme Y est jeune, 23 ans. Elle est primigeste. Elle est accompagnée dans la salle d'accouchement par la sage femme de la salle de travail. On lui désigne la table d'accouchement de gauche sur laquelle

elle monte difficilement car les porte – jambes (ce ne sont pas des « étriers » ici, mais des pièces qui viennent soutenir l'arrière du genou) bloquent le passage latéral, la table est haute et il n'y a aucun moyen de l'abaisser et pas de marchepied. Elle s'installe directement sur les alèzes plastifiées.

Une sage-femme se prépare. Elle met un masque de papier et les grosses lunettes de protection contre les projections retenues par un fil de laine rouge⁴¹. Elle enfle des gants non stériles pour effectuer un toucher vaginal et évaluer la dilatation du col, la position de la tête fœtale. Puis, une de ses collègues lui ouvre un kit stérile emballé dans un champ, qui déplié va servir de « nappe » sur la table. Au dessus du kit se trouve la casaque qu'elle enfle donc en premier. Une collègue l'aide à la nouer pendant qu'elle noue le masque de tissu intégré à la casaque. Une collègue dépose une paire de gants stériles qu'elle enfle sur la paire de gants non stériles ayant servi au toucher vaginal initial. Puis elle prend les jambières qui sont des sacs rectangulaires faits en champs opératoires et stérilisés avec le reste du kit dans lesquelles elle emballe chaque jambe de la parturiente jusqu'à mi-cuisse, les bloquant par un nœud contre la peau. Elle saisit un champ carré qu'elle place alors sous les fesses de la femme enceinte et un autre champ pour lui recouvrir l'abdomen et le pubis. Ce faisant, elle lui pose quelques questions.

SF : - Est- ce que votre bébé est le premier ?

F : - Oui

SF : - Mettez les pieds sur le lit en arrière des genoux. Hmm ! Est-ce que vous ne grattez pas la crasse ? (=Sur le corps) Vous avez beaucoup de crasse. (emploi du terme d'adresse poli « kmuoy » issu de « kmuoy srey », nièce)⁴²

F : Oui, j'ai déjà gratté (=je me suis déjà douchée)

SF : Vous devez vous efforcer de pousser fort

F : Je suis très fatiguée parce que je n'ai pas encore mangé.

SF : Pourquoi vous n'avez pas mangé ?

F : J'ai mangé, mais j'ai souvent vomi.

Quand les contractions s'intensifient, la sage-femme encourage pour les poussées. Mais Mme Y est paniquée. Je me suis approchée pour lui tenir la main, mais elle me la saisit et la porte à son front dans un air de supplication auquel je n'avais jamais été confrontée auparavant. Je fais traduire par mon assistante qu'elle ne doit pas paniquer, que les douleurs annoncent l'arrivée de l'enfant mais qu'elle doit obéir à la sage-femme quand celle-ci lui demande de pousser. Je lui promets de rester tout près pour la soutenir.

SF : - Elevez les fesses ! Les mains doivent tenir les chevilles ! Poussez encore ! Poussez fortement !

- *le bébé sort maintenant, poussez encore !*
- *Tenez les chevilles ! Et écarter les jambes fortement !*
- *Ne lâchez pas les pieds !*
- *Baissez les fesses*
- *Vous êtes trop difficile !*
- *Les pieds doivent s'écarter (elle crie)*

⁴¹ Le travail ici demande parfois de la créativité : les bracelets pour nouveaux-nés sont ainsi fabriqués dans des restes de dossiers cartonnés jaunes et avec deux brins de laine rouge. C'est la même pelote qui a servi pour les lunettes.

⁴² Je laisse les termes traduits par mon assistante bien que ce ne soit pas correct du point de vue de la syntaxe car les mots employés ont plus de force ainsi.

- *Ne prononcez pas « euh » (elle crie)*
- *Le bébé sort presque ! Attention, vous pouvez tuer votre bébé. Si le bébé reste coincé avec le nez pas encore sorti dehors.*
- *Je suis très paresseuse : pour un premier bébé comme ça, je dois m'asseoir longtemps. (la sage-femme s'assoit)*
- *Les jambes ne doivent pas être serrées fort ; Elles doivent s'écarter.*
- *Les narines ne doivent pas laisser sortir l'air à l'extérieur. Ferme la bouche (elle crie) (Emploi du terme d'adresse « Heing », équivalent de tutoiement de rudolement)*
- *Vous ne m'avez pas entendue ! Ne prononcez pas « euh ». Donc vous ne pouvez pas faire l'accouchement avant une heure !*
- *Si j'entends encore « Euh », je vais m'arrêter de faire l'accouchement, je vais sortir.*
- *Tirez le coussin jusqu'au cou avec vos mains.*
- *Ecartez les muscles des jambes totalement. Si vous ne les écartez pas, les os du bassin restent petits donc votre bébé ne peut pas sortir ;*
- *Pliez les jambes ! (elle crie)*
- *Pourquoi vous « faites retomber » les fesses ? (elle tape les jambes de la femme).*
- *Si vous avez mal une fois, vous devez vous efforcer de pousser trois fois plus fort parce que votre bébé peut sortir un peu à ce moment. Sinon, vous faites étouffer sa respiration.*
- *Maintenant votre bébé est déjà sorti ; baissez les fesses et arrêtez de pousser*
- *Si vous aviez poussé fortement depuis longtemps, vous auriez déjà fait l'accouchement. Vous n'avez rien mangé et vous comptez sur les injections, seulement, ça ne va pas.*

L'enfant est posé sur le champ sur l'abdomen de sa mère. La sage-femme lui essuie le nez et lui enfonce une compresse dans la bouche pour essuyer les mucoités. Puis elle clamp le cordon et le coupe. Le nouveau-né est alors pris par une autre sage-femme et posé sur la table chauffante sur un champ et séché. Il reçoit des gouttes antibiotiques dans les yeux et la sage-femme lui pose un clamp de Barr et empaquette son moignon de cordon ombilical dans une compresse repliée et nouée. Il est ensuite pesé, reçoit une injection de vitamine K, il est emmailloté dans son champ et reposé sur la table chauffante. Pendant ce temps, la sage-femme en charge de l'accouchement a tiré sur le cordon⁴³ pour accélérer la délivrance du placenta en même temps qu'une troisième sage-femme a injecté une ampoule d'ocytocique dans la fesse droite de la parturiente. Quand la délivrance est complète, on demande à la jeune mère de se masser le ventre puis de tirer sur ses mamelons (pour obtenir de meilleures contractions utérines et éviter les risques d'hémorragie.)

C'est alors que la sage-femme peut commencer la réfection du périnée qui a subi une épisiotomie pendant l'accouchement. Pour ce faire, elle utilise la même aiguille et seringue qui a été utilisée pour l'ocytocique pour injecter une dose (symbolique) de xylocaïne®, un anesthésiant local.

SF : - Pendant la grossesse, avez - vous fait le dépistage du VIH (AIDS) ?

F : - Oui, j'ai déjà consulté.

SF : - Combien de fois avez-vous consulté ?

F : - Cinq fois, j'ai consulté à RHAC

SF : - Cinq fois, peut-être vous consultez le ventre ?

F :- Oh oui ! J'ai consulté deux fois quand je me suis mariée

SF :- Ne vous allongez pas de travers ! Je ne peux pas coudre. Est-ce que vous voulez coudre ?

F : - Oui, je veux ! J'ai très mal, arrêtez de coudre !

SF :- J'ai déjà injecté le produit pour éviter la douleur. Est-ce que vous avez encore mal ?

⁴³ Ce qui est dangereux. On doit au préalable vérifier le décollement du placenta en appuyant sur l'utérus et voir si le cordon « remonte » lors de la pression ou non.

F : - Oui

SF : - Restez immobile ! Attention, j'ai peur que l'aiguille puisse blesser mes doigts. Je ne sais pas. Est ce que quelqu'un a eu d'autres maladies ?

- *Vous vous êtes couchée de travers. Maintenant l'aiguille a blessé mon doigt. Hmm. Pas de problème (elle a regardé son gant trois ou quatre fois, elle porte double paire de gants, une non stérile et une stérile)*
- *Si vous avez mal vous pouvez crier*

F : - ça y est, j'ai très mal !

SF : - Si c'est suffisant, je m'arrête. Mon doigt est en train de se blesser.

- *J'ai fini de coudre et vous gémissiez encore.*
- *Je vous demande pourquoi vous gémissiez encore !*

La sage-femme utilise un paquet neuf de fil résorbable. (Parfois, quand le fil est fini, une sage-femme demande qu'on lui apporte le fil restant. Ce sont des chutes de fil conservées dans une boîte métallique censée être stérile avec des aiguilles courbes percées d'un chas). Cela fait un petit moment que les gants ne sont plus stériles, techniquement depuis le début, surtout depuis que la sage-femme en s'asseyant s'est appuyée sur les montants des porte - jambes.

C'est à la fin de la réfection d'épisiotomie qu'une collègue verse de grandes rasades de chlorexidine sur la vulve de l'accouchée. (Certains jours, et à plusieurs reprises, alors que je m'intéressais peut-être de trop près à l'accouchement en cours, la sage-femme, avant de commencer une réfection d'épisiotomie, versa sur la plaie le contenu du liquide antiseptique de l'étui contenant les aiguilles de suture. Or je réalisai aux cris de douleur de la femme que ce liquide était essentiellement de base alcoolique...)

Pendant tout ce temps, une autre sage-femme remplit le dossier de la femme enceinte.

Après la fin de la réfection du périnée, la table aux instruments est débarrassée. Cette table est en réalité une table roulante qui est le prolongement de la table d'accouchement et mise à son extrémité permet à l'accouchée d'allonger ses jambes. On lui enlève ses jambières et elle est recouverte d'un champ et de la casaque de la sage-femme pour qu'elle n'ait pas froid.

Puis les sages-femmes désertent la pièce nous laissant seules.

La kamakor arrive et commence à nettoyer le sol avec un balai – serpillière qu'elle passe sur la mare de Javel qu'elle vient de verser sur les taches de sang.

Puis elle prend le nouveau-né et le pose tout contre la mère, l'encourageant à lui faire prendre une première tétée. Elle n'attend pas les sages-femmes qui de toute façon ne reviennent pas. Elle part chercher un brancard, aide la mère à passer par-dessus les porte-jambes, lui pose l'enfant entre les jambes et roule le brancard de l'autre côté du couloir, dans le sas où l'attend la grand-mère.

.3.4.2 Un accouchement qui se termine mal

Nous sommes le trois septembre 2007. C'est mon deuxième jour de présence en salle d'accouchement. Pour me plonger encore plus dans le bain, je décide de rester la nuit, sans mon assistante. La journée a été très chargée.

À 19 heures, les sages-femmes se sont retirées dans leur pièce de repos. Vingt minutes plus tard, une femme en travail arrive sur un brancard, accompagnée de deux femmes de sa famille, d'une kamakor et quelques instants plus tard, du médecin de garde qui est une jeune femme, Dr S.

Le brancard est coincé entre le bureau de la salle de travail, la double - porte du couloir et bloque l'entrée du dortoir des sages-femmes. La femme en descend avec difficulté. Son ventre est anormalement volumineux, je me demande si ce sont des jumeaux. Elle a rompu la poche des eaux et l'alèze du brancard et son sarong sont entièrement trempés. Elle est prestement déshabillée et recouverte du kimono turquoise devant tout le monde par les deux kamakors et conduite sur un lit de travail. Ses accompagnantes ramassent le sarong sale en boule, tentent de le plier puis tout le monde sort avec le brancard.

Dr S. vient alors au bureau, remplit le dossier et me donne quelques explications. Cette femme enceinte n'attend pas de jumeaux. Il a été diagnostiqué une hydrocéphalie à quatre mois de grossesse. Dr S accuse la femme de n'avoir pas suivi les recommandations des médecins qui lui avaient dit de revenir consulter et qui lui avaient proposé une interruption médicale de grossesse. Dr S est contrariée car elle n'a pas reconsulté de médecin et elle arrive en plein travail, à terme, avec ce diagnostic problématique. Les bruits du cœur fœtal sont présents. Elle m'explique qu'elle doit téléphoner au médecin chef de garde pour prendre une décision sur le mode d'accouchement. Dr S est nouvelle dans cet hôpital, c'est sa première affectation après son séjour d'un an en France pour terminer sa spécialité. Je me dis que ce sera certainement une césarienne. Or je n'ai pas encore demandé les autorisations à assister à une césarienne (il faut demander au chef de service de la salle d'opération), je relâche donc un peu mon attention et me retrouve en salle d'accouchement pour assister à un accouchement par voie basse.

À ma grande surprise, je vois entrer dans la salle d'accouchement la jeune Dr S et la femme à l'enfant hydrocéphale. Dr S enfile d'abord de grandes bottes de plastique noir, un tablier épais de plastique. La femme est installée sur la table d'accouchement voisine de celle qui vient d'accoucher. Le rideau de séparation n'est pas tiré. Les sages-femmes sont toutes présentes et il règne une atmosphère d'excitation fébrile. Je les entends parler vite, rire et je perçois un mot qui revient tout le temps dans toutes les bouches qui ressemble à « graa – nio », la dernière syllabe étant très nasalisée.

Cet accouchement pathologique attire la foule, tous les étudiants en médecine se sont passé le mot et même les autres médecins de garde sont présents. Nous formons un cercle de seize personnes autour de la parturiente qui a l'air de souffrir mais dont personne ne s'occupe. Dr S. a fini de se vêtir en cosmonaute, elle porte les lunettes anti-projection, masque de papier, casaque stérile et masque de tissu, gants. Les sages-femmes ont ouvert le kit habituel et ont apporté une autre grande boîte métallique. C'est lorsque Dr S en sort deux énormes pinces dont les manches atteignent presque 40 cm que je réalise que « graa - nio » est en fait « crânio », et le diminutif de « crâniotomie ».

Je suis placée sur le côté droit de la parturiente et puisque personne ne s'intéresse à elle, je lui donne mes mains qu'elle ne se prive pas de broyer.

Dr S commence alors son travail. Elle prend l'une des pinces et l'introduit dans le vagin, ripe plusieurs fois sur la tête du fœtus, trouve une prise en même temps que l'on entend le bruit d'os broyés. Tout le monde a les bras croisés et le silence s'est fait, lourd, ce qui rend les bruits encore plus insoutenables. Cela dure peut-être une minute. Dr S est couverte de sueur. Elle continue jusqu'à ce qu'une véritable cascade se déverse sur ses bottes. L'odeur est acide. Puis elle assure la prise d'une deuxième pince, attend une contraction, demande à la femme de pousser et tire en même temps dans l'axe à l'aide de ses pinces, obligée de se mettre debout puis à genoux comme pour une extraction avec des forceps. La tête de l'enfant se dégage enfin. Dr S semble épuisée par l'effort et ne voit pas le plateau que lui tend une sage-femme pour y déposer le corps. Elle le pose machinalement sur l'abdomen de la femme qui maintient alors le petit corps avec ses mains. L'enfant est exsangue, d'un blanc étrange, et sa tête a le diamètre d'un ballon de football et l'aspect d'un ballon dégonflé que l'on aurait écrasé. Une fois le cordon coupé, une sage-femme prend le corps et disparaît avec dans la pièce du fond. Personne ne dit un mot, ni entre soi, ni à la mère. Lorsque l'épisiotomie est recousue, il n'y a plus personne dans la salle d'accouchement.

Tout au long de cet accouchement, le rideau de séparation était ouvert entre les deux tables d'accouchement, et la voisine présente.

La femme est rapidement évacuée par la kamakor. Il y a en effet beaucoup d'autres accouchements.

L'accouchement suivant est rapide et normal. La sage-femme prend l'enfant et la tend vers le ciel, dans un geste de triomphe et presque d'offrande. Avec un grand sourire, elle déclare en français : « Petite fille, née vivante ! ».

Le sourire et les mots français me sont adressés, mais, c'est aussi une formule rituelle que je connais. On la prononce entre collègues dans une salle d'accouchement pour communiquer, le sexe du nouveau-né, l'heure de l'accouchement et l'état de l'enfant en ajoutant le score d'Apgar, à la fois pour permettre l'enregistrement des informations pour le dossier médical, mais aussi, je m'en rends compte maintenant, pour rassurer tout le monde. Ce geste spontané me montre aussi que la mort d'un enfant affecte tout le monde contrairement aux apparences et la joie de cette sage-femme devant une petite fille vivante le prouve.

Si assister à cette « mise à mort » a été particulièrement éprouvant, la décision du médecin a certainement été la plus difficile à assumer. Un enfant hydrocéphale aurait eu des chances de survie nulles, surtout dans un environnement où il n'y a pas de service de neurochirurgie et de réanimation néonatale. Prendre le risque d'une césarienne n'aurait pas apporté plus d'avantage que la craniotomie et le passage par voie basse, au contraire, se seraient ajoutés un risque d'infection, un surcoût pour la patiente, pour n'avoir à la fin qu'un enfant mort. Le chef de service me dira lui - même à la fin de mon séjour que dans le cas d'une hydrocéphalie, il est interdit de pratiquer une césarienne.

