



HAL
open science

Les médecins au Cambodge. Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère

Anne Yvonne Guillou

► **To cite this version:**

Anne Yvonne Guillou. Les médecins au Cambodge. Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère. *Anthropologie sociale et ethnologie*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2001. Français. NNT: . tel-00136905

HAL Id: tel-00136905

<https://theses.hal.science/tel-00136905>

Submitted on 15 Mar 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES

Année 2001

N° attribué par la bibliothèque

THESE

**Pour l'obtention du grade de
DOCTEUR DE L'EHESS**

Discipline : Anthropologie sociale et ethnologie

**présentée et soutenue publiquement
par**

Anne Yvonne GUILLOU

Le 2 juillet 2001

LES MEDECINS AU CAMBODGE

**Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne
sous influence étrangère**

Directeur de thèse : M. Jean-Pierre DOZON

JURY

M. Didier FASSIN

M. Alain FOREST

M. Pierre-Jean SIMON

à Gaëlle

à Eang

REMERCIEMENTS

J'exprime toute ma gratitude à M. Jean-Pierre Dozon qui a bien voulu diriger cette thèse et accepter ainsi, par l'imagination, d'accoster d'autres rives que celles d'Afrique. Il m'a fait amplement profiter de ce voyage de la pensée.

Mme Ida Simon-Barouh et M. Pierre-Jean Simon ont suivi ce travail de bout en bout, de Rennes à Phnom Penh en passant par d'autres lieux encore. Leur soutien et leur confiance ont contribué à son aboutissement.

Au moment d'achever ce travail, je repense à l'appel téléphonique de M. Christian Taillard, il y a longtemps déjà, m'annonçant qu'il avait obtenu pour moi un poste au Cambodge.

Les personnes qui, au Cambodge, m'ont aidée, sont très nombreuses et je ne pourrais les citer toutes ici, bien que chacune reste gravée dans ma mémoire. De Thmar Pouk à Svay Rieng et de Kratié à Pursat, je pense d'abord à l'hospitalité sans faille, doublée d'une amicale curiosité, que j'ai toujours reçue en chemin. Je dois beaucoup, notamment, aux familles de Mmes Chea Kim Eang, Phan Samau, Suon Setha et de MM. Hang Peuo, Phal Des, Sok Tha et Ra.

Je remercie le Ministère de la Santé de m'avoir aimablement accordé les autorisations que je sollicitais. Je le dois pour beaucoup à M. Krang Sun Lorn dont l'humour et la compréhension des situations ont beaucoup facilité les débuts de l'enquête. Je remercie également tous les directeurs d'hôpitaux, les médecins et les infirmiers que j'ai pu y rencontrer et qui m'ont reçue aimablement. Je songe en particulier au bon accueil que m'ont réservé M. Serey Rama et son épouse ; ainsi que Monsieur Uch Poun, Mlle Tiv Chana, Mmes Khiev Rida, Om Soth et MM. Po Sothy et Lim Solida ; Mmes Ang Sody, Nay Kry, Uk Saphay, Ung Bophana. Merci aussi au personnel et aux étudiants de la Faculté d'Archéologie de l'Université des Beaux-Arts de Phnom Penh où j'ai enseigné, ainsi qu'à M. Ang Choulean pour ses invitations à découvrir des autels et des rituels, discrètement masqués derrière les frondaisons des grands arbres des pagodes et dans les entrées de grottes.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'aide d'organisations non-gouvernementales que je ne pourrais toutes nommer. Ma pensée va d'abord vers Mme Isabelle Fournier (Médecins Sans Frontières), son habileté à obtenir des autorisations diverses en ma faveur et son intérêt amical pour mon travail. Mme Nicole Chotard a accueilli ma recherche avec son enthousiasme habituel. Toutes deux représentent à mes yeux ce que le travail humanitaire a de meilleur à offrir. Il m'est aussi agréable de remercier Mme Michele Blatti (American Red Cross) ainsi que MM. Philippe Dufourg

(Enfance Espoir) et Kiryu Takayuki (24 Hour Television). Plusieurs équipes de Médecins Sans Frontières m'ont accueillie et transportée au Cambodge et en Thaïlande.

Ma réinsertion en France, après un long séjour au Cambodge, a été considérablement facilitée par l'accueil chaleureux et l'environnement intellectuel que j'ai reçus au Centre d'Etudes et de Recherches sur les Relations Inter-Ethniques et les Minorités (C.E.R.I.E.M.), laboratoire de l'Université de Rennes II dans laquelle j'ai bénéficié d'un poste d'A.T.E.R. Je songe en particulier aux heures passées en compagnie d'Anne Morillon et de Martine Waddled. Je remercie également pour leur aide Angéline Etiemble et Véronique Vasseur, de l'association Quest'us.

J'ai pu, encore, m'imaginer au Cambodge grâce à l'Association des Khmers d'Ille-et-Vilaine et à son président, M. Suon Sarun qui m'ont associée à toutes les manifestations culturelles et religieuses de l'association ; ainsi qu'à l'Association Solidarité Bretagne-Cambodge dont le responsable, M. Saur Sokkhaing ainsi que Mme Saur Phuoc ont toujours répondu avec gentillesse à mes sollicitations, malgré leurs occupations multiples. Je remercie également l'Association des Médecins Cambodgiens de France et tous les médecins et les pharmaciens qui, en France, ont bien voulu réveiller pour moi leurs souvenirs. J'adresse également mes remerciements à M. M. Robert du Centre de Documentation et de l'Audiovisuel du Pharo, ainsi qu'à M. J. F. Blanc, président de l'Association Santé Navale et Outre-Mer pour m'avoir mise en contact avec de nombreux médecins français ayant exercé au Cambodge. Nombre d'entre eux ont accepté de me livrer leur expérience et leurs impressions.

Tout ethnologue rentrant de son premier long séjour est, je pense, convaincu de l'indicible de son expérience personnelle et, à la fois, inquiet de la partager. C'est au Laboratoire Asie du Sud-Est et Monde Austronésien (LASEMA) du C.N.R.S. que j'ai pu le mieux échanger ces impressions et prendre la distance nécessaire à l'analyse de mon matériel. Je remercie Mmes Muriel Charras et Nelly Krowolsky, ainsi que Mme Josiane Massard-Vincent dont l'aide m'a été précieuse.

Plusieurs personnes ont bien voulu lire tout ou partie de mon manuscrit à différents stades de sa réalisation et me faire bénéficier de leurs remarques et de leurs critiques. Je remercie, en plus de personnes déjà évoquées, Mmes Elisabeth Longuenesse et Anne-Marie Moulin, ainsi que MM. Didier Fassin, Alain Forest, Bernard Hours et Serge Thion.

Merci, enfin, à ma famille et à mes amis, notamment François Demont, Annick Guénel, Elisabeth, Antoine et Monika, Rose-Marie Lormel, Chantal et Christophe Peschoux, Pôleth, "Pou" Run, Raoul Pourcelle, Florence Piard et Andrew Thomson. Merci à René-Charles Quil.

Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier du LASEMA.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	7
AVANT-PROPOS.....	9
ABREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
PREMIÈRE PARTIE. POUR UNE ANTHROPOLOGIE DES MEDECINS AU CAMBODGE	23
CHAPITRE I - LE CADRE CAMBODGIEN.....	25
CHAPITRE II- LES TRADITIONS DE RECHERCHE AU CAMBODGE ET L'ECLIPSE DES ANNEES 1970-1980.....	35
CHAPITRE III - COMMENT ETUDIER LES MEDECINS AU CAMBODGE	45
CHAPITRE IV - METHODOLOGIE	63
DEUXIEME PARTIE ÉTAT. SYSTÈMES DE SANTE ET MEDECINS. LES HERITAGES D'UNE HISTOIRE CHAOTIQUE SOUS INFLUENCE ÉTRANGÈRE.....	77
CHAPITRE I - MEDECINE COLONIALE FRANCAISE ET MEDECINS INDOCHINOIS (1863-1953).....	81
CHAPITRE II - LA MODERNITE DANS LA “NEUTRALITE” SIHANOUKISTE (1953-1970).....	133
CHAPITRE III - LE TEMPS DES RUPTURES. MEDECINE DE GUERRE (1970-1975) ET MEDECINE REVOLUTIONNAIRE (1975-1979).....	179
TROISIÈME PARTIE. LES MEDECINS DANS L'ESPACE THERAPEUTIQUE. L'ETAT, LES PRACTICIENS "TRADITIONNELS", LES PATIENTS.....	249
CHAPITRE I - STATUTS POLITIQUES, STATUTS PROFESSIONNELS : LES MEDECINS ET L'ETAT-PARTI CAMBODGIEN	253
CHAPITRE II - LES THERAPEUTES “TRADITIONNELS” ET LES MEDECINS. SAVOIRS ET POUVOIRS, SPECIFICITE ET EMPRUNTS MUTUELS	303
CHAPITRE III - LES USAGES SOCIAUX DE LA PLURALITE THERAPEUTIQUE. LES PATIENTS ENTRE PRAGMATISME ET MEFIANCE	365
QUATRIEME PARTIE. LA PROFESSION MEDICALE A TRAVERS LA PRATIQUE HOSPITALIERE QUOTIDIENNE. UNE DEFINITION NEGOCIEE ENTRE PERSONNEL MEDICAL CAMBODGIEN ET ETRANGER	387
CHAPITRE I - LE CADRE DU TRAVAIL HOSPITALIER. PROBLEMATIQUE ET ENJEUX DE L'INTERVENTION HUMANITAIRE	393
CHAPITRE II - STATUTS SOCIAUX, STATUTS PROFESSIONNELS	443
CONCLUSION.....	479
BIBLIOGRAPHIE	491
ANNEXES.....	511
TABLE DES MATIERES.....	526

AVANT-PROPOS

Il n'existe pas de système de transcription unanimement adopté en khmer, et le système de translittération mis au point par Mme Saveros Pou est surtout utile aux travaux spécialisés en linguistique. Nous avons donc choisi une transcription libre des termes khmers qui permet au mieux leur prononciation par un locuteur français. Le *ch* s'y prononce comme dans le *ti-* du mot français *tiare*. Le *u* se prononce *ou*. Cette transcription est suivie, lorsqu'un terme apparaît pour la première fois dans le texte, de sa graphie khmère (caractères *moul*).

Nous utilisons les termes *khmer (khmère)* et *cambodgien(ne)* dans des acceptions différentes : *khmer* est un référent ethnique tandis que *cambodgien* marque l'appartenance nationale. D'autre part, nous employons *biomédecine* et ses termes apparentés pour désigner la médecine scientifique d'origine occidentale, et la distinguer ainsi d'autres pratiques. Lorsqu'il n'y a pas d'ambiguïté, nous utilisons *médecine* dans le même sens.

Au Cambodge, la plupart des capitales de province portent le nom de la province elle-même. “A Kampot”, “à Kompong Thom” désignera la ville et “en Kampot”, “en Kompong Thom”, la province.

ABREVIATIONS

A.P.R.O.N.U.C.	Autorité Provisoire des Nations Unies au Cambodge
A.S.E.M.I.	Asie du Sud-Est et Monde Insulindien
B.E.F.E.O.	Bulletin de l'Ecole Française d'Extrême-Orient
C.A.O.M.	Centre des Archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence
C.I.C.R.	Comité International de la Croix Rouge
C.P.R.K.	Conseil Populaire Révolutionnaire du Kampuchea
E.H.E.S.S.	Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
E.F.E.O.	Ecole Française d'Extrême-Orient
F.U.N.S.K.	Front Uni National de Salut du Kampuchea
G.I.I.	Gouverneur Général de l'Indochine
H.C.R.	Haut Commissariat aux Réfugiés (Nations Unies)
I.D.E.O.	Imprimerie d'Extrême-Orient
M.A.E.	Ministère des Affaires Etrangères
M.S.T.	Maladie sexuellement transmissible
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.G.	Organisation non-gouvernementale
P.M.I.	Protection Maternelle et Infantile
R.P.K.	République Populaire du Kampuchea
U.N.T.A.C.	United Nations Transitional Authority in Cambodia (sigle anglais de A.P.R.O.N.U.C.)

INTRODUCTION

I - CHEMINEMENT

Le choix d'étudier les soignants de la médecine "moderne" au Cambodge s'inscrit dans un dialogue – mais également, et peut-être surtout, dans les silences de ce dialogue – entre anthropologie et sociologie. Les échanges de plus en plus nombreux entre ces deux disciplines, auxquelles il faudrait ajouter l'histoire, tendent à rendre plus perméables les frontières disciplinaires ainsi qu'à empiéter sur les "chasses gardées" des problématiques comme des terrains de recherche¹. Ces échanges ont toutefois des limites tant sur le plan du sens de la relation – qui en est le principal bénéficiaire ? – que des sujets d'étude eux-mêmes. L'anthropologie, nous semble-t-il en effet, s'est montrée plus "généreuse" que sa "sœur presque jumelle" la sociologie², la première inspirant plus largement la seconde qu'elle ne lui a elle-même emprunté – fut-ce pour lui servir de "repoussoir" et l'exemple de la médecine est très parlant sur ce point³. Par ailleurs, si le "détour" par des terrains non occidentaux, auquel Georges Balandier conviait les chercheurs désirant observer leur propre société, a été suivi d'effet, peu d'entre eux ont pris les chemins inverses qui, partant de terrains français, les ont conduits vers d'autres horizons. Tel est notre parcours et ce travail anthropologique auprès des médecins cambodgiens constitue un effort pour repousser les limites du dialogue disciplinaire et réinterroger des objets qui, pour le moment, portent le label sociologique.

C'est par la sociologie des relations inter-ethniques que nous sommes venue aux médecins cambodgiens. Cherchant à comprendre les changements socio-culturels survenus chez les réfugiés d'Asie du Sud-Est en France, notre choix s'était fixé sur la petite communauté cambodgienne de Rennes. Les représentations et les pratiques de santé et de maladie dans l'exil ont constitué le point d'entrée de cette analyse du processus d'acculturation. Les personnes auprès desquelles nous avons alors travaillé venaient, quelques années auparavant, de traverser la frontière khméro-thaïlandaise au

¹ Pierre-Jean SIMON, "Anthropologie et sociologie : une frontière obsolète", *Les Cahiers du CERIEM*, Univ. Rennes II, n°5, mai 2000, pp. 3-15.

² Selon l'expression d'alfred KRÉBER, cité par Pierre-Jean SIMON, *op. cit.*

³ Le célèbre cas des guérisseurs azandé cité par Eliot FREIDSON dans son ouvrage fondateur de la sociologie de la profession médicale (*La profession médicale*, Paris : Payot, 1984, 363 p.) n'a d'autre but que de montrer ce que les guérisseurs non occidentaux ne sont pas.

péril de leur vie pour fuir un pays ruiné par quatre années de régime khmer rouge. Elles percevaient la société française comme une société d'abondance et de sécurité (médicales notamment) où les transgressions de prescriptions et d'interdits traditionnels, alimentaires et comportementaux, étaient beaucoup moins lourdes de menaces que dans le pays d'origine. “Au Cambodge, la vie est courte”, nous rappelait un homme interviewé pour expliquer le fait que, s'agissant de prolonger celle-ci par tous les moyens, deux précautions y valaient mieux qu'une.

Cette rapidité avec laquelle les personnes interrogées semblaient renoncer à la médecine traditionnelle nous frappait. Le médecin traditionnel apparaissait largement, dans les discours mais également dans la réalité rennaise du moment, comme un médecin “ethnique”, un médecin du passé, un médecin de la campagne auquel on pouvait “croire” ou non mais qui appelait, dans tous les cas, une appréciation sur le mode de la croyance. Les réfugiés avaient très discrètement recours, par ailleurs, à certaines pratiques d'auto-médication familiales très courantes au Cambodge. Le “grattage à la pièce” (*koh khyol*, litt. “gratter [le] vent”, *ekasxül'*) qui consiste à frotter le torse avec la tranche d'une pièce de monnaie enduite de matière grasse pour faire circuler le sang dans les “conduits” (*sasay*, srés) laisse des traces visibles sur la peau et risquaient, de ce fait, d'être stigmatisantes. Le “baume du tigre”, à la forte odeur mentholée, était de même utilisé avec modération pour ne pas attirer l'attention des “Français”. Cette discrétion, on pouvait le constater, s'attachait particulièrement aux pratiques médicales. Les manifestations culturelles et en particulier religieuses, organisées par l'association cambodgienne locale dont le chef de file était d'ailleurs un médecin cambodgien, demandaient moins de “prudence”.

Partie ainsi d'une interrogation culturelle sur les changements dans les représentations de la maladie et ce qu'elles nous apprenaient sur les transformations culturelles en général, nous en sommes arrivée à percevoir un système de référence médical socialement minorisé ; et cela, doublement : au Cambodge, institution médicale et classes éduquées considéraient les pratiques traditionnelles comme des survivances archaïques ; en France, ce corpus apparaissait comme celui d'une minorité étrangère en quête d'une intégration silencieuse. Cela ouvrait une réflexion plus large sur la structuration du champ thérapeutique en France dans lequel devaient s'insérer les réfugiés cambodgiens et sur la dominance de la profession médicale. C'était sans

compter avec la “Lettre de Brahma” (*prom likhet*, Rbhulixit) comme les Cambodgiens nomment plaisamment les circonstances qui modifient le destin. Ayant eu l'occasion de partir au Cambodge pour ce qui devait être, au départ, un bref séjour de familiarisation avec le pays d'origine des personnes auprès desquelles nous enquêtions, nous avons décidé de reformuler ces interrogations sur le terrain cambodgien. Nous attachant plus particulièrement au secteur le plus “moderniste” du champ thérapeutique, le système de santé moderne et ses praticiens, il s'est alors agi de comprendre comment un savoir et une pratique biomédicales s'importaient dans un contexte aussi différent que celui du Cambodge.

Les questionnements de départ étaient de deux ordres. Le premier, “culturel” ou cognitif, consistait à se demander comment les médecins cambodgiens intégraient un savoir à prétention universaliste dont on sait pourtant qu'il est modelé par son contexte social d'origine. Comment ces médecins réaménagent-ils ce savoir et cette pratique quotidienne ? Comment s'opère, chez eux mais aussi dans la société cambodgienne, la réinterprétation culturelle et sociale de la pratique biomédicale ? Le questionnement adjacent était de type “social” : comment se forme (ou ne se forme pas) un groupe professionnel dans un pays comme le Cambodge ? Quelle place peuvent occuper les médecins dans ce pays ? Comment se situent-ils et sont-ils situés socialement, dans une société fortement cloisonnée, hiérarchisée et structurée par les rapports entre les trois grands groupes sociaux que sont, dans ce pays, les fonctionnaires, les commerçants et les paysans ? En somme, comment un groupe, qui se définit en Occident par une compétence particulière très valorisée, qualifiée de professionnelle, se constitue-t-il dans une société dont les clivages sociaux ne sont pas d'abord pensés en termes professionnels ? Ces interrogations de départ guidant les premiers pas sur le terrain, il nous fallait les reformuler de façon plus opératoire en allant voir, au Cambodge même, ce qu'il en était.

II - AXES D'ANALYSE

Premières images, premiers discours, et premiers chocs aussi. En commençant le travail de terrain au Cambodge par quelques rencontres avec des

responsables et des praticiens hospitaliers, ainsi qu'une première visite d'hôpitaux nous donnant un aperçu global du système de santé cambodgien, il nous a semblé que trois types de déconstructions devaient être opérées avant d'entamer la recherche proprement dite. En premier lieu, les hôpitaux cambodgiens et leur personnel ressemblaient bien peu, au premier abord, à ceux qui portent le même nom en France et que le patient, pris dans un puissant dispositif médical, n'a pas l'habitude d'interroger. L'univers blanc, impersonnel, efficace et à l'odeur d'éther fait place à un nouvel univers. Celui d'un bâtiment largement ouvert sur l'extérieur, souvent délabré, où paissent des vaches au milieu des déchets hospitaliers abandonnés dans l'herbe folle. Celui des petits feux de cuisine où cuit le riz du soir, dans les couloirs ou dans la cour. Celui, encore, des patients allongés dans les couloirs quand la place manque, et des familles nombreuses au chevet de leurs malades, inquiètes et mal à l'aise dans cet environnement qu'elles maîtrisent mal. Celui, enfin, de l'atmosphère des salles communes, rendue très lourde par l'anxiété et la souffrance silencieuses qui se dégagent de la plupart des nattes. Entrant à l'hôpital cambodgien, il faut oublier l'hôpital français – ou son image idéalisée par quelque lointain souvenir de visite. Il faut même, dans un premier temps, oublier le but officiel de la structure hospitalière : les soins aux malades. La première image est celle de la pauvreté, qui apparaît aussi comme un leit-motiv dans les discours du personnel hospitalier cambodgien.

Dans un second temps, les impressions, les descriptions et les analyses du personnel soignant humanitaire intervenant dans ces hôpitaux doivent être tenus à distance. Ceux-ci ont un atout moral majeur sur l'anthropologue : ils agissent, ils soignent, ils s'efforcent de sauver et il est tentant, pour cette raison, d'adopter leur représentation. L'anthropologue possède un autre avantage : il n'agit pas, n'est d'aucune utilité immédiate dans un hôpital, se sent démuni quand des patients, le prenant pour un médecin, implorent son aide, mais il ne produit pas de discours normatif sur ce que devrait être l'hôpital et les soignants cambodgiens et se contente, dans un premier temps, d'écouter les discours sur le dysfonctionnement chronique du système de santé cambodgien, produits par des O.N.G. humanitaires qui s'en montrent scandalisées pour certaines et compréhensives pour d'autres. Il reste enfin un autre type de discours, scientifique celui-là, qui demande une prise de distance si l'on veut saisir la logique du système de santé cambodgien et de ses acteurs : c'est celui de la sociologie de la

médecine elle-même, qui constituait notre point de départ théorique en l'absence de toute autre littérature disponible. Notre démarche a donc été d'apprendre (en prenant connaissance des recherches réalisées sur les médecins occidentaux), puis de “désapprendre” (en “oubliant” ces travaux trop ethnocentrés pour être directement utiles) pour enfin réapprendre (en partant de la réalité empirique cambodgienne pour construire un objet d'étude).

Les médecins, en effet, ont fait l'objet de nombreuses études en sociologie et en histoire. Ces études portent, dans leur grande majorité, sur les médecins dans les pays développés, en particulier aux États-Unis. Elles se veulent des éclairages des structures sociales et des orientations culturelles des sociétés occidentales modernes en interrogeant des phénomènes socio-historiques nouveaux : le rôle et le pouvoir de l'“expert” scientifique dans les structures de pouvoir, la part du développement scientifique et technique, lié à l'idéologie du progrès et à la “rationalisation” des sociétés dans l'avènement de ces experts ; les nouvelles conceptions de la santé et du rapport au corps qu'ils ont contribué à faire émerger ; enfin, la dynamique des rapports entre l'Etat, la corporation médicale et les patients comme condition d'émergence de la profession médicale. La recherche a aussi porté sur les caractères formels de la profession médicale, permettant de comprendre comment un ancien “métier” se transformait en nouvelle “profession”¹. L'analyse porte alors sur le processus très particulier de conquête de l'autonomie professionnelle par les médecins (contrôle de l'accès aux études, aux diplômes) et de la “dominance” d'un secteur d'activité (contrôle des métiers adjacents, devenus paramédicaux). Cette position s'appuie sur une forte légitimité sociale également conquise au cours de l'histoire grâce à la mobilisation du groupe des médecins et à ses capacités de persuasion et de pression vis-à-vis de l'Etat et de la société. De ce fait, la profession médicale apparaît comme l'exemple par excellence sur lequel s'appuie le modèle sociologique de la profession. Il était nécessaire de nous départir de ces modèles ethnocentrés pour aborder notre propre terrain cambodgien.

Ces travaux sur les médecins occidentaux, dans leur diversité, sont en effet largement dominés par le paradigme de la profession et du *groupe* professionnel.

¹ Eliot FREIDSON, *op. cit.* et Paul STARR, *The social transformation of American medicine*, Basic Books, 1982, 514 p.

Luc Boltanski montre, concernant non plus les médecins mais les cadres, comment s'est construite cette catégorie socio-professionnelle par un “travail social de définition et de délimitation”¹ et par un processus d'unification symbolique – autour d'un titre et d'un noyau originel d'ingénieur des grandes écoles – d'un ensemble plutôt disparate d'employés. De ce point de vue, les médecins cambodgiens se présentent de façon exactement opposée : disposant d'un titre – et n'ayant pas, comme les cadres de Boltanski, à lutter pour l'acquérir – ils ne forment pas, pourrait-on dire, de groupe. Sans association professionnelle, sans discours commun ni revendication collective, le processus de construction identitaire est difficile à repérer.

Au moment où débute notre enquête, en 1991, le Cambodge se trouve en effet dans une période de grande déstructuration sociale qui affecte aussi largement les parcours professionnels des médecins. Le régime du Kampuchea Démocratique (celui des communistes khmers surnommés par dérision “Khmers Rouges” par le Prince Sihanouk), est tombé depuis douze ans mais les traces de la destruction sont encore visibles. En 1979, il ne restait plus dans le pays qu'une poignée de médecins, d'infirmiers et de sage-femmes survivants du massacre des intellectuels. Ce sont eux qui, avec l'aide vietnamienne et ses conseillers politiques, ont remis en place un système de santé dans l'urgence. De plus, l'aide soviétique qui, parallèlement, fournissait médicaments et personnel a cessé brutalement, provoquant des ruptures de stock dans tous les hôpitaux². Les organisations non-gouvernementales (O.N.G.), principalement occidentales, commencent à affluer dans le vide diplomatique laissé par les pays occidentaux qui ne reconnaissent toujours pas le régime en place, et attendent un règlement des conflits entre factions cambodgiennes tout en préparant leur retour par une présence officieuse au Cambodge. Les parcours individuels portent la marque de cette histoire saccadée :

Monsieur Ung Paen³, par exemple, a suivi, au cours des différents régimes qu'il a traversés, toutes les formations para-médicales et médicales disponibles. Son parcours est celui d'une ascension professionnelle à chaque soubresaut politique. Il fait des études d'infirmier d'État sous le régime Sihanouk, de 1967 à 1970, puis est nommé à l'hôpital provincial de Kompong Chhnang

¹ Luc BOLTANSKI, *Les cadres*, Paris : Éd. de Minuit, 1982.

² L'Union Soviétique entre dans la crise qui aboutira à son démantèlement. Ses ressources ne lui permettent plus, alors, de poursuivre la coopération.

³ Tous les noms propres sont des pseudonymes.

(Nord-Ouest de Phnom Penh). En 1975, il est déporté dans les rizières pour les travaux collectifs, toujours dans la campagne de Kompong Chhnang. A la “libération” – terme officiel désignant alors l’entrée des troupes vietnamiennes au Cambodge en 1979 – il est appelé à Phnom Penh, comme beaucoup de rescapés, pour travailler à l’hôpital de l’Amitié Khméro-Soviétique. Il est ensuite autorisé à reprendre des études d’un an, en 1982, pour devenir officier de santé, un grade hérité de la période coloniale, de statut intermédiaire entre celui d’infirmier et de “docteur”. Après trois ans de travail hospitalier et son entrée au Parti, il est nommé vice-directeur du comité de santé de la province de Kompong Speu, sa province natale (Ouest de Phnom Penh) et directeur de l’hôpital. En 1985, il est autorisé à reprendre des études ; doctorales, cette fois. Au vu de son expérience professionnelle, il entre en quatrième année de médecine et en ressort, diplôme en poche, en 1989 pour reprendre son poste de direction à Kompong Speu.

Le parcours de monsieur Ung Paen est pourtant le plus rectiligne et le plus cohérent dans la perspective cambodgienne si on le compare à celui de M. Chea Prom.

Monsieur Chea Prom quant à lui, était en seconde année de médecine lorsque les Khmers Rouges ont pris le pouvoir. Après la déportation et les années de travail forcé, il revient à Phnom Penh en 1982, après un séjour dans un dispensaire de province, et reprend un cycle accéléré d’études médicales, ponctuées de stages au Viêt Nam. Comme les enseignants manquent à la Faculté de Médecine, il y est rapidement recruté en ayant à peine pu pratiquer la médecine au cours de brefs stages hospitaliers. Sans lien avec l’hôpital et donc avec les patients, ses revenus sont trop faibles et il doit songer à les compléter. Il accepte donc, à partir de 1991, d’enseigner le français, au sein même de la Faculté, pour le compte de l’Alliance Française et cela réduit encore son contact avec la pratique clinique car les stages de pédagogie linguistique et les réunions de préparation des cours de langue lui prennent du temps. Par ailleurs, et comme beaucoup de médecins hommes, M. Chea Prom compte largement sur les revenus de son épouse. Fille d’un commerçant aisé d’origine chinoise, propriétaire de plusieurs affaires, elle gère une fabrique de nouilles chinoises tandis que M. Prom gère également les affaires familiales en supervisant un restaurant-discothèque dans lequel il passe toutes ses soirées, sitôt sorti de la Faculté.

Il resterait à décrire, pour montrer l’hétérogénéité des trajectoires, des formations, des postes, des perspectives de carrière et des pratiques professionnelles elles-mêmes, les multiples apports étrangers. Stages de courte ou de longue durée en URSS, au Viêt Nam, en Bulgarie, à Cuba puis, ces dernières années en France, aux États-Unis, en Australie ou au Japon. Apprentissage du russe, du vietnamien, de

l'espagnol vite oublié au profit du français puis de l'anglais. Nécessité de travailler, pour quelques semaines ou plusieurs mois, aux côtés de ces mêmes étrangers qui, tous, ont une conception du travail hospitalier, de la profession médicale et de leur rôle – coopération ou mission humanitaire – différente. Ce n'est donc pas à l'intérieur du groupe professionnel qu'il fallait chercher les principes de sa construction mais bien à l'extérieur, dans la société globale. Ce faisant, on aboutit à trois constats.

Le premier est que, dans la courte histoire des médecins cambodgiens – commencée avec le Protectorat français instauré en 1863 – ceux-ci ont toujours été des fonctionnaires salariés, de même que l'ensemble du personnel soignant, malgré une pratique privée parallèle plus ou moins tolérée selon les époques. Leur histoire est donc intimement liée à celle d'un État cambodgien qui, lui, est de tradition très ancienne puisqu'il ne naît pas, comme dans certains pays, avec la colonisation et la décolonisation : des centres politiques royaux sont attestés dès les premiers siècles de l'ère chrétienne, au moment où commence à s'exercer l'influence indienne au Cambodge. Cette histoire, en second lieu, est toujours présente dans les interviews des médecins, tant elle est inscrite dans leurs parcours biographiques et professionnels. C'est une histoire faite de ruptures parfois très brutales¹ qui, au cours du siècle, ont balayé plusieurs fois les régimes et les individus, aboutissant à des recompositions sociales partielles et à des reconstructions de systèmes de santé sur des modèles variés, français, maoïste, vietnamien.

Ces ruptures, enfin, sont associées à des influences étrangères. Le secteur de la santé n'est pas le seul où ces références sont omniprésentes. Leur importance dans les affaires publiques cambodgiennes nous est apparue particulièrement flagrante lorsque, enquêtant pour une autre recherche sur les conséquences sociales de la décollectivisation des terres entreprise vers 1988-1989, nous avons analysé les lois foncières des dernières années. Rompant avec le collectivisme total tout en conservant de nombreux éléments de l'idéologie socialiste, elles faisaient l'effet, dans leur structure, d'un empilement où coexistaient des éléments des anciens codes juridiques cambodgiens et du droit français. Cet empilement, parfois contradictoire, en rendait

¹ Voir en annexe I une liste des principaux repères historiques.

l'application très difficile mais le législateur n'avait pas pu ou voulu y renoncer. A bien des égards, le système de santé se présente de la même façon.

Omniprésence de l'État dans l'histoire des médecins cambodgiens, ruptures historiques dans la constitution de cet État (ou de ces États successifs), influences étrangères permanentes mais variées, constitutives de ces changements brutaux : c'est à partir de ces traits marquants que nous avons construit notre cadre d'analyse.

Pour analyser la place des médecins cambodgiens dans la société cambodgienne d'aujourd'hui, comprendre la logique de leurs parcours, de leurs aspirations, de leur pratique quotidienne, nous avons adopté une perspective croisée à triple entrée. La première est diachronique. Le système de santé actuel se présente, on l'a vu, comme une cristallisation de moments historiques successifs. Il s'est développé par à-coups, dans les soubresauts de l'histoire et, le plus souvent, dans un contexte d'aides ou d'influences étrangères avec lesquelles le pays a dû composer et négocier. On ne peut en restituer la logique sous l'apparente incohérence actuelle qu'en référence à cette histoire qui débute avec le Protectorat français. La seconde perspective est "relationnelle". L'État est certes un acteur central par rapport auquel situer les médecins cambodgiens puisqu'il fixe leur statut professionnel et encadre fortement leur pratique. Mais ce n'est pas le seul. Le marché thérapeutique déborde largement le seul système de santé officiel. D'autres thérapeutes interviennent sur ce marché – les "médecins traditionnels" ou *kru khmaer* (RKUEឃុរ), notamment – et entrent de ce fait en concurrence au moins partielle avec les médecins – et les infirmiers. Enfin, les patients eux-mêmes en sont des acteurs importants et contribuent, par le choix de leur recours, leurs attentes particulières à l'égard des médecins, et les représentations qu'ils en ont, à fixer la position sociale de ces derniers.

La dernière perspective est microsociologique. Il s'agit alors d'observer comment le cadre structurel d'exercice influe sur les pratiques quotidiennes des médecins. Le niveau microsocial, dans notre enquête, est représenté par l'hôpital, lieu obligatoire d'exercice professionnel. Pratiquement, le choix s'est porté sur des hôpitaux bénéficiant d'une aide médicale humanitaire. Cette aide prend la forme d'une aide matérielle (rénovation des bâtiments, médicaments), d'une formation pratique des

soignants cambodgiens et d'une supervision de la qualité des soins. Le choix de tels hôpitaux pour notre observation se justifie de deux façons. Tout d'abord, l'aide étrangère, surtout occidentale, est massive au Cambodge dans tous les domaines et le restera probablement de nombreuses années encore. Cette évidence empirique oblige à étudier le secteur de la santé comme une construction négociée entre les pressions étrangères pour faire respecter des normes professionnelles “internationales” et les stratégies cambodgiennes pour bénéficier de cette aide sans se soumettre totalement à ces exigences. Nous retrouvons alors au niveau local hospitalier ce que nous décrivions au niveau macrolocal. D'autre part, les étrangers du secteur humanitaire sont eux-mêmes des représentants de la “profession médicale” ou des métiers paramédicaux, décrits par la littérature sociologique. Les points de friction et d'incompréhension avec leurs collègues cambodgiens permettent plus facilement de cerner les spécificités cambodgiennes et la réinterprétation culturelle ou sociale des normes biomédicales. On observera en particulier la façon dont s'actualisent les traits marquants de la pratique biomédicale : l'éthique médicale, la relation médecin-malade et le “rôle de malade”, l'autorité médicale, les domaines de compétence médicaux et infirmiers.

Ces perspectives croisées permettent de tenir compte de la dimension largement mouvante et transitoire du contexte social étudié. Elles permettent aussi une analyse transversale, à partir de la profession médicale au Cambodge, de la société cambodgienne globale.

PREMIÈRE PARTIE

POUR UNE ANTHROPOLOGIE DES

MEDECINS AU CAMBODGE

CHAPITRE I

LE CADRE CAMBODGIEN

Dans la péninsule indochinoise, le Cambodge, avec ses 180 000 km² pour onze ou douze millions d'habitants (1999), fait figure de petit pays – tout comme le Laos, au Nord – à côté de ses grands voisins thaïlandais (à l'Ouest) et vietnamien (à l'Est). C'est un pays au climat tropical, soumis au rythme de la mousson. Il se présente *grosso modo* comme une vaste cuvette dont les bords s'élèvent progressivement jusqu'aux frontières. Dans la plaine centrale ainsi formée, beaucoup plus peuplée que les rebords montagneux, presque vides de population, se concentrent les petites exploitations rizicoles. Cette plaine est drainée par l'immense lac du Tonlé Sap (“le Fleuve d'Eau Douce”) aux eaux très poissonneuses d'où s'écoule le fleuve du même nom, aux rives aménagées pour le maraîchage. Il rejoint le “Grand Fleuve” (*Tonlé Thom* ou Mékong) devant Phnom Penh, à l'endroit nommé “les Quatre Visages” (*Chato mouk*), bizarrement traduit par “Quatre Bras” en français.

Sur le plan ethnique, la population est composée d'une *majorité* de Khmers – aux doubles sens statistique et sociologique du terme – représentant environ 90 % des Cambodgiens. Les minorités ethniques sont, elles, diverses quant à l'ancienneté de leur présence sur le territoire national et leur degré d'acculturation et de métissage. Parmi les communautés qui forment traditionnellement des groupes à part, l'on compte les “Montagnards”¹, installés depuis des milliers d'années dans la péninsule indochinoise et proches des Khmers, sur le plan linguistique et culturel, mais non indianisés, à la différence de ces derniers². Repoussés aux confins du pays, ils vivent, en villages itinérants, de l'agriculture sur brûlis et de la chasse. Ils restent, de ce fait, l'objet d'une complaisance condescendante de la part des Khmers. Quant aux Musulmans,

¹ Les anthropologues les ont appelés “Proto-Indochinois” avant de les appeler “Montagnards”, à l'instar de leur dénomination officielle de “Khmers d'En Haut” (*Khmaer leu*) dans le Cambodge indépendant.

² De petits groupes thaï, lao et birmans sont également mentionnés dans la littérature d'avant 1975. Se sont-ils réinstallés en petit nombre après le régime khmer rouge ? Nous n'avons rencontré que des hommes d'affaire thaïlandais sans lien avec ces minorités migrantes rurales.

appelés Cham ou “Khmers Islam”, ils sont, pour certains, les descendants d'un ancien royaume indianisé puis islamisé, le Champa, situé au Sud de l'actuel Viêt Nam et progressivement absorbé par ce dernier entre le XVe siècle et le XVIIe siècle. D'autres sont issus de commerçants malais, persans ou turcs de diverses régions, ayant fréquenté le Cambodge depuis le XVIe siècle. Les Vietnamiens immigrés au Cambodge sont victimes d'un certain ostracisme de la part des Khmers, pour les visées expansionnistes qu'ils leur prêtent¹, assorti de tout un ensemble d'ethnotypes dévalorisants. Cependant, les violences dont ils ont parfois été l'objet n'ont jamais été spontanées mais organisées par des régimes nationalistes. Ils ont surtout immigré à partir du XIXe siècle, à la faveur du Protectorat. Alors que le régime khmer rouge les a expulsés – dans le meilleur des cas – le gouvernement suivant (1979-1993) leur a été favorable.

Enfin, les “Chinois” jouissent d'une position particulière au Cambodge. Venus de très longue date par vagues successives et régulières, ils pratiquent volontiers l'intermariage car l'immigration chinoise est traditionnellement celle de jeunes hommes célibataires. De ce fait, à côté de petites communautés issues de régions particulières de la Chine, animant des associations, l'on observe tous les degrés d'acculturation individuelle², socialement classés, comme le reflète la langue khmère familière, selon la proximité générationnelle de l'ancêtre chinois : les “Chinois purs” (*chen sot*, cinsuTÆ) dits aussi, en langue familière, les “Chinois crus” (*chen chhau*, cineqA), les “enfants de Chinois” (*kon chen*, kUncin) et les “coupés (métissés) de Chinois” (*kat chen*, kat'cin), sans que ces distinctions soient péjoratives – tout au plus sont-elles légèrement ironiques.

La division ethnique du travail est restée assez stable malgré les bouleversements sociaux des dernières années. Les Khmers sont largement riziculteurs de plaine, “propriétaires”³ de leur petite parcelle d'un hectare en moyenne¹. Un potager

¹ Le delta du Mékong était cambodgien jusqu'au XVIIe siècle.

² La République Populaire puis l'Etat du Cambodge (1979-1993), proche du Viêt Nam, entretenant de très mauvais rapports avec la Chine Populaire, la présence “chinoise” s'est faite très discrète jusqu'en 1991-1992, avant de se manifester à nouveau, individuellement (le fait de se reconnaître un ancêtre chinois) et collectivement (fêtes, écoles, etc.).

³ Plus exactement “usufruitiers”. Dans le droit foncier traditionnel, le Roi est le seul maître de la terre mais quiconque s'y installe et l'exploite jouit de droits étendus sur elle (propriété de la production, transmission aux enfants). Les textes en vigueur aujourd'hui restent ceux de la période socialiste. Ils sont

près de la maison ; le fleuve, les mares ou la rizière pour la pêche (dont on rentre rarement bredouille), apportent le complément alimentaire. Le revenu monétaire est tiré de la vente de produits artisanaux dont il existe des spécialités régionales. Chaque année, de longues processions de charrettes bourrées de paille et tirées par des bœufs blancs à cornes en lyre, acheminent cahin-caha les poteries de Kompong Cham vers les marchés régionaux. Dans les provinces de Kompong Speu ou de Prey Veng, les hommes grimpent aux palmiers à sucre plantés sur les diguettes des rizières, pour inciser les fleurs et en récolter le jus douceâtre. Ils le vendent ensuite, tel quel dans des tubes de bambou, ou transformé en vin de palme, ou bien encore cuit, sous forme de mélasse sucrée au goût de miel. Ailleurs, on fabrique de la vannerie, on tisse la soie des sarong et des sampot sur des métiers à tisser installés sous les pilotis de la maison.

Bien qu'ils ne soient pas traditionnellement portés à la culture intensive² et à la production de surplus, il est néanmoins admis que les paysans arrivaient à vivre décemment de leur production – surtout un paddy (riz planté) de saison des pluies (non irrigué) – avant les conflits armés qui débutent vers 1970. Depuis, les difficultés se sont accumulées, accélérant la différenciation socio-économique (nombreuses veuves manquant de main-d'œuvre masculine pour les labours et obligées de céder leurs terres, déplacements de population lors de combats, mines antipersonnel en très grand nombre, partages iniques de terres lors de la décollectivisation de 1988, etc.) qui poussent un nombre croissant de paysans démunis vers les villes. A côté d'un exode rural saisonnier, traditionnel pendant la soudure (cyclo-pousses, manœuvres sur les quais, petits vendeurs), se développe ces dernières années l'exode définitif de ceux qui, sans soutien familial, vivent de la mendicité ou de la prostitution.

Les Chams sont, eux, plutôt pêcheurs et marchands de bétail. L'explication habituelle veut que l'islam, contrairement au bouddhisme, ne leur interdise pas l'abattage d'animaux. Les Vietnamiens sont également souvent pêcheurs, vivant regroupés sur des sampans le long des berges des fleuves ou dans des maisons flottantes

assez flous sur cette question mais sont, quant au fond, assez proches de cette conception car la terre est propriété d'Etat. Cela suscite de nombreux conflits.

¹ Elles sont plus grandes au Nord-Ouest et plus petites au Sud-Ouest, zone de peuplement ancien. Une tendance à la constitution de “grandes” propriétés (soit, dans le contexte cambodgien, une dizaine d'hectares) est observée dans les années 1970 et, d'après ce que nous avons pu en voir, reprend dans les années 1990 dans la région de Battambang.

² Des O.N.G. organisent des périmètres irrigués avec un succès mitigé car ils supposent une organisation collective particulière que ne souhaitent pas toujours les paysans concernés.

sur le Grand Lac. Ils y louent des concessions de pêche dont le produit est destiné à la vente. Ils exercent aussi volontiers en ville de petits métiers d'artisanat (réparateurs de vélomoteurs, menuisiers) que les Khmers n'apprécient guère. Quant aux descendants de Chinois, s'il est abusif de les décrire comme exclusivement commerçants et citadins – car ils ont contribué, par exemple, à défricher les berges des fleuves et à y lancer des cultures fruitières et potagères à vocation commerciale, à partir du siècle dernier – ils détiennent, de fait, une grande partie des commerces de détail et de gros, dont les activités comprennent le prêt d'argent à usure, le négoce de l'or et, dans les campagnes, la fonction d'intermédiaire dans la vente de la production rizicole paysanne.

L'immense majorité des Cambodgiens (peut-être 80 %) vit donc de l'agriculture familiale et des productions associées. L'industrie lourde est inexistante. Quelques industries légères, apparues dans les années 1950, ont été remises sur pied à partir de 1980 (tabac, textile, alcool, lait concentré, etc.) mais ceux qui en ont les moyens préfèrent les produits d'importation asiatiques, de meilleure qualité. L'arrivée massive d'employés de l'O.N.U. en 1992-1994 a gonflé la demande et fait monter les prix. Le secteur tertiaire est surtout le fait d'organisations non-gouvernementales et de sociétés commerciales étrangères implantées depuis les années 1990. Dans la mesure où ces dernières restent méfiantes quant à l'avenir du pays, leurs investissements sont souvent réalisés à court terme dans l'hôtellerie de luxe ou les restaurants-dancings.

Les revenus substantiels ont aussi d'autres sources. La coupe intensive des bois précieux de la forêt vierge, l'exploitation des mines de pierres précieuses de la région de Pailin (Nord-Ouest), l'hévéaculture (héritage des Français), etc. alimentent un juteux commerce contrôlé par des groupes armés de la guérilla ou des notables du gouvernement – en particulier des militaires – associés à des entrepreneurs étrangers (thaïlandais, malais). Ces revenus, malgré les promesses faites aux bailleurs de fonds internationaux (Fonds Monétaire International, Banque Mondiale, Banque Asiatique de Développement) et aux groupes de pression écologistes qui s'inquiètent de la déforestation, échappent très largement au contrôle de l'Etat et donc à l'impôt. Les caisses restent vides.

Après une période de reconstruction socialiste plus austère (1979-1988) succédant au régime khmer rouge, le nouveau dogme de "l'économie socialiste de

marché” – Etat autoritaire et libéralisation économique – crée un contraste de plus en plus marqué entre les somptueuses fortunes qui s’étalent au grand jour avec arrogance et la profonde misère où s’enfoncent les plus démunis, échouant sur les tas d’ordures de Phnom Penh à la recherche de quelques chiffons à revendre. Mais le thème de l’inégalité sociale a déjà été, en son temps, exploité par les Khmers Rouges avec les résultats que l’on sait¹. Le Cambodge, depuis sa réouverture aux pays occidentaux, est donc devenu un pays du Tiers-Monde classique, avec son cortège de mauvais “indicateurs”² : une espérance de vie à la naissance de cinquante-et-un ans en 1992 ; un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 184 ‰ – l’un des plus élevés du monde ; des services de santé inaccessibles à 50 % de la population rurale (contre 20 % de la population urbaine). Une eau potable disponible pour un tiers des ruraux (contre 65 % des citadins³).

L’on terminera enfin cette brève présentation par quelques repères historiques (voir aussi annexe I). Les mouvements migratoires préhistoriques du Cambodge et de la région sont mal connus mais attestés. Certains spécialistes penchent pour l’hypothèse d’un peuplement à partir de la Chine, d’autres pour une installation de population venues d’Inde ou d’une autre partie de l’Asie du Sud-Est. Quoi qu’il en soit, la langue khmère qui appartient à la famille linguistique môn-khmère, a des “cousines” dans l’ensemble de l’Asie du Sud-Est, surtout dans la péninsule mais également dans la partie insulaire de la région ; ainsi qu’en Inde⁴. Ces langues se seraient séparées d’un “tronc” commun austro-asiatique (caractérisé par des éléments culturels similaires) voilà plusieurs milliers d’années. L’un des sites archéologiques les plus anciens⁵ du Cambodge actuel est une grotte qui abritait une activité humaine – notamment la

¹ A un médecin et son épouse, rencontrés peu après mon arrivée au Cambodge, qui me demandaient mes premières impressions sur leur pays, j’avais confié le choc ressenti devant le spectacle d’une telle inégalité. Par moquerie, ils m’avaient appelée la “Française Rouge” (*barang krohom*).

² Selon les estimations annuelles mondiales de l’U.N.I.C.E.F., 1994.

³ L’eau n’étant pas potable dans la plus grande agglomération, celle de Phnom Penh qui compte deux millions d’habitants, l’évaluation semble surestimée.

⁴ Pour une synthèse rapide de la question, cf David P. CHANDLER, *A History of Cambodia*, Boulder, Colorado : Westview Press, 1983, p. 9.

⁵ Depuis la réouverture de la Faculté d’archéologie de Phnom Penh et la possibilité pour des chercheurs étrangers de réaliser des fouilles, les recherches en préhistoire ont repris depuis cinq ans. Elles avaient été très peu développées sous le protectorat français.

fabrication de poteries – vieille de 4200 ans avant J. C. (datation au carbone 14), dans le Nord-Ouest du pays, à Laang Spean.

Dans les premiers siècles de l'ère chrétienne, des commerçants indiens, des princes exilés et des aventuriers s'installent au Cambodge et épousent des femmes issues de familles dirigeantes locales. Ils sont suivis par des brahmanes, prisés pour leur connaissance des rituels qui s'établissent à leur tour. Les échanges sont ensuite continus et réciproques, notamment les voyages de religieux. L'influence indienne au Cambodge pour être pacifique (contrairement à la soumission du Viêt Nam par la Chine), l'a profondément marqué¹ dans son art, son architecture, sa littérature, ses religions officielles successives (l'hindouisme, en particulier le civaïsme ; le bouddhisme du Mahayana puis le bouddhisme theravadin, devenu religion royale à partir du XIIIe siècle).

Divers royaumes indianisés ont étendu leur autorité sur l'actuel territoire cambodgien. Le Fou-Nan est le premier d'entre eux. Du Ier au VIe siècle, il étend son autorité sur le Sud du Cambodge actuel et le delta du Mékong (ainsi sans doute que sur le Sud de la Thaïlande et de la péninsule malaise), pour céder ensuite la prééminence à son ancien vassal, le Chen-La (Nord du Cambodge)². Au IXe siècle, le roi Jayavarman II, installe sa capitale dans la région d'Angkor et se fait sacrer *cakravartin* (terme sanscrit³ désignant le souverain universel dans la tradition indienne), inaugurant la période dite angkorienne de la royauté khmère. Ses successeurs fixent leur capitale dans la même région jusqu'à l'invasion thaïe de 1431. Les souverains khmers se replient alors vers le Sud du Grand Lac, à Lovek (prise par les Siamois au XVIe siècle) puis à Oudong et enfin à Phnom Penh au XIXe siècle.

Affaibli par les attaques des royaumes siamois et vietnamien, le Cambodge est placé sous protectorat français de 1863 à 1953 et fait désormais partie de l'Union Indochinoise avec le Laos, le Tonkin, l'Annam et la Cochinchine. La Seconde Guerre mondiale et le coup de force japonais de 1945 en Asie du Sud-Est ouvrent la

¹ Une autre hypothèse est celle d'un contact antérieur à cette indianisation. Poussées par les Aryens, les populations d'Inde auraient migré vers l'Asie du Sud-Est.

² Ces mouvements successifs sont à comprendre dans la dynamique des rapports entre les centres de pouvoirs de l'ensemble de l'Asie du Sud-Est, eux-mêmes dépendants des événements survenant en Inde et surtout en Chine.

³ Le *c* transcrit le son "tch".

voie à l'indépendance dont le roi Norodom Sihanouk est le personnage central pendant les vingt années suivantes. Monté sur le trône en 1941 avec l'aide des Français, il obtient une indépendance totale en 1953. Afin de mieux participer à l'activité politique de son pays, il abdique en 1955 au profit de son père et crée autour de sa personne un vaste mouvement, la "Communauté socialiste populaire" (*Sangkum Reastr Niyum*, connu sous le nom de Sangkum). Cristallisant au fil du temps, des mécontentements essentiellement chez les citoyens, le Prince Sihanouk est destitué par une Assemblée Nationale conquise à la cause du Maréchal Lon Nol et du Prince Sirik Matak, soutenus par les Etats-Unis – avec lesquels Sihanouk avait rompu en 1963. Le pays est alors entraîné dans la seconde guerre du Viêt Nam. Le mouvement communiste cambodgien, avec l'appui de ses alliés vietnamiens, gagne du terrain et remporte la victoire. Phnom Penh passe le 17 avril 1975 aux mains des "Khmers Rouges" qui instaurent un régime totalitaire sous la férule de Pol Pot, soutenu par la Chine Populaire. Plusieurs centaines de milliers de Cambodgiens fuient leur pays dès qu'ils le peuvent – c'est-à-dire surtout à la chute du régime khmer rouge. Les rapports avec le Viêt Nam se détériorant, les troupes vietnamiennes, accompagnées de communistes cambodgiens rescapés des purges, envahissent le pays et mettent en place un régime communiste de Parti unique, la République Populaire du Kampuchea (1979-1989) qu'ils encadrent fermement. Pendant ce temps, les factions de résistance à ce régime (essentiellement représentées par les Khmers Rouges, les sihanoukistes et les nationalistes anticommunistes) créent une coalition reconnue par les pays occidentaux, lesquels coupent tout contact diplomatique avec Phnom Penh.

Les troupes vietnamiennes quittent officiellement le Cambodge en 1989 et les conseillers se retirent peu à peu. L'aide des pays socialistes (Europe de l'Est, URSS, Cuba) durera jusqu'en 1990, date à laquelle elle cesse brutalement. Phnom Penh, prise à la gorge, commence une série d'approches diplomatiques vers les pays occidentaux, tandis que le régime s'assouplit et prend le nom plus neutre d'Etat du Cambodge, doté d'une nouvelle Constitution (1989). Les pourparlers de paix, ouverts depuis quelques années déjà, aboutissent aux Accords de Paris de 1991. Le pays est placé sous la tutelle de l'O.N.U., chargée d'organiser des élections générales (élection d'une Assemblée constituante) en 1993. Avec 20 000 employés et des moyens matériels considérables, c'est la mission de paix la plus coûteuse de son histoire.

Le parti sihanoukiste arrive en tête de ces élections à une courte majorité, suivi de l'ancien parti unique communiste, tandis que les Khmers Rouges se sont retirés des Accords de Paix et ont repris la guérilla. La Constitution fait du nouveau Royaume du Cambodge une monarchie parlementaire où le prince Sihanouk, sacré roi à nouveau, “règne mais ne gouverne pas”. Mais les deux premiers ministres ont du mal à cohabiter et les heurts sont fréquents – en particulier celui de juillet 1997 – maintenant l'instabilité politique du pays. Les élections législatives de juillet 1998 ont cette fois donné la victoire au Parti du Peuple Cambodgien (ex-parti communiste) mais les tensions violentes persistent car les partis d'opposition mettent en doute l'impartialité du scrutin. La situation militaire au Cambodge a été néanmoins très améliorée – et l'ensemble du territoire est aujourd'hui accessible – grâce à l'extinction totale du mouvement khmer rouge après la mort de Pol Pot en avril 1998 et le ralliement de certains de ses dirigeants au gouvernement de Phnom Penh, tandis que d'autres ont été arrêtés. Ces dernières années, le gouvernement cambodgien et l'O.N.U. ont entamé une discussion, toujours en cours en 2001, en vue de l'établissement d'un tribunal international qui jugerait les principaux responsables du régime khmer rouge encore vivants. En dépit de l'évolution positive que constitue la fin de la guérilla khmère rouge, on assiste à une véritable “tiers-mondisation” du pays accompagnée d'une emprise étrangère de plus en plus grande (par le biais des aides humanitaire mais également bilatérale et multilatérale ainsi que des investisseurs privés de la région), d'une paupérisation accélérée des individus les plus fragiles sur le plan économique et d'un exode rural important.

Ce bref aperçu du Cambodge n'a pour but que de peindre à grands traits le cadre humain dans lequel s'est déroulée notre enquête. Il n'en demeure pas moins une synthèse sommaire des connaissances accumulées par les sciences humaines depuis plus d'un siècle. A ce titre, il reflète aussi les présupposés, les problématiques, les écoles de pensée auxquels ces travaux ont souscrit. Dans la mesure où les traditions de recherche se sont montrées particulièrement fortes au Cambodge – privilégiant certaines approches, en négligeant d'autres, il nous semble nécessaire de les évoquer brièvement, avant de situer notre propre travail.

CHAPITRE II

LES TRADITIONS DE RECHERCHE AU CAMBODGE ET L'ECLIPSE DES ANNEES 1970-1980

Les recherches en sciences humaines sur le Cambodge ont été, jusqu'aux années 1970, encadrées par trois traditions, trois courants de pensée : l'orientalisme, l'ethnographie puis, après l'indépendance, l'analyse des régimes politiques et de leurs conflits internes¹.

I - LA TRADITION ORIENTALISTE

L'Ecole Française d'Extrême-Orient, fondée au début du siècle à la suite de la Mission Archéologique de l'Indochine, s'attache à l'inventaire et à la conservation des monuments². Lorsque la province de Siem Reap (au Nord-Ouest) est rétrocédée par le Siam (l'actuelle Thaïlande) au Protectorat en 1907, ces travaux se concentrent sur Angkor, emplacement entre le VIIe siècle et le XIIe, de capitales royales ensuite abandonnées. Le dégagement et la restauration de temples splendides, noyés dans la jungle, mettent à jour un matériel archéologique important qui lance, parallèlement, les recherches sur l'histoire ancienne du royaume dont on connaît alors peu de choses, si ce n'est les descriptions embellies et tardivement rédigées, rapportées par les chroniques royales³.

L'intérêt suscité par ces recherches et le prestige associé à ces travaux d'érudition sont renforcés par deux faits : Angkor est un site exceptionnel qui exerce sur les spécialistes une véritable fascination. Ils la font partager au public français – déjà averti depuis les récits de l'explorateur Henri Mouhot, parus dans le “Tour du Monde”

¹ Les principaux ouvrages en sont donnés dans la bibliographie générale.

² Le premier de ces inventaires est publié en 1901 par le Commandant Lunet de la Jonquière.

³ Celles-ci seront ensuite étudiées pour elles-mêmes, et non plus comme des sources historiques suspectes, par MAK Phoeun et KHIN Sok.

en 1863 – grâce aux expositions universelles et coloniales, en particulier celle de 1931 qui, à Vincennes, reproduit grandeur nature le troisième étage du temple d'Angkor Vat. En second lieu, l'indianisation confère à la culture khmère les lettres de noblesse d'une "civilisation", lui donnant place dans la "grande tradition" des pays que l'on conçoit alors comme de simples extensions culturelles de l'Inde – cette "Inde extérieure"¹ comprenant les archipels, le Cambodge, le Laos, la Thaïlande, la Birmanie et la péninsule malaise. Les indianistes s'intéresseront, avant même la création de l'E.F.E.O., aux stèles de fondations religieuses rédigées en sanskrit puis en pali² et en vieux khmer³ (dont le premier texte connu date du VIIe siècle).

Epigraphistes, archéologues et historiens d'art⁴ vont s'atteler, dans un premier temps, à dresser la chronologie des dynasties successives des royaumes khmers à partir des matériaux disponibles (temples⁵, statues, bas-reliefs, stèles, chroniques chinoises décrivant les échanges d'ambassades, témoignages issus des royaumes voisins). La période angkorienne devient ainsi la référence centrale d'une histoire qui comprend un essor, un apogée puis un déclin ; le Cambodge contemporain n'apparaissant que comme le pâle reflet d'un royaume jadis puissant, fortement centralisé et régnant, au plus fort de sa gloire, sur une grande partie de la péninsule indochinoise et même au-delà. Ce thème de la décadence, implicitement sous-tendu par une telle vision de l'histoire trouve des prolongements idéologiques. Il justifie le protectorat français. Il imprénera également l'imaginaire national cambodgien – du moins celui des Khmers car les groupes ethniques non indianisés, sans écriture ni centre politique, en sont exclus – et l'idéologie des régimes d'après l'indépendance⁶ ; les tours

¹ Georges CÉDES, *Les Etats hindouisés d'Indochine et d'Indonésie*, Paris : De Boccard, 1989 [1ère éd. 1948], 503 p.

² Le pali est une langue issue (prakrit) du sanskrit. Il devient langue des textes sacrés au Cambodge à partir du XIVe siècle.

³ Le Hollandais Hendrik KERN traduit la première inscription sanscrite du Cambodge, attirant l'attention des Français Auguste BARTH et Abel BERGAIGNE qui publient à leur tour à partir de 1885. Georges CÉDES est ensuite le grand nom de l'épigraphie khmère jusqu'à sa mort en 1969. Ses études sont poursuivies par Claude JACQUES et Saveros POU.

⁴ Citons, sans être exhaustive, les travaux de Philippe STERN, Louis FINOT, Jean BOISSELIER, Madeleine GITEAU, Georges GROSLIER, Bernard-Philippe GROSLIER.

⁵ Les habitations humaines, construites en bois dans un pays tropical ont, quant à elles, disparu.

⁶ Voir, par exemple, cet article au titre évocateur : Robert GARRY, *La renaissance du Cambodge. De Jayavarman VII, roi d'Angkor à Norodom Sihanouk Varman*, Phnom Penh : Département de l'Information, 1964, 13 p.

d'Angkor Vat figurant, tel le symbole d'une puissance à retrouver, sur tous les drapeaux, monarchistes comme communistes.

Ces grands repères chronologiques fixés, plusieurs questions apparaissaient qui ont davantage retenu l'attention des chercheurs par la suite. L'une d'entre elles, traitée depuis les années 1980 par des historiens (Khin Sok, Mak Phoeun), est l'étude de la période qui, couvrant la période post-angkorienne jusqu'à la colonisation française, avait été négligée auparavant. La seconde, concernant les temps d'Angkor, pose le problème de la réalité d'un pouvoir centralisé étendant son influence sur de grandes aires¹ alors que les luttes de pouvoirs et les allégeances de petits potentats locaux sont mal évaluées. La dernière question est celle des formes de l'acculturation indienne du peuple ordinaire, que les matériaux archéologiques, de par leur nature, ont passé sous silence. D'une certaine manière, les travaux de François Bizot sur le bouddhisme khmer, commencés dans les années 1970, ont pour toile de fond cette question. L'étude de manuscrits religieux² recopiés de génération en génération depuis plusieurs siècles ainsi que l'observation de cérémonies, lui permettent d'étayer l'hypothèse d'un bouddhisme khmer plus original – le Mahanikay ancien, plutôt paysan et dévalorisé comme archaïque, basé sur l'interprétation mystique du dogme theravadin, dont on trouve des similitudes en Thaïlande, en Birmanie³ – que ne le veut l'habituelle explication d'un bouddhisme theravadin canonique tout droit venu du Sri Lanka au XIV^e siècle. La “purification” du bouddhisme cambodgien⁴ est, d'ailleurs, l'une des ambitions du Protectorat⁵. L'Institut Bouddhique s'attelle à la traduction du Tripitaka (les Trois Corbeilles, textes canoniques du bouddhisme theravadin) en langue

¹ Voir le compte rendu d'un colloque international sur l'histoire khmère, tenu à la Sorbonne en 1993, en particulier les interventions de Claude JACQUES et de Serge THION, dans Serge THION, “Cambodia's History on Trial”, *Phnom Penh Post*, 5 novembre- 18 novembre 1993, pp. 14-15.

² L'une des tâches de l'E.F.E.O. depuis sa réinstallation au Cambodge vers 1990 est l'inventaire, la conservation et l'édition des manuscrits. Selon elle, quatre-vingt-dix pour cent ont été détruits sous le régime khmer rouge.

³ Il ne s'agit donc pas, dans cette hypothèse, d'un syncrétisme local avec des cultes animistes autochtones.

⁴ Certains fidèles cambodgiens récusent cette idée d'un bouddhisme local, contraire à leur conception d'une religion-philosophie universelle donnée par les textes canoniques.

⁵ Les raisons en sont surtout politiques : éviter que les moines cambodgiens maintiennent des liens étroits avec leurs confrères thaïlandais ; réduire l'influence des bonzes traditionnels dans l'enseignement primaire, en créant des “écoles de pagode” mieux contrôlées et au savoir plus rationnel. Voir François BIZOT, *Le figuier à cinq branches. Recherche sur le bouddhisme khmer*, Paris : Ecole Française d'Extrême-Orient, 1976, pp. 1-44.

khmère. C'est dans ce même institut, voué à la publication de textes classiques, que les premiers travaux ethnographiques ont été réalisés.

II – LA RARETE DES ETUDES ETHNOGRAPHIQUES

Outre les fonctionnaires coloniaux khmérophones qui, tels Etienne Aymonnier ou Adhémar Leclère publient dès la fin du XIXe siècle leurs observations sur les “croyances superstitieuses”, les cérémonies religieuses ou la médecine traditionnelle, les premières recherches en ethnographie commencent de façon organisée aux alentours de la seconde guerre mondiale, peu avant l'indépendance. La démarche, proche de celle des folkloristes, se justifie par l'urgence d'une ethnographie que l'on pourrait qualifier de sauvetage. “Le temps presse pour étudier les coutumes et les croyances du Cambodge, car elles se perdent vite. L'influence du Chinois [*sic*] surtout, qui pénètre dans le pays avec les routes, un modernisme aussi qui, peu à peu, s'infiltré dans les plus lointaines campagnes, font que bien des rites, perdant de leur utilité pratique aux yeux des Cambodgiens, sont écourtés, puis abandonnés”, s'alarme Evelyne Porée-Maspero¹. Sous sa direction, la Commission des Mœurs et Coutumes du Cambodge, se charge alors d'envoyer, dans les provinces du royaume et par l'intermédiaire des responsables régionaux, des questionnaires sur des sujets divers que les érudits locaux doivent remplir.

La synthèse des informations² donne lieu à la rédaction de petits fascicules de vulgarisation comme les *Cérémonies privées des Cambodgiens*, les *Cérémonies des douze mois* ou *La vie du paysan khmer*. Elle étaye aussi une enquête, également entreprise par Evelyne Porée-Maspero, dans les années 1940-1950, sur les

¹ Evelyne POREE-MASPERO, *Etude sur les rites agraires des Cambodgiens*, t. I, Paris/La Haye : Mouton/E.P.H.E., 1962, p. xi. Pour des raisons différentes (les destructions opérées par les “Khmers Rouges”), le thème du rôle de l'anthropologie dans la sauvegarde d'une culture menacée transparaît aussi dans une présentation des travaux étatsuniens récents. Voir May M. EBIHARA, Carol A. MORTLAND and Judy LEDGERWOOD (eds.), *Cambodian Culture since 1975. Homeland and Exile*, Ithaca/London : Cornell Univ. Press, 1994, 194 p.

² Les données concernant les génies *neak ta* ont été traduites en français et publiés par Alain FOREST, *Le culte des génies protecteurs au Cambodge*, Paris : L'Harmattan, 1992, 254 p.

rites agraires des Khmers¹. L'étude se présente comme un catalogue vaste et minutieux, recensant l'ensemble des rites et des mythes liés à l'agriculture – avec les différences locales et les similarités qu'ils présentent dans les pays voisins. La conclusion de l'ouvrage, il est vrai, retrouve les préoccupations de l'orientalisme en recherchant des généalogies culturelles (emprunts ou diffusions) susceptibles d'informer l'histoire ancienne du Cambodge. Mais elle s'en distingue par deux nouveautés. D'une part, les enquêtes font une place à l'observation directe de cérémonies – s'ajoutant aux interviews d'"informateurs". D'autre part, l'influence indienne apparaît comme beaucoup moins importante dans l'univers religieux paysan que ne le laissait penser l'étude des cultes royaux. L'image que l'on se forge alors de la culture khmère est celle d'une culture syncrétique entre un "substrat" austro-asiatique ou plus spécifiquement môn-khmer² et des éléments indiens.

La monumentale monographie de Jean Delvert sur *Le paysan cambodgien* (d'une aide appréciable lorsque l'on arrive au Cambodge) réalisée dans les années d'après-guerre (1949-1959), utilise des techniques d'enquêtes similaires, alliant les questionnaires expédiés dans un grand nombre de communes (*khum*) et les interviews de vérification des informations ainsi recueillies. Œuvre d'un géographe, elle a cependant d'abord pour préoccupation la culture matérielle et contemporaine des paysans cambodgiens, rompant ainsi avec la recherche des origines, basée sur des sources historiques écrites.

Dans les années 1960 enfin, les enquêtes de terrain – avec séjour auprès de la population étudiée – s'imposent comme une pratique nécessaire de l'ethnologie et acquièrent le statut de matériau à part entière. En France, ces recherches débutent, pour la plupart, sous l'impulsion de Georges Condominas – qui a lui-même inauguré ces travaux en séjournant chez les Mnong Gar, groupe ethnique des hauts plateaux du Viêt Nam central – et dans le cadre de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes qui privilégie cette approche. Si elle complète la perspective orientaliste en décrivant la réalité sociale contemporaine, elle s'insère malgré tout dans une "division du travail", observée

¹ Evelyne POREE-MASPERO, *Etude sur les rites agraires des Cambodgiens*, Paris/La Haye : Mouton/EPHE, 3 vol., 1962, 1964, 1969, 988 p.

² Du groupe linguistique auquel appartient la langue khmère avec les langues kouy, brao, pear, parlées au Cambodge par des groupes ethniques minoritaires.

ailleurs, qui lui attribue la tâche d'étudier les peuples sans écriture¹, c'est-à-dire les "Proto-Indochinois" non indianisés.

Quelques monographies, peu nombreuses, voient ainsi le jour. Deux d'entre elles décrivent des villages khmers (Gabrielle Martel, May Ebihara), une troisième, l'"isolat culturel" que forme le massif forestier des Cardamomes, peu en contact avec le reste du pays (Marie Martin). Plusieurs autres, des groupes ethniques minoritaires (les techniques agricoles des Brou du Nord-Est, par Jacqueline Matras-Troubetzkoy ; l'artisanat métallurgique des Kouy, par Bernard Dupaigne ; les Cham, par Françoise Corrèze). D'autres études encore abordent une activité ou un domaine particuliers, comme la botanique (Marie Martin), la musique (Jacques Brunet), le dressage des éléphants (Jean Ellul) ou la religion populaire (Ang Choulean). Des sources écrites nouvelles sont également exploitées comme les contes populaires (Solange Thierry), les versions populaires du Ramayana² (Alain Daniel, également auteur d'un dictionnaire du cambodgien usuel actuel), la littérature contemporaine (Khing Hoc Dy) ou les archives coloniales (Pierre Lamant ; Milton Osborne et Alain Forest qui rédigent les premières histoires de la colonisation française).

Mais cela ne dure qu'une dizaine d'années à peine. En 1970, le Prince Sihanouk est destitué et le Cambodge se trouve entraîné dans la guerre opposant communistes cambodgiens et vietnamiens aux troupes de Phnom Penh soutenus par les Américains. Les chercheurs, dans l'impossibilité de poursuivre le travail de terrain plient bagage un à un. Les derniers sont expulsés *manu militari* par les Khmers Rouges en 1975. Les "événements politiques" ayant pris le pas sur le quotidien ethnographique, avec son cortège de drames humains, ce sont les premiers qu'il importe désormais de comprendre. Alors que le Cambodge "traditionnel" devient inaccessible, le Cambodge "moderne" est désormais étudié sous l'angle presque exclusif de l'historiographie des régimes et des conflits politiques.

¹ Jean-Claude GALEY, "Orientalisme et anthropologie", *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : PUF, 1992, pp. 529-532.

² Célèbre épopée indienne très connue au Cambodge sous le nom de *reamké* (la Gloire de Rama).

III - L'ANALYSE POLITIQUE DES CONFLITS

Les travaux qui inaugurent ce dernier courant de recherche sont plutôt le fait de chercheurs anglo-saxons, qui découvrent le Cambodge indépendant dans le cadre de la coopération bilatérale ou celui du journalisme. Peut-être plus directement touchés par la guerre du Viêt Nam du fait de l'implication directe des Etats-Unis et sympathisants, pour la plupart d'entre eux, des mouvements communistes nationalistes de l'ex-Indochine, ils orientent leurs travaux vers l'histoire du mouvement révolutionnaire¹. La prise de Phnom Penh par les Khmers Rouges en 1975, soulève les passions idéologiques, favorables ou hostiles, et focalise désormais l'attention². Pour de multiples raisons – radicalité de leur révolution qui oblige à considérer un Cambodge d'“avant” et un Cambodge d'“après” ; désillusion et culpabilité ressenties par les sympathisants du régime qui appelaient de leurs vœux des sociétés socialistes indépendantes en Asie du Sud-Est ; contraste entre le fameux “sourire khmer” vanté par les hôtes occidentaux et la cruauté du régime ; exploitation par la propagande vietnamienne, enfin, du thème et du terme de génocide résonnant sinistrement aux oreilles occidentales – le régime khmer rouge crée, après Angkor, une nouvelle fascination auprès du public occidental³.

Du côté des chercheurs, la fermeture totale du pays, le secret absolu dont s'entoure le régime et les opérations de propagande intensive rendent délicate et donc précieuse l'obtention de données fiables. D'autant qu'elles intéressent beaucoup les gouvernements étrangers. Il se crée bientôt un petit groupe d'historiographes spécialisés qui s'attache à analyser l'organisation du pouvoir khmer rouge, ses inspirations idéologiques, la personnalité de ses leaders, ses relations avec les “pays frères”, à partir des témoignages de déserteurs et de réfugiés, de documents secrets retrouvés après la

¹ David CHANDLER et Michaël VICKERY consacrent, eux, les débuts de leurs carrières d'historiens à la période la moins explorée par les chercheurs français, celle qui débute après Angkor.

² Sur l'évolution de la perception du régime khmer rouge en Occident, voir William SHAWCROSS, “Cambodia : Some perceptions of a Disaster”, David P. CHANDLER and Ben KIERNAN, *Revolution and its Aftermath in Kampuchea : Eight Essays*, New Haven : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, pp. 230-258.

³ Ces dernières années, le Cambodge a aussi attiré des aventuriers occidentaux sensibles au climat de violence latente, au maniement des armes de guerre que l'on se procure facilement.

chute du régime, et, enfin, des “confessions” rédigées sous la torture dans les prisons politiques, surtout celle de Tuol Sleng à Phnom Penh (Elizabeth Becker, Timothy Carney, David Chandler, Steven Heder, Ben Kiernan, Serge Thion, Michaël Vickery). Cette orientation de la recherche se poursuit sous la République Populaire du Kampuchea – où la présence de factions armées en conflit et de multiples rebondissements dans les jeux de pouvoir internes de chacune d'elles, fournit une matière riche mais qui suscite pourtant moins l'intérêt, peut-être parce que le recul du temps fait défaut.

Quelques ethnologues ont, parallèlement, travaillé sur le régime khmer rouge. Ils se sont intéressés à la vie quotidienne *du point de vue* des survivants (Ida Simon-Barouh) – aspects peu pris en compte par les analystes politiques, si ce n'est pour comparer les conditions de vie dans les différentes zones administratives et faire des déductions sur l'appareil de pouvoir central et périphérique. Ou bien à divers aspects des réalisations matérielles susceptibles d'influer sur les conditions de vie des gens (riziculture, politique alimentaire, industrie décrites par Marie Martin). Enfin, l'exode massif de Cambodgiens après 1975 et surtout 1979 a vu débiter les recherches, dans tous les pays d'accueil, sur les processus d'adaptation, d'intégration ou d'acculturation liés à leur installation à l'étranger¹. De jeunes anthropologues et sociologues ont commencé leur recherche, avant l'ouverture du Cambodge, auprès des réfugiés².

Histoire ancienne du Cambodge indianisé, ethnologie – très peu développée – des activités traditionnelles du Cambodge rural d'avant-guerre ou analyse politique des révolutions violentes des trente dernières années, tracent des portraits sociaux contrastés du Cambodge, parfois peu perméables les uns aux autres. La fermeture des décennies 1970-1980, en interdisant la recherche dans le pays lui-même³,

¹ En France, Pierre-Jean SIMON et Ida SIMON-BAROUH avaient, dès les années 1960, inauguré ce champ de recherche en étudiant les “rapatriés d'Indochine”, citoyens français qui choisirent de s'installer en France après les indépendances.

² Deux synthèses des recherches en sciences humaines ont récemment paru après les années de silence. Voir Pierre L. LAMANT (ed.), *Bilan et perspectives des études khmères (langue et culture)*. Actes du Colloque de Phnom Penh. 20-30 novembre - 1^{er} décembre 1995, Paris : L'Harmattan, 1997, 256 p. et May M. EBIHARA, Carol A. MORTLAND and Judy LEDGERWOOD (eds.), *op. cit.*

³ On ne dispose plus guère, depuis lors, comme informations sur la société cambodgienne, que des rapports des organisations non-gouvernementales ou internationales et de quelques témoignages “à chaud” de visiteurs.

n'a pas permis le renouvellement des problématiques, si ce n'est en la focalisant, de façon bien compréhensible, sur la recherche des causes de l'instabilité chronique des régimes politiques, dont souffraient les Cambodgiens. Alors qu'en Amérique Latine et, plus encore, en Afrique, les anthropologues et les sociologues s'intéressaient aux processus de changements sociaux et à la "modernisation" des sociétés décolonisées, le Cambodge restait un pays martyr, replié sur sa spécificité un peu morbide.

Les médecins, d'histoire récente, intimement liée aux influences étrangères et à l'Etat moderne cambodgien, plutôt citadins et possédant souvent une ascendance chinoise plus ou moins proche, moins portés que d'autres groupes socio-professionnels à l'action révolutionnaire, constituent, dans la tradition des recherches au Cambodge, un sujet presque incongru et, partant, peu informé. C'est donc à des travaux sociologiques et anthropologiques réalisés dans d'autres contextes sociaux différents que nous sommes allée puiser les outils nécessaires à cette recherche. On les présentera et l'on montrera en quoi l'étude d'un tel groupe apporte une contribution à l'anthropologie du Cambodge actuel.

CHAPITRE III

COMMENT ETUDIER LES MEDECINS AU CAMBODGE ?

De quelle façon une médecine scientifique, à prétention universaliste – importée de France sous la colonisation, s'est-elle développée dans le contexte social, culturel et politique particulier du Cambodge des années 1990-1994 ? Quelle position sociale, quels rôles sociaux (ou éventuellement politiques) et quelles identités les médecins cambodgiens ont-ils “inventé” pour eux-mêmes, soit collectivement, en tant que groupe, soit individuellement ? Quels discours produisent-ils – s'ils en produisent – sur le système de santé cambodgien ou, plus largement, sur la société cambodgienne ? Ces questions auxquelles nous cherchons à répondre vont de pair avec celles, symétriques, posées à la société cambodgienne elle-même : comment les médecins sont-ils perçus par les patients de différentes couches sociales, ainsi que par les autres thérapeutes traditionnels ou néo-traditionnels ? Ces différents praticiens communiquent-ils entre eux ? Y a-t-il des emprunts mutuels et de quel ordre ?

Pour ordonner ces questions, nous explorerons, d'une part les thèmes de la profession, concept central de la sociologie médicale jusqu'à ces dernières années et, d'autre part, celui de la pluralité thérapeutique (ou “pluralisme médical”¹) qui, en anthropologie, a servi à analyser les formes possibles de coexistence d'offres de soins d'origines différentes.

¹ Le terme français souvent utilisé, traduit de l'anglais, est celui de “pluralisme médical”. Jean-Pierre DOZON et Nicole SINDZINGRE (“Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine”, *Prévenir* (Marseille), 1986, 12, pp. 43-53), à partir d'une réflexion sur les “médecines traditionnelles” en Afrique, proposent le vocable de “pluralisme thérapeutique” pour indiquer que le domaine couvert par ces pratiques dépasse souvent largement le strict cadre médical (caractère ambigu du pouvoir de guérir, explication du mal mettant en cause l'ensemble des rapports sociaux, etc.). Nous adoptons cet adjectif car il convient à la réalité cambodgienne et nous préférons par ailleurs “pluralité” à “pluralisme” car, plus neutre et plus descriptif, il ne préjuge pas, contrairement au second, des décisions politiques concernant l'organisation des recours thérapeutiques différents.

I – L'ETUDE DES MEDECINS, UN SUJET RESERVE AUX SOCIETES OCCIDENTALES ?

La sociologie de la médecine et des médecins, dans la mesure où elle se veut un éclairage privilégié de l'analyse des sociétés occidentales, présente à la fois un avantage et un inconvénient (digne néanmoins d'être interrogé car il est instructif) lorsque l'on cherche à en "tirer parti" pour une étude comme la nôtre. L'inconvénient tient au fait que l'émergence d'une profession médicale est présentée comme intrinsèquement liée à l'évolution des sociétés occidentales – et donc implicitement étrangère aux autres sociétés. Cette conception ne fait d'ailleurs que prolonger les analyses des premiers sociologues eux-mêmes, pour lesquels la division du travail est un aspect essentiel de la modernité occidentale – perçue, par Émile Durkheim, comme le résultat d'une "condensation progressive de la société"¹ aboutissant à un nouveau type de lien social (la "solidarité organique"), tandis que Max Weber, selon la même tendance, s'intéresse de préférence à la rationalisation et à l'intellectualisation des représentations du monde qui, avec la morale protestante du travail, mènent selon lui à la répartition, la spécialisation et la qualification professionnelles propres aux sociétés occidentales². Dès cette période des précurseurs, à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, la réflexion est sous-tendue par le présupposé d'une originalité radicale de l'évolution occidentale – à nulle autre pareille – opposée à une réalité traditionnelle, superficiellement analysée (la "solidarité mécanique" *versus* la "solidarité organique" chez Emile Durkheim ; le "processus d'intellectualisation"³ *versus* l'omniprésence de la magie chez Max Weber⁴).

L'on retrouve, chez les sociologues des générations suivantes qui réalisent les premières recherches consacrées aux médecins, l'influence d'une telle

¹ Emile DURKHEIM, *De la division du travail social*, Paris : PUF, 1991, pp. 237-244 [1ère éd. 1893].

² Max WEBER, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris : Plon, 1964 [1ère éd. allemande, 1904] et *Histoire économique. Esquisse d'une histoire universelle de l'économie et de la société*, Paris : Gallimard, 1981 [1ère éd. allemande 1923].

³ Max WEBER, *Le savant et le politique*, Paris : Union générale d'édition (Coll. "10/18"), 1963, pp. 89-90 [1ère éd. allemande 1919].

⁴ Max Weber, *Histoire économique, op. cit.*, p. 142.

vision évolutionniste et occidentalocentrée¹. Elles débutent aux Etats-Unis, au cours des années 1950, dans le cadre de l'école de l'analyse structurelle-fonctionnelle menée par Talcott Parsons – lui-même très influencé par les théoriciens européens. L'on ne peut nier l'apport de ces recherches à la connaissance des professions médicales, ne serait-ce que parce qu'elles s'interrogent sur la place de la médecine dans la société² ainsi que les valeurs sociales sur lesquelles s'appuient sa légitimité³ et ne la réduit pas à une activité technique. Mais l'usage privilégié du concept de profession est empreint d'idéologie, voire de célébration – car la médecine y apparaît comme la forme sociale la plus achevée de la “profession” dans le contexte nord-américain – au point qu'on a pu y voir l’“expression culturelle et idéologique de la réalité américaine où il a pris forme dans la sociologie empirique”⁴, celle de la *middle-class*, valorisant la mobilité économique et spatiale, la carrière et l'accomplissement et qui trouve son expression dans l'organisation et la “culture” professionnelles⁵.

La posture d'Eliot Freidson⁶, auteur de l'ouvrage qui a le plus fortement influencé la recherche en ce domaine, est plus critique et plus relativiste que celle de ses prédécesseurs “structuralo-fonctionnalistes” – car il décrit différentes situations prises dans le monde occidental en montrant comment des systèmes de santé différents

¹ Cela est particulièrement visible dans Talcott PARSONS, “Sociétés : essai sur leur évolution comparée”, in Karl M. Van METER (dir.), *La sociologie*, Paris : Larousse (Coll. “Textes essentiels”), 1992, pp. 525-545 [traduit de *Societies : Evolutionary and Comparative Perspectives*, Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1966].

² Talcott PARSONS — dans *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris : Plon, 1955 (Chap. IV, “Les professions libérales dans la structure sociale”, pp. 183-192) [1ère éd. américaine 1951] — décrit en particulier des valeurs sur lesquelles sont censés s'appuyer les médecins nord-américains (neutralité affective à l'égard du patient ; universalisme de la démarche médicale indépendamment des qualités sociales du patients ; souci du bien public dans un but non lucratif) et qu'il est intéressant de réinterroger, en tant qu'idéologie, concernant les médecins des O.N.G. occidentales au Cambodge.

³ La médecine est, selon cette pensée, hautement valorisée aux Etats-Unis car elle répond à une mission importante, celle de réparer le dysfonctionnement social causé par la maladie mais aussi par la situation thérapeutique elle-même. Cette dernière, en particulier, est génératrice d'angoisse pour le malade et donc susceptible d'être exploitée par le médecin à son avantage. Les rôles sociaux joués par l'un et l'autre en fonction des normes intériorisées (notamment l'éthique médicale pour le second) permet de restaurer cet ordre social perturbé.

⁴ Jacques SALIBA, “Les paradigmes des professions de santé”, in Pierre AIACH et Didier FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 1994, pp. 44-45.

⁵ Concernant les médecins, leur socialisation professionnelle au cours des études de médecine a été étudiée dans la recherche classique de Robert K. MERTON, George G. READER, Patricia L. KENDALL (eds), *The Student-physician*, Cambridge, Mass. : Harvard Univ. Press, 1969, 360 p.

⁶ Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984 [1ère éd. am. 1970], 363 p.

“créent” des médecins différents et comment ceux-ci modèlent à leur tour le domaine thérapeutique. Cependant, le concept de profession y demeure central – et les médecins, son modèle par excellence – ce qui lui permet de distinguer la profession du simple métier, les caractéristiques de celles-ci étant définies comme la conquête de l'autonomie (avec le contrôle de l'accès aux études et aux diplômes), la “dominance” d'un secteur d'activité (le contrôle des métiers adjacents, devenus paramédicaux) et une forte légitimité sociale (venant notamment des représentations sociales positives de la société globale). Comme chez les premiers sociologues, donc, la différence, radicale et indépassable, du monde occidental en matière de constitution d'un corps de thérapeutes est mise en avant¹.

La difficulté que représentent ces travaux, lorsque l'on cherche à en tirer un enseignement qui puisse être réutilisé dans un autre contexte social, est qu'il est nécessaire d'évacuer la notion de profession — du moins en tant que concept central de la réflexion² et de chercher, en reprenant pas à pas les conditions dans lesquelles la médecine s'est trouvée introduite au Cambodge, comment la “greffe” a pris et la signification sociale qu'a pu acquérir le nouveau groupe socio-professionnel des médecins dans la société cambodgienne, ainsi que l'image qu'eux-mêmes ont construite et véhiculée de leur profession : experts de la maladie et garants du bien public, comme leurs confrères occidentaux ? Nouveau type de médecins traditionnels (*kru khmaer*) ? Avatars de fonctionnaires coloniaux, véhicules du modernisme occidental ou simples pourvoyeurs de services dans le cadre d'un commerce finalement assez ordinaire ?

Cette perspective non plus statique — qui, partant d'un modèle occidental achevé, tenterait d'en examiner les prémisses ou même les écarts sur le terrain cambodgien — mais constructiviste, est, du point de vue de notre recherche, le principal enseignement des travaux du courant interactionniste relatifs aux activités professionnelles (essentiellement le secteur des services, comme la médecine). Dans cette approche, les activités socio-professionnelles (comme la société elle-même) sont

¹ Le fameux exemple de l'exorciste azandé emprunté à Evans-Pritchard n'y apparaît que comme le contre-point du médecin nord-américain. *Ibid.*, p. 15 sq.

² La sociologie occidentale s'est elle-même parfois heurtée à cet écueil en cherchant à mesurer toutes les activités (bibliothécaire, travailleur social, infirmier, avocat, etc.) à l'aune de la profession. Des exemples en sont donnés par Eliot FREIDSON, *op. cit.*, p. 14.

envisagées comme des productions collectives et non comme des entités objectives préexistantes. Critiquant notamment le concept de profession¹, Everett Hughes souligne l'importance d'une sociologie empirique qui ne s'attache pas aux définitions préalables de catégories conceptuelles mais cherche plutôt à déterminer les enjeux autour de cette opération de définition menée par les acteurs sociaux eux-mêmes (“what are the circumstances in which the people in an occupation attempt to turn it into a profession”)². Les notions conceptuelles classiques servant à décrire et analyser ces activités (tels que les rôles sociaux, les statuts sociaux, le *self* et les identités) continuent d'être utilisées mais elles sont considérées comme des constructions produites dans les interactions professionnelles et non plus comme des préalables fixés d'avance.

