

MOOC Femmes et Santé : Biomédicalisation de l'accouchement à Phnom Penh au Cambodge

Contexte cambodgien

Clémence Schantz

Nous allons parler maintenant de la biomédicalisation de l'accouchement à Phnom Penh, au Cambodge. L'objectif est de réfléchir ensemble sur les différentes pratiques qui entourent l'accouchement des femmes et de voir que si ces différentes pratiques représentent avant tout une avancée pour la santé des femmes, elles peuvent aussi parfois avoir un effet pervers. D'où l'importance de les déconstruire. Je vais commencer par vous dire quelques mots de contexte sur le Cambodge, sur la société cambodgienne et sur la santé des femmes au Cambodge.

Alors, ce qu'il faut d'abord savoir, c'est que l'Organisation Mondiale de la Santé présente le Cambodge comme un champion, puisque c'est l'un des neuf pays au monde à avoir atteint l'OMD numéro cinq, donc l'Objectif du Millénaire pour le Développement numéro cinq, qui visait à réduire de 75 % le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Comme je viens de vous le dire, le Cambodge est l'un des neuf pays au monde à avoir atteint cet objectif et est vraiment érigé en modèle par l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est avant tout un point très positif par rapport au Cambodge.

Par rapport à cette diminution du taux de mortalité maternelle, je voudrais partager avec vous d'autres indicateurs concernant la santé des femmes au Cambodge et vous dire qu'il y a eu vraiment une transition très rapide concernant la santé sexuelle et reproductive au Cambodge ces dernières années puisque, à titre d'exemple, en 1980, les femmes avaient en moyenne sept enfants au cours de leur vie, puisque l'ISF (Indice Synthétique de Fécondité) en 1983 étaient de 7,1 enfants par femme et en 2014, il était de 2,7. Il y a eu une baisse très rapide de la fécondité des femmes en quelques années.

Un autre point important à soulever est le taux d'accouchement en milieu médicalisé, puisqu'il y a une transition vraiment très rapide. En 2000, plus de neuf femmes sur dix accouchaient à la maison. Il faut imaginer des femmes qui accouchent chez elles dans un environnement intime, accompagnées d'autres femmes, de personnes de leur choix, de visages qu'elles connaissent. Quatorze

ans après, en 2014, 83 % des femmes au Cambodge accouchent à l'hôpital. C'est vraiment une spécificité du Cambodge puisqu'il y a eu un déplacement extrêmement rapide de l'accouchement, de la sphère intime et privée de la maison, à la sphère publique et institutionnelle de l'hôpital.

Peut-être un dernier mot sur la société cambodgienne pour vous dire que c'est une société post-coloniale et post-génocidaire, puisque le Cambodge était un protectorat français de 1863 à 1953. Et comme vous le savez certainement, il a été touché par une guerre civile très importante en 1970 et le fameux régime des Khmers rouges entre 1975 et 1979, qui a été l'un des génocides contemporains les plus importants et qui a décimé entre un quart et un tiers de la population cambodgienne en moins de quatre ans.

Recherche doctorale

Clémence Schantz

Les résultats que je vais vous présenter aujourd'hui sont issus de ma recherche doctorale de socio-démographie que j'ai menée entre 2013 et 2016 au Cambodge.

Pour cette recherche, j'ai mobilisé une méthodologie mixte, c'est-à-dire à la fois quantitative et qualitative, où j'ai allié des observations participantes dans des maternités à Phnom Penh, publiques et privées. J'ai aussi déployé une méthodologie qualitative avec des entretiens semi-directifs et quantitatifs avec un recueil de données sur registres médicaux.

Je voudrais ici partager avec vous le fait qu'aujourd'hui je suis chercheuse, je suis sociologue, mais j'ai aussi une formation initiale de sage-femme qui m'a aidée à m'insérer dans le milieu. Je portais ma blouse de sage-femme dans les maternités, dans les salles de naissances, au bloc opératoire. Même si, d'un point de vue de transparence, j'ai toujours dit que j'étais là pour faire de la recherche, et les gens savaient que j'étais là en tant que sociologue et en tant qu'observatrice.