Personne n'apprend aux médecins à donner la mort. Dr S savait ce qui l'attendait quand elle exprimait sa colère contre cette femme. C'est une posture plus facile pour le soignant d'accuser la mère d'une mort que l'on refuse d'assumer, malgré toute la violence que cela implique.

Si l'OMS (OMS 2004) écrit que le devoir du soignant est de veiller au soutien psychologique, affectif, de la mère en cas de craniotomie, l'impuissance des soignants, leur colère ici ne peut faire d'eux les meilleurs interlocuteurs de cette femme. Le silence qui paraît si lourd, si inhumain, est finalement, peut-être, la seule façon acceptable de se comporter face à cette mère, dans une société où il est inconvenant d'exprimer ses émotions en public.

Il n'y a eu aucune prise en charge de la douleur. Et le geste a été pratiqué sur un fœtus vivant alors que cela est préconisé en cas de mort fœtale. Ces conditions très spéciales ajoutent au drame de la situation. Est-ce par manque de moyens ? Est-ce parce que cela n'est pas jugé important ? Là encore, que dire à la femme qui accouche d'un enfant que l'on tue ?

Le premier accouchement n'est absolument pas exceptionnel, ni dans le déroulement, ni dans la nature des propos échangés.

La gestion des gants portés en double épaisseur et les craintes de les voir percées par l'aiguille soulignent la crainte des sages-femmes de se voir contaminées par les femmes enceintes, ainsi que le fait de se laver soigneusement les mains *après* l'accouchement et non *avant*.

Les réflexions sur la « crasse » des femmes à l'entrée sont courantes et soulèvent des questionnements sur la gestion de l'hygiène corporelle à la fois du point de vue des femmes enceintes que du point de vue des soignants.

La culpabilisation de la femme qui fait tout « de travers » selon la sage-femme, les claques, accentuent le pouvoir de la sage-femme sur la parturiente.

Les sages-femmes font peu de cas des douleurs ressenties par les parturientes et cela questionne aussi sur la valeur accordée à la douleur.

Nous tenterons dans la prochaine partie d'aborder ces questions et essaierons d'en proposer une analyse.

.4 PISTES D'ANALYSE ET QUESTIONS :

.4.1 Les risques de l'accouchement

Nous avons vu plus haut que lorsqu'une sage-femme ou un médecin s'apprêtent pour l'accouchement d'une femme, ils revêtent un véritable costume de cosmonaute : bottes de plastique, tablier plastifié, casaque stérile de chirurgien, masque de papier, masque de la casaque, une paire de gants non stériles et une paire de gants stériles par – dessus, des sur - lunettes, un calot pour les cheveux. C'est une armure contre tout risque de contact avec la femme enceinte, et tout risque de contact avec ses fluides corporels. Ils suivent en cela les directives des « Précautions Universelles ». Ces précautions universelles visent à protéger le soigné de risques infectieux iatrogènes et en même temps à protéger le soignant. Le postulat de base est que tout est potentiellement dangereux et source de risque infectieux.

Ici, interroger les soignants sur les risques au cours d'un accouchement fait émerger un thème central, c'est le risque qu'encourent les soignants à ce moment.

Dans cet hôpital, les chiffres donnés pour 2006 montrent que sur 8027 femmes enceintes venues pour une première consultation prénatale, 6069 avaient accepté le dépistage du VIH, soit 75,94%. Il était retrouvé 75 femmes positives au VIH soit 0,93%. Or 7249 femmes ont accouché dans cette maternité en 2006 et la totalité des femmes dépistées ont été suivies et accouchées ici ; ce qui fait que les femmes connues séropositives au VIH représentaient 1,03% du total des parturientes. Or sur le nombre total d'accouchées, le statut sérologique était inconnu pour 1180 femmes : si l'on fait une moyenne sur un an, cela signifie que pour une journée de garde, trois femmes étaient de statut sérologique inconnu pour les membres d'une équipe de garde et que ces dernières sont potentiellement confrontées à un accouchement d'une femme positive au VIH tous les 4 ou 5 jours. (Pendant mon séjour, je n'ai pu observer de tels accouchements) Les chiffres ne sont pas connus pour les hépatites B et C.

Le risque pour une sage-femme d'être en contact avec du sang ou autre liquide biologique infecté par le VIH ou les virus des hépatites n'est donc pas nul. Et cela explique en partie les pratiques de protection, voire de sur – protection.

Mme Th, sage-femme, membre de staff, 49 ans, entretien code h :

« Tous les sangs ne sont pas bons. Si le sang d'une autre personne que nous, nous touche, ce n'est pas bon. C'est pourquoi nous devons éviter de le toucher pour ne pas provoquer un danger pour nous. Alors nous devons nous protéger. Pour le gant non – stérile, on l'utilise pour ne pas se tacher avec le sang de la patiente.(...)On ne nous permet pas de porter 2 paires de gants, mais nous les mettons quand même nous-mêmes parce que nous avons peur qu'ils puissent se déchirer à un endroit qu'on ne voit pas. Si le gant à l'extérieur se déchire nous avons le gant de dedans pour nous protéger. Parfois, si nous voulons faire autre chose nous pouvons enlever le gant extérieur. Alors nous devons toujours faire attention parce que nous avons déjà appris l' 'infection control' et nous faisons une prière pour nous protéger contre les infections ».

La sage-femme chef de salle conforte elle - même ces pratiques :

« En général, quand on s'est taché, on doit se laver rapidement parce qu'on n'est pas sûr qu'on n'ait pas de piqûre ou de blessure.

Maintenant on n'utilise pas les gants uniquement pour l'examen, mais on les utilise aussi pour se protéger soi-même : ainsi tu as déjà vu qu'on porte 2 paires de gants. C'est pourquoi nous ne pouvons pas interdire. Nous portons un gant propre et un gant stérile sur le gant propre pour nous protéger nous - même. Alors nous ne pouvons pas interdire (l'utilisation des gants). Nous ne pouvons pas s'assurer qu'aucune personne ne nous transmette de maladie. Donc pour notre sécurité nous n'interdisons pas d'utiliser les gants. C'est pourquoi pour l'utilisation de gant nous ne limitons pas la quantité de gants utilisés par jour. Ça ne se fait pas comme ça. Nous permettons de les utiliser pendant la pratique du travail. Nous ne les limitons pas.

Dans ce cas, il est important que nous puissions savoir avant si la femme a eu un problème, si elle a le VIH ou si elle a une hépatite. Ça, c'est grâce à l'examen biologique que nous pouvons savoir. C'est bien pour nous, de pouvoir être prévenues. Si nous ne savons pas avant nous travaillons toujours comme d'habitude parce ce que nous ne savons pas si quelqu'un a une maladie ou pas. Comme nous touchons beaucoup de patientes des problèmes peuvent toujours nous arriver. Donc c'est mieux que nous sachions avant. »

L'ombre du VIH plane donc constamment dans la salle d'accouchement et sa menace est ressentie par les sages-femmes comme une menace contre elles – mêmes en priorité, et non comme une menace pour la mère ou pour l'enfant. D'ailleurs, aucune d'entre elles ne m'a fait part de ce type de préoccupations, contrairement aux médecins interrogés (plus impliqués dans la politique de PTME).

Mme Ht : sage-femme, chef d'équipe, entretien b :

« À mon avis, je pense qu'il (le sang) est synonyme de mort si nous ne faisons pas attention. Il peut concerner une maladie, mais nous ne savons pas si cette maladie est plus grave, comme le VIH, etc. Quand une patiente vient accoucher, elle ne nous dit pas quelle maladie elle a. Alors nous pouvons mourir si nous ne faisons pas attention (...)

Nous devons faire attention quand nous touchons le sang. Nous ne devons pas laisser le sang sur notre corps. Nous devons laver tout de suite par la méthode de l' 'infection control'. Nous devons nous laver avec le savon ou avec de l'alcool pour tuer les microbes. Quand le sang touche notre corps au moment où nous avons une piqûre, nous devons tester notre sang tout de suite. Par exemple, nous faisons un accouchement quand nous ne faisons pas attention, le sang peut entrer dans nos yeux, ou nous pouvons avoir une piqûre. Alors nous devons tester le sang de cette patiente tout de suite pour trouver des maladies. Si elle a une maladie qui n'est pas grave, nous pouvons nous en protéger. Si elle n'a pas de maladie, nous sommes très contentes. »

Le sang, le VIH, la mort reviennent dans toutes les bouches. Les sages-femmes mentionnent leur application à respecter les règles de protection comme leur seule défense. S'il y a théoriquement une procédure pour la prise-en-charge des accidents d'exposition au sang, elles se sentent seules face à la maladie et à ce risque particulier. Elles expliquent ce genre d'accident par leur propre « négligence » :

Mme Gn, sage-femme, entretien c.

« Actuellement, c'est très important que nous ayons appris 'l'infection control' pour éviter la transmission des maladies d'une sage-femme à la patiente ou de la patiente à la sage-femme. Comme vous avez vu dans la salle d'accouchement, nous portons la blouse, le masque, les lunettes, le chapeau, les gants et les bottes pendant l'accouchement, pour éviter le sang ou le liquide amniotique qui peuvent toucher notre corps. Je vous dirais que pour le travail de sage-femme, il est facile d'attraper une maladie tout le temps si nous sommes négligents. Ici, au Cambodge, nous savons qu'il y a beaucoup de gens VIH positifs et nous avons déjà appris la prévention de cette maladie. C'est pourquoi nous devons faire attention nous-mêmes parce que quand ça arrive, il n'y a personne pour nous aider (...) Quand on travaille avec le sang, on doit penser à l'infection pour nous-même. Oui, l'infection sur nous-même. Par exemple, si on a une blessure et si à ce moment-là, le sang touche notre corps, c'est donc facile de nous infecter si on ne fait pas attention. Pour ça, on est en train de « concentrer » les risques d'infection quand on travaille avec le sang. Par exemple, s'il y a une patiente VIH plus et si on a une blessure. Du coup, le liquide nous touche et il y a sûrement une infection. »

Les kamakors travaillent aussi au contact des mêmes substances que les sages-femmes. Le risque est d'autant plus ressenti qu'à ce niveau, elles travaillent avec les déchets, les rebuts, ce qui est « sale ». À l'image des sages-femmes, elles expriment la crainte d'être contaminées par leur contact.

Mme W, kamakor de 27 ans, enceinte.

« Le sang peut nous donner une maladie quand nous sommes en contact avec le sang des autres femmes.

P: Et comment il peut vous donner une maladie?

Nous travaillons toujours avec le sang et quand nous le jetons dans un sac, il peut toucher nos yeux ou notre bouche. Alors il peut nous transmettre aussi une maladie. Si une femme n'a pas de maladie nous pensons encore que le sang est très sale et qu'il peut provoquer une infection aussi parce que nous ne savons jamais si cette malade a une maladie ou pas. (...)

Nous pensons que nous ne devons pas laisser notre corps toucher les choses sales mais c'est notre rôle et notre travail. Nous devons faire attention pour travailler et nous laver proprement nous-même aussi. Parfois j'ai pensé que le fait de travailler avec les choses sales peut transmettre une maladie à mes enfants aussi. »

Les kamakors tentent à leur manière de se protéger.

« Nous n'avons pas suffisamment de précautions pour nous protéger nous-mêmes. Pour le HIV nous devons faire encore plus attention. Par exemple, si une sage-femme me dit que maintenant nous avons une malade positive (en français) qui vient accoucher, alors nous devons toujours mettre les gants. Je mets une paire de gants stériles (en français) dedans et une paire de longs gants rouges à l'extérieur (en caoutchouc épais) et je mets le masque pour que rien ne touche mon corps.

P: Pour ne pas toucher quoi?

Parfois nous jetons le sang alors ça peut toucher notre corps. Une malade « normale » n'a pas de maladie à nous transmettre. Alors nous pouvons travailler avec elle à mains nues comme lorsque nous changeons les vêtements pour elle en n'utilisant pas de gant parce qu'il n'y a rien qui puisse nous infecter. Même si nous avons appris que nous pouvons attraper le HIV par le sang quand nous avons une piqûre, nous avons encore peur. C'est pourquoi nous devons toujours porter les gants. »

Cette jeune femme a certainement réinterprété le pouvoir accordé aux gants stériles dans ce cas. Cette façon de les utiliser sous ses gros gants de caoutchouc ne la protège pas plus qu'ils ne protègent la parturiente, mais l'important, c'est les deux couches de gants, peu importe si cela est interdit aux kamakors :

« Pour les petits gants blancs on ne nous permet pas de les mettre. On nous demande de porter seulement les gros gants en caoutchouc.

P: Qui ne vous permet pas de mettre les petits gants blancs?

C'est le chef de l'hôpital. Pour notre rôle, on nous donne seulement le gros gant en caoutchouc pour assurer la sécurité. Les petits gants blancs sont des gants non - stériles (en français), il peuvent se déchirer. On nous demande de mettre le gros gant de caoutchouc parce qu'il est épais et quand une aiguille le pique il ne peut pas se déchirer. Pour le gros gant de caoutchouc, il y a plus de sécurité qu'avec le petit gant blanc.

(...)

Pour assurer la sécurité de nous-même nous devons porter 2 paires de gants.

P: Qui vous permet 2 paires de gants ?

En fait, il n'y a personne qui nous permet de mettre 2 paire de gants. Si on voit que nous mettons les petits gants blancs, on nous blâme que nous gaspillons.

P: Pour ça, est - ce qu'il y a des sages-femmes qui vous blâment aussi?

La chef de salle (en français) ne me blâme jamais, mais la chef de garde me dit toujours que je ne dois pas mettre les petits gants blancs en dehors de la salle d'accouchement car si le grand chef me voit il me blâme mais pour elle, sage-femme, elle peut le mettre. Nous nous cachons pour mettre les petits gants blancs. »

Si la crainte du VIH est omniprésente et se fait sentir aussi bien dans les discours que dans les pratiques de sur – protection, paradoxalement, le VIH et les programmes de PTME (PMTCT en anglais) semblent absents de la réalité.

Le service de PMTCT fonctionne en amont de la salle d'accouchement, en parallèle des consultations prénatales. Sur chaque groupe de sages-femmes de garde en salle d'accouchement et aux urgences, seule une sage-femme formée au programme se trouve aux urgences. Théoriquement, quand une parturiente séropositive au VIH arrive aux urgences, elle est prise en charge par cette sage-femme spécialisée pour le protocole d'ARV pendant le travail. Dans les dossiers médicaux, ne figure aucun résultat d'analyse, le système ayant poussé à l'extrême le secret médical. Cela pourrait poser un problème, mais le service de PMTCT fait figurer un petit signe à l'intérieur de la couverture du dossier pour prévenir les collègues initiés. Ce système fait osciller la position des soignants vis-à-vis du VIH entre totale absence et totale omniprésence : aucune des sages-femmes du service de Salle d'Accouchement n'a reçu de formation à la gestion de la PTME, elles ne peuvent pas savoir les résultats de sérologie, alors elles ne veulent pas les savoir. Du coup, elles agissent comme si tout le monde était porteur du virus.

C'est ce qu'exprime bien Mme Th (entretien h), qui est l'une des sages-femmes les plus rigoureuses à s'habiller selon le protocole des précautions universelles (et par ailleurs la plus douce et attentionnée avec les parturientes) :

« Même si on sait que cette femme a le VIH, on sait seulement. Pour moi, je ne suis pas formée dans le programme de PMTCT, je ne sais pas. Seule l'équipe qui est formée dans le programme connaît le secret. On ne nous le dit pas alors nous ne voulons pas savoir non plus. Nous avons seulement la méthode de protection. Donc, si on sait que cette femme a le VIH, on ne nous le dit pas. Ce secret est connu seulement dans son équipe. Si on veut donner des antiviraux à cette patiente nous ne savons pas non plus. »

Et aucune d'entre elles n'a voulu s'exprimer sur un sujet qu'elle ne maîtrisait pas...

Il semblait important de présenter en premier ce qui semble la première préoccupation des sages-femmes lorsqu'on évoque les risques d'un accouchement.

Non que les risques des parturientes soient absents : ces risques sont tellement évidents qu'ils fondent la légitimité du travail des sages-femmes et des obstétriciens. Ici, pas de femmes « à bas risque » ou « à haut risque », tout le monde est « à risque » et ce qui justifie l'accouchement de toutes les femmes avec un soignant qualifié.