Ces travaux sur la profession médicale ont porté sur la construction des identités professionnelles, des domaines de compétence, des définitions de la santé et de la maladie. Ainsi par exemple, Anselm Strauss, dans une étude sur un hôpital psychiatrique nord-américain, montre comment l'ensemble des acteurs qui interviennent dans cet établissement, avec des idéologies différentes, des carrières et des ambitions divergentes, des statuts multiples, contribuent, dans un contexte assez volatile (car le directeur n'est pas très directif et préfère laisser s'exprimer les diverses idéologies professionnelles relatives au travail psychiatrique), à un effort permanent de négociation dont émergent des règles de travail toujours provisoires. Les médecins, dans cette approche, composent avec les clients, qui possèdent eux-mêmes une définition de la situation, ont des attentes particulières et pèsent sur la relation thérapeutique. Cette relation, contrairement à la description qu'en faisait Talcott Parsons, s'insère dans un cadre institutionnel complexe où se côtoient professionnels et non professionnels. Chacun joue des rôles multiples qui ne sont pas strictement séparés en fonction des activités mais interfèrent les uns avec les autres sur la scène du “personal and social theater”³ qu'est le travail. En France, cette perspective est adoptée par Jean Peneff⁴ qui, embauché comme brancardier dans l'hôpital qu'il observe sur une longue durée,

¹ De la notion de profession, Everett HUGHES (*Men and their Work*, Westport : Greenwood Press, 1958, p. 101) dit qu'elle est “not so much a descriptive term as one of value and prestige”.

² *Ibid.*, p. 45.

³ *Ibid.*, p. 48.

⁴ Jean PENEFF, *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris : Editions A. M. Métailié, 1992, 258 p.

s'attache à décrire le contenu réel des activités des uns et des autres au sein de l'établissement et les négociations auxquelles donnent lieu la répartition des tâches.

Mais d'autre part, la perspective interactionniste n'est pas uniquement une approche microsociologique, même si elle a souvent été perçue ainsi. Anselm Strauss, en particulier, s'est montré préoccupé par la nécessité d'intégrer, dans l'analyse des interactions, une dimension macrosociale qui rende compte des aspects structurels plus stables pesant sur l'activité des acteurs sociaux¹. Il propose à cet effet la notion d'“ordre négocié”, bâtie à partir de l'expérience que nous venons d'évoquer dans un hôpital psychiatrique, et montre, sur la base d'exemples empruntés à des domaines variés², comment le “contexte de négociation” macrosocial doit être décrit dans un premier temps, avant que soient observées les négociations elles-mêmes, car il pèse fortement sur celles-ci.

Ces travaux ont inspiré le nôtre à plusieurs titres. D'abord, ils permettent de rendre compte, mieux qu'une vision unifiée et très intégrée des groupes sociaux, de la situation socio-politique mouvante, déstructurée et provisoire – le régime socialiste touche alors à sa fin – qui marquent les parcours des médecins cambodgiens observés. La construction et la reconstruction de la profession médicale est incessante au Cambodge, chaque régime balayant le précédent et instituant de nouvelles idéologies, de nouveaux systèmes sociaux (en partie, d'ailleurs, sur la base de la réinterprétation des précédents). Si tradition médicale il y a au Cambodge, elle est donc à concevoir dans les cassures de l'histoire récente et les reconstructions incessantes, en tenant compte des différents acteurs institutionnels et individuels qui y contribuent.

Par ailleurs, l'approche interactionniste appliquée aux situations micro-locales nous a guidée dans l'élaboration de notre grille d'observation des pratiques hospitalières quotidiennes. Les situations d'interaction multiples entre acteurs (soignants étrangers, soignants cambodgiens, patients) et leurs jeux sociaux complexes ont particulièrement retenu notre attention. Les soins dispensés dans les hôpitaux où nous avons mené nos observations ont été analysés comme des productions sociales résultant

¹ Anselm STRAUSS, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris : Editions A. M. Métailié, 1992.

² Anselm STRAUSS, *Negotiations. Varieties, contexts, processes and social order*, San Francisco : Jossey-Bass, 1978, 275 p.

des interactions entre soignants cambodgiens, soignants occidentaux et patients, tous porteurs d'idéologies, de représentations socio-culturelles et d'attentes différentes, voire même divergentes parfois. Parler d'"interactions" et de "négociations" ne signifie pas, bien entendu, que les relations soient généralisées et égalitaires – chaque acteur social ayant des contacts libres avec tous les autres et s'exprimant sans contrainte. L'analyse du "contexte de négociation" macrosocial permet au contraire de saisir les enjeux de l'aide humanitaire et les subtils rapports de pouvoir qui lient O.N.G et gouvernement cambodgien – rapports qui, à leur tour, permettent de comprendre les interactions au niveau de l'hôpital.

Car la perspective interactionniste présente l'avantage de ne pas reposer sur une vision occidentalocentrée et d'être facilement applicable dans d'autres contextes sociaux et culturels¹. Elle trouve un prolongement plus récent dans l'étude des projets de développement conçus comme des phénomènes sociaux² éclairant les processus plus généraux de changement social dans les pays en voie de développement car les "faits de développement", écrit Jean-Pierre Olivier de Sardan, mettent en rapport des normes, des cultures, des savoirs hétérogènes – dont l'étude ne peut être effectuée dans une approche de la permanence, de la cohérence, de l'homogénéité propres à une certaine tradition anthropologique mais obligent à une prise en compte des phénomènes de confrontation, de négociation, de rapports de force.

La seconde partie de la discussion porte, non plus sur l'analyse des médecins eux-mêmes dans la société globale mais sur l'ensemble du domaine thérapeutique dans lequel ils interviennent, à côté d'autres thérapeutes.

II – LA PLACE DES MEDECINS DANS L'ESPACE THERAPEUTIQUE

Dans la société cambodgienne comme dans beaucoup d'autres, les possibilités thérapeutiques sont multiples. Chaque village ou presque a son *kru*

¹ Anselm STRAUSS dans *Negotiations (op. cit.)* présente deux exemples africains.

² Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : APAD/Karthala, 1995, 221 p.

(médecin traditionnel), par tradition mais aussi par décision ministérielle. Ces maîtres paysans, aux compétences diverses et diversement reconnues, ne sont pas les seuls qui, aujourd'hui, acceptent de rendre des services thérapeutiques. Des marchands ambulants sillonnent la campagne, un casier en bois rempli de bouteilles de vins médicinaux chinois sur le porte-bagages de leur bicyclette, brinquebalant sur les diguettes des rizières. Des chefs de pagode transforment leur monastère en asile psychiatrique où ils tentent, à l'aide d'aspersion d'eau lustrale accompagnée de bénédictions et de musique, de soigner leurs patients, venus des quatre coins du pays quand leur réputation a dépassé les frontières du *srok* (terroir). Dans les quartiers pauvres des villes, ce sont de jeunes femmes en rupture de liens familiaux, qui, poussées par la pauvreté, pratiquent des massages et appliquent des ventouses. Elles commercialisent ainsi des soins considérés comme familiaux qui, d'habitude, s'exercent des cadets vers les aînés au sein de la famille. Tous ces individus et bien d'autres encore affichent des compétences, des savoirs, des spécialités, des dons multiples dont il faut tenir compte lorsque l'on étudie les médecins afin de les situer dans l'offre de soins.

Les biomédecins issus de sociétés non occidentales ont, quant à eux, été moins étudiés pour eux-mêmes que dans leur rapport à d'autres praticiens proposant une offre thérapeutique alternative, qu'elle soit concurrente ou, plus fréquemment, complémentaire. Il faut néanmoins noter plusieurs exceptions récentes – où les médecins constituent les sujets centraux des recherches – laissant présager le développement d'une anthropologie de la profession médicale¹. Ces situations de coexistence thérapeutique ont été analysées soit sous l'angle de la comparaison entre des

¹ Sylvia CHIFFOLEAU, *Médecines et médecins en Egypte*, Thèse pour le Doctorat de sociologie, EHESS, sept. 1994, 2 vol. ; Isabelle GOBATTO, *Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso*, Thèse pour le Doctorat d'anthropologie sociale et de sociologie comparée, Univ. Paris V, 1996 et le travail d'histoire de John Iliffe, *East African Doctors. A History of the Modern Profession*, Cambridge : Cambridge Univ. Press, 1998, 336 p. Chacun de ces travaux aborde les médecins dans une problématique différente. Le premier fait une large place à la construction historique de la profession médicale tandis que le second s'intéresse plutôt aux contraintes actuelles pesant sur les médecins et les réponses que ceux-ci y apportent. Quant au dernier ouvrage, il traite de l'influence de trois Etats d'Afrique de l'Est, de leur régime politique et de la forme de leur système de santé sur le devenir collectif des médecins. Il faut également citer ici la description que donne Bernard HOURS de la situation des médecins laotiens qui présentent une grande similarité avec les médecins cambodgiens. Bernard HOURS et Monique SELIM, *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain. Marché, socialisme et génies*, Paris : L'Harmattan, 1997 (Chap. IV "La santé publique comme métaphore de l'ordre politique", pp. 105-200.)

modèles cognitifs différents (scientifique/traditionnel ou spécialiste/“profane”) soit, encore, dans les termes d'une interrogation sur les formes sociales de cette coexistence.

Comme le montre Jean-Pierre Dozon dans un bilan des recherches en anthropologie de la maladie¹, cette dernière a suivi l'évolution de l'anthropologie générale, en partant d'une réflexion en terme d'exception occidentale pour s'intéresser progressivement aux points d'intersection entre sociétés “traditionnelles” et sociétés “modernes”. Cette exception occidentale² (déjà à l'œuvre, comme on l'a vu, dans le concept sociologique de “profession”) apparaît, en particulier, lorsqu'il est question d'interroger les différences entre des modèles cognitifs médicaux “modernes” et “traditionnels”. Et la question de leur hétérogénéité, ainsi que de l'irréductibilité du modèle médical scientifique aux autres schémas thérapeutiques a parcouru une partie de la littérature en sciences sociales ; celle, notamment, appartenant aux courants de l'anthropologie médicale et de l'ethnomédecine qui postulent, plus ou moins explicitement, l'universalité du modèle occidental – du fait des invariants biologiques sur lequel il s'appuie et de l'efficacité thérapeutique dont il fait preuve. De là la difficulté, voire le malaise, à le comparer à des modèles “traditionnels” quand, rappelant le principe du relativisme culturel, l'anthropologie médicale réaffirme le fondement historique et culturel de toute médecine sans toutefois se départir des catégories biomédicales³.

¹ Jean-Pierre DOZON, “Avant-propos”, *Sciences Sociales et Santé*, numéro spécial “Anthropologie de la maladie : nouveaux lieux, nouvelles approches”, sept. 1994, XII, 3, pp. 5-13.

² Même s'il n'a pas directement travaillé sur la médecine, la pensée de Martin HEIDEGGER sur le caractère révolutionnaire de la théorie scientifique du réel est une pensée de la nouveauté radicale (inquiétante et dangereuse) de la science occidentale. Cf Martin HEIDEGGER, *Essais et conférences*, Paris : Gallimard, 1958 (“La question de la technique”, pp. 9-48 et “Science et méditation”, pp. 49-78) [1ère éd. allemande 1954]. D'une façon indirecte, le choix de notre sujet est né de cette lecture et de la volonté d'interroger, sur un terrain anthropologique, le savoir scientifique occidental.

³ Voir par exemple A. RETEL-LAURENTIN *et al.*, *Une anthropologie médicale en France ?*, Paris : CNRS, 1983, 164 p. ; François RAVEAU, “Des ambiguïtés de l'anthropologie médicale”, *Cahiers d'anthropologie et biométrie humaine*, 1983, I, 2, pp. I-VI. On peut citer quelques contre-exemples où la visée comparatiste cherche, au contraire, à montrer des similarités ou à déplacer les points de différences. C'est le cas du texte devenu classique de Robin HORTON, “African Traditional Thought and Western Science”, *Africa*, London, 1967, XXXVII, 1-2 : 50-71 et 155-187) qui conclue à des processus intellectuels similaires entre la pensée africaine traditionnelle et la démarche scientifique. D'une façon différente, c'est également le cas de François LAPLANTINE (*Anthropologie de la maladie*, Paris : Payot, 1986, p. 235) quand il dégage des “formes élémentaires de la maladie et de la guérison” dont les combinaisons, très nombreuses, forment la multitude des systèmes étiologico-thérapeutiques s'exprimant dans chaque société. Il ne distingue pas, à cet égard, de statut épistémologique particulier pour le modèle biomédical.

Dans cette perspective, on est amené à s'interroger sur l'efficacité propre des médecines “traditionnelles”¹, souvent en termes de *placebo* ou d'efficacité symbolique, reprenant ainsi d'anciennes réflexions de la sociologie ou de l'anthropologie, relatives à la dimension psychologique de la maladie². Les médecins cambodgiens interrogés à propos de la “médecine traditionnelle khmère”³ l'évoquent, comme nous le verrons, de manière semblable en évoquant instantanément son efficacité symbolique supposée et en ayant immédiatement à la bouche le terme de *placebo*.

Outre ces essais de comparaison entre fondements cognitifs du modèle médical scientifique et de modèles “traditionnels”, la mise en parallèle porte parfois, dans des termes analogues, entre médecine savante et médecine populaire. Les questions qui se posent alors sont celles, plus générales, que soulève la “culture populaire” : faut-il la considérer comme une culture dominée, sans dynamisme ni créativité propres ou, au contraire, comme une culture “authentique” et autonome qui ne devrait rien à cette même culture dominante⁴ ? Cette thérapeutique populaire constitue-t-elle un bricolage – au sens que Claude Lévi-Strauss donne au terme appliqué à la créativité mythique – ou, au contraire, comme le montre François Laplantine à propos de la médecine des campagnes françaises, des pratiques disparates en déliquescence, n'inventant ou n'intégrant plus rien de nouveau et subissant totalement la domination de

¹ Jean BENOIST, “La question de l'efficacité en anthropologie médicale”, Colloque *Médecines du monde. Anthropologie et pratique médicale*, Paris, 27 et 28 janvier 1986 ; Jacques DUFRESNE, “Aspects culturels de la santé et de la maladie”, in *Traité d'anthropologie médicale*, Québec/Paris : Presses de l'Univ. du Québec/Presses de l'Univ. de Lyon, 1985, pp. 241-251. Et aussi (et surtout) M.-E. GRUENAISS et D. MAYALA, “Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ?”, *Politique africaine*, 1988, 31, pp. 51-61.

² Voir les textes précurseurs de Marcel MAUSS, *Sociologie et anthropologie*, Paris : PUF, 1985 (“Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité”, pp. 311-330) [1ère éd. 1926] et de Claude LEVI-STRAUSS, *Anthropologie structurale*, Paris : Plon, 1974 (“L'efficacité symbolique”, pp. 213-234) [1ère éd. 1958]. D'une certaine façon l'on peut ajouter, pour un exemple occidental, Michaël BALINT, *Le médecin son malade et la maladie*, Paris : PUF, 1960 [1ère éd. angl. 1957].

³ Bien que cette “médecine traditionnelle khmère” prenne de multiples visages, nous avons pris le parti, lors des interviews avec les médecins, de conserver cette dénomination vague et globale pour laisser à nos interlocuteurs le soin de la préciser comme ils l'entendaient.

⁴ Voir Denys CUCHE, *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris : La Découverte (Coll. “Repères”), 1996, pp. 70-74.

l'institution biomédicale¹ ? Enfin, pour d'autres comme Francis Zimmermann travaillant dans le Kerala auprès de brahmanes – lettrés aux côtés desquels il a lu les traités médicaux de l'ayurvédisme et dont il a observé les consultations –, la distinction médecine savante/médecine populaire n'a pas lieu d'être car “en réalité, les représentations et les pratiques médicales [qu'il] observe sur le terrain sont *savantes de part en part*, [et] le mot 'populaire' n'a pas de sens”², il est un simple avatar des présupposés diffusionnistes postulant la dégénérescence des formes médicales savantes en conceptions populaires.

Ce débat nous intéresse directement ici car la médecine traditionnelle cambodgienne entre dans cette catégorie des médecines dites “savantes” et de tradition écrite. Le Cambodge a en effet connu une influence indienne profonde et durable dès les premiers siècles de l'ère chrétienne, par l'intermédiaire de commerçants voyageurs et de religieux. Jusqu'en 1975, il subsistait même à la cour de Phnom Penh, et bien que la religion officielle y fût le bouddhisme theravadin, dit du “Petit Véhicule”, plusieurs brahmanes, chargés de rituels royaux, en particulier des rituels d'intronisation. L'influence indienne a ainsi marqué les arts, la littérature, l'organisation politique même, sans toutefois que le système des castes prenne réalité. Les différentes religions indiennes (hindouisme, bouddhisme du Mahayana – dit du “Grand Véhicule” – puis bouddhisme theravadin) sont attestées dans les anciens royaumes khmers indianisés.

L'introduction d'une écriture – sur le modèle du *devanagari*, écriture de l'Inde du Sud – a permis la reproduction de manuscrits ayurvédiques dont on trouve aujourd'hui quelques exemplaires gravés au stylet sur feuilles de latanier, dans les bibliothèques de pagodes ou les maisons des *kru*. Beaucoup ont toutefois été détruits par les Khmers Rouges, avec ouvrages et statues. L'on sait, cependant, que l'imprégnation culturelle indienne s'est faite à partir des classes dirigeantes. Dans la mesure où les sources archéologiques n'informent guère sur le peuple qui vivait dans leur dépendance, l'on sait peu comment elle est “descendue” le long de l'échelle sociale.

Nous sommes donc, concernant la médecine traditionnelle au Cambodge, en présence d'une double énigme – très partiellement levée par l'orientalisme et

¹ François LAPLANTINE, *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, Paris : J.P. Delarge, 1978, 227 p.

² Francis ZIMMERMANN, *Généalogie des médecines douces*, Paris : PUF, 1995, p. 16.

l'ethnographie – en forme de programme de travail à venir : celle, d'une part, de l'introduction de textes médicaux ayurvédiques dans l'univers culturel et écologique khmer ancien¹ ; celle, ensuite, de l'influence, au cours de l'histoire, de cette médecine savante khmÉRisée sur les représentations et les pratiques paysannes. Les divers cultes et rituels adressés à des esprits variés – dont certains sont thérapeutiques – ont ainsi intégré des éléments du panthéon hindouiste, transformant par exemple des divinités secondaires hindouistes en génies du terroir (*neak ta*). Ce mouvement syncrétique ancien et profond se poursuit aujourd'hui. Ce n'est pas en tant que tel, par l'étude de la diffusion de traits culturels, qu'il nous retiendra ici mais par les usages sociaux qu'en font les thérapeutes actuels.

En effet, cette vision en termes de comparaison de schémas cognitifs dont nous avons évoqué certaines déclinaisons (scientifique/traditionnel ; savant/populaire et spécialiste/“profane”) présente plusieurs difficultés. D'abord, elle oblige à réfléchir à la cohérence de ces modèles. Celle-ci n'est-elle pas, en effet, reconstruite par l'anthropologue qui donne à ces schémas étiologico-thérapeutiques, une logique, une régularité et une généralisation qu'ils n'ont peut-être pas dans la réalité et qui nuisent même à leur compréhension, dans la mesure où cette reconstruction fait obstacle à leur contextualisation (c'est-à-dire au fait que certains éléments de savoir peuvent être mobilisés différemment en fonction des situations) ? Le doute est d'autant plus permis que l'on travaille dans des contextes en changement rapide comme les milieux urbains, socialement très hétérogènes où la logique et la stabilité des discours et des pratiques, des représentations et des conduites de maladie sont difficilement saisissables dans les termes d'un savoir traditionnel stable. A cet égard, il nous faudra nous demander quel rôle joue l'écrit dans la transmission du savoir thérapeutique cambodgien.

En second lieu, la comparaison, toujours peu ou prou basée sur une distinction entre rationalité scientifique d'un côté et logique magico-religieuse de l'autre, “ne cesse de redécouvrir et de reconduire leurs différences”². Récusant la fragmentation

¹ Elle se pose en des termes à bien des égards similaires à la recherche de Francis ZIMMERMANN sur l'ayurvédisme au Kerala, dans *Le discours des remèdes au pays des épices*, Paris : Payot, 1989, 310 p.

² Jean-Pierre DOZON, *op. cit.*, p. 7.

de l'anthropologie en sous-disciplines dont l'une prendrait en charge les faits pathologiques, Marc Augé, pour sa part, rappelle au contraire tout ce que l'anthropologie gagne à abandonner l'analyse des représentations de la maladie selon les catégories étiologiques duelles de type “personnaliste-naturaliste”, “naturelle-surnaturelle” car, écrit-il, “l'évolutionnisme historique a pour pendant le typologisme anthropologique”¹. Les points d'intersection et les similitudes entre les savoirs et les représentations étiologico-thérapeutiques de tous ordres sont plus, alors, à chercher dans la quête fondamentale de sens qu'exigent les épisodes de maladie², pour le malade et son entourage, mais aussi, dans le cas d'épidémies, pour la société toute entière – recherche de sens qui n'est pas obligatoirement satisfaite par les mêmes institutions ou les mêmes spécialistes que la prise en charge thérapeutique proprement dite³.

S'agissant, selon un autre point de vue, d'observer la pluralité thérapeutique sous l'angle des formes sociales de la coexistence thérapeutique, certains chercheurs se sont essayés à une analyse en terme de champ, à la suite de Pierre Bourdieu⁴. Maria Andréa Loyola⁵, par exemple, analyse ainsi l'offre et la demande thérapeutiques dans un quartier pauvre de la banlieue de Rio de Janeiro. Les producteurs de soins (médecins, pharmaciens, pères et mères de saints du *candomble* et de l'*umbanda*, religieux, etc.) forment, selon elle, un champ déterminé par la structure objective des relations qui les unissent et par la concurrence qui les oppose. Selon leur position dans ce champ et leurs “capitaux” économiques et culturels, ils entretiennent des relations différentes avec les patients et affichent des compétences variées.

¹ Marc AUGE, “Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire de l'événement”, in Marc AUGE et Claudine HERZLICH (éds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris/Montreux : Éd. Archives contemporaines, 1984, p. 44.

² Claudine HERZLICH, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris/La Haye : Mouton/EPHE, 1969.

³ Sylvie FAINZANG, “La 'maison du Blanc' : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina”, *Sciences sociales et santé*, 1985, III, 3-4, pp. 105-128 et Nicole SINDZINGRE, “La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo”, in Marc AUGE et Claudine HERZLICH (éds.), *op. cit.*, pp. 93-122.

⁴ Cf par exemple Pierre BOURDIEU, “Champ du pouvoir, champ intellectuel et habitus de classe”, *Scolies*, 1971, 1, pp. 7-26 ; Pierre BOURDIEU, *La distinction*, Paris : Éd. de Minuit, 1979 (Chap. 4, “La dynamique des champs”, pp. 249-287).

⁵ Maria Andréa LOYOLA, *L'esprit et le corps. Des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio*, Paris : Éd. de la M.S.H., 1983, 166 p.

Dans un autre contexte, occidental cette fois, Daniel Friedmann¹ étudie les guérisseurs français en utilisant un cadre d'analyse analogue. Nous en avons retenu plusieurs aspects intéressants car ils fournissent, *mutatis mutandis*, des pistes pour analyser les thérapeutes cambodgiens : ces guérisseurs évoluent, estime le chercheur, dans un champ autonome défini par l'illégalité de leur pratique et sont, contrairement aux médecins, contraints de donner la preuve renouvelée de leur compétence thérapeutique à chaque séance avec un nouveau patient. La légitimité de leur don, lequel constitue leur “capital” initial, peut être assurée par des instances extérieures (médecins, prêtres, “maîtres”). La guérison d'un patient leur assure une légitimité supplémentaire qu'ils peuvent ensuite convertir en “valeur d'échange”, par exemple au moyen d'une stratégie de professionnalisation individuelle ou collective – sur le modèle de l'Ordre des médecins. Chaque guérisseur développe ainsi des méthodes de soins et des stratégies de légitimation qui doivent être ramenées à son capital d'ensemble, culturel, professionnel, thérapeutique (formé par sa clientèle).

Cette dominance exercée, dans les sociétés occidentales, par l'institution médicale, n'est bien entendu pas celle que l'on peut observer dans les sociétés traditionnelles. Toutefois, l'existence d'une autorité institutionnelle émanant de l'Etat et tentant de réglementer les pratiques médicales (dans la pratique ou, au moins, dans les discours) ne doit pas être oubliée lorsque l'on s'efforce d'observer des situations de pluralité thérapeutique car les pratiques “traditionnelles” elles-mêmes se modifient et s'adaptent. Didier Fassin² rappelle cette nécessité à partir d'un terrain urbain dans la banlieue de Dakar où l'offre de soins est multiple et abondante, qu'il s'agisse de dispensaires et de cliniques, de marabouts (appartenant à l'univers musulman) et de guérisseurs (se référant au savoir pré-islamique) ou de la vente privée – et parfois illicite – de médicaments chimiques. L'observation d'une unité socio-géographique – le quartier dakarois de Pikine – pendant une longue durée permet ainsi de mesurer la multiplicité des liens et des enjeux sociaux qui se nouent entre les thérapeutes de tous horizons et qui dépassent largement la dualité en médecine moderne/médecine traditionnelle et ses déclinaisons.

¹ Daniel FRIEDMANN, *Les guérisseurs*, Paris : Editions A. M. Métailié, 1981, 261 p.

² Didier FASSIN, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris : PUF, 1992, 359 p.

Il n'est certes guère possible d'envisager l'ensemble des thérapeutes cambodgiens comme constituant un champ dans la mesure où la sphère des activités thérapeutiques n'y est pas autonome même si, à l'instar de l'observation menée à Pikine, elle tend à le devenir¹ : pour le moment, néanmoins, beaucoup de soignants, et, en premier lieu, les biomédecins eux-mêmes, se livrent à d'autres activités complémentaires et ne sont donc pas en concurrence pour l'attribution des mêmes ressources, d'autant que les patients n'ont pas un accès généralisé et uniforme à l'offre ainsi constituée. Mais s'il n'y a pas à proprement parler un champ thérapeutique cambodgien, il y a en revanche un marché, prospère, en cours d'émergence. Les vingt-cinq thérapeutes que nous avons observés sont aussi diversifiés que possible. Certains ne sont visibles qu'en ville et en particulier à Phnom Penh, la capitale. Ils sont analysés dans notre enquête comme des figures thérapeutiques qui combinent différemment des éléments de compétence et, le cas échéant, s'en servent pour attirer une clientèle lorsqu'ils en font une activité commerciale. Ces éléments sont pris dans les registres disponibles qui, en les schématisant, sont le bouddhisme cambodgien², la médecine traditionnelle, les rites relatifs à divers esprits et la médecine scientifique. Ces figures ont pour emblème le bonze, le *kru*, le médium et le biomédecin. A cela, il faut ajouter quelques thaumaturges qui connaissent un grand succès populaire, peut-être éphémère : pour l'essentiel, des Indiens de la secte des Maharashi qui promettaient – mieux que l'O.M.S. – l'éradication de toutes les maladies du Cambodge pour l'an 2000, et un pasteur américain touchant les malades incurables³.

Ces thérapeutes sont issus des groupes sociaux traditionnels au Cambodge, paysans, commerçants, fonctionnaires, groupes reconstitués sur des bases en partie nouvelles après la chute du régime khmer rouge qui a particulièrement décimé la population urbaine ainsi que l'ancienne élite intellectuelle et commerciale. De nombreux ruraux sont ainsi venus s'installer à Phnom Penh dans les années 1980. L'offre

¹ *Ibid.*, p. 340.

² Certains bouddhistes cambodgiens récusent la notion d'un bouddhisme national, arguant que le bouddhisme theravadin (l'une des principales sectes bouddhiques, celle dont les principes sont officiellement en usage au Cambodge) est unique et fixé par le canon pali. Nous rejoignons là, de la part des acteurs sociaux eux-mêmes cette fois, le débat entre le savant et le populaire que nous avons évoqué à propos de la médecine.

³ Apparu au Cambodge après notre départ, il a défrayé la chronique par ses actions spectaculaires dont nous avons eu connaissance par la presse.

thérapeutique permet donc d'analyser cette nouvelle donne sociale et les flux entre ces groupes. Certains *kru* d'origine paysanne, par exemple, commercialisent aujourd'hui leur pratique. Les plus prospères ont quitté la paysannerie pour devenir des commerçants. Ce faisant, ils ont tendance à abandonner, dans le registre de la médecine traditionnelle, les références magiques pour ne conserver que les seules références phytothérapeutiques. Cela leur permet de se déplacer socialement vers les médecins auxquels ils empruntent un certain nombre de caractéristiques relatives à la consultation. Ils s'appuient sur le cadre légal de l'Institut de Médecine Traditionnelle dont ils se réclament.

Nos données d'observation comme le niveau socio-économique des praticiens et des patients, le type de compétence affiché (savoir hérité ou acquis auprès d'un tiers, don), l'organisation spatiale de la consultation, les techniques de l'auscultation, les formes d'honoraires perçus, nous les avons mises en rapport pour chaque praticien. Ainsi avons-nous pu observer les diverses combinaisons des éléments. Certaines se réalisent, d'autres ne sont pas possibles. La figure du médium, par exemple, est plus éloignée socialement de celle du biomédecin que de celle du bonze. De ce fait, on ne trouve pas de livre ou de table chez un médium. On y verra en revanche, des autels bouddhiques plus ou moins richement entretenus selon le type de "capital thérapeutique" qu'il veut se constituer.

Universalisme et particularisme des savoirs thérapeutiques, savoirs savants ou populaires, modèles cognitifs et culturels sous-tendant ces savoirs, seront donc envisagés ici non pas en eux-mêmes, mais selon les usages sociaux qu'en font les acteurs thérapeutes qui interviennent, aux côtés des médecins, sur le marché des soins cambodgien. Ce marché en développement, où interviennent des acteurs sociaux provenant d'horizons sociaux différents, permet à ces derniers une créativité thérapeutique et sociale en leur permettant de recombinaison des éléments "traditionnels" et "modernes". Les clients sont partie prenante de ce changement créatif.

III - MEDECINS ET PATIENTS. LES USAGES SOCIAUX DE LA PLURALITE THERAPEUTIQUE

Les malades, enfin, peuvent, avec leur entourage, et jusqu'à un certain point, choisir, évaluer et changer de recours thérapeutiques, imprimant ainsi leur influence dans la relation thérapeutique – et cela, d'autant plus que l'offre est variée. Cela pose la question de la place des biomédecins dans ces démarches de patients, de la forme de la relation thérapeutique et des représentations réciproques que les uns se font des autres. La logique sur laquelle reposent ces démarches de recherches de soins est d'abord celle de la guérison¹ et non celle de “systèmes symboliques” tout puissants qui s'imposeraient en toute circonstance comme une certaine tradition anthropologique l'avait pensé. Dans les choix thérapeutiques entrent, certes, en compte les représentations de la maladie, à partir desquelles sera posé un premier diagnostic puis sa réinterprétation éventuelle à l'aune des résultats (ou des échecs) de la quête de soins. Mais des considérations sociales sont également en jeu, en termes de distance sociale au thérapeute éventuellement choisi. Et des motivations économiques, enfin, basées sur le coût et les contraintes matérielles diverses, pesant sur la recherche de soins. La pauvreté des structures sanitaires et ses répercussions sur le statut social des soignants et, partant, sur la qualité de l'accueil (d'autant moins agréable que les soignants se verront remis en cause dans leur fonction) a également été étudié, par exemple au Cameroun par Bernard Hours².

Nous essaierons, à notre tour, de comprendre les démarches des patients et le rôle que peuvent y tenir les médecins et les infirmiers, à partir de trois points d'observations : d'une part les discussions menées avec des patients et leurs familles, rencontrés dans les hôpitaux où nous avons mené nos enquêtes, d'autre part une recherche spécifique centrée sur les représentations de la tuberculose et, enfin, des enquêtes quantitatives que nous avons utilisées en seconde main.

¹ Didier FASSIN, *op. cit.* (Deuxième partie, “Les malades”, pp. 113-186).

² Bernard HOURS, *L'Etat sorcier*, Paris : L'Harmattan, 1985, 165 p.

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

Les données de terrain qui alimentent cette recherche ont été recueillies, pour l'essentiel, lors d'un séjour de quatre ans au Cambodge, de septembre 1990 à septembre 1994, au cours duquel les périodes d'enquête ont chevauché ou alterné avec d'autres activités professionnelles – enseignement, recherches contractuelles en sociologie – lesquelles ont apporté des contacts utiles ainsi que des éclairages complémentaires à l'enquête. Partie d'un intérêt large pour les rapports entre santé, maladie et changement social, et incertaine des possibilités de réalisation d'un travail de terrain au Cambodge, les tâtonnements ont été nombreux avant que, peu à peu, le sujet de recherche ne se précise et puisse être cerné, sous ses différentes facettes.

Plusieurs postes d'observation (en termes de méthodes ou de populations enquêtées) ont été adoptés à cet effet, points de convergence, comme c'est toujours le cas, entre les opportunités offertes et la réflexion sur l'utilisation des outils les plus appropriés. On les décrira dans leur chronologie approximative, de façon à rendre compte de leur évolution – et de l'apprentissage qu'ils ont constitué. On souhaiterait également, ce faisant, éviter de construire, par les vertus de l'écriture et la prise de distance qu'elle permet, un processus méthodologique plus “lisse” et dépersonnalisé qu'il n'est honnête de le déclarer.

I - “Traîner, attendre, faire la conversation”

Dès l'arrivée, et pendant plusieurs mois, nous avons beaucoup “traîné”, comme le dit Paul Rabinow¹, avec tout le plaisir mêlé d'angoisse que suscite cette “perte

¹ “L'ethnologue passe le plus clair de son temps à traîner, à attendre le bon vouloir de ses informateurs, à faire des courses, à boire du thé, à noter des généalogies, à arbitrer des bagarres, à se débarrasser des gens qui lui demandent de les emmener en voiture, et à vainement s'efforcer de faire la conversation – tout cela dans une culture qui n'est pas la sienne”. Paul RABINOW, *Un ethnologue au Maroc. Réflexions sur une enquête de terrain*, Paris : Hachette, 1988, p. 138 [1ère éd. am. 1977].

de temps” indispensable. Cette première observation flottante s'est faite dans trois directions. Dans les lieux publics de Phnom Penh d'abord (puis en province quand cela fut autorisé) sur ses marchés, dans ses pagodes, ses dancings, ses pharmacies, ses villages environnants ; confrontant à la réalité présente les descriptions de paradis perdu que les exilés cambodgiens, nostalgiques, nous avaient faites lors de nos premières enquêtes et tâchant d'améliorer le khmer appris durant trois ans à l'Institut National des Langues et Civilisations Orientales. La “médecine” semblait souvent plus présente, et en tout cas plus vivante, sur les étals des marchés ou dans les petites boutiques des poseuses de ventouses que dans le temple qui lui était réservé, la faculté de Médecine, bâtiment de style colonial, majestueux mais démuné, où nous avons obtenu d'être nommée professeur de français. En troisième lieu, nous avons disposé d'un ensemble de contacts familiaux grâce à des Cambodgiens installés en France. Chargée de transmettre à leurs parents de l'or, du courrier ou des paquets de médicaments destinés, dans la plupart des cas, à la revente, nous avons pu ainsi visiter ou séjourner fréquemment dans ces quatre ou cinq familles à l'hospitalité chaleureuse.

Cette première période d'observation nous a apporté quelques enseignements pratiques. D'abord une familiarisation lente avec la “société” et la “culture” cambodgiennes, nous permettant de parler la langue mais aussi de pratiquer les règles sociales de la courtoisie et celles, non moins utiles, de la curiosité. Par ailleurs on a ainsi pu repérer, en première approximation, différents lieux – publics, professionnels, familiaux – où se pratiquait la médecine sous toutes ses formes. Du point de vue des individus, ces espaces se présentaient comme des sphères d'appartenance multiples organisées en cercles concentriques – du plus intime, l'espace familial, au plus officiel, l'espace public – relativement imperméables les uns aux autres. Cette imperméabilité était certainement renforcée par le contrôle idéologique que l'Etat exerçait par le biais de divers relais administratifs. Les comportements, les propos tenus, les registres de langage même y étaient différents, laissant pressentir qu'une unique enquête dans les milieux officiels de la médecine, sous la forme, par exemple, d'entretiens avec des médecins, ne fournirait que des données partielles peu à même de saisir l'ensemble de leur pratique. Observations et entretiens – formels et informels – ont donc alterné comme des méthodes se complétant l'une l'autre.

II - Univers familiaux

Dans les familles mentionnées ci-dessus et dans quelques autres, rencontrées par la suite, nous avons pu faire des visites ou des séjours de durée variable, de quelques jours, la plupart du temps, à trois mois dans l'une d'entre elles. A côté des cinq ou six familles visitées régulièrement à Phnom Penh, d'autres, habitant dans diverses provinces, ont pu nous accueillir pour quelques jours (Kratie, Takeo, Site II¹). Ces familles, par le hasard des choses, avaient des liens très divers avec la biomédecine, tant sur le plan de leurs pratiques thérapeutiques que sur celui de leur parenté². Pour diverses raisons, nous avons tenu à maintenir néanmoins ces observations familiales informelles³. Elles nous fournissaient d'abord un regard sur la société globale qui nous permettait de replacer les activités thérapeutiques à leur juste place dans la vie quotidienne afin d'éviter l'«imposition (...) de la problématique, des préconceptions et des catégories du chercheur» qu'évoque Denise Jodelet⁴. Cela est particulièrement vrai, comme en avertit la littérature anthropologique, dans les domaines de la médecine et de la maladie dont les activités et les pratiques ne constituent pas un domaine à part.

Nous avons ainsi pu recueillir un ensemble d'informations ethnographiques touchant de multiples domaines de la vie quotidienne dont ceux qui, de près ou de loin, touchent au corps, à l'hygiène, à la santé et à la maladie : repas, coucher, soins corporels, déplacement du corps dans l'espace domestique ou extérieur, traitement des épisodes de maladie, deuils, etc. C'est en accompagnant ces familles que nous avons également assisté aux fêtes religieuses, qu'elles soient annuelles, collectives et célébrées dans les pagodes (le Nouvel An d'avril, la Quinzaine des Morts du mois luni-solaire de

¹ Site II est un camp de réfugiés en territoire thaïlandais qui, comme tous les camps, est un lieu de va-et-vient discret avec le Cambodge.

² Dans l'une d'entre elles, le père, médecin, était en stage en Union Soviétique quand nous avons commencé à la fréquenter. Il est rentré chez lui par la suite. Dans une autre (une famille de province), le fils était étudiant en médecine.

³ Ces familles étaient évidemment au courant de notre recherche mais, à part lorsqu'il s'agissait de noter un terme ou un détail susceptibles d'être oubliés, nous n'avons jamais pris de note ou enregistré au magnétophone les conversations.

⁴ Denise JODELET, *Folies et représentations sociales*, Paris : P.U.F., 1989, p. 52.

septembre-octobre, la Fête des Eaux d'octobre-novembre, les Kathen¹) ou qu'elles soient familiales (mariages, funérailles, fête de montée dans la maison, etc.).

III - Entretiens officiels

Le versant formel de l'enquête est constitué d'une série d'entretiens avec les responsables – directeurs ou vice-directeurs – des douze hôpitaux et autres établissements sanitaires centraux de Phnom Penh². L'intérêt et les limites de ces interviews doivent être compris en référence au contexte dans lequel nous les avons réalisés. La rédaction d'une demande d'autorisation auprès du ministère de la Santé était nécessaire mais problématique pour deux raisons. Disposant d'un visa de travail au Cambodge, nous hésitions à évoquer une recherche en cours. Par ailleurs, les termes de sociologie ou d'anthropologie étaient susceptibles d'une connotation différente de celle que nous leur connaissons. Un Institut de Sociologie formant les cadres au marxisme-léninisme avait en effet été inauguré quelques années plus tôt et son directeur, un sociologue jugé trop libéral, avait dû s'exiler peu avant notre venue.

C'est en découvrant les vertus de l'intermédiaire dans de multiples situations de la vie sociale cambodgienne que nous avons finalement pu faire notre demande dans des formes acceptables, tout en faisant état de notre travail. Nous avons sympathisé avec Monsieur L., un médecin chargé des relations avec les organisations humanitaires au ministère de la Santé et, comme tel, apte à saisir les méandres un peu kafkaïens des processus de décisions administratives. Acceptant de travailler pour nous, il s'est chargé des autorisations, nous a accompagnée dans nos visites et s'est également occupé des rapports écrits fournis au ministère après chacune d'entre elles. La bonhomie de Monsieur L. a quelque peu atténué le caractère très officiel de ces visites qui se déroulaient dans la pièce de réception de l'établissement, décorée de slogans à la

¹ Fêtes destinées à réunir une somme d'argent pour une pagode.

² Soit sept hôpitaux centraux, établissements accueillant – en principe – les patients référés par les hôpitaux provinciaux insuffisamment équipés pour assurer les soins (l'Hôpital National Pédiatrique, l'Hôpital du Deux Décembre, l'Hôpital du Sept Janvier, l'Hôpital de la Révolution – qui devait ensuite reprendre son nom d'hôpital Calmette à l'invitation des représentants de l'aide bilatérale française – l'Hôpital du Dix-Sept Avril, l'Hôpital des Chemins de Fer et l'Hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique) ; l'hôpital municipal de Phnom Penh, le Centre de Recherche Médico-Pharmaceutique Traditionnel, une des trois unités de production de médicaments du Cambodge, la Banque du Sang et l'Ecole Centrale des Cadres Sanitaires. Seule notre demande concernant l'Hôpital Militaire n'a pas été agréée.

gloire de l'Etat de Cambodge et surmontés du portrait du Président Heng Samrin entouré de ceux de Marx, Lénine ou Ho Chi Minh. Ces entretiens ont duré entre deux et trois heures et ont été enregistrés. Le guide d'entretien était divisé en six parties qui évoquaient successivement :

- L'histoire de l'établissement et notamment la remise sur pied de l'établissement après le régime khmer rouge
- L'aide étrangère reçue et, surtout, le passage de l'aide des pays de l'Est à celle des O.N.G.
- Le fonctionnement de l'hôpital (administration, personnel, malades) et ses problèmes
- Le statut de la médecine traditionnelle à l'hôpital et dans le système de santé.
- La biographie professionnelle du directeur de l'hôpital
- Les améliorations qu'il souhaitait voir réaliser dans son établissement ou au niveau plus global du système de santé cambodgien.

L'entretien se terminait par une visite commentée de l'hôpital qui, selon les cas, était plus ou moins arrangée à l'avance¹. Si l'on accepte de considérer les informations ainsi obtenues comme un type de données, parmi d'autres, produit d'une situation particulière, elles se sont avérées plus riches, à la retranscription, que nous ne le pensions. La longueur des entretiens – permettant une certaine détente de la relation – et l'effort de neutralité, face à des responsables n'ignorant pas les critiques dont sont l'objet leurs hôpitaux de la part de visiteurs occidentaux², ont conduit la plupart d'entre eux, malgré leur protestation répétée de fidélité à la ligne de leur ministère, à se montrer à mi-mots plus téméraires qu'on aurait pu le penser.

D'autres entretiens semi-directifs ont été menés par la suite avec des représentants des aides bilatérales étrangères (Australie, Royaume-Uni, Japon, France et Chine³), avant que les quatre premiers n'aient officiellement reconnu l'Etat du Cambodge et ouvert leurs ambassades, ainsi qu'avec des membres d'organisations non-

¹ Dans un cas, le directeur nous précédait en criant “il y a un invité”, figeant immédiatement le personnel au garde-à-vous.

² Mauvaise organisation, gaspillage des ressources et coulage excessif en sont les principales.

³ Nous n'avons malheureusement pas pu faire d'entretiens avec les représentants du Viêt Nam et de l'Union Soviétique.

gouvernementales intervenant dans le domaine médical. Ils portaient sur leurs activités au Cambodge. A ces entretiens se sont ajoutées des conversations informelles recueillies soit auprès de médecins cambodgiens rencontrés aux diverses occasions que nous procurait le travail à la Faculté de Médecine, soit avec des membres d'organisations humanitaires médicales, auxquelles nous avons présenté notre recherche au cours d'une réunion de leur comité de coordination. Toutes ces informations nous ont permis d'avoir une vision globale, à travers ses différents acteurs, du système de santé cambodgien et, en particulier, des enjeux importants que représentait l'aide étrangère.

IV - Observations des hôpitaux

A côté de ces entretiens, il nous manquait l'observation des pratiques thérapeutiques concrètes au niveau microsociologique de l'hôpital, comme nous nous en sommes expliquée dans l'introduction. Le choix des hôpitaux s'est fait de façon à construire un échantillon varié, en fonction de critères qui avaient paru pertinents au regard des données déjà recueillies. Ils concernent à la fois les caractéristiques de l'hôpital et celles de l'O.N.G. qui y intervient.

Le réseau hospitalier cambodgien est organisé sur une base administrative et pyramidale. De “haut” en “bas”, il est constitué des hôpitaux dits “nationaux” ou “centraux” de Phnom Penh ; d'un hôpital dans chacune des vingt-et-une provinces (*khet*) ; des dispensaires de districts (*srok*) et, enfin, des infirmeries de communes (*khum*)¹. Chaque établissement est, en théorie, doté d'un personnel et d'un équipement adapté à ses compétences propres et doit référer au niveau supérieur un patient dont les soins dépassent ses possibilités. Cette hiérarchie est donc susceptible d'influer sur les pathologies soignées ainsi que sur les caractéristiques socio-économiques des patients, les plus riches seuls se dirigeant, de leur propre chef ou sur les conseils reçus en consultation, vers une structure de soins de niveau supérieur. Du point de vue des soignants (infirmiers, sage-femmes, dentistes, médecins assistants, docteurs) et de leur perspectives professionnelles, les possibilités de constitution d'une clientèle privée – illégale mais tolérée et largement pratiquée – sont donc dépendantes

¹ Ce découpage administratif date du Protectorat.

du niveau administrativo-hospitalier de leur affectation. Nous avons donc inclus dans notre échantillon des établissements de différents niveaux : infirmerie de commune, dispensaire de district et hôpital de province¹.

Concernant les organisations étrangères intervenant dans les hôpitaux observés, deux caractéristiques ont été retenues comme principe de sélection². En premier lieu, leur origine nationale (Europe, Amérique du Nord, Asie) et leur orientation religieuse³ ou laïque ce qui, pensions-nous, devait influencer sur leur conception de l'aide humanitaire et, partant, sur les rapports entre soignants cambodgiens et étrangers, donc sur la production concrète de soins. Nous avons retenu de ce fait une organisation française, deux étatsuniennes – dont une protestante et une autre laïque – et une japonaise. Le second critère retenu était la “taille” de l'O.N.G. en termes de budget, de personnel et d'équipement investi dans l'hôpital observé, dans la mesure où l'ampleur du projet de développement hospitalier avait des chances de modifier les conditions de l'interaction entre Cambodgiens et étrangers. Nous avons donc observé de “grandes” et de “petites” organisations.

L'observation demande du temps et s'accommode mal de vastes échantillons. Nous avons, au départ, prévu de repérer le plus finement possible, dans le fonctionnement et les soins de tous les jours dans les hôpitaux, l'action des variables structurelles que nous venons de définir, en établissant le même programme d'observation pour chaque établissement. De façon plus réaliste, nous avons ensuite préféré concentrer notre attention sur un hôpital “moyen”⁴. Les autres établissements ont été observés sur des durées plus courtes – d'un jour à une semaine – et ces données, complétées par des entretiens ou des conversations avec le personnel cambodgien et étranger, ont été comparées avec celles réunies pour le premier hôpital. La grille

¹ Ainsi que les hôpitaux de trois camps de réfugiés de la frontière khméro-thaïlandaise : Khao I Dang (sous égide internationale), Site II (camp de la résistance sonsanniste) et Site 8 (camp de la résistance khmère rouge).

² Nous avons dû renoncer, pour des raisons de sécurité, à nous rendre dans un hôpital provincial qui présentait l'intérêt d'avoir fait l'objet d'un programme humanitaire avant de fonctionner par ses propres moyens.

³ Dans le domaine médical, les O.N.G. religieuses sont anglo-saxonnes et protestantes.

⁴ Un dispensaire de district dans la province de Kandal, soutenu par une “petite” O.N.G. française. Nous l'avons visitée régulièrement (avec quelques séjours) pendant plusieurs mois en 1992. Au moment de l'observation, elle présentait en outre l'intérêt de s'agrandir, nous permettant de voir toutes les modifications que cela entraînait dans ses rapports avec l'hôpital cambodgien.

d'observation consistait à décrire les interactions entre les différents acteurs de l'hôpital (personnel cambodgien, personnel étranger, patients) au cours des différents moments de la vie de l'hôpital mais particulièrement lors des consultations internes (visites au lit des patients hospitalisés dans les différents services) ou externes (les patients repartent après la consultation).

Les hôpitaux cambodgiens, de par leur architecture et leur mode d'organisation, sont propices à l'observation¹. Ouverts sur l'extérieur, ils sont conçus pour laisser circuler l'air et permettent à chacun – parents venus s'installer auprès de leur malade ou employés – de vaquer à leurs occupations domestiques ou professionnelles dans un va-et-vient que seule la chaleur de midi arrête. Dans les salles communes où sont alités les patients, la vie s'organise de la même façon sous le regard de tous, marquée seulement par une appropriation familiale de l'espace, notamment autour du lit du patient, sans que ni la douleur – qui se manifeste sans bruit – ni même la mort ne demandent un isolement matériel par ailleurs souvent impossible. Nous avons ainsi pu suivre librement la vie quotidienne des patients et celles du personnel.

Le fait de choisir des hôpitaux dans lesquels interviennent des O.N.G. a présenté, pratiquement, des avantages comme des inconvénients sur le plan de la production des données. Les organisations sollicitées se sont souvent montrées coopératives, se chargeant, en particulier, des autorisations auprès du directeur de l'établissement et nous faisant bénéficier de leurs moyens de transport et de leurs dispositifs de sécurité. Leur intérêt pour notre étude avait des raisons variables selon les personnes. Lorsque les programmes sont déjà bien lancés et que l'activité quotidienne consiste surtout en supervision, la présence d'un visiteur extérieur – de surcroît peu disert et vite oublié en cas d'urgence – permet de rompre la routine et procure le plaisir de montrer le travail réalisé, surtout lorsque, en période de difficultés, le doute s'installe quant à son utilité. En outre, l'anthropologue est parfois perçu comme susceptible de fournir une aide en tant que spécialiste de la “culture”, conçue comme une sorte de boîte noire contenant les croyances et les comportements “traditionnels” à l'égard du corps, de la santé et de la maladie, lesquels sont considérés comme les freins majeurs à la

¹ Les hôpitaux centraux, construits sur le mode occidental, sont plus fermés.

réalisation des programmes sanitaires et qu'il convient de connaître pour les contourner¹.

Nous avons ainsi fréquemment été sollicitée comme interprète, au double sens linguistique et culturel – notre connaissance de la langue khmère apparaissant souvent comme un bien meilleur gage de légitimité que notre pratique anthropologique ! Nous nous sommes efforcée de répondre à des questions ponctuelles de cet ordre quand nous avons des éléments pour le faire, tout en expliquant notre propre démarche. Celle-ci, dans la mesure où elle impliquait les rapports sociaux entre tous les acteurs de la vie hospitalière s'opposait à une conception aussi instrumentale et extérieure de la “culture”, d'autant plus rassurante qu'elle désigne surtout la “culture” de l'Autre.

Ce dialogue que nous avons expérimenté sur le terrain avec des spécialistes du développement médical, où s'exprimait une différence d'objectifs, s'inscrit dans une réflexion déjà abordée par d'autres anthropologues², sur les positions respectives de l'anthropologie et de la médecine. Elle concerne les termes de l'échange scientifique susceptible d'être tenu – les anthropologues pouvant choisir, soit de réaffirmer l'objet propre de leur discipline et son indépendance, soit d'en faire une activité de recherche annexe à celle de la pratique médicale, adoptant les catégories et les idéologies de celle-ci et épaulant en particulier ses programmes de développement en prenant en charge les aspects perçus comme culturels. Cela pose également le problème des rapports (et du choix) entre recherche appliquée et recherche fondamentale.

¹ C'est la raison pour laquelle, cherchant un financement pour notre recherche auprès d'organisations humanitaires ou internationales (dont l'O.M.S.), nous nous sommes vu proposer uniquement des études sur les parcours thérapeutiques des patients et les raisons de leur désertion de l'hôpital car ce sont les patients qui étaient censés constituer des objets anthropologiques et en aucun cas les soignants, surtout occidentaux.

² Voir par exemple Bernard HOURS, “L'anthropologue face à la demande médicale”, Colloque *Anthropologie sociale et ethnologie de la France*, Paris, Musée des ATP, 19-20-21 nov. 1987, dactylograph. ; François LAPLANTINE, “L'ethno-médecine. Propositions thématiques et théoriques”, in A. RETEL-LAURENTIN *et al.*, *Une anthropologie médicale en France ?*, Paris : CNRS, 1983, pp. 29-40 et Marc-Eric GRUENAI, “Présentation. Une rencontre à venir”, *Cahiers des sciences humaines*, n° spécial “Anthropologie et santé publique”, 1992, 28, 1, pp. 3-12.

Du point de vue des soignants cambodgiens, nous avons essayé, de la même façon, de gagner une place d'observateur neutre¹ et de créer un rapport “d'intimité extérieure”², le moins identifiée possible à l'O.N.G. Nous avons, dans la mesure du possible, expliqué notre travail et discuté, avec ceux qui se montraient intéressés, des disciplines sociologiques et anthropologiques, presque inconnues au Cambodge. Dans un cas, où un conflit larvé s'était installé entre le personnel cambodgien et le personnel humanitaire – dont nous avons d'ailleurs été informée par le premier – la méfiance n'a pas pu être totalement rompue ; le même silence gêné accueillant chacune de nos entrées dans les salles d'hôpital. Hormis quelques incidents de cet ordre dont la plupart auraient certainement été réglés avec le temps, notre intégration a été considérablement facilitée par la familiarisation à la vie quotidienne cambodgienne acquise dans les familles précédemment visitées et qui nous rendait, certainement, d'autant plus proche que nous ne manifestions, à leur égard, aucune des attentes professionnelles qui créent les tensions quotidiennes entre étrangers et Cambodgiens.

Outre les petits services personnels que nous étions susceptible de rendre – d'autant plus volontiers que, recréant à l'hôpital un univers familial, le personnel cambodgien nous accueillait, comme tous les autres étrangers, en invités – différentes fonctions nous ont été assignées ponctuellement ; intermédiaire pour exprimer un désaccord avec un membre de l'O.N.G., pour lequel les règles de la courtoisie cambodgienne ne permettent pas la communication en face-à-face ; interprète d'infirmiers (les médecins seuls connaissant en général le français) ; ou, parfois, informatrice, le personnel cambodgien, souvent intrigué par les raisons qui peuvent pousser un Occidental à venir travailler dans son hôpital, nous interrogeant sur les salaires et autres éléments susceptibles de fournir une explication plausible. Dans tous les cas, nous nous sommes efforcée de répondre strictement aux demandes diverses. Quant aux patients, nombreux, il était difficile de ne pas passer, à leurs yeux, pour un médecin ou une infirmière. Nous nous sommes contentée de leur affirmer le contraire

¹ A la fin de l'enquête, nous avons restitué nos observations et nos analyses sous la forme de deux exposés aux O.N.G. auxquelles un représentant du Ministère de la Santé était convié.

² Michel NAEPELS, “Une étrange étrangeté. Remarques sur la situation ethnographique”, *L'Homme*, 1998, 148, p. 197.

quand ils nous sollicitaient¹, et, le cas échéant, de les diriger vers un responsable de salle. Les discussions échangées avec eux ou leur famille manifestent donc certainement, à un degré ou à un autre, ce type d'attente à notre égard.

V - Les thérapeutes traditionnels et populaires

Enfin, une enquête spécifique a été menée auprès d'une vingtaine² de praticiens traditionnels ou populaires qui, d'une façon ou d'une autre, interviennent dans le champ thérapeutique aux côtés des médecins. Phnom Penh, qui a vu sa population considérablement augmenter ces dernières années, est, à cet égard, le lieu d'expression de la plus grande diversité et de la plus grande créativité. C'est pourquoi la majorité des thérapeutes rencontrés habitent la capitale³. Nous avons privilégié, là encore, la diversité sans chercher à classer, *a priori* ces praticiens. Certains sont des médecins traditionnels (*kru khmaer*, litt. "maîtres khmers"), des médiums (*rup*, រូប, litt. "enveloppe physique", ici dans le sens de monture) ou des bonzes. D'autres encore sont tireuses de cartes, masseuses ou vendeurs ambulants de médicaments. Il y a enfin les personnages qui, dans le paysage thérapeutique cambodgien, semblent plus atypiques bien que l'on ne dispose d'aucune publication d'avant-guerre pour l'affirmer : membres indiens de la secte Maharashi ou bien "envoyé de Jésus-Christ" américain qui connaissent un grand succès⁴.

¹ Cette expérience nous a été utile pour comprendre les règles du jeu social triangulaire entre les patients, les soignants cambodgiens et les soignants étrangers.

² L'on dispose de notes d'observation complètes pour vingt-et-un d'entre eux. Cinq autres ont été observés ou interviewés plus brièvement parce que la rencontre n'était pas préparée mais due au hasard (visite dans une famille, une pagode, etc.). Enfin, dans un cas, qui a retenu notre attention pour son originalité (il s'agit d'un "envoyé de Jésus-Christ" étatsunien), nous nous sommes basée sur des coupures de presse. Par ailleurs, douze des observations ont été faites avec des étudiants de 1^{ère} année de la Faculté d'Archéologie de Phnom Penh, dans le cadre d'un travail pratique d'initiation à l'anthropologie. Ces étudiants sont Mrs. Chan Sambath, Ieng Rotha, Im Sokrithy, Kim Minh, Kim Sophorn, Kong Vireak, Kou Vet, Lim Hak, Phann Nady, Prak Sonnara, Tann Sophal et Thong Bunthoeun.

³ Cinq exercent dans les provinces de Kompong Thom, Siem Reap, Kandal (deux d'entre eux), Kompong Chhnang.

⁴ L'échantillon se répartit comme suit. Dix médecins traditionnels, neuf médiums, trois bonzes, une masseuse, une tireuse de carte, une troupe de vendeurs ambulants de médicaments, un thérapeute maharashi, un "envoyé de Jésus-Christ".

VI - Enquête historique

L'enquête historique sur la médecine au Cambodge a, pour finir, fait l'objet d'une recherche documentaire et d'une enquête auprès de médecins âgés, pour ses épisodes les plus récents. La période coloniale nous a conduite au Viêt Nam, dont la position dans l'Indochine française était bien plus importante que celle du Cambodge et qui a disposé, contrairement à ce dernier, d'une puis de deux Facultés de Médecine. A Saigon, les fonds de l'Institut Pasteur, de la Faculté de Médecine et de la Bibliothèque des Sciences Sociales ont été visités puis, à Hanoi, ceux de la Bibliothèque Nationale et de la Faculté de Médecine. Nous y avons trouvé de nombreux documents, thèses de médecine, ouvrages, articles de revues ou de journaux. Ces recherches ont été poursuivies au Centre des Archives d'Outre-Mer d'Aix-en-Provence et à l'Institut de Médecine Tropicale du Service des Armées à Marseille qui ont tous deux fourni des rapports administratifs précieux. Concernant la période sihanoukiste d'après l'indépendance, nous avons consulté les archives du Ministère français des Affaires Etrangères, éclairantes sur les conditions de la nouvelle coopération franco-cambodgienne et, de façon plus allusive, sur les aides des autres pays. Ces sources écrites d'information ont été complétées par des entretiens, en France, avec une quinzaine de personnes, le plus souvent médecins et tous acteurs ou témoins privilégiés du système de santé cambodgien à diverses périodes : médecins français coopérants, le plus souvent militaires, ayant servi dans les années 1960 ; médecins cambodgiens, aujourd'hui réfugiés en France, ayant connu, pour les plus âgés d'entre eux, le Protectorat et le statut de "médecins indochinois" et, pour les plus jeunes, les régimes successifs. L'interview de Cambodgiens réfugiés à l'étranger était en outre indispensable pour atténuer les biais éventuellement introduits par le contrôle ou la propagande pratiqués par l'Etat du Cambodge qui propose, comme on peut s'en rendre compte à la lecture des manuels d'histoire par exemple, sa propre version du passé national.

En choisissant ainsi différents postes d'observation et différentes méthodes de recueil des données, on a cherché à éviter la fermeture *a priori* de l'enquête sur les seuls médecins en situation de travail. Mais ce faisant, on a également implicitement sollicité des traditions socio-anthropologiques et des visions du monde

social différentes. Les médecins, dans ce dispositif d'enquête, sont tour à tour des “êtres culturels” qui partagent, avec l'ensemble des Cambodgiens – khmers ou khmérés tout au moins – un ensemble de représentations avec lesquels l'anthropologue doit se familiariser (ethnographie de la vie quotidienne, au sein de familles ou à l'hôpital). Ils sont aussi porteurs de l'idéologie de leur ministère ou de leur établissement et sont identifiés – et s'identifient – même imparfaitement, à leur fonction de représentants d'une institution (entretiens dans un cadre officiel). Enfin, “êtres historiques” ils sont supposés être les produits ou les réceptacles d'une histoire commune, nationale ou professionnelle. A ces “altérités d'appartenance” construites par l'anthropologue¹, l'observation des hôpitaux ajoute la dimension d'une “altérité pragmatique”² qui restitue une certaine liberté d'action aux médecins en en faisant, non plus (seulement) des individus produits ou réceptacles d'une culture, d'une institution ou d'une histoire autres (que celles de l'anthropologue) mais aussi des acteurs agissant en fonction d'opportunités et de contraintes *hic et nunc*.

¹ Le terme est de Nicolas DODIER et Isabelle BASZANGER, “Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique”, *Revue Française de Sociologie*, 1997, XXXVIII, pp. 37-66. Ils ne l'appliquent qu'à la seule “ethnographie intégrative”, ethnographie classique de type monographique qui, en postulant l'existence d'une conscience collective partagée par toute la communauté enquêtée, autorise l'extension des résultats partiels à l'ensemble de cette communauté.

² *Ibid.*

DEUXIEME PARTIE

**ÉTAT, SYSTÈMES DE SANTE ET
MEDECINS**

**LES HERITAGES D'UNE HISTOIRE CHAOTIQUE
SOUS INFLUENCE ÉTRANGÈRE**

Au cours de notre enquête auprès des médecins cambodgiens, les données, recueillies tant au cours d'entretiens personnels que d'observations de leurs activités hospitalières, donnaient une première impression d'incohérence, apparemment irréductible à la généralisation. Les biographies professionnelles laissaient entrevoir des parcours chaotiques, ponctués de changements de métier et d'activités annexes bien peu compatibles avec la “vocation médicale” proclamée par les médecins occidentaux pour lesquels on dispose des études les plus nombreuses. Quant au système de santé étatique dans lequel ils exerçaient, on décelait, au-delà de son apparente rigidité centralisatrice, sous l'égide du Parti communiste unique, des éléments hétérogènes et comme anachroniques, vestiges des régimes antérieurs. Il nous est alors apparu que, pour comprendre la logique des parcours, des activités professionnels et de la construction du groupe médical cambodgien, il fallait analyser en détail son histoire, en commençant cette étude par une *approche diachronique et macrosociologique* qui, pour le Cambodge plus que pour un autre pays, peut-être, s'impose.

Cette histoire, perçue dans sa totalité, présente trois caractéristiques. En premier lieu, et comme dans les autres pays colonisés, elle est courte. Et elle l'est d'autant plus que les biomédecins cambodgiens ne se sont pas réclamés jusqu'à présent, et contrairement à d'autres¹, d'une “tradition médicale millénaire”, autochtone et savante, bien que celle-ci existât. L'enseignement biomédical, mis en place au début du XXe siècle dans le cadre de la domination coloniale française, n'a ainsi formé que trois générations de Cambodgiens. En second lieu, la transmission générationnelle des savoirs et des pratiques biomédicaux dans le contexte national, de même que la construction, dans la durée, d'une profession médicale spécifiquement cambodgienne ont été fortement perturbées par les ruptures successives et souvent brutales des changements de régimes politiques. Ces derniers ont, à chaque fois, imposé des projets de société nouveaux et des structures de pouvoir qui ont modelé des systèmes de santé différents, des idéologies de la santé publique et un corps médical sans cesse remis en question, contraint de s'adapter aux nouvelles conditions.

Enfin, les systèmes de santé successifs, dans lesquels ont dû exercer les médecins cambodgiens, ont toujours subi une étroite influence étrangère – qu'elle soit

¹ En premier lieu leurs voisins vietnamiens.

française, étatsunienne, chinoise, vietnamienne, pour ne citer que les plus importantes – reflétant, de façon plus globale, la difficile position du Cambodge, faible “Etat-tampon”¹ situé dans une région aux puissants enjeux stratégiques, notamment pendant la guerre froide. Au fil chronologique, décrivant les événements politiques et leur influence sur les structures de santé et ses praticiens, on superposera donc une grille de lecture en termes *relationnels* : l'histoire médicale du Cambodge peut en effet être analysée comme celle des rapports de pouvoir, engendrant des processus de négociations, entre des responsables cambodgiens de différents niveaux, soucieux de maintenir leur autonomie tout en bénéficiant d'une aide extérieure utile, et des instances étrangères – Etats ou organisations internationales – offrant leur appui en échange de l'acceptation de leur influence diplomatique, idéologique ou technique.

De ce point de vue, chaque époque de la trame historique globale² se trouve animée d'une logique propre, dans laquelle les types de rapports entre Cambodgiens et étrangers, les modes de négociations, et les résultats de ces négociations présentent des configurations renouvelées qui contribuent à “produire” des systèmes de santé et des praticiens différents. Au Protectorat français et à la domination coloniale (1863-1953), succède la décolonisation dans le cadre de la “monarchie socialiste” du prince Sihanouk (1953-1970), renversé en 1970 par un régime pro-américain – ou, en tout cas, massivement soutenu par les Etats-Unis – qui plonge le pays dans la guerre jusqu'en 1975. Les Khmers Rouges en sortent vainqueurs, imposant un ordre totalitaire qui entend faire table rase du passé. Cette partie se termine sur leur renversement, en 1979, par leurs anciens alliés vietnamiens et sur le bilan des héritages endossé par les médecins cambodgiens actuels.

¹ Pour reprendre une expression appliquée au Laos par Christian TAILLARD, *Le Laos. Stratégies d'un Etat-tampon*, Montpellier : Groupement d'Intérêt Public Reclus, 1989, 200 p.

² Voir en annexe I, une liste des principaux moments de l'histoire politique du Cambodge.

CHAPITRE I

MÉDECINE COLONIALE FRANÇAISE ET MÉDECINS INDOCHINOIS (1863-1953)

Dès ses débuts, les médecins participent à l'œuvre coloniale française. En Indochine comme ailleurs¹, les raisons invoquées de leur activité précoce aux côtés des militaires puis des administrateurs civils sont, en premier lieu, la prise en charge de la santé des militaires et des colons, puis la responsabilité française à l'égard des peuples colonisés, la mission civilisatrice dont les médecins sont les plus dignes représentants – une mission qui voit sa légitimité renforcée après l'avènement du “nouveau paradigme médical” que représente Pasteur et ses disciples, dans la première décennie du XXe siècle² ; ainsi que, bien entendu, l'intérêt politique que procure le dévouement des médecins coloniaux. L'on fait certes de ces raisons un usage plus ou moins discret selon les circonstances et le public auquel elles s'adressent. Mais les intérêts coloniaux les plus immédiatement matériels – préserver la force de travail et la capacité fiscale de la population soumise – comme les plus désintéressés – améliorer les conditions de vie, propager par l'éducation une conception du corps et de la maladie “rationnelle” – s'expriment simultanément et sans contradiction apparente.

Dans ces conditions, le système de santé qui se développe au Cambodge se comprend en référence aux caractéristiques générales de la colonisation et, en particulier, à sa position dans la nouvelle entité économique et politique qu'est l'Union Indochinoise. Le Cambodge protégé devra s'y insérer avec le Laos aux côtés de territoires aussi différents sur le plan culturel que la Cochinchine, l'Annam et le

¹ Voir le travail précurseur d'Yvonne TURIN, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale. Ecoles, médecines, religion, 1830-1880*, Alger : Entreprise Nationale du Livre, 1983, 434 p. [1^{ère} éd. 1971].

² Jean-Pierre DOZON, “D'un tombeau l'autre”, *Cahiers d'Etudes Africaines*, 1991, XXXI (1-2)-121-122, p. 141.

Tonkin¹. On abordera ensuite l'analyse de la position des biomédecins “indigènes” dans ce système.

I - LE CAMBODGE SUR LA ROUTE DE LA CHINE DU SUD

Le 11 août 1863, lorsque le prince héritier cambodgien Ang Vodey, en lutte pour la succession royale ouverte à la mort de son père le roi Ang Duong, accepte le protectorat puis, l'année suivante, la couronne des mains des Français, il ouvre une nouvelle période de l'histoire de son pays. Pour nouvelle qu'elle soit, elle se situe néanmoins dans la continuité de la difficile diplomatie royale qui s'efforce de préserver l'intégrité territoriale du pays, placé dans une position géostratégique qui lui est défavorable depuis plusieurs siècles. “Les Cambodgiens se battent toujours entre eux quand il s'agit de succession politique. Ceux qui perdent ces batailles vont chercher de l'aide chez une grande nation voisine ; ceux qui ont gagné doivent alors recourir à l'aide de l'autre voisin”, aurait dit Rama III, roi du Siam (l'actuelle Thaïlande) vers 1840². Il oublie d'ajouter que ces “grandes nations voisines”, le Siam et le Viêt Nam, soufflent alors sur le feu couvant des nombreuses crises de successions cambodgiennes pour mieux asseoir leur propre influence, prétextant le soutien aux princes éconduits et aux rebelles pour intervenir politiquement ou militairement.

Le nouveau roi Norodom – son nom de règne – se trouve lui aussi dans une situation très difficile. Le Cambodge est lié par une ferme co-suzeraineté, exercée par les royaumes antagonistes du Siam (au Nord-Ouest) et du Viêt Nam (au Sud-Est) et menacé de disparition. Le premier occupe – sans annexion toutefois – les provinces de l'Ouest et du Nord, tandis que le second entame une véritable politique de vietnamisation de la cour cambodgienne et d'annexion des territoires restants ; suite

¹ La Cochinchine occupe le Sud de l'actuel Viêt Nam, l'Annam son Centre et le Tonkin, le Nord. Nous entendons par *Indochine*, comme il est classique, les cinq territoires de l'ex-Indochine française et non la péninsule indochinoise, réfèrent plutôt géographique que politique.

² Cité par Serge THION et Ben KIERNAN, *Khmers rouges ! Matériaux pour l'histoire du communisme au Cambodge*, Paris : Ed. J.-E. Hallier-A. Michel, 1981, p. 7.

logique de la lente “marche vers le Sud” (*Nam tien*) des colons vietnamiens, entamée dès le XVII^e siècle et qui a vu Prey Nokor la cambodgienne devenir Saigon en 1623.

Le roi s'avise, après la signature du traité avec les Français, de poursuivre la politique d'équilibre fragile menée jusque-là, cherchant à contrebalancer l'influence française par le maintien de relations secrètes avec le Siam. Peine perdue. Il est menacé et doit respecter l'une des clauses les plus contraignantes de l'accord : renoncer à toute initiative en direction de l'étranger. Le Cambodge se trouve, de fait, relativement protégé contre les appétits de ses voisins¹, mais au prix d'un isolement local et de la renonciation au système traditionnel d'échanges économiques et culturels qui le liait à ses voisins, notamment le Siam².

La France, quant à elle, fait longtemps preuve d'un désintérêt total pour le petit royaume. Ang Duong, le père de Norodom, a déjà, à plusieurs reprises, fait appel aux Français sur les conseils de Monseigneur Miche – évêque de la Cochinchine occidentale et du Cambodge et proche du roi – après avoir pensé demander le soutien des Britanniques. Ses demandes restent sans réponse ou les négociations sont si mal menées qu'elles n'aboutissent pas³. C'est que l'Indochine – et *a fortiori* les petits pays que sont le Cambodge et le Laos – n'est, dans un premier temps, qu'un enjeu secondaire dans des desseins géopolitiques et économiques de plus vaste ampleur. La France, comme l'ensemble des puissances capitalistes européennes, cherche un débouché commercial en Extrême-Orient, et, en particulier, en Chine du Sud pour contrebalancer l'influence des Britanniques aux Indes et leur succès à Hong Kong – qui passe sous leur contrôle, cédé par la Chine, en 1842. Le Mékong et les fleuves du Viêt Nam sont alors perçus comme des voies de pénétration intéressantes.

¹ Ce n'est vrai qu'à demi, toutefois. Selon les termes d'un accord de 1867, la France soustrait le Cambodge à la tutelle siamoise en échange de trois provinces cambodgiennes du Nord-Est (Battambang, Sisophon et Siem Reap). Elles seront rétrocédées par la suite, en 1907.

² Alain FOREST, *Le Cambodge et la colonisation française. Histoire d'une colonisation sans heurts (1897-1920)*, Paris : L'Harmattan, 1980, pp. 7-8.

³ Voir notamment Pierre LAMANT, “Les prémices des relations politiques entre le Cambodge et la France vers le milieu du XIX^e siècle”, *Revue Française d'Histoire d'Outre-Mer*, 1985, LXXII, 267, pp. 167-198. En 1856, la négociation manquée de Charles de Montigny, en route pour Bangkok et Tourane (*i.e.* Danang, en Annam) avec le roi cambodgien, est une accumulation exemplaire de maladresses protocolaires et diplomatiques. Elle montre aussi combien le Cambodge n'est alors pour les Français qu'une escale mineure vers des destinations plus importantes.

D'autre part, la Chine, en perte de vitesse, n'assure plus avec autant de force, à cette époque, son emprise sur sa périphérie indochinoise et les liens tributaires se relâchent. Comme l'écrivent Pierre Brocheux et Daniel Hémery, la colonisation indochinoise est bien enracinée dans une histoire asiatique en train de se défaire et une histoire des rapports de force internationaux en train de se faire¹. Cette donnée reste fondamentale pour comprendre l'histoire médicale contemporaine du Cambodge.

Les persécutions de prêtres au Viêt Nam sont l'occasion d'une intervention militaire française en Cochinchine, qui aboutit au traité de Saigon de 1862, cédant aux Français les trois provinces orientales du Sud (My Tho, Gia Dinh, Bien Hoa). Cet accord est suivi, en 1866, de l'annexion des provinces occidentales de Cochinchine, celles de Vinh Long, Chau Doc et Ha Tien (voir cartes I et II, ci-contre). Le Cambodge, dans ce contexte, apparaît comme un point d'appui pour le contrôle du delta du Mékong et l'expansion vers le Siam et la Chine. Ainsi, les missions d'exploration du Mékong de Francis Garnier, entre 1863 et 1870, ont-elles pour but de repérer le tracé de cette route fluviale – et les lecteurs français peuvent profiter de ses aventures dans la revue du *Tour du monde*². Le Cambodge constitue aussi l'arrière-pays indispensable aux nouvelles conquêtes cochinchinoises, dans une guerre coloniale plutôt dure – surtout au Viêt Nam – qui ne prendra réellement fin que dans les toutes dernières années du XIXe siècle. A la possession cochinchinoise et au protectorat sur le Cambodge, la France étend ensuite sa main-mise sur l'Annam-Tonkin en 1884 et sur le Laos en 1899.

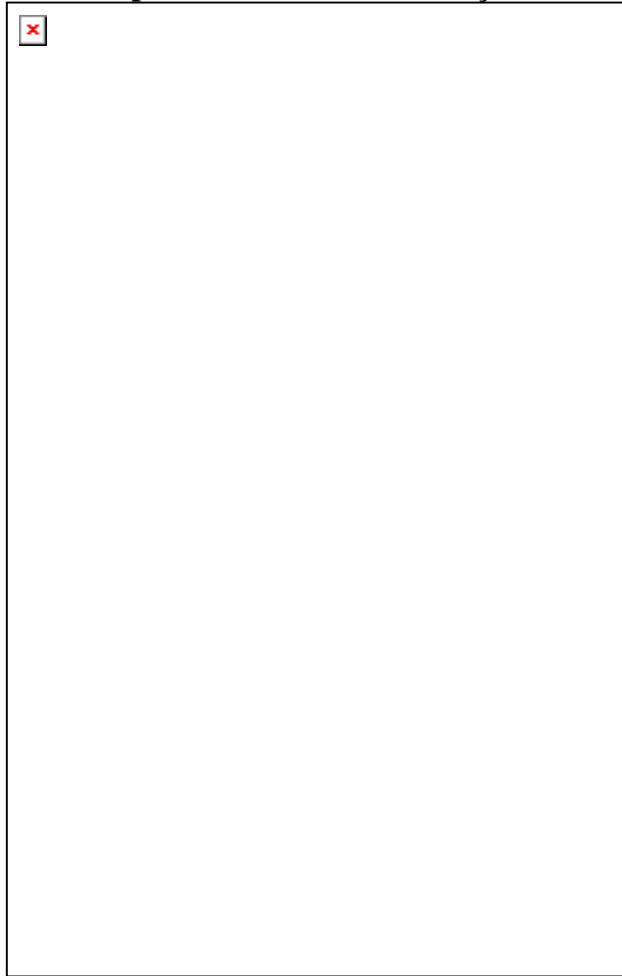
Le Cambodge fait dorénavant partie d'une nouvelle entité géopolitique, l'Union Indochinoise (décret de 1887³), dans lequel il va devoir s'intégrer sur le plan politique et économique. La forme de cette intégration explique celle de son propre système de santé.

¹ Pierre BROCHEUX et Daniel HÉMERY, *Indochine. La colonisation ambiguë, 1858-1954*, Paris : La Découverte, 1994, p. 22.

² Réédité dans Francis GARNIER, *Voyage d'exploration en Indochine*, Paris : La Découverte, 1985.

³ Les décrets sont promulgués par la Métropole tandis que les arrêtés émanent du Gouverneur Général de l'Indochine.

Carte I - Les étapes de l'intervention française en Indochine



D'ap. André MASSON, *Histoire de l'Indochine*, Paris : PUF (Coll. "Que Sais-Je ?"), 1950, p. 77.

Carte II - La Cochinchine française



D'ap. Henri GOURDON, *L'Indochine*, Paris : Larousse, 1931, p. 71.

II - UNE UNION INDOCHINOISE TOURNEE VERS HANOI ET SAIGON

A - Les services civils de l'Indochine : le Cambodge, province politique de Hanoi

1 - La centralisation des pouvoirs

Les amiraux chargés de la “pacification” indochinoise constituent, sous l'impulsion de Charner en 1861, une administration rudimentaire sur les terres annexées de Cochinchine, confiée à des officiers promus pour l'occasion directeurs des Affaires Indigènes. Cet embryon d'administration française s'occupant du maintien de l'ordre, du recouvrement de l'impôt, de la justice et du secrétariat est d'autant plus nécessaire que la résistance des lettrés et des mandarins vietnamiens, tout au long des années 1850-1860, laissent une vacance qu'il faut combler.

Les différentes réformes administratives qui courent jusqu'au tout début du XXe siècle rendent compte des opinions divergentes quant à la forme que doit prendre la domination française – administration directe, prônée par un Paul Bert, ou strict respect des protectorats, défendu par un de Lanessan. Elles constituent aussi des ajustements aux résistances locales, comme celles qui se manifestent brièvement mais violemment au Cambodge en 1884. Passée cette période de tâtonnements législatifs, l'autorité coloniale, sans pratiquer l'administration directe dans ses protectorats, détient seule le véritable pouvoir – par ordonnances royales interposées au Cambodge.

Avec l'installation dans ses fonctions du premier gouverneur civil de Cochinchine, en 1879, puis avec l'achèvement de la conquête militaire, l'administration indochinoise se développe dans le sens d'une uniformisation et d'une forte centralisation des pouvoirs. Le Gouverneur Général de l'Indochine (décret de 1887) qui prend ses quartiers à Hanoi, administre la colonie tel un “véritable vice-roi”¹. Il est directement nommé par le ministre des Colonies et dispose d'un pouvoir législatif et militaire. Il organise les services généraux de l'Indochine, nomme lui-même une partie des

¹ Jean SUIGNARD, *Une grande administration indochinoise : les services civils de l'Indochine*, Paris : Larose, 1931, p. 41.

fonctionnaires et possède un pouvoir de décision regardant le budget (décret de Lanessan, 1891)¹.

La centralisation et l'uniformisation franchissent une autre étape importante avec la création du corps local des Services Civils de l'Indochine (décret de 1899), divisé en deux cadres, celui des bureaux et celui des administrateurs. Ces fonctionnaires exercent dans les “provinces”, circonscriptions administratives de chacun des territoires. Le personnel de bureau est nommé par arrêté du Gouverneur Général de l'Indochine, tandis que les administrateurs doivent leur poste à la Métropole, sur présentation, toutefois, du même Gouverneur.

Les chefs d'administration locale, quant à eux, n'ont pouvoir de nommer que le personnel indigène subalterne, le cadre secondaire des secrétaires (arrêté de 1923 organisant le corps indigène des commis et des secrétaires). C'est, encore, le Gouverneur Général qui décide des affectations du cadre supérieur des commis, sur proposition du chef d'administration locale². Le Gouverneur Général Sarraut tentera d'assouplir quelque peu ce “système centralisé et inerte”³ en déconcentrant les services généraux à partir de 1911.

2 - Du poste médical de brousse au bureau du Gouverneur Général

La consultation de dossiers personnels du personnel médical indigène confirme cette centralisation bureaucratique. Les diplômés sortant de l'Ecole de Médecine de Hanoi à partir de 1907 sont nommés par le Gouverneur Général lui-même. Il procède à la répartition des effectifs sur les cinq territoires mais laisse aux administrations locales le choix des affectations provinciales.

Les décisions finales concernant les promotions reviennent, de même, au Gouverneur Général. Les dossiers proposés au tableau d'avancement suivent ainsi un long trajet de plusieurs mois avant de finir dans les bureaux de Hanoi. Ils partent de la base – hôpital, dispensaire – où ils sont annotés par le supérieur hiérarchique français immédiat qui rédige ses appréciations. Ils passent ensuite entre les mains du chef de

¹ Pierre BROCHEUX et Daniel HÉMERY, *op. cit.*, p. 83 sq.

² Jean SUIGNARD, *op. cit.*, pp. 43-50.

³ Pierre BROCHEUX et Daniel HÉMERY, *op. cit.*, p. 85.

province, qui ajoute quelques commentaires avant de les transmettre au directeur local de la santé (au niveau du territoire) qui les étoffe à son tour, en offrant ses conclusions relatives à l'avancement. Le Résident Supérieur¹ reçoit ensuite ces dossiers, se contentant en général d'une note plus laconique ou d'un simple tampon. Il transmet à son tour à l'Inspecteur Général des Services Sanitaires et Médicaux à Hanoi. Le dossier du médecin indigène travaillant dans un baraquement perdu au milieu des rizières aboutit alors sur le bureau du Gouverneur Général. Son précieux tampon rouge fera un nouveau promu. Ce trajet décrit bien la répartition des pouvoirs sur le plan de l'organisation sanitaire, tous les dossiers suivant le même chemin.

Cette lourde administration – qui n'est pas exempte de tensions, comme on le verra – assure néanmoins aux fonctionnaires indigènes une certaine protection, bureaucratique et anonyme, contre l'arbitraire de leurs supérieurs immédiats. Retraites, salaires, avancement à l'ancienneté sont minutieusement réglés par arrêtés et Hanoi peut toujours constituer un recours ultime.

Tel est le cas du pharmacien N.N.T., né à Hanoi en 1896² et diplômé en 1917. Il présente un dossier globalement élogieux ne fût un blâme, reçu en 1919 pour manquement dans le service. Le directeur local de la santé du Tonkin a, en effet, constaté des disparitions dans le stock de médicaments. Le tempérament du jeune homme, par ailleurs, ne lui convient pas : “ce pharmacien qui est intelligent, est devenu mou, paresseux et négligent ; depuis quelque temps cependant, il paraît vouloir s'amender”. Le Résident Supérieur du Tonkin demande le licenciement du pharmacien indigène au Gouverneur Général.

Mais le père du jeune indélicat demande grâce, dans une lettre directement adressée au plus haut fonctionnaire de l'Indochine et rédigée dans un français parfait. Elle indique, en substance, que la sanction est trop lourde pour une simple erreur de jeunesse et rappelle l'investissement familial considérable que représentent les études de pharmacie de son fils. Le Gouverneur Général en est assez ému pour demander au Résident Supérieur des précisions sur la faute commise. Contre l'avis du directeur local de la santé, il décide finalement de refuser le licenciement, au motif que celui-ci est légalement prévu lorsque la compétence professionnelle du fonctionnaire débutant est insuffisante, ce qui n'est pas le cas dans ce dossier.

¹ Les chefs de protectorats ont le titre de Résident Supérieur. Celui de la Cochinchine, seule possession, est un Gouverneur. Ils sont secondés dans les provinces (les “résidences”) par des Résidents provinciaux.

² Centre des Archives d'Outre-Mer (CA.O.M.), Aix-en-Provence, Fonds Locaux, Amiraux-Gouverneur Général de l'Indochine, Personnel de Santé Indigène, Dossiers Individuels, Dossier n° 34997.

Malgré une organisation politique qui restera toujours marquée par les particularités territoriales, le pouvoir colonial est ainsi fortement centralisé à Hanoi, entre les mains d'un Gouverneur Général qui dépend directement du ministre des Colonies. Le Cambodge et le Laos n'ont pas de poids politique dans l'Union Indochinoise. Les fonctionnaires français rejoignent souvent avec mauvaise grâce leur affectation au Cambodge et la considèrent comme une antichambre vers des responsabilités plus valorisées¹. A l'inverse, la Cochinchine, où se sont concentrés les colons, continuera de jouir d'un poids politique important. Elle constitue aussi un centre économique de premier plan qui se développe au détriment du Cambodge.

B - Le Cambodge, arrière-pays économique de la Cochinchine

En France, la colonisation de l'Indochine suscite des oppositions, dont beaucoup sont alors plus politiciennes qu'idéologiques. De ce fait, l'administration civile qui se met progressivement en place après la "pacification" doit obéir à un strict impératif, celui de ne "pas créer de remous politique en métropole, donc de ne rien lui coûter, ce qui implique un large recours à une formule de domination 'à bon marché', le protectorat"². Les territoires protégés devront assurer leur propre autonomie financière. Dans ces conditions, l'on conçoit que le recouvrement de l'impôt soit un souci majeur de l'administration.

1 - Des ponctions fiscales défavorables au Cambodge

Dans le train de mesures réorganisant l'administration coloniale, est créé en 1898 le budget général de l'Indochine. Il est alimenté par les contributions fiscales indirectes, tandis que les territoires disposent d'un budget local provenant de la perception directe.

Les premières consistent essentiellement en revenus tirés des Régies du sel, des alcools indigènes, de l'opium – particulièrement lucratif puisqu'il représente

¹ Alain FOREST, *op. cit.*, p. 96. Cela n'empêche pas certains d'entre eux d'être de fervents admirateurs de la civilisation cambodgienne. On leur doit les premières recherches sur le Cambodge, tels Jean Moura, Etienne Aymonier, Pannetier ou Adhémar Leclère.

² Pierre BROCHEUX et Daniel HÉMERY, *op. cit.*, p. 73.

20 % du budget général dans les vingt premières années du XXe siècle – ainsi qu'en recettes douanières. S'y ajoutent des taxations multiples sur la consommation paysanne (allumettes, tabac, arec, etc.) qui ponctionnent durement les bourses familiales. Au point que la paysannerie est finalement le groupe qui contribue le plus au financement de l'économie coloniale, les Français étant dispensés d'impôts.

Ainsi, l'Indochine s'avère être une mise rentable qui cesse rapidement de coûter à la Métropole (hormis les budgets généraux de 1905 et 1906) et présente même des exercices – généraux et locaux – excédentaires jusqu'en 1922. Avec un budget général de 930 millions de francs courants en 1938, soit trois fois plus que celui de l'Afrique Occidentale Française, l'Union est la colonie la plus importante sur le plan financier après l'Algérie et la seule à participer de manière conséquente aux dépenses métropolitaines, à raison de 13 % de son budget général en 1929¹.