J'ai collecté des données sur des dossiers médicaux sur plus de vingt-et-un mille accouchements, dans différentes maternités de Phnom Penh. Et j'ai mené quatre-vingt quatre entretiens semi-directifs, à la fois avec des femmes mais aussi avec des hommes et des soignants, des sages-femmes et des obstétriciens. Enfin, à la fin de ma thèse, j'ai mis en place une cohorte de femmes, c'est-à-dire que j'ai suivi des femmes dans le temps, des femmes que j'ai interrogées par questionnaire fermé au début de leur grossesse et que j'ai réinterrogées après leur accouchement.

Trois pratiques : 1. Épisiotomie

Je vais maintenant vous présenter trois pratiques qui font système parce qu'elles s'inscrivent dans une même symbolique du corps et dans des mêmes rapports de genre et qui caractérisent vraiment l'accouchement aujourd'hui à Phnom Penh.

Je veux d'abord vous parler de l'épisiotomie. L'épisiotomie est le fait d'inciser le périnée d'une femme qui accouche avec une paire de ciseaux juste au moment de l'accouchement, au moment où le fœtus est en train de naître. Il s'agit de l'une des pratiques chirurgicales les plus répandues au monde, alors qu'elle n'a jamais fait preuve de son efficacité, c'est-à-dire que nous n'avons jamais obtenu aucune donnée probante qui prouvait que l'épisiotomie permettait de protéger la femme ou l'enfant d'autres conséquences.

Dans différents pays du monde, aujourd'hui, nous sommes en train de remettre cette pratique en question, notamment en France. Les taux de l'épisiotomie diminuent progressivement, assez rapidement ces dernières années.

Une première chose qui m'a interpellée quand je suis arrivée au Cambodge, c'est que j'ai constaté qu'à chaque accouchement, je voyais les sages-femmes prendre des ciseaux et couper le périnée. Comme je vous l'ai dit avec la méthodologie mixte, j'ai d'abord travaillé sur des dossiers, ce qui m'a permis de montrer que plus de 94 % des femmes qui avaient accouché en 2015 à Phnom Penh avaient eu une épisiotomie au cours de leur accouchement. C'est cela qui permet de parler de pratique systématique de l'épisiotomie à Phnom Penh.

D'autre part, j'ai mené des entretiens pour essayer de comprendre pourquoi est-ce que les sages femmes pratiquaient systématiquement des épisiotomies. Les principaux arguments étaient que la croyance que les femmes cambodgiennes avaient un périnée plus court et plus rigide que d'autres femmes. Elles disaient que les recommandations internationales concernant l'épisiotomie n'étaient pas adaptées au Cambodge.

Nous pouvons parler de racialisation des pratiques avec cette pratique systématique, la croyance que le corps de la femme au moment de l'accouchement s'ouvre et qu'il faut le refermer avec une épisiotomie. L'épisiotomie permettait aux sages-femmes de resserrer fortement le périnée après l'accouchement. Mais nous pouvons aussi parler des salles de naissances qui sont surchargées puisque si vous vous souvenez bien, je vous ai expliqué au début qu'il y a eu un glissement très rapide de l'accouchement de la maison à l'hôpital. Aujourd'hui, nous avons des hôpitaux avec un nombre de femmes qui accouchent par jour extrêmement important. Par exemple, à l'hôpital Calmette, à Phnom Penh, nous sommes passés de trois mille accouchements par an à dix mille en quelques années. Il y a tout le temps des femmes qui sont dans les

couloirs en train d'attendre ou qui ont accouché, allongées sur des matelas dans les couloirs, et donc des salles de naissances qui sont surchargées. Certaines sages-femmes disaient que pratiquer une épisiotomie permettait de gagner du temps face à ces salles de naissances qui étaient surchargées.

Je propose d'interpréter l'ensemble de ces résultats comme une forme de matérialisation de la violence structurelle qui va se matérialiser dans les corps des femmes avec cette pratique de l'épisiotomie.