Professeur B, entretien n :

« Non, nous considérons la grossesse comme un état dangereux pour toutes les femmes. Il faut faire attention pour toutes les femmes parce que l'accident peut se rencontrer pour toutes les femmes enceintes. »

Madame Th. Entretien h :

« Je pense que la grossesse est un état dangereux car même si une patiente accouche naturellement, elle peut « aller vers un danger ». C'est pourquoi, nous lui expliquons pour qu'elle

comprenne bien les signes de danger à partir du moment où elle est enceinte. Alors elle doit venir à l'hôpital pour discuter avec un médecin. Il explique à cette femme ce qui doit l'aider à éviter (le danger) et il lui demande de venir à l'hôpital. S'il y avait un danger qui pouvait arriver tout de suite et que nous ne pouvions pas connaître, avant nous ne savions pas ce que nous devions faire. Maintenant nous demandons aux femmes de ne pas continuer à faire comme ça. Nous leur expliquons pour connaître le signe de danger depuis le début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement. Il y a beaucoup de signes de danger comme l'hémorragie, d'un mois à l'autre, ce peut être anormal. C'est pourquoi quand les femmes comprennent que lorsqu'elles perdent beaucoup de sang, elles viennent à l'hôpital. »

C'est ce qui est exprimé dans cette présentation de leur rôle ; les sages-femmes sont « celles qui sauvent les femmes ».

Madame Ch. continue : *« Les Cambodgiens disent que le métier de sage-femme, c'est bien et que les sages-femmes sont les personnes qui aident à donner naissance. Les gens dans la société aiment bien les sages-femmes parce que nous les aidons à faire l'accouchement. Pour le mot "accouchement", il désigne un événement très grave, comme lorsque nous traversons une rivière ou un fleuve. Quand nous tombons dans l'eau il n'y a personne qui peut nous aider. Alors, l'accouchement, c'est pareil que ça. Après l'accouchement, si la femme est en sécurité on est très content. Donc, on nous met en valeur. Dans la société, on dit que toutes les sages-femmes sont des personnes qui sont douces et humaines. »*

S'il semble bien établi que la grossesse et l'accouchement sont un grand danger pour la parturiente symptomatiquement désignée comme la « malade » ou « patiente », définir ce qui fonde le risque pour une femme enceinte est un exercice difficile et les définitions restent floues et couvrent un large éventail de situations.

Ainsi, la chef de salle égrène un chapelet de situations qui ressemble à un « fourre-tout » :

« Il est difficile de dire quelles femmes sont en danger ou pas. Elles sont en danger parce qu'elles sont trop petites, trop minces ou trop grosses. Il est difficile de donner la définition parce qu'on doit surveiller l'état des femmes, elles peuvent être enceintes à n'importe quel âge. Ou elles ne peuvent pas avoir d'enfant. C'est pourquoi, on considère que pour les primigestes, c'est un état dangereux. La jeunesse est dangereuse et le grand âge aussi. Et pour les autres problèmes, on sépare les femmes qui accouchent avant la date et les femmes qui accouchent longtemps après le terme. Pour cela, on considère que ce sont des états dangereux aussi. Pour les femmes qui n'ont pas de danger, on ne peut pas considérer qu'elles ne peuvent pas avoir de danger. Tant qu'elles consultent régulièrement, on peut chercher le danger qui peut leur arriver. C'est pourquoi, il m'est difficile de donner la définition du type des femmes qui n'ont pas de danger et celles qui ont un danger. »

Les risques des parturientes les plus redoutés par les soignants sont la crise d'éclampsie et l'hémorragie qui sont effectivement des pathologies pouvant être fatales. (Une hémorragie est souvent qualifiée de « cataclysmique » dans le jargon médical et l'éclampsie avec ses convulsions et

l'hypertension élevée a un pronostic vital sombre quand elle n'est pas traitée à temps). Les risques infectieux ne sont cités qu'en troisième position, ou pas cités du tout.

Mais ces risques peuvent être d'ordre médical ou plus social ; on invoque alors la pauvreté qui empêche les femmes de prendre soin d'elles-mêmes car elles doivent d'abord penser à leur subsistance. Ou bien on accuse l'ignorance et l'illettrisme des gens des campagnes qui sont donc peu informés. (ou peut-être accuse-t-on plus directement les gens des campagnes qui sont illettrés ?) Ou alors, la distance physique d'un lieu de soins. Tout le monde s'accorde pour dire que « ça » retombe toujours sur les mêmes : les femmes pauvres, illettrées du fin fond de la campagne.

Dr Xy, entretien g :

« Mais ici, comme vous voyez, les peuples, sont comment dire ça, occupés, heuh, pour gagner leur vie, oui, pour vivre. Oui, c'est ça. Donc la santé, ça passe en deuxième, c'est le deuxième problème ou deuxième situation. Premièrement, c'est comment... Oui, comment gagner de l'argent pour vivre. »

Mme Th , entretien h:

« Nous nous efforçons de travailler au mieux, mais à cause de la pauvreté et parce que les gens du peuple n'ont pas beaucoup de connaissance, alors cela peut provoquer un danger pour les femmes. Donc, nous avons pitié d'elles. Tous les dangers tombent souvent sur les pauvres, mais pour les riches il est rare que cela arrive parce qu'elles peuvent trouver des moyens pour éviter les dangers. »

Mme Ht , entretien b:

« Si une femme est négligente quand elle est enceinte, si elle ne fait pas attention à la consultation du ventre, c'est parce qu'elle pense que c'est normal pour elle-même. Mais pour moi, sage-femme, je pense que ce n'est pas normal. Cette femme est négligente elle-même parce qu'elle n'a pas été se faire examiner, et qu'elle ne mange pas assez. Elle peut être en danger de mort_ n'importe quand. Quelquefois cela peut provoquer la maladie toxémie ou elle ne peut pas accoucher. Pour des femmes qui travaillent longtemps et ne peuvent pas se reposer, elles peuvent avoir le danger pendant l'accouchement.(...)

Quand elles sont enceintes, la plupart des femmes qui habitent à la campagne où elles sont agricultrices, elles ne connaissent pas le moyen de prendre soin de leur santé. Elles travaillent beaucoup et elles n'ont pas le temps de se reposer. Quand elles sont enceintes, elles peuvent être en danger. Ici, c'est le problème pour lequel j'ai le plus d'angoisse. La plupart des malades qui sont envoyées dans cet hôpital sont des femmes qui viennent de la campagne ; elles sont enflées ; toxémie crise éclampsie (dit en français puis en khmer « breay krola phleung ») et placenta praevia central. Toutes les maladies, ce sont souvent sur des femmes de la campagne que ça tombe parce qu'elles travaillent jusqu'au jour où elles accouchent. Par ailleurs elles ne connaissent pas comment elles doivent prendre soin de leur santé. Quelquefois cela provoque le fait que le placenta peut se détacher et elles peuvent être en danger de mort. »

Ces risques de la grossesse du point de vue des soignants (*risks of motherhood* selon Allen) semblent très éloignés de la réalité vécue par les femmes. Si nous n'avons pu recueillir assez d'entretiens de femmes enceintes pour que cela soit significatif, nous pouvons tout de même réaliser aux premières paroles qu'il y a un monde entre les deux conceptions du risque pour une femme enceinte.

Madame Dy, a subi une césarienne « en urgence ». Elle avait une rupture prématurée des membranes, un travail prolongé de trois jours, une pré - éclampsie et était « retenue » par le médecin de la clinique privée initiale avant que son mari ne décide de l'envoyer à Phnom Penh. (Entretien d) :

« Le plus dangereux (quand on est enceinte), c'est quand nous ne faisons pas attention comme prendre la moto ou marcher sous la pluie. Quand nous sommes enceintes, nous prenons la moto pour acheter quelque chose, quelquefois nous pouvons heurter une autre moto et cela peut affecter le ventre c'est pourquoi nous pouvons mettre notre vie en danger et l'autre vie dans le ventre ; Et quelquefois, quand nous marchons sous la pluie, cela nous fait glisser et après cela peut affecter notre grossesse. La plupart des femmes enceintes, elles ne savent rien parce qu'elles cueillent souvent des fruits qui sont loin de leurs mains. Cette raison peut aussi donner le plus grand danger pour les femmes enceintes. Par ailleurs, le village où j'habite, il y a beaucoup de femmes enceinte qui boivent du vin. Mais ce vin- là-bas, n'est pas bien (bon ?). C'est le vin de riz. Il donne chaud. Quand le bébé a un ou deux mois dans le ventre, cela peut donner une fausse couche.

S'il y a un problème le docteur peut savoir. Comme moi-même j'aurais été très gravement en danger si j'avais accouché à la maison ou dans un petit hôpital. Mais quand j'arrive dans un grand hôpital, même si j'ai un danger le docteur peut m'aider.

Mais par contre, je suis heureuse parce que mon état était très grave et quand je suis venue ici, on m'a aidée tout de suite. Je pense que j'ai déjà accouché donc j'ai survécu. »

Toutes les femmes interrogées, de même que les kamakors, mentionnent des catégories de risques plus populaires citées par Ang, retrouvées par White et Crochet. Si elles ont fait le choix de venir accoucher à l'hôpital, c'est qu'elles préfèrent la sécurité d'avoir du matériel et des personnels formés au cas où se poserait un problème.

Ainsi, Mme W, entretien f :

« Si j'avais accouché dans un hôpital à la campagne, au moment où j'aurais été en danger je n'aurais pas pu être envoyée ici à temps. C'est pourquoi j'ai accouché ici pour avoir la sécurité de la maman et du bébé. Nous devons faire attention pour l'accouchement. Parfois, quand une femme a perdu les eaux depuis longtemps, cela peut faire mourir le bébé. Donc nous devons venir accoucher ici parce qu'il y a suffisamment d'instruments. S'il y a un problème, on peut faire une opération ou faire une ventouse et nous pouvons faire confiance. »

Il est difficile de penser que les soignants peuvent transmettre une maladie aux parturientes. C'est même impensable pour les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital.

Ainsi Mme Dy :

« *L'hôpital, ce n'est pas un lieu où on peut attraper une maladie infectieuse. Nous pensons que nous venons à l'hôpital pour qu'on nous aide. Ce n'est pas pour qu'on nous donne une maladie infectieuse ! Par exemple, quand le bébé est né, tout de suite on le vaccine pour le protéger de la rougeole* ».

Quant aux soignants, l'idée est présentée en même temps que les risques de transmissions de la parturiente au personnel, parfois de femme à femme, mais cela semble toujours comme si c'était un rappel théorique des faits, lorsque le soignant a lui-même une maladie et qu'il puisse la transmettre à la parturiente. La remarque suivante montre toujours la prégnance de la crainte des sages-femmes d'être elles-mêmes infectées. Aucune sage-femme ne mentionne le risque des « fautes d'asepsie », car toutes sans exceptions ont foi dans leurs bonnes pratiques, le fait qu'elles suivent « strictement » le protocole de « l'infection control » et elles accordent aussi une grande confiance dans leurs gants, qu'elles changent souvent, mais bizarrement sans parler du lavage des mains.⁴⁴

Pourtant, les infections nosocomiales sont présentes plus concrètement dans la pratique de mettre toutes les femmes « césarisées » ou ayant eu une épisiotomie, une révision utérine (ce qui fait un grand nombre de femmes) sous antibiotiques. La raison évoquée est le problème de « *l'environnement* ». Personne ne se plaint de problèmes d'asepsie ou du manque de kamakors en nombre mais plutôt des habitudes des familles des parturientes qui campent dans les dortoirs de post-partum, y mangent et y dorment, et aussi du fait que les accouchées ne se douchent pas.

Les risques d'un accouchement en milieu hospitalier ne sont pas forcément où nous les attendions. Nous avons dû nous rendre au fait qu'outre les risques de devenir mère, (*risks to motherhood*), les risques médico-obstétricaux de la maternité (*risks of motherhood*), il fallait ajouter les risques encourus par les personnels soignants lors de l'accouchement, tellement ils prenaient une place importante dans les pratiques et les discours des soignants, exprimant là une angoisse certaine face à l'image de mort véhiculée par le VIH et par extension par le sang et tous les autres fluides corporels. (Nous n'avons pas repris ici toutes les expressions qui reprennent le sentiment de peur de la transmission,

⁴⁴ Or en pratique, les observations montrent de nombreuses irrégularités dans les pratiques d'asepsie. Les gants stériles ne le sont plus après les avoir enfilés avec les gants ayant servi au toucher vaginal, même en respectant les règles de pose, ils le sont encore moins après avoir posé les mains gantées sur les montants de la table d'accouchement. Certaines pinces pour la préhension de compresses stériles supplémentaires sont utilisées pour « servir » la sage-femme par ses collègues non - stériles, dont l'embout est censé être stérile et stocké la pince dans le « vide » des tubes métalliques stérilisés une fois par jour, mais qui, par contacts répétés avec des mains non-stériles ne l'est plus du tout... Sans parler des poses de perfusion ou de la réutilisation des seringues ayant servi pour les ocytociques pour la xylocaïne, même si c'est pour la même parturiente, ou bien la préparation à l'avance d'injection de vitamines K pour une dizaine de seringues. Il n'était pas dans mon rôle de relever toutes ces « fautes », mais il est intéressant de noter le décalage avec les discours. Ces pratiques sont aussi relevées lors d'une enquête récente de USAID. (Daily, F. (2008). Observations of infection control practices during quality improvement assessments in cambodian public health facilities., USAID, URC CAMBODIA.)

elles sont nombreuses et communes à toutes les catégories de soignants, kamakors, sages-femmes, médecins)

Nous n'avons malheureusement ni la place ni le matériau nécessaire à une analyse de la gestion des fluides corporels, cependant, des pistes intéressantes s'ouvrent comme la notion de statuts différents donnés au sang. Le sang circulant est considéré comme le « sang normal », le sang des règles est « mauvais », mais sa présence régulière est normale et désirée, le sang de l'accouchement est « très sale » car mélangé de liquide amniotique et de fèces (de la mère ou du bébé) et il faut s'en débarrasser pour « laver les sangs ». Cela explique des pratiques traditionnelles comme le grillage, les massages de l'utérus en post-partum par les yoy mop, l'ingestion de « vins khmers » qui sont des décoctions de plantes. Certaines observations n'ont malheureusement pas pu être poussées plus loin : ainsi, la gestion de l'hygiène corporelle pose question. Nous avons vu que les sages-femmes font très régulièrement des réflexions désobligeantes sur la « crasse » de certaines parturientes. Mais nous avons aussi observé qu'aucune femme en travail ayant rompu la poche des eaux ne portait de protection absorbante, laissant le liquide amniotique et le sang couler le long des jambes, tremper le kimono et faire une flaque sur l'alèze qui devait être particulièrement inconfortable sous leurs fesses. Faut-il laisser couler pour ne pas bloquer le passage ? Est-ce par pure raison économique ? Par ailleurs, les pratiques traditionnelles suggèrent que pendant la durée du grillage (trois jours), la jeune accouchée ne doit ni se lever, ni se baigner. S. Crochet rapporte que la yoy mop la « toilette » en tamponnant sa peau pour l'embellir avec de la poudre d'une plante « ponleï » (Crochet 2001)(p455-497). Mais qu'en est-il des lochies, ces pertes sanguines du post-partum, qui doivent être ici impérativement évacuées ? Font-elles l'objet de bains spécifiques comme en Guyane (Fleury 1993) ? Met-on une protection ou les laisse-t-on s'écouler librement aussi ? Y a-t-il une manière spécifique de laver les organes génitaux, à l'instar de la zone anale qui fait l'objet d'un nettoyage particulier avec le talon (Crochet 2000) ? Dr L me dit que, même à l'hôpital, pendant la période du post-partum, la majorité des femmes ne prennent pas de douche. Les femmes ne pratiquent pas le grillage à l'hôpital et comme elles n'y reçoivent pas d'injection en post-partum, elles se couvrent chaudement de bonnets et de chandails à manches longues et de chaussettes. Quel est alors le statut de la transpiration ?

Mary Douglas a montré que tous les fluides corporels « en marge », dès qu'ils sortent du corps, sont dotés d'une forte symbolique. Vincke montre que les fluides sexuels n'y font pas exception et que leur gestion informe sur la notion de souillure mais aussi sur la hiérarchie des sexes. (Vincke 1991). Mais les lochies sont-elles considérées comme des fluides sexuels au Cambodge ou peut-on les rapprocher du sang menstruel puisqu'elles sont liées aussi au cycle de la reproduction et peut-on tenter de dépasser la notion de souillure qui y est attachée (Buckley and Gottlieb 1988) ?

.4.2 Les douleurs

Les douleurs de l'accouchement sont dues aux contractions du muscle utérin dont le but est la descente du fœtus et son expulsion. Le début de contractions régulières et d'intensité croissante marque le début du « travail ». Ces contractions raccourcissent les fibres du col de l'utérus qui s'ouvre alors. On juge la dilatation du col lors de touchers vaginaux et l'expulsion ne peut se faire avec les efforts de la mère que lorsque le col est « à dilatation complète », c'est-à-dire quand il est totalement effacé. À ce moment, les contractions sont très intenses et espacées de moins de cinq minutes.