Le Cambodge n'est pas en reste, loin de là. Il se trouve même contribuer lourdement aux ressources indochinoises, pour un retour somme toute médiocre. Le système fiscal n'y date pas du Protectorat². Le roi Ang Duong avait déjà modifié la perception traditionnelle et son successeur Norodom passe pour avoir été un monarque avide, très préoccupé du renflouement de sa cassette personnelle – cassette conservée par les Français après la création, au Cambodge, du Trésor unique en 1891. La perception de l'impôt, sous le Protectorat, va plutôt dans le sens d'une rationalisation fiscale qui rend désormais plus difficiles les détournements, avec des conséquences politiques sur l'organisation du système d'apanage traditionnel. Elle va dans le sens, également, d'une extension du nombre de contribuables soumis à l'impôt personnel. C'est là, par exemple, un bénéfice indirect mais attendu de la suppression de l'esclavage, aboli par la convention franco-cambodgienne de 1884.

Le budget du Protectorat est alimenté par un nombre élevé de contributions : impôts sur les paddys – qui en constitue une source importante bien qu'irrégulière et plus élevée que partout ailleurs en Indochine –, impôts sur les *chamcar* (terres de berges, *cMkar*) et les *pontea* (terres non rizicoles) ; impôts sur le poivre. Les

¹ *Ibid.*, pp. 95-99.

² Sauf indication contraire, nous empruntons à Alain FOREST, *op. cit.*, pp. 191-232, les principales conclusions de son analyse détaillée de l'impôt cambodgien.

pêcheries sont affermées par lots en adjudication. Les engins de pêche sont taxés, décision très impopulaire tant la pêche fait partie du quotidien paysan.

Outre l'impôt personnel, la corvée des hommes est rétablie en 1902. Elle équivaut à dix journées de travail, rachetables à raison de 0,30 piastres par jour (1903). Dans ce domaine encore, les tarifs dépassent ceux de la Cochinchine – qui dispose, il est vrai, d'un réservoir de main-d'œuvre sans commune mesure avec celle du Cambodge¹. A partir de 1914, le produit des prestations est celui qui rapporte le plus au budget résidentiel². Cette ponction, très impopulaire, est la raison du soulèvement paysan de 1916.

A cela, il convient d'ajouter encore les réquisitions (en main-d'œuvre, en moyens de transport) ; les sollicitations diverses telles cette étonnante contribution cambodgienne, en 1910, aux victimes des inondations en France, ou la collecte pour le Noël du soldat du front, lors de la Grande Guerre. On le voit, les paysans cambodgiens sont, au sein de l'Union Indochinoise, tout particulièrement sollicités.

Les sommes perçues au Cambodge, censées alimenter le budget local sont, dans les faits, largement drainées vers les caisses du Gouvernement Général de l'Indochine. De 1897 à 1912, c'est environ un tiers des recettes cambodgiennes qui sont exportées et, de 1913 à 1920, environ un sixième. Les subventions versées en retour au Protectorat cambodgien par les mêmes caisses générales sont tout à fait minimes au regard des sommes accordées aux autres territoires³.

A partir de 1893, l'union douanière liant le Cambodge et la Cochinchine prive le royaume khmer d'une source importante de revenus, en échange du reversement d'une faible indemnité annuelle. Le procédé correspond bien peu au principe déclaré de redistribution des ressources financières selon les besoins nationaux.

Le Résident Supérieur du Cambodge proteste mais le puissant groupe des colons cochinchinois fait pression avec succès. Malgré un arrêté de 1908 qui redonne au

¹ Le Cambodge compte en 1911 environ 1 360 000 habitants cambodgiens pour 16 000 000 d'Indochinois (1913).

² Les résidences provinciales disposent d'un budget propre de 1904 à 1913.

³ De 1904 à 1920, le Cambodge reçoit à ce titre 521 271 piastres indochinoises contre 4 323 752 à l'Annam, 5 072 089 au Tonkin et 15 970 345 à la Cochinchine. Même en tenant compte des importantes différences démographiques, le Cambodge s'avère être le plus mal loti (0,22 piastre par habitant du Cambodge contre 0,9 par habitant de l'Annam, 0,8 piastre par habitant du Tonkin et 4 piastres par habitant de Cochinchine). Cité par Alain FOREST, *op. cit.*, p. 226.

port de Phnom Penh la possibilité de procéder aux opérations de douane, Saigon se développe et deviendra la véritable capitale commerciale du Mékong, au détriment de la ville fluviale cambodgienne, et, plus généralement, de toute l'exportation cambodgienne : en 1905, par exemple, les distilleries cambodgiennes n'ont plus le droit d'exporter, alors que les industriels de Cochinchine restent libres de vendre au Cambodge.

On peut donc se demander à quelles fins sont dépensées les sommes assez coquettes des budgets généraux et locaux et la part que représente, dans ces dépenses, le service de santé indochinois et plus particulièrement cambodgien.

2 - *L'administration et la route, points forts des dépenses*

Qu'il s'agisse de l'Indochine en général ou du Cambodge plus spécialement, on constate que le coût bureaucratique de la colonisation est très lourd. Dans la période qui court de 1913 à 1938, il représente de façon à peu près constante la moitié des budgets coloniaux¹. C'est, en premier lieu, aux salaires des fonctionnaires que sont attribuées les sommes les plus importantes (plus d'un quart des budgets). Après la réorganisation des Services Civils de l'Indochine, en effet, la situation matérielle du personnel administratif passe pour être très enviable², comparée à celle des fonctionnaires des autres colonies. Elle contribue à susciter de nombreuses vocations.

Les Travaux Publics, et parmi ceux-ci la construction des routes et des bâtiments administratifs, constituent le second poste budgétaire des fonds locaux cambodgiens, avec 32,5 % des dépenses totales pendant la période 1913-1920. Les routes constituent de toute évidence une entreprise utile. Il reste, sans faire preuve d'un pessimisme exagéré quant à l'œuvre coloniale française au Cambodge – car les sources concordent – qu'elles ne profitent pas alors directement au commerce local qui continue d'emprunter les voies fluviales. La route fait partie du mythe civilisateur. Le roman de l'orientaliste George Groslier – *La route du plus fort*, un titre évocateur¹ – en donne un

¹ Dans les quatre territoires du Cambodge, de la Cochinchine, de l'Annam et du Tonkin, à l'exception du Laos. Cf Pierre BROCHEUX et Daniel HÉMERY, *op. cit.*, p. 85 sq.

² Jean SUIGNARD, *op. cit.* (chap. V. "Situation matérielle du personnel des services civils", pp. 103-119).

¹ George GROSLIER, *La route du plus fort*, Paris/Pondichéry : Kailash, 1994, 218 p. [1ère édition 1924].

aperçu sous les traits d'un administrateur parcourant inlassablement sa province et préoccupé, en premier chef, de l'avancée de la civilisation sur la forêt.

Dans ces conditions, les autres secteurs d'activité ne bénéficient que médiocrement du budget local. Dans la période 1913 à 1920, par exemple, l'instruction publique représente 4,13 % des dépenses cambodgiennes desquelles il faudrait encore soustraire une part importante (31 % en 1908 ; 40 % en 1920), perçue au titre de salaires français. Les services sanitaires et médicaux, au même moment, n'absorbent quant à eux que 3,89 % de ce budget. Aux aménagements agricoles sont alloués quelque 0,95 % et aux services vétérinaires, 0,58 %¹. Les quelques chiffres dont nous disposons suggèrent que la part des dépenses de l'Assistance Médicale au Cambodge restera minime (voir tableau I, page suivante).

Comme on le voit, une ponction fiscale importante est réalisée sur le Cambodge, dont une part conséquente lui échappe car elle alimente le budget général de l'Indochine. Une autre part, consacrée au pays lui-même, n'est pas directement réinvestie au profit des administrés. Centralisation progressive des pouvoirs au sein de l'Union Indochinoise et capacité budgétaire restreinte au Cambodge sont les deux contraintes majeures sous lesquelles se met en place le système de santé dans ce territoire.

¹ Alain FOREST, *op. cit.*, p. 230.

**Tableau I - Dépenses de l'Assistance Médicale en Indochine et au Cambodge
(en piastres indochinoises)**

	1 INDOCHINE Budgets de l'Assistance Médicale (1)	2 CAMBODGE Dépenses globales pour l'Assistance Médicale (2)	3 CAMBODGE Budget de l'Assistance Médicale (budget local)	4 % dépenses de l'Assistance Méd. au Cambodge par rapport à l'Indochine	5 CAMBODGE Recettes totales du budget (3)	6 CAMBODGE % des dépenses de l'Assistance Médicale par rapport au budget (4)
1908	2.578.333	129.641		5	4.185.834 p.	3
1910	2.279.711	148.535		6,5	4.697.801	3
1913	1.712.654	227.556		13	5.175.804	4,5
1914	3.121.449	199.456		6	5.733.984	3,5
1918	3.286.540	348.451		10	6.095.737	5,5
1919		473.365	224.000 (b)		5.634.441	4
1920	3.361.565	418.522	253.000 (b)	12	6.454.796	4
1921		456.684	394.000 (b)		7.707.657	5
1922		500.545	344.000 (b)			
1925	5.378.615	463.986		8,5		
1926			547.946 p. (c)			
1928 (prévisio n)			679.943 (c)			
1929	7.619.771	700.218		9		
1936		453.749 (a)			7.139.928 (a)	6
1947			1.182.274 (d)			
1948			2.443.035 (d)			
1949			3.194.990 (d)			

(1) D'après GAIDE, *L'Assistance Médicale et la Protection de la Santé Publique*, Exposition coloniale internationale, Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux de l'Indochine, Hanoi : Impr. d'Extrême-Orient, 1931, p. 93.

(2) D'après René MORIZON, *Monographie du Cambodge*, Exposition coloniale internationale, Hanoi : Impr. d'Extrême-Orient, 1931, p. 209.

(3) D'après Alain FOREST, *Le Cambodge et la colonisation française*, Paris : L'Harmattan, 1980, p. 218. Chiffres indicatifs.

(4) Calculés d'après le budget local de l'Assistance Médicale au Cambodge quand ce chiffre est connu (colonne 3), dans le cas contraire, d'après les dépenses globales de l'Assistance Médicale au Cambodge (colonne 2).

(a) Institut de Médecine Tropicale du Service des Armées, Pharo, Marseille, Protectorat du Cambodge, Direction locale de la santé, "Rapport sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux du Cambodge", 1936, carton 186.

(b) Centre des Archives d'Outre-Mer (C.A.O.M.), Aix-en-Provence, Indochine, Fonds ministériels, Dir. du Contrôle, Mission Picanon, 1923, "Services médicaux au Cambodge", carton 670/33.

(c) C.A.O.M., Indochine, Fonds Ministériels, Dir. du Contrôle, Mission Leconte, 1927-1928, "Services sanitaires et médicaux au Cambodge", carton 680/7.

(d) Pharo, Services sanitaires français au Cambodge, "Rapport annuel", 1949, carton 186.

III - L'ORGANISATION POLITIQUE DE LA SANTE : UNE DISPOSITION GENERALE POUR UN BUDGET LOCAL

L'organisation progressive des services de santé en Indochine peut se diviser en trois périodes¹. La première est celle de la progression militaire qui laisse place, une fois la “pacification” accomplie, à l'administration civile. Elle aboutit en 1904 à la création d'une Direction Générale de la Santé puis à celle d'une assistance médicale indigène, l'année suivante. La seconde phase, de 1905 à la Première Guerre, est celle de la mise en place des services sanitaires centraux, sous l'autorité du Gouverneur Général de l'Indochine. Entre les deux guerres, enfin, et sous l'impulsion du gouvernement général d'Albert Sarraut, la politique sanitaire s'affine, définit des objectifs plus clairs et se programme en plans quinquennaux pour ne plus guère se modifier jusqu'aux indépendances.

Cette politique reste définie à Hanoi mais, étant réalisée essentiellement sur les fonds budgétaires locaux, elle s'applique de façon différenciée dans les territoires. Sur l'ensemble de la période considérée, la lecture des multiples décrets, arrêtés, rapports et notes de services coloniaux relatifs à la santé montre à quel point, comme l'on devait s'y attendre, les considérations financières sont omniprésentes. Les projets les plus raisonnablement enthousiastes se terminent souvent, sur le papier, par un “dans la mesure des capacités budgétaires”.

Nous analyserons d'abord l'organisation de l'assistance médicale en Indochine, ses politiques sanitaires, ses réalisations et son recrutement de personnel français – afin de mieux percevoir la place qu'y occupent les médecins indochinois. L'organisation proprement dite ne se met guère en place avant le début du XXe siècle. Elle s'appuiera sur les premiers services sanitaires de la période “héroïque”.

¹ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *Médecine coloniale, pratiques de santé et sociétés en Indochine française (1860-1939). Une histoire de l'Indochine médicale*, Thèse pour le Doctorat d'Histoire, Univ. Paris VII, 1997, p. 117.

A - Médecine militaire, médecine missionnaire (1860-1905) : œuvres dispersées des années de conquête

Jusqu'à la fin de la "pacification", l'essentiel du service sanitaire indochinois consiste en ambulances militaires accompagnant le déplacement des troupes du corps expéditionnaire. Elles offrent, à l'occasion, une aide à la population locale et aux rares colons implantés en province. Les médecins de la Marine sont ainsi présents dès les premières heures de la colonisation. Bien avant eux, les missionnaires, installés dès le XVII^e siècle en Indochine, avaient déjà créé en petit nombre des dispensaires, des asiles pour indigents et des crèches. Mais ils s'adressent principalement aux convertis "annamites"¹, les Cambodgiens n'ayant jamais été très séduits par la religion catholique². Le service médical militaire et missionnaire constitue le squelette du service de santé colonial à venir.

Au Cambodge, la mission exploratoire du Mékong dirigée par Doudart de Lagrée (1866-1868) est accompagnée de deux médecins de la Marine dont le Dr Thorel, féru de botanique comme peuvent l'être alors les médecins des Tropiques. Tandis que Doudart de Lagrée, premier représentant de la France au Cambodge, installe sa résidence près de la capitale royale d'Oudong, à une trentaine de kilomètres au Nord-Ouest de Phnom Penh, Hennecart tient l'infirmerie de caserne. Il soigne, dit-on, le roi lui-même et gagne auprès de celui-ci une certaine influence. D'autres médecins français joueront ainsi, par la suite, un rôle politique direct. Lorsque le Résident de Verneville intrigue en 1896 pour destituer Norodom et le remplacer par Sisowath, plus docile, les Dr Augier et Pineau acceptent de délivrer un certificat médical faisant passer le vieux roi pour fou³. Mais la manœuvre n'aboutira pas.

¹ Dans le langage colonial, l'"Annamite" ne désigne plus seulement l'habitant de l'Annam mais devient un terme générique pour l'ensemble des "Vietnamiens" d'aujourd'hui, c'est-à-dire les ressortissants de Cochinchine, de l'Annam ou du Tonkin. Quand nous employons "annamite" entre guillemets, nous nous référons à l'usage colonial du terme.

² En 1886, on dénombre en Indochine 353 000 catholiques et 420 prêtres (dont 246 indigènes). D'après VO Duc Hanh, cité par Pierre BROCHEUX et Daniel HEMERY, *op. cit.*, p. 26.

³ Cf. Alain FOREST, *op. cit.*, pp. 61-62.

Phnom Penh, où s'installent la cour et la Résidence de France en 1866, reste longtemps le centre unique de l'action médicale française. Jusqu'en 1885, la capitale possède deux établissements hospitaliers : l'infirmerie du casernement et l'hôpital des Sœurs de la Providence de Portieux, réservé aux indigènes. Un événement militaire donnera l'occasion d'améliorer ces structures et de procéder à une première coordination des services de santé. Pour mâter la révolte populaire de 1885 contre le pouvoir colonial, la garnison française passe en quelques mois d'une soixantaine d'hommes à 1 200 et les blessés affluent bientôt¹. Les Sœurs prêtent leur concours aux soins des tirailleurs "annamites", tandis que l'Association des Dames de France et le Comité de secours aux blessés militaires prennent en charge les Français.

Toujours à Phnom Penh, un Hôpital Mixte est ensuite construit en paillote puis en maçonnerie (1891) non loin du Phnom (la colline artificielle qui donne son nom à la ville). Il est dirigé par le médecin chef militaire chargé de superviser l'ensemble des services médicaux. Ceux-ci comprennent, outre l'hôpital des sœurs et l'infirmerie pour soldats, la consultation pour les "filles publiques", les postes militaires de l'intérieur et les colonnes. Cet Hôpital Mixte accueille une section européenne pour civils et militaires (avec séparation des officiers et des sous-officiers, ainsi que des civils assimilés à ces grades). En 1905 lui est adjointe une section indigène comprenant deux pavillons de vingt-cinq lits chacun, ainsi qu'une paillote pour tirailleurs non gradés, de taille équivalente.

Le personnel médical français est composé, en 1901, de deux médecins du corps de santé des colonies. L'un d'eux prête son aide au service civil en parcourant les différentes résidences de l'intérieur et en faisant des tournées de vaccine dans tout le pays !² Quelques miliciens cambodgiens sont formés sur le tas pour le seconder. Placés à l'hôpital comme élèves-infirmiers pendant six mois, au cours desquels ils apprennent les pansements, la petite chirurgie et la tenue d'une pharmacie élémentaire, ils sont destinés à travailler dans les résidences de l'intérieur³.

¹ René MORIZON, *Monographie du Cambodge*, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, 1931, p. 192.

² ANGIER, "Le Cambodge. Géographie médicale", *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, 1901, vol. 4, p. 53.

³ NGO Hou, *Les débuts de l'assistance médicale au Cambodge de 1863 à 1908*, Thèse pour le Doctorat en médecine, Fac. Mixte de Méd. et de Pharma. de Saigon, 1953, p. 15.

L'hôpital de Phnom Penh s'étoffe ensuite progressivement. En 1901, les femmes européennes – il y a alors deux cents civils européens dans la capitale – bénéficient d'un petit pavillon pour les accouchements. Un bâtiment pour aliénés et prisonniers (1908) et un autre pour les contagieux (1911) sont également ajoutés. En 1927 la décision de construire un nouvel hôpital indigène est prise car la section de l'hôpital mixte devient très insuffisante. Il doit comprendre cent-cinquante lits pour “petits payants et indigents” masculins ; autant de lits pour les femmes de la même catégorie, ainsi qu'un pavillon séparé pour “moyens et grands payants”¹.

Les combats qui résultent de la révolte de 1885-1886 sont également l'occasion de créer des postes médicaux à l'intérieur du pays mais sur cette quarantaine d'infirmes, quatre seulement sont dirigées par des médecins et pourvus en médicaments et en instruments chirurgicaux (Pursat, Takeo, Kompong Thom, Kratié). Les autres ne reçoivent que des médicaments et doivent évacuer leurs blessés à Phnom Penh.

Au début de la colonisation, les réalisations médicales au Cambodge, de même que celles en Annam et au Tonkin, ont été extrêmement modestes comparées à celles de Cochinchine où le premier hôpital est construit en 1862 à Choquan. Dans la possession conchinchinoise en effet, les missions religieuses et les fonds privés “annamites” ont joué un rôle particulièrement dynamique dans l'élaboration du service de santé civil qui compte soixante-douze établissements de secours médicaux indigènes en 1905.

Au cours de la première période de la présence française au Cambodge qui s'étend du milieu du XIXe siècle au tout début du XXe siècle, la progression des réalisations médicales a donc suivi une logique caractéristique des périodes de conquêtes coloniales, c'est-à-dire une logique dirigée par les impératifs militaires et – à un moindre degré – missionnaires. La domination une fois assise, à la fin du XIXe siècle, s'ouvre une seconde phase, celle de l'organisation de l'administration coloniale, impliquant la gestion sanitaire de la population protégée. C'est en ce sens que l'on peut dès lors parler d'une organisation politique de la santé.

¹ René MORIZON, *op. cit.*, p. 195.

La peinture que nous en ferons a pour toile de fond les conflits de pouvoirs et de répartition des compétences opposant différentes catégories de personnels : administrateurs “profanes” et médecins, d'abord, mais aussi médecins militaires et médecins civils. Il faudra y ajouter plus tard, les revendications des médecins indochinois eux-mêmes.

B - Administrateurs et médecins : la distribution incertaine des compétences

Les années 1904-1905 marquent deux étapes importantes de l'organisation sanitaire en Indochine ; celle de la centralisation des services sanitaires et médicaux, d'une part et, d'autre part, celle de la création de l'assistance médicale indigène.

En 1904, la Direction Générale de la Santé auprès du Gouverneur Général place, sous la responsabilité unique d'un médecin inspecteur, l'ensemble des services de santé, civils et militaires. Jusque-là, cette structure avait connu des évolutions diverses, variant avec les avancées de la colonisation. Organe unique d'abord, il avait été séparé en 1888 en deux directions (Cochinchine-Cambodge et Annam-Tonkin), non sans créer des difficultés de coordination entre les diverses instances, notamment celle de Cochinchine, soucieuse de son indépendance¹.

Les directions locales de la santé, instaurées dans chaque territoire, deviennent les courroies de transmission de la Direction Générale. Leur souveraineté ne s'exerce que dans le domaine de la police sanitaire maritime. Le Cambodge, néanmoins, reste rattaché pour plusieurs années encore à la Cochinchine et le relais local n'y est assuré que par le médecin-chef de l'Hôpital Mixte de Phnom Penh qui cumule ainsi de nombreuses fonctions administratives et thérapeutiques.

Sur le plan de l'organisation politico-sanitaire de la colonie, on note, en 1909, une tentative d'assouplissement du pouvoir central au profit des administrations locales. La Direction Générale de la Santé se transforme en une simple Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux. Cette réforme fait passer les agents des

¹ C.A.O.M., Indochine, Archives Ministérielles modernes, Anciens Fonds, Série Y 01(7), Gouverneur Général au ministre des Colonies, 31/05/1900 et Annexe F, 30/6/1902, Carton 323.

services généraux sous l'autorité directe des chefs d'administration locale, tandis que l'organe central de Hanoi ne fait plus office que de conseil technique, par l'entremise d'Inspecteurs Conseils, auprès du Gouverneur Général.

A cette occasion, parmi bien d'autres, s'expriment les conflits de compétence entre administrateurs et médecins, dont se fait l'écho le rapport du médecin-inspecteur Clarac¹, vivement hostile à cette décentralisation. Prêchant pour sa corporation, il dénonce la dispersion des efforts sanitaires, l'administration anarchique d'un personnel médical déjà excessivement hétérogène et l'autorité insuffisante dont disposent les directeurs locaux de la Santé. Surtout, il s'insurge contre la capacité faite aux Résidents Supérieurs de prendre des décisions concernant la mutation des médecins, capacité qui outrepassé leur compétence technique.

Sous l'impulsion de cet inspecteur, semble-t-il, un compromis est réalisé entre les attributions des administrateurs profanes et celles des responsables médicaux. L'Inspecteur Général voit ses pouvoirs renforcés, de même que les Directeurs Locaux de la Santé. Ceux-ci, bien que nommés par le Gouverneur Général, restent néanmoins sous l'autorité directe des Chefs de l'Administration Locale².

Les tiraillements persistent bien au-delà de cette période. Ils sont probablement responsables, en grande partie, des particularités locales – territoriales et provinciales du système de santé indochinois et de ses réalisations différenciées. En 1928, par exemple, le médecin-chef de l'Hôpital Mixte de Phnom Penh, auquel un inspecteur des colonies reproche sa mauvaise gestion administrative et financière, se retranche derrière le fait que la Résidence Supérieure dirige effectivement l'établissement³. Fait plus significatif encore, en 1936, un rapport de la Direction Locale

¹ Cité par Laurent GAIDE, *L'assistance médicale et la protection de la santé publique*, Exposition coloniale internationale, Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux de l'Indochine, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, 1931, p. 39.

² *Décret du 27 juin 1914 portant réorganisation du Service de l'Assistance Médicale en Indochine (promulgué en 1915) et Arrêté du 2 janvier 1915 du Gouverneur Général de l'Indochine, déterminant les attributions des Directeurs locaux de la santé au Tonkin, en Annam, en Cochinchine, au Cambodge et du Chef du Service de l'Assistance Médicale au Laos.*

³ C.A.O.M., Indochine, Fonds ministériels, Dir. du Contrôle, Mission Leconte, 1927-1928, "Services sanitaires et médicaux au Cambodge", carton 680/7.

de la Santé¹ estime que le Protectorat du Cambodge, différent en cela du reste de l'Union, affectionne le “compartimentage du service médical et le particularisme des provinces”. L'on ne saurait s'étonner qu'il incrimine en premier lieu le pouvoir trop réduit du directeur local.

Mais l'intérêt du témoignage va au-delà car il montre les répercussions de ces relations sur les services sanitaires. Les accoucheuses rurales, dit-il, sont d'un niveau très inégal selon les provinces qui restent fermées sur elles-mêmes. Aucune incitation à l'amélioration n'est permise car il n'existe pas de mesure générale les concernant. Des personnalités des chefs de province dépendent largement les réalisations sur leurs territoires. Le même témoignage dénonce ainsi un Résident provincial qui empiète sur ses attributions en voulant remplacer un médecin indochinois par du personnel subalterne, par souci d'économie. Ces observations sont faites en comparaison avec les territoires vietnamiens, plus uniformisés sur le plan de la politique sanitaire.

La structuration des services de santé dans le Protectorat du Cambodge se trouve ainsi animée d'un double mouvement. Elle est, d'une part, réalisée dans le cadre de l'organisation générale de l'administration coloniale en Indochine. Le Cambodge occupant une position périphérique dans ce système politique très centralisé, les décisions sanitaires concernant le pays sont prises par la Direction Générale de la Santé à Hanoi. Le plus souvent – et c'est là une constante de la période coloniale dans tous les domaines – ces mesures sont décidées par des fonctionnaires qui se réfèrent surtout à la situation “annamite” car ils la connaissent mieux. Mais des tiraillements entre administrateurs profanes et responsables médicaux contrebalancent cette logique centralisatrice. Ces conflits doivent être situés dans le contexte métropolitain, où les médecins français s'organisent sur le plan professionnel et imposent un nouveau type de légitimité, celle de la compétence technique qui s'accommode parfois mal, comme on l'a vu, des directives politiques.

Ce double mouvement de centralisation et de fragmentation du pouvoir colonial – dû aux conflits de compétences politique et médicale – contribue à réduire l'uniformisation des territoires indochinois sur le plan de la santé et à donner un visage

¹ Institut de Médecine Tropicale du Service des Armées, Pharo, Marseille, Protectorat du Cambodge, Direction Locale de la Santé, “Rapport sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux du Cambodge. 1936”, carton 186.

particulier au système de santé cambodgien. Ce particularisme toutefois, ne sera guère favorable à ce dernier, comme le montre l'étude de la première phase des réalisations sanitaires, celle de la construction d'hôpitaux provinciaux.

C - Le développement modeste du réseau hospitalier

Les modifications administratives vont de pair avec un développement du réseau hospitalier. Après 1905, la couverture hospitalière s'améliore dans les protectorats. L'effort doit porter sur l'extension hors des grandes agglomérations, déjà pourvues. L'implantation suit une logique administrative qui voit d'abord la construction d'hôpitaux dans les chefs-lieux de province. Ces établissements doivent être dirigés, en principe, par un médecin-chef français secondé par des médecins indigènes.

En réalité, cette politique prend effet avec du retard au Cambodge – le Laos restant définitivement le plus mal loti. Le personnel médical français y demeure très restreint. Les médecins ne sont présents, en 1923, que dans sept chefs-lieux de province¹, soit la moitié environ des circonscriptions. Partout ailleurs, ce sont des médecins indigènes qui les remplacent à ces postes et le nombre de ceux-ci est encore “à peine suffisant”. Dans ces formations, “tout est encore à faire” – excepté les livraisons de médicaments, jugées suffisantes. Kampot et Battambang font figure de privilégiées. C'est que la situation reste très inégale selon les provinces et les intérêts économiques qu'elles représentent.

Ainsi, en 1928, à Siem Reap (Nord-Ouest, région d'Angkor), où un officier de santé originaire du Comptoir français de Pondichéry a été provisoirement affecté à l'ambulance – car il n'y a pas d'hôpital – l'assistance médicale aux indigènes est “à peu près nulle”, lit-on dans le rapport d'un inspecteur des colonies ; personnage qu'on ne peut guère soupçonner de prodigalité excessive concernant la tenue des budgets coloniaux². Kompong Cham, zone de grandes plantations d'hévéa, dispose certes d'un

¹ C.A.O.M., Indochine, Fonds ministériels, Dir. du Contrôle, Mission Picanon, 1923, “Services médicaux au Cambodge”, carton 670/33.

² La Direction du Contrôle, dont les inspections visitent régulièrement l'Indochine, a pour mission de vérifier la bonne utilisation des sommes investies. Ses rapports détaillés sont d'un grand intérêt car ils sont rédigés par des fonctionnaires extérieurs à l'administration indochinoise. Je remercie Laurence Monnais de m'avoir indiqué cette source d'informations et Lucette Vacher, du C.A.O.M., d'avoir mis à ma disposition ce fichier qui n'est pas en accès libre.

médecin français mais ce sont les infirmeries qui posent problème. “La Direction locale de la Santé estime que les infirmiers détachés dans ces infirmeries sont trop incompetents pour rendre service à la population, quand ils ne sont pas un danger”.

Il faut attendre le début des années trente pour voir le Cambodge, tant bien que mal, disposer d'un réseau de petits hôpitaux provinciaux de vingt à cent lits et d'infirmeries sommaires de campagne. Sans susciter l'adhésion massive des indigènes, elles voient leurs consultations augmenter progressivement. Et si la population reste globalement attachée aux “empiriques”, seules les femmes semblent durablement réfractaires aux accouchements à l'hôpital¹. “Pour amener les femmes cambodgiennes à se faire soigner dans nos établissements, il faudra beaucoup de temps, beaucoup de patience, beaucoup de ténacité et de douceur”, lit-on ainsi dans un rapport de 1923². Ces propos ne sont pas éloignés de ceux que l'on peut entendre aujourd'hui dans la bouche du personnel humanitaire étranger.

Cette organisation hospitalière se maintient jusqu'à la Seconde Guerre mondiale³. Phnom Penh est très bien pourvue, au détriment des provinces. La capitale accapare environ la moitié du personnel médical de l'assistance : sept médecins européens sur onze dont la moitié sont des militaires ; un tiers des trente médecins indochinois (il n'y a pas alors de docteurs indochinois c'est-à-dire de titulaires d'un doctorat, au Cambodge) ; trois pharmaciens sur quatre ; huit sages-femmes sur seize et cent six infirmiers et infirmières sur les deux cent douze que compte le pays.

Outre ce qu'ils nous disent du développement et de l'intérêt porté aux provinces, ces quelques chiffres indiquent également à quel point le recrutement de médecins européens est faible et, en tout cas, très inférieur aux dispositions officielles⁴.

¹ La raison partielle en est qu'elles refusent les soins des “Annamites”, comme on le verra plus loin.

² C.A.O.M., Indochine, Fonds ministériels, Dir. du Contrôle, Mission Picanon, *op. cit.*

³ Pharo, Cambodge, Dir. Locale de la Santé, 1936, *op. cit.*

⁴ Les effectifs réguliers des médecins sont officiellement fixés comme suit, en 1915, soit *trente ans* avant la période que nous évoquons :

Tonkin	Cochin-chine	Annam	Cambodge	Laos	Services généraux	Total
18	18	15	13	6	5	75

Arrêté du G.G.I. du 2 janvier 1915 fixant les cadres du personnel européen de l'Assistance Médicale et la répartition de ce personnel dans les divers pays de l'Indochine.

Le problème du recrutement français est, en effet, régulièrement évoqué tout au long de la période considérée.

D - Civils et militaires : le recrutement des médecins coloniaux

Les médecins de la Marine, organisés en groupe professionnel homogène dès 1759, forment longtemps l'essentiel du personnel médical français dans les colonies¹. Après leurs deux années d'étude dans une Ecole de Santé Navale à Brest, Rochefort ou Toulon, ils peuvent concourir au titre d'aide-médecin de la Marine et acquérir une pratique avant de se présenter au doctorat. Dans ces écoles, il est fait une large place aux acquisitions en botanique, zoologie, chimie, minéralogie, toutes connaissances qui seront utiles aux médecins accompagnant les missions d'exploration comme à ceux qui, par la suite, établiront les "géographies médicales" des régions où ils sont nommés, au Cambodge comme dans d'autres pays.

L'extension des colonies demande un effort croissant de recrutement et ne rencontre guère, semble-t-il, l'enthousiasme des jeunes militaires. Car l'Indochine est, comme l'Afrique et pour les mêmes raisons – même si l'expression ne semble pas employée – le "tombeau de l'homme blanc" où "les miasmes, fièvres et autres épidémies en assombrissent continûment la représentation"². "La future Union [indochinoise] devient synonyme de mouroir pour la relève. Dans les années 1885-1886, le chef du service de santé demande systématiquement le rapatriement sur Saïgon de tous les médecins qui ont passé six mois dans des postes comme Soc Trang, Kandal et Kampot au Cambodge et qui ne sont plus en état de poursuivre leur activité", écrit Laurence Monnaï³. L'épidémie de choléra de 1885 dans le Tonkin voisin, par exemple, aurait tué 1 852 soldats en six mois, soit un dixième de l'effectif, tandis que 3 330 militaires seraient morts de la même maladie entre 1885 à 1888⁴. C'est donc dans les rangs subalternes que se fait l'essentiel du recrutement. Il est en outre fait appel à des médecins auxiliaires civils qui ne passent pas par les trois écoles de santé navale. Les

¹ LAPEYSSONNIE, *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, Paris : Seghers, 1988, 310 p.

² Jean-Pierre DOZON, *art.cit.*, p. 135.

³ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939*, Paris : CNRS Editions (Coll. "CNRS Histoire"), 1999, p. 36.

⁴ *Ibid.*, p. 37.

marins de grade élevé, quant à eux, préfèrent acquérir du galon dans le professorat et ... à terre !

Le Corps est donc réorganisé en 1890 en Corps de Santé colonial, dorénavant formé à Bordeaux dont le port est largement tourné vers l'outre-mer et où existe déjà un Institut colonial. Cette école forme des docteurs en médecine qui optent ensuite soit pour la marine, soit pour les colonies¹. Le Corps dépend alors du ministère de la Guerre. Les troupes coloniales deviennent à leur tour, en 1900, autonomes de la Marine.

Le Service de Santé des Troupes Coloniales rassemble tous les “médecins coloniaux”. C'est Marseille qui, en 1905, est choisi pour accueillir l'Ecole d'application du Service de Santé des Troupes Coloniales (connue sous le toponyme “le Pharo”), obligatoire après la formation à Bordeaux. S'ouvre alors le débat sur la nécessité d'une spécialité en médecine tropicale ou sur la simple adaptation d'une médecine générale².

En Indochine, les effectifs demeurent insuffisants et, la “pacification” achevée, l'élément militaire n'est plus indispensable. Le département des Colonies prescrit en 1905 à ses possessions et protectorats, de remplacer les militaires par des civils partout où cela est possible. C'est ce qui motive l'arrêté du 30 juin 1905 du Gouverneur Général Beau, organisant un corps des médecins de l'assistance en Indochine. Pour conserver le caractère local de l'organisation, il ne demande pas la transformation de cet arrêté en décret³.

Ce nouveau Corps continue néanmoins à poser des problèmes de recrutement et emploi, de ce fait, de nombreux militaires placés hors cadre, tout comme dans les colonies africaines, d'ailleurs⁴. Ainsi, en 1907, le personnel de l'Assistance comprend environ cent onze Européens⁵. Près de 60 % d'entre eux sont des

¹ La séparation des Colonies et de la Marine date de 1894.

² Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, “Les médecins de l'Indochine française : un microcosme inconnu”, in P. LE FAILLER et J.M. MANCINI (textes réunis par), *Viêt Nam, sources et approches. Actes du colloque international Euroviet, Aix-en-Provence 3-5 mai 1995*, Aix-en-Provence : Publications de l'Univ. de Provence, 1996, pp. 251-265.

³ Laurent GAIDE, *op. cit.*, p. 20.

⁴ Cf Jean-Paul BADO, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris : Karthala, 1996, 432 p.

⁵ *Ibid.*, p. 36.

militaires détachés de leur corps d'origine ou bien sont affectés, en tant que militaires, dans les endroits non pourvus en personnel civils – les “services extérieurs”.

Cette présence importante de médecins militaires au sein de l'Assistance Médicale en Indochine ne satisfait pas leurs confrères civils¹. Ces derniers, fondant en 1907 une Association Amicale des Médecins de l'Assistance Médicale de l'Indochine émettent comme tout premier vœu la révision des conditions d'admission des médecins militaires dans le Corps. En 1930, ces revendications semblent partiellement entendues puisque seulement 20 % des médecins de l'Assistance – entièrement ou partiellement intégrés – sont des militaires².

Malgré diverses mesures, dont la plus notable est la séparation des services civils et militaires de santé en 1931, les médecins militaires resteront présents jusqu'à la fin dans les cadres de l'assistance médicale en Indochine. Il n'est pas aisé de faire la part des raisons véritables ayant présidé à cette situation. Les médecins militaires conservent en haut lieu d'ardents défenseurs qui mettent volontiers l'accent sur les difficultés du recrutement civil ; argument que l'on verra repris quelque trente ans plus tard, après l'indépendance, lorsque le conflit entre médecins civils et militaires français se réveillera au Cambodge. Les officiers assurent aussi plus facilement, semble-t-il, le service médical dans les lieux réputés difficiles de l’“intérieur”. Enfin, leur formation plus adaptée, appuyée sur leur expérience plus ancienne des pathologies tropicales, en font des éléments tout désignés pour un service médical indochinois demandant encore des esprits aventureux.

Or, à la même époque, les médecins civils en Métropole voient leur situation socio-économique considérablement améliorée³ et la condition qui leur est faite dans le Corps de l'assistance médicale en Indochine n'est peut-être pas suffisante pour susciter des vocation coloniales. Par ailleurs, la profession médicale en France reste très fortement attachée à la pratique libérale et en fait, dès la fin du XIXe siècle, son cheval de bataille contre les mesures de protection sociale impliquant une intervention de l'Etat dans le tête-à-tête privé entre le praticien et son patient (liberté de

¹ Les conflits entre médecins civils et militaires sont également évoqués en Afrique Occidentale Française par Jean-Paul BADO, *op. cit.*

² *Ibid.*, p. 82.

³ Michel ARLIAUD, *Les médecins*, Paris : La Découverte (Coll. “Repères”), 1987, p. 26 *sq.*

choix du médecin, de prescription, d'honoraire)¹. De ce fait, le salariat en Indochine n'est certainement pas le type de carrière valorisé au sein de la profession médicale civile.

De plus, du point de vue de l'administration coloniale, des considérations financières ont fortement joué également. Les militaires coûtent en effet moins cher dans la mesure où l'assistance se contente de leur allouer une indemnité pour le concours qu'ils lui prêtent. Or, ce sont les budgets locaux qui ont la charge des salaires des médecins et ceux-ci, lorsqu'ils relèvent de l'assistance, reçoivent des émoluments comparables à ceux des fonctionnaires des services civils généraux², dont on a vu qu'ils faisaient soupirer les comptables.

Les difficultés de recrutement de médecins français pour le service en Indochine ainsi que la charge financière que représentent leurs salaires contribueront largement à la création d'un cadre de médecins indochinois. Le second facteur qui pousse à cette création est le changement d'orientation de la politique sanitaire. Au développement d'un modeste réseau hospitalier succède une préoccupation accrue pour les mesures préventives, lesquelles demande un personnel plus nombreux.

E- Le recentrement sur la prophylaxie et l'hygiène publique

Lorsqu'en 1912, l'Inspection Générale fait le bilan des réalisations médicales au profit des populations indigènes, celui-ci n'est pas très positif³. Là encore, la question financière est au cœur des préoccupations. L'organisation administrative de la médecine curative s'avère onéreuse et s'harmonise mal aux disparités démographiques des territoires et des provinces. L'action demeure limitée aux chefs-lieux et ne touche guère l'intérieur. Cette action même fait souvent office d'assistance sociale (qui sera créée en 1929) plus que d'assistance médicale. Les indigents envahissent les hôpitaux de

¹ *Ibid.*

² Vers 1930, un médecin principal en fin de carrière gagne 10 286 piastres (solde et supplément colonial). Un administrateur de 1^{ère} classe à situation identique gagne 10 098 \$. En bas des hiérarchies respectives, un médecin stagiaire reçoit 4 025 \$ contre 3 811 \$ pour un élève-administrateur. (D'ap. Jean SUIGNARD, *op. cit.*, p. 104 et Laurent GAIDE, *op. cit.*, p. 84).

³ Laurent GAIDE, *op. cit.*, p. 41 *sq.*

province et tiennent à l'écart les classes aisées qui répugnent à la promiscuité ; répugnance donnée pour purement "annamite"¹.

Ce n'est pas tant, d'ailleurs, le montant des sommes investies qui pose problème – les "sacrifices consentis", disent plusieurs rapports – que leur productivité et leur attribution équitable : "Les efforts financiers ne sont pas toujours en rapport avec les besoins du programme à poursuivre ; les populations rurales, qui cependant payent l'impôt, n'ont bénéficié que faiblement de ces crédits par rapport aux grandes villes et aux centres urbains et provinciaux"². Le bilan se veut finalement crûment réaliste : "on ne saurait prétendre assurer les soins à tous les malades que fournit normalement une population de plusieurs millions d'habitants"³. La solution est ailleurs. Il convient de privilégier la prophylaxie et l'hygiène et de n'accorder qu'une attention secondaire au développement des formations hospitalières. C'est dans ce sens que se développeront les politiques de santé ultérieures, sous l'impulsion du premier gouvernement général d'Albert Sarraut (1911-1914).

Sans doute faut-il également voir, dans ce changement de direction de la politique sanitaire indochinoise, l'influence des pastoriens, à l'instar du *lobbying* politico-scientifique exercé par la Société de Pathologie Exotique – fondée en 1907 sous le patronage d'Emile Roux, premier disciple de Pasteur et sommité du monde médical – sur les autorités françaises de l'Afrique Occidentale *via* le ministère des Colonies⁴.

¹ Yvonne TURIN (*op. cit.*, p. 31 *sq.*) décrit, pour la première période coloniale en Algérie (1830-1848), le même souci des classes aisées autochtones d'éviter la fréquentation des pauvres sur les bancs de l'école française. Mais – et c'est un fait qui n'apparaît pas à notre connaissance dans la littérature indochinoise – leur méfiance pour les services coloniaux, éducatif et médical, a aussi pour origine une prise de conscience forte et précoce du caractère politique de ces services.

² Laurent GAIDE, *op.cit.*, p. 44.

³ Laurent GAIDE, *op. cit.*, p. 43. Sur ce point et au cours de la même période, la politique sanitaire du Protectorat du Maroc se définit de la même façon. L'idée se fait jour qu'il "doit y avoir deux circuits médicaux séparés [l'europpéen et l'indigène], deux styles par conséquent et deux pratiques de la médecine, l'une rudimentaire ajustée à des collectivités, l'autre sophistiquée adaptée à des individus". Voir Daniel RIVET, "Hygiénisme colonial et médicalisation de la société marocaine au temps du Protectorat français (1912-1956)", in Elisabeth LONGUENESSE (dir.), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris/Lyon : L'Harmattan/Maison de l'Orient Méditerranéen, 1995, p. 112.

⁴ Jean-Paul BADO, *op. cit.*, p. 150 *sq.* La Société exerce une pression politique, en particulier, pour voir appliquer ses propositions de lutte contre la maladie du sommeil. Les résistances que rencontraient les membres de la Société tenaient au fait que la lutte contre la trypanosomiase pouvait freiner la mise en valeur du territoire colonial (comme la limitation des déplacements de main d'œuvre). Mais les liens entre le pouvoir politique colonial et les pastoriens ont été beaucoup plus ambigus que cela, comme l'analyse

L'Indochine constitue en effet un formidable champ d'expérience où “la toile pastorienne tissée [...] s'est imposée non seulement comme la première du genre dans le monde colonisé mais aussi comme la plus étendue, la plus serrée.”¹ Cette “toile” prend une double dimension, alliant la recherche² et la lutte contre les pathologies tropicales, par la promotion inlassable de l'hygiène publique et la production de vaccins (notamment contre la rage, la variole, la tuberculose) qui sont diffusés dans tout l'Extrême-Orient.

Dès lors en effet, le Gouvernement Général prend diverses mesures administratives renforçant la construction de léproseries (circulaire de 1912) et précisant le rôle des diverses catégories de personnel dans la lutte contre les épidémies (circulaire de 1913). Il fait créer des instituts d'hygiène et de bactériologie au Cambodge, au Tonkin (fusion du laboratoire d'hygiène de l'Indochine à Hanoi avec le laboratoire de bactériologie du Tonkin), en Annam (1913), diffuse des mesures à prendre concernant l'eau potable, préconise des conférences d'hygiène dans les écoles, multiplie les appels à la création de dispensaires anti-vénériens dans les centres de garnison, etc. L'Institut Pasteur de Saigon, créé par Calmette en 1891 à la demande de Pasteur, regroupe peu à peu l'ensemble des services de production et de recherche sur les vaccins (antirabiques, antivarioliques), le paludisme, les analyses alimentaires contre la répression des fraudes.

Il est vrai que la variole, le choléra, la peste, le paludisme font des ravages effroyables dans la population. Les débuts de la vaccination antivariolique au Cambodge, vers 1894, sont laborieux. Les médecins réclament inlassablement l'instauration d'un service mobile analogue à celui de la Cochinchine (1867), où le Dr Calmette vient d'établir un institut vaccinogène à Saigon en 1891, destiné à fournir toute l'Union.

Le Dr Nogué, chargé de la “vaccine mobile” en 1897 à la suite d'une terrible épidémie qui a fait des victimes dans les rangs français, entreprend courageusement des tournées dans tout le pays. Progressant en chaloupe à vapeur, en pirogue, à cheval ou à dos d'éléphant, l'intrépide médecin progresse

Jean-Pierre DOZON (“Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil”, *Sciences Sociales et Santé*, nov. 1985, III, 3-4, pp. 27-56).

¹ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *Médecine et colonisation*, op. cit., p. 408.

² Yersin pratique ses recherches sur la lèpre en Indochine et à Hong Kong. Ses compagnons Angier, Rouffandis, Richaud, Jeanselme, parmi beaucoup d'autres, parcourent les colonies indochinoises et publient sur la tuberculose, la lèpre, le béri-béri, le pian, le choléra, la variole ou, plus généralement, dressent des topographies médicales de régions. Cf Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *Médecine et colonisation*, op. cit. (chap. X, “La colonisation au service de la science ?”, pp. 399-440).

un peu au hasard, mal informé des implantations villageoises, dont la dispersion a de quoi surprendre les habitués des villages “annamites” bien groupés. Il connaît des succès variés. En Kompong Thom où son équipe s'arrête à chaque village pour expliquer le but de la visite, il doit supplier les parents de laisser inoculer leurs enfants en échange de cadeaux, et pratique péniblement quatre cent soixante-quatre inoculations.

L'entreprise se heurte à des difficultés multiples : méfiance des Cambodgiens qui connaissent pourtant bien la variolisation¹ ; peur de se voir ainsi inoculer une “sorte de francisation, dont ils ne veulent à aucun prix ; car, de ce fait, ils perdraient leur caractère national”² ; indifférence de certains résidents provinciaux comme celui de Kompong Thom qui a surnommé sa province la “Sibérie tropicale” ; hostilité des médecins traditionnels, enfin, qui tirent de la variolisation une source de revenu³. De meilleurs résultats sont obtenus dans d'autres endroits, avec le concours des autorités cambodgiennes. Le Dr Nogué peut ainsi vacciner malgré tout plus de 21 000 enfants en une année. Les vaccinations progressent encore. 1899 est une année exceptionnelle avec 114 516 vaccinations⁴ contre 40 430 en 1901 et près de 400 000 trente ans plus tard⁵. Seule ombre au tableau, le contrôle des pustules à fin de vérification est presque impossible car les parents négligent de ramener leurs enfants. En 1936, sur les 568 000 vaccinations pratiquées (dont 357 000 revaccinations), 92 000 ont pu être contrôlées et 35 000 s'avéraient positives. Si la recherche microbiologique est largement, alors, une science coloniale, en revanche la lutte contre les épidémies ne semble pas avoir pris la tournure autoritaire et presque militariste qu'elle a pu prendre dans les territoires africains de l'empire colonial français⁶.

¹ La variolisation consiste le plus souvent à inoculer les enfants à partir d'une croûte de pustule desséchée ou de pus frais. Le procédé est considéré dangereux car la virulence n'est pas toujours atténuée comme elle l'est avec le vaccin. Selon les écrits de médecins coloniaux, la variolisation est anciennement pratiquée au Cambodge. Certains d'entre eux pensent que les Chinois ou les Malais installés dans le pays ont répandu la pratique. Mais d'autres ont vu de vieilles femmes inoculer des enfants dans les villages.

² J. NOGUE, “Contribution à la géographie médicale. Missions de vaccine au Cambodge”, *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, avr.-mai 1898, I, p. 187.

³ ANGIER, *op. cit.*, p. 57.

⁴ Gustave MARTIN, “Service de la vaccine au Cambodge”, *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, 1902, p. 499.

⁵ René MORIZON, *op. cit.*, p. 210.

⁶ Jean-Pierre DOZON, “Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil”, *art. cit.*

Le vaccin s'améliore grâce à une série d'expérimentations pour lesquelles l'Indochine constitue un terrain privilégié¹, étudié d'abord à l'Institut vaccino-gène de Saigon, prélude au premier Institut Pasteur d'outre-mer. Certaines difficultés persistent néanmoins dont la principale est la conservation du vaccin pendant le transport et l'atténuation de sa virulence. Cela motive la création d'autres Instituts vaccino-gènes, l'un à Thai-Ha-Ap près de Hanoi et l'autre à Xieng-Khouang, au Laos. Le Cambodge continue, quant à lui, de se fournir à Saigon. Le vaccin sec, l'une des réussites de l'Institut de Saigon, est trop cher pour voir son usage généralisé dans le Protectorat². Le personnel médical provincial reste par ailleurs trop réduit pour envisager des tournées dans une campagne à la population clairsemée et son action se limite souvent au chef-lieu où les vaccinations sont entreprises à jour fixe.

Le choléra est également une source de préoccupation et subsiste à l'état de forte endémicité au Cambodge, à raison de 1 000 à 2 000 cas annuels. De violentes épidémies, comme en 1895, en 1912, en 1926 (où elles couvrent toute l'Indochine) font plusieurs milliers de victimes à intervalles réguliers. Les mesures prises sont limitées. 120 000 vaccinations sont pratiquées en 1929 mais les médecins restent impuissants et incriminent la réticence de la population et son manque d'hygiène. En Kompong Cham, en 1928, par exemple, les médecins sont heureux de constater une baisse de la morbidité – jusque-là maintenue à 1 000 cas par an – qu'ils attribuent à la vaccination et au forage de puits. Mais c'est pour la voir remonter ensuite aussi fortement (883 cas en 1926).

L'essentiel des mesures d'assainissement des eaux est pris dans la capitale, avec des travaux d'hygiène publique commencés dès le début du XXe siècle. La ville, construite sur un terrain marécageux, est remblayée et les eaux drainées par des digues (dont l'une est due au père du roi Norodom). Mais l'essentiel de cet effort de drainage porte sur le quartier français. Un service de voirie passe ramasser les déchets et les achemine vers un dépotoir à l'extérieur de l'agglomération où l'on étudie un système d'incinération des ordures. Les vidanges quotidiennes des latrines sont assurées à

¹ Annick GUENEL, "Lutte contre la variole en Indochine : variolisation contre vaccination ?", *History and Philosophy of Life Sciences*, 1995, 17, pp. 55-79 et NGUYEN Vi Son, *Calmette et son œuvre à Saigon*, Thèse pour le doctorat de médecine, Univ. de Saigon, 1971, 138 p.

² Pharo, 1936, *op. cit.*

l'hôpital, à la caserne et dans les locaux du Protectorat. Le service ambulancier passe, tous les trois ou quatre jours seulement, chez les particuliers.

La commission d'hygiène a proposé la construction de latrines publiques, déplorant que les indigènes puisent leur eau de consommation dans les mares au-dessus desquelles ils défèquent¹. L'eau est filtrée à l'hôpital et à la prison mais le problème subsiste car le Tonlé Sap (fleuve rejoignant le Mékong à Phnom Penh) est "pendant les mois de janvier, février, mars et avril [...] une véritable dilution de matières fécales"². Des projets sont alors à l'étude pour puiser de l'eau au milieu du fleuve et la purifier.

Les égouts sont terminés à Phnom Penh dans la période 1911-1914 – ainsi qu'à Saigon et Cholon (la ville "chinoise" de Saigon) – avec un début de canalisation d'eau car "le Cambodgien, par habitude et par paresse" ne fait pas bouillir l'eau. On étudie alors un nouveau procédé simple et bon marché de filtrage de l'eau. En province, en 1921, il "reste beaucoup à faire", malgré les 9 780 vaccinations anticholériques pratiquées³. En 1928, l'eau est enfin grossièrement filtrée dans tous les chefs-lieux mais la mesure reste insuffisante en quantité et en qualité. Seul Kampot dispose d'égouts.

D'autres mesures, enfin, seront prises contre la peste, qui reste endémique à Phnom Penh ; la lèpre, avec une léproserie à Troeung (province de Kompong Cham) et la consignation des autres malades dans leurs villages ; et le paludisme, avec un service de "quinine d'Etat" à prix réduit.

Les mesures de prévention des épidémies de variole, de choléra, de peste ainsi que contre l'endémie palustre, qui touchent aussi bien les Français que les Cambodgiens, ont contribué à réduire la mortalité due à ces affections, même si les méthodes sont encore tâtonnantes et si les travaux d'hygiène publique continuent d'être réalisés, de façon prioritaire, en ville et surtout à Phnom Penh. Malgré quelques médecins tels le Dr Nogué, que l'on voit, dans les dernières années du XIXe siècle, arpenter Kompong Thom à l'aveuglette, à la recherche de villages où pratiquer la vaccine, l'idée qui s'impose est celle d'une colonie qui assume son propre service

¹ Cette habitude s'observe aujourd'hui aussi.

² ANGIER, *op. cit.*, p. 50.

³ C.A.O.M., Mission Picanon, *op. cit.*

sanitaire – et encourt les risques subséquents de transmission des pathologies. Elle doit, de ce fait, fournir ses propres praticiens.

IV - LES MEDECINS INDOCHINOIS DANS LA SITUATION COLONIALE

La lourde charge financière que représentent les salaires des médecins étrangers, la difficulté de leur recrutement, l'extension des services sanitaires aux indigènes et l'idée que la colonie doit prendre en charge sa propre santé ; l'idée enfin, selon laquelle le médecin indigène est le meilleur intermédiaire entre les Français et les colonisés ; toutes ces raisons, évoquées à travers la description du système de santé contribuent, très tôt, à rendre indispensable la formation de médecins indigènes et d'un personnel de santé subalterne .

A - L'enseignement, dangereux mais nécessaire

L'Ecole de Médecine de Hanoi, créée en 1902 est dirigée par Yersin, pastorien célèbre qui rejoindra par la suite l'Institut Pasteur de Saigon. La fondation de l'Ecole n'est pas sans susciter les critiques de certains administrateurs qui n'en voient pas l'utilité et jugent le projet prématurément ambitieux. L'enseignement est d'ailleurs considérablement ralenti quelques années plus tard, par crainte qu'il constitue un ferment des mouvements révolutionnaires souterrains au Viêt Nam et ne reprend pleinement qu'en 1913, sous le gouvernement Sarraut¹. Cette méfiance à l'égard des nouvelles élites en formation n'est pas dénuée de fondement sur le moyen terme. Mais pour l'heure, les besoins sont trop pressants et l'on passe outre les avis défavorables.

Les premières promotions se recrutent parmi les médecins traditionnels “annamites” employés par des médecins-chefs dans les hôpitaux, ou bien encore parmi les aides formés sur le tas dans les hôpitaux et les infirmeries. Ces nouveaux diplômés sont envoyés servir en province où ils sont d'abord reçus avec une certaine méfiance par

¹ *L'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de l'Indochine*, Exposition coloniale internationale, Direction de l'Instruction Publique, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, 1931, pp. 9-10.

leurs supérieurs français. Par la suite néanmoins, la qualité de ces auxiliaires sera assez unanimement louée.

Doués d'une "mémoire remarquable, ils retiennent facilement et s'efforcent de mettre à profit ce qu'ils ont appris. Très doux et extrêmement adroits, ils possèdent deux qualités essentielles pour un médecin ; la patience et l'ingéniosité [...]. Leur éducation, sous le rapport de l'asepsie et de l'antisepsie, est, en outre, parfaite et les blessés les plus sérieux peuvent leur être confiés sans aucun danger d'infection", peut-on lire dans un rapport de la direction générale de la santé, fin 1906¹. Il n'est jusqu'au contact avec les patients qui ne soit apprécié en haut lieu : "On aurait pu redouter [...] que les sentiments de charité et de bonté développés et entretenus avec soin chez ces jeunes gens pendant la durée de leurs études ne fussent remplacés par l'orgueil ordinaire des mandarins ou des lettrés et par leur mépris pour les castes inférieures. [Or, après un stage de fin d'étude] l'avis de leurs chefs de service est unanime ; leur zèle n'a jamais fait défaut et leur valeur professionnelle n'a cessé de s'affirmer chaque jour".

La grande majorité des médecins indochinois restera, tout au long de la colonisation, censée seconder les Français en exerçant sous leur contrôle. Mais, au moment de la première guerre mondiale, alors que les effectifs médicaux français sont en baisse très sensible, ils assurent, dans une large mesure et avec succès, le service dans les postes provinciaux, de même qu'ils fournissent des engagés volontaires aux armées et à l'hôpital indochinois de Marseille. Bien après la guerre, dans les faits, il est de nombreux dispensaires, notamment dans les territoires les moins pourvus comme le Cambodge ou le Laos, où ils travailleront toujours seuls, visités, de temps à autre, par un responsable de la Résidence provinciale ou de la Résidence Supérieure. Les mesures prises concernant leur formation, leur statut et leurs émoluments, vont aller, passés les premiers doutes vite effacés, dans le sens d'une amélioration constante.

Les premiers diplômés, formés en quatre ans, ont le titre de médecin auxiliaire et le statut de fonctionnaire. Dès le début, quelques élèves parmi les mieux notés partent en France poursuivre leurs études. A mesure que l'enseignement général se développe en amont, le recrutement se fait sur des bases plus solides, facilité, notamment, par la création en 1917 d'une section de préparation en sciences physiques, chimiques et naturelles (P.C.N.) qui admet vingt-neuf candidats en 1930 et ouvre droit,

¹ Cité par Laurent GAIDE, *op. cit.*, p. 30.

sous certaines conditions, à l'équivalence française (certificat d'études physiques, chimiques et naturelles). En 1923, l'Ecole devient une Ecole de Plein Exercice de Médecine et de Pharmacie, rattachée à la Faculté de Paris. Dès ce moment, la hiérarchie est accentuée dans la formation, ce qui permet la constitution d'un corps de médecins indigènes à deux niveaux.

Au niveau supérieur, les bacheliers étudient la médecine pendant cinq ans à Hanoi, avec des stages hospitaliers à l'Hôpital indigène qui est l'hôpital d'application de l'Ecole. Puis ils partent en France soutenir leur doctorat. Cette section recrute un faible nombre d'étudiants (deux inscrits en 1920-21 et dix-neuf en 1929-30¹) mais les avantages qui leur sont accordés les placent au-dessus de leurs confrères. Ils entrent en effet dans le "cadre latéral" qui leur est réservé, avec une solde annuelle plus confortable que celle des "médecins indochinois"². Plus tard, en 1926, ces docteurs indochinois sont admis dans le corps français de l'assistance médicale, à égalité de titres et de diplômes. Ils ne touchent pas, cependant, le "supplément colonial" d'expatriation qui rend les salaires si attrayants. Mais seule une petite minorité passe avec succès le concours (quatre "Annamites" en 1931)³.

Les médecins auxiliaires sortent diplômés de l'Ecole de Hanoi après quatre ans d'études, comprenant des cours théoriques, des travaux pratiques et, dans les deux dernières années, une expérience clinique. Leur promotion sociale, au fil des années, consistera surtout en un changement de titres. En 1928, ils ne sont plus "médecins auxiliaires" mais "médecins indochinois". Quelques-uns parmi les plus "méritants" voient leur talent récompensé par une accession, sur concours, au cadre latéral. Ils sortent ainsi, au rythme d'une vingtaine par an⁴, pour servir dans les

¹ *L'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de l'Indochine, op. cit.*, tableau 1.

² En 1931, un *docteur indochinois stagiaire* débute à 2 400 piastres et peut finir sa carrière, *hors classe* (après un avancement minimum au choix de 15 ans) à 5 000 piastres. Le *médecin indochinois* débute quant à lui comme stagiaire à 1 644 \$ et peut devenir *médecin indochinois principal de 1ère classe* (après 25 ans au minimum), avec une solde de 3 408 \$ (*L'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de l'Indochine, op. cit.*, pp. 21 et 24).

³ Laurent GAIDE, *op. cit.*, p. 72.

⁴ Les promotions sont de taille inégale pour des raisons diverses : diminution budgétaire, modification de la durée des études en 1921 (7 en 1910 ; 15 en 1916 ; 25 en 1920 ; 17 en 1921 ; 11 en 1924 ; 33 en 1925 mais 10 en 1926), (*L'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de l'Indochine, op. cit.*, tableau 3).

territoires de l'Union avec obligation de service à l'Etat quand ils ont été boursiers (sur le budget général ou parfois, les budgets locaux).

Cette division entre “médecins” et “docteurs” indochinois, à l'intérieur du groupe professionnel autochtone, introduit en Indochine une hiérarchie qui a été supprimée en France quelques années auparavant¹, au terme d'un très vif débat scindant la profession médicale. Les partisans du maintien de l'officiat de santé firent notamment valoir la nécessité d'une médecine de moindre qualité, ajustée à la hiérarchie sociale des soignants comme des soignés. La médicalisation des campagnes et l'élimination de la concurrence des “charlatans”, dirent-ils, étaient à ce prix². Les mêmes arguments ont prévalu au maintien des médecins auxiliaires en Indochine.

D'autres sections seront progressivement ouvertes à l'Ecole de Médecine de Hanoi. En 1913, celle des pharmaciens auxiliaires est censée favoriser la lutte contre les “marchands de drogue sino-annamites” qui font l'objet d'une surveillance administrative. Ils effectuent d'ailleurs un stage obligatoire au laboratoire d'hygiène et de répression des fraudes avant de prendre leur service. Dix ans plus tard, l'Ecole de pharmacie forme, à la suite de l'Ecole de Médecine, des pharmaciens indochinois en quatre ans. Les quelques candidats au doctorat (cinq en 1931) doivent se rendre dans la Métropole pour les examens de fin d'étude. Une section de chirurgiens-dentistes fait son apparition en 1938. Le personnel subalterne – hormis les sages-femmes qui ne prendront leur service qu'au Viêt Nam et surtout au Tonkin – est quant à lui formé directement dans les territoires de l'Union. Une école de sages-femmes, rattachée à la maternité est ainsi ouverte à Phnom Penh en 1924.

Le nouveau groupe des médecins indigènes de l'Indochine, qui se forme lentement à partir du début du XXe siècle, possède donc plusieurs caractéristiques. Malgré les jugements souvent favorables de leurs supérieurs français, marqués par les ethnotypes coloniaux de l'“Annamite” (comme l'adresse, l'ingéniosité, le zèle), ces

¹ L'officiat de santé est officiellement supprimé en 1890 mais les derniers officiers de santé continuent d'exercer jusqu'à la Seconde Guerre mondiale (Cf. Jacques LEONARD, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle*, Paris : Aubier-Montaigne, 1981, p. 296).

² Jacques LEONARD, *op. cit.*, p. 83 sq. L'uniformisation et l'élévation du niveau de l'enseignement – contrôlé par les médecins eux-mêmes dans le cadre de leur lutte professionnelle – condamneront à terme l'officiat de santé, dont le niveau d'étude devient presque comparable à celui du doctorat.

praticiens gardent un statut subalterne, même s'ils assument souvent, dans la réalité, des fonctions de responsabilités dans les postes dépourvus de médecins français.

Ce statut subalterne, qui s'inscrit dans la logique générale de la domination française, se trouve néanmoins atténué par le caractère bureaucratique de ce même système colonial. L'organisation des études permet l'avancement au mérite, dans un système anonyme d'examens et de concours qui, dès les années 1930, reconnaît – officiellement du moins – l'égalité de statut entre Français et Indochinois possédant des titres identiques. Au prix d'un travail acharné et d'une profonde acculturation – car la “compétence” jugée est aussi la maîtrise de la langue française et la proximité culturelle avec les professeurs, renforcée par le séjour d'étude en France – certains étudiants, élus parmi les élus, peuvent entrer dans le corps français de l'assistance médicale.

Mais cette approche globale des médecins indigènes ne rend pas compte des différences extrêmes entre médecins “annamites” d'une part, cambodgiens et laotiens, d'autre part. La disparité concerne, en premier lieu, les effectifs des étudiants et le grade des médecins.

B - La disparité des recrutements “annamite” et cambodgien

Dans le corps médical en formation, les Cambodgiens et *a fortiori* les Laotiens sont, statistiquement, très minoritaires, qu'il s'agisse des médecins de l'assistance ou des médecins libres ; cela, malgré l'inquiétude manifestée par certains rapports administratifs et les quelques mesures qu'ils préconisent.

C'est par unité que l'on compte, de loin en loin, les médecins cambodgiens parmi ceux qui, sortis de l'Ecole de Hanoi, sont mis à la disposition du Résident Supérieur par le Gouverneur Général¹ : en 1916, un seul pour une promotion de neuf individus, ainsi qu'un Laotien ; deux Cambodgiens sur onze diplômés en 1918 ; aucun en 1921. En 1923, il n'y a que cinq étudiants cambodgiens à l'Ecole de Médecine de Hanoi (voir tableau II, page suivante).

¹ Les chiffres proviennent des arrêtés de nomination (nominatifs) rendus par le Gouverneur Général, trouvés dans les dossiers individuels du personnel de santé indigène (C.A.O.M., Indochine, Fonds locaux, Amiraux et G.G.I., Personnel médical indigène).

Tableau II - Elèves inscrits à l'école de médecine de Hanoi. 1923-1924.

	Tonkin	Cochinchine	Annam	Cambodge	Laos
Doctorat	5	2	0	0	0
Médecins indochinois	19	29	6	5	5
Médecins militaires	6	2	2	0	0
Pharmaciens	0	7	3	0	0
PCN	2	1	0	0	0
Sages-femmes	16	0	3	0	0

D'après Laurence Monnais-Rousselot.

Le mince poids démographique du Cambodge dans l'Union Indochinoise explique certes en partie la faiblesse des effectifs étudiants qu'il fournit à l'Ecole de Médecine. Cependant, même en tenant compte de ce facteur, la sous-représentation des effectifs cambodgiens dans la population des étudiants en médecine est manifeste (voir tableau III, page-suivante). Le tableau III montre la prédominance des étudiants cochinchinois, alors même qu'ils doivent, eux aussi, s'exiler à des centaines de kilomètres de leur famille pour faire leurs études à Hanoi. L'Annam, pays pauvre sur lequel a peu porté la mise en valeur coloniale, est lui aussi fortement sous-représenté au profit des deux pays de l'Indochine qui fournissent le plus gros du contingent d'inscrits. Ainsi, la Cochinchine et le Tonkin réunis représentent environ la moitié de la population indochinoise, mais fournissent les trois quarts des étudiants en médecine (section médecins indochinois).

Les écarts ne portent pas seulement sur les effectifs mais également sur la place dans la hiérarchie médicale indochinoise. Tous les étudiants cambodgiens de 1923-1924 préparent le diplôme de médecin indochinois et aucun n'est inscrit en doctorat. Les années suivantes fournissent de très faibles effectifs. L'étude des arrêtés de promotion des médecins auxiliaires aboutit à la même conclusion. Les rares médecins cambodgiens restent au bas de la hiérarchie de l'assistance médicale. En 1914, un Cambodgien sur huit candidats obtient une promotion statutaire en passant 4ème classe¹. Un seul également – le même ! – devient 3ème classe en 1919 sur une promotion concernant onze personnes. On trouve un 2ème classe cambodgien en 1928, sur un total de dix-huit promus², etc.

¹ Le cadre des médecins auxiliaires de l'assistance est réorganisé plusieurs fois. Il compte alors cinq classes. On devient médecin de 5ème classe après un stage.

² A cette date, il existe un nouveau grade, celui de médecin indochinois principal de 2ème classe.

Tableau III - Sous-représentation des Cambodgiens dans la population étudiante (Section Médecins indochinois, 1923-1924).

Pays	Etudiants (Médecins indochinois)	Population en milliers (1)	Poids démographique de chaque pays (en %).	Répartition des médecins selon origine (en %)
Cochinchine	29	3 797	20	45,3
Tonkin	19	6 854	36,5	29,7
Annam	6	4 933	26	9,4
Cambodge	5	2 403	13	7,8
Laos	5	819	4,5	7,8
Total	64	18 806	100	100

(1) Chiffres de 1921. D'ap. *Statistiques générales de l'Indochine. Résumé rétrospectif. 1913-1929*, Exposition Coloniale Internationale. Paris 1931. Indochine Française. Section du Commerce et de l'Industrie. Inspection Générale des Mines et de l'Industrie, Hanoi : Impr. d'Extr.-Orient, 1931, pp. VI-VII.

Huit ans plus tard, on chercherait toujours en vain les médecins cambodgiens. L'espèce est en effet, nous dit un rapport de 1936, en voie de disparition : “Les médecins indochinois [en poste au Cambodge] se divisent en deux races : annamite et cambodgienne. Ces derniers (14 sur 31) sont en voie d'extinction puisque depuis plusieurs années aucun Cambodgien n'a fait ses études de médecine”¹. Sans confirmer ce sombre diagnostic, le fichier de la Faculté de Médecine de Paris qui recensait les thèses de doctorat de médecine soutenues à Hanoi et Saigon dans les années 1930-1950 montrent cette lacune².

Ces constats restent valables aussi bien pour les autres catégories de personnel médical cambodgien, fonction publique et pratique libérale confondues. En 1936³, pas un seul des praticiens libres payant patente n'est cambodgien. Les sages-femmes non plus : seules des Vietnamiennes exercent.

A la veille de l'indépendance, seule une poignée de Cambodgiens ont donc entrepris des études médicales. Les promotions, certes réduites, sont presque entièrement occupées par des “Annamites”. Nous nous interrogerons alors sur les raisons d'une telle désaffection, en examinant tant la politique française à l'égard du recrutement des médecins cambodgiens que la façon dont la société cambodgienne a formé, sous le Protectorat, ses nouvelles élites.

C - Les raisons de la désaffection cambodgienne pour la profession médicale

1 - Les ethnotypes coloniaux et la définition de la compétence

Dans l'histoire d'une colonisation française dès le début tournée vers Hanoi et Saigon et devant compter avec le poids politique des colons de Cochinchine,

¹ Pharo, Protectorat du Cambodge, Direction Locale de la Santé, Rapport sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux du Cambodge, 1936, carton 186.

² Le dépôt de ces thèses à Paris était volontaire, sans caractère d'obligation. Le recensement est donc simplement indicatif. Aucun nom à consonnance khmère ou sino-khmère n'a été retrouvé parmi les deux cent quatre auteurs de thèse soutenues à Hanoi de 1935 à 1954. Trois Cambodgiens parmi les quatorze auteurs de thèses soutenues à Saigon pour la période 1950-1961 (dont un Cambodgien originaire du Viêt Nam).

³ Pharo, 1936, *op. cit.*

on ne s'étonnera pas de trouver privilégiés, concernant le système de santé et son personnel indigène, les territoires vietnamiens.

Justification *a posteriori* ou réflexions émanant d'une sociologie coloniale spontanée, les ethnotypes coloniaux sont défavorables aux Cambodgiens, perçus comme plus indolents et moins intelligents que les Vietnamiens. Ces derniers sont l'élément sur lequel s'appuie, dans tous les territoires de l'Union Indochinoise et dans tous les domaines, la colonisation, qu'il s'agisse de l'administration ou de la main-d'œuvre des grandes plantations, mais aussi de la médecine.

Selon Khy Phanra¹, cette politique coloniale délibérée s'appuie sur un ensemble de considérations anthropologiques et stratégiques de la part de l'administration française. Selon cette analyse, l'expansion vietnamienne, commencée bien avant la présence française, est irrésistible. Dès lors, il convient d'accompagner ce mouvement historique pour parfaire la conquête française en Indochine, en précipitant “la substitution de l'élément annamite à l'élément khmer condamné à disparaître”, selon les termes d'un gouverneur de la Cochinchine, Le Myre de Vilers². La prédominance “annamite” au Cambodge présente en outre l'intérêt de faire jouer classiquement les oppositions ethniques. Analyse qui s'avère en partie erronée car il arrive que Cambodgiens et Vietnamiens s'associent dans les jacqueries sporadiques contre des administrateurs locaux.

Les ethnotypes sont d'ailleurs modifiés en fonction des circonstances. Dans les années 1897-1920, malgré l'affirmation sans cesse répétée de la nécessité de l'immigration vietnamienne au Cambodge, l'attitude à l'égard de cette dernière, plus turbulente et rebelle, change. On vante à présent les Cambodgiens pour leur gentillesse, leur simplicité, leur frugalité³. Le Cambodge gardera toujours quelques ardents défenseurs contre les prédictions pessimistes d'un Le Myre de Vilers. Ainsi, certains rapports médicaux développent l'argument d'une “race cambodgienne” faible que la couverture sanitaire doit aider à prospérer.

¹ KHY Phanra, “L'immigration vietnamienne au Cambodge à l'époque du Protectorat français (1863-1940)”, *Les Cahiers de l'Asie du Sud-Est*, 1978, 2, pp. 45-58.

² *Ibid.*

³ Alain FOREST, *op. cit.* (chap. XVI, “Cambodgiens et Vietnamiens au Cambodge”, pp. 433-462) et “Les portraits du Cambodgien”, *ASEMI*, 1973, 4, 2, pp. 81-107.

Ces considérations sur les particularités khmères s'appliquent également aux médecins. Les documents coloniaux concernant les médecins cambodgiens sont en nombre trop réduit – par rapport à la profusion des écrits traitant des “Annamites” – pour permettre une analyse rigoureuse et générale des représentations dont sont l'objet les premiers¹. On soulignera cependant la différence entre, d'une part, les descriptions d'individus réels, observés dans leur travail par leurs supérieurs français et d'autre part, les propos généraux et abstraits tenus par les mêmes acteurs sur les médecins cambodgiens.

Les très rares dossiers personnels de médecins auxiliaires cambodgiens, retraçant dans le détail leur carrière, sont en effet très élogieux.

Sourn Nghet², né en Takéo de parents cultivateurs, en 1896, est de ceux-là. Ce Cambodgien sort de l'Ecole de Hanoi en 1918 pour être nommé en Kratié, à l'autre bout du pays. Il est décrit par son supérieur direct, dès ses premières années d'exercice, comme “un médecin auxiliaire consciencieux, intelligent, dévoué. [Il] a donné toute satisfaction à son chef de service qui a pu apprécier, pendant le peu de temps qu'il est resté sous ses ordres, les connaissances professionnelles qui en font un collaborateur précieux”.

Quelques années plus tard, le proposant au grade supérieur, le Résident Provincial est tout aussi satisfait par ce praticien qui “assure le service médical à Kratié avec beaucoup de dévouement, n'hésitant jamais à se rendre lui-même sur les lieux où une épidémie a été signalée. Les cures heureuses qu'il a obtenues à l'ambulance lui ont fait une renommée qui contribue puissamment à la diffusion de nos méthodes thérapeutiques parmi la population indigène de la circonscription. Les Européens ont également confiance en lui et n'hésitent pas à le faire appeler lorsqu'ils sont indisposés.” Il assure alors seul la charge du poste de Kratié et, en 1923, se distingue dans la lutte contre la variole.

En revanche, les propos généraux tenus sur les médecins cambodgiens sont négatifs. Les jugements sont souvent émis en référence au travail des “Annamites” : “[...] les excellentes unités [cambodgiennes] sont malgré tout rares n'atteignant guère plus de la moitié de l'effectif tandis que la grande majorité de notre effectif de Médecins Annamites est parfaite”, peut-on lire dans un rapport de 1936³. Les

¹ Une base documentaire plus riche nous permettrait de penser avec quelque certitude que nos propres *a priori* ne sont pas en cause dans notre analyse.

² C.A.O.M., Indochine, Fonds locaux, Amiraux et G.G.I., Personnel de santé indigène. Dossiers individuels, Dossier 35.037.

³ Pharo, 1936, *op. cit.*

principes qui régissent “l'excellence” ou “la perfection” – c'est-à-dire finalement la compétence – dans l'esprit de ces responsables médicaux ne sont pas explicités. A propos des infirmiers cambodgiens qui font l'objet des mêmes jugements négatifs, toutefois, quelques éléments de réponse sont apportés.

“Sauf des rares exceptions, qui confirment la règle comme dit le proverbe, on peut dire qu'aucun service de l'hôpital ne marcherait sans le personnel annamite bien plus travailleur et discipliné. L'infirmier en général, qu'il soit Annamite ou Cambodgien, s'estime un demi-médecin et voudrait être confiné à un rôle entièrement médical : piqûre, distribution de potions, qui serait en somme fort restreint. Il répugne à des besognes subalternes, mais nécessaires et pratiquées par tous les infirmiers du monde, distribution des aliments aux malades, propreté. La suppression des coolies de salle par mon prédécesseur, coolies qui servaient de domestiques aux infirmiers, a provoqué chez ces derniers une grande agitation qui a repris à mon arrivée. Trouvant la mesure excellente et juste, j'ai refusé de revenir sur la décision prise mais le mécontentement a été assez général et surtout mené par les jeunes infirmiers plus instruits que les anciens et qui s'estiment très au dessus des contingences matérielles.”

La définition de la compétence proposée dans cet extrait est donc celle d'une compétence sociale et culturelle plus que technique puisqu'elle fait référence à la représentation du rôle de l'infirmier – en terme de tâches (distribuer ou non les repas aux malades, faire ou non le ménage) et, parallèlement, en terme de position dans la hiérarchie hospitalière (par rapport aux médecins et aux hommes de peine). Elle fait également référence au domaine des rapports entre Cambodgiens et Français (travail, discipline). A l'opposé, la description des qualités de Sourn Nghet, médecin indochinois originaire de Takeo, sont de type technique (il a des connaissances médicales solides, obtient des “cures heureuses”) et professionnel (il est “conscientieux”, “dévoué”, a la confiance des patients).

Les Cambodgiens tolèrent mal la prééminence vietnamienne dans leur propre pays. Sur le plan médical, cela se traduit par un refus de consulter les praticiens vietnamiens. Les femmes, en particulier, répugnent à accoucher avec l'aide d'une sage-femme “annamite” et c'est la raison principale de la création d'une école de sages-femmes à Phnom Penh. Le “doux entêtement” cambodgien prend parfois les chemins de la revendication ouverte. “La population cambodgienne, surtout les femmes, demande à

grands cris à toute occasion, à toutes les assemblées d'être soignée par leurs semblables à l'exclusion des Annamites", note avec agacement un rapport de 1936¹.

Quelques mesures d'encouragement sont prises. Ainsi par exemple, l'entrée à l'Ecole de Médecine de Hanoi est-elle aménagée pour les étudiants cambodgiens et laotiens, qui proviennent de pays aux structures scolaires moins développées. En 1912, ces candidats suivent une formation préparatoire supplémentaire avant l'épreuve du concours et dans les années 1930, on cherche même à mettre au point des conditions spéciales d'admission pour les Laotiens².

Les élèves-infirmières sont par moments recrutées sous la contrainte, tant il est difficile de trouver des candidates.

“Ni pour être Médecin comme pour être infirmière [la population cambodgienne] ne fournit aucun candidat malgré les appels répétés pour les concours. La preuve en a été faite en 1936 où pour un concours de six places d'infirmières aucune candidate ne s'est présentée. Le concours ayant été reculé pour une plus grande publicité, quatre candidates péniblement présentées de force par les autorités ont dès l'examen où elles furent malheureusement pour elles reçues, donné leur démission aussitôt après”³ !”

Une telle situation ne saurait s'expliquer sans interroger, dans un premier temps, les conditions mêmes de la formation des élites colonisées indochinoises – en particulier, les différences observées entre le Viêt Nam et le Cambodge – et, dans un second temps, les rapports que ces élites entretiennent avec leur protecteur.

2 - Les nouvelles élites vietnamiennes et cambodgiennes et leur réponse à la situation coloniale

Dans les territoires vietnamiens la domination française s'est efforcée avec succès de briser une monarchie qui lui était trop ouvertement opposée. Dès la fin de la conquête, le Tonkin est séparé de l'administration impériale de Hué (Annam) afin de neutraliser les mandarins fidèles à l'Empereur. Ces derniers passent sous le contrôle direct du Résident Supérieur. Le Protectorat met en place un “néo-mandarinateur” pourvu

¹ Pharo, 1936, *op. cit.*

² Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, *Médecine coloniale, pratiques de santé et sociétés en Indochine française, op. cit.*

³ Pharo, 1936, *op. cit.*, souligné par l'auteur du rapport.

de ses propres écoles (les *Hau Bo* du Tonkin) et de ses propres titres, distribués de façon humiliante aux serviteurs du régime, dans un pays où la fonction mandarinale, obtenue après examen, est traditionnellement des plus prestigieuses¹. La nouvelle élite qui émerge et qui alimentera par la suite les mouvements nationalistes et révolutionnaires ne s'appuiera pas sur les Lettrés traditionalistes et réformistes, mis en minorité. Elle admet au contraire très tôt l'idée d'une rupture nécessaire avec le passé et l'occidentalisation inéluctable. Celle-ci passe par l'école coloniale et l'assimilation des connaissances nouvelles, sources de promotion sociale pour bon nombre d'étudiants d'extraction modeste.

Dès les années trente commence à s'exprimer chez ces médecins vietnamiens une identité professionnelle. A mesure que la lutte pour l'indépendance s'intensifie, ils sont amenés à se définir sur le plan national et sur le plan professionnel, voire sur le plan de leur appartenance de classe. Ce n'est pas toujours une expérience personnelle commode ni dénuée d'ambiguïté. Trois médecins différents reflètent ces positions divergentes. Un Hoc Dac Di², chirurgien formé en métropole et proche de Bao Dai, l'Empereur pro-français, prononce en 1942 une conférence, véritable hymne à l'œuvre civilisatrice française par le biais de sa médecine. La difficulté des études et le travail acharné qu'il a dû fournir, sous la tutelle de maîtres brillants, paternalistes et autoritaires, ont forgé en lui le profond sentiment d'appartenir à une élite intellectuelle, professionnelle mais aussi de classe, associée étroitement à la France.

Les positions des deux autres auteurs s'expriment dans leur opinion sur la médecine traditionnelle. Cong Tam³ se place d'emblée en strict professionnel. Il n'est plus question, alors, ni de médecine française ni de maîtres français. Il condamne la pharmacopée traditionnelle au nom de la lutte contre le charlatanisme – thème classique chez ses confrères européens, un demi-siècle plus tôt. Il en profite pour épingler le gouvernement général dont les mesures trop timides à l'encontre des médocastres “sino-

¹ Pierre BROCHEUX et Daniel HEMERY, *op. cit.*, p. 76.

² HOC Dac Di, *Des médecins français à la cour d'Annam aux grands maîtres de Paris*, Hanoi : Impr. d'Extrême-Orient, 1942, 31 p.

³ CONG Tham, *Pour la diffusion de la médecine française*, Saigon : Impr. Tin Duc Thu Xa, s.d. (c. 1940), 10 p.

annamites”¹ ont pour véritable raison l'insuffisance du système de santé biomédical. Il est vrai que les médecins traditionnels n'ont pas tardé à riposter aux premières revendications professionnelles des biomédecins indigènes en s'organisant en associations².

Un Duong Ba Banh³ fonde, quant à lui, son argumentation sur une dualité “tradition”-“modernité” et la nécessaire coopération entre les deux médecines. La “médecine traditionnelle du Viêt Nam” – son vocabulaire est significativement différent de celui de Cong Tam – fait partie du patrimoine national et sa pharmacopée doit être intégrée à la biomédecine nationale vietnamienne. Ce sont finalement ses vues qui l'emporteront dans le Viêt Nam indépendant et que l'on trouvera, après 1979, importées dans un Cambodge sous tutelle vietnamienne.

La situation est toute autre au Cambodge. La convention signée en 1884 par le roi – alors que les canonnières françaises mouillent devant le palais royal – est le prélude à une véritable annexion, au profit de la Cochinchine. Devant cette remise en cause de la monarchie, les soulèvements embrasent peu à peu l'ensemble du pays et obligent les Français à reculer. Dès lors, ces derniers conservent et même célèbrent le symbole royal. Le roi Sisowath, plus coopératif que son père Norodom, est couvert d'honneurs mais confiné dans un rôle de figurant. La monarchie cambodgienne, pour être soumise au Résident Supérieur, n'en continue pas moins à jouer pour ses sujets sa fonction de symbole d'unification et de protection mystique du pays.

C'est donc autour du palais royal que se resserre l'élite cambodgienne, sans procéder à la remise en question et à la recherche de nouvelles réponses sociales face à la situation coloniale. Après la reprise en main du Conseil des ministres et le limogeage des plus récalcitrants, remplacés par des fonctionnaires fidèles aux Français dont quelques-uns sont issus de l'école coloniale, les hauts fonctionnaires – soumis à

¹ La médecine traditionnelle pratiquée au Viêt Nam est souvent qualifiée à l'époque coloniale de “sino-annamite” pour les influences chinoises qu'elle intègre.

² Les statuts d'une Association des Médecins et Pharmaciens Sino-Annamites sont déposés auprès du Gouverneur de Cochinchine en 1936. Elle a pour but la défense des intérêts professionnels et l'organisation de commissions d'études techniques (fabrication de médicaments) et économiques (écoulement des produits).

³ DUONG Ba Banh, “La médecine traditionnelle du Viêt Nam au contact de la médecine européenne”, *Archives Internationales d'Histoire des Sciences*, 1951, 15, pp. 458-464 et *Histoire de la médecine du Viêt-Nam*, Hanoi, 1947-1950, doc. dactylogr., 77 p.

examen – ne se recrutent plus guère que dans les familles princières et la haute bourgeoisie commerciale sino-khmère. Au niveau subalterne, la mobilité relative entre fonctionariat et paysannerie, par le biais de l'attribution des charges, est considérablement freinée par la suppression des apanages des ministres royaux.

La fonction publique et l'administration, traditionnellement attachées à la monarchie, très valorisées de ce fait, et sources de revenus parallèles, attirent beaucoup plus les fils des milieux dirigeants ou fortunés que la lointaine Ecole de Médecine de Hanoi, où ils se retrouvent noyés dans la foule des étudiants “annamites”. Le succès de l'Ecole des *Kromokar* (fonctionnaires de rang intermédiaire, *Rkúmkar*), ouverte à Phnom Penh en 1914 et transformée en 1917 en Ecole d'Administration Cambodgienne, le prouve¹.

En amont de ces aspirations, l'enseignement moderne ne constitue pas, comme au Viêt Nam, le moteur d'une promotion sociale et d'une émancipation de caractère nationaliste. La réponse cambodgienne à l'enseignement français va plutôt, dans les campagnes, dans le sens d'une certaine méfiance. Le savoir est traditionnellement dispensé aux jeunes garçons dans les pagodes. Le Protectorat tente de moderniser les “écoles de pagodes” en ajoutant des leçons de choses ou d'arithmétique à l'enseignement moral et religieux qui y est dispensé. Cela est parfois perçu comme une menace à l'enseignement bouddhique classique, autre pilier sur lequel continue de s'appuyer l'identité cambodgienne.