Trois pratiques : 2. Césarienne

Je voudrais maintenant vous parler de la césarienne. Vous connaissez très certainement la pratique de la césarienne. De la même façon, j'ai montré que les taux de césariennes avaient triplé dans la capitale entre 2005 et 2015. Donc on est passé d'un taux de césarienne en institution qui était autour de 10 % au début des années 2000 et qui était à plus de 30 % en 2015. Là aussi, nous voyons un taux de césariennes qui augmente très vite. Quand nous demandons aux sages-femmes et aux obstétriciens ou obstétriciennes pourquoi il y a autant de césariennes, toutes et tous répondent que c'est parce que les femmes en demandent une.

Par la suite, dans mes entretiens, j'ai interrogé cette demande en essayant de demander aux femmes si elles voulaient vraiment accoucher par césarienne. Et effectivement, que ce soit avec la cohorte de femmes que j'ai suivi ou avec les entretiens qualitatifs, de nombreuses femmes me disaient « oui, oui, j'ai demandé une césarienne ».

J'ai déconstruit cette demande de césarienne en essayant de comprendre pourquoi. Et nous assistons à une construction sociale de cette demande de césarienne.

D'une part, il y a certaines raisons qui sont mobilisées par les femmes avant le début de la mise en travail, donc avant le début des contractions. Il y a certaines femmes qui disent « oui, moi j'ai demandé une césarienne parce que ça me permettait de choisir la date et l'heure. », « Oui, j'ai demandé une césarienne parce que ça porte bonheur. », « Oui, j'ai demandé une césarienne parce que je crois que c'est plus sûr pour la maman et le bébé. », et enfin, « oui, j'ai demandé une césarienne parce que ça permet de protéger mon périnée, et si mon périnée ou vagin n'est pas élargi par un accouchement par voie basse, ça va me permettre de garder mon mari à la maison. ». Ce sont les arguments énoncés par les femmes. Je ne suis pas en train de vous dire que c'est une réalité médicale, c'est-à-dire que je ne pense pas que quand nous accouchons par voie basse, nous ayons un vagin ou un périnée qui soit

particulièrement abîmé. Ce sont vraiment les représentations des femmes que j'ai interrogées que je partage avec vous.

Enfin, il y a aussi tout un paquet de raisons qui sont évoquées par certaines femmes qui n'ont pas demandé une césarienne avant le début de la mise au travail, mais qui l'ont demandé au cours des contractions. Et là, les principales raisons évoquées étaient premièrement la peur, et deuxièmement, la douleur. Ce sont deux arguments, deux raisons, sur lesquelles nous reviendrons plus tard quand je vous parlerai de la césarienne au Bénin, puisque c'est quelque chose que j'ai retrouvé dans un autre contexte, celui de l'Ouest africain et que je développerai plus en profondeur lors de ce prochain cours.

Pour finir sur la césarienne, pour moi, c'est important de vous dire que oui, le taux de césarienne augmente très rapidement aujourd'hui dans la capitale Phnom Penh, au Cambodge. Oui, il y a une demande de césarienne des femmes et de leur famille. Par contre, gardez en tête que cette demande de césarienne est socialement construite.