Ces contractions sont physiologiques et les douleurs qui en découlent ont longtemps été considérées comme normales et obligatoires bien qu'elles ne soient pas minimisées. Au Bénin, les femmes Bariba acquièrent honneur et prestige après leur accouchement car il est considéré que c'est l'occasion pour les femmes de prouver leur courage et leur valeur face à la souffrance, faisant de cet événement l'équivalent d'une campagne de guerre pour les hommes (Sargent 1989). La « honte » d'être assistée pendant les douleurs du travail se retrouve aussi au Niger, de même que la mise en valeur de l'accouchement comme une bataille, une guerre (Olivier de Sardan, Moumouni et al.).

En Occident, la valeur accordée à la douleur est liée aux douleurs de l'accouchement. À cause du « péché originel », la religion chrétienne marque toutes les générations à venir du sceau de la douleur ; « enfanter dans la douleur » serait donc la malédiction infligée aux enfants d'Eve et Adam et aurait valeur de rédemption. Ainsi, souffrir comme le christ sur sa croix permettrait de se rapprocher de dieu. Cette conception de la douleur a fortement influencé le rapport à la douleur en Occident et par conséquent, elle a eu aussi une grande influence sur la manière d'aborder la douleur dans l'histoire de la pratique médicale (Rey 1993)(p59). M. Laget s'étonne ainsi que les chirurgiens du XVIIIème siècle ne s'étonnaient pas d'un travail de sept jours chez certaines parturientes (*op. cit.*, p127).

Mais de l'Antiquité grecque et des ancêtres de notre médecine actuelle (Hippocrate, l'école de Cos, Galien, etc.) nous avons hérité une vision de la douleur comme un élément utile, un signe, de diagnostic, voire de pronostic. Et si, comme le rappelle Isabelle Baszanger, toutes les médecines du monde ont eu pour but de soulager la douleur, le traitement de la douleur « en soi » n'a été prise en compte que très tardivement (Baszanger 1995). C'est après la seconde guerre mondiale que Dr Bonica, aux Etats-Unis, instaure l'idée d'une prise en charge multidisciplinaire de la douleur dans ses « pain clinic » pour des patients aux douleurs chroniques qui déroutent les médecins par leur échec thérapeutique. C'est la première fois que les médecins s'intéressent au traitement de la douleur en tant que telle, puisque jusque-là la douleur est un signe qui traverse toutes les pathologies, et les années soixante voient la multiplication de grandes découvertes de physiologie neurologique et d'affrontements théoriques de la douleur. Mais la douleur est complexe à appréhender et ne met pas en jeu que des réflexes neurologiques. Cette expérience humaine est un fait social et culturel à part entière comme le montrent les auteurs du volume « Pain as a human experience » ; partant de l'observation que les douleurs

chroniques ne sont pas universelles, contrairement aux douleurs aiguës, ils les analysent en replaçant le contexte social, économique et culturel des Etats-Unis et y voient, entre autres, l'expression d'un certain échec de la société américaine, en tout cas l'échec de la biomédecine à appréhender l'expérience vécue de l'individu souffrant. (Del Vecchio-Good, Brodwin et al. 1992)

Si les douleurs aiguës peuvent être considérées comme utiles jusqu'à un certain point, les douleurs chroniques ne sont pas considérées comme telles et donc intolérables. Les douleurs de l'accouchement ont ceci de particulier, c'est qu'elles sont de type aigu, mais ne semblent ni utiles ni intolérables au point de susciter un scandale. C'est le sens du paradoxe de ces douleurs que cherche à élucider Marilène Vuille, dernier îlot de douleur accepté et acceptable dans notre société devenue algophobe (Vuille 1998). Cependant, dès les premières découvertes des analgésiques, si ces médicaments ou gaz sont largement utilisés par les chirurgiens de guerre alors soulagés de pouvoir enfin soulager leurs patients, les applications en obstétrique ne se sont pas faites attendre, pour l'éther puis le chloroforme dès 1847 (Rey, *op. cit.* p188) par exemple, mais aussi pour la péridurale même si cette dernière met plus longtemps à s'imposer. Le droit à ne pas souffrir pendant l'accouchement est brandi par les féministes et conquiert du terrain. Cette préoccupation aboutit à des méthodes variées de prise en charge des douleurs de l'accouchement. Et avant que ne se généralise la pratique de l'anesthésie péridurale, des méthodes dites « psychoprophylactiques » ou « Accouchement Sans Douleur » apparaissent aux Etats-Unis et en ex-URSS, dont le Dr Lamaze se fera l'apôtre en France au début des années cinquante (Caron-Leulliez and George 2004). Suivant la théorie de Pavlov, ces méthodes partent du principe que la douleur de l'accouchement n'est pas physiologique mais socialement induite et que par un « conditionnement » psychologique adéquat, il est possible de ne pas ressentir de douleur lors des contractions utérines. Ces méthodes perdent du terrain au profit de la péridurale en France que les médecins plébiscitent car cette technique, facilement reproductible, aux injections quantifiables correspondent mieux à leur idéologie rationaliste et technicienne. Cette technique en France a été un enjeu de légitimation professionnelle et de pouvoir entre sages-femmes et médecins comme l'a montré Danièle Carricaburu. (Carricaburu 1994). Pour certaines sages-femmes, le côté technique est une mise en valeur de leur compétence qui les rapproche de la profession médicale et pour d'autres, c'est une mise en danger de leur identité professionnelle faite de relation, de maternage, que vient chambouler l'arrivée du « troisième larron », l'anesthésiste et la péridurale. Surtout, l'acceptation ou le refus de cette technique tient à une forme d'organisation structurelle basée sur une idéologie différente de la douleur. Dans l'un des services observés, c'est l'idéologie du progrès qui est prônée, dans le second service ce sont les valeurs catholiques des obstétriciens et la mouvance contestataire et écologique des années 70 des sages-femmes. C'est ce que retrouvent aussi Madeleine Akrich et Bernike Pasveer en comparant les conditions et les techniques d'accouchement entre la France, pro-péridurale, et les Pays-Bas où on ne l'utilise que sur indication médicale (Akrich and Pasveer 1996). C'est bien une certaine conception de la naissance et de ses risques qui permettent à l'échelle nationale la mise en place de structures hospitalières d'accouchement et la prise en charge médicalisée des douleurs d'un côté et une conception plus physiologiste de la naissance qui permet une prise en charge de la majorité des accouchements par des sages-femmes à domicile, sans

analgésie de l'autre. Et c'est aussi la structure qui conditionne la pose de péridurale quand une sage-femme doit surveiller plusieurs femmes en travail, l'absence de douleur étant un confort non seulement pour la parturiente mais surtout pour le soignant qui ne subit alors plus de stress : « *En France, la suppression de la douleur fonctionne comme un préalable qui permet de stabiliser le dispositif de l'accouchement et rend possible une coopération des différents acteurs impliqués ;* » (*op. cit.*, p178). Ces observations de la technique de l'analgésie péridurale montrent qu'elle est au cœur d'identités professionnelles, des représentations de la douleur et de la naissance, de l'organisation même de ces naissances.

Nous avons déjà vu que la conception bouddhique de la douleur ne se partage pas et qu'elle n'a aucune valeur de sanctification ni de rédemption, elle est la conséquence des actes passés dans une vie antérieure.

Concernant les douleurs de l'accouchement, la langue cambodgienne possède un vocabulaire très riche pour les désigner. Elles sont ainsi décrites très en détail selon leur emplacement, leurs irradiations, leur intensité, leur fréquence ou les signes qui les accompagnent. S. Crochet en dénombre plus de quinze (*op. cit.*, p456), de même que P. White.

Il est intéressant de s'attacher un moment sur la façon dont sont appréhendées ces douleurs et la façon dont elles sont gérées par les équipes de sages-femmes.

Avant qu'il ne soit décidé que Mme Dy ait une césarienne, (le 26 septembre 2007) elle fut d'abord placée en salle d'accouchement, à côté d'une femme qui était le centre de toutes les attentions car elle accouchait de jumeaux sous la surveillance d'une femme – médecin et de trois sages-femmes. Cet accouchement – ci fut rapide et il est vrai que la mère des jumeaux était particulièrement silencieuse. Quant à Mme Dy, nous avons su *a posteriori* qu'elle était en travail depuis trois jours et trois nuits avec une rupture prématurée des membranes, une pré-éclampsie et qu'elle avait été « retenue » contre son gré par le médecin de la clinique privée de province vers laquelle elle s'était dirigée au début de son travail. C'était donc un accouchement qui s'annonçait pathologique et qui était déjà difficile psychologiquement pour la parturiente. Elle fut mise sur une « chaise de travail », une chaise en bois percée, « pour faire descendre le bébé ». Elle pleurait en silence. Quand une sage-femme passa à proximité, elle gémit un peu :

«- Mme Dy : *j'ai très mal au ventre*

- SF : *Si vous avez mal comme ça, c'est que vous pouvez accoucher. Est-ce que vous avez vu que l'autre femme a déjà accouché de jumeaux ? Elle ne pleure pas, elle ! Pourquoi vous pleurez ?*

- Interne : *Comment allez – vous ?*

- Mme Dy : *J'ai très mal au ventre*

- Interne : *Vous ne pouvez pas accoucher maintenant. Donc on vous a dit que vous devez vous asseoir sur la chaise parce que la tête de votre bébé est encore trop haute. Nous faisons comme ça pour surveiller votre état et chercher une autre méthode. Est-ce que vous avez le vertige ?*

- Mme Dy : *Oui. Quand je regarde quelque chose, mes yeux ne voient pas clairement.*

- Interne ; *J'ai déjà mesuré la tension, elle a 13. L'accouchement, c'est très difficile.*

- Mme Dy : *j'ai mal au ventre depuis 2 ou 3 jours. J'ai très froid. Aidez - moi !*

- SF : *votre bébé doit avoir l'opération*

- Mme Dy : *Vous devez m'aider à appeler le docteur. Quand le docteur arrive ?*

- SF : *Vous n'avez pas de problème, votre bébé va encore bien. »*

L'attente dura plus d'une demi-heure, l'interne (un homme) ne lui reprit la tension artérielle qu'une fois mais en l'encourageant un peu tandis que les sages-femmes la délaissèrent totalement avant qu'elle ne parte pour le bloc chirurgical.

La sage-femme qui lui avait fait le reproche de pleurer ne paraissait pas être au courant de l'histoire médicale de cette parturiente. Son manque d'empathie transparaît encore quand elle lui assène qu'elle « n'a pas de problème », et la comparaison avec la mère des jumeaux laisse penser que pour elle, il y a plus d'honneur à accoucher en silence plutôt qu'en gémissant (la mère des jumeaux semble peut-être d'autant plus courageuse qu'elle affronte un double accouchement). Cependant, dans un environnement où il n'y a pas de réelle prise en charge de la douleur, ni psychologique ni médicamenteuse, on peut aussi évoquer l'argument du stress occasionné par les cris de douleurs et les gémissements d'une femme sur le soignant qui se trouve dans l'impuissance de lui venir en aide pour tenter une explication de cette agressivité, comme a pu le remarquer D. Allen en Tanzanie (*op. cit.*, p210)

Toutes les sages-femmes interviewées sont unanimes, la douleur de l'accouchement, « c'est naturel ».

Entretien e :

« Je pense que c'est la règle naturelle que nous ayons des douleurs pendant l'accouchement.

(...)Pour ça, on a une méthode, mais on la pratique dans les pays développés. Ici, nous ne l'utilisons pas. Pour l'accouchement, nous faisons naturellement : comme la maman doit avoir des douleurs, nous lui demandons de pousser le bébé jusqu'à ce que cet accouchement réussisse. »

Entretien b :

« Les douleurs des patientes? Ça c'est normal mais pour nous-les-sages-femmes, nous devons parler gentiment avec les patientes. Normalement, il y a les douleurs et parfois certaines malades crient. Nous les réconfortons toujours pour tuer les douleurs et les aider à pousser le bébé rapidement. Il y a certaines femmes qui accouchent facilement et d'autres qui accouchent difficilement ».

(Précisons que c'est tout de même cette sage-femme qui versait de l'alcool sur les plaies d'épisiotomie ; elle devait plus craindre mon regard que le fait d'infliger une douleur à l'accouchée)

Entretien c :

« Pour nous, nous éduquons toujours les femmes que quand elles ont mal au ventre pendant l'accouchement c'est normal pour toutes les femmes. Nous leur disons que l'accouchement n'est pas une maladie. Alors nous devons leur donner les esprits de dire que tous les accouchements demandent à toutes les femmes d'avoir mal au ventre. Nous leur expliquons pourquoi il faut qu'on ait mal au ventre. »

Entretien h :

« Ce que je pense de la douleur pendant l'accouchement? Je pense que la douleur pendant l'accouchement c'est naturel. Nous-les-sages-femmes, nous devons expliquer aux mamans comment est la douleur et à quel degré elles doivent avoir mal. Quand elle a fortement mal au ventre cela veut dire qu'elle a presque accouché. Nous devons expliquer aux femmes de supporter la douleur et quand elles ont fortement mal au ventre, ça veut dire que leur accouchement arrive et qu'elles voient presque leur bébé. Nous devons encourager les femmes et nous ne devons pas les blâmer en leur disant par exemple : "Regarde l'autre femme, elle peut supporter la douleur mais toi, pourquoi tu ne peux pas supporter?". Alors, nous ne leur parlons pas comme ça. Nous devons les consoler et les encourager comme demander aux femmes de boire de l'eau, marcher ou aller dans un endroit qui a beaucoup d'air. »

(Cette sage-femme est celle qui a l'attitude la plus douce avec les parturientes, s'adressant à elles avec des termes affectueux employés en famille entre une mère et sa fille ou une tante et ses nièces par exemple. Par contre, de nombreuses autres sages-femmes n'ont pas cette attitude aussi bienveillante, nous l'avons vu plus haut, et peut-être est-ce un blâme indirect qu'elle envoie à ses collègues en me faisant part de ce qui ne doit pas être dit, en miroir négatif de sa propre attitude)

Les médecins ont une réaction légèrement différente, surtout les deux hommes médecins qui ont du mal à supporter les douleurs des parturientes. Est-ce que leur réaction est une différence d'interprétation de la douleur due à leur genre ou est-ce leur culture médicale qui les influence ainsi avec cette tendance au passage à l'action et à la frustration face à une situation qui révèle leur impuissance? Nous n'avons malheureusement pas de réponse et c'est donc une piste à explorer dans le futur.

Entretien I :

- « Oh, c'est pénible à supporter ! Si je pouvais supprimer la douleur, je le ferais.
- Vous aimeriez peut-être qu'ici on pratique les péridurales ? Ou l'accouchement sans douleur ?
- Oui, mais ça coûte cher. On ne peut pas pratiquer ici mais en clinique privée, il y en a.
- Ça marche ?
- Oui, elles acceptent. Parce que la douleur, vous savez, c'est insupportable ! La douleur du travail. Elles demandent ce qu'on peut faire pour qu'elles ne sentent plus la douleur. »

Seulement, au Cambodge, la péridurale « ne marche pas très fort », pour reprendre l'expression du Dr Sy. Cette fois, ce sont les médecins qui répondent en chœur que c'est à cause du coût de cette technique. Cela coûte environ 30 à 50 dollars, soit le même montant que les frais d'un accouchement dans l'hôpital public, et cela nécessite un anesthésiste et du personnel qualifié et expérimenté.

Quant aux sages-femmes, la réaction est plutôt celle de la méfiance envers une technique qu'elles ne maîtrisent pas.

Entretien e :

- « P : Je voudrais interrompre votre discours quels sont les médicaments qu'on utilise pour tuer la douleur?

- On a une injection. On injecte dans le dos pour tuer la douleur de la mère. Cela fait que la mère ne sait plus comment elle doit pousser parce qu'elle n'a pas mal. J'ai vu qu'en clinique privé, on utilise ce médicament pour attirer les patientes pour qu'elles viennent accoucher en plus grand nombre... Mais je ne sais pas quelles peuvent être les difficultés dans l'avenir. Je ne peux pas chercher les avantages et les désavantages de ce médicament parce que je ne suis pas technicienne de ça. »

Entretien c :

- « La péridurale ? Je ne sais pas non plus. Ça c'est dépend du besoin de la patiente. Mais ici il y a des médecins ont appris cette méthode en France. Excusez-moi! Je ne sais pas sur combien de femmes on a pratiqué ça?

- Est ce que c'est normal de souffrir un petit peu pendant l'accouchement?