C'est, enfin, dans les rapports entre la nouvelle élite cambodgienne et les protecteurs qu'il faut chercher les raisons de la désaffection pour les professions médicales et para-médicales. Les jeunes gens formés à la médecine et aux métiers para-médicaux forment en effet une nouvelle catégorie sociale qui trouve difficilement sa place. Elle n'appartient pas, en effet, au monde de l'érudition traditionnelle bouddhique, malgré ses années d'étude. Elle ne fait pas partie non plus du groupe des commerçants, puisque les diplômés sont intégrés à l'assistance médicale indigène. Sa fonction ne lui donne pas plus accès au milieu de la cour et à la haute fonction administrative qui la fréquente.

¹ Quatre-vingt-dix-neuf élèves passent le concours d'entrée en 1918 et deux cent soixante en 1920. D'ap. Alain FOREST, *op. cit.*, pp. 102-103.

La position est d'autant plus inconfortable que leurs aspirations entrent en conflit avec la perception que les responsables français se font de la place que les Cambodgiens devraient occuper dans la hiérarchie médicale. Ceux-ci, en effet, tendent à niveler la hiérarchie sociale indigène pour ne plus laisser s'exprimer que la hiérarchie coloniale. L'extrait d'un rapport médical présenté ci-dessus nous montrait de jeunes infirmiers refusant énergiquement, en tant que personnes instruites, d'être assimilés à des "coolies" en se livrant au nettoyage des salles. D'autres exemples peuvent illustrer ces analyses. Ainsi peut-on lire, toujours à propos des infirmiers dont on a vu combien le recrutement était difficile :

“Le recrutement a été modifié cette année. Au lieu d'un concours comme en 1936 qui nous a apporté des recrues trop exigeantes (étant toutes certifiées), mais pas plus dévouées pour cela, au contraire, nous avons choisi sur titres, et dans un milieu de moindre prétention. De plus ces recrues ont été engagées à titre journalier, ce qui ne leur donnera pas une haute idée de leur inamovibilité : idée trop souvent néfaste pour le rendement à obtenir de fonctionnaires s'estimant inexpugnables”¹.

Face à ces rapports difficiles, les Cambodgiens tendent à privilégier l'évitement à la confrontation, investissant de préférence des professions où ils se retrouvent entre eux et dont la position dans la hiérarchie sociale autochtone est plus facilement réinterprétable à partir des modèles pré-coloniaux, comme la magistrature. C'est là un type particulier de négociation avec les étrangers que l'on retrouvera au fil des époques, dans des contextes relationnels pourtant différents.

A la veille de l'indépendance, qui s'amorce lentement à partir de la Seconde Guerre mondiale, les professions médicales et paramédicales sont très faiblement développées au Cambodge, tant sur le plan des effectifs que sur celui de la formation d'une identité professionnelle nouvelle. Cette indifférence est d'autant plus remarquable que, dans les pays vietnamiens voisins, ces métiers sont au contraire très recherchés et forment très tôt la base d'une nouvelle élite sociale issue de la colonisation. L'analyse dynamique de la "situation coloniale", considérée comme un

¹ Souligné par nous.

nouveau système social issu de la confrontation inégale entre protecteurs et protégés, en fournit l'explication.

Dans l'entité économique et politique qu'est l'Union Indochinoise, le Cambodge n'occupe qu'une place extrêmement réduite aux côtés du Tonkin – où sont concentrés les services administratifs centraux – et de la Cochinchine – véritable centre économique de la colonie. Malgré les ponctions fiscales importantes pratiquées au Cambodge, les sommes y sont peu réinvesties et l'enseignement, de même que le système de santé, bénéficient de ressources financières réduites. Les ethnotypes du Cambodgien soutiennent et justifient l'intérêt réduit que suscite le pays dans la mise en valeur coloniale : considérés comme doux et gentils mais indolents et peu fiables en comparaison de “l'élément annamite” – vu comme plus pugnace et perfide mais aussi travailleur et discipliné, les Cambodgiens sont supplantés dans l'administration coloniale subalterne, y compris les services médicaux, par les ressortissants des pays vietnamiens.

Les réponses sociales de la société cambodgienne à la situation coloniale contribuent également, mais d'une manière différente, à la désaffection pour les professions médicales. Le pouvoir monarchique traditionnel est âprement défendu comme un symbole d'unité nationale au moment où le Protectorat songe à le réduire à néant. C'est autour de lui que continuent de se former les élites sociales colonisées. Les nouvelles professions offertes par le Protectorat ne sont pas valorisées socialement. Cela est dû en partie au fait qu'elles ne trouvent pas l'occasion de se définir à partir des modèles anciens. Par ailleurs, les rapports avec les protecteurs ne sont pas favorables à la mise en forme d'une telle définition sociale de la profession car ceux-ci se situent dans la hiérarchie coloniale et, percevant mal – probablement comme une menace – les efforts de leurs subalternes pour inventer le “médecin cambodgien” ou l’“infirmier cambodgien”, ils tendent à les renvoyer à la catégorie générale et indifférenciée des indigènes. Les conduites cambodgiennes iront dans le sens de l'évitement des situations de contact. Les professions médicales, qui placent trop directement les Cambodgiens en présence des Français, seront d'autant moins appréciées qu'elles présentent les inconvénients socio-culturels majeurs évoqués ci-dessus.

Il faut donc attendre l'indépendance pour voir réellement apparaître un corps médical dont les effectifs, en vingt ans (jusqu'à l'arrivée des Khmers Rouges au

pouvoir en 1975), seront plus de quinze fois supérieurs à ce qu'ils ont été en quatre-vingt-dix ans de Protectorat français¹.

¹ Une trentaine de médecins (docteurs et assistants) en 1938 contre environ cinq cents (dans les mêmes catégories) en 1975.

CHAPITRE II

LA MODERNITE DANS LA "NEUTRALITE" SIHANOUKISTE (1953-1970)

Au moment de son indépendance en 1953, le Cambodge se retrouve confronté à la situation géo-politique qu'il a déjà connue avant le Protectorat français : celui d'un petit pays cerné par deux voisins, le Viêt Nam et la Thaïlande, à la démographie dynamique et à la puissance menaçante. Cette situation se présente de façon un peu différente toutefois. La guerre froide s'amorce et les tensions locales sont relayées par les grandes puissances internationales. Sur le plan intérieur, le Cambodge retrouve une monarchie souveraine qui se veut moderne tout en se réclamant de l'héritage des anciens rois, tandis que, sur le plan de ses relations avec l'extérieur, un nouveau rapport de forces se dessine. L'analyse de ce cadre social global permet de comprendre les configurations du nouveau système de santé cambodgien et la place des médecins dans le nouveau cadre d'exercice de leur profession.

I - NEUTRALITE CAMBODGIENNE ET JEU DES FORCES INTERNATIONALES

A - La pacifique "Croisade Royale pour l'indépendance"

La Seconde Guerre mondiale et la défaite française de 1940 annoncent l'indépendance cambodgienne. L'occupation japonaise de l'Indochine, avec l'accord du gouvernement de Vichy, se transforme en un coup de force en mars 1945. La présence des troupes nippones est éphémère mais elle encourage néanmoins les nationalistes locaux à se libérer de la tutelle française.

Le Cambodge, contrairement au Viêt Nam, obtient son indépendance totale de manière pacifique. C'est là le terme d'une série d'accords khméro-français qui

commencent timidement en 1946 avec la reconnaissance de l'indépendance interne du pays dans l'Union Française et qui s'achèvent totalement avec les Accords de Genève en 1954 mettant fin à la première guerre du Viêt Nam et prévoyant le transfert des institutions indochinoises dans les territoires souverains. Il n'existe pas, alors, de grave contentieux avec l'ancien colonisateur, ni de sentiment anti-français exacerbé. Cela n'empêche pas l'existence de mouvements nationalistes, de droite comme de gauche, et le plus souvent assez éclatés, qui connaîtront des fortunes diverses, certains se ralliant au gouvernement royal, tandis que d'autres prennent le maquis.

Pendant les quinze années suivantes, le personnage qui domine la vie publique cambodgienne – et particulièrement la politique étrangère – est le roi Sihanouk. En 1941, à la mort du roi Monivong, Norodom Sihanouk, arrière petit-fils du roi Norodom, est placé sur le trône par les Français. Ses ascendances paternelles et maternelles lui donnent une certaine légitimité à la succession, parmi d'autres prétendants considérés par les protecteurs comme moins malléables. Le nouveau roi est alors un tout jeune homme de dix-huit ans qui fait ses études au lycée Chasseloup-Laubat de Saigon et mène ensuite au palais une vie insouciant et dorée. Le coup de force japonais et l'espoir d'une indépendance à négocier l'amèneront à la tête du gouvernement, pour laquelle il quitte le trône en 1955 au profit de son père.

Pour l'heure, il entreprend avec fracas une “croisade royale pour l'indépendance” qui le mène – sans grand succès car les priorités de ses hôtes sont ailleurs – à Paris, au Canada, aux Etats-Unis puis à Bangkok, laissant planer la menace d'une alliance avec le Viêt-minh. Cela lui vaudra de récolter auprès du peuple les bénéfices du succès des négociations avec la France. Il semble en fait que celle-ci ait eu peur de voir s'ouvrir au Cambodge un nouveau front qui lui donne déjà du fil à retordre au Viêt Nam ; peur dont le roi Sihanouk tire parti avec le brio qui fera sa renommée par la suite.

Les analystes politiques de l'époque voient en Norodom Sihanouk un jeune prince qui se passionne pour les réformes démocratiques de son pays mais qui hésitera toujours entre le rôle de leader proche du peuple, tenant son pouvoir de lui, et celui de monarque héritier des prestigieux rois d'Angkor, devant lequel tous se

prosternent et tremblent¹. Après l'indépendance, l'invention de la “Communauté Socialiste Populaire” (*Sangkum Reah Niyum*, sg<mraRspniym) est une tentative de conciliation entre ces aspirations.

B - Le rassemblement national dans la “Communauté Socialiste Populaire”

Le Sangkum n'est pas à proprement parler un parti politique. Il se réclame d'une idéologie aux contours flous, celle du “socialisme bouddhique”, dont le prince souhaite qu'elle soit une démocratie compréhensible par le peuple. “[Il est] le symbole des aspirations du petit peuple qui est le vrai peuple du Cambodge (...) pour la communion du peuple avec ses deux protecteurs naturels : la religion et le trône”, proclame un document officiel². Ce socialisme à la khmère, selon un sympathisant français, “fait de l'Etat, non plus l'instrument d'une classe dirigeante, mais le garant du bien commun national et le coordinateur de toutes les initiatives, énergie et activités individuelles”³ car il vise à transposer, “sur le plan politique, économique et social, des enseignements de la morale bouddhique”⁴ : justice, compassion pour tous les êtres, paix. Ce programme est suffisamment vaste pour susciter l'adhésion collective de principe, sans pour autant supprimer les rivalités de clans.

Mais si l'idéologie reste secondaire, le pouvoir s'affirme. Pratiquement en effet, le Sangkum vise au rassemblement national autour de la personne du prince et, dans les faits, la fidélité à la monarchie tient lieu de doctrine⁵. La Communauté Socialiste Populaire met fin à l'activité politique qui avait fleuri sous la forme de

¹ La personnalité du prince, dont les vire-voltes, les qualités de tribun, l'imagination débordante ont fasciné, amusé ou exaspéré, selon les cas, est décrite avec beaucoup de finesse dans la pièce d'Hélène CIXOUS (*Théâtre du Soleil. L'histoire terrible mais inachevée de Norodom Sihanouk, Roi du Cambodge*, Paris : Théâtre du Soleil, 1985, 432 p.) jouée en 1985 à la Cartoucherie de Vincennes. Avec moins d'empathie, Jean-Claude POMONTI et Serge THION en peignent également un portrait dans *Des courtisans aux partisans. Essai sur la crise cambodgienne*, Paris : Gallimard (Coll. “Idées”), 1971, pp. 64-73.

² Cité par Marie Alexandrine MARTIN, *Le mal cambodgien. Histoire d'une société traditionnelle face à ses leaders politiques, 1946-1987*, Paris : Hachette, 1989, p. 72.

³ Achille DAUPHIN-MEUNIER, *Le Cambodge de Sihanouk ou de la difficulté d'être neutre*, Paris : Nouvelles Éditions Latines, 1965, p. 160.

⁴ *Ibid.*, p. 160.

⁵ Charles MEYER, *Derrière le sourire khmer*, Paris : Plon, 1971, p. 133.

multiples petits partis, au moment de l'instauration d'une monarchie parlementaire inscrite dans la Constitution de 1946. La plupart de ces partis fusionne dans le Sangkum. C'est le cas du Parti Démocrate qui, dès 1946, avait rassemblé un groupe d'étudiants progressistes de Paris ainsi que des intellectuels formés au Cambodge ou à Hanoi, avec le soutien de moines, de lycéens et de fonctionnaires. Quant au Parti du Peuple (le *Pracheachun*) qui représente la gauche marxiste cambodgienne, il soutient la politique étrangère du prince tout en restant très discret à l'intérieur du pays pour éviter les mesures répressives qui, à intervalles réguliers, s'abattent sur ses partisans. Évanouis dans les maquis, selon une tradition bien ancrée de la politique intérieure cambodgienne, ils formeront les futurs "Khmers Rouges", terme inventé par le prince Sihanouk pour fustiger ses adversaires.

La monarchie parlementaire mise en place après l'indépendance dérive ainsi, dès les années 1960, vers un pouvoir personnel qui double ou annule la souveraineté de l'Assemblée Nationale : aux élections législatives se présentent les candidats agréés par le Sangkum ; le Congrès national semestriel, qui permet à chacun de venir exprimer ses doléances devant le prince Sihanouk, prend le pas sur l'Assemblée Nationale et se transforme en simple approbation de ses décisions.

Jusqu'à la fin des années 1960, la structure politique au Cambodge, dominée par le rassemblement national dans le Sangkum, est donc celle d'une majorité paysanne traditionnellement fidèle au prince ; de parlementaires et hommes politiques ralliés, par conviction réelle ou forcée et dont beaucoup se désintéressent d'une vie publique où ils ne peuvent guère s'exprimer ; d'une minorité d'opposants discrets mais actifs que le prince s'efforce à certains moments de se concilier en leur proposant des postes au gouvernement ; et, enfin, d'une génération montante de jeunes diplômés qui ne gagnent guère la confiance du prince, lequel préfère se fier à ses propres idées¹. La prédominance du prince s'exprime de façon plus évidente encore en politique extérieure car son inlassable travail médiatique fait vite connaître le royaume dans le monde.

¹ Voir notamment Jean-Claude POMONTI et Serge THION, *op. cit.*, pp. 71-72 et 94-95.

C - Neutralisme et aides étrangères : l'ouverture d'un nouveau type de négociations

L'indépendance replace le Cambodge sur l'échiquier géopolitique de l'Asie du Sud-Est avec, cette fois, l'arrière-plan de la guerre froide dont l'Indochine est un lieu stratégique. Les Accords de Genève en 1954 ont en effet entériné la séparation en deux du Viêt Nam. Le régime de Ngô Dinh Diêm, au Sud, est appuyé par les Etats-Unis, tandis que le Nord est contrôlé par le mouvement communiste et nationaliste du Viêt-minh, dirigé par Ho Chi Minh. Celui-ci est soutenu par la Chine Populaire et l'Union Soviétique. La Thaïlande, enfin, se trouve elle aussi dans la zone d'influence américaine.

Dans ce contexte instable et tendu, le prince Sihanouk tente, avec une habilité et un sens de l'improvisation qui ont fait la joie des chroniqueurs d'alors, de maintenir le Cambodge à l'écart de la guerre d'Indochine et de l'occupation militaire étrangère. Son souci majeur est de conserver l'intégrité du territoire national, préoccupation qui fait l'unanimité chez les Cambodgiens, toutes tendances idéologiques confondues. Le prince inaugure alors une politique extérieure neutraliste, où le recours à des puissances adverses permet de contrebalancer à tout moment leurs pressions respectives. Il recueille, ce faisant, un héritage diplomatique pré-colonial qui, depuis l'affaiblissement du royaume, privilégie les stratégies d'évitement à la confrontation directe, au-dessus de ses possibilités.

Les Etats-Unis et la Chine représentent les principales forces antagonistes que le prince essaie de contenir car elles relaient des menaces locales plus directes.

1 - La protection américaine, généreuse mais conditionnelle

Dès les premières années de l'indépendance, Sihanouk se rapproche des Etats-Unis, qu'il perçoit comme les plus aptes à assurer au Cambodge une protection de ses frontières et une modernisation de son économie. L'aide américaine, pour être considérable et bien supérieure à ce qu'offrent la France ou même la Chine (voir tableau IV, page suivante) est assortie, contrairement aux autres contributions, de restrictions non moins importantes.

Tableau IV - Aide étrangère reçue par le Cambodge sous le Sangkum (Estimations en millions de dollars pour les principaux donateurs)

	TOTAL
Etats-Unis 1955-63 (1)	350
Chine Populaire (2)	25 (4)
France 1956-62 (2)	25 (3)
URSS (2)	15
Japon (5)	4,28

(1) Rémy PRUD'HOMME, *L'économie du Cambodge*, Paris : PUF, 1969, p. 232. Un quart de l'aide est militaire selon cet auteur. Selon Achille DAUPHIN-MEUNIER (*op. cit.*, p. 102), 51% de l'aide entre 1956 et 1962 est militaire.

(2) Achille DAUPHIN-MEUNIER, *ibid*, p. 102.

(3) Et environ 1 240 000 000 riels (plus de 35 millions de \$ au taux officiel) pour 1960-1970, sans compter l'aide militaire d'environ 1 milliard de riels (plus de 28 millions de \$). Selon Charles MEYER, *op. cit.*, p. 221.

(4) Ce montant n'inclut pas une aide consistant en une livraison de matériel militaire, importante mais non chiffrée, d'après Charles MEYER, *op. cit.* p. 219.

(5) Charles MEYER, *op. cit.*, p. 221 (soit 150 millions de riels convertis au taux officiel).

Elle s'applique en effet essentiellement au domaine militaire et exige en la matière l'exclusivité du bloc occidental. L'aide civile, quant à elle, ne doit profiter qu'aux entreprises privées et bannit les industries à capitaux d'Etat, créées par le Sangkum¹. Enfin, les Etats-Unis se font de jour en jour plus insistants pour amener le Cambodge à adhérer à la Southeast Asia Defense Treaty Organization (S.E.A.T.O.), alliance anti-communiste regroupant notamment, en Asie, le Pakistan, la Thaïlande et les Philippines.

Diverses raisons parmi lesquelles une opposition interne à l'“impérialisme américain” dans la gauche et la jeunesse, des maladresses de l'ambassadeur² et le bombardement de villages frontaliers du Sud-Est, proches du Viêt Nam, seront l'occasion pour Norodom Sihanouk de rejeter, en 1963, cette aide encombrante et de rompre les relations avec les Etats-Unis, deux ans plus tard.

2 - La Chine et le Viêt-minh

Il semble que les négociations officieuses reprennent assez promptement avec les Etats-Unis³ tandis que le neutralisme de Sihanouk l'amène à ne pas négliger la Chine Populaire. Dès la conférence de Bandung fondant les Etats non-alignés en 1955, le prince avait en effet pris contact avec les dirigeants chinois. Les relations restent bonnes par la suite, d'autant que Pékin se montre moins pressant que Washington. Après la rupture avec les Etats-Unis, le Cambodge se rapproche donc naturellement de la Chine.

Tout comme les Etats-Unis mais avec une discrétion appréciée, contrastant avec l'ostentation américaine, celle-ci consacre son effort aux projets de développement cambodgiens qui lui sont idéologiquement acceptables : la construction d'usines, dans le cadre de la politique d'industrialisation légère du Cambodge, destinée à réduire la part des importations⁴. Mais cette amitié n'est guère plus sereine que la

¹ Marie Alexandrine MARTIN, *op. cit.*, p. 95.

² Il indispose en particulier par sa méconnaissance, perçue comme méprisante, des règles de courtoisie cambodgiennes.

³ Charles MEYER, *op. cit.*, p. 242.

⁴ En 1986, le prince Sihanouk déclarait à Marie Alexandrine MARTIN (*op. cit.*, p. 85) : “Chou-En-lai était derrière moi dans la politique d'industrialisation du pays [...], je n'avais aucune expérience de l'industrie (...). Il m'a dit : 'Votre pays est un pays agricole riche. Vous devez profiter de la richesse de votre

première car elle menace le pays des incursions des combattants du Viêt-minh. Leur passage sur les bandes frontalières est tolérée. L'inquiétude monte toutefois de voir le Cambodge précipité dans une guerre qu'il ne veut pas. A partir de 1969, Sihanouk entreprend de dénoncer publiquement les “sanctuaires” viêt-minh et de solliciter les Chinois pour qu'ils fassent pression sur les Vietnamiens. D'autant que le prince craint par ailleurs la contagion de la Révolution Culturelle chinoise au Cambodge qui séduit une partie de la jeunesse scolarisée. Il réagit en ordonnant la dissolution de l'Association d'Amitié Khméro-Chinoise, dissolution qui refroidit quelque peu les rapports avec la Chine Populaire.

Outre le maintien de l'indépendance et de la paix, la politique neutraliste permet d'attirer une aide étrangère dont le pays a besoin pour alimenter ses finances publiques et, partant, son système de santé. Un nouveau système de négociations s'ouvre alors, dans lequel intervient la concurrence internationale.

3 - Un nouvel espace de négociation : le jeu de la concurrence dans l'aide internationale

Le Cambodge neutraliste a su attirer une aide internationale d'une extrême diversité. “Certains pays ont reçu [...] un volume d'aide plus élevé que [lui], mais il n'en est probablement aucun qui puisse se flatter d'en avoir reçu d'un aussi grand nombre de pays”, écrit un économiste¹, ajoutant que cette aide a davantage suscité des réactions favorables – invoquant le “devoir de solidarité humaine” – ou hostiles – fustigeant le “gaspillage des deniers publics”, l’“instrument du néo-colonialisme”² – que des études. Certains des pays donateurs n'ont pas de visée stratégique directe, d'autres, au contraire, choisissent avec soin les domaines où s'appliquent leur générosité.

Côté occidental, l'Australie, le Canada, la Grande-Bretagne, Israël, les Pays-Bas, l'Allemagne de l'Ouest, financent des projets d'importance réduite. Le Japon

agriculture pour avoir une industrie mais se basant raisonnablement sur l'agriculture. Ne cherchez pas à faire de l'industrie lourde (...), pas de prestige, une industrie pratique qui profite au petit peuple”. Les coupures entre parenthèses sont faites par l'auteur cité. La coupure entre crochets est faite par moi.

¹ Rémy PRUD'HOMME, *L'économie du Cambodge*, Paris : PUF, 1969, pp. 230-231.

² *Ibid.*, p. 230.

offre, dès 1959, une aide en remerciement de la renonciation cambodgienne aux dommages de guerre (centre agricole, centre d'élevage et centre de santé rural). Comme la plupart des autres coopérations, elle se double de conditions intéressant également le donateur. Ainsi, la construction d'un pont sur le Tonlé Sap à Phnom Penh est confiée à une entreprise japonaise. Dans ce jeu de la générosité internationale, personne n'est vraiment dupe. Les spécialistes khmers travaillant sur le pont, plaisantent en se demandant qui, du Japon ou du Cambodge, aide l'autre¹.

La France demeure très engagée dans la coopération avec le Cambodge, pour lequel elle dégage un budget comparable à celui de la Chine Populaire. Outre une aide militaire d'environ un milliard de riels (soit vingt-huit millions de dollars au taux officiel²), l'aide économique, massive jusqu'en 1959, est ensuite remplacée par une assistance technique plus limitée³. Dans un premier temps, elle porte sur l'amélioration de grands ouvrages d'infrastructure (port de Sihanoukville, désenclavant le Cambodge en lui donnant un accès à la mer ; aéroport de Phnom Penh, centre hospitalier) qui, à l'exception des routes comme on l'a vu, avaient été quelque peu négligés sous le Protectorat. La formation constitue le second point fort des accords franco-cambodgiens (techniciens français⁴ concourant à divers projets de développement agricoles ou miniers ; expert-conseils dans les administrations ; octroi de bourses d'études en France⁵). Enfin, le nouveau concept de la francophonie, outil de propagation de la culture et de la langue françaises, commence à prendre forme. Deux cent quatre-vingts professeurs de français sont ainsi envoyés au Cambodge chaque année, tandis que sont poursuivis les travaux de recherche et de restauration à Angkor où les chercheurs français s'étaient distingués.

¹ Charles MEYER, *op. cit.*, p. 221.

² Le riel est resté très stable jusque dans les dernières années du Sangkum, en raison d'une politique monétaire rigoureuse. Au taux officiel, le franc français vaut dix riels et le dollar trente-cinq riels ; taux très inférieurs à ceux du marché noir et qui, en outre, n'établissent pas une parité correcte entre le franc et le dollar. Sur les marchés, ces taux sont en réalité variables par le recours aux taxes d'importation, de montants différents selon le pays exportateur.

³ Ministère des Affaires Etrangères (M.A.E.), Archives Diplomatiques, Série Cambodge-Laos-Viêt Nam, Sous-série Cambodge, "Extrait du rapport de l'Attaché Financier pour le Cambodge, le Laos, et le Viêt Nam", 4 nov. 1961, Carton 36.

⁴ Quatre-vingts experts en 1966.

⁵ Cent vingt bourses en 1966.

Les pays socialistes ne sont pas en reste. Outre l'action chinoise déjà évoquée, l'URSS, la Corée du Nord, la Pologne, l'Allemagne de l'Est, la Tchécoslovaquie, la Yougoslavie investissent au Cambodge. L'URSS s'illustre par la construction de grands établissements à l'architecture d'une austérité caractéristique (un grand hôpital à Phnom Penh, un Institut Technologique avec des enseignants soviétiques et du matériel pédagogique). Elle accompagne son action, comme la plupart des autres pays, de bourses d'études pour les étudiants cambodgiens et d'envoi d'experts au Cambodge. La Tchécoslovaquie et la Yougoslavie financent quant à elles la construction de quatre usines et d'un barrage hydro-électrique. Ces aides socialistes prennent la forme d'un emprunt à long terme et à faible taux d'intérêt, par l'inscription au compte *clearing* du pays donateur (accords d'exportation de produits cambodgiens vers le pays donateur).

Comme le note Rémy Prud'homme¹, le montant et l'impact des aides étrangères au Cambodge, durant la période sihanoukiste, est difficile à évaluer. En premier lieu, parce qu'elle prend des formes variées : dons (en argent ou en nature), prêts remboursables, ou encore personnel technique expatrié. Dans la mesure, par exemple, où l'aide fournie par les experts étrangers est comptabilisée d'après leurs salaires, une coopération comme celle des Etats-Unis est plus "chère" que l'aide soviétique, pour des résultats que l'on peut estimer identiques.

Il semble toutefois que les effets directs sur l'économie cambodgienne aient été faibles. En effet, elle a peu porté sur l'agriculture, principale ressource du pays. Et l'augmentation de la production agricole est imputable pour l'essentiel aux Cambodgiens eux-mêmes – par l'extension des surfaces cultivées plus que par l'amélioration des rendements, d'ailleurs. Les usines, aux coûts de production élevés, sont souvent restées déficitaires. Si les travaux d'infrastructure et les bourses d'enseignement ont été utiles sur le long terme, ils ont été sans retombées immédiates. D'autant que, concernant l'infrastructure, les coûts de fonctionnement sont souvent supportés par le Cambodge lui-même. Les fonds étrangers ont certes permis au Cambodge, pendant un temps, d'équilibrer son budget (un quart des recettes publiques en 1962-63) mais il est tout aussi vrai qu'ils ont servi à combler un déficit commercial

¹ Rémy PRUD'HOMME, *op. cit.*, pp. 237-239.

qu'ils avaient contribué à créer ; certaines des importations du Cambodge n'ayant été réalisées que parce qu'elles étaient financées par l'étranger.

A l'observation des aides étrangères, on conçoit donc que c'est moins en termes uniquement économiques qu'il convient d'analyser les rapports, instaurés à l'indépendance, entre étrangers et Cambodgiens, qu'en termes de définition d'un nouvel espace macrosocial de relations, sur le mode de la négociation. Du point de vue des donateurs, cet espace prend des formes assez nettement compétitives, chacun tentant d'évaluer l'impact stratégique des aides concurrentes sur les donataires, comme l'illustrent, parmi de nombreuses autres, les remarques suivantes d'un attaché financier de l'Ambassade de France au Cambodge en 1961¹.

Décrivant l'aide des Etats-Unis, il rapporte en substance que son montant est supérieur à tous les autres réunis. Elle s'exerce dans des domaines vastes et variés mais ne marque pas profondément le pays, dit-il, car les Khmers ont une estime modérée pour les Américains. “L'influence de l'aide des pays communistes est sensiblement différente. Bien que très largement inférieure à l'aide américaine, elle est plus profondément ressentie. Ses points d'application ont bien été choisis : construction d'un hôpital moderne, construction d'usines”. La contrepartie en est les exportations cambodgiennes à long terme, qui créent des liens commerciaux et économiques. Ces liens créent un “danger communiste” dont certains fonctionnaires cambodgiens sont conscients, conclut le compte rendu.

Dans la presse du Sangkum et les interventions publiques du chef de l'Etat, le discours est celui de la dénégation de l'importance de l'aide étrangère². La rupture avec les Etats-Unis, largement médiatisée, est l'occasion de rappeler les principes du neutralisme cambodgien et ce coup d'éclat, encouragé par tous les grands dirigeants “non-alignés” de l'époque, renforce l'image d'un pays, petit mais courageux, capable de dire “non” aux grands de ce monde. Dès lors, les thèmes d'un “Cambodge s'aidant lui-même” ; d'un “Cambodge qui n'est pas à vendre” sont à l'honneur et toute allusion à l'apport étranger est mal venue. Les donateurs, relayés par leur presse

¹ M.A.E., *op. cit.*

² La part de l'aide étrangère dans le budget national tend effectivement à se réduire. Elle représente 26 % des recettes publiques en 1962 et 1963 mais seulement 17 % en 1964. D'après Rémy PRUD'HOMME, *op. cit.*, p. 201.

nationale, tendent à contrer cette stratégie en critiquant “la neutralité [comme] une excellente recette pour obtenir des aides étrangères plus importantes”¹, s'attirant en retour les foudres de journalistes cambodgiens.

Le contexte global de négociation entre le Cambodge sihanoukiste et les pays étrangers, permettant au premier de rester neutre sur le plan diplomatique tout en attirant une aide financière extérieure multiple, neutralisée par une concurrence mutuelle des donateurs, est le cadre dans lequel il faut situer l'analyse de la nouvelle configuration générale du système de santé cambodgien.

II - LE SYSTÈME DE SANTE SANGKUMIEN : LE MODERNISME SOUS CONTRAINTE ETRANGERE

A - Les caractéristiques du nouveau champ médical

1 - La fin du monopole français

L'indépendance cambodgienne entraîne un changement de position général de la France vis-à-vis du royaume. Si les liens se trouvent distendus par la nouvelle situation, l'ancien protecteur conserve une place importante et bienvenue dans le domaine médical. Mais ces bons rapports diplomatiques se maintiennent au prix d'une restriction de l'action française. Dans le domaine sanitaire également, en effet, le Cambodge indépendant signe de nombreux accords avec les pays amis (voir annexe II, un exemple de cette diversité). La coopération bilatérale y présente les mêmes caractéristiques que dans les autres secteurs : diversité extrême de ses formes – suivant les ressources des donateurs et leur proximité diplomatique avec le Cambodge ; choix stratégique des domaines d'intervention, pour les plus “politiques” de ces aides ; idéologies gouvernant ces choix, enfin.

La Pologne offre par exemple un bloc opératoire coûteux à l'hôpital provincial de Kompong Cham. La Chine fait cadeau d'un lot d'équipements sanitaires et médicaux au nom personnel de Chou En Lai². Elle propose, de plus, en 1965 la

¹ M.A.E., *op. cit.*, Lettre de l'Ambassade de France au Ministre des Affaires Etrangères., 1er mai 1963.

² *Ibid*, lettre du 30 janvier 1963.

construction d'un institut de médecine destiné à former des praticiens sur le modèle de ses propres “médecins aux pieds nus”, pour le service des régions excentrées. Mais le Cambodge, investi dans la construction d'un vaste réseau hospitalier moderne, refuse cette proposition de seconde zone¹. Le Japon offre un centre de santé rural, etc.

Les Etats-Unis, cherchant à étendre le plus largement possible leur domaine d'influence, utilisent une petite partie de leur aide – “monstrueusement riche”, selon le terme d'un médecin cambodgien alors en exercice – dans les projets sanitaires les plus divers (creusement de puits dans les provinces, centre de traitement des maladies vénériennes à l'hôpital Preah Ket Mealea², campagne contre le pian). Ils livrent également du matériel (équipement d'hôpitaux provinciaux, médicaments, boîtes de premiers secours dans les villages, bloc opératoire, matériel de l'Ecole Royale de Médecine) et participent enfin à la construction de bâtiments (hôpital des Bonzes, école des sages-femmes et des infirmières)³.

Si l'ouverture du Cambodge à l'aide étrangère remet en cause le monopole français et encourage l'émulation internationale, des influences prépondérantes ne tardent pas à se manifester dans chacun des secteurs du système de santé – la santé publique et la prévention, la médecine hospitalière, les enseignements médicaux et paramédicaux.

2 - La nouvelle allocation des aides étrangères

a) L'investissement de l'O.M.S. dans la prévention

Après le coup de force japonais, un décret (*kret*, Rkitü) crée un ministère de la Santé, des Travaux Publics et des Communications. Cette singulière association

¹ Marie MARTIN, p. 81, citant KAO Kan, *Les relations sino-cambodgiennes (1963-1970)*, Thèse pour le doctorat de 3ème cycle, E.P.H.E., VIème section, Paris, 1973, p. 197.

² L'ancien Hôpital du Protectorat à Phnom Penh.

³ Michel NGUYEN VAN MINH, *Contribution à l'organisation sanitaire au Cambodge sur le double plan médical et médico-social*, Thèse pour le Doctorat en médecine, Fac. de Méd. et de Pharmacie de Saïgon, 1956, pp. 14-23.

restera une “coquille creuse”¹ après le retour des Français qui restent maîtres de la direction technique des services de santé. Les pouvoirs cambodgiens s'étoffent par la suite, à mesure que progressent les accords vers l'indépendance. L'année 1948 marque une brèche importante dans le Protectorat français car le ministère de la Santé acquiert à cette date la maîtrise du domaine de la santé publique².

Un an plus tard, une nouvelle série d'accords sur l'autonomie des Etats de l'Union Française permet l'adhésion de ces derniers à l'Organisation Mondiale de la Santé³, récemment créée. Désormais, l'O.M.S. et ses filiales (principalement l'U.N.I.C.E.F.) seront les premières interlocutrices et les principales pourvoyeuses de fonds du Cambodge pour les activités de santé publique. Il convient de noter que les Etats-Unis collaborent en sous-main à ces programmes dans la mesure où ils sont alimentés par les fonds de contre-partie de l'Aide économique américaine⁴.

Il ne semble pas que la perte ait été ressentie comme bien lourde par le gouvernement français qui, à partir de ce moment, redéfinit sa stratégie médicale.

b) La médecine, vitrine du savoir-faire français

Du point de vue français, en effet, la médecine et les découvertes scientifiques qui lui sont liées restent le meilleur garant de la bonne image du pays à l'extérieur. Alors que s'annonce la défaite de juin 1940 et que le prestige de la France coloniale s'en ressent, c'est à la médecine qu'elle confie le rôle de le restaurer⁵. Une exposition médicale itinérante est lancée en Asie. Quittant le Palais de la Découverte en avril, elle est présentée dans cinq villes du Japon, transite par Shangai à la mi-juin 1941 pour rejoindre Saïgon, Hué et Hanoi, à la fin de l'année. Panneaux, livres, films et appareils, exposés à l'attention du grand public, rappellent ce que les sciences

¹ Kadeva HAN, *Réflexions sur l'organisation actuelle du ministère de la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1974-1975, 120 p.

² Décret du 24 juin 1948.

³ M.A.E., Série Asie-Océanie, Sous-Série Indochine, *Rapport du Haut Commissaire de France en Indochine sur la situation des Etats associés au regard des charges et obligations sanitaires*, 1949 (Titre VI “résumés et conclusion”, p. 30), Dossier 408.

⁴ Selon Michel NGUYEN VAN MINH, *op. cit.*, pp. 19-21.

⁵ B. NOYER, “Pourquoi une Exposition Médicale Française?”, *Le Soir d'Asie*, numéro spécial “Quelques aspects de l'effort médical français en Indochine”, n°89, 4 oct. 1941.

biologiques et médicales doivent aux chercheurs français¹. Plus encore, ils entendent rappeler qu'au-delà des découvertes, ce sont “des méthodes, une pensée” que le monde leur emprunte.

Ces préoccupations générales, liées à des considérations plus directement conjoncturelles, vont orienter la politique médicale de la France au Cambodge vers la construction d'un établissement de luxe, l'hôpital Calmette. La référence au célèbre pasteurien est directement “indochinoise” puisqu'il est le fondateur de l'Institut Pasteur de Saïgon en 1891, dont une annexe fonctionne près de Phnom Penh jusqu'à l'indépendance, avant de devenir l'Institut Pasteur du Cambodge. Cet hôpital doit être le fleuron des établissements du royaume et permettre simultanément de former à la pratique clinique les étudiants de l'Ecole Royale de médecine toute proche. Des personnages comme le Dr Riche accompagnent la transition vers l'indépendance. Ayant résidé de nombreuses années au Cambodge, il est le médecin de la famille royale et perpétue ainsi la tradition déjà ancienne du médecin colonial ayant su gagner la confiance des monarques cambodgiens.

La France n'est sérieusement concurrencée dans ce domaine que par l'Union Soviétique qui construit au début des années 1960, un Hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique. Ce vaste ensemble de cinq cents lits coûte à la construction quelque quarante millions de nouveaux francs² et doit son prestige aux opérations chirurgicales (cœur, goître) réalisées pour la première fois au Cambodge. Le cadeau est un peu empoisonné toutefois car les frais de fonctionnement sont à la charge du Cambodge, même si, dans un premier temps, une fourniture gratuite de médicaments et des missions d'experts soviétiques sont prévues. Cette aide onéreuse servira de leçon aux autorités cambodgiennes au moment des pourparlers concernant l'hôpital Calmette.

L'administration de l'ensemble des aides est peu à peu intégrée comme activité à part entière au sein du ministère de la Santé. Elle relève, à partir de 1960, d'un bureau de la comptabilité qui compte trois sections : les sections “aides étrangères”, “budget national” et “constructions-équipement”. L'évolution est significative. En 1951

¹ *Exposition médicale française en Indochine*, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, 1941.

² M.A.E., Série Cambodge-Laos-Viêt Nam, Sous-série Cambodge, Lettre de l'Ambassade au Ministre des A.E., 18 oct. 1962. Carton 36.

en effet, c'était un *bureau technique* qui, au sein du même ministère, était en charge des relations avec l'étranger. Celles-ci étaient alors administrées par deux secrétariats, l'un chargé des "relations avec l'OMS" et l'autre des "rapports, statistiques, relations avec les autres pays"¹. L'Etat cambodgien se retrouve ainsi gestionnaire d'une aide étrangère qu'il va tenter d'orienter en fonction de ses propres objectifs, dans la limite imposée par les conditions mêmes de l'octroi de cette aide. Dans cette optique, nous analyserons successivement les domaines du réseau hospitalier provincial, de la médecine curative de pointe, de la formation et de la prévention.

B - Des réalisations sanitaires considérables mais fragiles

1- La mise en scène de la providence monarchique : la construction hospitalière

Les dix premières années du Sangkum – années de relative prospérité – voient la réalisation de travaux sanitaires considérables. Dans l'enthousiasme de l'indépendance, ravivé sans cesse par les apparitions publiques du pétulant "Monseigneur Papa"² (*Samdech Euo*, សម្តេច), les constructions se multiplient (tableau IV).

Tableau IV - Structure des dépenses d'équipement (en %)

Secteur	1962	1963	1964
Bâtiment	27	27	45
Travaux publics	47	55	42
Machines, outillage	25	17	10
Etudes, recherches	1	1	3
Total	100	100	100

D'ap. Rémy PRUD'HOMME, *op. cit.*, p. 198.

¹ Décrets du 6 juin 1951 et du 8 novembre 1960 réorganisant le ministère de la Santé.

² Surnom du prince Sihanouk, père de la Nation et de tous les Cambodgiens.

Les travaux réalisés commencent dans la capitale avec, en particulier, la rénovation et l'agrandissement de l'ancien Hôpital Mixte du Protectorat devenu, en 1945, l'hôpital Preah Ket Mealea – du nom du roi légendaire pour qui le Dieu Indra aurait fait construire Angkor. Conformément à la politique sangkumienne en faveur du petit peuple, ce sont ensuite les centres provinciaux qui sont équipés en hôpitaux et dispensaires, selon des priorités courant le long de la pyramide administrative (chefs-lieux de province, districts, communes). Si l'on s'en tient aux chiffres, l'évolution est éloquente (tableau V, page suivante). Un effort budgétaire accompagne ces réalisations, avec 5 % à 6 % des finances publiques consacrés à la santé.

Tableau V - Nombre d'établissements sanitaires sous le Sangkum

	1955 (1)	1965 (2)	1967 (1)	1969 (3)
Hôpitaux et centres de santé (district ¹)	16	42	44	69
Infirmières (communes) et dispensaires	103	398	408	587
Postes d'accoucheuses rurales	60	518	644	
Pharmacies et dépôts	24		300	
Lits d'hôpital	2 445	4 650	6 058	7 437

(1) D'ap. UNG Teng, *Place des problèmes de nutrition dans la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1967-1968, p. 49.

(2) D'ap. Marie Alexandrine MARTIN, *op. cit.*, n. 17, p. 288.

(3) D'ap. CHUON Sotha, *Alimentation des femmes enceintes et allaitantes en République Khmère*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1973-1974, p. 49.

¹ Les circonscriptions administratives sont les suivantes (chiffres de 1972) : 19 provinces, 119 districts (*srok*), 1 120 communes (*khum*), villages.

Il existe néanmoins des ombres au tableau. Cette politique volontariste menée tambour battant crée un réseau hospitalier fragile qui dispose parfois de moyens de fonctionnement insuffisants. Des observateurs de l'époque décrivent des scènes d'inauguration de bâtiments où, une fois les discours achevés, les fleurs fanées et les applaudissements éteints, l'infirmier de commune ou le dispensaire de district végète sans médicaments ni matériel, quand ce n'est pas sans personnel.

Cette œuvre d'apparat a souvent été critiquée, surtout lorsque le Cambodge, après 1963-1964, connaît des difficultés financières sans pour autant renoncer à des réalisations de prestige (décidées par le prince lui-même) comme le stade olympique de Phnom Penh qui accueillera, en 1966, la foule venue acclamer le Général de Gaulle. Ces réalisations contribuent pourtant, sur le plan symbolique, à la mise en scène de la version cambodgienne de l'Etat-providence ; providence incarnée par le prince qui pourvoit aux besoins de son peuple comme le grand roi bouddhiste (mahayaniste) Jayavarman VII du XII-XIIIe siècle dont l'éloge proclame que “le mal qui afflige le corps des hommes devenait chez lui mal de l'âme et d'autant plus cuisant”¹.

L'œuvre hospitalière de Jayavarman VII est connue par des stèles, traduites et publiées par des épigraphistes français de l'Ecole Française d'Extrême-Orient dès le début du XXe siècle², ainsi que par des vestiges archéologiques. La geste médicale de la royauté khmère entre ainsi dans le mouvement général de l'histoire officielle cambodgienne, composée par les chercheurs français, puis reprise à leur compte par les Cambodgiens. Succédant à la grandeur de la civilisation angkoriennne, le mouvement est celui de la décadence et de l'entrée dans “la nuit où la première lueur apparaîtra avec l'occupation française”³. Réalisations de prestige d'une part, dispensaires ruraux pour le “petit peuple” d'autre part, c'est dans cette vision de la décadence et de la

¹ Stance XIII de la stèle de Say Fong (inscription de fondation d'un hôpital), in Louis FINOT, “Notes et mélanges. Les doublets de la stèle de Say-Fong (Lettre de M. A. Barth)”, *Bulletin de l'Ecole Française d'Extr.-Orient*, 1903, III, p. 462.

² Louis FINOT (dès 1903), George COEDES (dès 1906) puis Claude JACQUES (1968) entreprennent des recherches à ce sujet.

³ Bernard MENAUT, *Matière médicale cambodgienne*, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, 1930, p. 11.

résurrection khmères qu'il faut insérer la politique générale du Sangkum et en particulier ses directives de construction hospitalière¹.

Pourtant, après 1963-1964, les contraintes financières deviennent de plus en plus pressantes et les dons privés sont volontiers sollicités, au point qu'ils représentent "une bonne partie"² du budget consacré aux constructions. Le prince Sihanouk invite par ailleurs les administrations à réduire leurs dépenses de fonctionnement, en pointant les dépassements budgétaires "difficilement justifiables" (le ministère de la Santé fait partie des départements épinglés)³. Il en appelle à "la conscience professionnelle et au patriotisme de tous" pour redresser une situation budgétaire précaire.

C'est également un souci de prestige qui est à l'origine de la construction de l'hôpital Calmette par la France. Cet hôpital restera un établissement de référence où nombre de jeunes médecins cambodgiens souhaitent exercer. Sa construction a cependant été l'occasion de longs pourparlers qu'il est intéressant de décrire car ils illustrent bien le processus de décolonisation vu au prisme de la santé et met à jour les conceptions de la coopération médicale qui prévalent alors.

¹ C'est bien de construction hospitalière qu'il s'agit. On remarque en effet que les médecins cambodgiens n'ont jamais construit de discours collectif dans lequel ils revendiqueraient l'héritage de la médecine traditionnelle savante, en usage dans la prestigieuse Angkor.

² UNG Teng, *Place des problèmes de nutrition dans la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1967-1968, p. 46.

³ M.A.E., Série Cambodge-Laos-Viêt Nam, Sous-série Cambodge, Message de l'Ambassade de France au Ministre des A.E. Couve de Murville, 19 juill. 1962, Carton 36. Ce message nuance fortement la version selon laquelle le Cambodge entre dans la crise économique *après* la rupture de 1963 avec les Etats-Unis, et qui affirme d'autre part que le prince, bercé par les rapports enthousiastes que lui font ses administrateurs, ne l'a pas vue venir.

2 - L'hôpital Calmette de Phnom Penh : une médecine française pour un établissement cambodgien ?

a) Objectifs français, objectifs cambodgiens

Dans l'esprit de ses concepteurs, l'hôpital doit remplir plusieurs fonctions. Outre les considérations générales de politique étrangère évoquées, il a pour rôle premier d'accueillir les ressortissants français et, en particulier, les deux mille fonctionnaires en poste au Cambodge, ainsi que leurs familles. En second lieu, des préoccupations financières font pencher les réflexions vers une solution "mixte" : Calmette doit faire office de clinique privée – aux tarifs suffisamment élevés pour autoriser un auto-financement à moyen terme – soignant la clientèle locale, tout en étant un établissement public français. Les quelques médecins libéraux français encore en activité à Phnom Penh sont pour quelque chose, semble-t-il, dans cette seconde disposition. Organisés en groupe de pression, ils font savoir qu'ils espèrent bénéficier des services du futur hôpital et y faire admettre leurs patients. L'opération ainsi pensée fait une place minime, on le voit, aux praticiens cambodgiens.

Elle est mal ressentie par ces derniers qui parlent volontiers en privé "d'Etat dans l'Etat". Certains se disent choqués par le caractère réservé de cette clinique de luxe, inaccessible à la grande majorité des patients cambodgiens, quand la politique officielle du Sangkum est celle de la gratuité des soins¹. Mais cette opinion s'exprime en sourdine et ne s'accompagne d'aucun mouvement collectif de leur part. C'est l'administration royale qui se charge de rechercher les points d'ancrage pour la construction de l'autonomie de la profession médicale cambodgienne alors balbutiante. Elle n'entend pas rester à l'écart de la médecine de pointe où la France tend à reconstituer un monopole. C'est à propos du statut juridique de l'établissement que vont, tout d'abord, s'exprimer ces oppositions discrètes.

b) Scène I. Le statut juridique de Calmette

En janvier 1959, le Gouvernement Royal autorise l'ouverture de Calmette malgré l'absence de statut clairement défini. Le Conseil d'Etat français a refusé

¹ Entretiens personnels avec des médecins qui exerçaient alors.

l'appellation de “fondation d'utilité publique”, qui masquerait le caractère public des fonds investis dans la construction ; d'autant que les prévisions budgétaires sont régulièrement dépassées et que l'effort financier consenti est de plus en plus lourd. En janvier 1960, pour “éviter de froisser les susceptibilités cambodgiennes”¹, un accord provisoire est réalisé autour d'un “Centre Médico-Chirurgical Calmette”, sans que le problème de fond soit pour autant résolu. Les pressions cambodgiennes se font dès lors plus précises : les services fiscaux royaux assimilent l'hôpital à une entreprise privée et l'assujettissent à l'impôt, tout en admettant la possibilité d'arrangements financiers si la France accepte la cession de la propriété au bout d'une dizaine d'années, temps nécessaire à la formation des cadres cambodgiens devant remplacer les coopérants français.

Les représentants de la France temporisent. Diverses maladroites diplomatiques montrent que l'invention d'un nouveau mode de dialogue entre anciens protecteurs et protégés en est à ses prémises. Les Cambodgiens apprécient modérément, par exemple, que leurs compatriotes devant siéger au Conseil d'Administration de Calmette soient nommés par le ministère des Affaires Etrangères français. Les textes sont modifiés en conséquence mais la tension persiste en sourdine, sous la courtoisie d'usage. Elle se transforme en franche polémique – procédé pourtant inhabituel à l'égard des étrangers – lorsqu'il est question de remplacer les médecins civils français en poste à Calmette par des médecins militaires.

c) Scène II. La venue de médecins militaires français

Les opinions françaises, au quai d'Orsay comme à Phnom Penh, sont profondément divisées sur ce sujet car elles expriment des différences idéologiques plus générales, liées aux méthodes de ce que l'on pourrait appeler la *décolonisation médicale de l'Indochine*. C'est encore le Viêt Nam, par l'entremise de l'hôpital Grall de Saigon, qui sert de modèle aux réflexions concernant Calmette. Après les pourparlers de Genève (1954), le gouvernement pro-américain de Ngo Dinh Diem au Sud-Viêt Nam a en effet

¹ Sauf indications contraires, les expressions entre guillemets sont reprises de M.A.E., Série Cambodge-Laos-Viêt Nam, Sous-Série Cambodge, “Calmette”, Dossier 32.

“vietnamisé”¹ cet établissement, aux termes d’“accords très peu francophiles”². A cette occasion se sont déjà opposés les partisans et les détracteurs d’une cession totale des propriétés médicales françaises, où la présence technique ne serait plus assurée que par des experts en mission brève.

Les tensions se répercutent chez les expatriés au Cambodge, où elles trouvent à s’exprimer à travers des antagonismes de corps (médecins civils et militaires, enseignants et militaires), dont certains étaient déjà perceptibles sous le Protectorat, parfois ravivées par des conflits d’intérêts ou des rivalités plus personnels. Ce climat troublé n’est favorable ni à une activité hospitalière sereine, ni à l’image extérieure de l’hôpital Calmette. C’est dans ce contexte qu’est envisagée une “solution militaire” prévoyant l’envoi d’une équipe médicale “homogène”.

Les autorités cambodgiennes observent la situation et en tirent matière à réorienter les négociations. Le pavé dans la mare est lancé par un article paru le 7 août 1961 dans *La Dépêche du Cambodge*, journal dirigé par un homme de gauche, alors conseiller du prince³. Sous le titre “Une méthode d’un autre temps”, il s’oppose à la venue de médecins militaires, en insistant sur le caractère unilatéral des décisions prises par le quai d’Orsay, au sujet d’une affaire qui implique la souveraineté du Cambodge. L’article met également en avant le fait que les sommes investies à Calmette sont distraites du budget de l’Aide Technique Française, entendant par là qu’elles sont censées faire l’objet d’un accord bi-partite. Il termine sur une mise en garde contre la possible récupération de l’affaire par le Parti Communiste cambodgien (le *Pracheachun*, alors balbutiant) “si une formation militaire étrangère parvenait à s’imposer sur [le] territoire [national]”.

¹ Néologisme emprunté au dossier Calmette, M.A.E., qui parle de “vietnamisation”.

² Selon les termes d’un médecin militaire français ayant exercé des responsabilités dans les deux établissements saïgonnais et phnompenhois.

³ Cette époque est celle d’une ouverture politique du Sangkum. Le prince Sihanouk appelle de jeunes intellectuels de gauche à former son “contre-gouvernement”, afin de contrebalancer une Assemblée Nationale très à droite. So Nem, l’auteur de l’article, est de ceux-là. De formation juridique, il sera ministre de la Santé Publique pour une brève période en 1967, avant d’être accusé, avec d’autres (tels les futurs responsables khmers rouges Khieu Samphan, Hou Youn ou Hu Nim) d’avoir fomenté la révolte paysanne de Samlaut, en Battambang. Il prendra alors le maquis.

La crise qui s'annonce est sérieuse sans être dépourvue d'une certaine théâtralité¹. Elle est surtout révélatrice des formes de la négociation, de la façon dont les autorités cambodgiennes expriment leurs divergences concernant Calmette, sans remettre fondamentalement en cause la présence médicale de la France – ni, d'ailleurs, ses conseillers militaires, généralement bien accueillis. Une commission mixte est instaurée pour étudier à nouveau le statut juridique de l'établissement. Malgré l'avertissement précédent, les conseillers français envoyés en mission d'évaluation craignent les “risques de la khmérisation”² de Calmette, à laquelle ils ne sont pas favorables à court terme. Il est intéressant de comprendre ce que peut signifier ainsi la “khmérisation” d'un hôpital français.

d) Les “risques de la khmérisation” : l'idéologie de la compétence

La préservation de la “qualité des soins”, de la “qualité médicale”, de la “qualité du personnel”, de la “valeur scientifique” de l'établissement sont les raisons qui reviennent le plus souvent, concernant la défense du contrôle français de Calmette. Ces arguments *in fine* sont censés posséder un pouvoir évocateur suffisamment fort pour se suffire à eux-mêmes car ils font partie, de fait, du discours historiquement construit de la profession médicale occidentale. Dans ce contexte, ils ont en réalité des contenus sémantiques de différents ordres.

La réalité des rapports sociaux entre médecins français, médecins cambodgiens et malades en font partie. Dans cette relation triangulaire, les médecins et infirmiers cambodgiens ont la place la moins favorable : techniciens français peu désireux de travailler sous les ordres d'un confrère cambodgien ; embauche d'infirmiers cambodgiens nuisible au “standing” de l'établissement ; patients cambodgiens – qui

¹ Les circonstances réelles du déclenchement de la polémique restent obscures. Selon un médecin militaire français, le prince aurait ensuite publiquement désavoué les auteurs de l'article, qui auraient agi pour leur propre compte. Dans le même sens, d'autres sources ajoutent que les autorités cambodgiennes ont dû réagir, par peur de voir le prince accusé par la gauche de se soumettre aux Français. Pour d'autres cependant, il est peu probable, dans le contexte politique de l'époque, qu'un tel article ait pu être écrit de façon totalement indépendante.

² Cette expression, employée dans un rapport, s'applique au “risque de la khmérisation” de l'enseignement médical. Nous la reprenons pour deux raisons concernant l'hôpital Calmette. La première est que la question de la formation est directement liée à celle du statut de l'hôpital (censé devenir un centre hospitalo-universitaire). La seconde est que, frappée de cette expression, nous avons relu l'ensemble du dossier à travers la nouvelle grille des “risques” encourus par les protagonistes français.

paient des honoraires suffisamment élevés pour que leurs voix soient entendues – peu désireux d'être soignés par un médecin cambodgien, tels sont les “risques” engendrés par la “khmérisation” de l'hôpital. D'autres arguments se réfèrent directement à l'organisation sociale hospitalière (gestion peu scrupuleuse des fonds et du matériel, utilisation de relations personnelles dans l'établissement pour bénéficier de soins gratuits).

Dans tous les cas, l'invocation du caractère très particulier de la pratique médicale donne un poids supplémentaire à l'exposé des “risques” ainsi encourus. Directement responsable de son patient, le médecin français ne peut en aucun cas exercer dans un environnement hospitalier qui ne lui convient pas. Cet argument disparaîtra quelque vingt années plus tard, avec l'affermissement de la souveraineté nationale du Cambodge et la modification des conditions de la présence médicale étrangère.

Des multiples péripéties qui émaillent encore le volumineux dossier des pourparlers, il ressort que Calmette deviendra “une propriété cambodgienne confiée à la France”, selon les termes élégants d'un médecin cambodgien qui participa à la commission mixte de négociations. Victoire toute symbolique car la direction, ainsi que la majorité du personnel médical resteront françaises jusqu'à l'arrivée des Khmers Rouges. L'argument financier a pesé lourd, la France acceptant de subvenir aux frais de l'établissement à condition qu'elle en conserve le contrôle. Or, le gouvernement cambodgien, qui vient de se voir céder la propriété de l'énorme Hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique aux frais de fonctionnement élevés, ne souhaite pas recommencer une telle expérience¹.

De cette tentative cambodgienne, qui se termine en semi-échec, pour prendre le contrôle d'un des symboles de la médecine curative de pointe, on observe qu'elle a été menée au plus haut niveau des autorités cambodgiennes et que les médecins cambodgiens ne s'y sont guère manifestés collectivement, même si les relais officieux, par l'intermédiaire des liens de parenté notamment, ont évité qu'ils soient totalement

¹ Cet hôpital a servi d'exemple-repoussoir dans les arguments français contre la “khmérisation”. Son délabrement rapide a été le résultat d'une mauvaise gestion, disaient-ils, tandis que les médecins cambodgiens interviewés évoquent le cadeau empoisonné ainsi fait par les Soviétiques qui laissaient à la charge des finances publiques cambodgiennes un grand bâtiment.

coupés des négociations. Le débat et les pressions, du côté cambodgien sont restés pour l'essentiel centrés sur la question de la souveraineté nationale. Conscients du caractère balbutiant de la profession médicale cambodgienne, les dirigeants obtiennent des concessions françaises liées à la formation.

L'aide technique française débloque des fonds pour la construction d'un pavillon de malades indigents qui accepteraient, en échange de la gratuité des soins, de se prêter aux observations des étudiants dans le cadre de leur apprentissage pratique. En réalité, l'hôpital Preh Ket Mealea (ancien Hôpital du Protectorat) restera le principal hôpital d'application, Calmette ne recevant que "10 %" ¹ des effectifs étudiants. La seconde concession française est la promesse de hâter le processus de "khmérisation" de l'enseignement médical, en ouvrant le concours français d'agrégation à quelques médecins cambodgiens ².

Dans sa quête d'une indépendance médicale, plus longue à venir que son indépendance politique comme on le voit ³, le Cambodge souhaite en effet hâter le processus de formation d'une élite médicale et rompre avec la tradition des médecins indochinois, simples auxiliaires des docteurs étrangers et à la compétence surtout pratique.

3 - Les Cambodgiens veulent des docteurs

a) Le développement de l'enseignement

En amont de la formation médicale, le Sangkum élabore des projets vastes et ambitieux d'alphabétisation et d'enseignement, comme cette campagne de masse, en 1964, qui s'adresse à plus d'un million d'adultes illettrés ⁴. Le nombre d'écoles

¹ Estimation d'un médecin cambodgien, alors enseignant à la Faculté de Médecine.

² Trois médecins passent le concours d'agrégation à Paris en 1964 et huit autres en 1967. Parmi ces onze agrégés de médecine, trois sont militaires et huit autres relèvent directement du ministère de la Santé (entretien avec un agrégé cambodgien de l'époque).

³ Les médecins égyptiens sont dans une position radicalement différente. La formation du corps médical égyptien s'appuie sur le processus de décolonisation pour construire son identité professionnelle. Voir Sylvia CHIFFOLEAU, *Médecines et médecins en Egypte. Construction d'une identité professionnelle et projet de médicalisation*, Thèse pour le Doctorat de sociologie, Paris, E.H.E.S.S., 1994.

⁴ Soit environ un tiers des hommes et 80 % des femmes (d'après Charles MEYER, *op. cit.*, p. 162).

primaires est multiplié par deux en quinze ans, passant de 2 500 en 1953 à 5 330 en 1969. De la même façon, l'on compte, en 1969, cent trente-neuf collèges et lycées, là où le Protectorat n'avait légué que quelques établissements.

L'enseignement supérieur, enfin, est l'objet de la même fièvre de développement, dont des observateurs étrangers et cambodgiens ont souvent souligné le caractère excessif et parfois mal adapté. Ainsi, à côté de deux établissements majeurs, l'Université Royale Khmère et l'Université Bouddhique, constitués en 1960 dans la capitale, le prince Sihanouk lance en 1964 la construction de neuf universités et trente-deux facultés. Certaines d'entre elles répondent à un souci de décentralisation, comme les facultés de médecine, d'océanographie et d'électricité de Takeo-Kampot, dont la centaine d'étudiants est installée en rase campagne. Mais cette "inflation", selon les termes d'un observateur cambodgien¹ qui ne publie ses critiques qu'après la chute du régime, disperse les enseignants et alourdit les coûts de fonctionnement.

b) Diversité des formations et éclatement du corps médical

Le développement des enseignements médicaux et para-médicaux obéissent aux mêmes directives d'une politique volontariste liant modernisme et œuvres prestigieuses. Dans cette optique, les autorités cambodgiennes souhaitent former une élite médicale capable de prendre en main le plus rapidement possible les structures de soin de pointe, ainsi que l'enseignement médical. Mais par ailleurs, la multiplication exponentielle des structures de santé provinciales nécessite la formation rapide d'un personnel médical. Ces objectifs parfois difficiles à concilier sous-tendent les négociations avec la France.

A la fin des années 1930 déjà et pour les raisons évoquées dans le chapitre précédent, il devenait presque impossible de recruter des étudiants cambodgiens pour qu'ils étudient la médecine. Une conférence des directeurs locaux de la santé, réunie en 1937 à Hanoi, proposa de revoir les modalités de formation en revenant tout bonnement à la formule des médecins indochinois, sous le titre

¹ PHUNG TON, "L'éducation nationale sous l'ancien régime", *Cambodge nouveau*, juin 1970, 2. Cité par Charles MEYER, *op. cit.*, p. 163.

d'“infirmiers supérieurs” ou d'“assistants d'hygiène”¹. La formule verra le jour en 1946 avec la création d'une Ecole d'Officiers de Santé à Phnom Penh. Les circonstances politico-militaires sont directement à l'origine de cette création. Le début de la décentralisation de l'administration indochinoise nécessite l'ouverture d'un établissement autonome dans chacune des capitales. De plus, les difficultés de communication avec Hanoi ont obligé à reporter une partie des enseignements médicaux à Saïgon, où quelques Cambodgiens soutiennent leurs thèses de doctorat.

Dès l'indépendance, les autorités cambodgiennes négocient la possibilité d'ériger l'établissement en Ecole Royale de Médecine, sous le patronage scientifique de la Faculté de Médecine de Paris. En 1955, à côté de la section des officiers de santé, s'ouvre alors une section de préparation au doctorat qui doit conduire les étudiants, après trois ans d'étude, à Paris. Les Français ne souhaitent pas hâter le processus de transformation de l'Ecole en Faculté, bien que les Cambodgiens aient conçu le corps des officiers de santé comme provisoire, censé disparaître rapidement avec la mise en place du doctorat. De ce fait et dès le début, des voies d'accès au doctorat à partir de l'officiat sont préservées. Vers le milieu des années 1960 – c'est-à-dire peu de temps avant la chute du régime – il sera enfin possible de suivre l'ensemble du cursus universitaire à Phnom Penh et les cours pour officiers de santé seront fermés. Ces nouveaux docteurs sortent de la Faculté de Phnom Penh au rythme d'une vingtaine par an².

On n'assiste pourtant ni à une homogénéisation du corps médical, ni à la formation d'une élite professionnelle au sein de ce corps. En effet, la multiplication des établissements sanitaires en province et les programmes de prévention sous l'égide de l'O.M.S. demandent du personnel. Des “agents sanitaires” sont alors formés pour répondre à ce dernier besoin, ajoutant un groupe professionnel subalterne après les

¹ Institut de Médecine Tropicale du Service des Armées, Pharo, Marseille, Protectorat du Cambodge, Dir. Locale de la Santé, *Rapport sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux du Cambodge*, 1938, Carton 186.

² Entretien avec un médecin cambodgien de l'époque ayant exercé des responsabilités au ministère de la Santé.

docteurs et les officiers de santé, d'une part¹ et les infirmiers d'autre part. C'est donc “vers le bas” et non “vers le haut” que s'étire le continuum des formations médicales.

S'agissant en effet des concours d'agrégation ou d'internat auxquels certains responsables médicaux cambodgiens sont favorables et d'autres hostiles, aucune formation de ce type ne sera vraiment organisée sous le Sangkum et l'enseignement à la Faculté de Médecine reste largement assuré par des Français, dont la plupart exercent à l'hôpital Calmette. Cet éclatement du corps médical est encore accentué par les niveaux différents de recrutement et d'enseignement des dizaines de médecins, diplômés des universités soviétiques et américaines².

L'avenir professionnel des Cambodgiens sortis de l'Université soviétique Patrice Lumumba a ainsi fait l'objet d'une âpre discussion entre le ministère de l'Education Nationale qui, responsable de l'enseignement médical, avait pris l'initiative de l'envoi des étudiants, et le ministère de la Santé Publique. Ce dernier, irrité par l'absence de concertation, avait alors opposé une fin de non-recevoir à la demande d'intégration de ces jeunes diplômés au service public de santé, arguant que les conditions d'études à Patrice Lumumba (première partie du baccalauréat suivie de cinq années d'enseignement) étaient incompatibles avec le doctorat cambodgien demandant des titulaires de la seconde partie du baccalauréat et justifiant de sept ans d'études³.

A côté de la médecine curative de pointe, la formation médicale – second espace de négociation entre les représentants de la France et les autorités cambodgiennes – voit se recréer une prédominance française. La “khmérisation” totale de l'enseignement médical, tant du point de vue de la langue véhiculaire que du personnel enseignant, restera un vœu pieux sous le Sangkum. Dans le système de santé cambodgien, le dernier domaine où se manifeste une présence étrangère est celui de la prévention, investi par l'O.M.S.

¹ Dans les statistiques officielles, docteurs et officiers de santé sont regroupés en une seule catégorie, celle des médecins. De fait, leurs fonctions sont souvent identiques, les docteurs étant davantage destinés aux services les plus importants, c'est-à-dire ceux de la capitale.

² “Plusieurs centaines” de Cambodgiens ont fait leurs études de médecine en U.R.S.S. et trente ou quarante aux Etats-Unis, d'après les estimations avancées par un médecin libéral cambodgien de cette époque.

³ Kadeva HAN , *op. cit.*, p. 43.

4 - La prévention, sous l'égide des organisations internationales

En effet, le dispositif préventif peut également être analysé comme le résultat d'une négociation entre les autorités cambodgiennes et l'O.M.S. (ainsi que les organisations qui en émanent – principalement l'U.N.I.C.E.F.). Dès avant l'indépendance, cette organisation internationale est en effet devenue la principale interlocutrice et la principale pourvoyeuse de fonds du Cambodge en matière de médecine préventive¹. Les priorités définies par la première assemblée mondiale de l'O.M.S. à Genève en 1948² reflètent directement les propositions d'aide faites au Cambodge. Toutefois, seules la lutte contre le paludisme et, de façon moins importante, contre la tuberculose feront l'objet des programmes de quelque envergure. Ces actions de prévention entrent, d'une manière générale, dans la ligne idéologique du Sangkum. Après 1964, alors que celui-ci opère un virage à gauche et met l'accent sur le bien-être du “petit peuple”, le ministère de la Santé devient ministère de la Santé Publique³.

A côté de ces préoccupations générales, la lutte contre le paludisme prend un intérêt politique particulier. Ce n'est pas un problème réellement préoccupant dans la plaine centrale qui constitue le “Cambodge utile” et peuplé. Toutefois, la colonisation des terres vierges, à la périphérie du royaume, entre dans le dispositif gouvernemental de mise en valeur agricole et, de façon plus stratégique, de défense des frontières. De plus, la création de ces fronts pionniers doit constituer un remède à la pauvreté et au chômage urbain. Villageois pauvres, hommes de troupe démobilisés et jeunes chômeurs citadins sont invités, contre un petit capital offert par l'Etat, à s'installer en Battambang, Stung Treng, Rattanakiri, Mondulkiri ou Kratié pour défricher des lopins mis à leur disposition. Or, ces zones forestières sont fortement impaludées. En

¹ Le Cambodge participe en observateur aux assemblées de la Section Pacifique Occidentale auquel il est rattaché et ne devient membre à part entière qu'après l'indépendance. La Section Asie du Sud-Est existe mais elle est composée uniquement de pays anglophones, si bien que le Cambodge, tout comme le Viêt Nam et le Laos, s'insèrent dans une autre section, apparemment plus politique que géographique.

² Les six programmes prioritaires sont la lutte contre la tuberculose, le paludisme et les maladies vénériennes ainsi que la protection de la santé des mères et des enfants, l'amélioration de la nutrition et de l'hygiène du milieu.

³ Entretien avec un ministre de la santé cambodgien pendant cette période.

1969, 2 500 000 personnes sont considérées comme vivant dans des zones de forte ou moyenne endémie palustre¹.

Signe de son importance, le Service National de lutte contre le paludisme, créé en 1951, accède dix ans plus tard au rang de Direction de l'Eradication du Paludisme au ministère de la Santé. Les actions entreprises avec l'aide d'experts de l'O.M.S. sont diverses et sérieusement menées. Vers 1969, 600 000 dollars sont prévus au budget et deux cent quatre-vingt-cinq Cambodgiens – dont deux cent quatre techniciens – sont employés dans ces campagnes. L'équipement fourni est également important, si on le compare aux faibles moyens mis à la disposition d'autres départements².

Des expérimentations sont faites dans des zones méso-endémiques pour mesurer l'effet des épandages d'insecticide D.D.T. Les résultats médiocres dans les régions forestières suscitent des études sur les espèces de plasmodium³ présents ainsi que sur la répartition géographique de l'endémie. Elles sont complétées par des recherches entomologiques à Kratié, dans une zone fortement impaludée. Des mesures de lutte suivent au cours de deux campagnes (1960 et 1965-1968), associant D.D.T. et distribution de sel alimentaire médicamenteux. Des résultats parfois spectaculaires sont obtenus dans certaines régions mais les acquis restent fragiles pour de multiples raisons. La dispersion de l'habitat et l'absence de voies de communication rendent difficile le contact avec la population. Des phénomènes de résistance au médicament mélangé au sel (la pyriméthamine) sont observés. Mais les difficultés principales tiennent à la dépendance de ces programmes vis-à-vis de l'aide fournie par l'O.M.S., alors même qu'ils demandent une action constante et suivie. La création de fronts pionniers ne sera pas une réussite à l'actif du Sangkum et les ravages causés par le paludisme en seront la cause principale.

¹ PHANN Keo, *Causes d'échec de la lutte antipaludique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, section médecins, 1969-1970, 49 p.

² Cinquante-trois véhicules, vingt-cinq microscopes et quatre cent cinquante-six pompes. D'après PHANN Keo, *op. cit.*

³ Parasite vivant dans le sang des personnes contaminées, transmis par un moustique, l'anophèle. Les espèces, au Cambodge, sont réparties comme suit : 30 % de plasmodium *falciparum*, 69 % de *vivax* et 1 % de *malariae*.

La lutte contre la tuberculose constitue un second programme prioritaire bien qu'avec des moyens plus réduits. L'importance de l'endémie tuberculeuse n'est pas connue hors de l'hôpital mais elle représente la première cause de mortalité hospitalière dans les années 1960¹ et treize mille malades présentant cette affection sont reçus annuellement dans les établissements du royaume. Tout comme le service d'éradication du paludisme, c'est avec l'aide d'experts de l'O.M.S (un médecin et une infirmière en 1969) et la fourniture de matériel par l'U.N.I.C.E.F. (vaccins, médicaments, matériel de laboratoire et moyens de transport) que se développent les activités du Service National de Lutte Anti-tuberculeuse.

L'effort porte d'abord sur la prévention. Deux campagnes massives de dépistage tuberculinique² sont organisées en 1955-1958 puis en 1965-1968. Elles s'adressent à un million de personnes la première fois puis à cinq cent mille autres lors de la seconde campagne. Les tournées de vaccination portent leurs fruits puisque 50 % des sujets testés sont positifs en 1955-1958 contre 29 % dix ans plus tôt. Si les effectifs du personnel médical affecté à ces opérations augmentent d'année en année, ils restent faibles, notamment celui des médecins. Quatre d'entre eux seulement font partie des équipes mobiles en 1965. Cette même année, l'ouverture d'un cours formant des agents sanitaires uniquement destinés aux services de prévention permet d'attribuer trente-sept postes au service de la tuberculose.

Les mesures curatives prennent moins d'ampleur. La capacité hospitalière n'est pas encore suffisante pour accueillir l'ensemble des malades et les services spécialisés restent pour l'essentiel concentrés dans la capitale. Un centre anti-tuberculeux, le centre Sotheavong, est ouvert à Phnom Penh uniquement et enregistre plusieurs centaines de consultations chaque année (2 458 en 1968). Deux grands hôpitaux de la capitale prennent également en charge des patients tuberculeux (Preah Ket Mealea et l'hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique, qui réalise pour la première fois des opérations chirurgicales pulmonaires). Mais les services hospitaliers provinciaux, qui affectent des lits aux tuberculeux, sont "débordés"³ avec leur mille malades par an.

¹ TIN Chin Long, *Lutte anti-tuberculose au Cambodge*, Rennes, Ecole Nationale de Santé Publique, Section médecins, 1968-1969, 54 p.

² Le test d'allergie à la tuberculine permet de détecter les sujets positifs n'ayant pas besoin d'être vaccinés.

³ TIN Chin Long, *op. cit.*, p. 27.

Pour remédier au manque de place, des traitements ambulatoires sont expérimentés, avec un succès modéré car les malades sont mal suivis.

Les objectifs de santé publique définis sur le plan international par l'O.M.S. et les fonds qu'elle débloque au Cambodge pour les projets conformes à ces priorités aboutissent à la création de plusieurs autres départements au ministère de la Santé. La réorganisation de celui-ci en 1964 fait apparaître de nouvelles sous-directions au sein de la Direction Générale de la Santé. A côté de la Direction des Etablissements de Soins et de la Direction des Services Pharmaceutiques et Chimiques, quatre directions s'occupent exclusivement des actions de prévention : la Direction de l'Hygiène Publique, la Direction de l'Eradication du Paludisme et des Maladies Transmissibles, la Direction de la Protection Maternelle et Infantile, ainsi que la Direction de l'Education Sanitaire.

En réalité ces services restent souvent de taille réduite et se heurtent, dans leur action, à des difficultés multiples, selon des médecins cambodgiens qui y ont exercé. Ces problèmes de fonds brisent souvent l'enthousiasme des jeunes médecins affectés et contribuent à rendre peu attractives les carrières dans ce secteur, d'autant que l'enseignement reçu à la Faculté de Médecine – et investi, comme on l'a vu, par une instance étrangère différente – est peu orienté vers la médecine préventive : la direction du service incombe souvent à un médecin que les tâches administratives éloignent du terrain ; les aides fournies par les organisations internationales ne sont pas toujours adaptées¹ ; le personnel subalterne est trop peu nombreux pour assurer les tournées en province et le matériel fourni ne permet pas de couvrir l'ensemble du pays. Plusieurs de ces services devront ainsi réduire leurs ambitions de départ et se contenter d'un service dans la capitale, tandis que les dispensaires ruraux prennent en charge leur propre district.

La Santé Scolaire (rattachée à l'Education Nationale), par exemple, compte en 1966 trois médecins et trois infirmiers (le reste du personnel est administratif). Elle doit arrêter ses tournées provinciales faute de personnel et de

¹ Un médecin alors en poste au bureau gérant l'aide étrangère au ministère de la Santé se rappelle en riant de bicyclettes offertes aux accoucheuses rurales par l'U.N.I.C.E.F. Importées du Danemark, elles étaient peu adaptées à la taille des Cambodgiennes.

moyens à partir de 1964 pour se concentrer sur la médecine universitaire dès 1966. Les actions en province sont alors confiées aux médecins-adjoints des hôpitaux provinciaux. Certaines activités comme celles de la P.M.I. relèvent directement des dispensaires ruraux. Pratiquement donc, les habitantes d'un district sans dispensaire ne reçoivent aucune visite.

Si la santé publique et les campagnes de masse qu'elle nécessite correspondent aux directions politiques du Sangkum, elle repose fortement sur l'investissement que l'O.M.S. et ses filiales sont prêtes à consentir. Cela est encore plus vrai quand les priorités définies par ces organisations internationales ne trouvent pas d'écho particulier auprès de leur donataire.

Dans le système de santé du Sangkum, façonné par la présence de l'aide étrangère et les rapports complexes qu'elle entretient avec les autorités cambodgiennes, les médecins, en nombre pourtant croissant (voir le tableau des effectifs, annexe III) sont apparus comme des acteurs sociaux peu actifs qui doivent s'insérer dans un système de santé qu'ils contribuent peu à modeler. On examinera à présent comment s'élabore leur position sociale, dans leur univers professionnel, comme dans la société globale. Celle-ci, en effet, se modifie considérablement au cours du Sangkum, par rapport à ce qu'elle était sous le Protectorat.

III - L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE CATÉGORIE SOCIALE : DES MÉDECINS “FONCTIONNAIRES-ENTREPRENEURS”

A - Le statut socio-professionnel inadéquat de fonctionnaire

Les médecins cambodgiens, sous le Sangkum comme à toutes les autres époques de l'histoire cambodgienne, sont des salariés de l'Etat dont le principal employeur est le ministère de la Santé – bien que certains soient affectés à d'autres départements possédant également des services de santé, comme le ministère de l'Education Nationale ou le ministère du Travail. Or, le Sangkum, on l'a vu, est

caractérisé par une forte centralisation des pouvoirs dans les mains du prince Sihanouk, entouré de quelques conseillers.

Dans le domaine de la santé également, le prince reste omniprésent à tous les niveaux, prenant des décisions qu'il incombe ensuite aux ministères de mettre en œuvre. Ainsi par exemple, perpétuant la tradition cambodgienne – permise par la taille réduite du pays – des audiences royales, des séances sont périodiquement organisées sur un terrain (dit du *Viel Men*) attenant au palais. Chacun peut venir y exprimer ses doléances et il arrive fréquemment que des décisions concernant la construction d'une infirmerie ou d'un dispensaire de santé soient prises en cet endroit. Aux administrateurs de s'arranger, ensuite, pour exécuter les promesses faites en dehors des plans quinquennaux et des possibilités de financement. Au sein du ministère de la Santé lui-même, les médecins ne trouvent guère d'espace pour s'exprimer ou agir. Les lourdes structures ministérielles, où les fonctions administratives prennent le pas sur les fonctions techniques, n'inclinent guère à la prise de décision professionnelle.

Un médecin travaillant au ministère se souvient ainsi être entré en conflit avec un expert de l'O.M.S., originaire du Moyen-Orient, qui espérait voir régler rapidement un problème anodin et montrait une exaspération de plus en plus grande devant la lenteur du processus administratif. Or, ce médecin n'était pas autorisé à agir de lui-même et devait transmettre le dossier au Directeur de la Santé qui lui-même contactait le ministre, quand le dossier n'était pas ensuite traité en Conseil des Ministres puis en présence du prince lui-même. L'expert trop impatient a d'ailleurs été remplacé au bout de quelques mois pour n'avoir pas su s'adapter aux circonstances.

Dans la pratique hospitalière, cadre d'exercice habituel des médecins, les prises d'initiatives et les responsabilités sont, de la même façon, réduites. Les jeunes diplômés fraîchement émoulus de l'École Royale de Médecine ou de l'école d'infirmières et de sages-femmes font, comme dans de nombreux autres pays pauvres, l'expérience du fossé entre une modernité proclamée, illustrée par des réalisations somptueuses dans la capitale, et la réalité du dénuement de certains postes provinciaux¹. Dans les structures entièrement contrôlées par l'administration cambodgienne, en effet,

¹ Isabelle GOBATTO montre la déception première des jeunes médecins burkinabé nommés en brousse et les stratégies professionnelles d'adaptation qu'ils développent ensuite. Cf *Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso*, Thèse pour le Doctorat d'anthropologie sociale et de sociologie comparée, Paris V, 1996.

les moyens matériels sont souvent réduits, tendance qui s'accroît vers la fin des années 1960. Dans les autres domaines, comme l'enseignement médical ou l'action préventive, la présence d'instances étrangères, comme on l'a vu, demande des négociations qui sont censées relever des autorités cambodgiennes au plus haut niveau et dans lequel les médecins ordinaires n'interviennent pas.

Dans ces conditions, les médecins, tout comme les pharmaciens ou les dentistes formés par la suite, se voient assignés un statut social traditionnel, celui du fonctionnaire de l'administration royale, bien qu'il se révèle peu adapté à leur situation propre. L'idéologie sangkumienne qui fait de l'Etat monarchique le serviteur du "petit peuple" ne constitue pas plus une possibilité pour les médecins de s'identifier à cette image et de se former de la sorte une nouvelle identité. Cette conception du service public est en effet largement monopolisée par le prince lui-même. Multipliant les tournées provinciales et les inaugurations de bâtiments publics, faisant des dons de médicaments ou de tissus dans les villages ; dons agrémentés de longs discours dont il a le secret, il poursuit une habitude culturelle d'aide personnalisée, court-circuitant un système public anonyme et par endroit indigent.

Cette situation est mal vécue par beaucoup de médecins, notamment les jeunes et surtout au début du Sangkum, alors dans l'enthousiasme de l'indépendance. Mais ces frustrations ne s'expriment qu'en privé. En partie parce que les conditions politiques ne permettent guère l'expression d'une opposition ; en partie, également, parce que le modèle d'une activité médicale cambodgienne reste à inventer, dans une "société traditionnelle où l'on a peur du changement", selon les termes d'un médecin ayant commencé sa carrière au moment de l'indépendance.

Les réponses, s'exprimant dans la sphère politique, sont rares et toutes individuelles. Quelques médecins, proches de la cour, se retrouvent conseillers royaux, tel le Dr Ngo Hou, ancien médecin indochinois, haut gradé de l'armée royale. Quelques autres sont élus à l'Assemblée Nationale. Le malaise perce à quelques occasions seulement. Si, par exemple, les autorités cambodgiennes tiennent avec insistance à organiser un cursus complet d'études à Phnom Penh, c'est, disent certains médecins, pour former les élites du pays à domicile et éviter l'exil des mécontents. "Certains spécialistes de l'éducation estimaient qu'il serait plus avantageux d'envoyer les meilleurs étudiants khmers dans les grandes écoles d'Europe ou du Japon. Mais le prince

Sihanouk rétorquait que les expériences précédentes avaient été peu concluantes car les jeunes exilés se 'dénationalisaient', les uns succombant à la séduction du marxisme et les autres à celles des jolies filles”, note, parmi d'autres, un conseiller français du prince¹. Il est vrai que les associations étudiantes à l'étranger, notamment à Paris, ont souvent constitué des noyaux d'opposition au Sangkum.

Si l'identification au fonctionnariat traditionnel est difficile pour les médecins, l'expression d'une identité professionnelle l'est tout autant. Quelques tentatives sont néanmoins faites pour organiser, au sein d'associations formelles, des activités communes.

B - De timides tentatives d'organisations professionnelles : trois exemples

L'on repère, au cours de la période du Sangkum, trois ébauches d'organisations professionnelles que l'on peut analyser comme autant de tentatives d'expression collective, par les médecins, de leurs préoccupations spécifiques : préoccupations scientifiques autour d'activités de recherches ; souci d'imposer un avis sur les questions médicales traitées au ministère de la Santé ; volonté, enfin, de défense des intérêts de la profession.

1 - La recherche médicale : la Société Royale Khmère de Médecine

Une Société Royale Khmère de Médecine voit le jour dans les années 1960. Elle a pour but de réunir tous les confrères, cambodgiens comme étrangers², exerçant au Cambodge et désireux de partager leurs expériences et leurs recherches cliniques. Les responsabilités administratives sont réparties entre les membres. Ainsi, en 1966-1967, le président est cambodgien, tandis que le vice-président est français, de même que le secrétaire. Pendant quelque temps, la Société se réunit mensuellement et publie un bulletin.

¹ Charles MEYER, *op. cit.*, p. 165. Selon un médecin cambodgien interviewé, le prince Sihanouk n'était pas favorable à la reconnaissance par la France du doctorat en médecine cambodgien, ceci afin d'éviter que les jeunes diplômés s'installent hors du pays.

² Selon un médecin militaire français qui fut secrétaire de cette Société en 1965-1966, les étrangers sont représentés par des Français et des Soviétiques. Selon un médecin cambodgien qui n'y a pas participé, des Japonais et des Américains se joignaient aux réunions.

Sa position dans le champ médical tel que nous l'avons analysé, pose cependant des difficultés. Elle est créée, en premier lieu, au sein de la Faculté de Médecine, institution largement investie par l'aide française et qui ne constitue pas un espace neutre de dialogue entre les membres ; une certaine concurrence, notamment, s'imposant entre Français et Soviétiques, investis dans le même domaine de la médecine curative de pointe, à l'hôpital Calmette et à l'hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique. En second lieu, les études de médecine elles-mêmes ne préparent guère à la recherche. Les thèses consistent souvent en dépouillements bibliographiques et le travail de longue haleine, sous la direction d'enseignants étrangers, est rendu difficile par la durée généralement courte de leur mission au Cambodge. Cette Société restera finalement confidentielle, ne suscitant ni l'adhésion massive des Cambodgiens¹, ni la dynamique suffisante pour voir émerger une recherche médicale nationale qui, dans d'autres contextes sociaux ont joué un rôle important².

La recherche se développe donc ailleurs et associe peu les Cambodgiens. Le dépouillement de la revue de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (le Pharo de Marseille), où publient les médecins militaires français, montre par exemple que, sur les six articles, tous rédigés collectivement et consacrés au Cambodge de 1960 à 1970, quatre auteurs seulement sur vingt-quatre sont cambodgiens (deux d'entre eux sont chirurgiens à l'hôpital Preah Ket Mealea de Phnom Penh, deux autres sont biologistes à l'Institut Pasteur).

La seconde tentative consiste à créer, au sein même des instances du pouvoir, une prise de parole officielle par les médecins sur des sujets relevant de leur compétence.

2 - *L'expertise médicale : le Conseil Supérieur de la Santé*

Une institution, créée dans les dernières années du Sangkum (arrêté du Chef de l'Etat de 1967), s'efforce d'associer les médecins aux décisions prises par le

¹ Plusieurs interviewés cambodgiens ne connaissent pas son existence ou, dans le cas contraire, ses activités.

² A propos de l'Egypte, Sylvia CHIFFOLEAU (*op. cit.*) montre comment le développement d'une recherche médicale nationale axée sur une pathologie considérée comme spécifiquement égyptienne, les maladies parasitaires, a contribué à une "construction identitaire de la maladie" par les médecins égyptiens.

ministère de la Santé. Il semble même qu'un ministre soit à l'origine de cette initiative. Le Conseil Supérieur de la Santé, composé de six ou sept membres choisis parmi les plus titrés des médecins (agrégés, chefs de service ; les deux fonctions étant souvent cumulatives), des pharmaciens et des dentistes, est présidé par le Directeur Général de la Santé. Il se réunit pour traiter, au cas par cas, de sujets dont l'importance en fait un lieu stratégique : autorisation d'importation et de mise sur le marché de nouveaux médicaments, sélection des candidats aux bourses de spécialisation à l'étranger, autorisation d'exercice pour les médecins étrangers ou titulaires d'un diplôme étranger, sanction éventuelle à prendre à l'égard d'un médecin faisant l'objet de plaintes de la part d'un patient, etc.¹

Ce Conseil est toutefois doté de garde-fous qui réduisent son indépendance et limitent son pouvoir². Ses membres sont nommés par le ministre lui-même et l'ordre du jour des réunions est proposé par son président, le Directeur Général de la Santé. Il est, de plus, uniquement consultatif, bien que ses recommandations aient été le plus souvent suivies, semble-t-il. Mais dans un cas au moins, cela n'a pas été vrai et il est suffisamment significatif pour être brièvement évoqué. Il s'agit d'un débat sur l'autorisation d'exercice des acupuncteurs chinois³. Les membres du Conseil Supérieur prennent position contre ces praticiens, dans un souci de défense de leurs intérêts professionnels. Leur argument est que “le fait d'introduire une aiguille, même sans médicament, dans l'organisme humain, constitue un acte médical et que tout acte médical est exclusivement réservé aux médecins”⁴. Des “instances [très] supérieures [au] Ministre”⁵ interviennent, contraignant finalement celui-ci à passer outre et à délivrer l'autorisation.