Trois pratiques : 3. Périnéorraphie

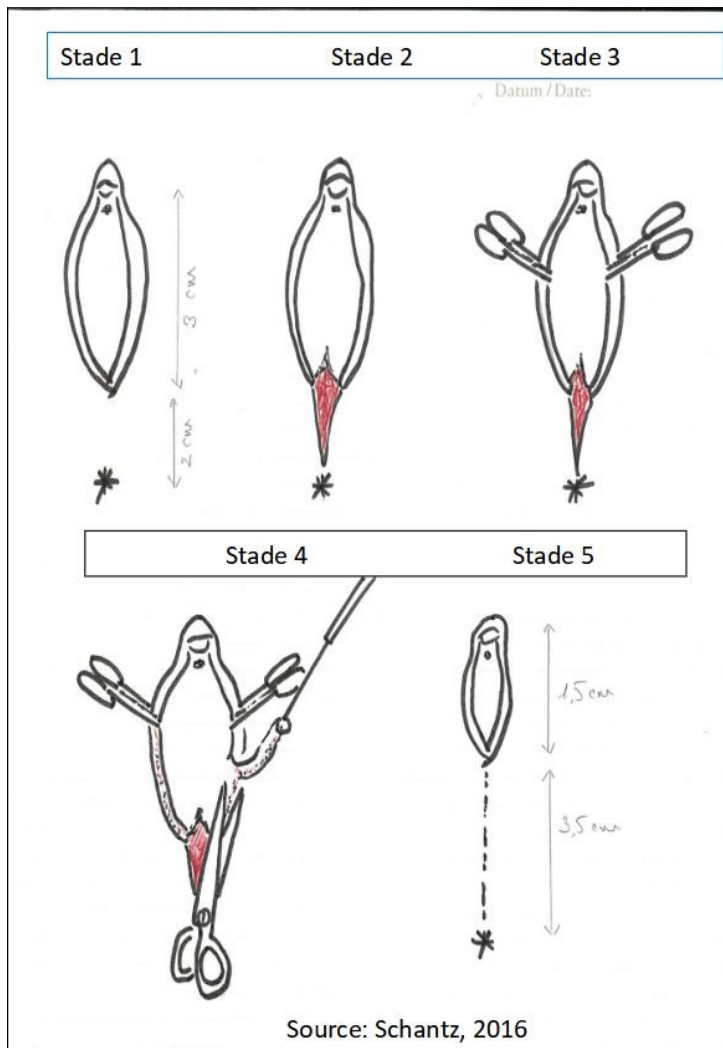
Enfin, je voudrais vous parler d'une troisième pratique qui est beaucoup moins connue en France et qui s'appelle la périnéorraphie. Au Cambodge, on parle de périnéo, périnéorraphie. La périnéorraphie est une pratique chirurgicale qui, en France, est réalisée au bloc opératoire par des chirurgiens urologues, lorsque certaines femmes présentent une pathologie. C'est vraiment à garder en tête. Certaines femmes ont une pathologie, par exemple une béance vaginale, c'est-à-dire un vagin très large à cause d'accouchements traumatiques, de nombreux accouchements ou d'une toux chronique. En cas de béance vaginale ou en cas de prolapsus, qui est une descente d'organes, ces femmes qui présentent une pathologie peuvent être opérées au bloc opératoire avec des chirurgiens.

Ce qui m'a interpellée de la même façon que la pratique systématique de l'épisiotomie quand je suis arrivée à Phnom Penh, c'était de voir que certaines sages-femmes et certains médecins pratiquaient des périnéorraphies sur des femmes jeunes et en bonne santé juste après leur accouchement. La périnéorraphie consiste à prendre une paire de ciseaux et puis enlever une partie de la peau, une partie de la muqueuse et parfois même une partie du muscle releveur de l'anus.

Très vite, je demande à une obstétricienne « Mais pourquoi est-ce que vous faites cela ? Comment est-ce que vous le faites ? ». Elle m'explique, je cite une obstétricienne de 34 ans : « Nous mettons deux pinces au niveau des petites lèvres de la femme. Nous fermons. Nous introduisons deux doigts dans le vagin.

Nous demandons à la femme si c'est la taille du pénis de son mari et si elle nous dit oui, nous fermons jusque-là ». Nous observons un modelage du vagin des femmes à la taille du pénis de leur mari. C'est une obstétricienne qui me raconte cela. J'ai observé aussi plusieurs accouchements où après, il est demandé à la femme de montrer avec ses doigts la taille du pénis de son mari. Encore une fois, son vagin est façonné à cette taille-là. J'ai aussi des hommes qui m'ont raconté que, en salle d'attente après l'accouchement, dans le couloir, il y a des sages-femmes qui venaient avec leur téléphone, leur montrer des photos de différents vagins et que ces hommes pouvaient choisir le vagin qu'ils voulaient pour leur femme. Le corps féminin est construit selon des stéréotypes de genre très particuliers dans une société et qui vont répondre à des attentes masculines.

En guise d'ouverture, ce que je voulais partager avec vous, c'est que dans ma recherche doctorale, j'ai proposé le fait que nous puissions catégoriser cette pratique de la périnéorraphie dans le contexte très spécifique du Cambodge comme une mutilation sexuelle féminine, si nous suivons la définition de l'OMS pour ces mutilations sexuelles féminines. En effet, je partage avec vous un dessin que j'ai réalisé lors d'une de mes observations en salle de naissance.