- Oui, je dis que c'est normal pour ça. Mais on n'a pas encore connu les avantages et les désavantages de l'utilisation de la péridurale pour stopper la douleur parce que notre hôpital n'a pas encore fait d'analyse de cette méthode. Nous travaillons depuis 10 ans et nous voyons que les femmes doivent souffrir un petit peu pendant l'accouchement. Je pense que c'est une situation normale pour moi. »

Seule Mme Ht, (entretien b), se sent frustrée face à la douleur des parturientes et aimerait les soulager de façon plus tangible que de bonnes paroles. Mais proposer une péridurale appartient aux prérogatives des médecins et il n'est pas question d'empiéter sur leur territoire et de prendre un pouvoir qui n'est pas le leur :

- « Si elle a plus mal que la douleur normale nous devons prévenir un docteur s'il peut donner un médicament pour tuer la douleur. Pour notre sentiment : quand nous voyons la douleur, nous avons toujours pitié et nous utilisons les mots gentils pour réconforter les patients. (...)Pour moi c'est normal de souffrir mais pour la technique d'accouchement sans douleur ce n'est pas notre rôle, c'est le rôle du docteur. Quand il y a une douleur très forte nous devons prévenir un docteur.

- P : Mais pour votre pensée comment vous pensez?

- À mon avis, nous voudrions utiliser cette technique, mais nous n'avons pas le pouvoir de le faire. Est - ce que tu comprends? Quand nous voyons que la femme a mal très fort nous devons utiliser quelque chose pour tuer la douleur, mais nous ne pouvons pas l'utiliser parce que c'est différent de notre rôle. Si nous l'utilisons, c'est contraire à la règle de notre hôpital. Nous-les-sages-femmes, nous ne devons pas l'utiliser mais nous devons prévenir un docteur »

Un autre obstacle à la péridurale est avancé, les « traditions » et les personnes plus âgées qui rappellent le caractère obligatoire des douleurs tout en se vantant qu'avant, les femmes étaient capables d'accoucher de nombreuses fois sans faire d'histoire...

Dr Xy, (entretien g) :

« Parce qu'elles veulent l'accouchement naturel. Comment dire, c'est les familles, les mères, comment dire, les grands-mères, c'est la tradition qui couvre tout ça. Parce que (elles disent) : « à mon époque, c'était pas difficile », parce qu'elles peuvent accoucher dix enfants, onze enfants, donc elle dit à sa fille : « il faut supporter la douleur » ! Rires. Il y a des traditions, c'est comme ça ! »

Pour accompagner les parturientes à travers l'épreuve de l'accouchement, il ne reste donc plus qu'une seule solution :

Professeur B (entretien n) :

- *« Ici, on traite par la psychologie !*

- *Ah bon ?*

- *Rires !*

- *Comment ça ?*

- *La psychologie c'est lorsque la sage-femme explique que (les douleurs) c'est naturel... »*

Au Cambodge, on lutte déjà pour faire venir les femmes enceintes aux consultations prénatales, et il n'est pas encore question de « cours de préparation à l'accouchement » avec yoga, sophrologie, haptonomie, musique douce et autres méthodes de relaxation pour éviter le stress et l'angoisse de l'accouchement. Sans doute les « cours » seraient interprétés à la lettre avec un tableau blanc, un beau panier de fruits en plastiques et une sage-femme en uniforme derrière son pupitre pour « éduquer » les mères à l'accouchement, face à un auditoire de femmes sages comme des images, comme c'est déjà le cas pour les « mother classes » du pré et post – partum.

La valeur de la « psychologie » est toute relative ici aussi. Nous l'avons vu à maintes reprises.

La prise en charge de la douleur est aussi au cœur d'enjeux professionnels entre sages-femmes et médecins. La péridurale et sa décision sont du domaine des médecins et si elle n'est posée que sur indication médicale, comment doit être définie une douleur « normale » face à une « douleur trop forte » ou « pathologique » ? C'est certainement aussi contre une certaine forme d'abus que la chef de salle proteste, voyant la pratique de la péridurale comme une publicité des cliniques qui ferait fuir la « clientèle » vers le privé. Mais, s'il s'avère que les femmes accouchant en privé plébiscitent cette technique anti-douleur, ne faut-il pas se poser la question du vide de sa prise en charge (« psychologique » ...) ou du moins de son inefficacité actuellement dans les maternités cambodgiennes, aussi grandes et prestigieuses soient-elles ?

Il faudrait, pour pouvoir répondre à cette question interroger les principales intéressées, les femmes, celles qui accouchent en privé ou en public, leur donner la parole, car pour l'instant, nous avons plus constaté qu'elles subissaient douleurs et humiliations sans protester. La richesse du khmer pour exprimer ces douleurs, la terreur de ces femmes au moment même de pousser, montrent une certaine direction.

L'environnement hospitalier pour ces femmes qui sont souvent d'un milieu relativement pauvre n'est souvent pas aussi « hospitalier » que son nom l'indique. Il ne leur est pas familier. Souvent l'hôpital est un lieu redouté car habituellement, on ne s'y rend qu'en cas de maladie grave et une maladie est non seulement un malheur ressenti physiquement mais aussi financièrement. Et le contact avec les soignants qui sont parfois bienveillants, le plus souvent indifférents, souvent méprisants ne rend pas le séjour dans un hôpital très agréable.⁴⁵

Et quand il s'agit d'un accouchement, avec interdiction d'avoir sa mère ou son mari auprès d'elle pour accoucher, bref, l'absence d'une personne connue en qui elle aurait confiance, la perte des repères spatiaux, et la totale absence de rituels qui répondraient à son approche des risques, comment ne pas comprendre l'angoisse d'une parturiente en salle d'accouchement ? Qu'on ajoute à cette litanie, le fait que les femmes se fassent « blâmer » (c'est la traduction de mon assistante), reçoivent des claques, et qu'on leur adresse à peine la parole, si accoucher est une traversée du fleuve, l'hôpital ne leur offre pas de hors bord pour traverser plus vite mais une bouée en cas de noyade.

.4.3 La modernité triomphante ?

Le 11/09/07, en salle d'accouchement 2. Une très jeune femme est préparée sur la table d'accouchement. Elle vient d'avoir 18 ans. Elle a été mariée à 16 ans. Elle est très menue (37 kg) et son accouchement est prématuré, à 28 semaines d'aménorrhées. Elle a un cordon de coton enroulé et noué autour des hanches. Et il a l'air de perturber les sages-femmes.

SF : - « Déliez le cordon de hanche parce qu'il pèse trop lourd sur le bébé dans le ventre.

F : - Je ne veux pas le délier parce qu'il a été donné par le bonze à la pagode !

SF : - Est-ce que vous avez consulté le ventre ?

F : - Oui.

SF : - Est-ce que vous avez examiné l'écho et comment est votre bébé ?

F : - Oui, j'ai examiné l'écho mais le bébé n'a pas de problème.

SF : - Vous devez délier le cordon de hanche ainsi vous pourrez faire l'accouchement.

F : - Ok. Il est difficile à délier. Aidez-moi à le délier !

⁴⁵ Je renvoie à la thèse de S. Crochet qui relate à merveille ce type d'interactions en prologue.

SF : - Vous pouvez le délier vous-même avec vos mains.

F : - Je ne peux pas encore le dénouer.

SF ; - Ok , je vous aide. Je prends les ciseaux pour le couper.

Vous avez déjà délié le cordon de hanche mais vous n'avez pas encore mal au ventre fortement. Vous devez vous efforcer (de pousser) fortement. Vos pieds ne doivent pas zigzaguer. Vos pieds doivent s'écarter !

F : - J'ai très mal.

SF :- Vous avez très mal donc ça veut dire que le bébé peut sortir.

Vous devez vous efforcer de sortir le bébé. Montez les fesses. Fermez la bouche et serrez les dents. Ne changez pas de position, allongez-vous droit. Votre bébé est presque sorti, vous devez pousser fortement. Respirez longuement, basculez la tête ! Ne respirez pas fortement, inspirez un peu ! Les mains doivent tenir les deux chevilles. Allongez – vous droit, la tête, le corps et les fesses dans le même axe. Si vous vous allongez de travers, votre bébé sort aussi de travers et il ne peut pas encore sortir. Encore, plus fort, encore plus fort ! Les fesses ne doivent pas changer de position. Si vous changez, le bébé ne peut pas sortir.

F : - Je suis trop fatiguée

SF : - Tenez les chevilles fortement ! Votre bébé peut sortir maintenant. Si vous ne poussez pas fortement, votre bébé peut mourir. Quand vous vous efforcez comme ça, votre bébé peut sortir tout de suite. Si vous vous allongez de travers je vais aussi recoudre de travers. Si vous changez de position, vous pouvez toucher l'aiguille. Donc vous devez être immobile !

SF : - Est-ce que vous avez bu les médicaments traditionnels khmers ?

F : - Oui, j'en ai bu. J'en ai bu 10 casseroles. J'ai bu le lotus, le coco mûr, la fleur de raing phnom (commentaire de P ; fleur souvent plantée dans les pagodes)

SF : - est-ce que vous avez pris des médicaments pour le fer ?

F : - Oui.

SF : - Vous ne pouvez plus boire les médicaments traditionnels khmers. Vous avez eu de la chance. Arrêtez de les boire parce qu'ils ont beaucoup de substances toxiques. Vous avez de la chance parce que vous avez pu faire l'accouchement sans danger :vous avez pris beaucoup de médicaments traditionnels, comme ça, votre utérus aurait pu se déchirer quand vous étiez en train de faire l'accouchement. Quelquefois, vous ne pouvez pas faire l'accouchement. Par ailleurs, vous pouvez mourir. Donc vous ne devez plus boire les médicaments traditionnels khmers. »

Cette parturiente a beau être extrêmement jeune, le cordon de hanche et l'aveu des dix casseroles de « médicaments khmers » montrent que les préceptes populaires et traditionnels d'une grossesse sont toujours suivis avec assiduité dans le Cambodge d'aujourd'hui.

Nous ferons remarquer d'une part les paroles culpabilisantes de la sage-femme envers cette parturiente qui « aurait pu » se tuer ou tuer son enfant. Par ailleurs, les explications données pour interdire

ces pratiques populaires de boire des décoctions ou retirer le cordon semblent tout sauf rationnelles ou scientifiques.

Toutes les sages-femmes interrogées sur les pratiques populaires de la grossesse ou du post-partum les condamnent sans appel.

Toutes évoquent un risque plus élevé pour les femmes qui suivent les prescriptions traditionnelles. Certaines parlent de risque d'hémorragie du post-partum, d'autres parlent de « pourriture du cordon ombilical », ou bien de liquide amniotique vert (le liquide méconial est signe de souffrance fœtale) ou d'un défaut de contractions utérines. Les médecins ont un langage plus élaboré scientifiquement, et évoquent la toxicité du monoxyde de carbone dû aux fumées de la pratique de grillage.

L'une d'entre elles utilise avec les parturientes un argument qui paraît relativement drôle sur le coup. Sauf qu'il est cruel et infondé.

« J'ai travaillé avec une organisation. J'ai vu une femme en train de faire ang pleung. À ce moment-là, je lui ai donné la raison pour laquelle les Phnompenhnoises sont très belles. Je lui ai dit que c'est parce qu'elles sont propres et elles savent prendre soin d'elles - mêmes. Nous lui avons donné encore la raison que ce qui est chaud, ça ne lui fait pas de bien. Alors cela lui abîme le visage. Il n'y a personne qui refuse la beauté. C'est pourquoi nous devons donner les meilleures raisons et ce qu'elle veut. Nous lui expliquons de réduire. »

Cependant, il met en lumière les oppositions modernité/tradition et ville/campagne.

Si cette sage-femme exprime clairement sa façon de concevoir ces oppositions en terme de beauté et laideur, pour toutes, l'argument principal est que les gens de la campagne ne sont pas éduqués, on obtient ainsi souvent des réflexions de ce genre : *« Par ailleurs les gens du peuple sont niais. Ils ne comprennent rien aux choses. »...*

Cette opinion des belles et intelligentes sages-femmes phnompenhoises bien éduquées s'applique aussi à leurs homologues de provinces :

« À la campagne, il n'y a pas beaucoup de sages-femmes. Même si elles ont appris à l'école, leurs connaissances générales sont encore basses, donc leurs enseignements pour les femmes enceintes sont un peu moins bonnes. C'est pourquoi, l'éducation aux femmes enceintes manque beaucoup. Elles n'ont pas autant de connaissances que nous qui sommes à Phnom Penh. C'est pour ça que je veux qu'au niveau du Cambodge, il y ait beaucoup de sages-femmes qui soient très spécialisées et qui aient beaucoup de connaissances, comme nous ici. »

Sage-femme, Entretien e :

« Pour le cas (des pratiques traditionnelles), nous sommes en train de les supprimer. Nous sommes en train d'éduquer pour ce qu'on appelle les pratiques traditionnelles qui détruisent la santé des femmes. Nous avons demandé aux femmes de ne pas prendre de médicaments en dehors de l'ordonnance

du docteur. Nous ne pouvons pas supposer que ces médicaments traditionnels ne sont pas bons parce qu'ils sont tirés des racines des arbres mais ils ne profitent pas aux femmes. Donc nous ne voulons pas que les femmes les prennent parce qu'ils affaiblissent la santé. Normalement, la coutume Aing Phleung donne beaucoup de chaleur alors il fait perdre beaucoup de sang à la femme. C'est pourquoi sa santé devient faible. Donc nous sommes en train de supprimer ces cas - là. »

Entretien c :

« Spécialement, les pauvres qui habitent dans les régions éloignées, elles n'ont pas de moyens pour venir à l'hôpital ou au centre de santé. Donc elles ne peuvent pas recevoir l'éducation pour prendre soin de leur santé pendant leur grossesse.(...)

Quand nous voyons des cas comme ça, nous devons éduquer les femmes parce qu'elles ne savent pas. Elles ont des parents qui sont traditionnels. Ce sont eux qui les entraînent. Quand nous voyons qu'elles viennent accoucher ici nous devons les conseiller d'arrêter d'utiliser des médicaments khmers. Après nous leur demandons de dire à leurs parents que les médecins les conseillent d'arrêter de faire comme ça, ça ne leur profite pas, ça affecte la vie du bébé. On est enceinte pendant 10 mois⁴⁶, mais ça ne profite pas. »

Le mot « éducation » est donc lâché. Il revient constamment, comme l'unique ressource contre l'ignorance des femmes « illettrées » de la campagne. Il ne leur est reconnu aucune forme de connaissance, ces pratiques traditionnelles étant la preuve - même de leur manque de connaissance. L'éducation est un peu la deuxième nature des sages-femmes qui se doivent d'apporter la lumière de la connaissance à ces pauvres femmes.

Entretien e :

« En tant que sage-femme, notre premier rôle et responsabilité, c'est la protection. Pour autre chose, on aide à soigner aussi. Par exemple dans le rôle de protection, on doit éduquer les malades sur les actions qui peuvent affecter leur santé.

(...)Pour cela, on doit faire des « publicités » pour les « gens d'en bas » pour qu'ils comprennent bien. On doit expliquer clairement la santé de la mère et de l'enfant. »

Entretien b :

« Mais nous devons nous améliorer dans chaque hôpital. Par exemple après l'accouchement, nous devons éduquer les femmes enceintes pour connaître le moyen de prendre soin de leur santé quand elles sont sorties de l'hôpital. C'est pourquoi dans notre hôpital nous avons créé la « classe aux mères » avec un support vidéo. On enseigne le moyen de donner le sein, prendre soin du corps et prendre soin du nombril du bébé. Quand il y a la publicité comme ça, on fait selon cette publicité, donc on peut avoir une bonne santé. Dans la classe aux mères, nous appelons les femmes pour regarder la vidéo. Nous les

⁴⁶ Ce sont des mois lunaires ici.

éduquons sur la vaccination, pour prendre soin de la santé pendant la grossesse et manger des aliments. Cette classe est divisée en deux parties : une classe avant l'accouchement, et une pour après l'accouchement. On fait comme ça pour protéger les femmes et leur éviter les dangers (kroh tnak). C'est pareil dans chaque publicité car on a pris les mêmes paroles. »

Entretien c :

« Donc, nous devons l'éduquer pour prendre soin de sa santé elle-même. Après nous devons l'éduquer pour qu'elle se repose dans notre hôpital pour se soigner avant d'accoucher. »

Pour les sages-femmes diplômées, les yay mop ont un statut à part. Il est unanimement reconnu, qu'il manque de sages-femmes au Cambodge et que l'on ne peut donc se passer de leur existence, car elles rendent tout de même service aux femmes « éloignées » des villes. Cependant, il est impossible de penser les former au même niveau que les sages-femmes, on ne peut que leur enseigner le b-a-ba pour obtenir leur collaboration.

Mme Gn, entretien c :

« Est ce que tu sais? J'ai travaillé avec une organisation dans un centre de la santé pour éduquer les femmes enceintes à la campagne à y accoucher et les éviter d'accoucher avec les sages-femmes traditionnelles qui n'ont pas de connaissance. Nous avons enseigné les sages-femmes traditionnelles à convaincre les femmes à venir accoucher au centre de la santé avec nous. Nous avons enseigné aux sages-femmes traditionnelles la technique d'accouchement propre selon la règle. Les sages-femmes traditionnelles qui sont formées par nous doivent travailler avec nous ».