¹ Interview d'un médecin cambodgien membre de ce Conseil. Aucune autre source ne nous permet de confirmer que des plaintes aient été déposées ou des mesures prises à l'encontre d'un médecin fautif.

² Selon une information que nous n'avons pu recouper, la création du Conseil aurait été décidée par un Ministre de la Santé qui, pharmacien de formation, voulait éviter la critique de partialité à l'égard de ses confrères, en nommant des médecins et des dentistes à ses côtés.

³ L'acupuncture est, à cette époque, une médecine “ethnique”, pratiquée par les guérisseurs issus de l'immigration chinoise et exerçant essentiellement dans leur communauté. Elle deviendra, après l'installation du régime pro-vietnamien en 1979, une médecine “politique” réintroduite par des biomédecins vietnamiens auprès de leurs confrères cambodgiens. On notera que les praticiens traditionnels khmers sont, quant à eux, totalement hors du circuit commercial médical et n'ont, de ce fait, aucun rapport avec le ministère de la Santé.

⁴ Rapporté par Kadeva HAN, *op. cit.*, p. 37.

⁵ Selon les termes d'un membre du Conseil déjà cité.

3 - La défense des intérêts professionnels : l'Association des médecins

La dernière organisation professionnelle est celle de l'Association des médecins. Elle encadre une sociabilité de convenance, comme le rassemblement de la fête du Nouvel An khmer, en avril, ou quelques soirées à la Faculté de Médecine. Dans le principe malgré tout, c'est une société de secours mutuel qui, parfois, vient en aide à un confrère malade ou à la famille d'un médecin décédé.

L'Association s'avère cependant peu active. Comme elle ne fait pas partie des organisations de masse du Sangkum, nul n'est tenu d'y participer et, de fait, beaucoup n'en sont pas membres – notamment les médecins aux positions les plus marginales, ceux qui ne sont pas hospitaliers. Les réunions à Phnom Penh sont régulières mais uniquement annuelles, pour éviter un déplacement coûteux – sous forme de manque à gagner – et pénible aux collègues nommés en province. Il arrive toutefois que des questions d'intérêt collectif soient mises à l'ordre du jour, comme le principe d'un tarif unique d'honoraires pour les consultations privées, afin d'éviter la concurrence entre confrères¹. Mais les positions des uns et des autres et les conditions sociales dans lesquelles ils exercent, comme nous l'avons montré, sont trop différentes pour voir émerger des intérêts communs au groupe.

Aux cadres formels des associations officielles qui, au Cambodge, sont toujours associées au pouvoir d'Etat, les médecins préfèrent les contacts plus ou moins informels entre collègues, s'invitant les uns les autres aux cérémonies familiales de mariage, de funérailles, ou à d'autres manifestations religieuses semi-privées comme les *kathen* (kzin)². Les informations internes à la profession circulent, avec une grande rapidité, à ces occasions. Mais ce n'est que parmi les pairs, camarades de promotion,

¹ Le membre de l'association qui nous rapporte le fait s'était élevé contre le principe du tarif unique, pour éviter que soient exclus les patients les plus pauvres. Dans le service public, les frais médicaux sont normalement gratuits pour eux.

² Les fêtes du *kathen* sont organisées chaque année à la fin de la saison des pluies, vers septembre-octobre, pour rassembler des dons remis ensuite à une pagode choisie parmi les plus nécessiteuses. Un groupe de personnes – amis, collègues, villageois ou nouveaux citadins originaires d'un même village – se charge de l'organisation des cérémonies qui comprennent des prières suivies de réjouissances autour d'un repas léger. Les invités "entrent dans la cérémonie" (*chol bon*) en faisant des dons qui sont ensuite remis aux bonzes de la pagode à laquelle la fête est destinée.

d'âge et de statut social égaux l'on peut trouver quelques amis proches envers lesquels on n'est pas tenu à la réserve qu'exigent les convenances.

S'identifiant difficilement au modèle traditionnel du fonctionnaire qui est celui de l'administrateur bureaucrate, sans intérêts communs suffisamment puissants pour faire émerger des activités collectives telles que la recherche, l'imposition d'un avis au sein des structures étatiques ou la défense d'intérêts matériels, les médecins cambodgiens "s'inventent" alors, hors du système de santé – et sans action collective organisée ni consciente – une nouvelle position au sein de la société cambodgienne, celle des "fonctionnaires-entrepreneurs".

C - Des fonctionnaires-entrepreneurs

Si les soins biomédicaux, contrairement au souhait du Sangkum, n'ont jamais vraiment été une pratique courante dans les campagnes car les dispensaires, construits dans les chefs-lieux de district (*srok*)¹, sont difficilement accessibles aux villageois, la médicalisation des citoyens s'est accentuée depuis le Protectorat. A Phnom Penh, surtout, mais aussi dans toutes les capitales de province aux allures de petites bourgades, apparaît une clientèle potentielle et prometteuse. Les médecins, salariés de l'Etat, sont officieusement autorisés, hors de leurs heures de travail, à pratiquer des soins privés. De fait, tous ou presque se trouvent propriétaires d'un cabinet en ville² et doivent jongler avec leurs obligations. Les consultations privées commencent souvent dès l'aurore pour se terminer vers sept ou huit heures du matin. Elles reprennent le soir, après la journée de travail au bureau ou dans un service hospitalier et se prolongent jusqu'à dix-neuf heures ou vingt heures³.

Leur profession, dont les désavantages étaient trop importants sous le Protectorat pour susciter de nombreuses vocations – études longues en terre étrangère,

¹ Rappelons que les divisions administratives comprennent la province (*khet*), le district (*srok*), la commune (*khum*) et enfin le village (*phum*).

² Beaucoup plus rares sont les praticiens qui trouvent l'opportunité, du fait de leurs activités administratives, de recevoir un salaire supplémentaire. C'est le cas, par exemple, des médecins employés au ministère du Travail et des Affaires Sociales, bénéficiant d'un salaire d'appoint comme médecin du travail dans les entreprises avec lesquelles ils sont en relation.

³ Les citoyens se lèvent généralement vers cinq ou six heures pour se coucher vers vingt-et-une heures.

pour un emploi mal payé et contrôlé par les Français, souvent relayés par des fonctionnaires “annamites” ; position peu enviée dans une fonction publique où la promotion était liée au “service royal” (*reach kar*, raCkar), c'est-à-dire à l'administration, incarnée par excellence dans la figure du magistrat ; pratique thérapeutique dont la grande masse des Cambodgiens, étrangers à la biomédecine, se méfiaient – est alors en passe de devenir l'une des plus valorisées sous le Sangkum. La pratique privée assure en effet des revenus très confortables et permet de donner une valeur positive aux capitaux symboliques dont étaient porteurs les médecins.

Les longues études ne sont plus, dans le contexte du Sangkum moderniste, une corvée plutôt inutile, éloignant de l'enseignement bouddhique traditionnel mais constitue un investissement rentable autant qu'un savoir à présent reconnu. Le statut de fonctionnaire ajoute, à l'entreprise privée que représente le cabinet de ville, la sécurité financière du salaire – faible mais régulier – ainsi qu'une protection statutaire puisque le médecin reste inséré dans une administration puissante où il peut trouver des appuis en cas de conflits survenant dans sa pratique privée. Enfin, et contrairement aux autres activités commerciales susceptibles de revers, l'entreprise médicale est à l'abri d'opérations financières malencontreuses. Tout individu étant un malade potentiel, la clientèle ne peut faire défaut, disent souvent les médecins cambodgiens.

Ces atouts nouveaux se trouvent renforcés par les stratégies des familles des étudiants en médecine. Ces stratégies visent à associer les potentialités des jeunes médecins et un capital financier, car l'ouverture d'un cabinet ou d'une clinique privés nécessite un apport pécuniaire de départ. Ce sont ces liens créés entre fonctionnaires et commerçants qui contribuent à faire émerger la nouvelle catégorie des médecins “fonctionnaires-entrepreneurs”. Ces liens sont de deux sortes. En premier lieu, la nouvelle valorisation de la profession médicale entraîne l'entrée massive d'enfants de commerçants à la Faculté de Médecine (de même que ceux des hauts et moyens fonctionnaires). Cela est d'autant plus vrai à l'époque où les études de médecine doivent se terminer en France et entraînent des frais que seules les familles aisées peuvent couvrir ; les étudiants démunis pouvant toutefois bénéficier d'une bourse ou entrer au service de l'armée (les études étant alors prises en charge).

Le second type d'association entre fonctionnaires et commerçants est d'ordre matrimonial. Au cours de ses études, l'étudiant en médecine est "repéré"¹ par une famille commerçante comme gendre possible. Le "repérage" consiste à s'informer sur la bonne réputation de la famille et sur les qualités propres du jeune homme. Son sérieux, la qualité de ses études, sa gentillesse seront autant d'atouts dans une activité de consultation. Comme le dit avec humour un médecin, seuls "ceux qui sont déjà fiancés avant leurs études y échappent" mais de tels cas sont rares car les étudiants portent sur leurs épaules les projets familiaux. Les familles du jeune homme et de la jeune fille se mettront ensuite en contact par le biais d'un intermédiaire pour arranger le détail des fiançailles. Il semble qu'après l'ouverture de la formation doctorale complète au Cambodge, le recrutement à la Faculté de Médecine se soit légèrement démocratisé² et que les étudiants d'origine plus modeste aient été intégrés dans ces stratégies matrimoniales.

Avec les combinaisons multiples que permet cette logique, un réseau serré d'alliances se forme. C'est celui-ci qui organise la profession médicale et sa hiérarchie interne, plus que les titres, les activités proprement professionnelles, les responsabilités associatives ou les affectations.

Durant le régime monarchique de la "Communauté Socialiste Populaire", de 1953 au renversement du prince Sihanouk en 1970, les effectifs des médecins cambodgiens, très faibles sous le Protectorat français, augmentent rapidement, signe d'un intérêt nouveau pour une activité jusque-là peu valorisée et à la position marginale – car floue et peu définie – dans la hiérarchie sociale cambodgienne. Les raisons de cet engouement pour les études médicales, de même que la façon dont se forme alors une image sociale originale des médecins dans la société cambodgienne, doivent être analysées dans le cadre macrosociologique de la décolonisation et des nouveaux rapports qui s'instaurent entre l'Etat cambodgien, employeur des médecins, et les pays étrangers donateurs.

¹ Le terme est d'un médecin interviewé.

² Nous n'avons pas pu reconstituer de séries statistiques sur l'origine sociale des étudiants en médecine. Ces informations proviennent d'entretiens avec des médecins cambodgiens sur leur propre parcours et celui de leurs confrères.

Le Cambodge indépendant, dirigé par un prince Sihanouk à l'infatigable travail diplomatique, s'efforce de conserver sa neutralité, menacée par le conflit tout proche au Viêt Nam et la pression des grandes puissances antagonistes de la guerre froide. Il développe alors une politique extérieure neutraliste qui l'amène à solliciter les amitiés politiques – manifestées par des aides économiques dont le Cambodge a besoin – les plus diverses et à laisser jouer les rivalités internationales en terre cambodgienne, afin que leurs influences se contrebalancent. Ces rapports se manifestent également dans le domaine de la santé, récipiendaire de l'aide internationale. Malgré cette stratégie neutraliste, des secteurs entiers du système de santé cambodgien se retrouvent sous la prédominance d'instances ou de pays étrangers. La France reconstitue son influence dans l'enseignement médical et la médecine curative de pointe, tandis que les organisations internationales tiennent un rôle majeur dans le domaine de la santé publique.

Si l'espace d'action et d'expression professionnelles des médecins cambodgiens se trouve ainsi extrêmement restreint au sein du système de santé, il l'est tout autant sur le plan politique. L'Etat se présente certes comme modernisateur et mène, tambour battant, une politique volontariste en matière de formation médicale et de construction hospitalière – multipliant les effectifs des diplômés et des hôpitaux. Mais la Communauté Socialiste Populaire qui rassemble, sous la bannière du Trône – incarné par le prince Sihanouk – et du Bouddhisme, toute la population, n'autorise pas l'émergence d'organisations, d'associations ou de partis, dans lesquels pourraient s'exprimer les nouveaux intellectuels formés aux savoirs occidentaux que sont les médecins.

C'est donc hors du système de santé officiel et hors de la sphère publique que va se constituer rapidement la nouvelle catégorie sociale des médecins cambodgiens. Les possibilités de gain liées à l'ouverture de cabinets privés – officiellement interdits aux employés de l'Etat mais officieusement tolérés – revalorisent une position sociale atypique – celle d'un fonctionnaire ni administrateur, ni magistrat, doté d'un savoir venu de l'étranger – et lui donnent un nouveau sens. Les stratégies matrimoniales des familles commerçantes vont intégrer ce nouveau gendre potentiel qu'est le jeune médecin en lui fournissant, quand il en est dépourvu, les capitaux

nécessaires à l'installation en ville. Ainsi se construit le groupe des “fonctionnaires-entrepreneurs” dont les médecins constituent le modèle le plus achevé.

La quinzaine d'années que dure le Sangkum a vu naître, malgré l'équilibre précaire de la politique extérieure et intérieure du prince Sihanouk, des réalisations sanitaires importantes et l'ébauche d'une définition socio-professionnelle des médecins cambodgiens. Cette évolution est de courte durée. Elle est brutalement interrompue, au cours des dix années suivantes, par trois ruptures successives qui, à chaque fois, déstructurent profondément l'organisation sociale cambodgienne, son service public et son système de santé. La première de ces ruptures, la destitution du prince Sihanouk et l'instauration de la République Khmère, contrairement à celles qui la suivront – régime khmer rouge de 1975 et régime communiste pro-vietnamien de 1979 – ne tente pas d'imposer à la société cambodgienne un modèle socio-politique radicalement nouveau mais elle l'entraîne dans un conflit armé de plus en plus intense.

CHAPITRE III

LE TEMPS DES RUPTURES. MÉDECINE DE GUERRE (1970-1975) ET MÉDECINE RÉVOLUTIONNAIRE (1975- 1979)

I - PREMIERE RUPTURE, L'ENTREE DANS LA GUERRE (1970-1975)

A - La fin de la neutralité du Cambodge

En 1969, espérant trouver une solution au marasme économique du Cambodge, le prince Sihanouk tente de se rapprocher des Etats-Unis. Il forme à ce moment un “gouvernement de sauvetage” dans lequel entre une majorité d'hommes de la droite pro-américaine. Mais par diverses maladroites et une absence d'acuité politique inhabituelle chez cet “homme d'Etat qui si longtemps avait devancé l'événement”¹, il laisse le pouvoir réel lui échapper, tandis que le soutien populaire dont il disposait les premières années s'épuise. Si son prestige reste considérable dans les campagnes, en dépit de soulèvements sporadiques contre les exactions d'administrateurs ou de militaires agissant à son insu, un mécontentement discret mais assez général a grandi dans les villes. L'étouffement des libertés, des scandales financiers couverts², la mauvaise réputation dont jouit la famille de sa dernière épouse, des mesures dérisoires comme l'ouverture d'un Casino d'Etat pour renflouer les caisses publiques, le temps et l'argent que le chef de l'Etat consacre à sa passion de cinéaste, tous ces sujets parmi bien d'autres alimentent les conversations privées des citoyens et, en particulier, des intellectuels.

C'est toutefois dans la rupture de l'équilibre neutraliste, jusque-là préservé par le prince, qu'il faut probablement voir les raisons profondes de la chute de

¹ Charles MEYER, *Derrière le sourire khmer*, Paris : Plon, 1971, p. 323.

² Il est très généralement admis que le prince Sihanouk ne dispose pas d'une fortune personnelle mais qu'il était enclin à fermer les yeux sur certaines malversations pratiquées dans son entourage.

ce dernier. Il reste en effet, malgré une image ternie, un personnage charismatique, craint, même, par les conjurés qui préparent sa perte. Mais le Cambodge est entraîné dans la guerre du Viêt Nam. Depuis plusieurs années déjà, et, semble-t-il, sans l'accord du gouvernement cambodgien, l'aviation américaine multiplie les raids aériens aux frontières de l'Est. Ils sont censés détruire un hypothétique quartier général du Viêt-cong, base supposée de ses opérations au Sud-Viêt Nam¹. Les bombardements, qui n'épargnent pas les populations civiles, ont pour résultat d'enfoncer la guérilla viêt-cong plus avant à l'intérieur du Cambodge², créant l'inquiétude à Phnom Penh.

La présence vietnamienne sur le sol cambodgien est un argument de choix pour les adversaires de Sihanouk. Alors que celui-ci est parti en voyage exposer ses griefs aux alliés communistes des Viêt-cong et obtenir leur retrait, des manifestations, organisées avec son accord par le Premier Ministre Lon Nol, dégénèrent. Les locaux des ambassades de la République Démocratique du Viêt Nam (Nord-Viêt Nam) et ceux du Gouvernement Révolutionnaire Provisoire du Sud-Viêt Nam (opposants communistes et nationalistes au gouvernement pro-américain du Sud-Viêt Nam) sont saccagés à Phnom Penh, les tensions atteignant un point de non-retour quand le secrétaire général des Affaires Etrangères cambodgien fait parvenir un ultimatum aux deux ambassades pour réclamer le retrait des troupes vietnamiennes. Parallèlement à cette mise en condition de l'opinion publique, les opposants à Sihanouk s'emploient activement à rallier les "tièdes", les opportunistes et les hommes de gauche hostiles au Sangkum. Sa destitution est votée par les députés à l'unanimité des voix, le 18 mars 1970, alors qu'il s'apprête à quitter Moscou pour Pékin.

¹ Il semblerait que ce fameux *Central Office For South Vietnam*, caché à la frontière entre le Cambodge et le Sud du Viêt Nam, n'ait pas existé. Voir Jean-Claude POMONTI et Serge THION, *Des courtisans aux partisans. Essai sur la crise cambodgienne*, Paris : Gallimard (Coll. "Idées"), 1971, p. 209.

² William SHAWCROSS décrit en détail l'opération militaire secrète commencée en 1967 (baptisée Menu) et l'organisation des raids au Cambodge (nommés Petit-Déjeuner, Déjeuner, Dîner, Dessert et Souper), décidés par Nixon et son conseiller Kissinger, à l'insu du Congrès américain, dans le cadre de leur politique d'escalade au Viêt Nam. Le but était de pousser le Cambodge dans le conflit en l'amenant à prendre position contre les communistes vietnamiens, tout en "vietnamisant" la guerre afin de pouvoir retirer les troupes américaines dont les pertes suscitaient l'émoi dans l'opinion publique des Etats-Unis. Telle était, selon les termes mêmes du président américain, la "doctrine Nixon". Voir *Une tragédie sans importance. Kissinger, Nixon et l'anéantissement du Cambodge*, Paris : Balland, 1979, 438 p. [1ère éd. américaine 1979].

Les cinq années qui suivent sont marquées par l'extension des combats à l'ensemble du pays, provoquant la destruction d'une grande partie des infrastructures et des services publics, dont le système de santé. L'entrée dans la seconde guerre d'Indochine s'accompagne d'une dépendance accrue vis-à-vis de l'aide américaine – essentiellement militaire puis économique et, pour une faible part, humanitaire.

B - L'inconsistance de la République Khmère et la main-mise américaine

L'annonce de la destitution du prince provoque immédiatement l'enthousiasme de tous les mécontents du Sangkum. Si sa politique extérieure a fait l'unanimité, les jeunes intellectuels espèrent la démocratisation intérieure et la fin d'une monarchie désuète. Ce vent de liberté est perceptible dans le milieu médical comme dans tous les autres milieux citadins éduqués¹. Pourtant, le programme politique de la nouvelle équipe au pouvoir s'avère rapidement peu consistant et déçoit tous ceux qui avaient espéré un changement. Pour l'essentiel en effet, hormis un hymne national et un drapeau nouveaux, il s'inscrit dans la continuité du Sangkum. Au point que l'accord sur la forme du régime elle-même n'est pas réalisé avant octobre, date à laquelle la République Khmère est instaurée, tandis qu'il faut attendre mai 1972 pour voir promulguer une nouvelle Constitution. L'avènement de cette jeune république se résume donc surtout à l'«assassinat politique du père»² Sihanouk et ne tient pas ses promesses d'un nouveau mode de fonctionnement de la chose publique, où les jeunes intellectuels formés dans les universités cambodgiennes auraient trouvé un espace d'action.

Très rapidement, il devient clair en effet que la liberté n'est pas au rendez-vous. Un état-major spécial dispose de pouvoirs illimités³ puis, après 1973, un Haut Conseil Politique, sous l'égide de Lon Nol, se substitue au gouvernement. Des

¹ Un médecin militaire français ayant quitté le Cambodge peu avant la chute du prince nous raconte que son épouse, revenue en visite dans le pays, a été frappée par le changement d'attitude des anciens collègues cambodgiens de son mari. Extrêmement réservés et peu diserts sous le Sangkum, ils étaient devenus plus expansifs, joyeux et communicatifs ensuite ; modification qu'il attribuait à la nouvelle liberté d'expression.

² Charles MEYER, *op. cit.*, p. 352.

³ ROS Chantrabot, *La République Khmère*, Paris : L'Harmattan, 1993, p. 36.

clans se font, se défont et s'affrontent à l'intérieur du gouvernement¹, rendant l'instabilité ministérielle plus grande encore qu'elle ne l'avait été sous l'“ancien régime” – comme l'on prend l'habitude d'appeler le Sangkum. Chacun de ces clans dispose de “sa” jeunesse – manifestant sur demande et contribuant au renversement des rivaux – ainsi que de “ses” commerçants et de “ses” hommes d'affaires, bénéficiant de portefeuilles ministériels juteux et du produit de trafics divers, dont l'aide militaire américaine fournit l'essentiel (licences d'importation, ventes d'armes à l'ennemi, trafics de soldes des hommes de troupes).

Le Cambodge perdant *de facto* son indépendance au profit d'une puissance jouissant du monopole de la présence, de l'influence et de l'aide étrangères, de nouveaux rapports se mettent en place, que l'on peut, à nouveau, analyser comme un type de négociation spécifique. En échange de la main-mise sur le Cambodge et de la participation de ce dernier à la guerre du Viêt Nam, les Etats-Unis se trouvent en effet soumis à une surenchère de demande d'aide. Ils distribuent celle-ci massivement, en se montrant peu regardants sur la tenue des comptes de dépense, alimentant la spirale des détournements de plus en plus importants et de moins en moins discrets.

Le gouvernement cambodgien, sentant menacée une identité nationale qui ne peut plus s'appuyer sur le symbole royal, favorise, par le moyen de la propagande, le dispositif traditionnel de la méfiance, vite transformée en haine, à l'égard du voisin vietnamien, cause de tous les maux. Les soldats gouvernementaux se livreront ainsi, dans les premiers mois du nouveau régime, à des massacres de migrants vietnamiens civils installés au Cambodge. Par ailleurs, sous la houlette de Lon Nol, se

¹ Les personnages principaux de la République Khmère sont le général Lon Nol, son frère cadet, le lieutenant de police Lon Non et le prince Sisowath Sirik Matak. Le premier, chef du dernier gouvernement Sihanouk, est décrit comme un personnage effacé, médiocre et à l'esprit confus. Son ami d'enfance, le prince Sisowath Sirik Matak est le cousin du prince Sihanouk. On lui attribue un désir de revanche sur son parent dans la mesure où il est issu de la branche cadette de la famille royale (les Sisowath), frustrée du pouvoir par le Protectorat français qui lui préféra les Norodom. Le prince Sirik Matak s'oppose à l'avènement d'un régime républicain, souhaitant peut-être secrètement monter sur le trône. Enfin, Lon Non poursuit ses propres ambitions après être resté dans le sillage de son frère aîné. Il se heurte en particulier à Sirik Matak et s'allie à d'anciens “Khmers Libres” (*Khmer Serey*), groupe de guérilla nationaliste anti-communiste puis anti-monarchiste soutenu par les Américains et dirigé par Son Ngoc Thanh. Ce dernier sera un temps Premier Ministre sous la République Khmère.

développent des travaux sur la “civilisation khmère-môn”¹ et la “race khmère-môn”, dans une quête éperdue et peu crédible de la pureté des origines. On raconte ainsi que la première mission envoyée à l'étranger avait pour but de rechercher, en Birmanie, berceau des Môn, le costume originel “khmer-môn”. Telles sont les tentatives, futiles mais désespérées, pour construire un discours identitaire face aux menaces qui pèsent sur le pays. Mais, plus que l'incohérence gouvernementale, c'est l'entrée dans la guerre qui déstructure profondément la société cambodgienne, animant la population d'un sentiment général de “sauve-qui-peut” dont on trouve l'empreinte dans le système de santé.

C - Le système de santé dans la logique de guerre

Face à l'attitude des nouvelles autorités de Phnom Penh, les mouvements de troupes viêt-cong se multiplient sur le territoire cambodgien² et suscitent la riposte de la nouvelle armée républicaine. Au début de la saison sèche (avril-juin) de 1970, les forces terrestres et aériennes américaines et sud-vietnamiennes attaquent en masse³, toujours à la recherche du quartier général secret du Viêt-cong, à l'Est (région de Mimot). Les combats s'étendent ensuite à la plus grande partie du pays entre, d'une part, Américains, Sud-Vietnamiens et armée républicaine cambodgienne et, d'autre part, Viêt-cong, Nord-Vietnamiens et troupes communistes cambodgiennes. Les Sud-Vietnamiens multiplient pillages, viols et violences en représaille aux massacres de mars 1970 tandis que leurs alliés cambodgiens forment un groupe militaire faible malgré la mobilisation générale et l'aide matérielle américaine, peu entraîné, mal dirigé,

¹ La langue khmère est classée dans la famille linguistique “môn-khmère”, du nom de ses deux langues les plus importantes. L'expression “khmère-môn” entend signifier la prédominance du premier élément sur le second. Sur le néo-khmérisme mis à l'honneur par Lon Nol, lequel entend également lancer une “guerre de religion” – étrangère à l'histoire cambodgienne – voir Marie Alexandrine MARTIN, *Le mal cambodgien. Histoire d'une société traditionnelle face à ses leaders politiques, 1946-1987*, Paris : Hachette, 1989, pp. 132-133.

² Soit 50 000 Viêt-cong (révolutionnaires du Sud-Viêt Nam) et Nord-Vietnamiens, d'ap. Charles MEYER, *op. cit.*, p. 341.

³ 30 000 G.Is et 40 000 Sud-Vietnamiens lancent l'offensive, d'ap. David P. CHANDLER, *The Tragedy of Cambodian History. Politics, War and Revolution since 1945*, New Haven : Yale Univ. Press, 1991, p. 204.

et de moins en moins convaincu¹. Quant aux communistes cambodgiens, leurs hommes sont au contraire de plus en plus nombreux, disciplinés et habités de la rage de vaincre. Dès la fin juin 1970, le gouvernement républicain a perdu le contrôle de la moitié du territoire national et la situation ne fera qu'empirer avec le temps. L'encerclement des villes, tactique des guerilleros communistes, entraîne rapidement la coupure des voies de communication, mise à part celle qui rejoint Phnom Penh à Saigon.

Dès lors, les réfugiés fuyant les combats, affluent en Svay Rieng, enclave gouvernementale frontalière du Sud-Viêt Nam puis vers Phnom Penh. Ils sont déjà plusieurs centaines de milliers en août 1970, s'entassant dans les bidonvilles construits à la hâte à la périphérie de la capitale ou dans les camps gouvernementaux. En 1975, Phnom Penh, petite ville de 600 000 à 700 000 habitants avant la guerre, abrite deux ou trois millions² de personnes sur les sept millions que compte le Cambodge. Une activité de survie remplace le cours normal des existences à mesure que les produits alimentaires se font rares. Dès juin 1972, Phnom Penh manque de nourriture tandis que les prix flambent³, la spéculation aggravant l'inflation. Des potagers de fortune sont plantés sur les balcons, les trottoirs et dans les jardins publics de cette ville jadis coquette car les surplus de l'armée américaine remplacent, sur les marchés, les étals de légumes et de viandes. Un rapport de l'O.M.S de 1974 fait état de nombreux cas de malnutrition grave⁴, dans un pays où les problèmes nutritionnels étaient rares et souvent bénins⁵. Nombre de paysans ont en effet abandonné leurs rizières et l'insécurité des routes complique l'approvisionnement de la capitale, ainsi que les échanges entre provinces.

L'aide américaine se substitue peu à peu à l'ensemble des revenus publics car les exportations cambodgiennes de riz et d'hévéa qui alimentaient les caisses

¹ La condition des hommes de troupe, accompagnés dans leur campagne par femmes et enfants, est misérable et contraste avec la vie de leurs commandants "qui se comportaient en seigneurs de la guerre mais qui demeuraient à Phnom Penh, bien en sécurité. Ces derniers devinrent les nouveaux riches du régime ; ils menaient une vie luxueuse dans l'inconscience et la débauche, sans même qu'il leur vînt à l'idée de sauver les apparences", écrit un ancien militaire républicain. Voir ROS Chantrabot, *op. cit.*, p. 89.

² William SHAWCROSS, *op. cit.*, p. 183.

³ De 100 en 1949, l'indice des prix passe à 523 fin 1970 et à 11 052 fin 1974. *Ibid.*, pp. 222-223.

⁴ William SHAWCROSS, *op. cit.*, p. 350.

⁵ UNG Teng, *Place des problèmes de nutrition dans la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1967-1968, p. 53.

publiques cessent. Moins d'un an après la chute du prince Sihanouk, à la fin de 1970, le gouvernement dépense cinq fois son revenu¹. Les salaires de la fonction publique ne pouvant être relevés, les bureaux sont désertés par de petits et moyens fonctionnaires aux abois, lancés dans des activités parallèles susceptibles de leur procurer quelque revenu. Pourtant, les villas et les Mercedes neuves de quelques hauts fonctionnaires, chefs militaires et riches commerçants n'ont jamais été aussi luxueuses qu'en cette époque de pénurie. Cette différenciation sociale accrue est durement ressentie et alimente la propagande khmère rouge dans les villages “libérés” et collectivisés.

Le système de santé, à l'image de l'ensemble de la politique gouvernementale, n'est l'objet d'aucun remaniement en profondeur après l'avènement de la République Khmère. Le ministère de la Santé Publique, dont l'organigramme est modifié par décret du Chef de l'Etat en mars 1971, s'appuie sur les textes du Sangkum qui, eux-mêmes, se surajoutaient aux textes du Protectorat², créant, selon les termes d'un responsable administratif, la “confusion” et “l'incertitude des interprétations”³. On note cependant une tentative de décentralisation des instances de décision, grâce à la création de six Directions Régionales des Services de Santé, regroupant plusieurs Directions Provinciales. Cela est d'autant plus nécessaire que la guerre paralyse les communications, donnant aux provinces une autonomie forcée. On relève aussi, dans les premiers temps, des velléités de transformation de l'exercice médical par l'un des ministres de la Santé, lui-même agrégé de médecine⁴. Ces propositions sont intéressantes dans la mesure où elles sont typiques des processus de constitution des “professions” observées par les sociologues dans des contextes occidentaux⁵ : fermeture de la profession par une sélection plus stricte des entrées (le ministre propose l'exclusion

¹ William SHAWCROSS, *op. cit.*, p. 221.

² Le préambule du décret N° 121/71-CE du 1er mars 1970 réorganisant le ministère de la Santé Publique reflète le flou politique général. Il commence ainsi : “Vu la loi constitutionnelle [...] du 8 octobre 1970, proclamant la République Khmère et maintenant en application l'actuelle Constitution, sauf en ce qui concerne les dispositions contraires à l'esprit et au régime républicains”, etc. Rappelons que la Constitution républicaine ne sera promulguée qu'en mai 1972.

³ Kadeva HAN, *Réflexions sur l'organisation actuelle du ministère de la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1974-1975.

⁴ Information communiquée par une ancienne officier de santé.

⁵ Voir Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984, 363p. [1ère éd. am. 1970] ou Paul STARR, *The social Transformation of the American Medicine. The Rise of Sovereign Profession and the Making of a vast Industry*, New York : Basic Books Inc Publish, 1982, 514 p.

des étudiants échouant par deux fois aux examens) ; contrôle et “moralisation” du secteur sanitaire par l’élite médicale (responsabilités administratives confiées aux docteurs en médecine – et non plus aux officiers de santé¹, surveillance plus stricte du dépôt pharmaceutique d’Etat afin de maîtriser les détournements, et, enfin – mesure plus originale mais qui provoque un tollé, instauration d’un impôt sur le revenu des médecins afin d’alimenter le budget hospitalier). Ces mesures s’inspirent d’un train de réformes entrepris par un ministre du Sangkum qui avait dû reculer, semble-t-il, face à l’opposition du Prince Sihanouk. Là s’arrêtent les essais de changement. Comme sous l’“ancien régime”, les moindres affaires sont traitées directement par le Chef de l’Etat ou le ministre. “Tous les pouvoirs sont accaparés entre les mains du ministre, dont le rôle n’est plus de définir une politique générale pour les actions sanitaires, mais de tout contrôler, superviser et décider à la place de ses collaborateurs et subordonnés”, se plaint un médecin, chef de bureau².

Si les espoirs discrets des médecins de voir leur autonomie s’affirmer sont vite déçus, l’heure n’est plus à ce type de débat entre confrères. La logique de guerre s’impose à eux comme à l’ensemble de la population. Elle se manifeste d’abord par une réduction drastique du budget alloué à leur ministère de tutelle (voir tableau VI, page suivante), tandis que la Défense Nationale accapare bientôt la plus grande partie des fonds publics, soit environ 60 % du budget national³ à partir de 1971, sans compter les multiples ministères directement liés à la guerre (ministères du Ralliement et de la Pacification, de la Sécurité Nationale, des Anciens Combattants, des Victimes de guerre, de la Mobilisation Générale) car, signe de l’éclatement des pouvoirs entre clans rivaux, les départements ministériels se sont multipliés au gouvernement pour atteindre la trentaine en 1973. Le Cambodge, qui importait 7,8 millions de dollars de médicaments en 1969, ne peut plus, l’année suivante, en acquérir que 4,1 millions⁴.

¹ Cette division entre docteurs et officiers de santé n’apparaît pas dans les statistiques officielles et crée l’illusion d’un corps médical unifié.

² *Ibid.*, p. 40.

³ D’après les chiffres de PEN Vano, *Quelques réflexions sur le système hospitalier au Cambodge*, mémoire de l’Ecole Nationale de Santé Publique, section administrateurs d’établissements sanitaires et sociaux, 1975, p. 37.

⁴ William SHAWCROSS, *op. cit.*, pp. 226-227. D’après cet auteur, des fonctionnaires cambodgiens du ministère de la Santé, alarmés par les décès dans les hôpitaux, demandèrent que figurent les médicaments

sur la liste des produits de base importés des Etats-Unis. Jusqu'au milieu de l'année 1972, ils se heurtèrent à un refus de l'ambassade américaine “sous le prétexte officiel que les Cambodgiens n'utilisaient pas les médicaments avec suffisamment de précaution, et qu'ils en revendraient la plus grande partie au Viêt-cong” (p. 227).

Tableau VI - Budget du Ministère de la Santé sous la République Khmère

	Montant (millions de riels)	% du budget global
1968 (1)	354	5,7%
1969 (1)	367	4,85
1970 (1)	441	4,89
1971 (1)	503	2,69
1972 (1)	709	2,98
1973 (1)	1 034	3,85
1974 (2)	2 108 914	3%

(1) PEN Vano, *Quelques réflexions sur le système hospitalier au Cambodge*, Ecole Nationale de Santé Publique, Section Administrateurs d'Etablissements Sanitaires et Sociaux, 1975, pp. 36-37.

(2) Kadeva HAN, *Réflexions sur l'organisation actuelle du Ministère de la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1974-1975.

Tous les programmes de prévention qui exigeaient des tournées en province sont bloqués à mesure que la vie se replie à Phnom Penh, refuge des trois quarts des médecins¹. Le service hospitalier public est lui-même désorganisé par l'afflux massif des réfugiés et des blessés de guerre, au point que les patients s'entassent à plusieurs dans les lits ou doivent s'allonger sur des nattes dans les couloirs. Car, à côté des hôpitaux militaires, les centres civils sont également sollicités pour accueillir les quelque 600 000 blessés – du côté gouvernemental – que feront au total les combats². Dans la capitale, deux hôpitaux publics sont provisoirement créés pour répondre aux besoins (celui de Russey Keo, banlieue de Phnom Penh et l'hôpital Sathearanak Rath) tandis que des lits sont ajoutés dans les services existants (ceux de l'hôpital Preah Ket Mealea et de l'Amitié Khméro-Soviétique). La capacité totale d'accueil est ainsi multipliée par deux (1 158 lits en 1970 contre 2 384 dans les années suivantes)³. Cela est vrai des hôpitaux militaires également qui s'adjoignent deux centres *ad hoc*, ajoutant neuf cent quarante-deux lits aux cinq cent quarante préalablement disponibles⁴.

Le gonflement considérable du service hospitalier s'accompagne de son effritement, à l'instar de l'ensemble des services publics. Cet effondrement est causé par le manque de moyens financiers ; la désaffection d'un personnel peu payé et préoccupé, comme tout un chacun, de sa survie quotidienne⁵ ; et, enfin, par la faible légitimité des représentants du pouvoir – qui ne “donnent pas le bon exemple” en matière de souci du bien public, dit un médecin interviewé – contribuant à paralyser l'application des décisions ministérielles. De plus, et c'est là un fait nouveau, l'image des fonctionnaires et, partant, celle des médecins, se ternit considérablement.

Certes, dans les périodes antérieures, l'appartenance au service public cambodgien n'a jamais été synonyme d'identification au bien public puisque, dans le domaine de la santé comme dans tous les autres, la figure charismatique du prince se

¹ D'après PEN Vano, *op. cit.*, p. 28. Soit un médecin pour 17 000 habitants dans la capitale et une moyenne d'un médecin pour 71 000 habitants dans les provinces.

² Chiffres de Kadeva HAN, *op. cit.*, p. 38.

³ PEN Vano, *op. cit.* p. 24.

⁴ *Ibid.* p. 24.

⁵ Des fonctionnaires organisèrent, tout au long de l'année 1972, une série de grèves pour protester contre leur faible salaire. En 1973, les enseignants décidèrent de ne plus travailler que dix jours par mois tant que leurs revendications ne seraient pas entendues. D'après ROS Chantrabot, *op. cit.*, p. 109-110.

chargeait d'incarner à elle seule la monarchie providentielle. De nombreux proverbes populaires ironisent ainsi sur l'appétit de gain du fonctionnaire¹ – et en particulier du juge – dont il est conseillé de s'assurer la collaboration de façon plus substantielle que par la simple invocation de la loi ou du droit. Toutefois, le fonctionnaire est respecté et l'on reconnaît que la “naissance” (au double sens de l'origine sociale et du *karma*) ou le savoir acquis à l'école constituent des facteurs légitimes d'appartenance à cette catégorie sociale enviée. Or, sous le régime du général Lon Nol, on commence à évoquer l'incompétence de certains et leur appétit sans limite de lucre. Cette critique s'étend au corps des médecins eux-mêmes, de même qu'aux autres catégories de personnel médical.

Surcharge de travail dans les services saturés par les blessés de guerre et les réfugiés loqueteux fuyant les combats ; moyens thérapeutiques limités ; salaires stagnants malgré l'inflation galopante et l'aide américaine massive ; durcissement des relations patients-médecins mais aussi risque de mobilisation pour défendre un régime de moins en moins apprécié et qui n'encourage guère le patriotisme : face à l'extrême dégradation des conditions d'exercice de la profession médicale, les médecins développent deux types de réponses. La première est le séjour d'étude hors du pays, grâce aux bourses gouvernementales ou étrangères. La seconde est le repli sur la pratique privée. Car, même si la clientèle potentielle des cabinets de ville se restreint à mesure que les catégories sociales les plus touchées par l'économie de guerre s'en trouvent exclues, les cabinets et les cliniques privés restent pour la plupart de florissantes affaires, fréquentés par tous ceux qui tirent directement ou indirectement leur revenu de l'aide américaine ou qui arrivent à “se débrouiller”.

Selon un médecin aujourd'hui réfugié en France, c'est finalement le terme de “dérapage” qui qualifie le mieux cette époque difficile :

¹ Par exemple, “La douane dort, tu l'éveilles pour lui donner ton riz” qui a un sens proche de l'expression française “chercher un bâton pour se faire battre” ; “Si tu nais ver, tu n'as pas la répulsion de la terre, si tu es fonctionnaire, celle de l'argent, si tu es sculpteur (sur bois), celle du bois” ; “Ne te dispute pas avec les femmes, ne commerce pas avec les fonctionnaires, n'aie pas de procès avec les Chinois” ; “Ta poule, il la prend toujours, mais il te coupe la gorge quand même” ; “Quand tu poses ta nasse, fais un entourage d'épines [à son entrée], si tu veux rester dans le pays, offre de la viande au tigre” (quand tu fais un cadeau à un fonctionnaire pour obtenir sa protection, fais en sorte que personne le sache). Voir Dr PANNETIER, “Sentences et proverbes cambodgiens”, *Bulletin de l'Ecole Française d'Extr.-Orient*, 1915, 15, 3, pp. 47-71. La plupart de ces proverbes est encore en usage aujourd'hui.

“Lon Nol, c'est le dérapage des professions de santé aussi. Sous le Sangkum, ce n'était pas parfait mais sous Lon Nol, ça pousse les gens vers le dérapage et l'incompétence. Avec le parti unique [du Sangkum], le Roi¹ veut tout faire, tout décider. C'est l'immobilité, le manque d'initiative, de créativité. Après le coup d'Etat, il y a un renouveau mais tout l'effort porte sur la guerre. Même les mesures sociales sont 'guerrisées'. On appelle le chômage 'insécurité', etc. La guerre laisse le champ libre au dérapage. Par exemple, même si une place est libre à l'hôpital, il faut payer pour [l'obtenir]. Avec l'afflux de réfugiés dans les villes et la désorganisation générale, tout devient permis. [...] On fait des faux certificats à tour de bras, il faut payer pour les avoir. C'est une réaction en chaîne. La corruption commence dans l'armée puis chez les civils [fonctionnaires] et puis dans la masse populaire. Les Khmers Rouges ont gagné à cause de ça.”

La chute du gouvernement Lon Nol, conclut-il en reprenant une métaphore bouddhique, “c'est le fruit mûr qui tombe”. Beaucoup sont ceux qui attendent en silence le pourrissement du fruit et sa chute, espérant que les révolutionnaires qui progressent aux portes de Phnom Penh apporteront enfin la paix et la justice sociale, malgré les rumeurs qui courent sur la dureté des conditions faites aux villages déjà “libérés” par les Khmers Rouges. Le 17 avril 1975, quelques jours après la démission de Lon Nol sous la pression générale et de hâtifs essais de tractations avec le prince Sihanouk pour l'amener à rentrer à Phnom Penh, alors que le personnel de l'ambassade américaine a déjà plié bagage et s'est fait évacuer en hélicoptère quelques jours auparavant, la population de la capitale accueille, soulagée, les premiers jeunes soldats en costume noir.

II - LA SANTE PUBLIQUE DANS UN REGIME TOTALITAIRE : MEDECINE ET MEDECINS REVOLUTIONNAIRES (1975-1979)

Pour la société cambodgienne dans son ensemble – et en particulier la population paysanne prise sous les bombardements – l'entrée dans la guerre américaine a constitué une première rupture importante dont on a trop souvent oublié le coût

¹ Le prince Sihanouk est redevenu roi en 1991. Par respect – ou peut-être parce qu'il a toujours agi en souverain et n'a jamais cessé d'être considéré tel – aucun médecin cambodgien interviewé depuis son second couronnement ne l'appelle par son titre de l'époque.

humain effroyable (de 600 000 à 700 000¹ morts, sans compter la dévastation du cheptel de bœufs et de buffles dont l'agriculture a beaucoup souffert). Du point de vue plus spécifique des médecins cambodgiens – dont la majorité, restés dans la capitale, sont relativement protégés des combats et de leurs conséquences économiques – la période républicaine n'est qu'une phase de déliquescence annonçant une rupture infiniment plus brutale, celle instaurée par le régime extrémiste du Kampuchea Démocratique², régime qui, par la radicalité du communisme qu'il entend imposer au pays, va provoquer, directement ou indirectement, la mort de plus d'un million de Cambodgiens exténués par le travail, les déportations, la famine ou – à un moindre degré, victimes des exécutions ou de brutalités physiques diverses³. La façon dont doit être analysé le régime khmer rouge, en particulier sur le plan qui nous intéresse ici, celui de son système de santé et de son corps médical, soulève trois questions d'ordre à la fois méthodologique au sens large et théorique.

Il faut rappeler, d'abord, à quel point la victoire communiste à Phnom Penh – précédant de quinze jours celle de Saigon – a soulevé d'espoirs et de passions, dans les milieux de gauche, en Occident et ailleurs ; et combien les désillusions ont mis du temps – quelques mois pour certains, des années pour d'autres – à se transformer en désaveu ferme et total du régime khmer rouge après que les premiers rescapés furent

¹ Marie Alexandrine MARTIN, *op. cit.*, p. 144.

² “Kampuchea” et “Cambodge” sont de même étymologie, “Cambodge” étant la francisation (provenant du nom que les voyageurs portugais du XVI^e s. attribuèrent au pays) de “Kampuchea”. En langue khmère, le Cambodge est appelé traditionnellement “le pays des Khmers” (*srok khmaer*). Le nom de Kampuchea Démocratique n'est annoncé qu'en janvier 1976, avec la promulgation de la nouvelle Constitution.

³ Le nombre des victimes du régime a fait l'objet d'estimations très variées, dans le calcul desquelles entraient souvent des *a priori* idéologiques favorables ou hostiles. Ce calcul, en tout état de cause, doit tenir compte de facteurs complexes comme ceux liés à la démographie (victimes de la guerre de 1970 à 1975 non imputables au régime lui-même, baisse importante de la natalité à partir de 1970, nombre de réfugiés ayant quitté le pays) et au recueil de données (le recensement des charniers par le Cambodian Genocide Programme, par exemple, a commencé en 1995 seulement). Dans les années 1980, les recherches se prononçaient pour un nombre de victimes de l'ordre de 1 à 1,2 million de victimes (Serge THION, “Introduction”, in Serge THION et Ben KIERNAN, *Khmers rouges ! Matériaux pour l'histoire du communisme au Cambodge*, Paris : Ed. J.-E. Hallier-A. Michel, 1981, p. 32, d'après la C.I.A. et Marie Alexandrine MARTIN, *op. cit.*, n. 30, p. 293, citant le démographe Ea Meng Try) mais le Cambodian Genocide Programme de Yale University financé par les Etats-Unis et démarré en 1995 avance des chiffres plus élevés, de l'ordre de 1,5 à 2 millions de victimes. La population du Cambodge était estimée à 7 millions environ en avril 1975.

parvenus à franchir la frontière et à témoigner¹. Cela a incontestablement entravé la recherche à une époque culminante de la guerre froide où le monde, peint en noir et blanc², ne se concevait pas en d'autres teintes et où, pour beaucoup en Occident, il ne pouvait être question de s'opposer à la guerre américaine au Viêt Nam et au Cambodge sans approuver sans réserve les régimes qui en étaient issus. La presse et l'opinion publique ont ainsi basculé du silence ou du déni à une vision apocalyptique sans souci de discernement ; attitude qui ne facilitait pas la production objective en sciences humaines.

Mais les enjeux que représentaient les informations sur ce régime ne se sont pas limités à nourrir ou à détruire des rêves politiques. L'invasion vietnamienne du Cambodge en 1979 et le gouvernement installé à cette occasion ont cherché à asseoir leur légitimité nationale et internationale sur une diabolisation du régime khmer rouge, qui a nui à l'investigation journalistique honnête comme à la recherche – laquelle ne pouvait se contenter de vaticinations haineuses et globalisantes mais ne pouvait, non plus, mener librement ses enquêtes dans le pays³. Plus récemment, la décision, par l'O.N.U., à la fin des années 1990, de mettre en place un tribunal international pour juger les principaux dirigeants khmers rouges encore vivants, a replacé leur régime défunt sur le devant de la scène. Dans le procès qui se prépare, des chercheurs seront nécessairement partie prenante car ils y seront appelés comme experts. Cela signifie que certaines interrogations qui subsistent concernant ce régime (organigramme exact, par exemple) ne relèvent pas du simple domaine de la connaissance historique puisque les informations pourront constituer autant d'éléments à charge dans un procès. Tout ceci

¹ Le premier livre sur le régime khmer rouge a paru en 1977. C'est celui de François PONCHAUD, *Cambodge, année zéro*, Paris : Julliard, 1977, 250 p. Pour des réflexions *a posteriori* sur la façon dont les informations concernant le régime khmer rouge ont été prises en considération, analysées mais aussi manipulées, cf William SHAWCROSS, "Cambodia : Some Perceptions of a Disaster", in David P. CHANDLER and Ben KIERNAN, *Revolution and its Aftermath in Kampuchea : Eight Essays*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, pp. 230-258 ; Serge THION, "Le Cambodge, la presse et ses bêtes noires", in Serge THION et Ben KIERNAN, *Khmers Rouges ! op. cit.*, pp. 306-327 et Michael VICKERY, *Cambodia : 1975-1982*, Boston : South End Press, 1984 (Chap. 2, "Problems of sources and evidence", pp. 27-63).

² Or l'on sait que les témoignages sont reconstruits et recomposés avec le temps et les expériences ultérieures. Des interviews menés vingt ans après la fin du régime ont intégré la propagande intensive ainsi que les représentations collectives qui se sont construites collectivement au fil du temps.

³ La nécessité de mener des recherches minutieuses, région par région, et de ne pas se contenter d'une "vision globale stéréotypée" (*standard total view*) a été, en particulier, défendue de manière convaincante par Michael VICKERY, *op. cit.*

explique pourquoi la recherche portant sur le régime khmer rouge est encore imprégnée d'enjeux idéologiques et politiques divers.

La difficulté à travailler avec précision et neutralité sur cette période de l'histoire cambodgienne tient, d'autre part, à la rareté des sources écrites disponibles. Le régime khmer rouge, on le sait, a cultivé jusqu'à l'obsession le secret et l'absence de traces écrites. A une exception près : l'abondante "bureaucratie de la mort" qui consistait – c'est là une habitude typique des régimes totalitaires – à consigner, avec un macabre souci de précision, les "confessions" arrachées aux détenus, lesquels ne pouvaient être exécutés sans avoir reconnu et, surtout, détaillé en un récit crédible, leurs fautes imaginaires. Peu à peu, cependant, diverses archives réapparaissent, que ce soit dans les ministères, dans le matériel saisi dans les bases militaires khmères rouges défaits par l'armée gouvernementale ou, même, chez des individus particuliers. La quête de ce matériel demande une recherche à part entière dans les années à venir.

Enfin, la façon dont le régime khmer rouge et son organisation sanitaire devaient être globalement envisagés n'allait pas de soi. Lorsque nous avons essayé d'aborder ce régime par l'idéologie qu'il développe et ses mises en pratique, nous avons été presque déroutée par le simplisme du discours et l'incohérence des réalisations. Les mots d'ordre sommaires de l'*Angkar* (Gg<kar)¹ ne semblaient pas s'être développés en pensée politique construite – au point que des slogans en tenaient lieu² – mais ils étaient néanmoins appliqués avec une rigueur telle, que le moindre écart dans l'obéissance pouvait signifier la mort. Ce paradoxe demandait réflexion. Quant aux incohérences manifestées dans l'organisation sanitaire, nous y avons vu, dans un premier temps, le résultat de l'hétérogénéité d'un mouvement khmer rouge où s'exprimaient, jusqu'en 1977, diverses tendances (notamment la tendance pro-vietnamienne). Bien que cette explication en terme de divergence idéologique au sein du Parti soit en partie valable, elle ne suffit pas à comprendre qu'une fois étouffée toute la diversité du mouvement

¹ *Angkar* signifie "Organisation". C'est le nom, connu de tous les Cambodgiens vivant sous le Kampuchea Démocratique, désignant la direction du Parti Communiste dont l'existence est maintenue secrète jusqu'en septembre 1977.

² C'est ce que suggère le livre au titre évocateur d'Henri LOCARD, *Le "Petit Livre Rouge" de Pol Pot ou les Parole de l'Angkar entendues dans le Cambodge des Khmers Rouges du 17 avril 1975 au 7 janvier 1979*, Paris : L'Harmattan, 1996, 263 p.

communiste cambodgien par le groupe de Pol Pot, l'irréalisme de l'appareil dirigeant soit devenu plus grand encore.

Ces incohérences apparentes, loin d'être des épiphénomènes du régime khmer rouge que l'on pourrait attribuer à une quelconque inexpérience politique ou à un manque de savoir-faire de ses dirigeants – c'est ce que pensaient alors certains “frères” de lutte chinois ou vietnamiens – ou, encore, à l'extrémisme de leur communisme – opinion commune parmi les libéraux occidentaux et asiatiques – font sens si on les considère, tout au contraire, comme la caractéristique des régimes totalitaires tels que les décrit Hannah Arendt à partir des cas nazi et stalinien¹. C'est à partir de cette lecture que l'on analysera le système de santé khmer rouge, après avoir décrit les conditions dans lesquelles ce régime s'est mis en place ainsi que son fonctionnement.

A - Le mouvement “khmer rouge” : jeu des alliances, construction idéologique, processus de la victoire

1 - La montée du groupe de Pol Pot

Le groupe qui prend le pouvoir au Cambodge en avril 1975 est issu d'un long effort d'homogénéisation de groupes d'obédiences idéologiques diverses, mené à partir des années 1950-1960 et encore inachevé au moment de la victoire. Cet effort consiste en un double travail d'unification et d'élimination, accompagnant la montée discrète du groupe de Pol Pot, constitué des éléments les plus extrémistes du communisme cambodgien. Cette lente construction s'appuie sur un jeu d'alliances fluctuantes avec le Viêt-minh, le prince Sihanouk et la Chine. Sa description permet de comprendre pourquoi, au lendemain de la victoire militaire khmère rouge et jusqu'en 1976-1977, les mesures préconisées sur le plan sanitaire et médical par les dirigeants de Phnom Penh ne sont pas uniformément appliquées et présentent des variantes concernant le type de médecine qui doit être utilisé.

Lorsque Ho Chi Minh fonde le Parti Communiste Indochinois en 1930, il suit la voie du Komintern et conçoit la lutte dans le cadre global de la péninsule

¹ Hannah ARENDT, *Les origines du totalitarisme. Le système totalitaire*, Paris : Seuil (Coll. “Points/Essais”), 1972, 315 p. [1ère éd. am. 1951]

indochinoise sous tutelle française. Le Parti doit œuvrer à long terme pour substituer au Protectorat une fédération socialiste de trois pays, le Viêt Nam, le Cambodge et le Laos. Les Cambodgiens manifestent peu d'intérêt pour un militantisme qui attire surtout, alors, des migrants vietnamiens – travailleurs des plantations de caoutchouc françaises ou fonctionnaires coloniaux. Ils sont cependant rejoints par de petits groupes de “Khmers Libres” (les *Khmer Issarak*¹), guerilleros nationalistes dispersés sur le territoire et unifiés en 1950 par un communiste cambodgien de la première heure, dont le pseudonyme est Son Ngoc Minh. En 1951, malgré l'éclatement du Parti Communiste Indochinois en trois partis nationaux, amenant la création du Parti Révolutionnaire du Peuple Khmer – connu sous le diminutif de “Pracheachun” (“le Peuple”) – le Viêt-minh garde la main haute, et pour presque vingt ans encore, sur le communisme cambodgien, dont le nombre de militants et les moyens matériels sont très réduits.

Les tensions, classiques à l'époque, entre les intérêts nationaux et l'idéal internationaliste apparaissent dès les accords de Genève de 1954, réglant la guerre française d'Indochine. Les communistes vietnamiens sont avant tout soucieux d'obtenir la partition du Viêt Nam et la reconnaissance de leur prédominance au Nord. Ce faisant, ils acceptent le retrait de leurs troupes du Cambodge et ne soutiennent guère les revendications de leurs homologues cambodgiens, souhaitant se voir attribuer une portion de leur propre territoire national. Sous la pression de la délégation conduite par Sihanouk, ils se voient contraints d'intégrer les structures politiques du Cambodge indépendant. Si la rupture entre communistes vietnamiens et cambodgiens n'est pas pour autant consommée, les seconds cultiveront un sentiment de méfiance à l'égard de leurs frères de lutte. Dans le sillage des Nord-Vietnamiens, plusieurs centaines de communistes cambodgiens quittent les jungles cambodgiennes pour rejoindre Hanoi². Ceux-là, que l'on appellera les “Khmers Viêt-minh” en raison de leur formation vietnamienne, perdront peu à peu leur influence au sein du Pracheachun, au profit d'une seconde génération de militants communistes – que le prince Sihanouk qualifiera par

¹ D'autres *Khmer Issarak* seront soutenus par des régimes de droite (Etats-Unis, Thaïlande). Le plus célèbre est Son Ngoc Thanh, un temps premier ministre de la République Khmère et en contact avec la C.I.A.

² Les estimations vont de deux mille cinq cents (Serge THION, “Chronologie du mouvement communiste khmer”, in Serge THION et Ben KIERNAN, *op. cit.*, p. 271) à mille (Elizabeth BECKER, *Les larmes du Cambodge. L'histoire d'un auto-génocide*, Paris : Presses de la Cité, 1988 [1^{ère} éd. am. 1986], p. 89). Soit la moitié des faibles effectifs cambodgiens.

dérision de “Khmers Rouges” – des intellectuels dont la plupart ont fait leurs études dans le Paris de l'après-guerre.

Sur la centaine d'étudiants cambodgiens partis à Paris dans les années 1945-1950, quelques-uns participent activement aux débats et aux cercles de discussion marxistes proches du Parti Communiste Français. D'autres se joignent aux réunions en exprimant des positions différentes, favorables à une simple lutte parlementaire au Cambodge. Parmi les étudiants communistes se trouvent les futurs hauts responsables du noyau dirigeant du Kampuchea Démocratique : Saloth Sar (son pseudonyme le plus célèbre sera Pol Pot¹), Ieng Sary, Son Sen, Khieu Samphan, les sœurs Khieu Thirith et Khieu Ponnary², épouses respectives de Ieng Sary et Saloth Sar. Lorsque ces jeunes intellectuels rentrent au Cambodge au début des années 1950, ils trouvent un mouvement communiste dans une situation très précaire et prennent contact avec les maquis, dans lesquels ils n'ont encore aucune position³. Les “conditions révolutionnaires” sont loin d'être réunies et la politique du prince Sihanouk rend difficile une opposition libre et efficace. Ce dernier a en effet adopté en politique étrangère les thèmes majeurs de la gauche – neutralisme et anti-impérialisme – et n'entretient que par intermittence une franche répression contre le Pracheachun, parti légal bien que surveillé de près par la Sûreté⁴.

¹ Seul Pol Pot a fait l'objet d'un ouvrage biographique. Voir David P. CHANDLER, *Pol Pot, Frère Numéro Un*, Paris : Plon, 1993, 346 p. [1ère éd. amér. 1992]. Il y apparaît comme un étudiant affable, apprécié de ses camarades puis de ses élèves, bien que sans charisme ni talent particuliers, hormis son goût pour la déclamation de poèmes français. Extrêmement discret au cours des années de son ascension au sein du Parti, il cultive le mystère entourant sa personne et ne développe pas de culte de la personnalité. Les bustes et les portraits de lui n'apparaissent que dans les toutes dernières années du Kampuchea Démocratique.

² L'usage cambodgien, depuis l'introduction du “patronyme” par le Protectorat, veut que l'on décline d'abord celui-ci, suivi de son nom personnel. Les femmes mariées ne prennent pas traditionnellement le “patronyme” de leur époux.

³ Pol Pot reproduira lui-même vingt-cinq ans plus tard envers les citadins déportés dans les villages ce qu'il subit alors : “Sa belle-sœur, Khieu Thirith, la femme de Ieng Sary, raconte que Sar fut vexé d'être traité comme une simple recrue paysanne, d'autant que ses chefs étaient vietnamiens et non cambodgiens. 'Ce fut une expérience très pénible, dit-elle. Le Viêt-minh mettait à l'écart tous les étudiants de Paris, les chargeait de nourrir les poulets, de vider les latrines. Saloth Sar dut porter des excréments pour les Vietnamiens, on ne lui confia pas de tâche politique'. Les Vietnamiens ont un souvenir différent et, selon eux, Sar apprit à militer à la base avec les masses, à constituer des comités *Issarak* au niveau du village” (Elizabeth BECKER, *op. cit.*, p. 85).

⁴ Sur le détail des mesures prises par Sihanouk contre les communistes ou les hommes de gauche modérés, de la lutte politique (accueil au gouvernement pour les neutraliser, infiltration d'agents dans le

Plusieurs de ces communistes de la seconde génération choisissent de rester en ville pour y mener un travail de propagande. Enseignants dans des établissements de la capitale (comme Saloth Sar, Khieu Ponnary, Khieu Thirith) ou de province (comme Koy Thuon, Chea Huon) ; journalistes (comme Khieu Samphan), ils acquièrent une réputation irréprochable d'honnêteté, de modestie et de frugalité austère, tranchant fortement avec la marque ostentatoire de la position socio-professionnelle privilégiée qui constitue la norme sociale cambodgienne. Cela leur vaut l'estime de leurs élèves et l'adhésion de certains d'entre eux. Des intellectuels réputés et estimés comme Khieu Samphan, Hu Nim et Hou Yuon entrent à l'Assemblée Nationale – sous l'étiquette du Sangkum – ou au gouvernement. Quinze années plus tard, en 1976, dans un récit que nous rapportons plus loin, c'est de leur discours sur la justice sociale et le sort misérable réservé aux paysans dont se souviendra un jeune médecin cambodgien alors en stage en France, lorsqu'il répondra sans hésitation à l'appel du Kampuchea Démocratique. Mais, dans ces années 1960, le Pracheachun vivote, divisé entre les comités ruraux organisés à partir des anciennes bases *issarak* nationalistes, les comités de Phnom Penh, les combattants exilés au Viêt Nam et les militants pro-chinois, membres de l'Association d'Amitié Khméro-Chinoise (comme Hu Nim, Phouk Chhay ou Tiv Ol).

Si la prédominance vietnamienne dans le mouvement communiste cambodgien – par l'intermédiaire des vétérans “khmer viêt-minh” – n'est pas encore remise en cause, le groupe de Pol Pot prend de l'importance. En 1960, le Parti change de nom pour celui de Parti des Travailleurs Khmers et, pour la première fois, Pol Pot entre au Comité Central, occupant la troisième place, juste après deux vétérans (Tou Samouth et Nuon Chea). Deux ans plus tard, le “numéro un” Tou Samouth est assassiné dans des circonstances qui restent obscures – l'une des hypothèses voulant que son ancien secrétaire Pol Pot soit à l'origine de son élimination ; l'autre, que la Sûreté du Sangkum lui ait rendu ce macabre service. En 1963, Pol Pot accède donc à la tête du Parti en tant que Secrétaire Général, tandis que Ieng Sary prend la troisième place. Trois ans plus tard, le mouvement prend son nom définitif de Parti Communiste du Kampuchea.

mouvement, interdiction de journaux), à la fraude électorale (“bourrage” des urnes aux élections de 1955 notamment, pression sur les candidats) puis à la répression policière, voir Elizabeth BECKER, *op. cit.*, pp. 90-99.

Les années qui suivent, jusqu'à l'éviction du prince Sihanouk en 1970, sont marquées par deux événements. Le premier est l'entrée dans la clandestinité de plusieurs centaines de militants urbains¹ – et, en particulier, de membres importants du Parti, tels Pol Pot et Ieng Sary dès 1963. Ils quittent discrètement Phnom Penh pour participer activement à l'organisation du mouvement dans les zones rurales, délaissant la propagande auprès des lycéens et des étudiants. Leur quartier général se déplace de l'Est, proche de la frontière vietnamienne, aux hauts plateaux du Nord-Est, habités surtout par des minorités ethniques montagnardes qui accueillent les maquisards et leur fournissent de fidèles recrues. Sociétés communautaires perçues comme incarnant la pureté des origines², elle leur inspirent quelques-unes des mesures appliquées ensuite à l'ensemble du pays, comme la collectivisation totale ou l'abolition de la monnaie. Cette période de dix ans, pendant laquelle les dirigeants du futur Kampuchea Démocratique vivent dans la jungle, coupés du monde extérieur, est importante pour comprendre la vision du monde et de la société idéale qu'ils développent alors.

“En s'éloignant de plus en plus de la capitale, des plaines de l'Est aux collines reculées du Nord-Est, Saloth Sar et le Comité central abandonnaient non seulement la culture et la société qui avaient engendré leur conception de la révolution mais aussi un grand nombre de leurs idées mêmes. Dans leur isolement physique et politique, les Khmers Rouges remplacèrent les anciennes notions qu'ils avaient héritées d'autres communistes par une nouvelle politique confuse et dictée en grande partie par les nécessités du moment. [...] Il leur fallut abandonner de vieilles idées – le 'communisme international' ne leur avait été d'aucune aide lorsqu'ils avaient eu besoin de leurs alliés [à la suite des Accords de Genève].

Et ils n'avaient quasiment pas de théorie pour remplacer ces vieilles idées. Leur réponse consista à glorifier leur situation misérable, à faire de nécessité vertu, à ériger la 'pureté', la loyauté absolue en considération majeure dans un climat qu'ils jugeaient plein de traîtres, et d'amis pouvant trahir leur mouvement. Ainsi, dans leur solitude, [Saloth] Sar et le Parti mirent l'accent sur la grandeur de la lutte avec de maigres ressources, la pureté de 'l'autosuffisance'. Etre pur devint pour Sar une obsession, qui déboucha sur des atrocités lorsque cette conception étroite de la révolution, élaborée dans les montagnes, fut étendue à la nation tout entière”³.

¹ Ben KIERNAN (“Pol Pot et le mouvement communiste cambodgien”, in Serge THION et Ben KIERNAN, *op. cit.*, p. 176) avance le chiffre de 2 100 à 2 200 lycéens, étudiants et enseignants ayant pris le maquis en 1967-1968, essentiellement attirés par les figures pro-chinoises du mouvement communiste.

² Pol Pot signe ses premiers articles du pseudonyme de “Khmer originel” (*Khmaer daeum*).

³ Elizabeth BECKER, *op. cit.*, pp. 114-115.

Le second événement est la décision prise, à la fin des années 1960, de déclencher la lutte armée. Le Viêt-minh qui recherche l'appui du prince Sihanouk afin de maintenir ses bases en territoire cambodgien, juge cette action prématurée et ne la soutient pas pleinement. C'est donc le renversement du prince Sihanouk et la promulgation de la République Khmère, soutenue par les Etats-Unis, qui vont hâter le processus de la victoire militaire en modifiant les alliances stratégiques du Parti Communiste du Kampuchea.

2 - L'alliance avec le prince Sihanouk sous la République Khmère

En mars 1970, le prince Sihanouk destitué, en exil à Pékin, appelle au soulèvement populaire et annonce la création d'un Front Uni National du Kampuchea (F.U.N.K.), rassemblant les opposants au régime de Phnom Penh. Le gouvernement en exil (Gouvernement Royal d'Union Nationale du Kampuchea, G.R.U.N.K.), dont la composition est annoncée en mai, compte des personnalités communistes, des progressistes et des sihanoukistes¹. Très vite cependant, la méfiance s'installe entre les proches du prince installés à Pékin et les hommes du maquis.

Le groupe de Pol Pot et de Ieng Sary n'a aucune sympathie pour Norodom Sihanouk et opte dès le départ pour une collaboration purement tactique, utilisant son prestige à l'intérieur du Cambodge rural comme à l'extérieur du pays². Sur le terrain, les communistes cambodgiens constituent de toute façon la seule force armée organisée du F.U.N.K., avec la collaboration active des Vietnamiens. Jusqu'en 1973, tandis que la pression des combats contre l'armée de Phnom Penh repose essentiellement sur ces derniers, les Cambodgiens s'emploient à une intense propagande dans les villages pour acquérir le soutien paysan, utilisant l'image du prince, chef officiel de leur mouvement ; rapportant les conditions odieuses de luxe dans lesquelles

¹ Le ministère de la Santé lui-même reflète cette composition. Le ministre est le Dr Ngo Hou, médecin devenu militaire et proche conseiller du prince. Le vice-ministre est Chou Chet, membre du Pracheachun emprisonné en 1962 pour subversion pro-vietnamienne. En 1973, lorsque l'ensemble des ministères est transféré dans le maquis, le porte-feuille de la Santé revient au Dr Thiounn Thioeun.

² Le prince Sihanouk rentre au Cambodge en décembre 1975. Il demande sa "retraite" en avril 1976, date à laquelle le Front est dissous. Le prince reste néanmoins en résidence surveillée dans son palais de Phnom Penh jusqu'à la chute de ses alliés khmers rouges en janvier 1979.

vivent les hauts dirigeants de Phnom Penh pendant que le peuple vit dans la misère ; et, enfin, respectant un code de conduite strict à l'égard des populations rurales.

Parallèlement au renforcement du mouvement, le groupe de Pol Pot poursuit son ascension. En 1971, lorsque les camarades, partis à Hanoi au moment du retrait des troupes nord-vietnamiennes, rentrent au pays pour renforcer les maquis, leur présence n'est pas la bienvenue. Beaucoup d'entre eux sont éliminés, premières victimes d'une série de purges d'inspiration stalinienne qui frapperont, tout au long des années de résistance puis de celles du Kampuchea Démocratique, de nombreux militants qui, d'une façon ou d'une autre, menacent le pouvoir du groupe de Pol Pot. Les purges ne constituent d'ailleurs pas une activité marginale, mais un mode de gouvernement. Après 1973, elles sont systématiquement organisées. "Concentriques", de la Région militaire jusqu'aux villages contrôlés, elles permettent le remplacement des cadres anciens par des chefs de plus en plus jeunes, de plus en plus durs. Ces recrues sont de jeunes paysans pauvres, séparés très tôt de leur famille. N'ayant à perdre ni êtres chers, ni biens matériels, ces "forces nouvelles" sont les récipiendaires idéaux de l'endoctrinement idéologique du groupe de Pol Pot et lui assurent, en retour, une position de plus en plus solide au Comité Central et sur le terrain militaire¹.

A partir de 1973, la lutte armée au Cambodge entre dans sa phase finale, la plus dure. Cette terrible expérience laissera deux profondes empreintes sur l'idéologie "khmère rouge", liées d'une part à la rapidité de la victoire et, d'autre part à l'organisation des zones "libérées". Les Accords de Paris de 1973 réglant la seconde guerre d'Indochine mettent fin aux bombardements américains au Nord-Viêt Nam. Les communistes vietnamiens souhaitent alors voir les Khmers Rouges participer aux négociations. Mais ces derniers, préférant obtenir la victoire seuls dans leur propre pays, refusent et obligent le Viêt-cong à évacuer leur territoire national. La force de frappe étatsunienne, dégagée du Viêt Nam, est alors entièrement concentrée sur le Cambodge et utilisée à la demande de l'Etat-major républicain de Phnom Penh. Plusieurs centaines de milliers de tonnes de bombes s'abattent sur le pays jusqu'en août 1973, accentuant chez les jeunes recrues khmères rouges et leurs chefs, évoluant dans des conditions

¹ Ben KIERNAN, "Pol Pot ...", *art. cit.*, pp. 200-201.

presque inhumaines, une dureté personnelle qui influencera la façon dont beaucoup d'entre eux traiteront ensuite leurs ennemis après la victoire, population civile comprise.

Car, à partir de l'offensive de 1973, les troupes communistes sont sacrifiées au combat. “On nous disait d'attaquer immédiatement, quelles que fussent les pertes, du moment qu'on gagnait, sans nous préoccuper du nombre de morts parce que ça n'avait pas d'importance”, dit un dissident du mouvement¹. Par ailleurs, à cette époque, la production agricole des “zones libérées” par les communistes cambodgiens est réorganisée. C'est le réseau des coopératives qui permet de nourrir la population et les combattants, dans des conditions qui n'autorisent guère le mode traditionnel de production rizicole en petite propriété privée. Les conditions de vie des populations habitant ces “zones libérées” et les violences à leur égard entraînent toutefois la fuite de plusieurs dizaines de milliers de villageois vers les places encore tenues par l'armée de Phnom Penh².

De cette période qui se termine en avril 1975, il restera, dans le Kampuchea Démocratique, la glorification d'une guerre révolutionnaire khmère à nulle autre pareille, inlassablement célébrée dans les slogans et les chants. Unique par la rapidité de la victoire obtenue sur la plus grande puissance du monde, par les souffrances endurées – toutes vantardises qui ne manquent pas d'agacer quelque peu les Nord-vietnamiens. L'enthousiasme du succès et les essais concluants de coopératives entraînent l'idée d'une révolution agraire qui, elle aussi, sera plus rapide et plus radicale qu'ailleurs, la Chine restant le modèle implicite de développement, tandis que la mise en place d'un puissant système de contrôle et de répression de la population prend pour exemple l'U.R.S.S. stalinienne. Les combattants deviendront des héros martyrs qu'aucune des privations endurées ensuite par le “peuple du dix-sept avril” – celui qui, resté en ville ou réfugié dans les zones républicaines, ne participait pas à l'effort de guerre – ne pourra prétendre égaler dans la nouvelle société militarisée.

¹ Interviewé par Steve Heder, cité par Elizabeth BECKER, *op. cit.*, p. 161.

² 50 000 réfugiés en 1973 puis 30 000 au début de 1974, d'après Serge THION, “Chronologie...”, *art. cit.*, p. 282.

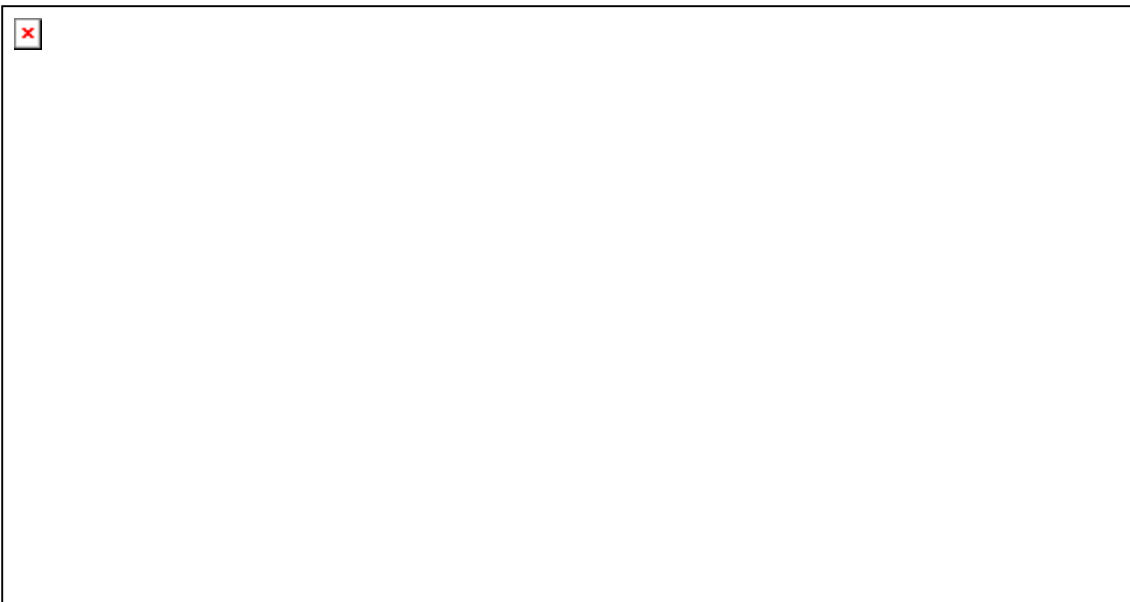
Lorsque les soldats khmers rouges, convergeant de plusieurs zones militaires, prennent Phnom Penh le 17 avril 1975 (voir photos Ia et Ib, page suivante), les structures du pouvoir, les principaux éléments idéologiques et la politique prévue pour le pays sont déjà en place. Les Zones provinciales (*phumpheak*, PUmPaK), divisions militaro-administratives héritées de la période de lutte sont encore relativement autonomes mais progressivement prises en main par Phnom Penh, grâce aux purges qui éliminent les cadres accusés d'être des "agents de la C.I.A." ou des "agents vietnamiens". Le groupe Pol Pot achève vers 1977 sa main-mise totale sur l'ensemble des Zones. La population est, elle, strictement encadrée dans des équipes de travail de type militaire, au sein de coopératives regroupées en Régions (*dambon*, tMbñ'). Le cloisonnement des unités de production est en général très important et les déplacements soumis à autorisation. C'est cette organisation du pouvoir qui explique les différences de modes de vie rapportés par la population selon les Zones, les coopératives, en fonction des petits cadres directs¹.

¹ Voir Anthony BARNETT ("Democratic Kampuchea : a Highly Centralized Dictatorship", in David P. CHANDLER and Ben KIERNAN, *Revolution and its Aftermath in Kampuchea : Eight Essays*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, pp. 212-229), à propos des ambiguïtés du pouvoir sous le Kampuchea Démocratique. L'article est écrit dans le contexte d'un débat aux implications idéologiques sur les véritables responsables du désastre cambodgien (les décisions politiques étaient-elles prises au sommet en toute connaissance de cause ou, au contraire, les différences régionales et les luttes de pouvoir ont-elles produit des effets inattendus ?).

Photo Ia – Entrée des soldats khmers rouges à Phnom Penh, avril 1975.



Photo Ib – La foule accueille l'entrée des soldats khmers rouges



D'après *Indochine oubliée*.

Sur le plan idéologique, le régime khmer rouge se prononce pour l'indépendance totale et sans compromission du Kampuchea. Le pays est de ce fait presque entièrement coupé du monde extérieur, hormis les experts et l'aide fournis par la Chine et acceptés du bout des lèvres. La révolution agraire doit, seule, transformer le Cambodge en un pays puissant, autonome et capable de financer son industrialisation grâce à son agriculture. La paysannerie pauvre est de ce fait exaltée et ses anciens exploités conspués. Enfin, ce système idéologique s'enferme dans une logique interne implacable qui lui interdit de mesurer ses erreurs en recourant à la simple observation de la réalité. Malgré le soutien accordé, à ses débuts, par une fraction non négligeable de la population citadine ou rurale, il choisit une fuite en avant dont il ne peut revenir, attribuant les échecs aux “ennemis” partout présents – et parfois réels – dans une paranoïa qui lui fera agresser son voisin vietnamien quand l'effondrement du régime s'annoncera.

Les prémisses du régime totalitaire sont d'ores et déjà là : développement, après la déception des Accords de Genève qui entaille la solidarité communiste, d'une idéologie plus vague, plus axée sur les intérêts nationaux, plus cynique aussi (car le mensonge est un moyen de gagner des sympathisants) dans l'isolement de la jungle ; mise en place d'une tactique de prise de pouvoir s'appuyant sur des alliances (notamment avec le prince Sihanouk) purement conjoncturelles ; série de purges très tôt commencée par l'élimination, précisément, des alliés tactiques devenus inutiles (les “Khmer Viêt-minh”) ; mise en place d'une armée constituant les éléments d'élite du régime – mais néanmoins sacrificiables à merci –, sphère intermédiaire entre les chefs et la masse. Il existe une différence, résidant dans la forme du pouvoir exercé, entre un régime autoritaire et un système totalitaire, écrit Hannah Arendt¹. C'est sans doute en cela que la Chine maoïste se distingue du régime khmer rouge, bien qu'elle en ait été la principale inspiratrice et le principal soutien.

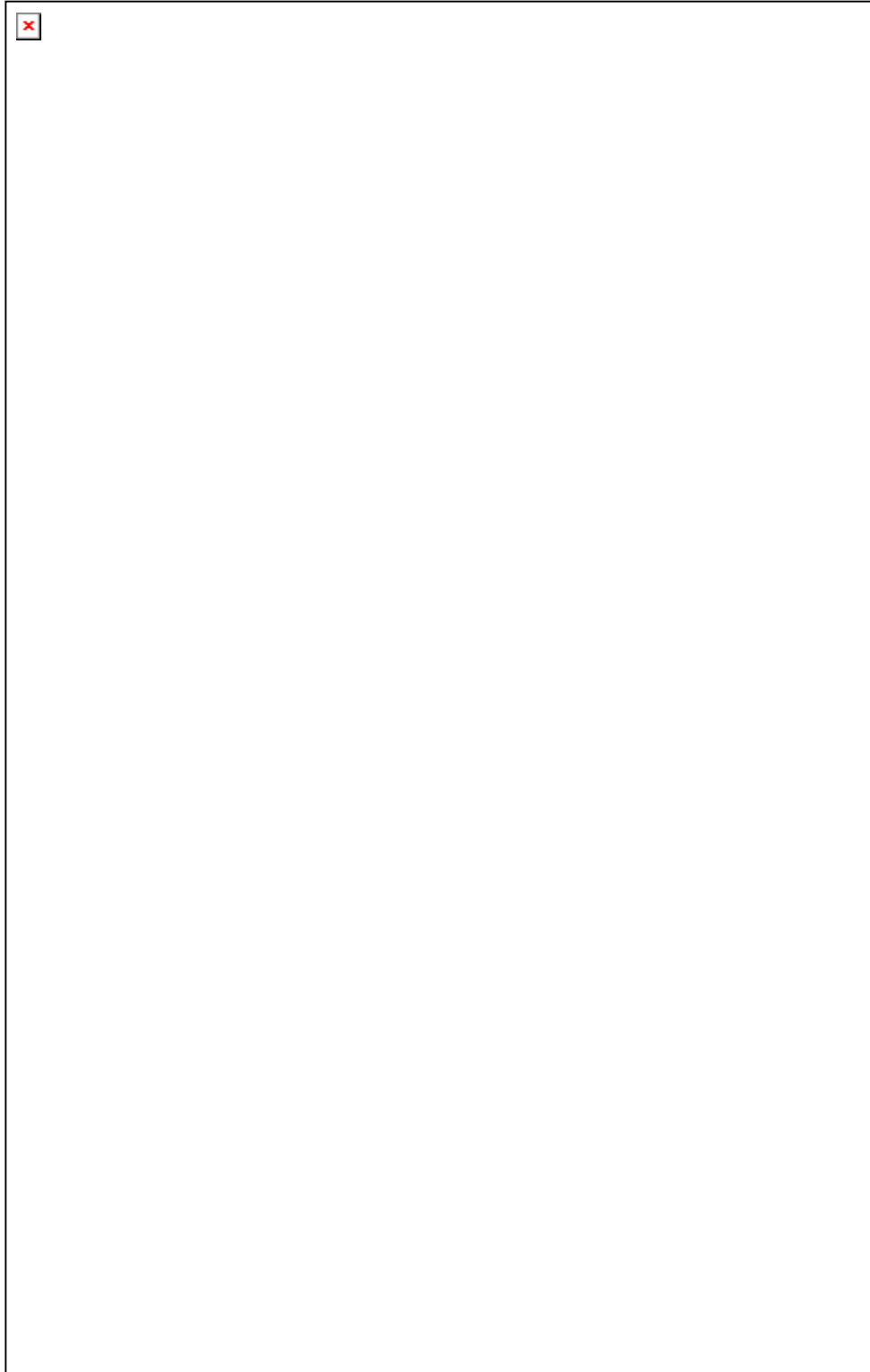
Le pouvoir totalitaire vide l'idéologie de son contenu et s'en sert comme d'une coquille vide. Il s'appuie et se nourrit, en premier lieu, sur une “masse” constituée d'individus atomisés et isolés, sans appartenance de classes, de groupes et tous rendus semblables dans leur inutilité fondamentale. La guerre avait déjà, au Cambodge,

¹ Hannah ARENDT, *op. cit.*

destructuré la société. Les chefs khmers rouges parachèvent le processus en s'attaquant systématiquement à toutes les attaches sociales. D'abord, par les déplacements incessants de population : l'évacuation de Phnom Penh et de tous les centres urbains, jetant des centaines de milliers de personnes sur les routes, puis par d'autres déportations qui se succèdent à intervalle régulier (voir carte III, page suivante) ; ensuite par la destruction des liens familiaux et la séparation des parents et des enfants, le maintien des adolescents dans des équipes mobiles (*kong chalat*, *kgcl&t*), l'utilisation des enfants comme espions. Enfin, par l'interdiction des religions et des cultes.

Si l'on suit encore Hannah Arendt, le totalitarisme repose sur une philosophie de l'être humain qui prête en quelque sorte à ce dernier une puissance totale puisqu'il peut créer paradis comme enfer en faisant advenir par l'imagination des mondes entièrement inventés grâce à un usage particulier de l'idéologie et du pouvoir. Qu'en est-il dans le domaine de la médecine ?

Carte III - Déportations sous le Kampuchea Démocratique (1975-1979)



Source : Eva Mysliwicz, *L'isolement international du Kampuchea*, Oxfal, Bruxelles, 1987.
D'ap. Raoul M. JENNAR, *Les clés du Cambodge*, Maisonneuse et Larose, 1995, p. 321.

B - Le système de santé khmer rouge : pureté idéologique et rapport à la réalité

1 - “Le médicament essentiel pour soigner la maladie est la nourriture”¹

Du point de vue des rapports du Cambodge avec l'aide et l'influence étrangères, le constat de départ des dirigeants khmers rouges n'est guère différent de celui des gouvernants précédents. Le Cambodge est un pays qui ne cesse de se réduire comme une peau de chagrin. Il doit retrouver l'époque glorieuse d'Angkor et la révolution khmère se présente comme une épopée des temps modernes, seule capable de laver les humiliations passées. Si les communistes cambodgiens ont, en leur temps, soutenu le neutralisme sihanoukiste basé sur des alliances équilibrées, ils proposent à présent une version plus radicale de la souveraineté. Le rejet total de l'aide étrangère – hormis celle de la Chine et dont on se prémunit en contrôlant strictement les experts – est à la base de la politique de développement économique, comme on peut le lire dans l'introduction du Plan Quadriennal, qui devait couvrir les années 1977-1980.

“Nous n'avons pas d'assistance de l'extérieur pour l'industrie ou l'agriculture [...] D'une manière générale, les autres pays (socialistes) ont été fortement assistés par le capital étranger après leur libération. Pour nous, à présent, il y a l'aide chinoise, mais elle est faible comparée à d'autres pays. C'est la politique de notre Parti. [...] C'est parce que, si nous demandions leur aide [à des pays socialistes étrangers], ils nous imposeraient à coup sûr des conditions politiques”².

L'auto-suffisance, dans ces conditions, doit s'appuyer sur les atouts économiques nationaux, en l'occurrence la production rizicole. Grâce à une augmentation considérable des surfaces et des rendements, dans un pays déjà dévasté par cinq années de guerre, le riz doit devenir la première monnaie d'échange avec l'extérieur et permettre, dans un second temps, le développement des secteurs industriels légers et lourds, comme le préconisait Mao. Pour accomplir ce “super grand bond en

¹ Extrait du “Drapeau Révolutionnaire” (*Tung Padevat*), organe du Parti, cité par Ben KIERNAN, “Pol Pot...”, *art. cit.*, p. 193.

² “The Party's Four-Year Plan to Build Socialism in All Fields, 1977-1980”, in David P. CHANDLER, Ben KIERNAN and Chanthou BOUA, *Pol Pot Plans the Future. Confidential Leadership Documents from Democratic Kampuchea, 1976-1977*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1988, p. 47. Ce Plan devait être rendu public en septembre 1976. Il n'a finalement circulé que dans un cercle restreint de responsables. Traduction personnelle.

avant”, plus rapidement que dans n'importe quelle autre société révolutionnaire, la majeure partie des forces humaines doivent être mobilisées dans de vastes “offensives” de travaux rizicoles (repiquage, désherbage, moisson), de défrichage et de mise en culture, de construction de digues destinées à l'irrigation des rizières, de barrages hydrauliques, de routes.