Carnet de terrain, 6 mars 2015:

« J'observe l'accouchement d'une primipare de 24 ans dont l'orifice vulvaire mesure environ 3 centimètres avant l'accouchement (STADE 1). Elle a une longueur périnéale tout à fait « correcte » d'un point de vue obstétrical et ne nécessiterait pas d'épisiotomie. Son périnée s'amplie parfaitement. Au moment de l'expulsion de la tête du fœtus, la gynécologue obstétricienne fait une épisiotomie médiane (STADE 2). Elle suture alors l'épisiotomie jusqu'aux reliquats hyménéaux. Si elle s'était arrêtée à ce stade-là, l'orifice vulvaire aurait eu la même taille qu'avant l'accouchement. Mais elle ne s'arrête pas. Elle dissèque les petites lèvres sur la moitié de leur longueur verticale à l'aide de ciseaux à disséquer (STADE 4), puis l'intérieur du vagin dont elle enlève une partie, de manière à pouvoir ensuite accoler ces plans à vif. Elle les accole et les suture bord à bord. Lorsqu'elle finit de suturer, l'orifice vulvaire fait 1,5 centimètre au lieu de 3 avant l'accouchement (STADE 5)».

Illustration 1: Carnet de terrain, 6 mars 2015. Source : Schantz, 2016

Je vous lis ce que j'avais écrit sur mon carnet de terrain, j'ai écrit : « J'observe l'accouchement d'une primipare – une femme qui accouche pour la première fois – de 24 ans, dont l'orifice vulvaire mesurait environ trois centimètres avant l'accouchement. ». Ça, c'est le stade un que j'ai dessiné.

« Elle a une longueur périnéale, tout à fait « correcte » d'un point de vue obstétrical », c'est-à-dire que moi, avec mon regard de sage femme, je me disais « Là, a priori, je n'aurais pas besoin de faire une épisiotomie ». « Au moment de l'expulsion de la tête du fœtus, la gynécologue obstétricienne fait une épisiotomie médiane. », c'est vraiment une spécificité, c'est une épisiotomie qui va vers l'anus, contrairement à la pratique plus habituelle médio-latérale. Après cette épisiotomie, elle va suturer après l'expulsion, la naissance de l'enfant. Elle va suturer l'épisiotomie « jusqu'aux reliquats hyménéaux. ». Si elle s'était arrêtée là, le vagin de la femme aurait eu la même taille après l'accouchement qu'avant l'accouchement. Sauf qu'elle ne s'arrête pas là et prend des ciseaux à

disséquer. Elle va disséquer les petites lèvres de la femme sur la moitié de leur longueur, de façon à laisser la muqueuse à vif. Elle va continuer à suturer et elle va accoler ces plans qui étaient à vif, les suture bord à bord. Et lorsqu'elle finit de suturer l'orifice vulvaire de cette femme fait 1,5 centimètres au lieu de trois centimètres avant l'accouchement.

Si nous regardons la définition que l'OMS propose pour les Mutilations Sexuelles Féminines, l'OMS propose quatre types de MSF et le type trois, c'est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou grandes lèvres avec ou sans excision du clitoris, ce qu'ils appellent l'infibulation. Si nous reprenons l'observation que j'ai menée dans cette salle de naissance et sur le terrain, nous voyons que cela correspond totalement à cette définition de Mutilations Sexuelles Féminines.

Conclusion

En guise de conclusion, je voudrais rappeler que bien sûr, selon moi, la médicalisation de l'accouchement est avant tout un progrès et une chance pour les femmes puisque, comme nous l'avons vu en introduction, celle-ci a contribué à diminuer rapidement, et de façon importante, les taux de mortalité maternelle au Cambodge. Des vies ont été sauvées et c'est la première chose à garder à l'esprit.

Maintenant, il est aussi important de déconstruire les pratiques qui accompagnent cette biomédicalisation de l'accouchement et d'analyser les rapports de pouvoir qui se jouent sur le corps des femmes, d'analyser la circulation de ces différentes pratiques dans différents contextes et la façon dont celles-ci sont réappropriées.