Par ailleurs, Mme Gn (celle qui a refusé de signer mon formulaire de consentement pour ne pas laisser de trace écrite de son nom mais m'a donné son consentement oral), malgré un certain mépris, est lucide et se trouve être la plus critique de toutes concernant les conditions de pratique en province. Elle parle des difficultés économiques et des problèmes de répartition du développement de son pays.

Par ailleurs, je suis professeur de yeay mop en province. J'enseigne l'éducation pour prendre soin de la santé pendant la grossesse. Quand je fais la supervision en province, je pose des questions aux yeay mop sur leurs expériences. Elles disent que la plupart des femmes qui accouchent avec des yeay mop sont très pauvres. Elles n'ont pas d'argent pour payer les sages-femmes parce que les sages-femmes utilisent des biomédicaments. Et pour l'accouchement, je ne sais pas quel prix demandent les sages-femmes. C'est pour ça, les femmes pauvres aiment accoucher avec les yeay mop. (...)

Quand j'ai fait la supervision en province, il y a des lieux très difficiles. Il y a un centre de santé qui ne marche pas. Et la plupart des femmes accouchent à la maison. Quand elles sont enceintes, elles ne vont pas en consultation prénatale au centre de santé. Il n'y a pas d'électricité. Et pour la garde à l'hôpital, dans certains endroits, les instruments pour l'accouchement sont suffisants. Mais dans d'autres lieux, les instruments ne sont pas suffisants. »

Pour les sages-femmes et les médecins, nous aurons compris que leur propre savoir est LE savoir, seule connaissance reconnue et qu'il faut contribuer à diffuser pour continuer à « sauver des vies ». Cela passe par « l'éducation », c'est-à-dire par les interdictions médicales de boire des tisanes, d'aller chez les bonzes, les kru, les yay mop ou de pratiquer le grillage, soit la suppression de toutes les pratiques populaires traditionnelles entourant une grossesse, martelée à coup de publicité télévisée, de propagande dans les hôpitaux et d'injonctions succinctes données pendant les cinq phrases échangées au cours d'une consultation prénatale de cinq minutes ou pendant les contractions utérines d'un accouchement sous analgésie « psychologique ».

Par contraste avec les pratiques traditionnelles, est esquissée une idée de la biomédecine qui serait moderne et porteuse de progrès, sauveuse de vies. Cette modernité transparaît dans les « instruments suffisants » qui sont évoqués comme gage de sécurité par les femmes ayant fait le choix d'accoucher dans une maternité hospitalière.

Mme Th désigne son groupe professionnel par « nous les sages-femmes modernes qui connaissons les techniques ».

Pourtant, elles évoluent dans un environnement relativement peu technicisé pour un équivalent d'hôpital universitaire. Les appareils de « monitoring cardiaque fœtal » sont en panne et n'ont pas été renouvelés, il n'y a qu'un seul appareil Doppler fœtal pour tout le service, un aspirateur de mucosité est en panne... La majorité des femmes ne sont pas perfusées pendant le travail.

Par contre, les sages-femmes ont la main « lourde » pour les épisiotomies qui sont presque systématiques. Cette technique qui permet d'élargir l'orifice vaginal est utilisée en prévention des déchirures des muscles du plancher du périnée, mais peut être évitée la plupart du temps en appliquant une attention vigilante et en accompagnant doucement la dilatation de la vulve d'une main avec une compresse et en freinant la sortie du crâne du fœtus de l'autre main.

Mme Vn, Entretien e :

« Avant, nous avions moins d'épisiotomies. Mais maintenant, parce que nous ne voulons pas perdre beaucoup de temps alors nous devons couper le vagin pour faire l'accouchement rapidement. Avant, nous pratiquions moins l'épisiotomie, c'est pourquoi nous devons attendre un peu plus. Maintenant, si nous voyons qu'une femme pousse le bébé depuis longtemps, on lui fait une épisiotomie. Ce sont surtout les femmes primigestes qui ont des épisiotomies. Je ne sais pas comment faire pour éviter les épisiotomies parce que quand il y a beaucoup de femmes qui viennent accoucher, nous ne pouvons pas attendre longtemps. Alors, nous devons faire l'accouchement rapidement pour recevoir les patientes d'après ».

Dans ce cas, la pratique de l'épisiotomie n'est qu'une technique employée par les sages-femmes comme une autre, pour pouvoir « gagner du temps ». D'après les propositions des sages-femmes faites aux parturientes et relevées par mon assistante, il en serait de même pour le « travail dirigé », c'est-à-dire la pose d'une perfusion d'ocytociques pour augmenter l'intensité des contractions utérines et accélérer la dilatation du col de l'utérus. Ces perfusions sont payantes et négociables suivant la solvabilité des

patientes. Les plaintes des parturientes et leurs demandes suppliantes de pratiquer une césarienne peuvent aussi faire penser que l'hôpital, ce temple de la technique, est vu par les femmes comme un réservoir de techniques modernes qui pourraient leur éviter certains inconvénients de l'accouchement comme les douleurs. Alors que pour les sages-femmes, ces techniques servent à négocier un apport financier non négligeable à leur revenu, leur permettent de terminer plus vite une interaction qui les valorise certes mais qu'elles ne semblent pas apprécier outre mesure dans les faits, et contribuent à asseoir une position dominante sur les femmes qu'elles accouchent.

Les mouvements intellectuels féministes américains ont contribué pour une large part à l'étude des rapports de sexes, le genre, dans la société et à l'émergence de la naissance comme nouveau champ de recherche de la discipline anthropologique.

Emily Martin montra ainsi que les représentations médicales du corps et de la physiologie de la femme sont toujours largement influencées par une idéologie façonnée culturellement. La médecine voit ainsi la femme comme le réceptacle passif de l'homme dont les spermatozoïdes auraient le caractère conquérant et actif, qualités hautement valorisées chez l'homme. (Martin 1987)

Brigitte Jordan montra l'intérêt de la naissance comme nouvel objet de recherche en comparant les différentes conditions de la naissance dans quatre pays différents dans des contextes sanitaires divergents : au Mexique avec une accoucheuse traditionnelle, aux Etats-Unis dans un contexte hypertechnique et générateur d'angoisse, et dans deux pays aux offres sanitaires opposées mais présentant les taux de mortalité périnatale les plus bas d'Europe et une situation générant peu d'angoisses. En Suède, où tous les accouchements sont médicalisés avec péridurale et aux Pays-Bas avec des accouchements menés à domicile sans analgésie et accompagnés d'une sage-femme diplômée. (Jordan 1980).

C'est un peu plus tard que Brigitte Jordan conceptualisa la notion de « Authoritative Knowledge » régissant les rapports entre parturientes et les acteurs professionnels et non professionnels d'un accouchement :

« By authoritative knowledge I mean, then, the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that they see as consequential on the basis of which they make decisions and provide justifications for courses of action. It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at hand. » (...) By authoritative knowledge, I do not mean the knowledge of people in authority positions although others have used the concept that way. »

(Jordan 1997)(p58)

Au Cambodge, nous voyons que deux savoirs, deux conceptions de la grossesse et de l'accouchement coexistent, correspondant à la vision biomédicale et à la vision populaire, imprégnées des représentations traditionnelles de la conception et du corps. La biomédecine se sent légitime grâce à son vernis de science et de technique et cherche l'hégémonie en bannissant toutes les pratiques

traditionnelles, et les pratiques traditionnelles sont dévalorisées et combattues. Mais on ne peut encore en parler comme de pratiques « hérétiques », pour reprendre l'expression de Robbie Davis-Floyd, puisque nous savons que plus de 78% des femmes cambodgiennes accouchent encore à domicile en présence de *yay mop* et pratiquent donc certainement le grillage et boivent des tisanes. (Davis-Floyd 1996). La « psychoprophylaxie » et les revendications d'un accouchement « naturel » contre une hypertechnicisation de l'accouchement n'existent pas au Cambodge puisque l'analgésie péridurale n'est disponible que pour de rares élues. L'accouchement « naturel » est une notion reprise par les sages-femmes et médecins du Cambodge pour désigner non une méthode douce mais l'accouchement sans analgésie d'aucune sorte, à la dure.

Si les discours des sages-femmes et médecins tendent à imposer leur vue aux parturientes, il serait intéressant d'interroger les femmes sur leur propre vision des choses. (Les formules recueillies ne me montrent qu'une chose, c'est qu'elles sont adressées à l'étrangère et au médecin que je suis à leurs yeux ; il faut donc changer de stratégie méthodologique). En effet, y a-t-il des considérations identitaires à pratiquer certains rites ? N'y a-t-il que des soucis économiques sous-jacents au (manque de) choix du lieu de l'accouchement ? Quelle est la valeur accordée aux risques donnés par les personnels médicaux ? Peut-il y avoir contestation face à un langage statistique du risque présenté par les médecins comme chez les Inuits ? (Kaufert and O'Neil 1993)

Il serait aussi intéressant de voir sur le terrain comment se passent les interactions entre femmes enceintes, *yay mop* et sages-femmes d'Etat, si interactions il y a entre ces femmes, comme l'a fait Carol Laderman en Malaisie. Elle montre la recomposition des rôles entre les professionnelles de la naissance, la sage-femme d'Etat chapeautant en quelque sorte la sage-femme traditionnelle mais ayant acquis de cette dernière certaines techniques traditionnelles et « perdu » quelques habitudes enseignées comme l'absence de gants ou le fait de s'enduire les mains d'huile avant l'accouchement. (Laderman 1983)

Kalpana Ram et Margaret Jolly replacent aussi la maternité et ses représentations dans un contexte historique hérité des idéologies véhiculées par l'histoire coloniale de certains pays d'Asie du Sud et de la région Pacifique, interrogeant ainsi les représentations actuelles de la maternité et les influences de cette « modernité » dans des populations dites « traditionnelles ». (Ram and Jolly 1998). Si, comme nous l'avons vu au Cambodge, la médecine coloniale n'a pas été un franc succès auprès des femmes enceintes, il serait intéressant d'interroger aussi l'influence de la valeur de la modernité dans ce qui fait une mère aujourd'hui au Cambodge.

Si un accouchement hospitalier tel que nous avons tenté de le décrire est l'image de la modernité, quelle est cette modernité ? Si pour les sages-femmes et les médecins cambodgiens cette modernité « sauve des vies », cette modernité qui manque de moyens, impuissante devant la douleur et la détresse psychologique des femmes et qui les rackette n'est-elle pas un peu amère ?

Avant d'entamer la conclusion, qu'il me soit permis ici une dernière réflexion personnelle. L'immersion dans le bocal de la salle d'accouchement a été une plongée en apnée et il m'a fallu plus qu'un caisson de décompression pour pouvoir replonger dans cet univers : je n'y ai pas rencontré de poissons - clowns... Aujourd'hui, lorsque je vois écrit : « Cambodge, le pays du sourire », je sens venir comme un urticaire géant. Je n'ai sans doute pas regardé les gens qu'il fallait, mais je n'ai pas vu beaucoup de sourires. À vrai dire, il paraît que c'est moi qui passais mon temps à sourire, d'après ce que mon assistante a bien voulu rapporter des propos des sages-femmes sur mon intrusion. Je n'ai plus de souvenir d'une quelconque culture asiatique qui aurait influencé mes attitudes et mes émotions, mais en écoutant les enregistrements, je me suis aperçue que, à l'instar des Cambodgiens quand ils sont gênés, moi aussi, je souriais et riais lorsque j'allais poser une question vraiment embarrassante. Alors, le sourire et le rire ; des expressions de la honte et de la gêne ? Probablement aussi une façon d'atténuer une tension. En tout cas, il existe bien un fossé d'interprétation de l'expression des émotions qui doit interroger le chercheur. Personnellement, j'ai ressenti une extrême violence dans les rapports sociaux, même si elle est diffuse, policée, lissée, maîtrisée et ne dit pas son nom... Cette violence est rapportée par Népote et attestée par d'autres auteurs avant lui. (Népote 1992). Alors, le sourire ; un masque ? Peut – être, même si j'aurais souhaité en voir plus souvent tout en sachant la différence de signification.

CONCLUSION

Nos données éparses et incomplètes donnent un air de kaléidoscope ou de patchwork inachevé à ce travail de terrain. Nous avons tenté d'aborder l'accouchement en milieu hospitalier au Cambodge avec un regard le plus anthropologique possible. En passant par l'ethnographie de cet instant particulier, nous avons essayé de répondre aux questions soulevées par notre problématique, mais les résultats obtenus s'avèrent très frustrants tant ils apportent de questions et peu de réponses.

Dans un premier temps, nous avons tenté d'analyser les pierres d'achoppement qui ont miné ce terrain. Si notre inexpérience fut un facteur d'inefficacité certain, nous avons subi les règles hiérarchiques qui régissent ce pays. Cela fut flagrant dans notre rapport à notre assistante et un sérieux handicap pour obtenir l'autorisation de recherche. Par ailleurs, la déstabilisation émotionnelle qu'a entraînée la vision d'horreur d'une crâniotomie au début de ce terrain, puis des parturientes molestées pendant leur accouchement ont sérieusement entamé notre capacité de réflexion mais aussi de réaction. En effet, la distance maintenue au départ par les sages-femmes aurait pu se réduire, mais il est probable que nous n'avions plus du tout *l'envie* de cette nouvelle proximité après tout ceci et que nous avons tout fait pour que rien ne se produise.

Pour aborder notre problématique des accouchements en milieu hospitalier et des risques infectieux, nous avons utilisé la notion de risque comme fil conducteur. Nous avons vu combien ce concept était labile dans le temps et comme il revêtait aujourd'hui de nombreux sens alors qu'il est un concept central de notre société et de la biomédecine actuelle. Nous avons montré que l'accouchement en milieu hospitalier était au carrefour de plusieurs enjeux. Il est prôné comme le fer de lance de la « Maternité sans risques », la politique que s'efforce de mener le gouvernement cambodgien. Les buts sont multiples et recouvrent plusieurs champs de la discipline médicale : la maîtrise des risques obstétricaux, la maîtrise de l'infection à VIH et la prévention de sa transmission aux nouveaux-nés. Il faut, pour cela, mener une politique en amont de suivi prénatal. Or, ce suivi par des professionnels de santé entre en opposition avec certaines pratiques et représentations des risques de la grossesse qui ont cours dans la population cambodgienne d'aujourd'hui. C'est un défi pour la biomédecine de faire accepter ses vues et il est intéressant de voir quels sont les facteurs de ce changement, que cela passe ou non par une campagne de propagande de dénigrement des pratiques populaires par les professionnels de santé et il sera aussi intéressant de voir l'évolution de ce discours dans la société cambodgienne et les réappropriations du langage de la modernité. (Appadurai 1996)

La femme enceinte qui arrive aujourd'hui dans l'immense espace rutilant (de loin) de la maternité pour y accoucher est ballottée entre de nombreux intervenants professionnels en uniforme qui ne lui

accordent que peu de temps et bien peu de paroles encourageantes, bien que certaines sages-femmes s'en défendent. La structure et l'organisation de l'ensemble empêchent un rapport respectueux entre sages-femmes et femmes : si l'on reproche à une femme son manque d'hygiène corporelle, aucune douche n'est mise à disposition. S'il arrive à une femme de déféquer sur un brancard, c'est la panique de la sage-femme (qui hurle) car elle n'a aucun champ plastifié ou cotonnade jetable ou papier à sa disposition et ne pense même pas à prendre des gants de latex qui sont uniquement réservés aux examens gynécologiques. Le fait que les salaires soient si bas incite aux pratiques de corruption, et ces pratiques font aussi l'objet d'un chantage de la part des sages-femmes qui détiennent le pouvoir de soulager, d'accélérer un accouchement et en font abus. « L'environnement » hospitalier et son « manque d'hygiène » est aussi dû à des problèmes structurels. Les kamakors sont en nombre insuffisant pour maintenir à la fois la propreté des sols et du matériel et s'occuper des mères et cela sur trois secteurs comme la salle de travail, la néonatalogie et les salles d'accouchement.

Les rapports sociaux au sein du service d'accouchement sont aussi à l'image de ce qui se passe dans la société. La hiérarchie y est pyramidale avec à la base, les kamakors, puis les sages-femmes de staff primaires, les sages-femmes secondaires, les chefs d'équipe, la chef de salle, puis les médecins. Chacun a ses prérogatives, ses responsabilités et apparemment pas de conflits. Mais il y a aussi des facteurs individuels, ainsi Mme D, qui fut une ancienne cadre khmère rouge, n'a pas peur de crier sur une collègue ayant pourtant le même grade qu'elle. La kamakor Mme T ne peut extérioriser son sentiment d'injustice et de colère face à sa « position basse » qui lui inflige humiliations et précarité mais ne se prive pas de nous le dire.