Mais il ne faut pas uniquement voir, dans cette directive exprimée d'auto-suffisance et de développement agraire, la volonté d'utiliser de “grands moyens” pour arriver à une fin précise. L'idéologie, dans les régimes totalitaire, est transformée en simple procédé d'organisation qui n'est pas soumis à un impératif de réussite. “Les mouvements totalitaires se servent du socialisme et du racisme [respectivement dans les régimes stalinien et nazi] en les vidant de leur contenu utilitaire, intérêts d'une classe ou d'une nation. La forme de prédiction infaillible sous laquelle étaient présentés ces concepts est devenue plus importante que leur contenu. La première qualification d'un chef de masses [*l'Angkar* dans le cas cambodgien] est désormais une incessante infaillibilité ; il ne peut jamais admettre d'erreur. De plus, la présomption d'infaillibilité est fondée moins sur son intelligence supérieure que sur son interprétation correcte des forces essentiellement sûres de l'histoire ou de la nature, forces que ni la défaite ni la ruine ne peuvent démentir, puisqu'elles doivent nécessairement s'affirmer à long terme ”¹, calculé en dizaines d'années voire en siècles.

¹ Hannah ARENDT, *op. cit.*, pp. 74-75.

L'idéologie de l'auto-suffisance et du développement de la production agricole permettent ainsi la mise en place des grands travaux forcés qui maintiennent les masses en mouvement permanent. Tous les citadins et les réfugiés des villes, en particulier, sont déportés vers les zones de production pour contribuer à ces tâches. Les exigences fixées par le Centre portent tout particulièrement sur la Zone Nord-Ouest, la plus riche productrice de paddy avant-guerre (voir carte IV, page suivante), où un million de citadins est déplacé. Le travail ne suffit pas à produire les quantités demandées puisqu'il est réalisé à mains nues la plupart du temps¹, par des gens peu habitués à ces contraintes et dirigé par des cadres souvent incompetents – tandis que les techniciens qui auraient pu aider à rationaliser la production agricole sont exclus. Pour cacher les rendements insuffisants, les cadres truquent les chiffres et réduisent les rations alimentaires pour expédier, coûte que coûte, le riz au Centre. A partir de 1976-1977, la famine s'installe véritablement, faisant de très nombreuses victimes. Le principe de l'auto-subsistance poussé à ses ultimes conséquences nous montre ainsi, à l'œuvre, ce “mépris totalitaire pour la réalité et les faits”² et cette “tyrannie de la logique”³ selon lesquels, une fois décidée l'auto-subsistance, elle doit survenir coûte que coûte car elle va dans le sens de l'Histoire, animée d'un mouvement propre. Le slogan “le médicament essentiel [...] est la nourriture” s'avère cruellement exact dans cette logique.

¹ Le groupe de Pol Pot se montre défavorable à la mécanisation de l'agriculture, contrairement aux communistes proches du Viêt Nam. Le Secrétaire de la Zone Nord-Ouest, où l'on utilise des tracteurs, sera éliminé et qualifié d’“agent du K.G.B.” D'ap. Ben KIERNAN, “Pol Pot ...”, *art. cit.* p. 194.

² Hannah ARENDT, p. 199.

³ *Ibid.*, p. 223.

Carte IV - Divisions administratives sous le Kampuchea Démocratique



D'ap. Michael VICKERY, *Cambodia : 1975-1982*, Boston : South End Press, 1984, p. vi.

La santé et l'éducation, dans cette perspective, sont reléguées à plus tard, lorsque la production rizicole sera suffisamment lancée, comme l'exprime un article du "Drapeau révolutionnaire" (*Tung padevat*), l'organe du Parti Communiste du Kampuchea, en juin 1976 :

*"Nous nous appuyons sur l'agriculture pour étendre d'autres domaines tels que l'industrie, les usines, l'extraction minière, le pétrole, etc. La clé de base est l'agriculture. L'autosuffisance signifie que le capital vient de l'agriculture. A partir de 1977, l'Etat n'aura plus rien à donner à la zone [Sud-Ouest] parce qu'il n'y a plus aucune ressource. Nous devons donc les acquérir par l'échange, en prenant le riz de la zone pour faire des achats. Les services sanitaires et l'action sociale doivent aussi s'appuyer sur l'agriculture. Les médecins doivent soigner les malades. Le médicament essentiel pour soigner la maladie est la nourriture. S'il y avait assez à manger, il y aurait peu de maladies."*¹

Le principe de stricte auto-suffisance a donc une première conséquence sur le système de santé : la subordination totale de ce dernier à la politique du riz. Il en a également une seconde. Dans le domaine sanitaire comme dans tous les autres, le Kampuchea Démocratique doit compter sur ses propres ressources dans la production nationale de médicaments.

2 - Une médecine khmère et révolutionnaire

Contrairement à ce qui a parfois été perçu de la médecine "khmère rouge", sa principale caractéristique n'est pas le rejet total et inconditionnel de la médecine occidentale, qu'elle cherche plutôt à s'approprier. Elle résulte des positions idéologiques précédemment décrites concernant la méfiance à l'égard du monde extérieur, la fermeture presque totale du pays sur lui-même, l'auto-suffisance la plus complète possible et l'éviction des spécialistes des régimes précédents, suspects politiquement. De ce fait, elle constitue un mélange resté hétéroclite – parce que, ne constituant pas une priorité, les efforts n'ont jamais porté sur ce domaine – et largement inopérant, de pharmacopée traditionnelle, de procédés biomédicaux et de croyance dans les vertus intrinsèques de la conscience révolutionnaire. De quelles informations

¹ Cité par Ben KIERNAN, *op. cit.*, p. 193.

dispose-t-on si l'on attache, dans un premier temps, aux directives et aux réalisations sanitaires ?

a) Les médicaments : suivre la science moderne selon les méthodes populaires¹

Les médicaments chimiques, comme on l'a vu, sont soumis aux restrictions prononcées par le Kampuchea Démocratique à l'encontre des aides étrangères, fussent-elles humanitaires. Le refus de ces aides est un choix propre à la ligne de Pol Pot. Un historien affirme en effet que la brève éclipse de ce dernier en septembre 1976, à la suite d'un conflit entre tendances idéologiques opposées, a été immédiatement suivie de contacts instaurés par le gouvernement cambodgien avec l'U.N.I.C.E.F. et des firmes étasuniennes, demandant l'appui de ces organisations étrangères dans la lutte contre le paludisme². Le régime entend en effet payer les produits importés. Les transactions se font par une compagnie commerciale, la Ren Fung Company créée à Hong Kong avec l'appui financier de la Chine Populaire. A la fin de 1975, du matériel divers ainsi que des médicaments sont achetés contre du poisson et du caoutchouc³. Le montant des échanges commerciaux avec la Chine, vers laquelle est exporté du riz à la même époque, ne sont pas connus avec précision mais la livraison de médicaments en fait partie.

Une autre source de médicaments chimiques, sous le Kampuchea Démocratique, est la constitution de stocks laissés dans les pharmacies ou les hôpitaux des villes désertées. Aux lendemains de la chute de Phnom Penh, des équipes dépendant de différents ministères se chargent de rassembler ces médicaments⁴. Ils sont ensuite utilisés avec une efficacité plus ou moins grande.

Parfois, ils sont bien acheminés vers les dépôts révolutionnaires. Madame Leng Vuoch Eng, une pharmacienne de Phnom Penh, déportée dans la Région numéro 4 de la Zone du Nord-Ouest se souvient ainsi avoir été appelée au

¹ C'est ce que recommande en substance le chapitre du Plan Quadriennal consacré à la santé. Voir annexe V.

² *Ibid*, pp. 252.

³ Elizabeth BECKER, *op. cit.*, p. 237.

⁴ Sur les équipes de déménagements à Phnom Penh, voir Laurence PICQ, *Au delà du ciel. Cinq ans chez les Khmers Rouges*, Paris : Ed. Bernard Barrault, 1984, 213 p. et plus particulièrement p. 35 pour les médicaments.

dépôt d'Anlong Vil (à vingt kilomètres de Battambang) pour identifier un lot de produits en vrac, provenant de la Pharmacie d'Approvisionnement Khmère – la pharmacie centrale du régime précédent. En revanche, les stocks ne sont pas toujours utilisés à bon escient. Le Dr Lan Kim Chean¹, affecté à la fin de 1978 à une infirmerie du ministère des Affaires Etrangères et travaillant sous les ordres d'une infirmière révolutionnaire a vu, quant à lui, des sacs de médicaments français périmés depuis plusieurs années et laissés à l'abandon, faute de personnel les connaissant et capable d'en faire usage.

Ces médicaments, du fait de leur rareté, sont répartis le plus souvent en fonction des catégories de population. Les hauts dirigeants et les cadres (*kamaphibal*) sont les mieux servis, ainsi que les “combattants” armés (*yothea, eyaZa*) encadrant la population. Hors de l'appareil du régime, le “peuple ancien”, classé selon ses origines paysannes et ses antécédents révolutionnaires (c'est-à-dire sa participation à l'effort de guerre dans les zones sous contrôle communiste avant 1975), subit un traitement moins pénible que les citoyens déportés mais ne bénéficie généralement pas de mesure de faveur concernant son accès aux médicaments. Le “peuple nouveau” ou “peuple du dix-sept avril”, constitué de tous ceux qui vivaient sous son contrôle républicain avant la victoire “khmère rouge”, se situe au bas de la nouvelle hiérarchie sociale, notamment ceux qui appartenaient aux catégories sociales privilégiées sous les régimes précédents. Ceux de cette catégorie sont servis en dernier dans les infirmeries rurales. Mais, à l'échelle du village et malgré l'interdiction des possessions personnelles plus ou moins sévèrement appliquées selon les lieux, tout un petit trafic souterrain s'organise néanmoins autour des trois denrées les plus rares, après l'abolition de la monnaie : le riz, les médicaments et l'or. Cette minuscule activité de troc concerne aussi bien les “anciens” – et parfois même les petits cadres qui prennent goût aux objets que peuvent offrir les citoyens – que les “nouveaux”.

Les médicaments discrètement échangés proviennent des petites réserves que les citoyens les plus prudents ont pris soin de cacher dans leurs bagages en quittant les villes, ou encore de quelques médecins révolutionnaires complaisants ou simplement compatissants, puisant dans le stock limité de leurs centres de santé. Les valeurs des produits dépendent de leur rareté relative et les “cours” peuvent varier

¹ Il s'agit d'un pseudonyme.

considérablement¹. L'aspect dérisoire de ce petit commerce contraste avec son importance vitale dans les conditions de vie extrême que connaissent la plupart des citadins et de nombreux paysans. Un ou deux comprimés d'antipaludique, d'antibiotique ou d'anti-diarrhéique sont parfois recherchés avec l'énergie du désespoir et parviennent à sauver une vie en calmant un accès de fièvre ou en résorbant une plaie infectée².

Si la pénurie alimentaire est parfois orchestrée, comme le prouvent les témoignages décrivant la découverte de stocks de riz après la chute du régime khmer rouge, cela ne semble pas être le cas des médicaments chimiques. Leur manque doit être compensé par la production locale, selon le principe d'auto-suffisance locale ; les zones (*phumpeak*), les régions (*dambon*), les districts et même les coopératives devant disposer de leurs propres unités de production pharmaceutique. C'est en tout cas ce que l'on peut lire dans un bref chapitre consacré aux “domaines de l'action sociale, de la santé et de l'élévation des conditions de vie du peuple” du “Plan Quadriennal du Parti pour construire le socialisme dans tous les domaines, 1977-1980”³ (voir annexe IV). Celui-ci distingue les “usines utilisant des méthodes populaires” des “usines pharmaceutiques modernes” (ces dernières localisées au Centre seul) mais précise que les premières, tout en faisant appel “au peuple”⁴ et aux médecins traditionnels khmers, doivent perfectionner leurs méthodes de fabrication pour aboutir à une chaîne de production de type industriel.

Des unités de production sont effectivement entrées en activité, utilisant parfois les conseils de spécialistes formés à la Faculté de Pharmacie de Phnom Penh avant 1975. L'une d'entre eux, Mme Kho Vanny, ayant rejoint les maquis

¹ En Kompong Cham entre juin et août 1975, un comprimé de Nivaquine s'échange contre un kilo de riz et un flacon de streptomycine contre quinze kilos de la même denrée. D'après François PONCHAUD, *Cambodge, année zéro*, Paris : Julliard, 1977, p. 89. Lorsque les conditions de vie deviennent plus dures, après 1977, le cours des médicaments augmente. Dans un village de la Région numéro 4, un cachet de Nivaquine vaut cent dollars ou s'échange contre un kilo de viande (d'après l'interview de Mme Leng Vuoch Eng).

² Voir par exemple le récit d'une sage-femme à ce sujet, in Ida SIMON-BAROUH, *Le Cambodge des Khmers Rouges. Chronique de la vie quotidienne. Récit de Yi Tan Kim Pho*, Paris : L'Harmattan, 1990, pp. 100 sq.

³ Traduit en anglais et commenté in David P. CHANDLER, Ben KIERNAN and Chanthou BOUA, *Pol Pot Plans the Future, op. cit.*, pp. 45-119. Je remercie Steven Heder de m'avoir indiqué cette source.

⁴ La traduction anglaise du document original est “people”. Le terme khmer aurait été très utile pour savoir de quelle catégorie de “peuple” il s'agissait.

révolutionnaires sous le gouvernement Lon Nol et aujourd'hui à Pékin, s'est occupée d'une usine fabriquant du "sérum et des médicaments traditionnels", selon une informatrice présente à Phnom Penh à l'époque. Comme beaucoup de cadres et de techniciens, elle aurait ensuite été évincée du poste pour être nommée institutrice¹. L'ancien Institut Pasteur de Chruy Changvar, dans la banlieue de la capitale, a été remis en route pour produire de la pénicilline et des vaccins. Dans les Zones, les professionnels du régime précédent ont parfois été sollicités pour contribuer à la production et à la formation du personnel révolutionnaire travaillant dans les unités pharmaceutiques. Il s'agit là d'une décision de portée idéologique qui suppose, de la part des dirigeants locaux, et en particulier des secrétaires de Zone, une attitude favorable aux intellectuels ou au personnel qualifié des régimes précédents. La Zone Nord est de celle-là, administrée par Koy Thuon, ancien professeur du lycée de Kompong Thom entouré d'intellectuels communistes.

La ville de Kompong Cham accueille la fabrique de médicaments au niveau de la Zone, où un pharmacien de Phnom Penh, déporté en Kompong Thom, est retrouvé et sollicité à trois reprises, entre juillet 1975 et la mi-1976, pour contribuer à la mise en place de la production de médicaments². Celle-ci comprend deux secteurs séparés, celui de la médecine traditionnelle placée sous la responsabilité politique et technique d'un médecin traditionnel et le secteur des médicaments modernes dont M. Ly Den assure lui-même le contrôle technique – sans responsabilité politique, bien entendu – avec trois cents employés. Un atelier est consacré à l'extraction de principes actifs à partir de végétaux (strychnine, atropine, conessine) tandis que d'autres fabriquent solutions injectables, comprimés (aspirine, sulfaganide, isoniazide, vitamines, cardio-toniques), potions et produits dermatologiques. Mr Ly Den est également sollicité, en 1976, pour la création d'un laboratoire de vaccins anti-variologiques et anti-cholériques, dont les souches sont demandées à l'ex-Institut Pasteur de Phnom Penh. La seconde tâche de Mr Ly Den, fin 1975, est la formation des cadres des services médicaux du Nord et du Centre³ pendant six semaines de stage car le Directeur régional de la Santé l'informe de "l'intention de l'Angkar de moderniser le Service de Santé et de le faire fonctionner sur des bases scientifiques"⁴.

¹ D'ap. Tribunal Populaire Révolutionnaire siégeant à Phnom Penh pour le jugement du crime de génocide commis par la clique Pol Pot-Ieng Sary (août 1979). Documents, Phnom Penh : Maison d'Édition en Langues Étrangères, 1988, p. 192.

² D'ap. LY Den, "La médecine des cadres khmers rouges", ASEMI. *Cambodge I*, 1982, XII, 1-4, pp. 193-202 et des entretiens avec lui.

³ La Zone Nord a été remaniée au profit de la Zone Centre (comme l'indique la carte IV).

⁴ LY Den, *op. cit.*, p. 196.

Une autre pharmacienne de Phnom Penh déportée, Mme Leng Vuoch Eng rapporte une expérience similaire dans la Zone Nord-Ouest. Elle a la charge d'une fabrique de médicaments située au niveau du village et non plus de la Zone (dans la Région Numéro 4, ancien district de Moung)¹. Cette unité produit des médicaments traditionnels – anti-paludiques, anti-diarrhéiques et anti-œdémateux en comprimés, moulés dans des cartouches de fusils vides. Cela est rendu d'autant plus nécessaire que les stocks de médicaments chimiques sont épuisés en février 1977. Les plantes nécessaires à la production sont récoltées sous la direction de médecins traditionnels puis distribuées dans les villages pour être transformés.

Ces productions contrôlées par un personnel qualifié – qu'il s'agisse de médecins traditionnels ou de pharmaciens ayant de bonnes connaissances en botanique – ne durent pas. Elles sont perturbées par les conflits de pouvoir au niveau central, amenant l'élimination des secrétaires des Zones Nord et Nord-Ouest (respectivement Koy Thuon, arrêté en janvier 1977, et Ros Nhim, apparemment écarté du pouvoir vers la mi-1977 puis arrêté en 1978), ainsi que de leur entourage. Les anciens collaborateurs sont, dans le meilleur des cas, renvoyés à la rizière et la production se poursuit sous le contrôle de responsables non qualifiés, nommés pour des raisons idéologiques. D'autres sont exécutés pour leur collaboration, semble-t-il, avec les cadres “ennemis”.

Le même phénomène se produit dans les hôpitaux où les efforts pour organiser un réseau couvrant l'ensemble du pays sont souvent sapés par les déplacements incessants de personnel et leur disparition dans les trains de purges.

b) Les hôpitaux

Le Plan Quadriennal prévoit un réseau hospitalier, qui, à l'instar des dispositifs des régimes précédents, est calqué sur les subdivisions administratives et doit couvrir les besoins des populations, de la Zone à la coopérative, en passant par les Régions et les Districts. De nombreux témoignages évoquent ces établissements, laissant penser qu'ils étaient nombreux dans le pays, même à l'échelon villageois, ce qui n'a jamais été le cas auparavant. A Phnom Penh, une fois la capitale vidée de ses habitants et de ses réfugiés, plusieurs hôpitaux continuent de fonctionner. C'est le cas,

¹ D'ap. LENG Vuoch Eng, “Les soins dispensés à la population sous les Khmers Rouges”, *ASEMI. Cambodge I*, 1982, XII, 1-4, pp. 203-210 et un interview avec elle.

au moins, des anciens hôpitaux Calmette et de l'Amitié Khméro-Soviétique, et, semble-t-il, celui de Preah Ket Mealea, d'après des témoignages que nous avons recueillis. Contrairement aux prévisions du Plan quinquennal, toutefois, il ne semble pas que des établissements spéciaux pour les traitements de la tuberculose, de la lèpre et des maladies mentales aient été créés¹.

L'hôpital Calmette se consacre à la gynécologie et à l'obstétrique². Comme toutes les unités de travail, il constitue un univers presque clos sur lui-même, assurant sa propre subsistance et très isolé de la ville. Le personnel médical, aidé de travailleurs affectés à l'unité, cultive son propre potager et s'astreint à de très longues journées de travail au cours desquelles les déplacements, strictement réglementés, ne dépassent guère le va-et-vient entre les logements, tout proches, et l'hôpital. La division des responsabilités, politiques ou techniques, est également très marquée. La directrice politique s'occupe de la gestion, de l'administration et des réunions, tandis que le personnel technique se consacre à la réception des patients et à la formation des nouveaux médecins recrutés par le régime.

L'hôpital Calmette accueille en priorité des cadres ou du personnel subalterne exerçant à Phnom Penh, mais également des paysans, précise notre interlocutrice. C'est surtout après 1977 que, probablement à cause des pénuries de médicaments à l'intérieur du pays, les enfants de province arrivent plus nombreux, souvent dans un très mauvais état physique. Comme partout ailleurs, ils souffrent dans la majorité des cas de dysenterie et de malnutrition. Mais, contrairement aux infirmeries villageoises, l'hôpital est suffisamment pourvu en médicaments chimiques, fournis par l'aide chinoise. A partir du début de 1976, en effet, une équipe de deux à quatre spécialistes chinois (gynécologues et pédiatres) assure une présence permanente, consacrant la matinée à la visite des malades et l'après-midi à la formation accélérée d'une vingtaine de médecins révolutionnaires.

L'hôpital Calmette n'utilise que des biomédecins – l'équipe chinoise et une Cambodgienne formée en Chine – encadrant une équipe de médecins révolutionnaires formés sur le tas, et des médicaments chimiques. Il est très probable que cela ait été le cas à l'hôpital du Dix-Sept Avril également, où exercent deux

¹ Nous n'avons pas d'informations précises sur les raisons du choix de ces trois pathologies. Le Dr In Sokan, pneumologue ayant rejoint la révolution, est peut-être à l'origine du premier projet qui n'a pas vu le jour. Quant à la volonté de créer un hôpital psychiatrique à Phnom Penh, il faut peut-être y voir un lien avec les troubles mentaux dont commençait à souffrir Khieu Ponnary, épouse de Pol Pot et sœur de la ministre des affaires sociales, responsable politique du secteur de la santé.

² Cette description se base sur un entretien avec Catherine Thiounn, nièce du ministre de la Santé de l'époque et "médecin aux pieds nus" formée en Chine Populaire, en exercice à l'hôpital Calmette de décembre 1975 à la fin du régime.

révolutionnaires, les docteurs In Sokan et Thiounn Thioeun. Ces hôpitaux, bien achalandés, sont en général réservés à l'élite révolutionnaire – et parfois, aux travailleurs de Phnom Penh – qui dispose, dans tous les domaines, de condition de vie très supérieure – en terme de quantités de travail et de nourriture – que les autres catégories de population. Cela laisse penser que la biomédecine est valorisée puisqu'elle est en priorité disponible pour les cadres. Le cloisonnement des activités et des unités veut cependant que chacune possède sa propre infirmerie¹. Celle de “B1”, le ministère des Affaires Etrangères, dispose d'un médecin formé à Pékin, assisté d'une infirmière révolutionnaire.

La situation est plus complexe dans les subdivisions administratives. D'une manière générale, plus on “descend” vers les coopératives et plus le “peuple du dix-sept avril” est concerné, plus les infirmeries sont rudimentaires, mal entretenues, pourvues d'un personnel médical révolutionnaire insuffisamment formé et disposant d'un stock de remèdes de fabrication artisanale. *Grosso modo*, l'accès aux soins s'est fait principalement sur la base de l'appartenance aux nouvelles catégories révolutionnaires ; les cadres et leurs subalternes bénéficiant des traitements de tous types (dont certains parfois dispensés au Viêt Nam dans les premières années, ou en Chine), tandis que le “peuple ancien” et surtout le “peuple nouveau” connaissent souvent la pénurie ou des traitements rudimentaires et parcimonieux dans les infirmeries décrites comme des mouiroirs.

Sous le Kampuchea Démocratique, la politique sanitaire du régime a donc bien existé, même si les préoccupations ont été essentiellement agricoles. La construction d'infirmeries dans les villages, l'organisation d'une production nationale de médicaments en témoignent. Pour en comprendre néanmoins le fonctionnement réel, il faut s'interroger sur ce que signifient ces efforts sanitaires et leurs paradoxes. En effet, le régime a entretenu sa propre pénurie médicale en accumulant les obstacles au développement de sa politique. Ainsi, le principe d'auto-suffisance appliqué jusqu'à l'absurde a interdit l'importation de médicaments chimiques ; l'absence de planification

¹ Entretien avec Laurence Picq, épouse française d'un cadre cambodgien du régime, autorisée de façon exceptionnelle (ainsi qu'une compatriote) à rester dans le pays et affectée au ministère des Affaires Etrangères à Phnom Penh.

réaliste n'a pas permis de couvrir les besoins en médicaments ; les stocks restant ont moisi sans qu'on s'en préoccupe vraiment ; les efforts de collaboration avec des pharmaciens formés sous les régimes précédents n'ont pas résisté aux conflits de pouvoir et aux purges. Quant aux “traitements révolutionnaires” fabriqués à partir de plantes médicinales, ils ont été considérablement simplifiés par rapport à la pharmacopée traditionnelle¹.

Dans cette mise en scène sommaire et formaliste d'un souci pour la santé publique et dans ses résultats médiocres², il faut voir le résultat de deux caractéristiques du régime totalitaire : d'une part la manifestation du caractère superflu de l'individu et, d'autre part, un mode d'exercice du pouvoir qui s'exerce par la terreur, le Chef étant le garant de la mise en marche inéluctable du principe au nom duquel la révolution est faite³ – dans ce cas, l'Histoire khmère, le Communisme. L'inutilité de l'individu est une nécessité des régimes totalitaires, anti-utilitaristes : “à travers un mode de vie où le châtement n'est pas fonction du crime, où l'exploitation se pratique sans profit, où le travail ne produit rien”⁴. Cela s'exprime dans le slogan maintes fois ressassé par les petits chefs khmers rouges locaux et rapportés par les témoins “bourgeois” de cette époque : “vous garder en vie ne nous apporte rien, vous éliminer ne nous enlève rien”. L'individu est ainsi réduit à sa “vie nue”⁵, c'est-à-dire à ses fonctions vitales et à sa force de production utilisée au maximum, l'idéal étant, selon un slogan, de “mourir sur le chantier” une fois ses forces épuisées au travail (*slap neuo leu karethan, sɔab'ənAellkardðan*)⁶.

En second lieu, la Santé s'identifie totalement à la Vérité du régime (c'est-à-dire l'Histoire qui consacrera à nouveau la grandeur du Cambodge grâce au travail acharné et la mise en valeur de la rizière comme au temps d'Angkor). Etre un bon

¹ Les témoins déportés à la campagne appellent souvent par dérision “crottes de lièvre” (*ach tonsay*) les pilules de fabrication artisanale qu'ils ont reçus dans les infirmeries révolutionnaires et distribuées à tous les malades quelles que soient leurs maladies.

² Il faut garder à l'esprit, toutefois, que les Khmers Rouges ont eux-mêmes trouvé un système de santé dévasté par la guerre.

³ Cf Hannah ARENDT, *op. cit.*

⁴ *Ibid.*, p. 198.

⁵ Selon l'expression de Giorgio AGAMBEN, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris : Seuil, 1997 (Coll. “L'ordre philosophique”), 216 p. [1ère éd. ital. 1995]

⁶ Henri LOCARD, *Les “Pensées” de Pol Pot. Entendues au cours du régime khmer rouge du 17 avril 1975 au 7 janvier 1979*, Phnom Penh/Lyon/Canberra, 1994-1995, 222 p. dactyl.

élément (bien qu'une telle appréciation soit toujours provisoire, précaire) c'est travailler et obéir sans relâche. Ne plus pouvoir travailler à cause de la maladie ou d'une défaillance physique, c'est être hors de l'Histoire, hors de la Vérité. Comme nous le dit un témoin de cette époque, “la position idéologique était le plus important. La conscience était le plus important. Si on avait une conscience claire et nette, on ne tombait pas malade. Si on avait mal quelque part, c'est qu'on avait quelque chose à se reprocher. Même les combattants [les *yothea*, l'élite] ne devaient pas trop tomber malades.”¹ C'est la même logique qui pousse Khieu Thirith, ministre de l'Action Sociale et, à ce titre, responsable de la Santé à revenir d'une tournée en province avec le diagnostic suivant, liant catastrophe sanitaire et impureté idéologique :

Ainsi, lorsqu'en 1976, elle est envoyée par Pol Pot dans la Zone Nord-Ouest “pour enquêter sur les allégations faisant état d'insuffisance dans les domaines de la santé, de la nourriture et du logement des travailleurs”, elle découvre effectivement la très mauvaise situation qui prévaut et cela, souligne-t-elle, contrairement aux instructions du Premier Ministre Pol Pot. Elle rédige immédiatement un rapport sur les infractions commises par les cadres de la Zone. Mais la conclusion à laquelle elle aboutit avec les autres membres de la direction est que des “ennemis” se sont infiltrés au plus haut niveau de l'appareil de pouvoir. Les “preuves” amassées à cette occasion serviront de justification aux purges, alors que les cadences infernales imposées à la production rizicole par le Centre ne sont pas remises en cause².

Le même principe d'identification de la santé collective à la révolution khmère rouge explique que les soins ne puissent être confiés qu'à une nouvelle catégorie de médecins, les médecins révolutionnaires.

C - Appartenance de classe et conscience révolutionnaire : du médecin révolutionnaire au médecin féodal

Contrairement à ce qui a souvent été dit de la médecine khmère rouge (et ce que la propagande a elle-même communiqué), elle ne repose pas sur une réappropriation des savoirs traditionnels : elle est idéologique de part en part – en ce sens que les principes sur lesquels elle repose renvoient aux grandes directives

¹ Entretien avec Laurence PICQ, juin 1998.

² Rapporté par Elizabeth BECKER (*op. cit.*, pp. 235-236) sur la base d'un interview avec Khieu Thirith.

politiques et à elles seules – et ne peut accepter de rester enracinée dans la société d'autrefois. Les médecins révolutionnaires sont les seuls, alors, à pouvoir soigner les malades, qui doivent disposer d'une autorisation spéciale d'arrêt de travail pour se rendre au dispensaire. Cette mesure s'accompagne d'une restriction des rations alimentaires pouvant aller jusqu'à leur suppression car les malades sont improductifs. De ce fait, ce n'est pas la médecine traditionnelle et les ressources dont elle dispose qui sont particulièrement mises en valeur par le Kampuchea Démocratique car les praticiens traditionnels qui ne font pas officiellement partie du système de santé n'ont pas plus le droit de pratiquer que les biomédecins. De même, la suppression de la liberté s'étend à l'auto-médication dans de nombreux endroits, que celle-ci soit “traditionnelle” ou non. La cueillette personnelle de plantes médicinales familières à tous, comme les bourgeons de goyavier connus pour leurs propriétés anti-diarrhéiques, est interdite dans les villages les plus strictement administrés. De même, le libre recours aux conseils d'un voisin ou d'un “camarade” avisé n'est pas non plus permis¹. La dernière caractéristique importante du système de santé du régime khmer rouge réside donc dans le remodelage complet des catégories de praticiens, selon les nouveaux critères en vigueur.

1- La hiérarchie médicale et les médecins révolutionnaires

La position sociale, les conditions de vie et le sort de chacun sont déterminés, dans le Kampuchea Démocratique, par divers facteurs. La population est en effet divisée en catégories constituées suivant l'appartenance de classe, la participation à la lutte révolutionnaire d'avant la victoire et, à un moindre degré, la pureté ethnique². Outre ces appartenances collectives, ce sont les *individus* eux-mêmes qui doivent être transformés, rééduqués et constamment observés pour déceler leurs erreurs ou leurs progrès personnels. On distingue donc, au niveau individuel, les “destitués”, les

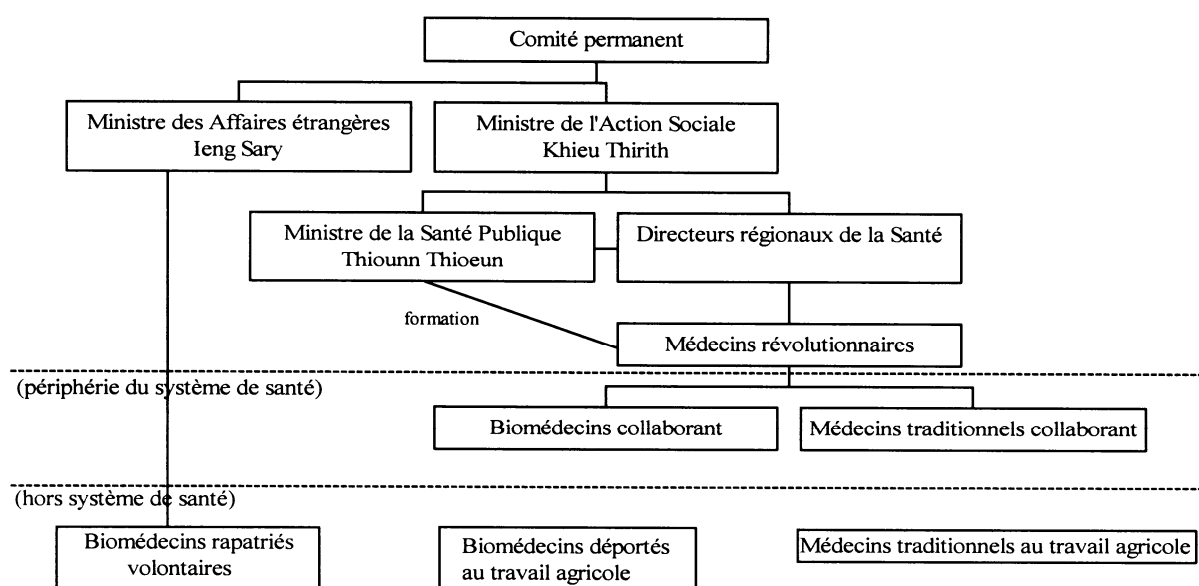
¹ Voir par exemple Laurence PICQ, *op. cit.* Pratiquant l'acupuncture avec un certain succès sur elle-même et ses compagnons, elle se fait rappeler à l'ordre car cette tâche ne lui est pas assignée.

² Les Vietnamiens du Cambodge ont été rapatriés en grande partie. Des témoignages font état de discrimination à l'encontre des Chinois et des Sino-Khmers. Dans son dernier ouvrage, Ben KIERNAN (*The Pol Pot Regime. Race, Power, and Genocide in Cambodia under the Khmer Rouge, 1975-79*, New Haven and London : Yale Univ. Press, 1996, 478 p.) fait du racisme et de la xénophobie des éléments-clés de la politique khmère rouge, leur conférant une importance plus grande que ce qui ressortait des travaux jusqu'à présent. Les recherches doivent être poursuivies en ce domaine.

“candidats” et les “plein droit”¹ à la nouvelle société. Cette classification s'applique de la même façon au personnel médical. Il ne faut toutefois pas prendre pour un principe fondamental d'organisation sociale révolutionnaire ce qui n'est que conjoncturel : les purges de cadres et les disparitions d'innocents – au sens où les faits qui leur sont reprochés sont minimes ou imaginaires – “partis étudier” sans retour, sont légions, prouvant que l'arbitraire du pouvoir totalitaire ne s'accommode pas de catégories socio-politiques fixes qui redonnerait aux individus une existence sociale. C'est dans cette perspective selon laquelle les catégories existent et fonctionnent mais n'empêchent pas l'arbitraire de la répression, que l'on tracera les grandes lignes de la nouvelle hiérarchie révolutionnaire, dans laquelle les formations initiales – biomédecins, tradipraticiens, médecins révolutionnaires – n'ont qu'une importance secondaire (voir tableau VII, page suivante).

¹ Ben KIERNAN, “Pol Pot...”, *art. cit.*, p. 196.

Tableau VII - Hiérarchie médicale sous le Kampuchea Démocratique



Khieu Thirith – épouse de Ieng Sary, belle-sœur de Pol Pot et proche du petit noyau dirigeant – contrôle officieusement, dès le début, le ministère de la santé¹. Elle en définit donc les options majeures qui sont d'ordre stratégique et non médical tandis que les thérapeutes quels qu'ils soient sont exclus des postes politiques de haut niveau. Le ministre de la Santé publique, le Dr Thiounn Thioeun ne semble donc disposer que d'un rôle technique. Issu d'une famille de la haute bourgeoisie de Phnom Penh, il est, comme ses trois autres frères, tôt engagé dans le mouvement communiste cambodgien ; lequel se sert de la renommée et de la prestance de ces membres de choix dans ses relations publiques. Thiounn Thioeun est un médecin formé à l'Université de Hanoi en 1942-1945, puis à Paris. Sous le Sangkum, il exerce la chirurgie à l'Hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique, ainsi que des fonctions d'enseignement à la Faculté de Médecine, dont il est doyen, au moment où la politique d'ouverture de Sihanouk – et peut-être la réputation de la famille Thiounn – permet à un homme de gauche d'occuper ce poste. Sous la République Khmère, il prend le maquis dans la région de Phnom Penh où il entame une intense activité de médecine de terrain (formation sur le tas de médecins révolutionnaires, organisation d'hôpitaux de campagne)².

Outre Thiounn Thioeun, dont la position est, on le voit, assez particulière dans la hiérarchie du Kampuchea Démocratique, il existe d'autres biomédecins entrés dans la révolution avant 1975. Une source fait état de vingt-cinq d'entre eux, actifs dans les maquis en 1971³. Notre enquête – forcément limitée – n'a pas pu vérifier cette information qui semble toutefois douteuse⁴, tant les médecins cambodgiens forment un groupe peu enclin à l'activisme politique, surtout de gauche. Le plus connu d'entre eux est le Dr In Sokan, pneumologue ayant également séjourné et milité en France. On le retrouve, après la victoire khmère rouge, praticien à l'Hôpital des Bonzes (devenu

¹ Fin 1975, une réunion du Comité Permanent du Parti Communiste la désigne comme responsable de la Culture et des Affaires Sociales. D'après sa fiche biographique établie par le Cambodian Genocide Programme. Elle est officiellement nommée Ministre des Affaires Sociales en avril 1976, au moment de la constitution du gouvernement.

² Il a rallié le gouvernement de Phnom Penh en 1998.

³ Malcolm CALDWELL and LEK Hor Tan, *Cambodia in the Southeast Asian War*, New York : Monthly Review Press, 1973, p. 431, cité par Michael VICKERY, *op. cit.*, n. 349, p. 328.

⁴ Elle est douteuse pour deux raisons. La première est que Malcom Caldwell, l'auteur de l'article, est un universitaire écossais sympathisant du mouvement khmer rouge qui a intérêt à fournir des chiffres élevés de ralliements (il sera assassiné à Phnom Penh en décembre 1978 au cours d'une visite). La seconde est que les biomédecins interrogés par nous à ce sujet n'en savent rien, bien qu'ils aient, en général, une bonne connaissance du devenir de leurs collègues.

hôpital du Dix-Sept Avril) et également à l'hôpital Preah Ket Mealea où, selon un médecin, alors présent à Phnom Penh qui l'y a rencontré, il “était devenu apathique, comme nous tous”.

La double répartition des responsabilités, politique-idéologique et technique se retrouve aux échelons inférieurs. Dans les établissements sanitaires, le personnel médical est toujours dirigé par un responsable politique. Les filles de Khieu Thirith et Ieng Sary elles-mêmes occupent ainsi toutes trois des postes de direction dans le domaine de la santé à Phnom Penh (hôpital Calmette, laboratoire de production des vaccins et centre de médecine traditionnelle). Dans les Zones, les fonctions de directeurs de la Santé sont de la même façon assumées par des militants anciens qui, avec le secrétaire de Zone, ont la capacité d'influer sur l'organisation des soins dans leur territoire.

Dans les hôpitaux révolutionnaires, le personnel, de la même façon, doit être “neuf” et sûr sur le plan idéologique puisque la santé, comme tous les autres domaines d'action publique, est conçue comme un lieu stratégique dont l'organisation est primordiale et les conditions objectives de réalisation, secondaires¹. En ce sens, la maladie et la santé constituent d'abord un domaine de nature *morale*. Le choix des nouvelles recrues est donc très indépendant des considérations liées à leur capacité de formation puisque deux instances différentes gèrent ces aspects du recrutement.

L'enseignement médical, dès l'époque des maquis, est le fait de Thiounn Thioeun lui-même, qui s'inspire du modèle des médecins “aux pieds nus” de Chine Populaire. Passée cette période d'urgence, les jeunes sélectionnés pour le service des hôpitaux sont souvent des enfants de cadres ou de paysans pauvres, ceux qui bénéficient des meilleures positions dans la nouvelle hiérarchie sociale – car être médecin reste une occupation valorisée. Thiounn Thioeun, en plus de son service hospitalier à l'hôpital du Dix-Sept Avril (l'ex-hôpital des Bonzes), poursuit la formation médicale de ce personnel qui, périodiquement, vient à Phnom Penh suivre des séminaires de recyclage d'une semaine. Ces réunions rassemblent une centaine de personnes à chaque fois.

¹ Cet aspect de l'idéologie “khmère rouge” insistant sur l'organisation tactique comme base de la réussite du régime, est bien une spécificité du groupe de Pol Pot, souligné par Ben KIERNAN (“Pol Pot...”, *art. cit.*, p. 197).

D'autres établissements assurent un enseignement "sur le tas". C'est le cas de l'hôpital Calmette où les coopérants chinois, avec l'aide d'une traductrice cambodgienne, offrent à la vingtaine de médecins révolutionnaires un enseignement théorique simple – "uniquement le nécessaire", notamment en arithmétique, dit une femme qui y a participé – et, l'après-midi, un enseignement pratique autour des cas des patients.

Dans les premiers temps, jusqu'au durcissement de 1977, année correspondant à la prééminence intégrale du groupe de Pol Pot et de Ieng Sary, des biomédecins déportés dans les Zones sont également sollicités pour participer à la formation de la nouvelle élite médicale. Leur propre position demeure en ce cas très subalterne dans la hiérarchie médicale, mais ils bénéficient néanmoins d'avantages (nourriture, dispense des travaux agricoles) qui, par rapport au niveau de vie habituel des déportés, ne sont pas négligeables. On en trouve des exemples dans la Zone Nord-Ouest (ville de Battambang, ville de Pursat), et dans la Zone Nord. Quant aux médecins traditionnels, ils ne se trouvent en aucun cas automatiquement inclus dans ce nouveau système de santé et leur position sociale est finalement proche de celle des biomédecins, surtout lorsqu'ils sont eux-mêmes issus du "peuple du dix-sept avril" ou "peuple nouveau". Tout comme ces derniers, il arrive que leur aide soit sollicitée avant qu'ils réintègrent la production agricole quand leur "mission" s'achève.

Le personnel médical révolutionnaire n'est, bien sûr, pas à l'abri des purges et des éliminations personnelles. Les soignants liés aux cadres purgés sont eux-mêmes écartés, voire tués, et remplacés par des recrues de plus en plus jeunes, de plus en plus "pures" et de moins en moins formées. Après 1977 surtout, il n'est pas rare de rencontrer, dans les infirmeries de villages, des enfants de dix ou douze ans armés de seringues sales, et injectant des liquides douteux à des patients terrifiés. Chacun préfère éviter de se rendre dans ces établissements mais l'exemption du travail et la reconnaissance du statut de malade nécessite, dans les coopératives les plus rigoristes, l'obligation de se rendre à l'infirmerie pour y recevoir une ration de riz, quand celle-ci n'est pas purement et simplement supprimée pour les improductifs¹.

¹ Henri LOCARD (*op. cit.*, pp. 157-164) rapporte une dizaine de slogans illustrant le statut du malade. Ils mettent en avant la duplicité de ce dernier, sa paresse et ironisent sur son bon appétit. Des expériences "scientifiques" atroces menées sur des malades ou des prisonniers par des médecins révolutionnaires sont par ailleurs rapportées par des témoins.

Si les biomédecins ont parfois été appelés à servir dans le système de santé khmer rouge, la grande majorité d'entre eux en ont cependant été totalement exclus, y compris ceux qui, à l'étranger au moment de la victoire du nouveau régime, ont décidé de rentrer au pays. Cela rappelle exactement la situation des volontaires de l'U.R.S.S. stalinienne : “Aux communistes des pays non communistes qui se réfugièrent ou furent appelés à Moscou, une amère expérience apprit qu'ils constituaient une menace pour l'Union soviétique. Les communistes convaincus sont en ce sens [...] aussi ridicules et aussi menaçants aux yeux du régime russe que les nazis convaincus de la faction Röhm l'étaient pour les nazis.”¹ Les médecins ralliés forment néanmoins, du fait de leur engagement tardif dans la révolution, une catégorie légèrement supérieure à celle des biomédecins déportés, devenus paysans. Pour décrire leur situation et la lente prise de conscience de leur propre inutilité dans cette révolution, on prendra comme fil conducteur le récit que nous ont fait deux d'entre eux.

2 - *L'exclusion des médecins de "l'Ancien Régime"*

a) Les volontaires rapatriés : des éléments à rééduquer

Un millier d'officiers, de diplomates et d'intellectuels, à l'étranger en avril 1975, décident de répondre à l'appel du nouveau régime, leur demandant de rentrer au pays afin de participer à la reconstruction nationale. Dans ces divers contingents de volontaires arrivés à Phnom Penh entre 1975 et 1978 se trouvent une dizaine de médecins dont Lan Kim Chhean².

Lan Kim Chhean est né de parents paysans “très pauvres”, dans un village de la province de Kompong Cham. Il se dit “touché” très tôt par les inégalités de la société cambodgienne. Dès ses années de lycée au chef-lieu de province et comme beaucoup de ses camarades, il admire les ténors de gauche de l'époque, Hou Yuon, alors

¹ Hannah ARENDT, *op. cit.*, p. 197.

² Il s'agit d'un pseudonyme.

député de sa province, ainsi que Hu Nim et Khieu Samphan¹, réputés pour “être propres”. Il participe aussi à l'effervescence lycéenne et aux manifestations anti-américaines.

En 1965, après de brillantes études secondaires, il décide de s'inscrire à la Faculté de Médecine de Phnom Penh, pour faire mentir, en quelque sorte, la règle sociale tacite qui veut que ces études soient réservées aux fils de fonctionnaires et de commerçants – les étudiants d'ascendance paysanne s'orientant plutôt vers le professorat, lequel va fournir de nombreuses recrues aux maquis communistes. Lan Kim Chhean est en effet un “idéaliste” et il compte, son diplôme obtenu, pouvoir soigner les pauvres. Il est aidé dans son entreprise par ses deux frères aînés, eux-mêmes enseignants, qui encouragent leurs neuf cadets à poursuivre leurs études et il obtient par ailleurs une bourse du gouvernement.

Pendant ses années universitaires et jusqu'à l'obtention de son doctorat en 1972, Lan Kim Chhean n'approfondit guère plus sa pensée politique que pendant son adolescence et il ne passe pas au militantisme. Son milieu étudiant, composé en majorité de fils de bonnes familles pensant à leur future carrière, ne s'y prête guère. Tout juste y critique-t-on de temps en temps, entre étudiants, la famille royale et les scandales liés à la corruption mais tout cela ne constitue pas un débat et encore moins une volonté d'engagement politique. Certains des professeurs de la Faculté – comme Thiounn Thioeun et In Sokan, en médecine – ou Dy Phon en odontologie sont, il est vrai, connus pour être des hommes de gauche mais ils ne s'expriment pas au sein de l'établissement.

Lan Kim Chhean est de toute façon un modéré, peu attiré par le Pracheachun (le parti communiste). Il n'est pas foncièrement hostile au Sangkum et apprécie même les mesures de développement prises par le prince Sihanouk, même si le personnage ne lui est pas très sympathique. C'est contre la “corruption”, quotidienne et massive, qu'il s'insurge : les bourses distribuées en dehors de toute considération de mérites, les postes importants accordés dans l'administration sur des critères autres que la compétence, les routes qui desservent la maison des dignitaires du régime...

¹ De ces trois futurs dirigeants du Kampuchea Démocratique, seul Khieu Samphan a survécu aux purges.

Après son doctorat et quelques mois passés à Phnom Penh, dans les hôpitaux submergés de blessés, Lan Kim Chhean obtient une bourse du gouvernement Lon Nol et part en France se spécialiser en pédiatrie préventive. C'est dans la ville de province où il séjourne alors, qu'avec une vingtaine d'autres étudiants cambodgiens – dont une dizaine de jeunes médecins –, il apprend à la radio la chute de Phnom Penh. Il décide de rallier le Front Uni National du Kampuchea¹, dont l'antenne française est animée par le Docteur In Sokan. Aussi, quand le F.U.N.K. lance un appel au patriotisme des intellectuels cambodgiens à l'étranger et leur demande de rentrer participer à la reconstruction nationale et socialiste, Lan Kim Chhean n'hésite pas, malgré les mises en garde de certains de ses collègues, prônant la prudence et l'attentisme.

Les deux jeunes médecins venus en France avec lui, en particulier, refusent de rentrer par hostilité à l'idéologie communiste. Des considérations d'ordre diverses décident Lan Kim Chhean à tenter l'aventure malgré tout. A-t-il, comme d'autres “appelés”, l'ambition de prendre des responsabilités dans le nouveau gouvernement ? Il n'a aucune ambition politique, dit-il. Du mouvement qui vient de prendre le pouvoir à Phnom Penh, il ne connaît que sa façade officielle et ne demande qu'à consacrer ses forces à l'avènement d'une société plus juste, dans son domaine de compétence, la médecine. Et puis, il y a bien longtemps qu'il n'a pas vu sa famille. Enfin, il ne possède rien en France qui puisse l'y retenir, d'autant que sa bourse ne lui est plus versée. Alors, un jour de fin 1975, Lan Kim Chhean quitte la France avec le second contingent de volontaires, une centaine de patriotes enthousiastes.

Après une escale d'une nuit à Pékin, moins romantique que la célèbre piste Ho Chi Minh empruntée par les intellectuels ralliés dans les années 1970, l'avion atterrit le lendemain matin à Phnom Penh. Comme beaucoup d'autres, Lan Kim Chhean est immédiatement saisi par le vide un peu angoissant de la capitale. Le contingent est transporté à l'Institut Khméro-Soviétique, ancien établissement d'enseignement technique situé à l'entrée de la ville et transformé en camp de rééducation pour les

¹ Pour rappel, il s'agit du gouvernement de coalition d'opposition dirigé par le prince Sihanouk mais déjà mené entièrement par les “Khmers Rouges”.

intellectuels rappelés¹. Les nouveaux arrivants y retrouvent, parmi d'autres, les volontaires du premier contingent parti de France quelques mois avant eux. Les internés sont silencieux et comme "indifférents", s'étonne Lan Kim Chhean. "Tu verras", lui est-il répondu laconiquement quand il pose des questions à ce sujet.

La rééducation politique commence. Khieu Samphan, le héros de son adolescence en personne, vient faire un exposé de politique générale, insistant sur la victoire du peuple du Kampuchea. Il ne fera qu'une seule apparition. Ensuite se succèdent les cours – dispensés par Phum, le commissaire politique dirigeant le centre – et les séances d'auto-critique qui ont pour but d'amener chacun à réfléchir à sa situation personnelle vis-à-vis de la révolution : il faut alors prendre conscience de sa classe d'origine, faire la liste des défauts qu'il convient d'éliminer dans les attitudes, les actes, les paroles, les pensées et le vocabulaire. Aux autocritiques succèdent les rédactions détaillées de curriculum vitae. Cet apprentissage dure un mois. C'est celui des premières déceptions car Lan Kim Chhean avait imaginé un Cambodge socialiste conservant "les traditions, la liberté de déplacement et de parole". Il essaie de tenir bon en se disant : "Bon, on fait ça pendant un an au plus et ensuite, on me mettra dans un hôpital". Mais rien ne change vraiment et le jeune médecin sombre dans le "désespoir". Penser qu'il ne fera plus jamais de médecine, en particulier, est "sentimentalement terrible".

La routine change quelque peu avec les travaux de la rizière à Chamcar Dong, proche de Phnom Penh. Ils sont menés sous la direction d'une dizaine de paysans, logés et nourris à l'écart. Ces activités agricoles font partie intégrante de la rééducation politique : après un mois, le petit groupe d'intellectuels retourne au camp pour analyser en commun son expérience agricole. Chacun doit alors montrer comment elle l'aide à éliminer ses défauts passés. Le changement opéré est aussi physique car dès ce moment, la nourriture, faite de potage de riz (*bobo*, bbr) et de liseron d'eau (*trokouen*, RtkYn)

¹ Le témoignage de Lan Kim Chhean sur l'organisation générale de la vie des intellectuels rapatriés est conforme aux descriptions qu'en donnent Marie Alexandrine MARTIN (*op. cit.*, pp. 191-196) et Michael VICKERY (*op. cit.*, p. 161-165). Ce dernier, toutefois, fait de l'ex-Institut Khméro-Soviétique et de Boeung Trabek deux camps de rééducation politique réservés à des populations différentes de volontaires rapatriés, Boeung Trabek étant le lieu de rassemblement des intellectuels les plus avancés idéologiquement. Cela est infirmé par Marie Alexandrine Martin et Lan Kim Chhean. Voir aussi l'autobiographie de I Phandara, *Retour à Phnom Penh*, Paris : Métailié, 1982, 277 p.

devient insuffisante et certains perdent de “cinq à dix kilos”. D'autres stages agricoles suivent celui de Chamcar Dong.

Ces mouvements incessants contribuent, comme chez les citadins déportés, à isoler les individus car les groupes de travail n'ont jamais la même composition sans que l'on puisse comprendre la raison des choix. Certains ne quittent jamais le camp alors que d'autres, au contraire, se déplacent en permanence. Lan Kim Chhean passe ainsi un ou deux mois à Takhmau (à une dizaine de kilomètres au sud de Phnom Penh) ; puis il est appelé à Neak Leung, où il faut construire des digues et déraciner les arbres à la main (le travail est “trop lourd humainement”). Il change ensuite de camp de base pour Boeng Trabek (banlieue de Phnom Penh) avant de repartir défricher la forêt à Stung Trong, “une ancienne base de Pot Pol et Khieu Samphan pendant la période de résistance”, dit Lan Kim Chhean avec une nuance de respect dans la voix¹. Les conditions de vie à Stung Trong sont heureusement un peu moins pénibles car il est possible de planter quelques patates, des cannes à sucre, des arachides et de chasser de temps à autre. C'est au cours de ce séjour que des intellectuels osent critiquer ouvertement les conditions qui leur sont faites. Ils sont arrêtés et emmenés.

Mais les actes de rébellion sont rares. Très vite, Lan Kim Chhean comprend que poser des questions est dangereux. Le mutisme qui l'avait tant frappé chez ses compagnons se généralise, de même que la suspicion, quand viendra la peur. D'ailleurs, avec le temps, “on ne veut plus rien savoir. On travaille et c'est tout. Tout le monde est apathique”. L'apathie est, pour Lan Kim Chhean, une caractéristique majeure des nouveaux Kampuchéens, qu'il attribue à deux causes : “Au début, quand on parlait, rien de ce qu'on disait n'était bien, ce n'était pas révolutionnaire. Tout le monde a fini par se taire”. Et puis, la “pression” continue entraîne, pense-t-il, des “troubles psychiques”.

Malheureusement, le mutisme, la modestie, l'obéissance et les marques de bonne volonté sont des conditions nécessaires mais non suffisantes de survie. Comme ailleurs, des disparitions creusent les rangs des internés de Boeng Trabek. Ces purges ont plusieurs causes. Dans le groupe des diplomates, des fonctionnaires et des militaires, presque tous les anciens militaires sont liquidés. Parmi les intellectuels membres de l'ancien Front Uni National du Kampuchea, ce sont en premier lieu les

¹ La base se situe dans la Région 41 de la Zone Centre (province de Kompong Cham).

militants les plus actifs et à l'idéologie la plus affirmée qui disparaissent. Les autres éliminations sont liées au purges “en réseau”, sur la base des curriculum vitae détaillés rédigés par chacun. Quand un “gros poisson” est dénoncé comme traître, tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre, ont proclamé leur sympathie idéologique avec lui, ou sont membres de sa famille ont de fortes chances de disparaître à leur tour. Le nombre des victimes de Boeng Trabek aurait ainsi été de sept cent cinquante sur mille environ¹.

La vie, toutefois, s'améliore sensiblement lorsque les tensions frontalières avec le Viêt Nam se font plus dures, à la mi-1977. Ieng Sary reprend alors en main le camp – dont il était le haut responsable en tant que ministre des Affaires Etrangères et cherche à se concilier, face à l'ennemi commun, les intellectuels. Avec ses compagnons, Lan Kim Chhean revient de Stung Trong et, quelques mois avant l'invasion vietnamienne de la fin 1978, il se voit finalement confier une infirmerie du ministère des Affaires Etrangères, tandis que d'autres sont appelés à des tâches d'enseignement dans la nouvelle école technique que les dirigeants ont subitement à cœur d'ouvrir à Phnom Penh. Sous la direction d'un commissaire politique, Lan Kim Chhean travaille avec une jeune médecin révolutionnaire, formée pendant la guerre et avec laquelle il n'échange que le strict nécessaire, toujours par méfiance. Dans son infirmerie, il dispose de très peu de matériel – un appareil à tension, quelques microscopes – mais d'un stock de médicaments suffisant pour soigner les employés du ministère et leurs enfants – les cadres, quant à eux, disposent d'un service médical particulier. Pendant ces quelques mois, il soigne des centaines de malades qui souffrent essentiellement de diarrhées, de paludisme, de parasitoses ou d'affections virales mais ne rencontre pas de cas de malnutrition, dit-il.

Le 7 janvier 1979, c'est dans cette infirmerie – qu'il ne quitte pas la nuit car les déplacements sont interdits – que le surprend l'invasion vietnamienne. Le camp de Boeng Trabek a déjà été évacué par train vers la frontière thaïlandaise. Lui s'enfuit vers l'Ouest avec un groupe armé d'une soixantaine de personnes – des employés du ministère des Affaires Etrangères qui rejoignent une poche de résistance dans la région

¹ Le chiffre est de Marie Alexandrine MARTIN, *op. cit.*, p. 194. D'autres estimations sont très inférieures ou très supérieures.

de Oudong (à une vingtaine de kilomètres au nord de Phnom Penh). Sur ce front qui recule sans cesse sous la pression vietnamienne, Lan Kim Chhean installe un hôpital de fortune où affluent les blessés khmers rouges. Mais il n'a presque rien – utilisant de l'eau salée comme antiseptique – et ne sait pas pratiquer d'opération. Un ou deux mois plus tard, intervient l'ordre de repli vers la province de Battambang. La fuite par la forêt (région de Samlot, au sud-ouest de la ville de Battambang) reste l'un des moments les pires de son existence ; expérience partagée par tous ceux qui – alliés du Kampuchea Démocratique ou population civile entraînée de force dans la fuite – ont dû errer des mois dans ces zones insalubres sous le feu de l'armée conquérante, sans nourriture ni abri.

Dans les zones khmères rouges adossées à la frontière, Lan Kim Chhean retrouve ses anciens compagnons de Boeng Trabek. Les chemins et les destins divergent ensuite. Certains se sont déjà enfuis vers les camps sous égide internationale, en territoire thaïlandais. D'autres retournent à Phnom Penh et acceptent une collaboration avec le nouveau gouvernement. D'autres, encore, repartent vers le Cambodge mais se fondent dans la population civile et refusent de servir le régime pro-vietnamien. Enfin, il y a ceux qui, comme Lan Kim Chhean, choisissent de rester dans les maquis du Kampuchea Démocratique.

Ses motivations sont multiples et, en premier lieu, nationalistes. Il ne veut en aucun cas rallier un gouvernement installé à Phnom Penh par les Vietnamiens car “malgré leur discours sur l'aide, ils étaient venus pour dominer. J'avais peur d'une colonisation massive”. Il y a, d'autre part, le manque de perspective d'avenir. Où aller, en effet, quand on a coupé tout contact avec l'extérieur pendant quatre ans, quand il ne reste pas de survivants dans la fratrie, quand on a du mal, peut-être, à tirer un trait définitif sur un projet qui a échoué ? Enfin, les relations entre résistants se font plus proches et même si la hiérarchie reste stricte, les anciens intellectuels de Boeng Trabek ne sont plus maintenus dans l'isolement complet. Lan Kim Chhean rencontre à ce moment de hauts dirigeants du régime, Khieu Samphan, Ieng Sary, Son Sen, Ta Mok. Et, sous l'égide de Ieng Sary, il retrouve des fonctions médicales auprès du groupe des intellectuels. Plusieurs années passent ainsi jusqu'à ce que la lassitude gagne. En 1984, Lan Kim Chhean est autorisé, avec d'autres, à quitter un mouvement qui, affaibli, retranché dans les zones forestières de la frontière avec la Thaïlande, ne retient plus les

sympathisants qui n'ont pas exercé de fonction politique¹. Il part pour la France, passe son examen d'équivalence de doctorat, suit une spécialité et travaille comme médecin hospitalier dans une petite ville. Moins que de l'amertume sur ce passé – il n'est jamais vindicatif concernant ses dirigeants de l'époque – ce qui ressort de l'entretien mené avec Lan Kim Chhean – de même qu'avec d'autres intellectuels de Boeng Trabek – est la déception de l'échec collectif, attribué au manque de réflexion et de planification réaliste de la part du gouvernement.

Dans la hiérarchie révolutionnaire, les médecins volontaires, rapatriés de l'étranger, occupent une place qui, à certains égards, est proche de celle de leurs confrères déportés. Ils se situent cependant en position légèrement privilégiée du fait de leur antécédent révolutionnaire, récent mais manifeste puisqu'ils ont de plein gré choisi le retour au pays. De ce fait, il est mis un soin particulier à leur rééducation – comme le prouvent la venue de Khieu Samphan en personne au camp et la tutelle exercée par Ieng Sary, le “Frère Numéro Deux” du régime. Une conséquence pratique en est qu'ils n'ont pas à subir les brimades et l'arbitraire des “petits chefs” qui ont fait tant de victimes parmi le “peuple du dix-sept avril”.

La dernière catégorie qu'il convient d'évoquer est celle des biomédecins non ralliés au mouvement communiste et déportés vers les campagnes au moment de l'évacuation des villes. Ceux-là, dans la hiérarchie sociale, occupent le bas de l'échelle et connaissent les conditions de vie les plus pénibles car ils cumulent les stigmates sociaux : citadins et fonctionnaires des régimes précédents, ils n'ont pas participé à l'effort de guerre révolutionnaire et rentrent dans la catégorie du “peuple du dix-sept avril”. Entrepreneurs aisés, souvent d'ascendance chinoise plus ou moins proche, ils font partie des classes possédantes qui ont exploité les pauvres².

¹ Cette possibilité d'un départ “à l'amiable” nous est confirmée par une autre personne dans la même situation, qui a rompu ses liens vers 1990 pour retourner vivre à Phnom Penh.

² Le schéma de la lutte des classes au Cambodge varie selon les groupes idéologiques représentés au sein du Parti Communiste cambodgien. Le problème est évidemment celui de la nature prolétarienne de la révolution, dans un pays majoritairement rural. Pol Pot, dans un discours de septembre 1977, perçoit la société cambodgienne comme divisée en cinq classes (ouvrière, paysanne, bourgeoise, capitaliste, féodale) et met l'accent sur les jeunes paysans pauvres comme noyau de la révolution. Voir Ben KIERNAN, “Pol Pot...”, *art. cit.*, p. 199.

b - Les déportés : les tares des médecins bourgeois sont-elles récupérables ?

Les documents appuyant l'acte d'accusation de Pol Pot et Ieng Sary, jugés *in absentia* par le Tribunal Populaire Révolutionnaire de Phnom Penh en août 1979 et condamnés à mort par contumace, affirment sans ambage que l'élimination physique et immédiate des anciens personnels médicaux était une mesure préconisée par le pouvoir central¹ qui les a traqués lors de la déportation. La réalité est plus complexe. Au lendemain de la victoire, ce sont les responsables gouvernementaux de haut rang – les “super traîtres” – et les militaires qui sont recherchés et tués. Les autres exécutions hâtives sont les actes incontrôlés – mais non punis – des éléments armés les plus brutaux, animés d'une haine entretenue au fil des années envers les citoyens car tout laisse penser qu'il n'y a pas de directive à ce sujet.

Les mesures définies à l'égard des “bourgeois” recèlent en effet plus d'ambiguïté. Si tous les dirigeants khmers rouges semblent s'accorder à les trouver foncièrement suspects et devant être solidement rééduqués pour s'intégrer à la nouvelle société, les attitudes divergent sur la valeur devant être accordée à une telle rééducation. Pour le groupe de Pol Pot, apparemment, les bourgeois constituent un danger inextinguible, un danger moral, car “leurs fondements économiques se sont effondrés mais *leur point de vue demeure, leurs aspirations demeurent*”². Parallèlement toutefois, d'autres instructions données par le Centre laissent penser que “intellectuels, petits bourgeois, capitalistes, propriétaires terriens féodaux et anciens fonctionnaires” peuvent contribuer sans dommage à la construction du Parti³. Cette incohérence permet éventuellement d'imputer les échecs de la production aux ennemis de classe⁴ et d'ordonner les purges nécessaires.

¹ Tribunal Populaire Révolutionnaire..., *op. cit.*, p. 185.

² Texte cité par Ben KIERNAN, “Pol Pot...”, *art. cit.*, p. 197. Souligné dans le document original.

³ David P. CHANDLER, Introduction de “The Party's Four-Year Plan to Build Socialism in All Fields”, in David P. CHANDLER, Ben KIERNAN and Chanthou BOUA, *Pol Pot Plans the Future*, *op. cit.*, p. 42.

⁴ L'échec de la Zone Ouest à produire la quantité de riz demandée aboutit, en juillet 1977, à l'envoi d'un émissaire. Il conclut que la faute est imputable aux coopératives contrôlées par “des ennemis et diverses classes” [ennemies and various classes] autres que des paysans pauvres. Pour y remédier, il demande une revue des antécédents de tous les responsables du Parti de la Zone. Voir David P. CHANDLER, Ben KIERNAN and Chanthou BOUA, *op. cit.*, p. 12. Citant T. CARNEY, n. 6, p. 321.

L'ambiguïté est manipulée et interprétée de façon différente suivant les moments et les lieux mais le “peuple nouveau” reste un bouc émissaire potentiel pendant toute la durée du régime. C'est dans cette optique, plutôt que dans la thèse d'une élimination systématique des médecins déportés, qu'il faut envisager la condition qui leur est faite sous le Kampuchea Démocratique. On la décrira brièvement à partir de l'histoire de l'un d'entre eux, en tenant compte des apports d'autres témoignages.

Le père du Dr Hing Kun Thuon est un paysan riche de la province de Kompong Cham, nommé chef de commune (*mé khum*) sous le Protectorat. C'est lui qui encourage son fils, né en 1928, à s'inscrire à l'Ecole des Officiers de Santé de Phnom Penh. Après ces études, la carrière de Hing Kun Thuon est celle d'un médecin de standing moyen, évoluant au gré des mutations en province, imposées ou proposées par le ministère de la Santé. En 1964, il est enfin nommé à Phnom Penh et en profite pour reprendre ses études et passer son doctorat. Le parcours professionnel de Hing Kun Thuon, contrairement à nombre de ses confrères exerçant sous le Sangkum, se présente plus comme celui d'un fonctionnaire que d'un entrepreneur. Il n'a pas ouvert de cabinet personnel, ne se sentant pas de “don” réel pour l'activité médicale libérale. Avec son épouse institutrice, ils se contentent de leurs salaires, modestes mais suffisants.

Lorsque les combats se rapprochent de Phnom Penh en 1975, Hing Kun Thuon exerce à l'hôpital psychiatrique de Takhmau, la capitale provinciale de Kandal (à une vingtaine de kilomètres au sud de Phnom Penh). Comme beaucoup d'habitants non politisés de la ville, il n'a pas de prévention particulière à l'égard des probables vainqueurs. Le gouvernement républicain l'a beaucoup déçu et puis, dit-il, “je connaissais des gens de la Sûreté qui m'ont dit qu'il fallait fuir si les Khmers Rouges rentraient parce qu'on risquait la mort. Je ne les ai pas crus. [...] J'ai cru que c'était de la propagande de la C.I.A.”.

C'est à Phnom Penh où il habite que le surprennent, le 17 avril 1975, les troupes révolutionnaires. Quand les jeunes soldats engagent l'évacuation de Phnom Penh en prétextant le risque des bombes américaines et en promettant un retour dans quelques jours, Hing Kun Thuon pense aller vers son hôpital de Takhmau mais il en est empêché : la sortie vers le sud-est est déjà saturée et il est poussé, avec des dizaines de

milliers d'autres, vers la route numéro un, en direction du Viêt Nam. Hing Kun Thuon a entassé à la hâte quelques effets personnels dans sa petite voiture mais il reçoit l'ordre de l'abandonner et doit poursuivre à pied avec son épouse.

Débute alors une période d'errance de plusieurs mois dans la province de Kandal, en quête d'une place d'accueil définitive dans un village. Mais, où qu'il s'installe, l'ordre arrive toujours de se préparer rapidement au départ, sans pouvoir bénéficier du fruit de son labeur quand la moisson arrive. Les paysans auxquels il a été demandé d'organiser la réception de ces citadins ne voient pas d'un bon oeil leur installation de fortune, alors que leurs propres capacités de subsistance ont diminué avec la guerre et la froideur des rapports est entretenue par le nouveau régime.

Pendant cette première période d'organisation de l'évacuation, des listes sont dressées par les "combattants" (*yothea*) des forces armées qui encadrent les flux de déportés – parfois avec brutalité, bien que Hing Kun Thuon n'ait pas fait l'expérience personnelle de sévices à ce moment. Ils interrogent chacun sur son ancienne activité professionnelle en avertissant, se rappelle Hing Kun Thuon, qu'"il ne faut pas mentir, on vous connaît". Contrairement à d'autres, qui préfèrent s'inventer une nouvelle biographie de petits employés pauvres à Phnom Penh – au risque d'être reconnus et dénoncés – Hing Kun Thuon juge inutile de cacher ses fonctions. Il a en effet travaillé dans plusieurs hôpitaux du pays : "J'étais connu par mes tournées, mes consultations. Pendant l'exode, j'avais rencontré beaucoup de [anciens] malades de [l'hôpital de Phnom Penh] Preah Ket Mealea. Mais il ne s'est rien passé. Ils cherchaient les militaires de Lon Nol. Ils nous ont dit : 'on n'a pas besoin de vous, on a déjà notre personnel. On a besoin de main-d'œuvre pour le riz". Dans d'autres endroits, au contraire, les combattants mentent en invoquant le besoin de personnel qualifié afin de pousser les déportés à décliner leur véritable identité.

Au bout de quelques mois, Hing Kun Thuon et sa femme sont transportés en camion jusqu'à la petite gare de Smach, sur la voie ferrée reliant Phnom Penh à Battambang-ville. Là, ils doivent prendre un train de marchandise en direction de Pursat-ville. "A quelques kilomètres de Pursat, le train s'est arrêté en pleine nuit dans la rizière. Et c'est là que le destin...". Comme beaucoup de survivants, Hing Kun Thuon pense rétrospectivement que son destin personnel l'a dirigé vers le bon endroit. "Il y

avait beaucoup de monde dans la rizière [des évacués attendant comme lui un départ]. Il y avait des charrettes arrivant en grand nombre. C'est la loterie. J'ai choisi une charrette allant tout près de Pursat, où les gens sont moins cruels. Ceux qui ont choisi Leach [un autre village] sont tous morts”.

C'est donc dans le village de Po Veal, à deux kilomètres au nord de Pursat-ville, que Hing Kun Thuon passe le reste de la période du Kampuchea Démocratique. D'une façon générale, pourtant, la Zone Nord-Ouest – et particulièrement la Région Deux où se situe ce village, est l'une des plus dures. Traditionnel grenier à riz du pays, la Zone cristallise les espérances productivistes du Centre. La seconde déportation massive de 1975-1976 – qui emporte Hing Kun Thuon – doit fournir la main-d'œuvre nécessaire à la réalisation d'objectifs extrêmement ambitieux qui poussent les cadres à la dureté vis-à-vis de la population.

Hing Kun Thuon décide de proposer ses services à l'hôpital régional (*pet dambon*, ព្រះវិហារ), près de Pursat-ville, car il a entendu dire que “les médecins, là, sont bien traités, ils ont assez à manger. Dans [mon] village, il n'y avait pas assez à manger”. Il espère être aidé dans sa démarche par le chef de Région (*mé dambon*), un ancien professeur dont l'épouse est une connaissance de sa propre femme. En se rendant à l'hôpital, il rencontre un confrère de Phnom Penh, le chirurgien Sou Suy, ainsi qu'un jeune dentiste appelés à la formation du personnel révolutionnaire. La peur les empêche de se saluer et ils font semblant de ne pas se connaître pour éviter d'attirer l'attention sur eux. Sou Suy parvient juste à lui glisser quelques comprimés d'aspirine. Hing Kun Thuon apprendra par la suite que ses deux collègues ont été “rappelés à la base”, dans leur village d'accueil, une fois leur mission d'enseignement terminée. Ils ont ensuite disparu, probablement liquidés. Ce sont les seuls confrères qu'il ait rencontrés à l'époque, à l'exception d'une spécialiste en bactériologie formée en France et femme d'un gradé de l'armée républicaine, le général Sok Son. Elle séjournait dans un village proche du sien où elle s'était cachée sous l'identité d'une accoucheuse rurale. Mais elle a été découverte et arrêtée à son tour.

La demande de Hing Kun Thuon de travailler à l'hôpital de Pursat n'est pas agréée. Le chef de région lui enjoint de retourner dans son village car, dit-il, il n'y a

pas de place pour lui dans l'établissement. De fait, les rapports qui s'instaurent entre les biomédecins déportés et les cadres khmers rouges sont suffisamment complexes pour qu'on s'y arrête un instant. “Les Khmers Rouges disaient que nous étions des féodaux alors que leurs médecins venaient du peuple”, dit Hing Kun Thuon. Le thème du médecin bourgeois, refusant de soigner les pauvres et tout occupé à accumuler les bénéfices revient ainsi souvent parmi les propos entendus par beaucoup. Le second thème est celui de l'impossibilité de coopérer avec des médecins qui, ayant acquis des habitudes de travail sophistiqué, ne peuvent s'adapter à des méthodes plus rudimentaires. Un témoin, présent à un séminaire national de médecins révolutionnaires à Kompong Cham, rapporte en ces termes les propos d'un cadre du Sud-Ouest (une Zone tenue par Ta Mok, un cadre dur, proche de Pol Pot) : “[Les biomédecins de la ville] sont des gens très formés mais ils viennent non pas pour nous aider mais pour nous critiquer”.

Pour les biomédecins devenus paysans, quant à eux, accepter leur déchéance sociale est souvent très difficile, d'autant qu'ils se sentent dirigés par des paysans ignares qui leur inspirent un certain mépris – mépris de classe et mépris professionnel. L'autobiographie de Haing Ngor, médecin réfugié aux Etats-Unis et acteur principal du film *La déchirure* (relatant la vie d'un journaliste cambodgien sous le régime khmer rouge), en fournit de nombreux exemples. Les Khmers Rouges, écrit-il par exemple, sont des “péquenots revanchards. La chienlit des campagnes qui se venge de la ville”¹. L'illégitimité de ses années d'études est une autre source de frustration : “Je maudissais les Khmers Rouges qui prétendaient que n'importe qui pouvait pratiquer la médecine. Il m'avait fallu sept ans d'études pour obtenir mon doctorat. Mais il n'y avait aucun aspect du travail agricole que je ne puisse apprendre en une journée. Quelle bêtise que de glorifier le savoir des paysans !”².

De la même façon, un médecin nous raconte comment un de ses confrères, s'étant vu proposer de former une équipe de “nu-pieds” [sic] en une semaine, se serait écrié : “comment voulez-vous que j'enseigne en un mois ce que j'ai mis dix ans

¹ HAING Ngor, *Une odyssée cambodgienne*, Paris : Presses Pocket, 1989, p. 142 [1ère éd. américaine 1987].

² *Ibid.*, p. 240.

à apprendre !”. Il a été “sommairement exécuté”. Hing Kun Thuon, rapporte également le cocasse de sa découverte de l'hôpital régional de Pursat, qu'il entr'aperçoit brièvement au cours de son unique visite. “Ce n'était qu'un hangar avec des malades laissés sans soin. Pourtant, le personnel portait des masques comme dans une salle d'opération. Mais c'était un hangar !”

Rejetés d'un système de santé qu'ils auraient peut-être pu contribuer à améliorer, les médecins organisent une résistance passive au quotidien, dont les petits cadres ne sont pas toujours dupes. Le réflexe de survie impose de courber l'échine, de “faire l'ignorant, le fou, le sourd”, même avec les citadins dont certains sont des délateurs. Il faut aussi éviter les pièges tendus et les provocations :

“Des cadres khmers rouges m'ont demandé ce que je pensais de la nouvelle médecine. J'ai dit que c'était très bien. Ils me testaient. [Ou bien] avec ma femme, ils m'ont envoyé un passant qui demandait l'hospitalité pour la nuit. C'était encore un test. Ma femme a dit : 'Non, on ne peut pas vous héberger. Il faut d'abord demander [l'autorisation] au chef’”.

Pour les mêmes raisons, il refuse de soigner les paysans dont il n'est pas absolument sûr.

“Des Anciens sont venus me demander des conseils parce que leurs enfants étaient malades. Tout de suite, je me suis dit qu'il fallait hurler avec les loups. J'ai dit : 'A Phnom Penh ce sont des médecins pour les riches. Moi, je ne suis pas riche. J'ai tout oublié' [ou bien] 'Maintenant je suis paysan. Je travaille la terre. J'ai tout oublié'. Je n'aide que les gens que je considère comme des gens sûrs qui ont les mêmes idées que nous. Les autres, je n'accepte pas.’”

Les médecins traditionnels se retrouvent d'ailleurs dans la même situation et ne soignent qu'en cachette.

Hing Kun Thuon, dans son village de Po Veal, est surnommé “Grand-père médecin” (*ta pet*, tæBTü¹). Bien qu'il n'ait qu'une quarantaine d'années, il en paraît beaucoup plus et s'est officiellement vieilli pour pouvoir intégrer le groupe des personnes âgées, astreint à un travail plus léger. Il est donc nommé au réfectoire où il s'occupe de faire bouillir l'eau de boisson. Il s'attirera ensuite le sobriquet de “Grand-père Canard” (*ta tea*, taTa) lorsqu'il sera assigné à la garde du troupeau de canards du

¹ Dans cette acception, *ta* est un appellatif pour les hommes âgés.

village. Cette activité lui permet de survivre. “J'élevais les canards pour les *kamaphibal* [les cadres]. Ils pondaient vers deux heures du matin. Je pouvais voler quelques œufs avant le ramassage. On mangeait les œufs crus puis on écrasait la coquille, on la broyait et on l'enterrait”. Il connaîtra cependant le camp de rééducation, enchaîné au sol par la cheville, pour avoir donné un caneton mort à sa femme.

La seconde chance de Hing Kun Thuon, quand il essaie de comprendre pourquoi il a survécu – question qu'il se pose souvent –, c'est le soutien du “peuple ancien”. “Au début, les paysans manifestent de la haine à l'égard des gens de Phnom Penh car ils sont trompés par les Khmers Rouges. Ensuite, ils se rendent compte que ce sont des brigands. [...] Après quelques mois, les gens du village ont arrêté de soutenir les Khmers Rouges et nous ont aidés. Ils nous donnaient de la nourriture en cachette [car ils étaient mieux nourris et moins surveillés] et puis des conseils. [...] Je suis retourné un mois au Cambodge en 1996. Je suis allé dans ce village. Les gens du peuple sont accourus pour nous accueillir. On a parlé de cette période et on les a remerciés de leur aide, de leur soutien”. Enfin, Hing Kun Thuon pense qu'à Po Veal, les cadres étaient moins brutaux qu'ailleurs. “Ces gens connaissaient la ville. Ils y allaient et nous comprenaient. Dans les zones lointaines, montagneuses, les Montagnards cruels et le [paludisme] *falciparum* ont fait des ravages”.

Au début de 1979, lorsque l'armée vietnamienne entre à Pursat, les soldats khmers rouges fuient en poussant la population civile vers la forêt, à l'Ouest. Le destin est encore une fois favorable à Hing Kun Thuon et sa femme. “Ils avaient reçu l'ordre de nous éliminer. Il y avait deux chefs, deux femmes. L'une a dit : 'il faut les éliminer, sinon ils vont rejoindre les Vietnamiens'. L'autre a dit : 'non, laissons-les partir'. C'est la seconde qui l'a emporté.” Après des jours de marche, de retour vers Pursat-ville, Hing Kun Thuon rencontre avec surprise les troupes vietnamiennes. “Nous pensions que c'était des Cambodgiens, nous avons trouvé des Vietnamiens. [Or], les Vietnamiens sont rusés, ils ne sont pas venus gratuitement”, pense-t-il. Il décide alors de fuir vers la frontière thaïlandaise sans retourner à Phnom Penh et passe sept mois dans les camps de réfugiés – dont celui de Sakeo I, abritant en majorité des Khmers Rouges. Il croise, dans l'un d'entre eux, un ancien confrère rallié au mouvement communiste. Il est finalement accueilli en France en mai 1980 où il reçoit l'aide d'anciens collègues

français, rencontrés au cours d'une formation en France, pour se réinsérer professionnellement.

Après quinze ans d'existence sous la “Communauté Socialiste Populaire” du prince Sihanouk, la profession médicale cambodgienne se trouve brutalement déstructurée par deux secousses majeures aux conséquences différentes. La République Khmère, si elle remet en cause plusieurs siècles de monarchie, n'apparaît pas vraiment comme un modèle de gouvernement alternatif sur le plan de sa politique générale, pour laquelle elle se contente, *grosso modo*, de perpétuer la ligne du Sangkum sihanoukiste, y compris dans le domaine sanitaire et moyennant quelques mesures décentralisatrices. Le changement majeur se situe dans la rupture avec un neutralisme qui assurait jusque-là l'équilibre de l'Etat cambodgien sur le plan international. Poussé par les Etats-Unis qui, en contre-partie, soutiennent à bout de bras son effort militaire et son économie défaillante, la République Khmère entre dans le conflit armé contre les troupes communistes vietnamiennes et cambodgiennes.

L'Etat cambodgien est alors régi par une logique de guerre qui amène la dégradation de son service public à mesure que les crédits sont engloutis dans l'activité militaire et que les structures de pouvoir se désagrègent sous l'effet de conflits internes et de luttes d'intérêts – dont la manne américaine est souvent l'enjeu. Les fonctionnaires en subissent le contre-coup et entrent eux aussi dans une logique de survie qui contribue fortement à ternir l'image d'une fonction jusque-là respectée. C'est le cas des médecins également. La désagrégation du service sanitaire (campagnes de prévention interrompues, hôpitaux détruits ou délabrés et saturés de blessés, repli du corps médical sur la capitale) les pousse à prendre refuge hors d'une structure d'Etat qui n'est plus garante de leur statut, ni de leur revenu. Certains quittent le pays pour l'étranger (le plus souvent grâce à une bourse d'étude, parfois pour éviter ainsi la mobilisation) ; d'autres privilégient une activité privée restée florissante malgré la montée fulgurante des inégalités sociales, qui facilite la propagande communiste anti-gouvernementale.

La victoire “khmère rouge”, en avril 1975, et le groupe de Pol Pot – qui, à l'origine, ne constitue qu'une des factions du communisme cambodgien – tentent de

modifier de façon radicale la société cambodgienne en imposant progressivement un pouvoir qui présente toutes les caractéristiques du système totalitaire : transformation d'individus, coupés de liens sociaux et de droits, en masses ; arbitraire d'un pouvoir s'exerçant sans la médiation d'un appareil juridique, lequel est remplacé par la terreur ; figure du Chef qui incarne la Vérité (celle d'un peuple cambodgien de paysans qui retrouvera sa grandeur, perdue depuis Angkor, grâce à la puissance de son travail produisant d'exceptionnelles récoltes de riz) ; idéologie, enfin, dont les effets, mesurables en siècles, ne peut être confrontée à la médiocre réalité quotidienne et qui, en s'émancipant du monde réel, consacre ce que Hannah Arendt appelle l'omnipotence humaine, la conviction que tout est possible – conviction partagée par les “élus” proches du Chef qui laissent avec cynisme la propagande simpliste à la masse¹.

Dans ce contexte, la santé publique n'a pas vraiment de place dans la mesure où le régime, en insérant les masses dans le mouvement de l'Histoire, se conçoit lui-même comme une entreprise de salubrité publique. Cette entreprise s'appuie sur deux principes que l'on pourrait résumer ainsi : d'abord, l'individu y est dans tous les cas sans importance et, en corollaire, celui qui reste dans la Vérité ne peut être malade. L'individu est d'autant moins important qu'il appartient aux catégories les plus méprisées de la nouvelle société, celles des anciens citadins aisés exploités du peuple. Tandis que les individus des groupes privilégiés (cadres et “combattants”) sont éliminés dans des trains de purges, ceux des groupes stigmatisés sont simplement négligés. La question de savoir si cette catégorie pouvait être réinsérée dans la Vérité du régime par la rééducation ou si elle était, au contraire, définitivement “entachée”, demande de plus amples recherches et n'a pas, à notre connaissance, été entièrement éclaircie jusqu'ici. Il est en revanche certain que les enfants de ces citadins, une fois séparés de leurs parents et intégrés aux équipes de travail, étaient considérés comme des recrues ordinaires et sans stigmat, surtout lorsqu'ils étaient endoctrinés très jeunes. L'accès aux soins a cependant été organisé en fonction de cette catégorisation et, de ce fait, peu développé pour le “peuple du dix-sept avril” – non rallié aux Khmers Rouges avant leur victoire.

Cela est d'autant plus vrai que le peuple qu'entend créer le groupe de Pol Pot ne s'appuie pas sur le nombre, comme le prouve sa déclaration, à plusieurs reprises, selon laquelle “un million” de Cambodgiens – le pays en compte alors sept – suffit à

¹ Hannah ARENDT, *op. cit.*, p. 116.

créer un Cambodge nouveau. Cette énonciation cautionne le maintien d'un processus sans fin de “purification” dont se nourrit le régime et qui ressemble à cette “guerre intestine qui partage chaque peuple et ne prendra fin que lorsque, dans la société sans classe ou dans le règne messianique, Peuple [celui qui incarne le corps politique] et *peuple* [le peuple misérable, laborieux] coïncideront et qu'il n'y aura plus, précisément, aucun peuple”¹. Cette purification se justifie essentiellement pour des raisons idéologiques mais, au Cambodge, il est toujours aisé de lier pureté idéologique et pureté “raciale” dans la mesure où la division ethnique du travail, est assez clairement délimitée, la rizière n'étant guère pratiquée que par les paysans khmers, célébrés dans la pensée khmère rouge car inchangés depuis les origines, purs du contact avec la ville, purs de l'avilissement que crée l'argent.

Enfin, l'identification mystique entre Vérité (la ligne idéologique) et compétence médicale est achevée quand, une fois les autres catégories de médecins éliminées de cette fonction ou placée en perpétuelle rééducation, comme on l'a vu, les recrues de plus en plus jeunes et de moins en moins formées qui font office de médecins révolutionnaires – quand la “roue”² de la “purification” s'accélère vers 1977, broyant les individus – ne font plus guère que mimer les gestes médicaux sur des personnes souffrant de grave malnutrition et de diarrhées chroniques.

¹ Giorgio AGAMBEN, *Moyens sans fins. Notes sur la politique*, Paris : Payot et Rivages, 1995, p. 42. (Chap. “Qu'est-ce qu'un peuple ?”) [1ère éd. ital. de l'art. 1995]

² Selon l'image d'une sage-femme interviewée, évoquant les disparitions incessantes.

Nous sommes partie, commençant cette ébauche sociologique de l'histoire des médecins cambodgiens, d'une interrogation sur la façon dont avait pu émerger, au Cambodge, un groupe professionnel caractérisé par l'acquisition d'un savoir et d'une forte tradition venus de l'étranger. On constate que cette histoire est finalement bien peu investie par le "langage de la médecine", au sens où l'entend Simona Cerutti lorsqu'elle évoque la "naissance d'un langage corporatif" dans le Turin des XVII^e et XVIII^e siècles¹ ; naissance qui n'est conditionnée de manière suffisante, montre-t-elle, ni par le développement de la production artisanale, ni même par l'injonction ducale à former des corporations, mais plutôt par la configuration changeante des pouvoirs municipaux et centraux qui, en définissant des systèmes de privilège et de protection, définissent en même temps des groupes bénéficiaires.

Dans l'histoire du Cambodge également, la fonction médicale ne crée pas le groupe socioprofessionnel, si l'on entend par là le lieu d'élaboration d'identités, de pouvoirs, de représentations, de discours *communs*. La création d'un nouveau domaine, celui de la santé publique, depuis le Protectorat, ne s'est pas accompagnée d'une définition sociale particulière des acteurs qui travaillent en son sein ni d'une tentative par ces acteurs de définir eux-mêmes le champ de leur action. Cela n'a pas empêché l'activité biomédicale *individuelle* d'être socialement valorisée sous tous les régimes qui, après l'indépendance, se sont succédés au cours de la période étudiée, y compris sous le régime khmer rouge où l'on voit les catégories sociales alors privilégiées, enfants de cadres ou de paysans pauvres, accéder à cette fonction.

Toutefois, les médecins cambodgiens ne se présentent pas comme les témoins entièrement passifs d'une histoire qui se serait faite sans eux, comme les décrivent volontiers certains analystes politiques. Ces derniers, en effet, ont volontiers adopté un point de vue moral ou militant en décrivant l'incapacité des intellectuels cambodgiens à agir sur leur propre société et à dépasser leurs intérêts égoïstes, alors que les bonzes ou les paysans, par exemple, avaient réussi à se mobiliser à divers moments (groupes nationalistes indépendantistes, révoltes paysannes).

¹ Simona CERUTTI, *La ville et les métiers. Naissance d'un langage corporatif (Turin, 17^e-18^e siècle)*, Paris : Ed. de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1990, 260 p.

Si l'on adopte, au contraire, une grille de lecture qui tienne compte des fortes contraintes auxquelles sont soumis les médecins au cours de la période étudiée, elle-même marquée par des ruptures multiples et souvent violentes, on peut lire leur histoire comme une série de tentatives pour s'inventer – en tant que médecins – une place dans la société cambodgienne. Cette place, comme on l'a dit, ne pouvait se définir qu'à partir d'un statut – celui de fonctionnaire, assigné par l'Etat, adaptation d'une catégorie sociale existante depuis la monarchie pré-coloniale, avec celles du commerçant et du paysan¹ – et d'un nouvel espace d'activités – celui de la “santé publique”, définie ici comme domaine sanitaire et thérapeutique désormais organisé par l'Etat également (voir tableau VIII, page suivante).

¹ Auxquelles il faudrait peut-être ajouter celle du militaire, sous-catégorie particulière du fonctionnaire. Une étude globale sur les structures et la hiérarchisation sociales de la société cambodgienne, ainsi que sur les liens multiples que les différentes catégories sociales entretiennent entre elles reste à faire.

Tableau VIII - Position des médecins au cours de l'histoire. Récapitulatif

PERIODE	REGIME	INFLUENCE ETRANGERE	SYSTEME DE SANTE	STATUT DES MEDECINS	PLACE DES MEDECINS
1863-1953	Protectorat français	Monopole français	Peu développé. Centralisé au Viêt Nam (politique sanitaire, études médicales)	- Fonctionnaires indigènes	- Profession peu valorisée (fuite du contact interpersonnel avec le protecteur ; pas de réinterprétation de la nouvelle profession dans le cadre social existant) -Très peu de médecins
1955-1970	“Communauté Socialiste Populaire” du Prince Sihanouk (parti unique, personnalisation du pouvoir)	Neutralisme politique encourageant/neutralisant la concurrence étrangère	- Multiplication/fragilité des réalisations - Reconstitution de monopoles étrangers (médecine de pointe, prévention)	- Fonctionnaires	- Invention des “fonctionnaires-entrepreneurs”
1970-1975	République Khmère	- Monopole des Etats-Unis - Guerre	- Destruction	- Fonctionnaires d'un Etat en faillite économique	- Repli sur la pratique privée ou stages à l'étranger
1975-1979	Kampuchea Démocratique	- Isolement presque total - Idéologie de l'autosubsistance (aide chinoise limitée)	- Restructuration totale (infirmiers dans les unités de production) - Entièrement subordonné à la production	- Nouveau corps de médecins révolutionnaires, formés sur le tas - Choisis dans la nouvelle élite révolutionnaire	- Eviction officielle de l'ancien corps médical (travail au champ, élimination physique) - Purges régulières du nouveau corps médical entraînant son renouvellement incessant

TROISIÈME PARTIE

LES MEDECINS DANS L'ESPACE

THERAPEUTIQUE

L'ETAT, LES PRATICIENS "TRADITIONNELS", LES
PATIENTS

Poursuivons l'analyse macrosociologique des médecins cambodgiens en abordant la décennie 1980, celle qui, après la chute du régime khmer rouge, voit se mettre en place les nouvelles bases socio-politiques de leur profession, à partir desquelles celle-ci va évoluer dans les années 1990 – sous l'effet, notamment, de la libéralisation politique et économique, amorcée par le régime socialiste puis considérablement amplifiée au moment de la mise sous tutelle du pays par l'O.N.U. en 1992 et l'instauration, l'année suivante, d'un gouvernement multipartite. Quel portrait social peut-on alors tracer des médecins cambodgiens ? De quels statuts, de quels rôles socio-professionnels jouissent-ils ? Que représentent-ils pour la société cambodgienne dans son ensemble ? Quelles identités sociales développent-ils collectivement ? Et, enfin, comment exercent-ils ? Dans l'espace thérapeutique constitué par l'ensemble des acteurs sociaux impliqués dans les activités de soins au Cambodge – l'Etat, les thérapeutes “traditionnels” et les patients potentiels – les médecins, en tant que groupe, se définissent et sont définis dans un triple rapport.

En tant que fonctionnaires du nouvel Etat socialiste, d'abord, les médecins se voient assigner un statut professionnel et un cadre d'exercice qui fixent, de manière contraignante, leur pratique médicale et lient leur destin collectif à celui du pouvoir politique, appelant de leur part, comme cela a été le cas lors des périodes historiques précédentes, des réponses spécifiques. La lutte sourde pour le droit – ou, plus modestement, la tolérance officieuse – à l'exercice de la médecine privée va peu à peu devenir un enjeu central de ce rapport. En second lieu, la question de la “dominance professionnelle”, centrale dans les recherches sociologiques sur la profession médicale dans les sociétés occidentales, doit être remplacée par une interrogation plus constructiviste dès lors qu'on l'aborde dans des sociétés où les médecins ne disposent pas du monopole légal d'exercice de la médecine¹. La profession médicale se construit en effet au sein d'un espace thérapeutique partagé avec les thérapeutes “traditionnels” et les clients potentiels qui, dans une situation de pluralité thérapeutique, disposent d'un éventail de choix beaucoup plus important que dans les sociétés occidentales.

¹ Dans un travail pionnier pour l'histoire des professions médicales hors d'Occident, John Iliffe (*East African Doctors. A History of the Modern Profession*, Cambridge : Cambridge Univ. Press, 1998, 336 p.) note également que la question du pouvoir professionnel doit être repensée concernant la constitution du corps médical en Afrique de l'Est.

CHAPITRE I

STATUTS POLITIQUES, STATUTS PROFESSIONNELS : LES MEDECINS ET L'ETAT-PARTI CAMBODGIEN

Éliminés en tant que groupe professionnel sous le régime khmer rouge – et disparus pour un certain nombre d'entre eux – les médecins cambodgiens reprennent leur activité thérapeutique à partir de 1979. De nouvelles conditions d'exercice sont définies. Le travail est en effet rigoureusement encadré par un Etat-parti sous tutelle vietnamienne, aussi autoritaire que démuné matériellement, dont les médecins sont les fonctionnaires. Pour comprendre dans quel contexte les médecins sont amenés à pratiquer et dans quelles directions évoluent cette pratique, il faut s'arrêter brièvement sur la mise en place du nouveau régime et sur ses principales caractéristiques.

I - LA RECONSTRUCTION NATIONALE SOUS TUTELLE SOCIALISTE VIETNAMIENNE

A - La chute du régime khmer rouge et la reconfiguration des rapports internationaux

Le contrôle de l'appareil d'Etat du Kampuchea Démocratique par le groupe de Pol Pot (vers 1976-1977) a représenté, sur le plan des rapports internationaux, la victoire des ultranationalistes sur les militants influencés par le “grand frère” vietnamien. Plusieurs raisons poussent les Khmers Rouges à entamer, à partir de 1977, une escalade de la violence qui ressemble à un sabotage tant le rapport des forces lui est défavorable. Les sentiments de crainte à l'égard des visées expansionnistes du Viêt Nam, d'abord, sont partagés par de nombreux Cambodgiens. Les dirigeants khmers rouges, face à leurs échecs, ont ainsi voulu galvaniser une cohésion nationale et révolutionnaire minée par la résistance passive de la population, tout en rendant les

Vietnamiens responsables de tous leurs maux¹. D'autre part, la présence de ressortissants du *Kampuchea Krom*² – parmi lesquels on compte dans l'histoire plusieurs chefs nationalistes – comme Ieng Sary au sein du noyau dirigeant a pu également accentuer cette propension ultranationaliste jusque dans ses conséquences ultimes³. Enfin, la recherche et l'éradication de l'“ennemi” intérieur, puissant moteur des régimes totalitaires, trouvaient là une cible idéale, l'attaque du Viêt Nam offrant l'occasion de confondre ces cadres cambodgiens accusés d'avoir “une tête vietnamienne dans un corps khmer” (*kbal yuon khlouen khmaer*, ក្រាមយ្យនខ្មែរ). La purge massive de la Zone Est et la déportation brutale des habitants des régions frontalières, soupçonnés de collusion avec l'ennemi, seront les dernières mais les plus terribles péripéties du régime⁴.

C'est cependant le Viêt Nam qui conçoit le renversement du régime khmer rouge et l'installation d'un gouvernement plus conforme à ses intérêts, après la rupture des relations diplomatiques entre Phnom Penh et Hanoi, à la fin de 1977, sur l'initiative de la première. Les raisons d'un tel projet ne manquent pas : protection des villages frontaliers contre les incursions cambodgiennes très meurtrières ; reconquête, peut-être, d'une influence perdue sur le parti communiste cambodgien⁵ ; crainte d'un environnement géographique hostile au Viêt Nam¹ (voir schéma I, page suivante). Il est

¹ Parmi les slogans de la période khmère rouge collectés par Henri LOCARD (*Le “Petit Livre Rouge” de Pol Pot ou les Paroles de l'Angkar entendues dans le Cambodge des Khmers Rouges du 17 avril 1975 au 7 janvier 1979*, Paris : L'Harmattan, 1996, pp. 139-144), six concernent les Vietnamiens, ces “avaleurs de territoire”. Certains slogans encouragent le meurtre (“Frappez les Viets [*youen*, យ្យន] ! Frappez-les jusqu'à leur briser les os”, etc). D'autres encore font allusion à une histoire très connue au Cambodge, selon laquelle des Vietnamiens auraient enterré jusqu'au cou trois Cambodgiens, afin que leurs têtes servent de trépied à la marmite faisant bouillir l'eau de leur thé. Les Vietnamiens auraient alors poussé la cruauté jusqu'à rabrouer leurs victimes qui, par leurs mouvements, risquaient de renverser le liquide destiné aux “maîtres”. Décrivant l'ostracisme dont il s'est senti victime au cours de sa carrière sous le Sangkum, un médecin cambodgien d'origine vietnamienne nous cite également cette histoire.

² Le *Kampuchea Krom* (litt. le “Cambodge d'en bas”) est la région du delta du Mékong (comprenant Saïgon) conquise par le Viêt Nam sur le royaume cambodgien entre le XVII^e siècle et le XIX^e siècle. Elle est toujours peuplée d'une forte minorité khmère.

³ Voir Marie Alexandrine MARTIN, *Le mal cambodgien. Histoire d'une société traditionnelle face à ses leaders politiques, 1946-1987*, Paris : Hachette, 1989, p. 203.

⁴ Ben KIERNAN les décrit dans “Poulets sauvages, poulets de ferme et cormorans. La Zone Est du Kampuchea sous Pol Pot”, in *Cambodge. Histoire et enjeux : 1945-1985*, Paris : L'Harmattan, 1985, pp. 113-191.

⁵ Si cette hypothèse est exacte, elle ne s'applique qu'aux toutes dernières années du Kampuchea Démocratique. En 1973, en effet, les Vietnamiens ne sont prêts à soutenir aucune faction rivale à celle de Pol Pot, fût-elle d'obédience vietnamienne. Voir Ben KIERNAN, “Poulets sauvages ...”, *art. cit.*, p. 143.

¹ Nicolas REGAUD, *Le Cambodge dans la tourmente. Le troisième conflit indochinois. 1978-1991*, Paris : L'Harmattan, 1992, pp. 34-42.

possible, enfin, que l'invasion militaire de l'ensemble du Cambodge n'ait pas été projetée et que seule l'occupation de la rive Est du Mékong ait été, au départ, envisagée comme une mesure de moyenne ampleur, destinée à calmer les attaques khmères rouges.

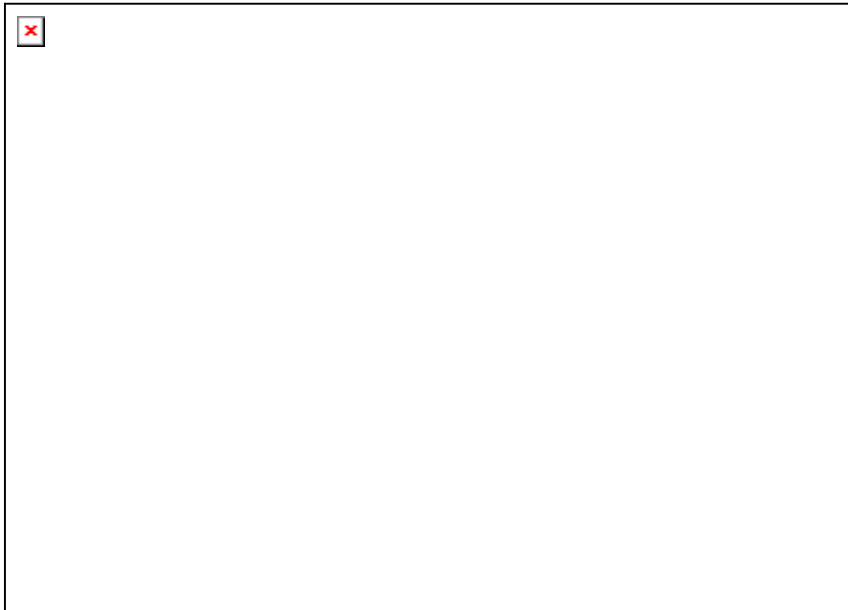
Mais le régime du Kampuchea Démocratique révèle une ultime contradiction. Malgré la propagande militariste déversée sur une population organisée en brigades pendant presque quatre ans, malgré les discours triomphalistes sur l'écrasement du Viêt Nam et malgré, enfin, l'exaltation des vertus des *yothea*, ces héros combattants, capables de battre les Etats-Unis, les soldats khmers rouges cèdent immédiatement sous la pression de la lourde artillerie d'origine soviétique et des cent vingt mille soldats vietnamiens, et fuient vers le Nord-Ouest sans opposer grande résistance.

L'invasion vietnamienne modifie les rapports de force internationaux dans la région. Les provocations armées du Kampuchea Démocratique à l'égard du Viêt Nam n'avaient pas beaucoup enthousiasmé la principale alliée du premier, la Chine Populaire, qui l'a néanmoins soutenu en lui fournissant des armes, tout en renonçant à une intervention directe¹ par souci d'éviter un conflit de grande envergure. Ce faisant, la Chine entendait "tester la réaction du Viêt Nam" et lui signifier son encerclement², espérant ainsi contrer l'influence de l'U.R.S.S. qui, par le biais des accords de coopération signés avec le Viêt Nam, le pourvoyait en matériel militaire pour la grande offensive sur le Cambodge et disposait par la même occasion d'une base d'appui dans la région. Les Etats-Unis, dont les relations avec la Chine s'étaient considérablement améliorées au cours des années 1970, se sont alignés sur cette dernière, la présence étatsunienne dans la péninsule indochinoise arrangeant l'un et l'autre puisqu'elle faisait contrepoids à celle de l'Union Soviétique.

¹ En échange de ce soutien, la Chine a demandé que soient révélés l'existence du Parti Communiste du Kampuchea et le nom de son secrétaire général, Pol Pot, jusque là maintenus secrets.

² Vandy KAONN, *Cambodge ou la politique sans les Cambodgiens*, Paris : L'Harmattan, 1993, pp. 139-142.

Schéma I - L'invasion du Cambodge par le Viêt Nam, 1979. L'enchevêtrement des niveaux conflictuels



D'ap. Nicolas REGAUD, *Le Cambodge dans la tourmente. Le troisième conflit indochinois. 1978-1991*, Paris : L'Harmattan, 1992, p. 13.

Chine, Etats-Unis et pays de l'Association des Nations d'Asie du Sud-Est (regroupant les pays non communistes de la région : Thaïlande, Malaisie, Singapour, Indonésie et Philippines) se sont donc entendus à dénoncer énergiquement l'invasion du Cambodge et l'illégitimité de la nouvelle République Populaire du Kampuchea, réclamant le retrait des troupes étrangères et conservant au Kampuchea Démocratique son siège à l'O.N.U. Ils ont soutenu la coalition qui, après bien des réticences, s'est formée en 1982 entre les trois principales factions d'opposition au gouvernement de Phnom Penh : le Kampuchea Démocratique (le parti des Khmers Rouges), le Front Uni National pour un Cambodge Indépendant, Neutre, Pacifique et Coopératif (le F.U.N.C.I.N.P.E.C., nouveau parti du prince Sihanouk¹) et, enfin, le Front National de Libération du Peuple Khmer (le F.N.L.P.K., parti nationaliste non communiste, dirigé par un ancien ministre du Sangkum exilé en France, Son Sann²). En exil à Pékin et sous la pression des Chinois, le prince Sihanouk accepte une nouvelle alliance avec les Khmers Rouges³.

Ces derniers se sont, à la hâte, façonné une image plus acceptable en dépêchant aux postes de relations publiques ses représentants les plus cultivés et les plus brillants (dont les frères Thiounn), multipliant les rencontres avec les journalistes, fréquentant assidûment les salons des Nations-Unies et des ambassades. Quant à Pol Pot, il quitte officiellement la direction du gouvernement, remplacé par Khieu Samphan – Thiounn Thioeun restant ministre de la Santé – mais garde en réalité le commandement armé du mouvement, abrité sur le territoire thaïlandais, à la frontière cambodgienne. C'est là que les troupes khmères rouges, en déroute après l'offensive vietnamienne, reconstituent lentement leurs forces grâce à un réseau d'aides plus ou moins obscures, associant les fournitures militaires chinoises, le soutien étatsunien – officiellement destiné aux résistants non communistes – et l'aide humanitaire internationale intervenant dans les camps de réfugiés contrôlés par les différentes

¹ Avant l'entrée des troupes vietnamiennes à Phnom Penh, il avait été évacué du palais royal – où il était assigné à résidence depuis sa démission de la présidence du Kampuchea Démocratique – vers Pékin.

² Il unit de petits groupes de militaires républicains entrés dans les maquis dès avril 1975 (les “Khmers Libres” que les Cambodgiens attendaient en libérateurs) et a les faveurs de beaucoup d'intellectuels exilés.

³ Cinq des quatorze enfants du prince Sihanouk, nés de ses six unions, sont décédés sous le régime khmer rouge.

factions d'opposition. La guérilla se maintiendra ainsi pendant des années encore – jusqu'à la dissolution du mouvement à la mort de Pol Pot en 1996.

C'est dans ce climat de tensions diplomatiques et militaires, rythmé par les annuelles offensives de saison sèche lancées par les troupes de Phnom Penh à la frontière thaïlandaise, que se met en place la République Populaire du Kampuchea sous égide vietnamienne. Multipliant les accords de coopération avec les pays de l'Est et extrêmement méfiante à l'égard des pays occidentaux qui fournissent une aide aux factions cambodgiennes ennemies, elle prend solidement place dans le camp socialiste et se ferme pour dix ans aux pays occidentaux. La “reconstruction nationale” qu'elle va orchestrer se fait sur deux bases : celle, d'abord, d'un pouvoir fort, encadrant et contrôlant la population – par crainte des opposants intérieurs, en relation avec la résistance de la frontière, autant que pour contrevénir à toute manifestation hostile à l'égard de l'occupation vietnamienne – hostilité constituant d'ailleurs un motif d'arrestation politique. Celle, ensuite, d'un certain pragmatisme rendu nécessaire par la situation catastrophique du pays et les faibles moyens humains et matériels dont il dispose pour se relever. Ces deux caractéristiques, que l'on se propose de décrire brièvement dans leurs traits les plus marquants, sont essentiels pour comprendre la façon dont le système de santé et l'embauche du personnel soignant se sont effectués.

B - Les caractéristiques du nouveau régime : idéologie et pragmatisme

1 - Le recrutement idéologique des cadres

L'attribution des postes au sein des différentes instances dirigeantes – Parti, gouvernement et, plus largement, fonction publique¹ – tient compte des

¹ Le Front Uni National de Salut du Kampuchea (F.U.N.S.K.) est fondé quelques jours avant l'invasion du Cambodge, le 2 décembre 1978. L'histoire officielle veut qu'il l'ait été à l'initiative de quelques dizaines de chefs rebelles khmers rouges de la Zone Est et qu'il préfigure une révolte nationale, simplement soutenue par l'armée vietnamienne. Le Conseil Populaire Révolutionnaire du Kampuchea (C.P.R.K.) est ensuite fondé à la prise de Phnom Penh et regroupe plusieurs membres du Comité Central du F.U.N.S.K. Il tient lieu de gouvernement provisoire puis, semble-t-il, de Conseil des Ministres après la proclamation de la République Populaire du Kampuchea quelques jours plus tard. Enfin, le Parti, dont le nouveau nom – Parti Populaire Révolutionnaire du Kampuchea – rappelle celui de l'ancien parti communiste cambodgien allié au Viêt Nam et efface le souvenir du Parti Communiste du Kampuchea (le parti khmer rouge) – est rendu officiel en mai 1981 seulement.

biographies politiques que les postulants sont invités à rédiger. Mais les Cambodgiens susceptibles d'occuper des postes à responsabilité – même très fortement encadrés, au début, par les conseillers vietnamiens – sont rares, et plus rares encore ceux qui réunissent, en outre, les conditions de fiabilité politique du point de vue de Hanoi. Il se crée donc une hiérarchie dont les lignes directrices sont les suivantes¹.

Les cadres les plus susceptibles de confiance, donc les plus haut placés, sont évidemment les communistes “vétérans” (“les combattants anciens”, *neak to sou chah*, Gñkts)Ucas) formés dans les maquis cambodgiens par le Viêt-minh dans les années précédant l'indépendance, avant la montée du groupe de Pol Pot, et dont beaucoup peuvent faire remonter leur expérience militante aux années 1950 dans les groupes nationalistes *issarak*. Partis pour la moitié d'entre eux à Hanoi après les Accords de Genève puis revenus participer à la lutte après la chute du prince Sihanouk en 1970, ces “Khmers Viêt-Minh” ont été largement victimes des purges secrètes (par exécutions ou exil forcé) décidées à leur rencontre par les Khmers Rouges. Il semble que l'hostilité ait moins tenu, d'ailleurs, à des différences idéologiques importantes qu'à une divergence concernant la position des uns et des autres vis-à-vis du Viêt Nam, les “vétérans” se montrant en général plus favorables à la coopération.

La préférence revient ensuite aux communistes “domestiques” (“dans le pays”, *knong prateh*), anciens cadres subalternes du Kampuchea Démocratique. La plupart des figures importantes de la République Populaire du Kampuchea appartenant à cette catégorie est issue de l'ancienne Zone Est qui semble être passée d'une opposition loyale à la rébellion ouverte lorsque la reprise en main de la Zone par le pouvoir central s'est resserrée, en 1978. Acculés à la frontière, pourchassés par les troupes du Centre et démunis de tout, ils ont alors cherché le soutien vietnamien², plus par nécessité immédiate que par solidarité internationaliste, d'ailleurs.

¹ Steven HEDER, *From Pol Pot to Pen Sovan to the Villages*, International Conference on Indochina and Problems of Security and Stability in Southeast Asia, Chulalongkorn University, Bangkok, 19-21 June 1980, dactyl., 79 p. L'auteur se base entièrement sur des entretiens très nombreux et exclut de son corpus les informations officielles fournies par les représentants de Phnom Penh.

² L'histoire de cette période est, comme la précédente, soumise aux sympathies idéologiques des chercheurs. Les sympathisants de la R.P.K. ont tendance à présenter l'image d'une Zone Est à l'encadrement beaucoup plus souple que dans les autres Zones. C'est cette clémence relative qui aurait entraîné la répression du Centre et la rébellion des cadres de l'Est qui, refusant de se battre contre les Vietnamiens, auraient obtenu le soutien de ces derniers. Les chercheurs hostiles à la R.P.K. ne lient pas

Mais le nombre de cadres ainsi recrutés reste insuffisant pour animer la nouvelle administration. Les postes subalternes sont offerts aux intellectuels et à toutes les autres personnes peu ou prou instruites (“les intellectuels, ceux qui savent”, *neak cheh deung*, រ៉ែកេចអ្នក) non communistes. Ils sont malgré tout également sélectionnés et hiérarchisés en fonction de leurs antécédents politiques : diplomates et intellectuels de l'ancien Front Uni National du Kampuchea (coalition opposée au régime de Lon Nol dans les années 1970, officiellement menée par le prince Sihanouk et dirigée par les Khmers Rouges) ; réfugiés non communistes ayant fui au Viêt Nam entre 1975 et 1978 ; enfin, “peuple nouveau” ayant vécu la totalité du régime au Cambodge. Mais cette capacité à sélectionner les fidèles et à imposer des personnalités conformes n'est réelle qu'aux échelons supérieurs de l'administration, les proportions s'inversant au fur et à mesure que l'on descend dans les subdivisions administratives¹, au point que les villages, pour être contrôlés, n'en sont pas moins souvent dirigés par une personne ne répondant à aucun des critères et parfois même élue par les villageois.

2 - Evolution du contrôle vietnamien et des structures de pouvoir. L'exemple du ministère de la Santé

Si, dans ce nouvel appareil de pouvoir, les Cambodgiens sont les seuls à apparaître officiellement, il n'en demeure pas moins que le Viêt Nam, par le biais de son important déploiement de troupes et de ses nombreux “conseillers” et “experts” à tous les échelons administratifs, établit un protectorat sur le pays. Après l'invasion, 150 000 à 200 000 militaires auraient constitué les troupes d'occupation, stationnées en garnison d'importance décroissante dans les villes provinciales, les districts et les communes ; les villages n'étant souvent visités que par des patrouilles n'interférant pas dans la vie locale. Le rôle de ces troupes est varié : elles doivent protéger les populations civiles et les “experts” vietnamiens ; veiller à l'application des ordres venus de la capitale ; offrir une aide aux travaux agricoles. En outre, leur présence rappelle à tous la situation du Cambodge vis-à-vis du Viêt Nam.

aussi directement répression de la Zone Est et invasion vietnamienne (dont les combattants cambodgiens représentent une proportion infime).

¹ Steve HEDER, *From Pol Pot ...*, op. cit., pp. 19 sq.

Les “experts” vietnamiens accompagnent cette armée d'occupation, spécialement aux plus hauts niveaux des appareils de l'Etat et du Parti (car ils n'interviennent pas directement dans les comités populaires révolutionnaires gérant les communes et les villages). Leur nombre, plusieurs centaines, n'est pas connu avec précision¹ mais ils “doublent” tous les postes cambodgiens et imposent ou contrôlent les décisions prises par le gouvernement².

Toutefois, la volonté du Viêt Nam de se dégager du Cambodge et de faire appel à des personnalités moins notoirement connues pour leur sympathie à son égard ainsi que les jeux internes de pouvoir dans le cadre, notamment, de frictions entre “vétérans” et “domestiques”³ ont fait évoluer cette structure en faveur des anciens Khmers Rouges, d'une part et des “néophytes” en politique, récemment intégrés au Parti, d'autre part⁴ (voir tableau IX, page suivante) ; toujours sur la base d'une politique de coopération et d'entente avec le Viêt Nam. L'évolution a permis, en outre, la montée d'un homme, Hun Sen, ministre des Affaires Etrangères puis Premier ministre, poste qu'il a occupé jusqu'aux élections organisées par l'O.N.U. en 1993.

1 Nicolas REGAUD (*op. cit.*) reprend le chiffre de six cents experts vietnamiens, paru dans “The vietnamisation of Kampuchea - a new model of colonialism”, *Indochina Report*, pre-publication issue, oct. 1984, p. 5. Le titre de l'article suggère, de la part de son auteur, une position négative vis-à-vis de l'occupant vietnamien dont il faut sans doute tenir compte pour apprécier le chiffre.

2 Cette présence vietnamienne a été diversement appréciée par les acteurs cambodgiens et les rares observateurs étrangers qui ont pu entrer au Cambodge au début des années 1980. Ses détracteurs insistent sur la vietnamisation de l'enseignement et des expressions artistiques, le pillage des ressources nationales et les réquisitions forcées de population, en particulier pour la construction d'un vaste mur de bambou destiné à fermer la frontière khméro-thaïlandaise (Voir par exemple Marie Alexandrine MARTIN, “Vietnamised Cambodia. A Silent Ethnocide”, *Indochina Report*, Singapour, 1986, 7, 32 p. et *Le mal cambodgien*, Paris : Hachette, 1989 [Livre II, Chap. VIII, “Le Cambodge vietnamisé”, pp. 206-227]. Voir aussi le témoignage d'un médecin français : Esmeralda LUCIOLLI, *Le mur de bambou. Le Cambodge après Pol Pot*, Paris : Ed. Régine Deforges/Médecins Sans Frontières, 1988, pp. 105-135.)

3 Ces frictions sont brièvement décrites par un acteur du régime aujourd'hui réfugié en France. VANDY Kaonn, *Cambodge : 1940-1991 ou la politique sans les Cambodgiens. Essai*, Paris : L'Harmattan, 1993, p. 146.

4 Des exemples en sont donnés par Mickaël VICKERY, “La kremlinologie face au Cambodge”, in Camille SCALABRINO *et al.*, *Affaires cambodgiennes, 1979-1989*, Paris : L'Harmattan, 1989, pp. 129-135.

Tableau IX - Evolution de la composition du Comité central du Parti Populaire Révolutionnaire du Kampuchea entre 1981 et 1985

	1981	1985
“Vétérans”	11	4
Ex-Khmers rouges	7	15 (*)
Nouveaux	1	12
Total	19	31

(*) dont 7 survivants des purges et 8 ayant fait défection vers 1975

D'ap. Nicolas REGAUD, *Le Cambodge dans la tourmente. Le troisième conflit indochinois. 1978-1991*, Paris : L'Harmattan, 1992, pp. 63-64 citant Michaël VICKERY, *Kampuchea. Politics, Economics and Society*, Sydney : Allen and Unwin, 1986, pp. 60-88.

Parallèlement à ces modifications intervenues dans la répartition des pouvoirs et malgré l'incrédulité des observateurs occidentaux – journalistes et services de renseignements – le désengagement vietnamien s'est effectivement déroulé sous l'effet de facteurs conjugués (difficultés économiques aggravées par l'embargo étatsunien imposé en représailles à l'occupation du Cambodge, enlisement de la situation militaire au Cambodge, ouverture des pourparlers entre les différentes factions cambodgiennes à partir de 1986). D'année en année, les troupes se sont progressivement retirées du Cambodge jusqu'au retrait final de septembre 1989.

Une fois ces structures mises en place par le gouvernement vietnamien et les modifications intervenues dans le jeu interne du pouvoir, le contrôle et l'encadrement de la population restent importants, montrant que les véritables enjeux sont dorénavant la reproduction d'un pouvoir qui va rester inchangé jusqu'au mandat de tutelle exercé par l'O.N.U. en 1992. Cette disposition du pouvoir, sa “khmérisation” puis son “verrouillage” apparaissent clairement au sein du ministère de la Santé.

Le ministre de la Santé nommé au tout début est Nou Beng qui présente toutes les caractéristiques politiques requises pour mener une carrière ministérielle dans les premières années de la République Populaire du Kampuchea sous égide vietnamienne.

Comme d'autres membres du Parti, il est issu d'une minorité ethnique du Nord-Ouest du Cambodge, la minorité lao¹. C'est un “Khmer Viêt-minh”, formé à la médecine par les communistes vietnamiens dans les années 1960. Il démissionne du Parti Communiste du Kampuchea en 1974, tout comme de nombreux autres “Khmers Viêt-minh”, et s'exile au Viêt Nam. Rallié au Front Uni National de Salut du Kampuchea dès sa création en décembre 1978, il est chargé des affaires de santé du Conseil Populaire Révolutionnaire du Kampuchea avant de devenir ministre de la Santé et des Affaires Sociales de la République Populaire. Parallèlement ou successivement à ces fonctions ministérielles, il occupe des postes à l'Assemblée Nationale (représentant de la province de Ratanakiri, vice-président de l'Assemblée Nationale) et dans le Parti, à

¹ Le mouvement communiste a fait de nombreux adeptes parmi les “Khmers d'En Haut” (*Khmaer Leu*) comme les avaient désignés le prince Sihanouk, dans un effort pour leur donner une place à part entière dans la société cambodgienne.

l'échelon provincial (vice-président du Parti Populaire Révolutionnaire de la province de Kratié)¹.

A la même époque et jusqu'en 1984, la vice-ministre de la Santé chargée des Affaires Sociales présente une biographie politique moins exemplaire dans l'optique d'alors mais tout aussi caractéristique. Ancienne cadre sanitaire subalterne d'un hôpital de Phnom Penh avant le régime khmer rouge, elle est déportée lors de l'évacuation de la capitale mais réussit, assez rapidement, à s'enfuir au Viêt Nam d'où elle revient avec les troupes vietnamiennes avant de se voir assigner des responsabilités au ministère de la Santé.

Conformément à l'évolution générale de la République Populaire, qui désire à la fois intégrer les “intellectuels” néophytes en politique – parmi les plus à même d'être contrôlés – et assurer ainsi une respectabilité extérieure au nouveau gouvernement, le Dr Yith Kim Seng devient ministre de la Santé dès 1981. A défaut de passé politique dans le sérail viêt-minh ou communiste cambodgien, il possède une longue expérience administrative puisqu'il est issu des toutes premières promotions de médecins cambodgiens. Il a commencé sa carrière comme “médecin indochinois” et a ensuite occupé différentes fonctions dans les ministères de la Santé des gouvernements du prince Sihanouk et de Lon Nol (directeur-adjoint de la Santé, Protection Maternelle et Infantile). Il reste en poste jusqu'à son décès, remplacé par un troisième type de médecin, qui, à son tour, est très représentatif de l'évolution du pouvoir au sein de la R.P.K.

Yim Chhay Ly est le beau-frère de Chea Sim, l'un des fondateurs cambodgiens du nouveau régime. Infirmier en 1979, il reprend des études médicales à la Faculté de Médecine de Phnom Penh puis de Hanoi. Ses fonctions sont ensuite à la fois ministérielles et politiques. Il est vice-président de l'hôpital de la Révolution (ex-Calmette) puis vice-ministre de la Santé en 1988 et ministre en 1990. Parallèlement, il est membre du Comité Central du Parti Révolutionnaire du Kampuchea puis du Parti du

¹ Interviews de médecins ayant travaillé sous son ministère. Voir aussi sa notice biographique dans Raoul M. JENNAR, *Les clés du Cambodge*, Paris : Maisonneuve et Larose, 1995, p. 237.

Peuple du Cambodge (nouveau nom du Parti en 1991). Après les élections de 1993, organisées par l'O.N.U (au cours desquelles il n'a pas été élu pour la circonscription de Kompong Cham), il retrouve des fonctions ministérielles, dans un autre domaine que celui de la santé, comme sous-secrétaire d'Etat puis secrétaire d'Etat au développement rural.

Ces nominations au plus haut niveau se heurtent fréquemment aux aspirations des intellectuels survivants, notamment les docteurs en médecine qui s'estiment mieux formés et plus compétents pour mener à bien de telles tâches ministérielles. Ils avaient espéré, en restant au pays, pouvoir jouer un rôle de plus grande envergure que celui qui, à l'époque, leur est attribué en tant que simples "intellectuels", néophytes en politique¹.

Parallèlement à ce maintien d'un pouvoir fort, cependant, la libéralisation économique s'accroîtra au fil du temps. Bien qu'elle ne représente pas un idéal pour les théoriciens vietnamiens qui réfléchissent sur les étapes du socialisme au Cambodge, elle est une solution à la pauvreté de l'Etat.

3 - La libéralisation économique

Elle est, bien entendu, limitée. Les différents secteurs de la faible production appartiennent à l'Etat. Les petites manufactures de savon, de sacs de jute, de textile, de cigarettes, d'alcool, etc. qui ouvrent à la "Libération" sont toutes des entreprises publiques², ainsi que les sociétés d'importation. De même, l'organisation collective du travail agricole au sein des "groupes de solidarité" (*krom samaki*) est-elle une mesure gouvernementale, encore qu'elle soit appliquée de manière différenciée selon les régions.

¹ Une médecin française travaillant pour une O.N.G. au Cambodge en 1984-1986 se fait l'écho des critiques discrètes et du mépris dont est l'objet, parmi ses collègues cambodgiens, le ministre de la Santé du fait de ses origines sociales (c'est un "paysan de Ratanakiri", i.e. illettré en khmer), ses origines politiques (un "ex-médecin révolutionnaire", qui "ne se déplaçait que vêtu d'un treillis, flanqué de deux gardes du corps vietnamiens" et d'un pistolet, lors de ses visites d'hôpitaux). Voir Esmeralda LUCIOLLI, *op. cit.*, p. 253.

² Voir Chanthou BOUA, "Observations of the Heng Samrin Government, 1980-1982", in David P. CHANDLER and Ben KIERNAN (eds.), *Revolution and its Aftermath in Kampuchea ; Eight Essays*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, pp. 259-290.

Mais l'on observe, dans les faits, une certaine souplesse dans le domaine économique. Les moyens de production agricole sont privés et leur usage collectif rétribué¹. Dans certains villages, les paysans se réapproprient discrètement la terre, bien avant la décollectivisation officielle de 1988². Surtout, le troc et le petit commerce se généralisent rapidement : riz contre poisson, poisson contre bœuf ou porc, chemises et médicaments contre or... Tout le monde s'improvise commerçant, avec plus ou moins de succès, et les "cours" fluctuent en fonction de la rareté des produits. Ce marché est alimenté par la contrebande avec la Thaïlande, dont certains se sont fait une spécialité qui, sans être encouragée, n'est pas réprimée, les soldats cambodgiens ou vietnamiens prélevant leur dîme au passage. Egaleme nt à la frontière thaïlandaise, les organisations internationales ouvrent une distribution massive de riz qui alimente le troc.

C'est dans ce double mouvement de contrôle politique rigide et de pragmatisme économique – d'abord timide, discret, canalisé puis de plus en plus actif et désordonné – qu'il convient de situer la reconstitution du corps médical. Pourquoi et comment les survivants décident-ils ou, au contraire, refusent-ils de reprendre leurs activités médicales ? Sur quelles bases s'effectuent les recrutements et la réorganisation du système de santé ?

¹ En revanche, l'Etat mécontente les paysans en maintenant longtemps la vente obligatoire de leur riz à des prix inférieurs à celui du marché libre.

² Anne GUILLOU, "La question foncière", in *Cambodia. Agricultural Development Options Review*, rapport, Phnom Penh/Rome : F.A.O./ P.N.U.D., janv. 1994, 23 p.

II - LE CORPS MEDICAL RECONSTITUE : ÉCLATEMENT DES PARCOURS ET UNIFICATION POLITIQUE

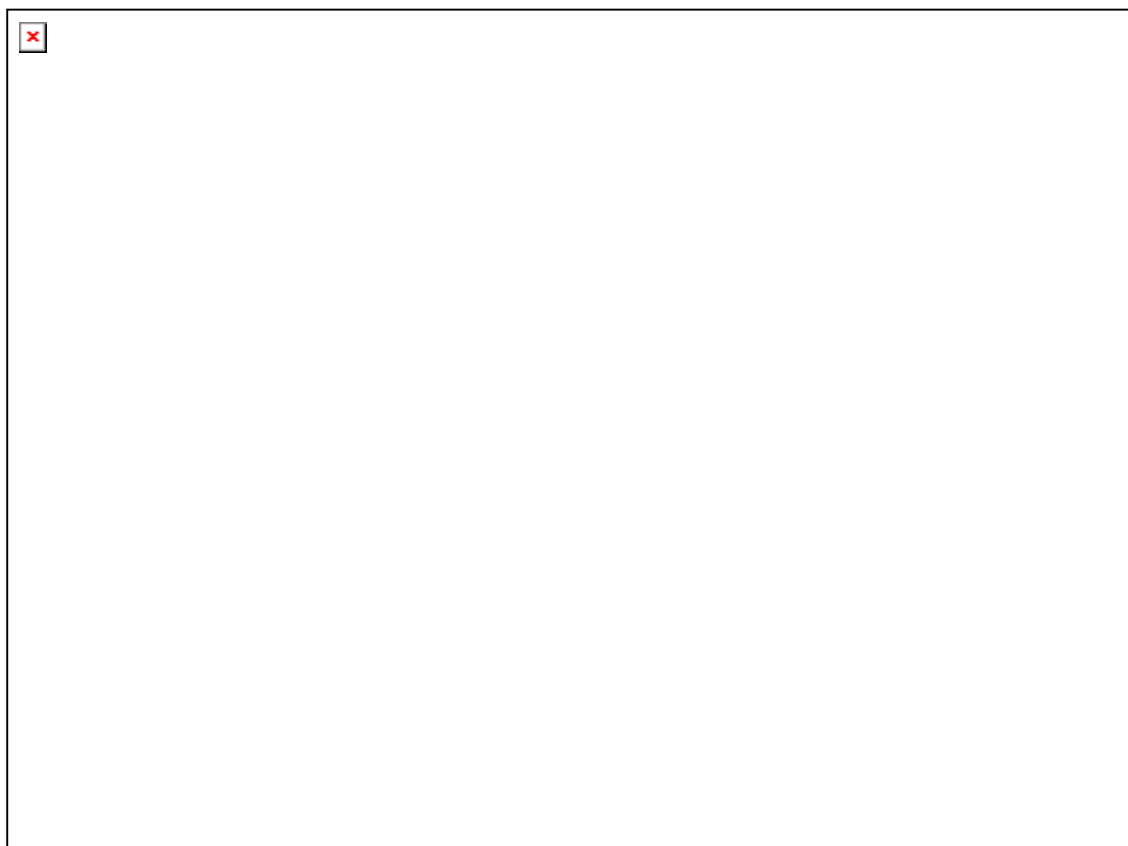
A - Statut économique : la débrouille¹

La majorité des Cambodgiens ne sait rien des préparatifs de l'invasion et des manœuvres diplomatiques qui les ont précédés. Ceux d'entre eux qui ont aperçu des avions ou entendu des tirs espèrent être libérés par des “Khmers Libres” (*Khmaer Serey*), ces groupes de maquisards qui, disent les rumeurs, ont organisé une opposition armée aux Khmers Rouges. Mais ce sont les uniformes vietnamiens qui font irruption dans toute la partie orientale du pays. M. Ly Den, ancien pharmacien de Phnom Penh déporté dans la province de Kompong Cham, province frontalière rapidement envahie, décrit ainsi ce moment :

“Au début de 1979, j'étais dans le district de Kompong Seam [voir carte V, page suivante], à neuf kilomètres de Kompong Cham [ville], près de l'aéroport où des pilotes chinois étaient venus entraîner des pilotes khmers rouges. Le 7 janvier, j'ai entendu quelques coups de feu. Quelques bombes ont été lâchées dans le Mékong vers cinq heures du matin [par les pilotes khmers rouges]. Vers six heures du matin, les camions vietnamiens ont passé le Mékong à Tonlé Bet. Et puis, à dix heures trente, ils ont proclamé leur victoire à Phnom Penh, à la radio. Il y a eu très peu de résistance. En signe de soumission, les yothea [combattants khmers rouges] et les kamaphibal [les cadres] relevaient une manche de chemise ou une jambe de pantalon. Ceux qui s'enfuyaient en relevant une manche ou une jambe n'étaient pas poursuivis par les Vietnamiens [...] Je n'ai vu aucun Cambodgien [accompagnant les troupes de Hanoi]²”.

¹ La “débrouille” décrit une action mais indique également un état d'esprit. Les termes khmers susceptibles de le traduire sont, eux, plus descriptifs qu'analytiques. On dira, en khmer familier, *rok*, qui signifie littéralement “chercher [de quoi vivre]”. *Rok si* (rksul, litt. “chercher [de quoi] bouffer”) décrit une activité commerciale exclusivement. En khmer plus élégant, on emploiera le verbe *doh sray chivit* (edaHRsayClvit, litt. “soulager/résoudre [les problèmes de] la vie”).

² M. Ly Den est aujourd'hui réfugié en France et peut donc se permettre cette précision idéologiquement incorrecte.

Carte V - Triangle Ho Chi Minh Ville – Kompong Cham – Phnom Penh

Parcours décrit par M. Ly Den. Les troupes vietnamiennes entrent par la route n°7, franchissent le Mékong au bac de Tonlé Bet (flèche). M. Ly Den prend un camion jusqu'à Prey Toteung (flèche) et descend sur Phnom Penh par la route n°6.

Dans l'Ouest, la situation est souvent moins claire car la débâcle n'est pas immédiate. Les combats se poursuivent entre forces khmères rouges du Nord-Ouest, celles du Sud-Ouest et les troupes vietnamiennes. Gens du "peuple nouveau" et du "peuple ancien" confondus, errent alors par milliers dans les forêts, plusieurs mois après la chute officielle du régime¹, essayant d'échapper aux fuyards qui poussent devant eux les populations civiles et les entraînent vers la frontière thaïlandaise où des camps sont hâtivement construits. Ce sont ces personnes, mal nourries, malades et épuisées, qui, visitées par des journalistes étrangers, vont les premières causer un émoi considérable en Occident, accréditant la thèse d'un Cambodge au bord de l'extinction et menacé à nouveau par une famine sans précédent du fait de la destruction des récoltes de 1979.

Passés la surprise de l'attaque et l'étonnement de se retrouver face à des "libérateurs" vietnamiens, une activité fébrile s'empare très rapidement des Cambodgiens "libérés", créant, pour quelques mois, une situation chaotique sous laquelle percent, néanmoins, les prémises de la nouvelle différenciation sociale. M. Ly Den poursuit : "Je suis resté sur place et on a partagé le paddy. Il y avait des réserves importantes. C'était la récolte de janvier du riz flottant et le paddy était encore sur l'aire de battage". Le premier souci consiste en général à rechercher immédiatement, au sein des coopératives et des villages, les réserves de riz, les légumes des potagers collectifs et les animaux domestiques susceptibles d'être partagés et consommés. Lorsque les stocks locaux sont trop maigres, des déplacements incessants se font vers les lieux susceptibles de livrer des provisions et dont on a connaissance par le bouche-à-oreille. Le temps, alors, n'est ni au repos ni au deuil, il s'agit de s'emparer de tout ce que l'on trouve dans les maisons abandonnées pour assurer la survie immédiate ou, mieux, pour constituer une petite réserve destinée au troc.

Sous le régime khmer rouge, l'égoïsme, le mensonge, le chapardage et la méfiance ont été, en bien des endroits, nécessaires à la survie. Le Dr T. H., comme beaucoup d'autres, évoque avec douleur l'image méprisable de lui-même que lui renvoie ce souvenir. La nouvelle situation, sans appeler les mêmes manquements graves aux devoirs familiaux ou bouddhistes², encourage la débrouillardise, surtout quand apparaissent les premiers signes de succès de ceux qui la pratiquent avec bonheur – un

¹ Ida SIMON-BAROUH, *Le Cambodge des Khmers Rouges. Chronique de la vie quotidienne. Récit de Yi Tan Kim Pho*, Paris : L'Harmattan, 1990, pp. 160-190.

² Les cinq vertus bouddhiques (*sel, sll*) que doivent respecter les adeptes ordinaires sont l'interdiction de détruire la vie, de voler, de commettre l'adultère, de mentir et d'absorber des boissons enivrantes.

abri correct, une alimentation suffisante, des vêtements propres, des sacs de riz – quand d'autres errent encore sur les routes, maigres et dépenaillés, gâtant dans des abris de fortune et quémandant leur nourriture. Cette préoccupation pour la constitution et l'accumulation d'économies et de réserves reste extrêmement vive des années durant, comme la meilleure garantie contre un environnement social perçu comme dangereux et surtout imprévisible.

Dans un second temps viendra la recherche d'un lieu d'installation, occasionnant des va-et-vient de population avant que, en quelques semaines, le contrôle de la circulation et l'inscription sur les listes administratives rendent les déplacements très difficiles. Les ruraux tentent généralement de se réinstaller dans leur village d'origine tandis que l'accès aux villes provinciales est limité et que Phnom Penh est fermée – officiellement, de peur des infiltrations ennemies et du pillage ; selon d'autres versions, pour que les réserves accumulées par les Khmers Rouges puissent être acheminées au Viêt Nam. Commence également, une fois le minimum vital assuré, la recherche des membres survivants de la famille. Partout des nouvelles, destinées aux parents, sont tracées à la craie sur les portes des anciennes demeures, ou des messages sont confiés aux inconnus qui, arrivés les premiers, ont pris possession des lieux et qu'il n'est pas question de déloger. Le deuil commencera au fur et à mesure que les informations recueillies sur le décès de proches parviendront par le bouche-à-oreille. Mais quand le parent a simplement disparu, emmené à la nuit tombée pour “aller étudier”, selon la formule khmère rouge habituelle, l'incertitude peut ronger des années durant encore.

Méfiance à l'égard d'un régime dont on ne sait ce qu'il réserve, incertitude quant à l'avenir, nécessité de la “débrouille”... Le système de santé qui se met très rapidement en place fait appel à des personnes, anciens professionnels, étudiants rescapés ou simples “instruits”, qui ruminent ces pensées et ne ressentent pas tous, loin s'en faut, le joyeux enthousiasme que devrait leur procurer, disent les slogans, la participation à la reconstruction nationale et révolutionnaire sous la houlette du Front d'Union Nationale pour le Salut du Kampuchea. L'entrée au service de l'Etat-Parti a d'abord le mérite de fournir le gîte, le couvert et quelques avantages en nature.

Les hôpitaux provinciaux sont rapidement rouverts puis, peu à peu, des dispensaires de districts. A Phnom Penh, plusieurs établissements hospitaliers sont remis sur pied au cours de 1979 (voir photo II, page suivante), avec un nouveau nom – en forme de date commémorant un événement favorable à la République Populaire du Kampuchea – et une destination particulière. Le “Sept Janvier”¹ (ancien Hôpital Chinois) est un hôpital général accueillant les populations qui, déportées dans le Nord-Ouest, retournent chez elles en transitant par Phnom Penh. Le “Dix-Sept Avril”² (ancien Hôpital des Bonzes) devient un centre chirurgical, tandis que le “Deux Décembre”³ (une clinique privée autrefois) pratique la médecine générale. Quant à l’“Hôpital de la Révolution”, il accueille exclusivement les “cadres”, c'est-à-dire les fonctionnaires, tandis que l’Hôpital des Chemins de Fer ne reçoit que le personnel du ministère des Communications. Les grands hôpitaux englobant des dépenses de fonctionnement importantes sont inaugurés plus tard grâce à une aide étrangère (autre que celle du Viêt Nam), tels l’Hôpital National Pédiatrique qui ouvre en octobre 1980 ou l’Hôpital de l’Amitié Khméro-Soviétique (dont le nom est, lui, conservé) qui ouvre en 1982 mais n’atteint sa pleine activité qu’en 1987.

Dans les premiers mois qui suivent l’installation du Conseil Populaire Révolutionnaire à Phnom Penh et des comités provinciaux, l’embauche médicale est surtout faite localement et sur le tas, chacun se présentant qui dans les hôpitaux ou les dispensaires, qui dans les bureaux de la nouvelle administration – consistant, en tout et pour tout, en deux chaises bancales et trois feuilles d’un mauvais papier. Le personnel de santé de “l’ancienne société”⁴ (*sangkum chah*) de même que toutes les bonnes volontés munies de quelque bagage scolaire sont encouragées à déposer leur demande d’embauche.

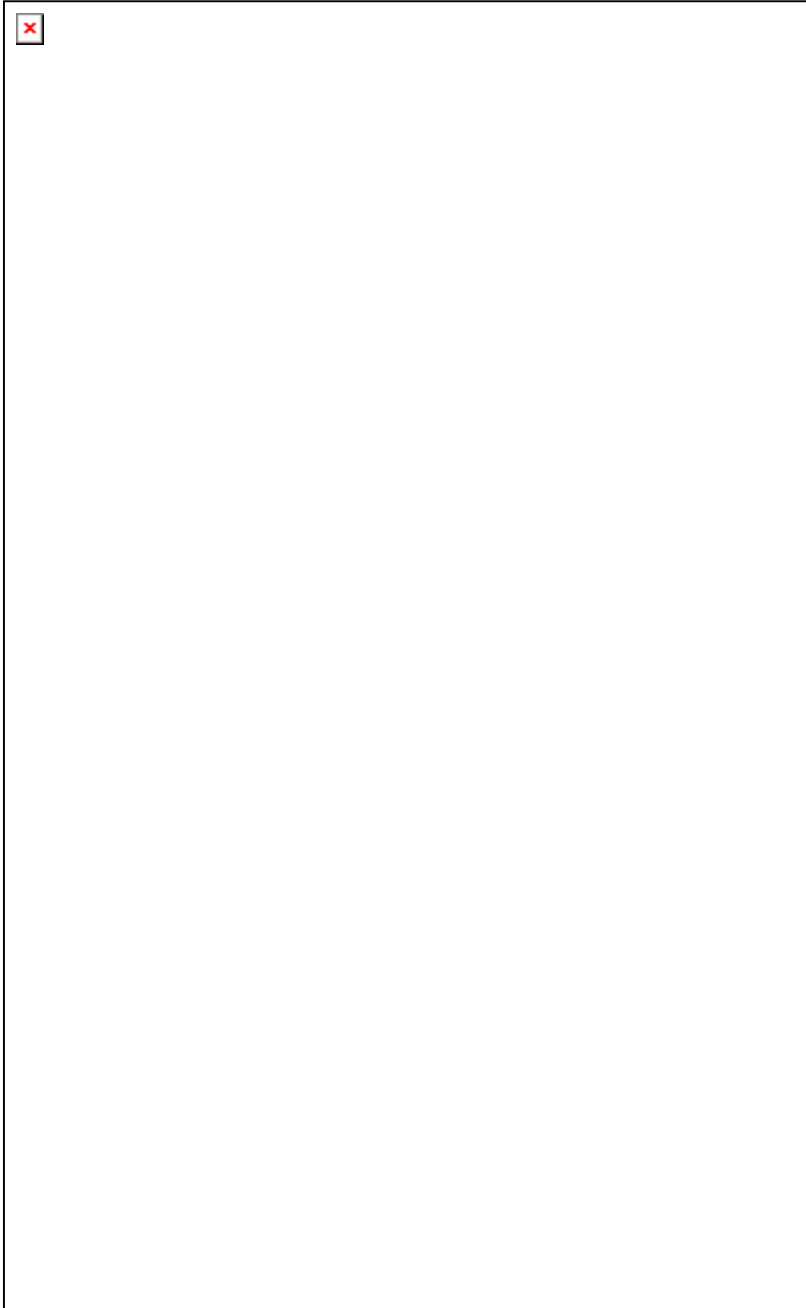
¹ Le 7 janvier 1979 est la date de la prise de Phnom Penh par l’armée vietnamienne.

² Le nom commémore le 17 avril 1975, victoire des Khmers Rouges sur l’impérialisme américain.

³ Le 2 décembre 1978 est créé le F.U.N.S.K.

⁴ Les Cambodgiens francophones parlent de “l’ancien régime”.

Photo II – Hôpital du Deux-Décembre (obstétrique, gynécologie)



Phnom Penh, janv. 1991

Certains hésitent, se rappelant le régime précédant qui, sous couvert d'appel à la collaboration, cherchait à confondre les anciens “bourgeois”, auteurs de biographies inexactes. Ceux qui les premiers ont rejoint les rangs du nouveau régime incitent leurs anciens camarades, retrouvés au hasard des rencontres ou grâce au bouche-à-oreille, à les rejoindre et les aident à effectuer les démarches – sommaires à cette période d'urgence – nécessaires à leur intégration. Une certaine solidarité se fait jour à ce moment entre camarades de promotion rescapés, les mieux nantis intervenant en faveur des plus démunis ou les aidant de quelques repas. Elle reste cependant limitée et ne s'exerce qu'à titre personnel et amical, sans prendre la dimension d'une entraide de type professionnel.

Le salaire, pendant des mois, est versé en riz, à raison d'une quinzaine de kilos par fonctionnaire, auxquels s'ajoutent environ huit kilos supplémentaires par personne à charge. Cela couvre à peu près les besoins alimentaires du “salarié” mais est insuffisant pour ses dépendants¹. La provenance de ce riz, devenu une véritable monnaie nationale jusqu'à la réintroduction du riel cambodgien en mars 1980, est d'origine diverse, nationale ou étrangère². D'autres avantages en nature viennent par ailleurs agrémenter le quotidien. Les soins sont gratuits et de meilleure qualité pour les “cadres” que pour le “peuple” (*pracheachun*) et l'hôpital de la Révolution, qui est réservé aux premiers, retrouve sa réputation d'autrefois, qui est de délivrer les meilleurs services hospitaliers du pays. Pouvoir se soigner et soigner sa famille ; obtenir des médicaments qui, par ces temps de pénurie, se vendent à prix d'or au marché noir ; avoir accès aux magasins d'Etat qui délivrent du riz à faible prix, ainsi que quelques denrées et

¹ L'aliment de base au Cambodge est le riz, accompagné, en général, d'un plat liquide (*samlo* ou *sgao* par exemple) ou sauté, composé de légumes et, si possible, de poisson ou de viande. Dans sa version la plus frugale, le repas est uniquement fait de riz et de pâte de poisson fermentée (*prahoc*). Si l'on évalue à 200 grammes de riz décortiqué la quantité consommée par un adulte en un repas (et sans compter la soupe de riz, *bobo*, du matin), la consommation est de onze kilogrammes de riz blanc par mois environ.

² Il semble que l'Union Soviétique ait surtout livré du maïs (aliment peu prisé au Cambodge parce qu'il remplace le riz en période de disette). Le Viêt Nam – dont les provinces étaient jumelées à celles du Cambodge – a contribué aux premières livraisons ainsi que, à leur corps défendant, les pays occidentaux par le biais des organisations internationales coordonnées par une Mission Conjointe dirigée par l'U.N.I.C.E.F. et le Comité International de la Croix Rouge. Persuadés qu'une famine sans précédent se préparait au Cambodge en ce début de 1979, cette mission a accepté – en dépit du fait que l'O.N.U. se refusait à reconnaître la République Populaire – les conditions du gouvernement de Phnom Penh qui désirait assurer lui-même la distribution des denrées. Une bonne partie de ce riz a contribué à remettre sur pied la nouvelle fonction publique. Le détail de cette opération est donné par William SHAWCROSS, *Le poids de la pitié*, Paris : Balland, 1985, 413 p. [1ère éd. am. 1984].

fournitures diverses ; voilà de menus avantages qui prennent alors une importance considérable.

D'autres encore voient dans le statut accordé aux soignants la possibilité de regagner Phnom Penh dans l'espoir de retrouver leurs biens :

“Vers la fin de janvier [1979], le vingt-huit, j'ai quitté Kompong Cham dans un camion vietnamien pour aller à Prek Toteung [voir carte IV, p. 268]. J'y ai passé une nuit puis je suis reparti pour Prek Phneuo. Je ne pensais pas vraiment à fuir [le pays] parce que je n'avais pas de moyens et je ne savais pas qu'il y avait des camps à la frontière. Ce que je voulais faire, c'est essayer de récupérer mes biens à la Banque Nationale [à Phnom Penh]. J'avais laissé là de l'or et des dollars au moment de l'évacuation. [La Banque Nationale a été détruite par les Khmers Rouges]. A Prek Phneuo, j'ai entendu le discours annonçant l'ouverture du ministère de la Santé. C'était début février. C'est un jeune étudiant de cinquième année de médecine, M.B.D., qui lançait l'appel : “on a besoin de médecins, de professionnels de santé”. [Mais la route pour Phnom Penh est fermée par des barrages de militaires].

Mon seul but était de pouvoir rentrer à Phnom Penh pour récupérer mon argent. J'ai entendu parler d'un vieux médecin, le Docteur Yith Kim Seng, qui était peut-être déjà à Phnom Penh. C'était un vrai docteur. Il avait servi sous [les régimes précédents]. J'ai fait un petit mot pour lui. Yith Kim Seng a demandé au ministre de l'Education Nationale d'aller me chercher à Prek Phneuo. On filtrait les entrées [en ville] par peur des pillages. Le ministre de l'Education Nationale m'a emmené à Phnom Penh et m'a déposé au ministère de la Santé, à l'ancien hôtel du Résident Supérieur [un vaste bâtiment colonial non loin de la colline dite du Vat Phnom]”.

Retrouver son ancien logement et ses biens est, en général, illusoire. D'autres ont visité les lieux où se sont installés les premiers. Or, par souci d'apaisement, le nouveau gouvernement ne reconnaît pas les propriétés immobilières antérieures à 1975 dont il est par ailleurs, en théorie, l'unique propriétaire¹. Mais, lorsque la capitale se repeuple lentement de quelques milliers de fonctionnaires, ils s'installent eux-mêmes dans les logements encore vides, attribués à proximité de leur lieu de travail ou, parfois, de leur propre chef. Quelque dix ans après, on parle encore, à mots couverts ou sur le ton de la plaisanterie, de trésors restés enfouis ou d'opulences soudaines ; résultat, présume-t-on, d'heureuses découvertes au fond des jardins ou des arrière-cours.

¹ La Constitution de la République Populaire du Kampuchea stipule que “la propriété de l'Etat comprend la terre, les forêts, la mer” (article 14) mais se fait plus floue concernant l'habitation : “Les citoyens usent du droit de jouissance et du droit de succession sur la terre allouée par l'Etat *sur laquelle* ils construisent une maison, cultivent ou entretiennent des vergers” (article 15). Souligné par nous.

Les logements obtenus n'ont, il est vrai, rien de comparable avec ceux des cadres de haut niveau – cambodgiens et vietnamiens –, logés dans les villas de l'ancien quartier colonial ou dans celles de la période américaine, construites du côté de Chamcar Mon (l'ancien palais présidentiel). Ce sont le plus souvent des “compartiments” (*phteah lveng*, 𑄢𑄰𑄣𑄳𑄳¹) assez modestes et plutôt délabrés. Ils constituent néanmoins un capital de départ qui servira, le moment venu, à l'ouverture d'un cabinet médical privé ou qu'il sera possible de revendre lorsque l'ouverture du pays au commerce privé et aux étrangers fera “flamber” en quelques mois le marché foncier et immobilier.

Possibilité d'obtenir du riz, un logement et quelques autres avantages en nature, la logique de survie incite de nombreux rescapés à pousser les portes des hôpitaux pour offrir leurs services. En réintégrant la fonction publique, les médecins et les autres professionnels de santé de l’“ancien régime” – comme on qualifie désormais l'époque d'avant le régime khmer rouge – ont trouvé une assurance matérielle qui, bien que sommaire dans ce pays dévasté, les met à l'abri des besoins les plus immédiats. Toutefois, sous l'austérité et la discipline collective imposées par la République Populaire, les situations socio-économiques personnelles sont déjà très dissemblables et tiennent, au départ, aux conditions dans lesquelles chacun a su ou pu se “débrouiller” sous le régime khmer rouge et à sa chute : une famille étendue peu décimée et comptant une force de travail nombreuse ; une “libération” précoce accentuant les chances d'obtention d'une bonne place en ville et d'un bon logement ; une petite réserve d'or préservée sous le régime khmer rouge dans les Zones les moins sévèrement administrées, etc. sont des facteurs de différenciation dans la mesure où ils permettent d'ores et déjà une discrète accumulation. Celle-ci est encore gommée. Elle ne s'exprimera et ne grandira peu à peu que lorsque le marché libre et l'ouverture du pays autoriseront l'enrichissement personnel débridé. L'hétérogénéité des situations économiques prendra alors toute sa mesure.

¹ Les “maisons longues” (*phteah lveng*) sont caractéristiques de l'architecture des villes d'Asie du Sud-Est. Ce sont des appartements situés dans des immeubles de quatre étages. Le rez-de-chaussée sert souvent d'entrepôt de marchandise ou de boutique (et, plus tard, de cabinet médical), tandis que les étages sont réservés à l'habitation. Les pièces, longues, étroites et sombres, sont disposées en enfilade.

Les avantages qu'offrent les professions médicales et para-médicales attirent par ailleurs beaucoup de personnes, plus ou moins instruites, qui répondent au large appel lancé par les autorités car le personnel médical de “l'ancien régime” survivant ne suffit pas à la tâche et, sauf rare exception, le personnel révolutionnaire n'intègre pas le nouveau système de santé¹. Une quarantaine de médecins, une vingtaine de pharmaciens, une trentaine de dentistes, cent vingt sages-femmes et deux mille infirmiers² constituent les seules ressources humaines expérimentées. L'appel à collaboration est donc largement ouvert. Les professions de santé vont ainsi se former à nouveau à partir d'un ensemble d'individus aux bagages professionnels différents et dans des conditions qui vont considérablement évoluer au fil du temps.

B - Statut professionnel : l'hétérogénéité du recrutement et des formations

1 - Les professionnels de “l'Ancien Régime” : l'ascension des infirmiers

Les anciens professionnels de santé sont les premières personnes “sollicitées”³ du fait de leur expérience. Mais les fonctions ministérielles, comme on l'a vu, sont attribuées sur des critères “politiques”, dans cette première phase où collaboration technique ne signifie pas participation politique. Les anciens médecins, pharmaciens et dentistes survivants sont amenés à occuper des fonctions d'encadrement – direction des hôpitaux, enseignement ou administration. Le Dr My Samedy, déporté dans la province de Battambang, devient ainsi le premier doyen de la Faculté de Médecine. Le Dr Ly Po dirige l'hôpital de Battambang. Les Drs Nam Dine et Thep Tho s'installent à l'hôpital de la Révolution. Le Dr Nouth Savœun et le Dr Chhea Than exercent au ministère de la Santé.

¹ Quelques anciens “médecins révolutionnaires”, nous a-t-il été rapporté, exercent en privé dans les villages. Nous n'en n'avons pas rencontré.

² La source est *Crimes et répercussions dans le domaine de la Santé Publique sous le régime génocidal Pol Pot - Ieng Sary - Khieu Samphan*, Faculté de Médecine et Département de Protection Maternelle et Infantile, juillet 1989, dactyl., p. 29 ainsi que des témoignages recueillis.

³ Le terme *snaeu* (ស្នើរ, litt. “proposer”) signifie, dans le vocabulaire khmer rouge comme dans celui de la R.P.K. qui lui emprunte beaucoup, un ordre auquel il est risqué de contrevenir. Chaque régime, chaque faction utilise un vocabulaire propre qui identifie facilement le locuteur, comme nous avons eu l'occasion de l'expérimenter.

Les anciens étudiants qui étaient proches de la fin de leurs études en avril 1975 complètent ces effectifs insuffisants. La réouverture rapide de la Faculté de Médecine, dès janvier 1980, est l'occasion, pour eux, de quitter le premier poste sanitaire où ils s'étaient présentés pour retourner à Phnom Penh. Sept cent vingt-huit étudiants – cinq cent six en médecine et deux cent vingt-et-un en pharmacie¹, reprennent ainsi le chemin de la Faculté qui, saccagée, demande à être nettoyée et remise en ordre par leurs soins. Ceux qui, en 1975, étaient en dernière année d'étude, obtiennent rapidement leur diplôme après un stage au contenu essentiellement idéologique. Certains rejoignent immédiatement l'équipe enseignante, tandis que d'autres sont nommés dans les hôpitaux où ils occupent également des fonctions d'encadrement, voire de direction. Peu d'entre eux, pourtant expérimentés, ont encore une activité clinique².

Les étudiants qui étaient en cours de formation en 1975 sortent de la Faculté après une période d'enseignement un peu plus longue, dispensé dans un grand dénuement. Cet enseignement prend pour modèle, avec l'aide d'enseignants vietnamiens et quelques Soviétiques, les programmes de 1973. Les nouveaux diplômés occupent ensuite les mêmes fonctions que leurs camarades. De 1980 à 1982, soixante-quatorze nouveaux médecins et quarante-huit pharmaciens sortent à leur tour de la Faculté de Phnom Penh³.

La dernière catégorie de personnel de “l'ancien régime” est celle des infirmiers et des sages-femmes, spécialement autorisés à reprendre leur études médicales dans la section des médecins auxiliaires. Au nombre de quatre cent quatorze, ils bénéficient d'un enseignement d'un an et demi puis réintègrent leur établissement avec le titre de médecin auxiliaire. A partir de 1984, l'autorisation leur est donnée de poursuivre leur doctorat à condition qu'ils aient acquis une expérience pratique auparavant. La durée d'exercice requise avant la poursuite des études dépend de la difficulté du poste : deux ans dans les régions montagneuses isolées, aux confins du pays, trois ans en plaine ou quatre ans dans les municipalités importantes. Mais il est

¹ Faculté Mixte de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, *10 ans d'activités de formation. 1980-1989*, Phnom Penh, rapport au ministère de l'Education, 1989, p. 3.

² Cette coupure dans la transmission de l'expérience clinique est une lacune essentielle de l'enseignement médical renaissant, d'après les médecins coopérants occidentaux.

³ *Ibid.*, p. 3.

possible de s'arranger lorsque l'on a des "relations" (*khsaè*, ExS, litt. des "fil[s]") ou des arguments financiers.

Pour ces anciens personnels médicaux, donc, la rupture khmère rouge et la R.P.K. sont l'occasion d'une ascension professionnelle. Les catégories subalternes de personnel gravissent les échelons et accèdent, comme les anciens médecins, aux postes directoriaux, hospitaliers ou administratifs. A ce personnel s'ajoute le nouveau, entièrement formé sous la République Populaire.

2 - Le nouveau personnel : l'urgence des recrutements, la pléthore des effectifs

Les principes généraux et officiels de la formation du personnel médical prennent pour modèles ceux du Viêt Nam indépendant et, d'une façon générale, ceux des pays socialistes. Il s'agit, d'une part, de répondre à l'urgence, particulièrement pressante au Cambodge, en formant un grand nombre de personnes, rapidement capables de couvrir les besoins du pays, non seulement dans les villes, mais jusque dans les postes sanitaires des districts voire des communes et des villages. Pour ce faire, les formations doivent être accélérées et faire alterner cours classiques, travail dans les hôpitaux avec apprentissages "sur le tas" et sessions de perfectionnement.

Ces "cours par vagues successives"¹ présentent l'avantage de respecter le principe idéologique de l'acquisition d'une expérience pratique – dont on a vu que les Khmers Rouges avaient fait la base unique de l'acquisition du savoir – plus susceptible de servir les intérêts du peuple que les longues années d'enseignement théorique qui, inadaptées aux conditions particulières des pays pauvres, servent surtout à favoriser la formation d'un petit groupe professionnel privilégié oublieux de sa mission première, fixée par l'Etat-Parti. Ces dispositions générales se trouvent d'ailleurs inscrites dans la Constitution de 1981². Comment s'organisent, dans la pratique, ces dispositions ?

¹ NGUYEN Van Huong, "25 années d'activités médico-sanitaires en République Démocratique du Viet Nam", *Etudes vietnamiennes*, Hanoi, 1970, 25, p. 14. L'auteur est ministre de la Santé.

² Elle stipule que "l'Etat développe une politique d'enseignement respectueuse du principe pédagogique qui lie l'étude à la pratique, la formation à la production et l'école à la société" (article 22). Cette disposition est assouplie dans la Constitution suivante, celle de l'Etat du Cambodge (1989). L'article 22 n'associe plus aussi directement enseignement et exigences économiques nationales : "l'Etat développe une politique d'enseignement respectueuse du principe pédagogique qui lie l'étude de la culture générale et l'enseignement à la pratique et l'école à la société."

Le corps des auxiliaires est créé pour répondre à ce programme. Bien qu'il soit présenté comme nouveau, il perpétue, en ce qui concerne les médecins, la tradition des "officiers de santé" du Protectorat – et de la France d'avant la Grande Guerre – conservés à la fois au Viêt Nam et au Cambodge après les indépendances mais qui, dans les statistiques de ce dernier pays, étaient souvent confondus avec les docteurs, comme nous l'avons dit.

Sur le plan des effectifs l'effort est considérable et les autorités médicales affichent, dix ans après, leur satisfaction :

“La Faculté [de Médecine] n'a pas à rougir des résultats qu'elle a obtenus depuis sa réouverture en 1980. En effet, entre 1980 et 1988, elle a formé presque autant de Docteurs en Médecine, le double de Pharmaciens et 400 Auxiliaires de plus que de 1953, date de sa création, à 1975. Et en 1988, les Médecins Auxiliaires par exemple, assurent une couverture médicale plus large qu'en 1975 dans les districts de province, même dans les zones rurales les plus éloignées [voir page suivante, Tableau X et Graphique I]. Cependant, la route reste longue si l'on considère le nombre des médecins par rapport à celui de la population”¹.

¹ Faculté Mixte de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, *op. cit.* p. 5.

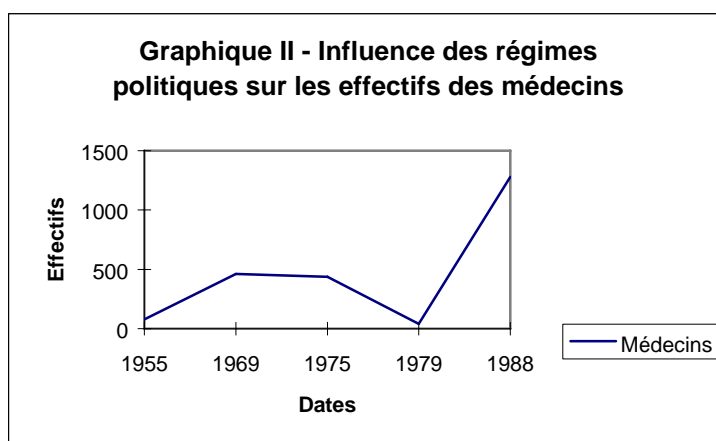
Tableau X - Personnel médical et paramédical formé sous la République Populaire du Kampuchea (1980-1987/88)

SECTIONS	TITULAIRES DU DIPLÔME DE FIN D'ETUDE (1)
Docteurs en Médecine	513
Médecins auxiliaires	* cycle spécial 447 * cycle régulier 575
<i>TOTAL</i>	<i>1 535</i>
Docteurs en Pharmacie	248
Pharmaciens auxiliaires	40
<i>TOTAL</i>	<i>288</i>
Docteurs en Odontologie	34
Dentistes auxiliaires	45
<i>TOTAL</i>	<i>79</i>
Infirmier(e)s D.E.	1 818
Infirmier(e)s auxiliaires	5 153
<i>TOTAL</i>	<i>6 971</i>
Sages-femmes D.E.	619
Accoucheuses rurales	1 713
<i>TOTAL</i>	<i>2 332</i>

(1) La date de référence est 1988 pour les médecins, pharmaciens et dentistes et 1987 pour les infirmiers et les sages-femmes.

Sources : Faculté Mixte de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, *10 ans d'activités de formation. 1980-1989*, Phnom Penh, rapport au ministère de l'Education, 1989, p. 4 et Jean-Marie KINDERMANS et Jean-Pierre D'ALTILIA, *Identification des besoins de santé au Cambodge*, Rapport, Bruxelles/Paris, Association Européenne pour le Développement et la Santé, mai 1989, annexe 4. Ces données sont indicatives. Les sources varient de plusieurs dizaines d'individus.

Graphique I - Influence des régimes politiques sur les effectifs des médecins



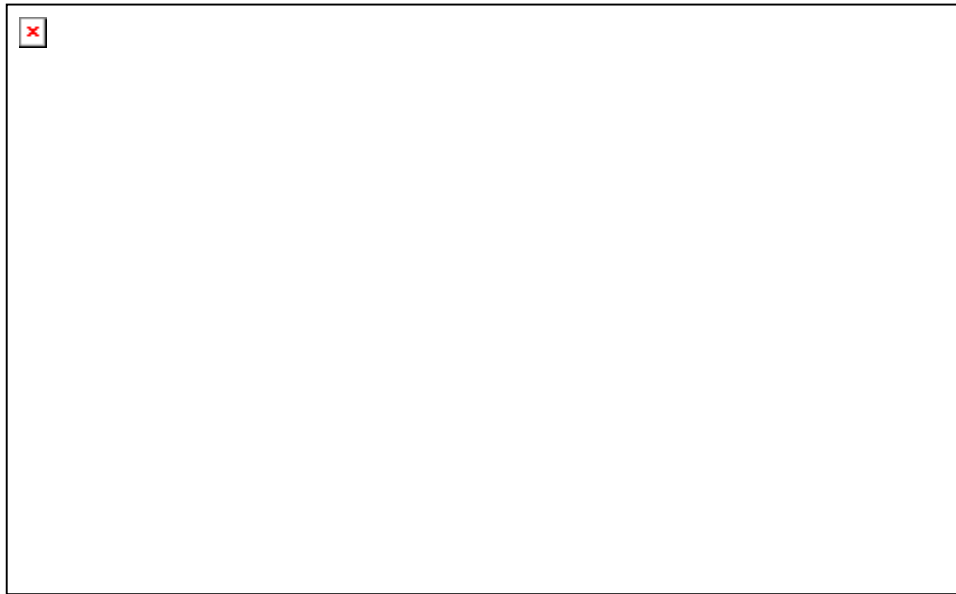
En quelques mois, en effet, les listes d'embauche tenues par les comités révolutionnaires populaires des provinces ou des districts se sont allongées au point que les derniers venus, même qualifiés, n'ont trouvé qu'une place de bénévoles, sans pouvoir prétendre immédiatement à la ration mensuelle de riz, tel cet ancien étudiant en médecine : “Après la Libération, j'ai travaillé quelques mois seulement en province pour obtenir de la nourriture puisque lorsqu'on travaille, on nous donne du riz. Mais comme j'étais nouveau, à ce moment-là, je n'ai pas reçu de riz, donc, j'ai continué le voyage jusqu'à Phnom Penh”. Les arrangements sont possibles. Mme Yi Tan Kim Pho, une sage-femme, embauchée trop tard à l'hôpital de Battambang pour bénéficier d'une ration de riz, accepte d'y travailler comme bénévole. Aux femmes sans formation entrées avant elle, Mme Yi enseigne les rudiments de la profession contre un repas¹.

Comme l'explique un directeur d'hôpital, “après la Libération, il [reste] des techniciens, des infirmiers ou bien d'anciens personnels. Certains veulent travailler, certains ne veulent pas travailler. Ils veulent être cultivateurs ou commerçants. Donc, le recrutement est difficile. On doit faire le recrutement dans tous les ministères ou bien dans toutes les unités [de production]. Lorsqu'on connaît quelqu'un, par exemple, lorsqu'il y a la famille, comme ça. On doit faire le recrutement à partir de cette famille. [Sans qualification] technique”. C'est par réseaux familiaux que l'on recrute hâtivement tous les intellectuels (litt. “ceux qui savent”, *neak cheh deung*).

Pour les nouveaux étudiants en médecine (voir Photo III, p. suivante), c'est l'occasion de se rendre à Phnom Penh. Les futurs docteurs, titulaires d'un baccalauréat complet (deuxième partie) ou d'un diplôme équivalent, entrent sur concours dès l'année universitaire 1981-1982 pour une durée de six ans, augmentée d'une année en 1988. La thèse de fin d'étude n'est plus demandée car les moyens de recherche manquent. La même année, les médecins assistants sont recrutés au niveau de l'enseignement secondaire et suivent une formation de quatre ans – cinq ans à partir de 1989. Les niveaux de recrutement et la durée des études sont les mêmes pour les pharmaciens et les dentistes. Les sections des pharmaciens et des dentistes auxiliaires n'ouvrent, quant à elles, qu'en 1984.

¹ Ida SIMON-BAROUH, *op. cit.*, p. 198.

Photo III – Cérémonie d'entrée des nouveaux étudiants à la Faculté de médecine



Phnom Penh, oct. 1990.

Les plus jeunes recrues qui ont interrompu leur scolarité secondaire pendant quatre ans ont des lacunes importantes. Une année préparatoire (la Classe Préparatoire à l'Enseignement Médical) est ajoutée vers 1990 pour tenter de leur offrir quelques bases de connaissance générale dont celle du français qui reste la langue d'enseignement médical malgré des tentatives de khmérisation – efforts déjà anciens que l'on avait déjà rencontrés sous le Sangkum.

Les enseignants qui, sitôt terminées leurs propres études, sont restés dans leur établissement sans avoir guère eu le temps d'acquérir une expérience clinique, suivent des cours de spécialisation (pour les médecins) ou des sessions de recyclage (pour les infirmiers). Cela est d'autant plus important que les étudiants et les élèves ne disposent généralement d'aucune autre source que les cours photocopiés fournis par leurs professeurs, comme le regrette le directeur de l'Ecole des Cadres Sanitaires, formant le personnel para-médical :

“Au point de vue théorique [...], les élèves à la Faculté de Médecine et aussi à l'Ecole, ils reçoivent le cours photocopié seulement. Ils ne veulent pas fouiller dans les livres en français, les livres en anglais pour [faire une] recherche ou bien pour résoudre les problèmes qu'ils ne comprennent pas, par exemple. Même aussi à l'école d'infirmiers, ils... seulement ils écoutent les professeurs. Ils reçoivent le cours photocopié. Ils l'apprennent... pour l'examen, ou bien ils copient par exemple ou bien ils citent les phrases [du cours photocopié] par exemple. Il y a des bibliothèques mais pas d'élèves [pour les fréquenter]. A la Faculté il y a quelques élèves aussi mais pas assez [...] pour la bibliothèque. Mais nous avons suffisamment de documents à la maison aussi, en français, surtout en français. Et on peut [les] fouiller, on peut ... couvrir toutes les questions que... les questions non comprises par exemple [...]. Mais certains étudiants ou bien certains élèves, il y a ceux qui sont vraiment sérieux. Ils peuvent lire le français, [comprendre] bien le français et... ce sont les meilleurs élèves et après la sortie [ils deviennent] un bon docteur, ou bien un bon pharmacien [...] ou bien un bon infirmier. Ils prennent leur place, voilà. Mais je pense que le niveau, c'est pas le même que celui des Français ou bien celui des ... des extérieurs [étrangers].”

Cela est dû, en partie, à la relation qui, dans l'enseignement traditionnel cambodgien lie l'élève à son maître, seul dispensateur de savoir et, par ailleurs, au fait que la connaissance du français, langue de l'enseignement avant 1975 – et des manuels récupérés ensuite – disparaît dans les dernières générations. L'enseignement médical apparaît alors comme abstrait, sans vie, d'autant plus détaché de la réalité qu'il s'effectue

dans une langue étrangère mal maîtrisée et que les hôpitaux censés encadrer les stages pratiques des élèves et des étudiants sont débordés par les demandes.

Les infirmiers et les sages-femmes reçoivent leur enseignement dans différents endroits. Pour eux aussi, les niveaux de recrutement et de formation évoluent considérablement au fil des années. Une première promotion de deux cent trente infirmiers primaires (le grade auxiliaire) sort rapidement en 1979 de la Faculté de Médecine hébergeant provisoirement leur classe. Puis une Ecole Centrale des Cadres Sanitaires ouvre ses portes en 1980, destinée à recevoir les futurs infirmiers, sages-femmes et techniciens de laboratoire. Jusqu'en 1991, plus de trois mille d'entre eux, dont environ mille six cent infirmiers et infirmières, sortent ainsi diplômés de l'établissement.

Là, le personnel de grade primaire est formé en trois mois puis, plus tard, en neuf mois, mais certaines provinces comme Kompong Thom ou Battambang possèdent leurs propres écoles¹. Les élèves du grade secondaire passent tous, quant à eux, par l'Ecole des Cadres Sanitaires où ils restent trois ans. Le niveau de recrutement va progressivement augmenter de la classe de Septième (la classe du diplôme de fin d'étude, l'équivalent de la Quatrième française) à la classe du baccalauréat, exigée à partir de 1991. Les examens d'entrée sont organisés par le ministère de la Santé qui nomme un comité de correction et de recrutement. Le nombre de places disponibles est fixé à trois cent soixante environ² – de façon souple, semble-t-il – selon un quota pour chaque province, où les candidats reçus s'engagent ensuite à aller travailler.

Les cursus brefs, destinés au personnel auxiliaire, vont progressivement disparaître lorsque les effectifs sont suffisants pour couvrir les premiers besoins nationaux et que, dès lors, la nécessité d'homogénéiser les niveaux de formation et de concentrer les efforts sur l'amélioration des enseignements apparaissent comme une seconde étape, passée l'urgence. Dès 1986, l'Ecole Centrale des Cadres Sanitaires arrête ce type d'enseignement. Les écoles provinciales ferment un peu plus tard – en 1991 à Kompong Thom. Quant aux médecins assistants, c'est en 1993 que sort la dernière de leur promotion.

¹ En 1991, à l'hôpital provincial de Kompong Thom où nous avons fait une observation, ne travaillent que quatre ou cinq infirmiers secondaires. Tous les autres sont des auxiliaires sortis de l'école locale.

² Dans les dernières années de la décennie 1980. Soit 200 infirmiers, 100 sages-femmes, 40 techniciens de laboratoires et 20 kinésithérapeutes (formation qui démarre en 1988-1989).

Les recyclages, les voyages d'études, les reprises de cours accompagnent la formation. Plus que l'enseignement formel, en général dispensé au Cambodge même (à part les dentistes, formés au Viêt Nam, après un an d'apprentissage de la langue, de 1984 à 1988), ils sont soumis aux aléas d'aides étrangères très diverses sur le plan des durées de formation, des activités et des disciplines proposées en stage de perfectionnement.

3 - Hanoi, Ho Chi Minh ville, Moscou, Budapest ... Paris : les formations complémentaires

Les employés du secteur para-médical formés “sur le tas” à la “Libération” peuvent prétendre au cursus de trois ans à l'Ecole des Cadres où des places leur sont réservées. Quant aux médecins – enseignants et praticiens désignés par le ministère de la Santé – ils suivent, à l'étranger, des sessions de spécialisation plus que de recyclage. Une minorité d'entre eux a fait cependant l'ensemble de son cursus universitaire dans les pays socialistes (Viêt Nam, U.R.S.S.). Jusqu'au début des années 1990, la destination presque unique en est les pays socialistes. Selon les opportunités offertes, beaucoup s'absentent ainsi, en général pour quelques mois, parfois plus longtemps. Ho Chi Minh Ville et Hanoi, sont des destinations courantes. L'U.R.S.S., la R.D.A., la Hongrie et Cuba accueillent également des Cambodgiens qui viennent surtout s'y spécialiser dans des disciplines parfois assez éclectiques, comme M. Than Sok, vice-directeur d'un hôpital phnompenhois, qui s'est rendu successivement à Hanoi, Budapest, Moscou puis en R.D.A. pour participer à des stages de réanimation, de cardiologie, de gestion et de statistique médicale. Après les Accords de Paris, à la fin de 1991¹, les pays occidentaux prennent officiellement la relève. La France, en particulier, s'engage progressivement, mais de manière privilégiée, dans les domaines qu'elle avait déjà investis sous le Sangkum : l'hôpital de la Révolution – dont elle obtient qu'il redevienne l'hôpital Calmette – et l'enseignement médical².

¹ Les Accords de Paris, signés par les différentes factions cambodgiennes et dix-huit gouvernements, définissent les modalités du processus de paix et annoncent la reconnaissance diplomatique du Cambodge (gouverné par un nouveau Conseil National Suprême, multipartite) par la plupart des pays occidentaux.

² Le projet est la constitution d'un ensemble hospitalo-universitaire regroupant Calmette, l'Institut Pasteur du Cambodge et la Faculté Mixte de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Phnom Penh. Voir le bilan des débuts in F. LAHAYE, Y. BREDA et F. CARTERET, “Cambodge : création d'un centre

De ces expériences professionnelles, de ces connaissances accumulées à l'étranger, que reste-t-il ? Les médecins questionnés en parlent peu, comme si elles les avaient superficiellement marqués. Seuls quelques propos ou quelques détails laissent percevoir qu'ils ont fait le voyage. L'un, au détour d'une remarque – à propos d'une décision prise par le ministère de la Santé d'allouer une spécialisation médicale à chaque hôpital central – parle des polycliniques de R.D.A. comme de modèles à suivre. Mme Tan Sopheap, juste revenue de France après six mois de stage à la Pitié-Salpêtrière et à l'Alliance Française de Paris, est un peu plus prolixe, lors d'une conversation informelle. Mais elle se contente d'établir des comparaisons, comme extérieure à l'expérience : “La Pitié, c'est immense, il y a beaucoup plus de matériel que chez nous. Et c'est bien organisé. [Questionnée sur le travail infirmier] Les infirmières françaises sont plus gentilles avec les malades que les infirmières khmères. Elles ont plus de responsabilité dans le travail, aussi. Elles prennent en charge les malades. Au Cambodge, c'est surtout la famille qui prend en charge son malade dans les hôpitaux. En France, la famille vient faire seulement une visite de douze heures à treize heures”.