Il serait intéressant d'étudier le groupe des sages-femmes comme catégorie professionnelle comme l'a fait Anne Guillou pour les médecins. Elles semblent être à la lisière du statut de super - infirmières et des sages-femmes françaises (dont leur formation est issue). Mais elles n'ont pas acquis le poids de leurs homologues françaises : à la recherche de légitimité et de reconnaissance qui leur est toujours déniée par les obstétriciens, ces dernières se sont organisées en corporation, en Ordre, faisant valoir leur domaine, l'eutocie, leurs compétences techniques dont le droit à l'échographie et une égalité de traitement par la reconnaissance d'un diplôme universitaire et non d'école. S'il leur reste à se défaire d'une tutelle des obstétriciens pour gagner encore en autonomie, leur statut est bien un statut de profession médicale. (Knibiehler 2007). Le contexte d'exercice au Cambodge est fondamentalement différent, la technicisation des accouchements, même en hôpital de niveau trois n'est pas comparable avec ce qui se passe en France ou aux Etats-Unis. Comment se fonde alors leur identité professionnelle ? Il semble aussi évident que les trajectoires professionnelles ne sont pas linéaires, à l'image de ce qui s'est passé avec les médecins, qu'elles ont suivi les lignes de fracture de l'histoire récente du Cambodge et subissent certainement encore l'impact du pouvoir politique. Aborder les relations de pouvoir au sein du service pourrait ainsi se faire comme on aborderait la hiérarchie sociale générale, en fonction des statuts d'âge et de prestige comme au sein d'une famille, mais on peut aussi les aborder comme l'expression du pouvoir politique, comme l'on fait Hours et Selim au Laos. (Hours and Selim 1997)

Interroger les risques de l'accouchement aura fait émerger une catégorie de risques inattendus, les risques qu'encourent les personnels soignants lors de l'accouchement. Les pratiques d'hygiène hospitalières observées auront confirmé cette psychose et se résument à des pratiques de protection voire de surprotection, pour se protéger des liquides biologiques émis pendant un accouchement. Nous sommes en présence d'une crainte d'une contagion réelle par des pathogènes essentiellement le VIH et les hépatites, mais il faut aussi interroger la contagion symbolique véhiculée par le sang de l'accouchement, dont on peut trouver une trace dans la phrase d'excuse rituelle qu'une accouchée adresse à une yaya après un accouchement. L'accouchée doit lui demander pardon de l'avoir obligée à se souiller de son sang et de ses excréments. Cette excuse est aussi formulée auprès des sages-femmes diplômées.

Si le but de cette recherche n'était pas de rechercher toutes les causes de dysfonctionnement d'une aussi grande mécanique comme l'ont fait Jaffré et Olivier de Sardan en Afrique de l'Ouest, c'est une piste intéressante et plus que nécessaire à suivre pour tenter de comprendre ce qui se passe autour, en dehors d'un accouchement, dans la société générale. (Jaffré and Olivier de Sardan 2003)

Nous avons passé sous silence un fait fondamental qui est la distribution de genre des rôles autour d'un accouchement car nous avons trop peu de données. Il semble qu'il y ait des divergences entre les médecins hommes et les soignantes, notamment en ce qui concerne la douleur. Si les pères sont absents de la salle d'accouchement, quelle doit être leur place ?

Le concept d'authoritative knowledge est pertinent pour analyser les différents discours en présence autour de l'accouchement, mais il faudrait désormais s'attacher à rendre la parole aux femmes. Comme Soizick Crochet l'a montré, elles sont les gardiennes d'un savoir, certes de la sphère domestique, mais étendu, et il est temps de redonner à leur univers sensible une place qui a disparu de l'hôpital où pourtant on les pousse aujourd'hui à accoucher.

Nous plaiderons enfin pour une anthropologie des émotions qui nous semblent une des clés pour comprendre un accouchement, les rapports à la douleur, de la femme à sa famille et à l'enfant qu'ils accueillent.

ANNEXE 1: tableau des personnes interviewées.

CODE	PERSONNES INTERVIEWÉES
A (1F) Mme Y	Femme enceinte, 23 ans, ouvrière textile à Phnom Penh. Mariée. Primigeste. Accouchement décrit n°1. Accouchement normal. Petit garçon.
B (2SF) Mme Ht	Sage-femme, chef d'équipe. Exerce depuis 33 ans. Souhaitait être professeur. Célibataire, sans enfant. Anxieuse.
C (3SF) Mme Gn	Sage-femme, chef d'équipe. Ancienne cadre Khmer Rouge. Mariée. Un fils. Autoritaire. Critique
D (4F) Mme Dy	Femme enceinte, 27 ans. Maquilleuse en province. Mariée. Primigeste. Travail prolongé et HTA, retenue en clinique privée avant de venir d'elle-même accoucher à la maternité de référence. Césarienne.
E (5SF) Mme Vn	Sage-femme, chef de salle. Exerce depuis 36 ans. Mariée, deux enfants. Engagée dans les programmes de développements. Ouverte et bienveillante.
F (6K) Mme W	Kamakor. 27 ans. Mariée, enceinte du 3 ^{ème} enfant. Travaille depuis 10 ans dans cet hôpital. Famille pauvre. Aurait souhaité poursuivre ses études. Forte personnalité, critique, et attitude très humaine et maternante envers les mères.
G (7M) Dr Xy	Médecin, 33 ans. Marié, jeune père. A passé un an en France dans un service de gynécologie-obstétrique prestigieux. Souhaiterait développer le service public et exercer la cancérologie. Orphelin de la période KR, élevé par son oncle paternel. Famille de médecins et professeurs.
H (8SF) Mme Th	Sage-femme. Membre de staff. 49 ans. Mariée à un médecin. Trois enfants dont une fille en médecine. Issue de famille aisée (père vétérinaire). Souhaitait devenir professeur. Poussée par sa mère à devenir sage-femme. A entrepris ses études en 1980. Première sage-femme que je remarque avoir un comportement « affectueux » avec les femmes enceintes. Et la seule à revêtir l'ensemble du costume de protection en intégralité. Curieuse, cherche mon contact. Aurait pu devenir une informatrice privilégiée si rencontrée au début et si absence de barrière de la langue.
I (9K)	Kamakor, 25 ans. Célibataire. Paie une formation pour devenir maquilleuse. Peu intéressée par son travail. Titulaire dans la Salle d'accouchement. Entretien non traduit.
J (10K)	Kamakor, 22 ans. Mariée, un fils. Titulaire du service de salle d'accouchement. En échec scolaire. Timide. Entretien à moitié traduit, non utilisé.
K (11SF)	Sage-femme. Entretien non traduit.
L (12M) Dr L	Médecin, chef de service de salle d'accouchement. Ancien chirurgien généraliste. Nombreuses obligations ministérielles.
M (13M)	Médecin, Chef de service du bloc opératoire. Anesthésiste. Chef de l' « infection control ». Entretien non traduit.
N (14M) Pr. B	Professeur, femme. Mariée, deux enfants. Responsable de PMTCT.
O (15F)	Femme enceinte, VIH+. Entretien à MSF. 20 ans. Mariée à 15 ans, mari mécanicien. Primigeste. Réside en province. Femme au foyer. Mari hospitalisé depuis plusieurs mois, mourant, dans le coma.
P (16F)	Femme enceinte, 44 ans. Mariée, second mariage. Grande multipare. Vendeuse au marché. Mari moto-taxi.

ANNEXE 2 : Quelques repères au Cambodge

Superficie : 181 035 Km²

Population : 13 091 000 (enquête intercensuses 2004)

Royauté constitutionnelle (Constitution de 1993) : roi Norodom Sihamouني

Premier Ministre : Hun Sen

Chronologie :

- Jusqu'en 545 : Dynasties du Fou-Nan

- 545-627 : luttes entre Foun-Nan et Tchen-La

- 627- fin VII^e siècle : Tchen-La unifié

- VIII^e siècle, scission Tchen-La d'eau et Tchen-La de terre

- IX^e-XV^e siècle, période Angkorienne

- 1432 : Abandon d'Angkor.

- XVI^e siècle : attaques de la Thaïlande

- XVII- XVIII^e siècle : alternance d'attaques et alliances du Viet-Nam et du Champa et de la Thaïlande.

- XIX^e siècle :

en 1847, Thaïlande et Viet-Nam s'accordent pour mettre Ang Duong sur le trône cambodgien.

1854, ce dernier contacte la France pour contrebalancer le pouvoir de ses deux tuteurs

1858, les troupes françaises débarquent à Tourane et commencent leur conquête vers Saïgon, en 1862, la marche sur le Viet-Nam finie, les français se tournent vers le Cambodge

1863 : signature du traité de Protectorat du Cambodge

- XX^e siècle

- 1941, Norodom Sihanouk mis sur le trône par les Français

- 1945 le Japon déclare Laos, Viet-Nam et Cambodge indépendants

- 1951 Création du CPK (Parti Communiste Khmer), avec l'aide du Viet Nam, clandestin.

- 1953, Indépendance du Cambodge

- 1955, Norodom Sihanouk abdique et fonde son parti. Les régimes voisins pro-américains tentent de le renverser à cause de politiques considérées « pro-communistes », ruptures de liens diplomatiques avec les Etats-Unis après l'assassinat de John Kennedy.

- 1970, Coup d'Etat de Lon Nol, pro-américain et entrée du Cambodge dans la guerre du Viet-Nam, avec l'armée gouvernementale cambodgienne pro-américaine et les membres du CPK combattant contre eux.

-1975, entrée des Khmer Rouge dans Phnom Penh et début du régime Khmer Rouge qui continue à combattre le Viet-Nam. Mort de millions de cambodgiens déplacés dans des camps de travail.

- 1979, entrée de l'armée Vietnamiennne à Phnom Penh et chute du régime Khmer Rouge mais guérilla active dans l'ouest du pays

-1980, nouvel isolement international à cause du protectorat vietnamien

- 1990, retrait du Viet-Nam du territoire cambodgien

- 1991, traité de paix

- 1993 Elections sous l'égide de l'UNTAC (United Nations Transitional Authority in Cambodia) et déploiement de 20 000 personnes pour l'observation du cessez-le-feu. Nouvelle Constitution du Cambodge.

- 2007 ; arrestation des cadres Khmer Rouges Ieng Sary, Ieng Thirit, Khieu Samphan et Nuon Chea, procès en cours en 2008.

Pour cette chronologie :

Glaize Maurice, 1993 (1^{ère} édition 1944), Les monuments du groupe d'Angkor, Paris, Maisonneuve.

Vickery Michael, 2002, Summary of lectures given at the Faculty of Archeology, Royal University of Fine Arts, Phnom Penh, Pre-Angkor studies society.

Chandler David P., 1991, The tragedy of Cambodian History. Politics, War, and revolutions since 1945, Chiang Mai, Silkworm Books.

Ebihara May M., Mortland Carol A., Ledgerwood Judy eds., 1994, Cambodian culture since 1975. Homeland and exile, Ithaca and London, Cornell University Press.

BIBLIOGRAPHIE

- (2004). *Evaluation of pilot project: introducing the birth dose of hepatitis B vaccine. Kampong Chhnang Province, Cambodia*, Program for Appropriate technology in Health (PATH/CVP), University of Melbourne, Australian International Health Institute, (UOM/AIHI): 25.
- Akrich, M. and B. Pasveer** (1996). *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Le Plessis-Robinson, Synthélabo, Les empêcheurs de tourner en rond.
- Allen, D. R.** (2002). *Managing motherhood, managing risk : fertility and danger in West Central Tanzania.*, University of Michigan Press.
- American Anthropological Association** (1998). Code of ethics of the American Anthropological Association. www.aaanet.org
- American Anthropological Association** (non daté). Case 23: slow code. *Handbook on ethical issues in anthropology*. www.aaanet.org/committees/ethics/case23.htm
- Amiel, C.** (2003). "On sait qu'il n'y a pas de vrais risques". *Discours normatifs et nébuleuse de pratiques autour de l'hygiène hospitalière en France.*, Université de Droit, d'Economie et des Sciences.
- Ang, C.** (1982). "Grossesse et accouchement au Cambodge : aspects rituels." *ASEMI XIII*(1-4): 88-109.
- ANRS** (2002). *Charte éthique pour la recherche dans les pays en développement*.
- Appadurai, A.** (1996). *Modernity at large. Cultural dimensions of globalization*. Minneapolis, London, University of Minnesota Press.
- Arborio, A.-M. and P. Fournier** (1999). *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe.*, Nathan.
- ARCAT** (2004) "Bangkok 2004. L'accès aux soins pour tous." *Le Journal du sida*, DOI: www.arcatsante.org/publi/archives_jds/dossier170.pdf
- Association of Social Anthropologists of the UK and the Commonwealth** (1999). *Ethical guidelines for good research practice*. www.theasa.org/ethics.htm
- Assoun, P.-L.** (1997). *Psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Au, S.** (2005). *Medicine and Modernity in Colonial Cambodia*. History. Berkeley, University of California. **Partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy**: 334.
- Bardet, J.-P., P. Bourdelais, et al.**, Eds. (1988). *Peurs et terreurs face à la contagion.*, Fayard.
- Baszanger, I.** (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris, Le seuil.
- Battersby, A., R. Feilden, et al.** (1999). "Strategies for safe injections." Bulletin of The World Health Organization **77**(12): 996-1000.
- Birungi, H.** (1998). "Injections and self-help: risk and trust in Ugandan health care." Social Science and Medicine. **47**(10): 1455-1462.
- Bonnet, D.** (2003). "Introduction. L'éthique médicale engage-t-elle la construction d'un acteur social universel?" Autrepart **28**(L'éthique médicale dans les pays en développement.): 5-20.
- Boua, C.** (1982). "La femme dans la République Populaire du Kampuchea." ASEMI XIII(1-4): 287-314.
- Bounnie, C.** (1982). "La femme khmère dans les camps de réfugiés de Thaïlande." ASEMI XIII(1-4): 211-230.

- Bourdelaïs, P.** (1989). "Contagions d'hier et d'aujourd'hui." *Sciences Sociales et Santé* **VII**(1): 7-21.
- Bourdelaïs, P., Ed.** (2001). *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXè siècles)*. Paris, Belin.
- Brocheux, P. and D. Hémerly** (1994). *Indochine. La colonisation ambiguë (1858-1954)*. Paris, La Découverte.
- Brunet, J.** (1982). "Règles de courtoisie chez les Khmers." *ASEMI XIII*(1-4): 13-21.
- Buckley, T. and A. Gottlieb, Eds.** (1988). *Blood Magic: the anthropology of menstruation*, University of California Press.
- Calvez, M.** (2004). *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Caron-Leulliez, M. and J. George** (2004). *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*. Paris, Les Editions de l'Atelier.
- Carricaburu, D.** (1994). *Les sages-femmes face à l'innovation*. in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. P. Aïach and D. Fassin. Paris, Anthropos: 281-308.
- Carricaburu, D.** (2007). "'De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition'." *Sociologie et sociétés* **39**(1): 123-144.
- Chatterjee, P.** (2005). "Cambodia tackles high maternal mortality." *The Lancet* **366**(Jul23): 281-282.
- Chhun, L.** (2001). *National Safe Motherhood. 5 years action plan : 2001-2005*. Kingdom of Cambodia. Ministry of Health. Phnom Penh, WHO/UNFPA/UNICEF.
- Chhun, L., R. Tung, et al.** (1997). *Safe Motherhood Situation Analysis of Cambodia*. Phnom Penh, National Maternal and Child Health Center, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia.
- Conable, B. B.** (1987). "Safe Motherhood." *World Health Forum* **8**: 155-160.
- Crochet, S.** (1992). "Rituels d'hygiène. La savonnette, le perroquet et la sécurité sociale." *Ethnologie française* **XXII**(1): 19-26.
- Crochet, S.** (2000). *Le péril fécal*. in *Utopies sanitaires*. R. Brauman. Paris, Le Pommier: 21-44.
- Crochet, S.** (2001). *Etude ethnographique des pratiques familiales de santé au Cambodge*. *Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative*, Paris X. **Thèse de doctorat : ethnologie**.
- Czernichow, P., J. Chaperon, et al., Eds.** (2001). *Epidemiologie*. Paris, Masson.
- Daily, F.** (2008). *Observations of infection control practices during quality improvement assessments in cambodian public health facilities.*, USAID, URC CAMBODIA.
- Davis-Floyd, R. E.** (1996). *The technocratic body and the organic body: hegemony and heresy in women's birth choices*. in *Gender and Health. An international perspective*. C. F. Sargent and C. Bretell, B. Upper Saddle River, Prentice Hall: 123-166.
- Davis-Floyd, R. E. and C. F. Sargent, Eds.** (1997). *Childbirth and authoritative knowledge; Cross cultural perspectives.*, University of California Press.
- Del Vecchio-Good, M.-J., P. E. Brodwin, et al., Eds.** (1992). *Pain as a human experience*. Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press.
- Delaporte, F.** (2004). *Contagion et infection*. in *Dictionnaire de la pensée médicale*. D. Lecourt. Paris, puf: 283-287.
- Derks, A.** (2004). *The broken women of Cambodia*. in *Sexual cultures in East Asia. The social construction of sexuality and sexual risk in a time of AIDS*, E. Micollier. London, Routledge: 127-155.

- Douglas, M.** (1967). *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Librairie François Maspero, Paris, 1971.
- Douglas, M.** (1985). *Risk acceptability according to the social sciences.*, Russell Sage Foundation.
- Douglas, M.** (1992). *Risk and Blame. Essays in cultural theory*. London and New York, Routledge.
- Draft** (2006). *Making Motherhood safer : service delivery and budget allocations in reproductive health.*, Kingdom of Cambodia, Ministry of Women's affairs, World Bank.
- Fabre, G.** (1993). "La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales." *Sciences sociales et santé* **XI**(n°1): 5-32.
- Fainzang, S.** (1994). "L'alcoolisme, une maladie contagieuse? Réflexions anthropologiques sur l'idée de contagion." *Ethnologie française* **XXIV**(4): 825-833.
- Farmer, P.** (1996). *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala.
- Fassin, D.** (2000). "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes." *L'Homme* **153**(Observer Nommer Classer).
- Fassin, D. and P. Bourdelais,** Eds. (2005). *Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral.* Paris, La Découverte.
- Favret-Saada, J.** (1990). "Etre affecté." *Gradhiva* **8**: 3-9.
- Fleury, M.** (1993). *Végétaux utilisés pour l'hygiène intime des femmes Aluku en Guyane française: interprétation culturelle et intérêt pharmacologique.* in *Actes du 2ème Colloque européen d'ethnopharmacologie et de la 11ème Conférence internationale d'ethnomédecine*, Heidelberg, 24-27 Mars 1993.
- Forest, A.** (1980). *Le Cambodge et la colonisation française. Histoire d'une colonisation sans heurts (1897-1920)*. Paris, L'Harmattan.
- Frieson, K.** (2000). "Sentimental education: les Sages-Femmes and Colonial Cambodia." *Journal of Colonialism and Colonial History* **1**(1): 1-27.
- Gillison, G.** (1999). "L'anthropologie psychanalytique. Un paradigme marginal." *L'Homme* **39**(149): 43-52.
- Gisselquist, D., J. J. Potterat, et al.** (2003). "Let it be sexual: how health care transmission of AIDS in Africa was ignored." *Int J STD AIDS* **14**(3): 148-161.
- Goffman, E.** (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris, Les Editions de Minuit.
- Gollier, C.** (2007). *Risque et incertitude*. *Encyclopaedia Universalis*.
- Grmek, M. D.** (1989). *Histoire du sida*. Paris, Payot.
- Guillou, A.** (1999). *Noms personnels et termes d'adresse au Cambodge. L'individu et ses sphères d'appartenance.* in *D'un nom à l'autre en Asie du Sud - Est. Approches ethnologiques*. J. Massard - Vincent and S. Pauwels. Paris, Karthala: 245-274.
- Guillou, A.** (2001). *Les médecins au Cambodge. Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère.* Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie. EHESS Paris.
- Guillou, A.** (2001). "Postures et apparence physique khmères, du Cambodge à la France." *Hommes et Migrations*(1234): 90-94.
- Hamilton, D. P. and M. Chase** (2006). "Tenofovir to prevent HIV transmission." *Wall Street Journal*.
- Hauri, A. M., G. L. Armstrong, et al.** (2004). "The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings." *Int J STD AIDS* **15**(1): 7-16.

- Hayes, M. V.** (1992). "On the epistemology of risk : language, logic and social science." Social Science and Medicine **35**(4): 401-407.
- Hours, B. and M. Selim** (1997). *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain. Marché socialisme et génies*. Paris, L'Harmattan.
- Hunt, J. C.** (1989). *Psychoanalytic aspects of fieldwork*. Newbury Park, London, New Delhi, Sage Publications.
- Hutin, Y. J. F., A. M. Hauri, et al.** (2003) " Use of injections in healthcare settings worldwide, 2000: literature review and regional estimates." BMJ.com, 5 DOI: doi:10.1136/bmj.327.7423.1075
- Jaffré, Y.** (1996). "L'interprétation sauvage." Enquête **3**(Interpréter, Surinterpréter.).
- Jaffré, Y. and J. P. Olivier de Sardan**, Eds. (2003). *Une médecine hospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, APAD-Karthala.
- Jaffré, Y. and A. Prual** (1993). "'Le corps des sages-femmes", entre identités professionnelle et sociale." Sciences Sociales et santé **XI**(2): 63-80.
- Jewkes, R., N. Abrahams, et al.** (1998). "Why do nurses abuse patients? reflections from South african obstetric services." Social Science and Medicine. **47**(11): 1781-1795.
- Jordan, B.** (1980). *Birth in four cultures. A cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montréal, Eden Press Women's Publication.
- Jordan, B.** (1997). *Authoritative knowledge and its construction*. in *Childbirth and authoritative knowledge*. R. E. Davis-Floyd and C. F. Sargent. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press: 55-79.
- Kane, A., J. Lloyd, et al.** (1999). "Transmission of Hepatitis B, Hepatitis C and Human Immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developping world: model-based regional estimates." Bulletin of The World Health Organization **77**(10): 801-807.
- Kaufert, P. A. and J. O' Neil** (1993). *Analysis of a dialogue on risks in childbirth. Clinicians, epidemiologists en Inuit women*. in *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*. S. Lindenbaum and M. Lock. Berkeley, University of California Press: 32-54.
- Kaufman, J.-C.** (1996). *L'entretien compréhensif*, Armand Colin.
- Knibiehler, Y.** (2007). *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXè siècle*. Rennes, Editions ENSP.
- Koblinsky, M. A., O. Campbell, et al.** (1999). "Soins à l'accouchement: options efficaces pour une maternité sans risque." Bulletin of The World Health Organization **77**(5): 399-406.
- Kruy, K. H., C. B. Boeun, et al.** (1999). *Post partum heating practices in Cambodia. Are they harmful?* Second National Socio-cultural research Congress on Cambodia.
- Laderman, C.** (1983). *Wives and midwives: Childbirth and nutrition in rural Malaysia*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Laget, M.** (1982). *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*. Paris, Le Seuil.
- Lakshman, M. and M. Nichter** (2000). "Contamination of medicine injection paraphernalia used by registered medical practitioners in south India: an ethnographic study." Social Science and Medicine. **51**: 11-28.
- Le Mercier, D.** (2003). *Evaluation de stratégies de réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Phnom Penh, Cambodge*. Institut de Santé et développement. Paris, Université Pierre et Marie Curie-Paris VI. **DEA**: 79.
- Ledgerwood, J.** (1994). *Gender symbolism and culture change : viewing the viruous woman in the khmer story "Mea Yoeng"*. in *Cambodian culture since 1975*. Ithaca, Cornell University Press.

- Ledgerwood, J. L.** (1990). *Changing Khmer conceptions of gender: women, stories, and the social gender.* Anthropology, Cornell University. **Partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy:** 365.
- Lee-Treweek, G. and S. Linkogle, Eds.** (2000). *Danger in the field. Risk and ethics in social research.* London and New York, Routledge.
- Loudon, I.** (2000). *The tragedy of childbed fever.*, Oxford University Press.
- Lule, E., G. N. V. Ramana, et al.** (2005). *Achieving the Millenium development goal of improving maternal health: determinants, interventions and challenges.*, World Bank.
- Martin, E.** (1987). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction.* Boston, Beacon Press.
- Ministry of Health** (1997). *Safe Motherhood. National policies and strategies.* Ministry of Health. NMCHC, Royal Governement of Cambodia. Phnom Penh.
- Mohia-Navet, N.** (1985). *Ethnologie et Psychanalyse. L'autre voie anthropologique.* Paris, L'Harmattan.
- Monnais-Rousselot, L.** (1999). *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise. 1860-1939.*, CNRS Editions.
- Munthit, K.** (2004) "Cambodia PM opposes testing anti-HIV drug." Associated Press, DOI: <http://www.cambodianonline.net/news2004august1.htm>
- National Institute of Statistics.** (2005). "Cambodia Demographic and Health survey 2005." Retrieved 08/08/08.
- NCHADS** (2003). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia 2003.* Phnom Penh, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia.
- NCHADS** (2004). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2003: Results, trends and estimates*, Sun Way Hotel, Phnom Penh.
- NCHADS** (2004). *Strategic plan for HIV/AIDS and STI prevention and care, 2004-2007.* Ministry of Health. Phnom Penh, Kingdom of Cambodia.
- Népote, J.** (1992). *Parenté et organisation sociale dans le Cambodge moderne et contemporain. Quelques aspects et quelques applications du modèle les régissant.* Genève, Olizane.
- Olivier de Sardan, J. P.** (1995). "La politique du terrain. Sur la production de données en anthropologie." **Enquête**(1): 71-109.
- Olivier de Sardan, J. P., A. Moumouni, et al.** "'L'accouchement c'est la guerre' De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien." Le Bulletin de l'APAD Numéro 17(Anthropologie de la santé).
- OMS** (2002) "Vaccins antigrippaux. Note d'information de l'OMS." Weekly epidemiological record **Volume**, 229-240 DOI: <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2002/wer7728.pdf>
- OMS.** (2003). "Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : statut de la flambée et leçons pour l'avenir." Retrieved 06/08/08. http://www.who.int/csr/media/sars_whoafr.pdf
- OMS.** (2004). "Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin." Retrieved 15/08/08. http://who.int/reproductive-health/mcpc_fr/mcpc_fr.pdf
- OMS.** (2006). "Grippe aviaire. Aide-Mémoire." Retrieved 06/08/08. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/fr/index.html
- OMS** (2008). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. 2008.* http://whqlibdoc.who.int/unaid/2006/9291735124_fre.pdf
- OMS.** (2008). "Statistiques sanitaires mondiales 2008." Retrieved 07/08/08. http://www.who.int/whosis/whostat/FR_PDF_WHS08_Full.pdf

- OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale** (1999). *Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune*. Genève, OMS.
- Ouattara, F.** (2003). *Transmission des maladies et gestion de la saleté en milieu rural senufo (Burkina Faso)*. in *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. D. Bonnet and Y. Jaffré. Paris, Karthala: 403-426.
- PATH.** (2000). *Giving Safe Injections: Using auto-disable syringes for immunization*. <http://path.org/resources/safe-inj-pdf.htm>.
- Peneff, J.** (1992). *L'Hôpital en urgence*. Paris, Métailié.
- Persson, K.** (2003). *The role of NGOs in HIV/AIDS work in Cambodia.*, Lund University, Department of Political Science.: 46.
- Poloni, A.** (1990). *Sociologie et hygiène. Des pratiques de propreté dans les secteurs périphériques de Ouagadougou*. in *Sociétés, santé et développement*. D. Fassin and Y. Jaffré. Paris, Ellipses/Aupelf: 273-287.
- Population Reference Bureau** (2003) "*Mortalité maternelle : l'une des principales cause de décès au Cambodge.*" **Volume, 4** DOI: <http://www.prb.org/FrenchContent/Articles/2003/MortalitématernelleIuneIdesIprincipalesIcausesIdeIdecesauCambodge.aspx>
- Pulman, B.** (1991). *Psychanalyse et anthropologie*. in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Bonte-Izard. Paris, Presses Universitaires de France.
- Rabinow, P.** (1977). *Reflections on Fieldwork in Morocco*, University of California Press.
- Ram, K. and M. Jolly, Eds.** (1998). *Maternities and modernities. Colonial and postcolonial experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rechtman, R.** (1996). "Anthropologie et psychanalyse: un débat hors sujet?" *Journal des anthropologues*. **64-65**(Printemps-Eté 1996): 65-86.
- Reeler, A. V.** (2000). "Anthropological perspectives on injections: a review." *Bulletin of The World Health Organization* **78**(1): 135-144.
- Rey, R.** (1993). *Histoire de la douleur*. Paris, La Découverte.
- Royal Government of Cambodia** (2002). *Law on the prevention and control of HIV/AIDS*. N°NS/RKM/0702/015.
- Ruffié, J. and J. C. Sournia** (1984). *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. Paris, Flammarion.
- Saman, M., L. S. Kruey, et al.** (2002). "Feasibility of antenatal and late HIV testing in pregnant women in Phnom Penh Cambodia: the Perikam/ANRS 1205 study." *AIDS* **16**(6): 950-951.
- Sargent, C. F.** (1989). *Maternity, medicine and power. Reproductive decisions in urban Benin*. Berkeley and Los Angeles and London, University of California Press.
- Seidel, G.** (1998). *Seeking to optimise care for HIV positive women and extending the gendered rights' discourse- conceptualising the dilemmas, with illustrations from fieldwork in rural South Africa*. in *Vivre et penser le sida en Afrique*. Becker Charles, Dozon Jean-Pierre, Obbo Christine and Touré Moriba, CODESRIA, Karthala et IRD: 475-492.
- Setbon, M.** (2004). *Risques, sécurités sanitaires et processus de décision.*, Elsevier.
- SIGN** (2002). *Annual Meeting Report*. Phnom Penh, Cambodia, WHO.
- Simonsen, L., A. Kane, et al.** (1999). "Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborne pathogens: a review." *Bulletin of the World Health Organization*. **77**(10): 789-800.
- Smyth, D.** (1995). *Colloquial Cambodian. The complete course for beginners.*, Routledge.

- Sprechmann, S., S. C. Soeung, et al.** (1996). *Estimating the magnitude of maternal mortality in Cambodia. An application of the sisterhood method.*, National Maternal and Child Health Center, UNFPA, Save The Children Fund (UK), Care International: 15.
- Starrs, A.** (1987). *Prévenir la mort tragique de la mère. Rapport sur la Conférence internationale sur la Maternité Sans Risque. Nairobi, Kenya*, World Bank, WHO, UNFPA: 57.
- Tarr, C. M., V. Horn, et al.** (2007). *Making Motherhood safer: A gender sensitive appraisal of the effectiveness of service delivery for maternal health care and budget allocations for reproductive health.* Kingdom of Cambodia, Ministry of Women's Affairs. Phnom Penh, World Bank, Ministry of Women's Affairs.
- Tauzin, A.** (2006). *Ethnologie et psychanalyse: l'exemple de la Mauritanie.* in *Psychanalyse et sciences sociales. Universalité et historicité.* P.-L. Assoun and M. Zafiroopoulos. Paris, Economica: 179-189.
- Trannin, S.** (2005). *Les ONG occidentales au Cambodge. La réalité derrière le mythe.* Paris, L'Harmattan.
- UNESCO** (2006). *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. 33e session de la Conférence Générale de l'UNESCO.* Paris, Organisation des Nations - Unies pour l'éducation, la science et la culture, Division de l'éthique des sciences et des technologies, Secteur des sciences sociales et humaines.
- USAID** (2003). *Cambodia. Country profile. HIV/AIDS.*, USAID.
- Vega, A.** (2000). *Une ethnologue à l'hôpital.* Paris, Edition des Archives Contemporaines.
- Vigarelo, G.** (1985). *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen-Age.* Paris, Le Seuil.
- Vigarelo, G.** (2001). *L'hygiène des Lumières.* in *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles).* P. Bourdelais. Paris, Belin: 29-40.
- Vincke, E.** (1991). "Liquides sexuels féminins et rapports sociaux en Afrique centrale." *Anthropologie et Sociétés* 15(n°2-3): 167-188.
- Vong, S., J. F. Perz, et al.** (2005). "Rapid assessment of injection practices in Cambodia." *BMC Public Health*. 5(56).
- Vuille, M.** (1998). *Accouchement et douleur. Une étude sociologique.* Lausanne, Antipodes.
- White, P. M.** (1995). *Crossing the river/ Traditional beliefs and practices of Khmer women during pregnancy, birth and postpartum.*, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia, PACT/JSI/USAID: 67.
- White, P. M.** (2002). "Crossing the river : khmer women's perceptions of pregnancy and postpartum." *Journal of Midwifery & Women's health* 47(4 July/August): 239-246.
- WHO** (1999). "Strategies for safe injections." *Bulletin of The World Health Organization* 77(12).
- WHO** (1999). "Transmission of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-based regional estimates." *Bulletin of The World Health Organization* 77(10): 801-808.
- WHO** (2002). *Injection Practices: Rapid Assessment and Response Guide.*, WHO BasicsII.
- WHO** (2004). *Gestion des déchets d'activité de soin. Document d'orientation.*, WHO, Département de la Protection de l'Environnement Humain. Eau, Assainissement et Santé.
- WHO** (2006). *Gestion des déchets produits par les injections au niveau des districts; Guide à l'intention des administrateurs sanitaires de district.*, WHO.
- WHO, UNFPA, et al.** (1999). *Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune.* Genève, WHO: 45.
- World Medical Association** (2000). *Déclaration d'Helsinki. Assemblée générale de l'AMM.* Edimbourg.