Dans la vie personnelle non plus, ces séjours parfois longs à l'extérieur du pays ne semblent pas avoir laissé de marques visibles – ce qui n'est pas le cas des Cambodgiens installés à l'étranger et revenus en visite, immédiatement repérables à cette multitude de détails relevant des techniques du corps ou de la présentation de soi. M. Phon Siritwath, de retour dans sa famille après une longue spécialisation en anesthésie à Moscou, arbore bien, en permanence, un surprenant pantalon gris clair, aux motifs composés de larges taches gris foncé, marron et vertes évoquant tantôt des pièces de puzzle, tantôt un *battle dress* de fantaisie. Introuvable au Cambodge, le pantalon tranche sur la sobriété vestimentaire habituelle – et prescrite – de ses confrères, souvent vêtus d'un pantalon de tergal gris souris et d'une chemise blanche. Mais, dans son appartement, aucun détail dans la décoration ou l'ameublement ne laisse penser qu'il vient de passer trois longues années hors de chez lui. Il a repris sa place dans son foyer, entouré de sa mère âgée, de sa femme, de sa fille et d'une nièce.

hospitalier universitaire à l'hôpital Calmette. Nouveau départ de la coopération médicale française ?”, *Médecine Tropicale*, 1995, 55, 1, pp. 89-93.

Un autre médecin montre son album de photographies, prises aussi dans la capitale russe, avec ses paysages enneigés et ses personnages emmitouflés. Etudiant à Hanoi avant de partir à Moscou, il se contente de faire comprendre à mi-mots qu'il n'a pas apprécié son séjour, sans s'appesantir sur ce sujet politiquement délicat. Nous n'en saurons guère plus. A défaut d'informations fournies par les protagonistes eux-mêmes, les confidences émanant de l'entourage vont dans le même sens. Chan Sitharo, étudiant célibataire dans une ville soviétique, s'y est fiancé à une jeune femme native et a vécu plusieurs années avec elle. Au moment de rentrer au pays néanmoins et contre le souhait de sa fiancée, il a préféré rompre, estimant qu'elle ne pourrait jamais s'adapter à la vie au Cambodge et qu'elle n'y serait pas heureuse. De fait et quelles qu'en soient les raisons – difficultés administratives, expériences peu encouragées par les deux gouvernements, par les familles ou autres – nous n'avons pas rencontré de couples mixtes dont l'un des conjoints fût originaire d'un pays socialiste.

Souvent déjà âgés d'une quarantaine d'années, mariés et pères ou mères de famille, n'envisageant pas alors une installation définitive dans leur pays d'accueil, les stagiaires vivent souvent entre compatriotes avec lesquels ils partagent des repas cambodgiens, sortent peu – préférant économiser un peu d'argent pour le retour chez eux – et n'ont pas, semble-t-il, de contacts suivis avec leurs collègues locaux, auxquels certains reprochent à mi-mots – car la courtoisie cambodgienne tolère mal le fait de formuler ouvertement des critiques hors du cercle des intimes – et surtout aux Soviétiques, de ne pas, de leur côté, rechercher le contact. Au début des années 1990, en tout état de cause, les expériences vécues dans les “pays frères” sont dévalorisées et l'on avoue avec de plus en plus de réticence que l'on parle russe ou vietnamien. L'heure est à l'apprentissage de l'anglais et du français.

Construction de la personnalité culturelle cambodgienne qui ne valorise pas l'introspection et la mise en avant de l'individu dans ses expériences personnelles ? Repli sur soi protecteur, face aux fracas de l'histoire collective et individuelle, ballottant les personnes de ci, de là¹ ? Sentiment qu'il est vain de vouloir réinvestir, dans la

¹ Une anecdote postérieure mais frappante illustre ce fait. Lorsque l'O.N.U., dont la présence a été massive et voyante pendant plus d'un an, s'est retirée fin 1993, les rues de Phnom Penh ont retrouvé en l'espace d'une nuit, un calme inhabituel. Le lendemain et les jours suivants, il n'était déjà plus question de l'O.N.U. dans les conversations courantes, comme si une nouvelle page d'histoire était définitivement tournée, tout comme les pages précédentes l'avaient été.

pratique hospitalière au Cambodge – où ils ont peu d'initiative car la hiérarchie politico-médicale est stricte – une expérience acquise dans un contexte étranger trop différent ? Ces questions n'ont pas de réponse définitive. Les médecins interrogés – en entretien formel comme en discussion informelle – donnent en tout cas l'impression d'avoir accumulé, imperturbablement, stages, formations complémentaires, voyages officiels et séjours variés à l'étranger. Comme si ces épisodes avaient “glissé” sur leur vie sans laisser de trace et ne constituaient pas des faits significatifs de leur parcours professionnel ou personnel.

Quelque dix années après la reconstruction du système de santé cambodgien, les professions soignantes apparaissent comme constituées d'individus très divers quant à leur situation économique, leurs bagages scolaires, universitaires et professionnels. Les raisons qui incitent nombre d'entre eux à pousser la porte de l'administration pour proposer leur aide sont souvent pragmatiques, comme on l'a vu, ou bien elles tiennent plus simplement au hasard. Cette diversité est accrue par les opportunités de formation, irrégulières, fournies aux médecins qui multiplient les séjours à l'étranger. Au-delà de cette hétérogénéité cependant, les mouvements généraux que l'on observe dans la reconstruction professionnelle sont, d'une part, l'ascension des anciens personnels médicaux subalternes (médecins assistants, infirmiers et sages-femmes) qui deviennent souvent docteurs en médecine et, d'autre part, la forte baisse du niveau de recrutement par rapport à l'“ancien régime”. La conséquence en est la baisse du statut professionnel du médecin.

Que pensent les médecins rencontrés de cette situation et comment la vivent-ils ? Leurs allusions sont en général lapidaires et concernent plutôt les groupes de soignants para-médicaux. L'un, parlant des problèmes actuels d'hygiène dans son hôpital, évoque la formation des infirmiers, moins complète qu'avant : “Je crois qu'il y a une différence avec l'école d'infirmier dans l'ancien régime. Dans l'ancien régime, le programme était dur et dans les périodes de stages à l'hôpital, les élèves infirmiers devaient tout travailler. Même la propreté des salles, même la propreté des carrelages, même les linges, par exemple. Alors qu'actuellement, on ne fait pas comme ça”. Un autre voit également la différence entre les infirmiers du Sangkum et ceux d'aujourd'hui, mais à un niveau plus abstrait et plus large : “Ici, on a remarqué que les anciens

infirmiers travaillent beaucoup mieux que les jeunes. Surtout au niveau de la formation, aussi. La conscience professionnelle, le devoir, le respect, etc.”

Ces observations sont souvent partagées par les Occidentaux qui interviennent dans les hôpitaux. Parfois, ils évoquent les connaissances et les compétences techniques seules, comme dans ce rapport, décrivant l'hôpital provincial d'une région périphérique : “Les médecins, médecins assistants et sages-femmes représentent une exception pour leur bon niveau de compétence et de motivation, qui nous ont impressionné. [...] Par contre, les infirmiers primaires ont grand besoin d'une bonne formation clinique complémentaire”¹. Parfois encore, il est beaucoup moins question de savoirs que de bonne volonté, d'intérêt pour le travail, de “conscience professionnelle”, terme vague qui peut signifier, en fait, la volonté de coopération et même, l'acculturation occidentale, comme le montre l'observation suivante.

Ming Heng²”, par exemple, est infirmière-chef dans un hôpital provincial où elle a travaillé dès les années 1960. Elle assiste, comme toutes les autres infirmières de l'hôpital, au cours que donne Marie-Noëlle, leur consœur française travaillant pour une O.N.G. Cette dernière a toutes les peines du monde à rassembler ses “élèves”, bien qu'elle estime que leur maîtrise des gestes infirmiers simples n'est pas suffisante. Durant la séance sur la pose des perfusions, à laquelle nous assistons, les “élèves” sont extrêmement passives – il faut dire qu'il est quatorze heures trente, l'heure du repos. La chaleur n'est pas encore retombée et la salle ne dispose pas de ventilateur. Marie-Noëlle se donne beaucoup de mal pour animer son cours, faire participer ses collègues en leur posant des questions de plus en plus simples. Mais elle ne recueille que le silence. C'est Ming Heng qui se dévoue, malgré ses cinquante ans – elle est l'aînée du groupe – et sa longue expérience professionnelle, pour jouer l'élève-infirmière débutante. Elle donne les bonnes réponses à toutes les questions, écoute les précisions de Marie-Noëlle et accepte, avec beaucoup de bonne volonté, de se faire rectifier ses gestes lors de la démonstration pratique, pour laquelle elle se porte également volontaire. Dans cet hôpital, Marie-Noëlle se heurte, dit-elle, au “manque de motivation” de ses collègues cambodgiennes qui n'écoutent ses conseils que “pour lui faire plaisir”. “Mais ça dépend des services, ajoute-t-elle. En chirurgie B, dirigé par Ming Leng, une ancienne formée à la française, qui a fait l'école de nursing, etc., ça marche bien. Ca tient à sa personnalité aussi : elle mène ses filles énergiquement”.

¹ *Rapport de la mission d'évaluation dans la province de Ratanakiri*, rapport, Phnom Penh, Health Unlimited, mai 1990, non paginé.

² *Ming* est l'appellatif de parenté des tantes cadettes (sœurs cadettes du père d'Ego ou de la mère d'Ego). Il est usité, par extension, pour les femmes de la même génération que les tantes cadettes d'Ego.

De la même façon, on peut observer que la seconde personne considérée comme un “bon médecin” par le personnel de l’O.N.G., dans le même hôpital, est un jeune chirurgien¹, lui-même fils de médecin de l’“ancien régime”, issu d’une famille “très francophone et très francophile”², Vicyasoth. Sa vision de la médecine est un peu désuète, selon Christophe, qui nous parle de lui, car Vicyasoth est “nourri d’un idéal de science comme nos grands-parents voyaient le Scientifique : l’Avancement de la Science, le Progrès Scientifique. D’ailleurs son fils s’appelle quelque chose comme Fils de la Science”³. Il est content quand une opération a bien marché sur le plan technique, quand il a réussi quelque chose de difficile. Mais il s’intéresse beaucoup moins au devenir du malade et au suivi postopératoire”. Malgré ce léger décalage, qui lui est d’ailleurs plutôt sympathique, Christophe aime beaucoup Vicyasoth et travaille en bonne entente avec lui.

Baisse des connaissances, de la compétence technique et de la “conscience professionnelle” dans la nouvelle génération de soignants, mais aussi plus grande incertitude quant à la répartition des domaines d’activités de chacun. Le personnel auxiliaire sans formation “joue le même rôle que les infirmiers”, dit un vice-directeur d’hôpital. De la même façon, entre les médecins assistants et les docteurs, la différence est, dans la pratique, assez faible, comme le regrette cet autre responsable d’établissement – lui-même docteur – interrogé à ce sujet.

“[Les médecins assistants] traitent à un niveau limité. Autrefois, ils étaient formés pour la province et les districts. Ce n’était pas pour aller travailler dans les hôpitaux centraux. Mais chez nous, il y a des problèmes de connaissance [rire gêné] parce que certaines personnes ont de la famille ou des amis [...]. Ils font intervenir cette famille ou ces amis [pour obtenir les postes qu’ils désirent]. Parce que dans les hôpitaux centraux, on discute les problèmes [de façon] un peu plus scientifique, c’est-à-dire à un niveau supérieur. Le médecin assistant discute seulement les problèmes courants. Mais pour les médecins [les docteurs], c’est un peu plus approfondi en biochimie, en biophysique, un peu plus loin. Tandis que les M.A. ne connaissent pas cela. [...] Mais pour les provinces ou les districts, ils sont encore utiles. Parce qu’ils doivent connaître l’appendicite par exemple. Ils peuvent la traiter ou bien envoyer [le patient] à l’hôpital central ou bien dans les hôpitaux provinciaux.”

¹ Cet hôpital accueille une proportion importante de blessés de guerre sur lesquels ce jeune médecin a appris à pratiquer la chirurgie.

² Dans le domaine médical, la coopération française attache une grande importance à la francophonie cambodgienne mais ce n’est pas le cas des O.N.G. françaises qui ne se sentent pas porteuses d’un tel projet. De la part de l’auteur de ces propos, “francophone” et “francophile” indiquent bien une proximité culturelle et non une satisfaction militante.

³ Le nom personnel de ce jeune médecin a également pour racine, celle du mot “science” (vicya-, viTüa).

L'éclatement des parcours scolaires et professionnels, s'il est vécu et parfois évoqué par les médecins, ne constitue pas un problème central et majeur. En premier lieu, il est recouvert du vernis égalitariste prôné par la R.P.K. et, en second lieu, le principe d'organisation et de hiérarchisation de la profession médicale, sa cohérence et son sens, ne sont pas à chercher à l'intérieur d'elle-même mais à l'extérieur, comme sous les régimes précédents bien que de manière différente.

C - Statut politique : la hiérarchie et l'encadrement

Une première “auto-sélection politique” s'opère rapidement entre ceux qui sont prêts à tenter leur chance sous le nouveau régime et ceux qui décident de quitter le pays – tels M. Hing Kun Thuon, dont nous avons parlé au chapitre précédent – par hostilité envers un protectorat vietnamien ou par crainte d'un régime semblable au précédent. Passer la frontière thaïlandaise est un exercice périlleux dans lequel des milliers de Cambodgiens perdent la vie, victimes des mines, des soldats khmers rouges ou des militaires thaïlandais qui, à plusieurs reprises, refoulent très violemment les réfugiés. Les chances de réussite sont évidemment plus grandes pour ceux qui, déportés dans les provinces du Nord-Ouest, peuvent discrètement préparer leur voyage.

Ceux qui ne souhaitent pas fuir peuvent-ils rester au Cambodge sans entrer dans l'administration ? Les avis recueillis ne sont pas unanimes à ce sujet, mais pour certains médecins au moins, il semble que les “sollicitations” aient été suffisamment pressantes pour être ressenties comme menaçantes, les conduisant à envisager la fuite. La Constitution de la R.P.K. est d'ailleurs explicite sur ce point dans son article 33 : “Les citoyens sont conseillés dans le choix d'une profession répondant à leurs aptitudes et aux besoins de la société”¹.

D'autres anciens médecins quittent le pays plus tard, soit parce que les conditions de vie ne s'améliorent pas et ne leur permettent pas d'envisager sereinement leur avenir ou celui de leurs enfants, soit encore pour des raisons plus directement liées au régime politique : l'absence de liberté dans la vie privée ou professionnelle ; la

¹ Cette disposition est assouplie dans la Constitution de l'Etat du Cambodge de 1989, où l'Etat n'intervient plus aussi directement dans le choix professionnel des individus : “Les citoyens ont le droit de choisir une profession répondant à leurs aptitudes et aux besoins de la société” (article 33).

suspicion liée à la présence d'opposants à l'intérieur du pays, en contact avec les camps de résistants de la frontière ; l'omniprésence des experts vietnamiens dans les ministères et la prison politique pour ceux qui manifestent une opposition¹. Pour les médecins survivants comme pour les futurs praticiens qui restent au Cambodge, donc, pratiquer la médecine signifie entrer au service de l'Etat, accepter les directives du Parti, obéir.

Mais la répression n'est pas le seul instrument de gouvernement. L'adhésion des médecins – totale ou partielle car, dans le système de pensée cambodgien comme dans d'autres, l'on peut croire “un peu” ou adhérer “un peu” – existe et prend forme autour de plusieurs thèmes, martelés par une propagande intensive : la peur du retour de “Pol Pot”, la crainte de la disparition totale du peuple khmer avec, comme remède, la reconstruction nationale.

Répondant au tollé occidental suscité par l'occupation étrangère, la République Populaire du Kampuchea s'efforce de construire – sans succès – sa légitimité extérieure en référence aux crimes commis sous le régime khmer rouge dont elle a libéré le peuple cambodgien. L'analogie s'organise, dans le vocabulaire, autour du régime nazi. Les charniers font partie du circuit de visite guidée des rares visiteurs étrangers admis, en particulier les journalistes, tandis que la prison politique de Tuol Sleng à Phnom Penh est transformée en musée du génocide, avec l'aide de muséologues d'Europe de l'Est. On peut notamment y découvrir une carte macabre du Cambodge, entièrement composée de crânes humains.

Parallèlement, la propagande intérieure insiste sur la culpabilité personnelle de la “clique génocidaire” de Pol Pot, Ieng Sary et Khieu Samphan qui avaient confisqué le pouvoir à leur seul avantage. Cela permet, d'une part, de limiter les responsabilités et de focaliser le ressentiment des Cambodgiens sur un nombre limité de coupables, évitant peut-être des représailles de grande envergure. Cela est d'autant plus nécessaire que plusieurs hauts responsables de la nouvelle République Populaire sont

¹ LY Den, un pharmacien nommé Directeur Général du Département Pharmaceutique du ministère de la Santé, a publié son témoignage (“Les détenus politiques sous le gouvernement Heng Samrin”, *ASEMI, Cambodge I*, 1982, XIII, 1-4, pp. 249-265). Il raconte comment il a été arrêté en juillet 1979 (avec onze autres personnes dont deux collègues du ministère de la Santé) pour avoir protesté contre le responsable politique de son service, un ancien médecin révolutionnaire khmer rouge, qui volait des médicaments dans les entrepôts de l'Etat et les revendait au marché noir. Il passe neuf mois en prison au cours desquels il subit les interrogatoires de “conseillers” vietnamiens qui orientent les questions vers son hostilité envers les Vietnamiens (qu'il nie). Libéré en avril 1980, il se réfugie en France.

eux-mêmes d'anciens cadres khmers rouges subalternes tardivement ralliés. En second lieu, cela permet de réhabiliter un parti communiste cambodgien mal dirigé par des traîtres qui auraient confisqué la révolution à leur seul avantage. Pour tous les Cambodgiens qui ne connaissaient du régime khmer rouge que la mystérieuse “Organisation” (*angkar*) invoquée par ses cadres, il prend dorénavant dans les représentations et les discours le visage de Pol Pot, seul responsable de tous les crimes.

Dans cet établissement de la légitimité du nouveau gouvernement autour du repoussoir-Pol Pot, les médecins jouent un rôle collectif à deux reprises. La “clique Pol Pot - Ieng Sary” est jugée par un tribunal populaire révolutionnaire en août 1979 et ces deux dirigeants sont condamnés à mort par contumace – jugement ignoré à l'époque par ceux qui, aujourd'hui, réclament à cor et à cri la même mesure. Des médecins rescapés témoignent, établissant une longue liste de leurs collègues décédés, décrivant l'incompétence meurtrière des médecins révolutionnaires – appelés dans les actes d'accusation des “médecins nu-pieds” afin de souligner l'influence du modèle chinois fustigé – et la destruction des infrastructures sanitaires¹.

Ces médecins terminent leur témoignage par un cri d'alarme sur la faiblesse démographique cambodgienne :

“En face de ces crimes monstrueux de la clique génocidaire de Pol Pot - Ieng Sary, quel sera l'avenir démographique de notre pays si le taux de mortalité est dix fois supérieur à celui de la natalité ? (Etudes du Ministère de la Santé). On peut prédire sans difficulté que notre RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU KAMPUCHÉA² sera dépeuplé[e] si des mesures d'urgence ne sont pas prises à temps. Les 45 % des 4 millions de personnes qui sont encore vivantes sont toutes tarées. En particulier, l'avenir des enfants qui sont actuellement âgés de 1 an à 5 ans est en menace. Toutes ces personnes sont une charge écrasante pour le service de la Santé publique”.

¹ Tribunal Populaire Révolutionnaire siégeant à Phnom Penh pour le jugement du crime de génocide commis par la clique Pol Pot-Ieng Sary (août 1979). Documents, Phnom Penh : Maison d'Édition en Langues Étrangères, 1988, (Chap. “Rapport sur les crimes commis dans le domaine de la santé publique et de l'action sociale”, pp. 183-199). Notons que c'est un cadre politique qui nous a remis ce document.

² Rebaptisée par l'Assemblée Nationale, en sa session extraordinaire de la 1ère législature, le 30/4/89 en “l'Etat du Cambodge” (note comprise dans le texte).

Après avoir évoqué la terrible pénurie qui ralentit les efforts de réhabilitation sanitaire, le texte tire les leçons politiques finales :

“Il faut donc nous unir étroitement autour du Front d'Union Nationale pour le Salut du Kampuchea pour sauvegarder notre nation en péril, pour parer à toute nouvelle tentative de subversion menée par la clique génocidaire de Pol Pot - Ieng Sary. [...] Les pauvres victimes (hommes, femmes, femmes enceintes, enfants et vieillards) du fond des dizaines de milliers de fosses communes, crient justice et demandent aux peuples du monde de mettre au pilori le RÉGIME GÉNOCIDAIRE de Pol Pot Ieng Sary et leur maître de Pékin ! Que jamais un tel régime puisse à nouveau s'établir sur notre planète”¹.

Un autre document collectif, rédigé dix ans plus tard (à partir de données recueillies en 1981)², reprend un certain nombre des descriptions précédentes en essayant d'apporter des précisions démographiques et médicales. L'enquête servant de base à ce rapport est très limitée – quatre villages autour de Phnom Penh – à partir de laquelle il propose une estimation nationale de la mortalité “par polpotisme”. Ces sentiments de crainte de l'extinction du peuple cambodgien et de la peur du retour de Pol Pot, auxquels adhèrent les médecins, contribuent à maintenir une discipline et une cohésion, renforcées par l'éducation politique généralisée et l'encadrement stricts.

Tous les examens – entrée, passage en année supérieure et sortie – à la Faculté de Médecine comme à l'Ecole des Cadres Sanitaires, comprennent une matière politique au fort coefficient³. Par “politique” (*noyobay*, *neya:y*), il faut entendre non seulement des cours de doctrine marxiste – plus ou moins poussés selon les niveaux professionnels, les hauts cadres fréquentant l'Institut de Sociologie – avec une insistance particulière sur la coopération avec les Vietnamiens mais également un examen de la conduite des candidats. “Aussi leur discipline, leur absence, leur conduite pendant les stages, on le compte dans la politique”, comme le dit le directeur de l'Ecole des Cadres Sanitaires.

¹ *Tribunal ...*, *op. cit.*, pp. 197-199.

² *Crimes et répercussions dans le domaine de la Santé Publique sous le régime génocidal Pol Pot - Ieng Sary - Khieu Samphan*, Faculté de Médecine et Département de Protection Maternelle et Infantile, juillet 1989, dactyl., 29 p.

³ Le concours d'entrée en section “infirmiers secondaires” comprend quatre matières, les mathématiques, la biologie, la chimie et la politique. L'examen de sortie en comprend deux : les soins infirmiers et la politique.

La “politique” est relayée quotidiennement par l'encadrement au sein de groupements auxquels chacun adhère. A côté des organisations de masse destinées aux jeunes et aux femmes¹, les organisations professionnelles comprennent, à la Faculté de Médecine, un syndicat, une section de l'Association de la Jeunesse Etudiante et des “groupes-noyaux”. Un Comité du Parti, comprenant vingt-et-un membres sélectionnés est également constitué. Les mêmes groupements se retrouvent dans les divers secteurs de la vie professionnelle ou privée – par le biais de l'îlot (*krom*, Rkúm) en ville ou du comité villageois, à la campagne.

Les étudiants en médecine comme les praticiens sont ainsi occupés à plein temps, une fois leur travail professionnel achevé, par des cours, des réunions et des activités diverses “proposées” pendant les congés – tels les “travaux manuels” (*polakam*, plkmμ) consistant à cultiver les portions de terre attribuées à chaque établissement afin d'assurer son autosuffisance, les contributions aux programmes d'éducation sanitaire dans les campagnes ou encore les séjours “à la base” (*moulthan*, mUlfðn). *Last but not least*, la défense nationale, préoccupation majeure, “suggère” des séjours au front ou sur le site de construction du redouté “mur de bambou”, ouvrage censé fermer la frontière khméro-thaïlandaise et retenir les incursions des ennemis.

Ce système de gouvernement, alliant propagande et éducation politique – sur le mode négatif de la lutte contre les ennemis et sur le mode positif de l'effort collectif pour la reconstruction nationale –, répression et encadrement, permet de maintenir vaille que vaille une discipline collective et une soumission générale, dans des conditions très pénibles de travail², auxquelles se plie un personnel médical dont la hiérarchie professionnelle est largement obliérée par une hiérarchie politique représentée, à l'hôpital et dans les autres établissements sanitaires, par un comité directeur tripartite comprenant, outre le directeur, un responsable politique et un responsable technique dont les nominations – nous l'avons souvent observé – ne s'appuie pas sur une séniorité professionnelle.

¹ Cette dernière s'avère puissante et efficace jusque dans ses ramifications provinciales. A côté de son rôle de contrôle et d'encadrement, elle aide les femmes, en particulier les veuves, à développer des activités économiques et se lance aussi dans l'éducation sanitaire.

² Cf Annexe VII - Un témoignage sur les conditions de vie à Phnom Penh, six mois après la “libération”.

Cette situation va progressivement évoluer. Le tournant se situe vers 1988-1990, époque qui correspond au retrait des troupes vietnamiennes, à la fin brutale de l'aide économique apportée par le bloc soviétique au Cambodge et au début des pourparlers entre les quatre factions cambodgiennes¹. Cette reconfiguration des relations internationales se manifeste, sur le plan intérieur, par une certaine libéralisation politique et économique formulée, notamment, dans la Constitution du nouvel Etat du Cambodge de 1989. Ces changements ont de fortes conséquences sur l'organisation du travail médical et modifient les relations entre les statuts économiques, professionnels et politiques des médecins, dont on vient d'observer que, en décalage les uns par rapport aux autres, le statut politique était prédominant et unifiait en la hiérarchisant une profession éclatée.

III - RIGIDITE OFFICIELLE, PROFUSION DES FONCTIONS LATENTES

L'organisation interne de la profession médicale va en effet peu à peu s'effriter et tomber en déliquescence sous l'effet de facteurs conjugués. Sur le plan "politique", d'abord, le mode de gouvernement a changé. Au commencement, l'appartenance au Parti est une distinction réservée à un nombre limité d'élus triés sur le volet en fonction de leur discipline, leur effort personnel, leur "amour du peuple" (*kar srolagn procheachun*, karRsLaj'RbCaCn), leur connaissance de l'idéologie marxiste et, éventuellement, l'aide d'une relation bien placée. Bien que les informations recueillies soient insuffisantes à ce sujet – les médecins se montrant peu diserts sur la description de la coopération avec les "experts" vietnamiens – l'on peut penser que ces derniers, extérieurs au jeu social cambodgien et placés en position d'arbitres, maintiennent jusqu'à leur départ le respect de ces critères dans l'obtention du statut de membre du Parti.

L'éventualité d'un règlement du conflit cambodgien et d'une formation multipartite au sein du gouvernement ouvre, au contraire, les portes du Parti et le transforme, d'une organisation d'élite, en organisation de masse. Or les fonctionnaires

¹ La première rencontre, entre le prince Sihanouk et Hun Sen, a lieu en France en décembre 1987.

que sont les médecins – de même que l'ensemble du personnel para-médical – situés entre le noyau du pouvoir et “le peuple”, sont les instruments privilégiés de ce processus de consolidation. Les objectifs politiques entrent ainsi en contradiction avec les objectifs professionnels, qui prévoyaient, l'urgence passée, de réduire l'embauche du personnel médical pour se concentrer sur l'amélioration de la qualité de la formation¹. Dès lors, les médecins vont apprendre à tirer parti de cette nouvelle situation, en particulier en desserrant, à leur profit, les règles disciplinaires dans leur lieu d'exercice, l'hôpital. Ce dernier, de ce fait, devient très difficile à diriger et même à gérer.

Par exemple, dans les hôpitaux que nous avons visités, la commission de discipline, censée rappeler à l'ordre les fautifs, responsables d'une négligence ou d'un absentéisme prolongé, n'a aucun pouvoir réel – même si son existence est soulignée dans les entretiens – car elle n'a pas l'appui du ministère, comme le décrit, parmi d'autres, ce directeur d'un hôpital central :

“- Il n'y a pas de programme pour gérer l'absentéisme. Ils font tout ce qu'ils veulent. Et ce problème-là est aussi posé dans tous les hôpitaux. Nous demandons au ministère de la Santé [de s'en occuper]. Nous faisons une liste de ceux qui sont absents ou bien ceux qui ne viennent pas travailler pendant longtemps. Mais le ministère de la Santé ne peut pas les rayer. On pense à la politique.

- Comment ?

- On veut rassembler le peuple. On ne peut pas les rayer. Ça, c'est la politique maintenant, actuellement. Alors pour le futur, je ne sais pas. Peut-être on les rayera. [...]

- Pour des fautes professionnelles graves, il n'y a pas de sanction possible ?

- Pour des fautes graves, c'est possible. Oui, c'est possible. Mais pour des fautes comme par exemple, une absence d'un ou deux mois, nous pouvons le signaler au ministère de la Santé mais le ministère ne regarde pas notre liste. Le ministère a dit que ceux qui ne viennent pas travailler ou ceux qui ne sont pas actifs, il faut [les] rayer. Mais les personnels du ministère de la Santé et peut-être aussi la politique... c'est-à-dire que la parole [officielle] est comme ça mais le travail est différent.”

Outre les raisons “politiques” qui demandent de maintenir un fort effectif de personnel dans les organismes de santé sans être trop regardant sur le travail effectué,

¹ Les organismes internationaux, réclamant la réduction des effectifs de fonctionnaires, jugés pléthoriques avec ses 5 % de la population active, ont un raisonnement en terme de coûts publics très contradictoire avec l'impératif politique.

un second facteur incite les dirigeants – à tous les échelons de la hiérarchie, qu'elle soit hospitalière, ministérielle et centrale – à modérer considérablement leurs exigences à l'égard des soignants : la question du salaire, en effet, devient un sujet de mécontentement important.

Le pragmatisme économique – toléré, comme on l'a dit, dès les premiers jours de la “Libération” et qui était alors peut-être envisagé comme une mesure transitoire vers une économie planifiée – s'est au contraire peu à peu développé. Les produits manufacturés venus de Thaïlande affluent sur les marchés en contournant ou en s'arrangeant avec les sociétés d'importation étatiques. Les paysans sont autorisés à vendre leur riz librement. Le marché parallèle devient le véritable “thermomètre” de l'économie en fixant le cours quotidien du riel par rapport au dollar et à l'or¹. Mais les salaires des médecins, versés en riels, ne suivent pas l'inflation réelle (voir page suivante, Tableau XI et Tableau XII) tandis que les besoins augmentent. Ainsi, par exemple, les médecins sont-ils payés environ cinq mille riels et les infirmiers quatre mille riels par mois au début de 1991 (soit moins de dix dollars) quand le double constitue un minimum absolu pour faire vivre une famille de quatre ou cinq personnes en ville.

Une seconde raison pousse les médecins à manifester leur mécontentement relatif au faible niveau de leur salaire. La discipline et l'effort collectif qui étaient demandés à tous, au nom du sauvetage national, ont été rompus subrepticement au sommet de la hiérarchie, laissant, à ceux qui “y ont cru” le sentiment amer du bluff. C'est du moins la façon dont, en privé, est évoquée l'évolution de la situation faite aux médecins et l'explication – en forme d'excuse – donnée à leur détachement progressif vis-à-vis de leurs obligations professionnelles publiques.

¹ Le “Marché Olympique” (*psar olympic*), situé près du grand stade à Phnom Penh, tient lieu de centre financier en raison de l'importance des échanges qui s'y effectuent. Il fixe, pour les petites marchandes d'or de la ville, la valeur du riel.

Tableau XI - Quelques relevés de la valeur du riel entre 1980 et 1993

DATE	CHANGE POUR UN DOLLAR SUR LE MARCHÉ PARALLELE
1980	8
1981-82	Entre 10 et 18
octobre 1989	220
juin 1990	420
juillet 1991	1 000
décembre 1991	650
avril 1993	3 500
novembre 1993	2 200

Sources : Valérie AUTISSIER, *Premier diagnostic sur la filière des produits maraîchers au Cambodge*, Rapport, Phnom Penh, GRET, juill. 1990, 74 p. ; Chanthou BOUA, "Observations of the Heng Samrin Government, 1980-1982", in David P. CHANDLER and Ben KIERNAN (eds.), *Revolution and its Aftermath in Kampuchea ; Eight Essays*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, p. 279 ; *Cambodia. Agricultural development options review (phase I). Sector review. Draft*, Rapport, Phnom Penh/Rome, FAO/UNDP, 1994, p. 15 ; Raoul JENNAR, *Cambodian chronicles (II). The very first steps towards a very fragile peace*, Rapport, Belgique, CEREO, mars 1992, p. 21 (d'après CDRI Monthly Survey).

Tableau XII - Evolution de la valeur du riel (1989-1992)

	1989	1990	1991	1992
Valeur du riel à l'intérieur du pays (base 1989)	1000	400	172	51
Valeur du riel par rapport au dollar (base 1989). Cours officiel	1000	477	273	133
Valeur du riel par rapport au dollar (base 1989). Cours parallèle	1000	417	273	138

Source : Impact of UNTAC on Cambodia's Economy. Report prepared by the economic adviser's office, Phnom Penh, UNTAC, dec. 21, 1992, p. 16.

Les références aux salaires se transforment en leitmotiv dès lors qu'on aborde, avec les responsables d'hôpitaux, l'organisation de leur établissement et la qualité des soins : “Le problème avec le personnel, c'est la discipline. La discipline relative au niveau de vie, le salaire, la vie courante. Parce que quand ils ont des problèmes familiaux, il y a une répercussion sur le travail”. Si, dans les discours généraux, ils reconnaissent que la formation est insuffisante, néanmoins, dans la pratique, cela n'est pas la cause des négligences professionnelles :

“- La discipline, pour vous, c'est seulement l'absence ou il y a d'autres problèmes ?

- Oui, il y a aussi le problème du travail négligé, le problème de la qualité clinique négligée. Par exemple, on fait mal l'asepsie. Je les pousse mais je pense que ce n'est pas un problème de connaissance. Il faut avoir un salaire suffisant, pour manger, pour vivre, pour nourrir les enfants, pour se loger, pour payer...”

En un mot, comme le dit un troisième médecin responsable de service : “Si tout le monde [le personnel hospitalier] mangeait bien, se nourrissait bien, s'habillait bien, je crois qu'il n'y aurait pas de problème”. Contrairement à ce que laissent penser ces extraits d'entretiens, pourtant, il ne s'agit pas, pour la grande majorité des médecins, d'affronter des problèmes de survie mais de tenir leur rang.

Les faibles salaires demandent donc des compensations comme l'absentéisme, le prélèvement sur le matériel hospitalier – en particulier les médicaments – ou les cadeaux offerts par les patients. Compensations qui restent informelles, discrètes et totalement occultées par les discours officiels.

De manière à première vue paradoxale, en effet, ceux-ci n'ont pas changé et s'éloignent de plus en plus de la réalité des transformations survenues dans le travail médical. Officiellement – même si l'on déplore le manque de moyens financiers interdisant à l'Etat d'équiper ses hôpitaux et de rémunérer son personnel convenablement – le système de santé est en progression, les zones rurales de mieux en mieux desservies, les horaires hospitaliers strictement réglés et les soins gratuits. Conjuraison par le discours d'une situation de moins en moins régie et maîtrisée par les pouvoirs publics ou difficulté d'adaptation à une réalité qui n'est pas idéologiquement

correcte¹ ? Des mesures nouvelles apparaissent même, au moment où elles deviennent le moins applicables, comme le droit à la Sécurité Sociale qui est une nouvelle disposition de la Constitution de 1989 par rapport à la précédente, ou bien un code de discipline élaboré par le ministère de la Santé en 1990. Tout se passe désormais comme si la rigidité même des structures officielles et leur caractère de plus en plus improbable et irréaliste – une mise en scène de l'Etat, en quelque sorte – permettait à la profession médicale de développer une organisation souterraine, tolérée à condition qu'elle n'apparaisse pas au grand jour et ne remette pas en cause le discours officiel.

Entre statut professionnel, statut économique et statut politique, où en sont finalement les médecins dans la société cambodgienne des années 1990 ? Leur statut professionnel, dans les circonstances de la reconstruction nationale socialiste sous la direction de l'Etat-Parti, ne présente guère de spécificité par rapport à celui de tous les autres fonctionnaires. Le recrutement en masse et dans l'urgence a permis l'entrée, dans le système de santé, de personnes au profils hétérogènes qui ont contribué à diversifier une profession entièrement hiérarchisée par le statut politique, le seul à faire sens. Avec la libéralisation économique, “soupape de sécurité” de la limitation des libertés individuelles, les médecins espèrent retrouver la position de “fonctionnaires-entrepreneurs” – une position originale mais néanmoins valorisée dans le système social cambodgien – qu'ils avaient élaborée sous le Sangkum.

Ils se voient cependant retenus dans cette voie par le double langage d'un pouvoir qui, tout en tolérant une organisation hospitalière informelle assouplissant la discipline des premières années et permettant de tirer des revenus complémentaires, ne tolère pas encore la pratique privée au grand jour, qui n'apparaît qu'après la mise sous tutelle du pays par l'O.N.U., en 1993. Cette position inconfortable – où il s'agit de gagner furtivement sa vie en faisant feu de tout bois et en multipliant les activités secondaires, contribuant à diversifier les activités professionnelles – s'accompagne

¹ Ce décalage croissant entre le discours et la réalité fait penser, par certains aspects, aux Etats africains qui, confrontés à l'épidémie du Sida, choisissent de nier son existence pour maintenir l'apparence d'une maîtrise de la situation par des pouvoirs publics à la légitimité réduite. Voir Jean-Pierre DOZON et Didier FASSIN, “Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique”, *Sciences Sociales et Santé*, fév. 1989, VII-1 : 21-36.

néanmoins d'un niveau de revenu convenable par rapport au reste de la population ce qui, comme par le passé, encourage les étudiants à tenter un concours d'entrée dont les droits informels d'accès semblent de plus en plus élevés puisqu'on parle de plusieurs centaines à plusieurs milliers de dollars.

Le domaine biomédical, dans la société des années 1990, n'est donc pas un lieu de créativité sociale et d'invention d'une modernité cambodgienne. Qu'en est-il, à présent, des thérapeutes qui, puisant leur savoir et leur pratique à d'autres sources, interviennent également dans le champ thérapeutique ? Quels rapports les médecins entretiennent-ils avec eux ? Occupant des fonctions proches, que partagent-ils (ou ne partagent-ils pas) en termes de trajectoires, d'apprentissage, de relation aux patients et de rémunération ? Mais, à un niveau macrosociologique, nous nous interrogerons d'abord sur la position sociale assignée aux praticiens "traditionnels" par l'idéologie officielle représentée par le ministère de la Santé, et, ensuite, par les médecins eux-mêmes.

CHAPITRE II

LES THERAPEUTES "TRADITIONNELS" ET LES MEDECINS. SAVOIRS ET POUVOIRS, SPECIFICITE ET EMPRUNTS MUTUELS

La "médecine traditionnelle" cambodgienne a fait l'objet d'une série d'études, publiées à intervalle régulier depuis une centaine d'années. Œuvres d'administrateurs coloniaux, de médecins français puis cambodgiens, de botanistes¹, ces études posent – au-delà des descriptions et des informations factuelles qu'elles nous offrent – une série de questions qui jalonnent, historiquement, l'anthropologie de la médecine, comme nous l'avons expliqué en introduction. Médecine savante ou médecine populaire ? Médecine empirique ou médecine magique ? Médecine d'inspiration brahmanique, bouddhique ou animiste ?

Dans ces études, les thérapeutes sont souvent classés d'après leur spécialité. Les théories auxquelles ils se réfèrent, les maladies qu'ils traitent, les procédés thérapeutiques qu'ils emploient sont alors décrits sous la forme de longues listes dont le sens échappe au lecteur – parce qu'il a échappé à l'enquêteur lui-même. Le choix d'un tel procédé de classement n'est pas neutre idéologiquement. Il se calque le plus souvent sur celui de la médecine occidentale et de ses spécialités. Il a même, parfois, pour but explicite de prêter à sourire en montrant l'inanité de potions aux étranges ingrédients et de conforter chez le lecteur la croyance en l'existence de phases d'évolution nécessaires de la connaissance médicale qui sont, nous rappelle un auteur récent, les stades "empirique, symptomatique, lésionnel et biologique"². Ce type de classement, enfin, présente une vision a-historique³ et "ethnique" des thérapeutes traditionnels cambodgiens : les changements sociaux liés aux événements politiques,

¹ Des ethnologues se sont ensuite directement intéressés à ce sujet (Marie Alexandrine MARTIN, ANG Choulean puis plus récemment, Maurice EISENBRUCH pour les maladies mentales).

² Clotilde VIEILLE, *Contribution à l'étude de la médecine traditionnelle khmère*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, UER Méd. et Techn. Méd., Nantes, 1984, 116 p.

³ On le remarque notamment dans certaines Thèses de médecine qui reprennent mot pour mot des descriptions faites il y a cent ans, sans éprouver l'intérêt de les dater.

dont on a mesuré l'ampleur à propos des médecins cambodgiens, ne sont pas pris en compte comme si, depuis la nuit des temps, les thérapeutes cambodgiens reproduisaient immuablement leurs pratiques, ainsi que le voudrait la vision d'une tradition figée. D'autre part, la spécificité culturelle khmère, mise systématiquement en avant, interdit la prise en compte des dynamiques socio-économiques ou des similarités avec d'autres savoirs médicaux du Sud-Est asiatique.

Dans l'étude qui suit, les thérapeutes traditionnels cambodgiens ne sont pas considérés isolément et de façon intemporelle. Au contraire, nous avons voulu, dans un premier temps, mettre en évidence l'influence de deux moments historiques et politiques importants dans la constitution du champ thérapeutique cambodgien. Ceux-ci, participant à la construction d'une "tradition légitime" parmi les thérapeutes sont, d'une part, le Protectorat, dont les responsables médicaux départagent les "vrais" des "faux" guérisseurs et, d'autre part, la République Populaire qui, après 1979 tente de définir une tradition nationale médicale qui doit s'intégrer au système de santé officiel.

A l'intérieur de ce champ thérapeutique modelé par l'histoire, les thérapeutes cambodgiens continuent de se définir et d'être définis autour des figures sociales emblématiques que sont les "médecins traditionnels" (*kru khmaer*), les bonzes et les médiums. Il s'agira moins, ici, de fixer ces figures que d'apprécier les changements qui se dessinent et les emprunts mutuels (notamment les emprunts réciproques avec les médecins de formation occidentale). Nous fondant sur nos observations, nous décrirons le type de formation de ces différents praticiens, les compétences qu'ils mettent en avant, les types de légitimité sur lesquelles ils s'appuient et les spécificités de leurs pratiques thérapeutiques. La plupart ont été choisis parce qu'ils exerçaient dans des milieux propices au changement, à proximité d'autres offres thérapeutiques, comme les dispensaires ou les hôpitaux.

I - LA CONSTRUCTION HISTORIQUE D'UNE TRADITION LEGITIME

La Constitution de la République Populaire stipule, en son article 27, que "l'Etat fait progresser la santé du Peuple en construisant et en développant les hôpitaux

[qui] prennent soin [de la santé du Peuple] et le traitent gratuitement ; en faisant de la recherche médicale et pharmaceutique unissant la médecine traditionnelle¹ et la médecine moderne”². Cette décision prise dès ses débuts par la République de s'adjoindre les services de la “médecine traditionnelle” résulte d'une construction de cette dernière, selon un schéma fortement influencé par ses “conseillers” vietnamiens et commun, sur bien des points, à celui que l'on retrouve dans d'autres pays du tiers monde, en particulier en Afrique³, après la Déclaration d'Alma Ata en 1978⁴. Avant d'examiner les bases sur lesquelles l'Etat cambodgien se propose d'effectuer une telle inclusion et les conséquences qu'elle entraîne pour les thérapeutes traditionnels, on remarquera que le projet s'inscrit dans une continuité et que les représentations officielles liées à la médecine traditionnelle sont, par certains aspects, déjà présentes sous le Protectorat.

A - Les “vrais” et “faux” médecins traditionnels du Protectorat

L'histoire de la “médecine traditionnelle” telle qu'elle est constituée sous le Protectorat par les quelques médecins et administrateurs coloniaux qui s'intéressent à ce sujet, est celle d'une décadence qui accompagne la régression de l'empire khmer après le XIII^e siècle. Cette représentation se fonde sur les sources historiques qui, nombreuses à l'époque angkorienne sont inexistantes par la suite et jusqu'au début du XX^e siècle, laissant la place à la spéculation. Les seules indications importantes dont disposent ces observateurs de la médecine cambodgienne datent en effet du règne de Jayavarman VII (1181-vers 1218). C'est d'ailleurs grâce à la découverte de stèles de

¹ Litt. “médecine ancienne” (evCøsa@spburaN).

² EscklpRBagrđōZm̄nuBa!uénsaZarNrdōRbCamanitkm-úCa1980 (*Constitution de la République Populaire du Kampuchea*, 1980).

³ Cf Jean-Pierre DOZON, “Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire”, *Politique africaine*, déc. 1987, 28, pp. 9-20.

⁴ La conférence de l'O.M.S. tenue à Alma Ata, au Kazakhstan a fortement influencé les politiques sanitaires de nombreux pays du Sud. Elle souligne l'importance des soins de santé primaires (c'est-à-dire les soins de base, prodigués dans les villages par un personnel de formation élémentaire, invité à mettre l'accent sur la prévention par l'éducation sanitaire) intégrés dans un projet global de développement rural, mené avec la participation de la population. Elle recommande notamment que les thérapeutes traditionnels soient intégrés à ces projets.

fondations de ses hôpitaux, révélant un vaste réseau¹ s'étendant du plateau de Korat (dans l'actuel Laos) au Sud de la Cochinchine (actuel Viêt Nam²), que le souverain khmer, jusque-là obscur, accède au statut historique de dernier grand roi angkorien. Ces stèles en sanscrit, presque toutes identiques³, offrent quelques détails sur l'organisation de ces établissements, le personnel qu'il héberge et la pharmacopée utilisée.

Les médecins français s'intéressent à ces découvertes et s'associent à l'interprétation des sources. C'est par exemple le cas de Palmyr Cordier, spécialiste de médecine indienne qui propose, en 1903, une identification de la trentaine de plantes (dont beaucoup semblent médicinales) distribuées aux pensionnaires des hôpitaux lors des trois fêtes annuelles⁴ et dont la liste en sanscrit figure sur les stèles. C'est le cas également de M. Mesnard, directeur de l'Institut Pasteur, auquel fait appel en 1934 l'orientaliste George Cœdes pour identifier, sur un bas-relief du Bayon (un temple de l'époque de Jayavarman VII) un personnage probablement affublé d'une griffe cubitale (rétractation des doigts, symptomatique de la lèpre⁵) qui représentait peut-être Jayavarman lui-même. Bouddhiste adepte du Mahayana, plaçant ses hôpitaux sous l'influence du Bouddha Bhaiṣajyaguru (le "Maître des Remèdes") et de deux bodhisattva, ce roi aurait, par ses œuvres pieuses et par sa compassion dont témoignent les stèles, cherché à acquérir des mérites dont l'accumulation aurait adouci son mauvais *karma*, marqué par la maladie.

Mais à l'exception de ce prestigieux épisode, intéressant ceux des médecins coloniaux qui profitent activement de leurs affectations pour faire des

¹ Un autre document épigraphique indique un total de cent deux établissements (Cf George CŒDES, "La stèle de Ta-Prohm", *BEFEO*, 1906, VI, pp. 44-81) dont trente-cinq emplacements auraient été découverts à ce jour (si l'on additionne les localisations de dix-sept stèles de fondation aux dix-huit vestiges, de conception architecturale identique mais sans preuve épigraphique).

² Cf la carte de ses emplacements dans Claude JACQUES, "Les édits des hôpitaux de Jayavarman VII", *Études cambodgiennes*, janv.-mars 1968, 13, pp. 14-17.

³ Cf Louis FINOT, "Notes d'épigraphie. II - L'inscription sanskrite de Say-Fong", *BEFEO*, 1903, III, 1, pp. 18-33 ; "Notes et mélanges. Les doublets de la stèle de Say-Fong", *BEFEO*, 1903, III, 1, pp. 460-466 ; "Notes d'épigraphie. XVIII - Notes additionnelles sur l'Édit des hôpitaux", *BEFEO*, 1915, XV, 2, pp. 108-111 et pp. 185-186. George CŒDES, "Études cambodgiennes. XXXIV - Les hôpitaux de Jayavarman VII", *BEFEO*, 1940, XL, pp. 344-347 ; "L'assistance médicale au Cambodge au XIII^e siècle", *France-Asie*, fév.-juin 1959, XVI, 153-157, pp. 493-496 ; Claude JACQUES, *op. cit.*

⁴ Louis FINOT, "Notes et mélanges ...", *op. cit.*, p. 466.

⁵ George CŒDES, *Angkor. An introduction*, London : Oxford Univ. Press, 1969 [1^{ère} éd. franç. 1943], p. 93.

recherches¹, l'on ne connaît presque rien de la médecine cambodgienne ancienne. Les chroniques royales, principales sources de l'histoire post-angkorienne, ont pour objet principal les successions dynastiques et les hauts faits royaux. Elles ne font allusion qu'en passant et de manière imprécise à la maladie des rois ou à leurs thérapeutes². Ainsi, par exemple, au XVI^e siècle, le Roi Ream Choeung Prey aurait accru son influence sur ses sujets grâce à sa science magique, apprise en pays laotien et lui permettant de soigner les maladies en “soufflant”³, technique qui évoque celle utilisée aujourd'hui par les médecins traditionnels⁴.

La représentation de la médecine traditionnelle khmère à l'époque coloniale se forge dès lors autour de plusieurs thèmes. En premier lieu, pense-t-on, l'acquis indien, garant du caractère savant de la médecine khmère telle qu'elle était pratiquée dans les royaumes angkoriens indianisés, s'est largement perdu au profit de croyances superstitieuses qui l'ont à nouveau submergée. Mais c'est là une projection de la médecine occidentale : d'une part, ce savoir savant, plus ou moins imaginé⁵, est perçu comme véhiculé essentiellement par le support écrit et, d'autre part, il consisterait surtout en une pharmacopée — en grande partie végétale⁶ — comme semble l'attester la liste des produits, décrits dans la stèle de fondation d'un hôpital, trouvée à Say-Fong, dans l'actuel Laos.

¹ Comme nous l'avons déjà souligné, les postes au Cambodge ne sont guère prisés par les médecins coloniaux.

² Communication personnelle de M. MAK Phœun.

³ MAK Phœun, *Histoire du Cambodge de la fin du XVI^e siècle au début du XVIII^e siècle*, Paris : Presses de l'EFEO (Coll. “Monographies”), 1995, p. 48.

⁴ Le thème du roi médecin fait penser, *mutatis mutandis*, aux *Rois thaumaturges* (Paris : Armand Colin, 1961, 542 p.) européens du Moyen-Age étudiés par Marc BLOCH. Ces monarques, auxquels était attribué le pouvoir de guérir les écrouelles en touchant les malades qui se présentaient en foule devant eux, tenaient leur don, pensait-on, du caractère divin de la royauté (matérialisé par l'onction du Saint-Chrême le jour du sacre). Le soufflage sur les malades, pratiqué par Ream Choeung Prey – mais aussi par tous les médecins traditionnels cambodgiens actuels – tirait-il une efficacité particulière de la qualité royale de leur auteur ? Nous ne connaissons pas la réponse à cette question. Il est certain, en revanche, que dans le royaume cambodgien comme dans les royaumes français et anglais de la même époque, la légitimité royale se trouvait renforcée par ces dons thérapeutiques.

⁵ A part Palmyr Cordier qui, à notre connaissance, n'a pas exercé au Cambodge, il ne semble pas y avoir eu de spécialistes de la médecine ayurvédique parmi les médecins coloniaux. Pierre Huard, à qui l'on doit plusieurs travaux sur la médecine traditionnelle khmère dans les années 1960, s'était plutôt spécialisé dans la médecine chinoise.

⁶ Cette liste parle d’“animaux aquatiques”. Il semble qu'il s'agisse de sangsues (communication de Claude JACQUES).

Cette logique d'identification entre la médecine angkorienne et la médecine occidentale se retrouve aussi dans la morale religieuse attribuée à Jayavarman VII. La compassion dont il fait preuve en construisant des hôpitaux à l'usage de l'ensemble des castes ne fait-elle pas écho à la charité chrétienne, telle qu'elle se manifeste dans la tradition hospitalière religieuse ? Ne ressemble-t-elle pas aux préoccupations éthiques qui s'expriment, par exemple, dans le serment d'Hippocrate¹ ? L'on pourrait verser à l'appui de cette thèse le curieux succès qu'a remporté la traduction, pourtant erronée (car l'inscription n'était pas nette) faite par l'épigraphiste Louis Finot, de la strophe XIII de la stèle de Say-Fong. "Il [le roi] souffrait des maladies de ses sujets plus que des siennes : car c'est la douleur publique qui fait la douleur des rois, et non leur propre douleur"², dit cette version. La correction apportée par Auguste Barth et pourtant immédiatement publiée, n'a guère retenu l'attention. "Le mal qui afflige le corps des hommes devenait chez lui mal de l'âme et d'autant plus cuisant"³, dit-elle, autorisant une interprétation plus politico-religieuse que morale dans la mesure où elle exprime les devoirs royaux propres aux monarques hindouistes selon lesquels le roi, représentant la somme de ses sujets, est personnellement atteint par leurs maladies⁴.

De la même façon, relatant un épisode où un bonze demande en 1928 l'autorisation au Résident Supérieur français, au cours d'une épidémie de choléra, de traiter les malades selon un procédé indiqué en rêve par le feu roi Sisowath, le Dr Menaut loue les efforts du moine – même s'il est sceptique sur ses résultats – car il agit ainsi en authentique médecin. "Tout comme le bonze, le médecin se doit à la santé de ses semblables ; il doit ignorer tout intérêt, toute ambition, tout parti pris ; il doit aider de toutes ses forces tous ceux dont le but est le même que les siens, de quelle race qu'ils soient ; et je sais, en outre, combien nous sommes désarmés en présence d'un cas de choléra quelque peu sévère"¹.

¹ "Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient", énonce-t-elle notamment.

² Louis FINOT, "Notes d'épigraphie. II - L'inscription sanskrite de Say-Fong", *op. cit.*, p. 30.

³ Louis FINOT, "Notes et mélanges. Les doublets de la stèle de Say-Fong (Lettre de M. A. Barth)", *op. cit.*, p. 462.

⁴ Cette interprétation réduit l'originalité religieuse de Jayavarman VII, adepte du bouddhisme mahayaniste qui met l'accent sur la compassion (communication personnelle de Claude JACQUES).

¹ Dr MENAU [sic], "Étude sur la matière médicale cambodgienne (Préface)", *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, sept. 1928, VI, 9, pp. 424-425.

Dans cette conception, les “vrais” médecins traditionnels sont donc ceux qui se rapprochent le plus de ce modèle, construit à partir de sources historiques fragmentaires — qui mettent l'accent sur la décadence¹ — à partir de projections occidentales. “A l'exception de très rares confrères, qui ont pu bénéficier de quelques-uns des *enseignements du passé*, au hasard des transmissions orales effectuées de père à fils, de famille à famille, de maître à élève, qui connaissent vraiment la *valeur thérapeutique d'un certain nombre de produits d'origine animale, végétale, minérale*, et savent les utiliser en temps opportun, le médecin cambodgien est, par beaucoup de côtés, semblable au guérisseur que l'on rencontre dans les *racés primitives* ; sa pratique quotidienne est hautement dominée par les *croyances superstitieuses* du milieu où il vit”².

Le portrait du vrai médecin traditionnel est le suivant. “Le 'Mâ' Sok était de ces esprits libérés. Son père était médecin. D'où tenait-il sa science ? Je l'ignore – Ce qui est certain, c'est qu'il avait de tout temps possédé une sorte de *traité de médecine* ; non point un traité semblable à ceux que nous utilisons ; mais un volumineux cahier de feuilles de latanier où le stylet de fer de quelque prédécesseur studieux avait, au hasard des acquisitions nouvelles, gravé de vieilles formules et de vieux conseils, d'après quelques *feuilletts de livres d'autrefois sauvés du grand naufrage cambodgien lors de la dernière invasion siamoise*”³. Hormis quelques médecins traditionnels de ce type, perçus comme les héritiers du passé angkorien, possédant un savoir essentiellement botaniste conservé par écrit, les Cambodgiens, disent les descriptions, sont livrés aux charlatans de toutes sortes. C'est dans ce cadre idéologique que sont menées quelques tentatives de collaboration inégale entre médecins coloniaux et thérapeutes traditionnels.

Les impératifs qui président à cet essai sont liés aux soucis d'économie du système de santé colonial – ceux-là même qui avaient conduit à créer un corps de

¹ Sur le plan politique, ce thème omniprésent de la décadence conforte la présence coloniale française. Sur la justification de la conquête coloniale en Indochine invoquant le prétexte du “peuple enfant” ou celui du “peuple sénile et décadent”, voir Pierre-Jean SIMON, “Portraits coloniaux des Vietnamiens (1858-1914)”, *Pluriel débat*, 1977, n°10, pp. 29-54.

² Bernard MENAUT, *Matière médicale cambodgienne*, Hanoi : Imprimerie d'Extr.-Orient, 1930, pp. 11-12.

³ *Ibid.*, pp. 19-20.

médecins indochinois – joints à la volonté de mise en valeur du territoire colonial. Dès 1877, les richesses naturelles¹ sont répertoriées à cette fin, parmi lesquelles figurent en bonne place les plantes médicinales utilisées par les thérapeutes indigènes. La mise au point de traitements contre la lèpre et le paludisme, notamment, leur doit beaucoup même si la “collaboration” tourne à leur net désavantage.

C'est l'expérience faite par un kru² nommé Pen, spécialiste réputé de la lèpre dans les années 1880. Il avait créé un village de lépreux en Kompong Cham, entouré de patients dont les plus pauvres payaient leurs soins en l'aidant à défricher et à cultiver les terres alentour. Le Dr Menaut découvrit par hasard, au cours d'une tournée de vaccine, ce village de lépreux – dans lequel Pen se cachait et fit dire qu'il était absent. Par la suite, ils se rencontrèrent et développèrent une relation de confiance telle que Pen livra, en 1908, le secret de son traitement, sous la forme d'une “ordonnance” qui comprenait des médications ainsi qu'un régime alimentaire approprié.

Bernard Menaut fit entreprendre des recherches sur les graines de krabao (Hydnocarpus anthelmintica Pierre), qu'il identifia comme le principe actif du traitement³. Les résultats favorables de ces travaux, alliés aux soucis d'économie – l'arbre pousse en abondance au Cambodge et la préparation des éthers pour les injections ou des huiles (extraites des amandes des graines) pour le traitement cutané était simple⁴ – firent que le laboratoire de chimie de Phnom Penh améliora le procédé traditionnel de fabrication et alimenta, à partir de 1925, le reste de l'Indochine, ainsi que les autres colonies et la Métropole¹.

Le sort du kru Pen fut moins heureux que celui de sa recette, si l'on en croit Bernard Menaut lui-même. Nommé, en 1915, directeur indigène de la léproserie du Protectorat – celle qu'il avait lui-même créée – sa prospérité le rendit suspect d'être un “exploiteur de lépreux” et son entreprise périclita². Après sa mort en 1919, son fils prit la succession paternelle mais en prenant soin

¹ A cette date, le médecin militaire Hennecart recense deux cent cinquante plantes médicinales. Le *Catalogue des Produits de l'Indochine* (1917-1941) poursuit la recherche tandis que Bernard Menaut publie sa *Matière médicale cambodgienne* en 1931, commandée par le Gouverneur Général de l'Indochine, au moment de l'exposition coloniale de Paris. Son travail reste la référence des médecins qui s'intéressent à la médecine traditionnelle cambodgienne. Pour une recension chronologique complète des travaux botaniques, voir Marie Alexandrine MARTIN, “Eléments de médecine traditionnelle khmère”, *Seksa khmer*, 1983, 6, pp. 135-137.

² Rappelons que *kru* désigne un maître, un homme ou une femme de savoir. Employé seul, le terme désigne le plus souvent un thérapeute traditionnel.

³ Dr GAIDE, “Note sur la préparation des éthers éthyliques de krabao destinés au traitement de la lèpre”, *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, sept. 1928, VI, 9, pp. 368-377.

⁴ Alfred PETELOT, *Les plantes médicinales du Cambodge, du Laos et du Viêtname*, T. I, 1952, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, p. 77-79.

¹ GAIDE et BODET, *La prévention et le traitement de la lèpre en Indochine*. Exposition coloniale internationale. Paris 1931. Indochine Française, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, 1930, pp. 39-40.

² Bernard MENAUT, *Matière médicale...*, op. cit., p. 23.

de séparer sa léproserie privée de l'établissement officiel – installé à deux pas et beaucoup plus prospère dorénavant (quatorze malades contre quatre-vingts¹).

A la même époque, dans les années 1920-1930, des médecins coloniaux expérimentent, dans leurs dispensaires, l'écorce d'un autre arbre très répandu au Cambodge, le margosier (*daeum sdao*, *Azadiracta Indica* Jussieu). Utilisé par les *kru* contre les fièvres et préparé sous forme de poudre, d'infusion ou de décoction selon leurs indications, il figure comme succédané du quinquina dans la pharmacopée coloniale².

Ainsi s'amorce, dans le système de santé colonial, une coexistence inégale qui assigne au médecin traditionnel un modèle et des objectifs proches de ceux des médecins coloniaux. Ceux-ci le placent en situation d'évaluation – les thérapeutes traditionnels sont des quasi médecins dont il faut encore extraire le savoir positif des “croyances” et des pratiques non médicales – et lui offrent une place congrue et désavantageuse dans l'appareil sanitaire. De fait, les deux mondes s'ignorent et s'évitent dans la grande majorité des cas, reproduisant, dans le domaine médical, le mode de relations existant entre indigènes et colons dans le cadre colonial général.

Après l'indépendance, l'étanchéité sociale prédomine dans la mesure où le Sangkum du prince Sihanouk conçoit, dans le domaine médical, la modernité cambodgienne comme résolument appuyée sur un système hospitalier¹ qui n'atteint guère les gens de la rizière. L'idée d'utiliser les connaissances des *kru* et le savoir botanique populaire réapparaît bien sous le régime khmer rouge, comme on l'a vu, mais avec pour optique un syncrétisme au contenu flou où, de toute façon, prime la pureté idéologique des praticiens, quels qu'ils soient. Certains des thèmes khmers rouges sont repris sous la République Populaire qui lui succède.

¹ GAIDE et BODET, *op. cit.*, p. 26.

² Dr TIROUVANZIAM, “Le sdau, succédané du quinquina”, *Bull. de la Sté Médico-Chirurg. de l'Indochine*, Avril 1927, V, 4, pp. 184-185 ; “Azadiracta indica”, *Ibid.*, pp. 186-188 ; Dr L. A. BORDES, *Le paludisme en Indochine*, Exposition coloniale Internationale, Paris 1931, Hanoi : Imprimerie d'Extrême-Orient, 1931, 35 p.

¹ CHAN Ok, *Contribution à l'étude de la thérapeutique traditionnelle au pays khmer*, Thèse pour le Doctorat en médecine (diplôme d'université), Paris, 1955, 91 p.

B - Les essais peu concluants de définition d'une nouvelle médecine nationale sous la République Populaire du Kampuchea

Le programme de reconstruction du système de santé cambodgien en 1979 est fortement influencé par l'exemple du Viêt Nam. Mais celui-ci est l'héritier d'une histoire médicale coloniale fort différente. Cela explique que la “greffe” du modèle vietnamien sur le Cambodge n'ait pas pris, passées les premières années d'efforts.

Dès le début des mouvements nationalistes anti-coloniaux auxquels participent des médecins vietnamiens, une intense réflexion est menée sur la future médecine nationale, dans le cadre plus général d'une approche de la modernité vietnamienne. Après l'indépendance, les directives sont fixées – et les divergences étouffées¹. La médecine vietnamienne est “nationale, scientifique et populaire”². Elle est nationale parce qu'elle a contribué au succès de la guerre d'indépendance – mythe fondateur de la nouvelle République – en “comptant sur ses propres forces” et ses propres ressources. Elle est populaire parce qu'elle n'est plus “une branche du commerce”³ réservée aux couches aisées et qu'elle associe en outre thérapeutes paysans et activistes d'hygiène. Elle est scientifique, enfin, parce que l'exploitation des ressources naturelles et la collaboration des praticiens traditionnels doivent être soumis aux principes scientifiques.

On reconnaît ici des options proches de celles de la Chine maoïste¹ et donc du régime khmer rouge. Mais elle s'inscrit aussi dans l'histoire beaucoup plus ancienne du nationalisme vietnamien qui trouve ses racines dans la lutte contre la domination chinoise. Ainsi, par exemple, l'histoire officielle médicale fait de deux grands médecins, Tuê-Tinh (fin XIVE siècle) et Lan-Ong (XVIIIe siècle) les figures

¹ Nous avons évoqué ces divergences dans le chapitre historique traitant du Protectorat.

² *Etudes vietnamiennes. Vingt-cinq années d'activités médico-sanitaires*, Hanoi, 1970, 25, p. 26. Ses trois qualificatifs sont de Ho Chi Minh lui-même.

³ *Ibid.*, p. 24.

¹ Nous nous référons, concernant la Chine Populaire, à la synthèse historique de Gilles BIBEAU, “From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and western medicine”, *Social Science and Medicine*, 1985, 21, 8, pp. 937-943.

légendaires et fondatrices d'une médecine capable, à partir de l'influence chinoise, de développer une originalité propre¹.

Appliquée au Cambodge après la “libération” de 1979, la politique d'insertion de la “médecine traditionnelle” dans le système de santé s'appuie sur différentes mesures comme la création d'un Centre de Recherche Médico-Pharmaceutique Traditionnelle à Phnom Penh, un enseignement de pharmacopée traditionnelle à l'école des cadres sanitaires et la présence généralisée de *kru* dans les hôpitaux.

Le Centre de Recherche Médico-Pharmaceutique Traditionnelle est créé en 1982², à l'initiative du Parti³ mais surtout du ministère de la Santé. Son directeur, pharmacien de formation, souligne la spécificité de la médecine traditionnelle cambodgienne – il se réfère aux inscriptions angkoriennes – et le caractère moderniste de l'utilisation des plantes médicinales, “moins toxiques que les produits chimiques”. Malgré son nom, le Centre a une vocation de recherche pharmacologique plutôt que médicale. En 1982, une équipe rassemblant des *kru*, des pharmaciens botanistes et des étudiants en pharmacie est chargée d'une enquête sur les plantes médicinales et leur localisation à l'échelle nationale. Plus de cinq cents espèces sont recensées dans six provinces. Ces recherches aboutissent à la mise en place d'une production artisanale de médicaments¹ dont le succès majeur est l'isolement de la berbérine, principe actif contenu dans une liane et utilisée contre la leishmaniose, le zona et la dysenterie amibienne.

La vingtaine de plantes traitées est achetée à des paysans khmers ou à des Montagnards qui se livrent à la cueillette commerciale en complément de la riziculture et approvisionnent aussi les marchés. La production est ensuite vendue par le Centre (qui est officiellement appelé Unité de Production Pharmaceutique au même titre que

¹ Annick GUENEL, “Entre Chine et Occident : place et rôle de la médecine traditionnelle au Viêt-Nam”, in Anne-Marie MOULIN (éd.), *Médecines et santé*, Série “Les sciences hors d'Occident au XXe siècle” dirigée par Roland WAAST, vol. 4, Paris : ORSTOM, 1996, pp. 184-185.

² Entretien avec M. Cheng Sun Kaing, directeur du Centre.

³ La présence du Parti est soulignée par les portraits, affichés au mur de la pièce de réception, de Heng Samrin, Marx, Lénine et Ho Chi Minh.

¹ Ils comprennent des potions contre la diarrhée, la toux et les maux de dents ; une poudre contre l'otite ; une pommade contre les affections dermiques et, enfin, des comprimés contre la diarrhée et la dysenterie.

les usines de production de médicaments modernes) à la pharmacie centrale qui, elle-même, la revend aux hôpitaux publics. Au moment de notre visite cependant, le Centre était en perte de vitesse. Il produisait très peu et sa part dans l'approvisionnement en médicaments des hôpitaux publics était extrêmement modeste. Sa contribution à la recherche botanique au Cambodge restait tout aussi médiocre. Grâce au soutien d'une association française, France-Libertés, le Centre avait publié trois numéros d'une revue consacrée aux plantes médicinales mais, dépourvue d'aide étrangère par la suite, l'activité avait périclité, montrant que, dans la pratique et au-delà de la politique officiellement maintenue d'une participation de la “médecine traditionnelle” au système de santé, il n'était guère une priorité gouvernementale, pas plus qu'il ne soulevait les enthousiasmes du secteur privé.

De la même façon chercherait-on en vain dans les autres institutions les signes d'une vitalité quelconque de la médecine traditionnelle étatique. Son enseignement à l'Ecole des Cadres est plutôt abstrait, comme le reconnaît lui-même le directeur de cet établissement : “En deuxième et en troisième années, les étudiants apprennent la pharmacologie et la médecine traditionnelles. [...] Je pense que les étudiants d'origine vraiment paysanne connaissent bien [ces matières], mieux que leurs professeurs. Les professeurs en ont une connaissance surtout livresque et incomplète. Ils ne sauraient pas reconnaître les plantes médicinales dans la nature. [...] Les enseignants, ils restent à Phnom Penh”. Enfin, quand nous commençons nos premières observations d'hôpitaux, il est déjà presque impossible de rencontrer les *kru* qui sont censés y officier : ils sont rentrés chez eux et travaillent à domicile.

Comme on le voit, la promotion d'une “médecine traditionnelle” d'Etat n'a pas été l'objet d'une préoccupation idéologique forte du gouvernement communiste cambodgien. Contrairement au gouvernement vietnamien qui était l'instigateur de cette politique au Cambodge, il ne l'a pas considéré comme un élément de l'identité nationale cambodgienne. Une fois le désengagement vietnamien amorcé, les institutions cambodgiennes censées œuvrer à l'intégration de la “médecine traditionnelle” au système de santé, se sont donc étiolées assez rapidement – faute d'argent certes, mais faute d'intérêt surtout. Les propos des médecins cambodgiens interrogés au sujet de la médecine traditionnelle reflètent cette position.

C - Médecine de pénurie ou patrimoine national ? Les ambiguïtés des médecins vis-à-vis de la “médecine traditionnelle”

Le premier souci des médecins est, en effet, de rappeler leur adhésion à la ligne du Parti et du ministère de la Santé bien qu'ils se livrent à cet exercice obligatoire de façon plus ou moins enthousiaste. “C'est un peu contradictoire mais, officiellement, il faut associer la médecine traditionnelle avec la médecine moderne”, admet l'un d'entre eux. Au-delà des nécessaires protestations de fidélité à leur ministère de tutelle, certains donnent néanmoins l'impression de réellement adhérer à la ligne du Parti. Les arguments avancés sont alors ceux, réalistes, de la pénurie : les remèdes traditionnels coûtent moins cher et peuvent, dans certains cas, constituer de bons substituts aux médicaments chimiques, pour les plus démunis. Les thérapeutes traditionnels sont aussi, disent-ils, géographiquement plus accessibles aux Cambodgiens habitant les zones les plus mal desservies par le système de santé bio-médical. Enfin, ces thérapeutes sont culturellement et socialement plus proches des paysans et la compréhension réciproque s'en trouve meilleure. Médecine de pauvres, médecine de paysans, médecine de gens peu instruits qui n'ont pas accès à la médecine moderne, le système de santé “à deux vitesses” qu'évoquent – et acceptent – les médecins cambodgiens ne correspond guère à la vision vietnamienne, transposée dans la République Populaire du Kampuchea, qui consistait à inventer une médecine nationale.

Certes, l'argument officiel selon lequel la “médecine traditionnelle” fait partie du patrimoine national apparaît également dans la bouche des médecins interviewés. Mais, dans ce cas, le terme désigne plus une botanique médicale qu'une médecine proprement dite, avec son système de représentation globale du corps et du monde. C'est, en effet, uniquement le potentiel pharmacologique de la médecine traditionnelle qui est considéré comme une richesse nationale ; les médecins traditionnels étant relégués, dans le meilleur des cas, au rôle de botanistes amateurs, aptes à fournir des indications utiles mais limitées. La richesse nationale dont il est question ici est prise dans son acception strictement économique : il s'agit de la production de remèdes destinée à la consommation intérieure ou à l'exportation vers les autres pays asiatiques ; la Chine Populaire, le Viêt Nam, la Thaïlande ou Hong Kong s'étant montrés intéressés, précisent certains interlocuteurs.

Le second point de vue exposé dans les entretiens est celui de la “médecine traditionnelle” vue comme une médecine particulière, spécifique, en opposition à l'universalité de la médecine. Particulière, elle l'est à plusieurs titres. En premier lieu, son efficacité se limite à certains cas précis. Les pathologies citées sont d'ailleurs différentes selon les médecins interrogés : affections dermatologiques, fractures, diarrhées, pathologies du cornet, ulcères gastriques, crises d'asthme, piqûres de serpents... Dans les autres cas, elle est dangereuse, comme le prouvent les nombreux accidents thérapeutiques rencontrés directement ou par ouï-dire : “Le *kru khmaer* sait soigner le cornet par une torsion avec de la paille, mais les malades nous arrivent parfois avec une hémorragie”, se plaint un médecin O.R.L. Un généraliste confirme qu’“il y a des accidents. On rencontre des cas allant jusqu'au coma. (...) Je ne sais pas de quoi il s'agit exactement. Les patients disent juste qu'ils ont pris des remèdes traditionnels”. Un troisième, chirurgien, s'élève également contre les *kru* : “Il y a des cas de complication à cause des médecins traditionnels. Surtout la traumatologie. Les médecins traditionnels ne savent pas réduire les fractures, les patients gardent des séquelles”.

Seul le responsable du Centre de Médecine Traditionnelle, pharmacien de formation, se démarque, comme sa fonction le lui commande, de ces opinions assez réservées : “Les *kru khmaer* pratiquent librement depuis la Libération [1979]. Ils n'ont pas d'autorisation officielle mais s'il y a un accident mortel, on peut leur interdire de pratiquer. Mais il y a peu d'accidents par intoxication médicamenteuse par les *kru khmaer*. [...] Il y a des *kru khmaer* fabricant proprement leurs produits, avec des doses convenables, des indications convenables”. Mais sa défense des médecins traditionnels n'est pas que de pure forme car il montre, au cours de l'entretien, une certaine hardiesse politique à témoigner des dons magiques qu'il a constatés chez certains d'entre eux.

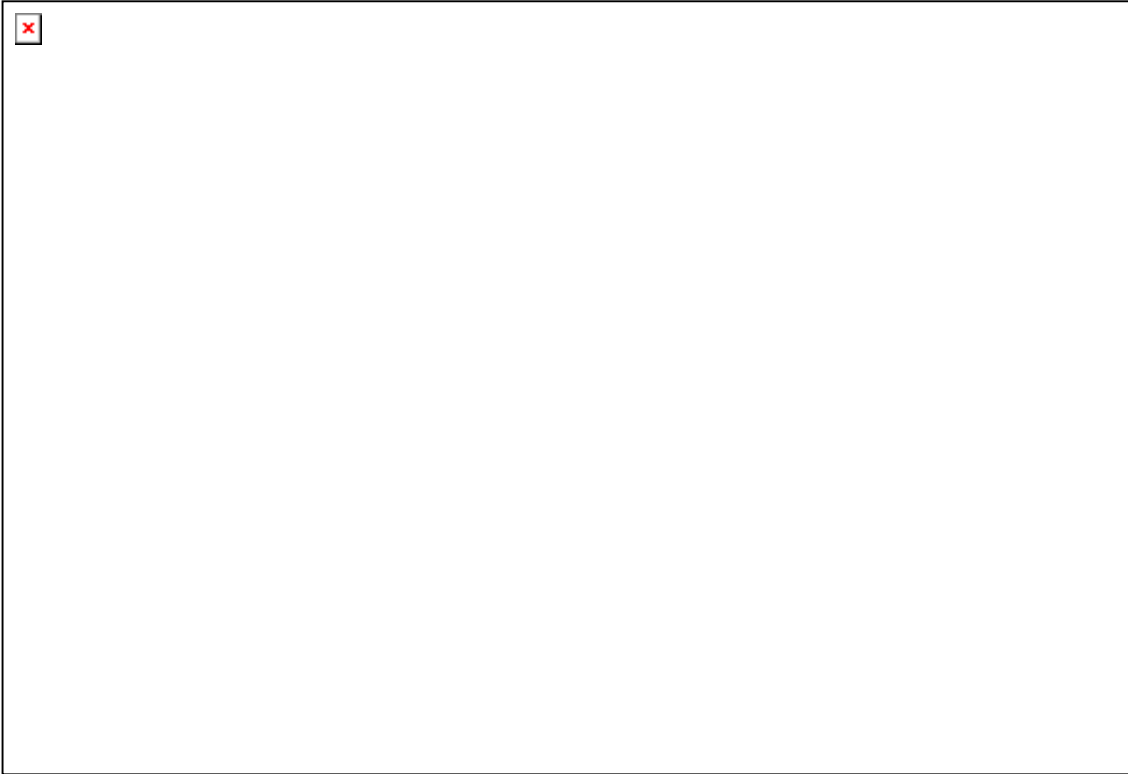
Ainsi, dans la mesure où la médecine traditionnelle n'est pas standardisée, les médecins appellent de leurs vœux son contrôle, qui doit prendre une forme à la fois scientifique et politique. D'abord, pensent-ils, l'expérimentation et l'examen des résultats permettraient seuls de conclure à l'efficacité des produits absorbés par les patients. En l'absence de ces expérimentations, leur jugement est réservé, disent-ils. Le contrôle politique serait, quant à lui, du ressort du ministère de la Santé ou du service de santé municipal, s'il s'agit de Phnom Penh. Ils souhaiteraient que les produits en vente sur le marché soient soumis à autorisation. Dans ce cas également, la médecine

traditionnelle se trouve réduite à sa pharmacopée, qui constitue la seule base sur laquelle elle est jugée.

Médecine empirique qui ne donne pas toutes les garanties, la médecine traditionnelle est aussi perçue comme une médecine particulière parce qu'elle est liée à une culture particulière. Il faut “y croire” pour qu'elle soit efficace. L'efficacité relative de la “médecine traditionnelle” est interprétée dans les cadres habituels et flous des médecins occidentaux lorsqu'ils évoquent des pratiques médicales alternatives aux leurs. L'effet placebo et l'efficacité psychologique en sont les maîtres-mots, ainsi que l'exprime un gynécologue : “Nous, les scientifiques, on connaît le traitement d'une petite partie des maladies seulement mais pour beaucoup de maladies, les placebo marchent. C'est la même chose pour les médecins traditionnels. Quand on croit beaucoup à un traitement, ça marche. D'où la difficulté à supprimer les tabous alimentaires [respectés par les parturientes]. Quand on force les gens, ils tombent malades à cause d'une grande peur”.

Parmi les thérapeutes traditionnels considérés comme des spécialistes de “l'efficacité psychologique”, les bonzes sont néanmoins les mieux vus (voir la photo IV, page suivante) : “Les bonzes sont mieux tolérés que les *kru mon akom* [récitant des formules magiques] et que les *kru* en général parce que la prière bouddhique aide parfois les malades. Les malades se sentent mieux, parfois ils se réveillent et ils peuvent vivre ou survivre encore” (directeur d'un hôpital de Phnom Penh). Les thérapeutes qui s'appuient essentiellement sur la pharmacopée et les plantes médicinales, conformément aux directives officielles, sont également à peu près tolérés. A l'inverse, les médiums sont radicalement rejetés. Un médecin que j'interrogeais un jour à propos d'un autel de *neak ta* (génie protecteur du terroir) dans l'enceinte de son hôpital a répondu en riant : “le *neak ta*, ici, c'est moi !”. Pourtant, dans les cas désespérés, les médecins acceptent les initiatives des familles des patients, quelles qu'elles soient, comme en témoigne l'extrait d'interview suivant.

Photo IV –Bonzes visitant une famille à l'hôpital.



Hôpital de Phnom Penh, 1991.

Q - Vous avez des médecins traditionnels qui entrent dans votre hôpital pour soigner ?

R - Non... Oui, quelquefois.

Q - C'est courant ?

R - Quelquefois, oui, parce que ce sont des malades désespérés comme les cancers au stade avancé. On attend la mort. Ils calment la psychologie de ces gens-là.” (directeur d'hôpital)

Enfin, le troisième point notable est l'indifférence relative avec laquelle les médecins interviewés regardent la “médecine traditionnelle”, dans leur vie personnelle comme dans leur pratique professionnelle. Seul, un interviewé plus virulent aborde le thème du charlatanisme mais il étend son propos à l'ensemble des produits alimentaires et, aussi bien, aux médicaments de l'industrie pharmaceutique dont beaucoup sont frelatés et doivent être contrôlés.

Quand ils évoquent l'expérience qu'ils ont eux-mêmes des *kru*, les médecins la relèguent toujours aux temps lointains de leur enfance ou à des situations extrêmes, vécues durant la période khmère rouge. “Je ne vais pas chez les *kru khmaer* car je suis médecin mais j'y allais quand j'étais petit”, nous dit l'un d'eux, avec une légère réticence. Il faut parfois insister un peu pour que les interviewés acceptent d'en parler :

Q - “Vous, vous n'avez jamais été soigné par un kru khmaer ?

R - Non, non.

Q - Même quand vous étiez petit ?

R - [Rire].

Q - Et sous Pol Pot, comment vous faisiez ?

R - Sous le régime de Pol Pot, j'ai été malade une fois. C'étaient la diarrhée et la fièvre. Mais à ce moment-là, je connaissais aussi des plantes traditionnelles. [...] Ce sont les sujets âgés, ce sont les habitants expérimentés, et même mes parents qui m'ont parlé de ces plantes-là. J'ai dû essayer parce que, à ce moment-là, il n'y avait pas de médicaments. Il fallait essayer [ces plantes] ou mourir. Et quand même il y a eu un résultat”.

Ils éloignent également la “médecine traditionnelle” de leur vie professionnelle. S'agissant de la présence de *kru* dans leurs services, à l'invitation de patients, l'idée n'est pas tant, pour eux, d'interdire des pratiques hétérogènes que d'éviter

leur interaction¹ – fût-ce de manière symbolique en fermant les yeux sur une consultation clandestine ou en adressant des reproches tièdes aux patients qui, ayant eu recours aux *kru*, ont tardé à venir les consulter. Cette séparation des lieux d'activités est tacitement respectée par les *kru*, comme l'explique un chef de service d'un hôpital de Phnom Penh : “Les médecins traditionnels viennent ici lorsqu'ils veulent amener les malades qu'ils ne peuvent pas traiter mais ils ne disent pas qu'ils sont médecins traditionnels. Ils le camouflent. Et si nous les connaissons, nous ne voulons pas le savoir, nous voulons seulement recevoir le malade. Mais quand même, nous lui faisons des reproches devant le médecin traditionnel”.

Respectant les décisions officielles du Parti qui prône l'association de la “médecine traditionnelle” – conçue comme le versant local et botaniste de la biomédecine – au système de santé, les médecins manifestent de fait une certaine indifférence teintée de mépris à son égard. Ils apparaissent bien plus comme les héritiers du Sangkum sihanoukiste et de son rêve d'une médecine curative de pointe centrée sur l'hôpital, que comme les promoteurs d'une médecine socialiste proprement cambodgienne qui développerait ses propres ressources et privilégierait ce qu'on pourrait appeler une “union thérapeutique nationale”, transcendant les clivages de classes et de savoirs, entre médecins et thérapeutes traditionnels. Ce projet d'union, qu'il se présente dans sa version socialiste vietnamienne (l'abolition des classes et la valorisation du patrimoine national) ou dans sa version conçue par l'O.M.S. (la mobilisation des ressources disponibles en vue du développement) est perçu par les médecins comme menaçant leur position déjà faible dans l'espace thérapeutique.

Toutefois, jusqu'à présent, cette conduite d'évitement à l'égard des thérapeutes traditionnels ne s'est pas transformée en campagnes publiques dirigées contre ces derniers, dans le but d'obtenir le monopole de la pratique médicale. Or, l'on sait que ces campagnes, lancées au nom de la qualité thérapeutique et de la lutte contre le charlatanisme, se trouvent au fondement de la construction historique de la profession

¹ Un seul interlocuteur, responsable d'un des hôpitaux les plus modernes de Phnom Penh, se montre plus virulent. “Les médecins traditionnels entrent à l'hôpital mais on les chasse”, dit-il. Les *kru mon akom*, spécialistes des récitations de formules de guérison, sont les moins bien accueillis : “J'ai été formé sept ans à la médecine, je ne peux pas accepter les *kru mon akom* à l'hôpital”.

médicale occidentale au milieu du XIX^e siècle¹. Assistera-t-on, au fur et à mesure de la libéralisation politique, à la naissance d'un mouvement de ce type ? Il est trop tôt pour répondre à cette question. L'évolution de la structuration de l'espace thérapeutique depuis le Protectorat a en tout cas abouti à renverser le rapport universel/particulier dans lequel se trouvaient médecins traditionnels (référence thérapeutique principale des Cambodgiens) et biomédecins (thérapeutes cantonnés à la capitale et dans lesquels on “croyait” médiocrement). L'observation historique des termes est instructive à cet égard : au terme d'une évolution que l'on peut suivre au fil des descriptions ethnographiques – dont la plus ancienne est vieille de cent ans² – les bio-médecins sont aujourd'hui appelés *kru pet* (RKUeBTüu , du sanscrit³ *guru* et *vidya(a)* ; les “détenteurs d'un savoir” et “médecine”), terme autrefois réservé aux seuls médecins traditionnels. Ceux-ci sont aujourd'hui les *kru khmaer*, les “détenteurs d'un savoir (médical) khmer” ou les “détenteurs khmers d'un savoir (médical)”. Par une ironie de l'évolution linguistique, inscrite dans l'histoire des rapports sociaux, les bio-médecins se trouvent ainsi disposer, dans la langue courante, du savoir ayurvédique traditionnel (*vidya(a)*) !

Quant aux *kru* qui avaient été employés dans les hôpitaux publics, ils ont rejoint leur village et repris leur activité habituelle auprès des villageois, respectant en cela les appartenances sociales qu'avaient brouillés les essais socialistes en établissant une passerelle sociale entre la paysannerie et le fonctionariat. En dépit des apparences, toutefois, le marché thérapeutique s'est trouvé durablement modifié par les dispositions gouvernementales, notamment parce qu'elles ont doté certains thérapeutes “traditionnels” d'une légitimité institutionnelle qu'ils ont conservée dans leur pratique privée, désormais commercialisée et proche, à certains égards, de celle des “vrais” *kru* du Protectorat et des biomédecins. Nous allons décrire, dans les pages qui suivent, la structure de l'offre thérapeutique cambodgienne en présentant quelques-unes des personnes observées au cours de notre enquête. Les différents thérapeutes – médecins,

¹ Cf Jacques LEONARD, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris : Aubier-Montaigne, 1981, 387 p.

² C'est celle d'Adhémar LECLERE, “La médecine chez les Cambodgiens”, *Revue Scientifique*, 1894, 4^eme série, II-23 :715-721.

³ *Dictionnaire cambodgien*, Phnom Penh : Éd. de l'Institut bouddhique, 1967, p.146 et p. 774. Les étymologies sanscrites, données en khmer par ce dictionnaire qui fait référence, sont translittérées selon la méthode de Saveros LEWITZ, “Note sur la translittération du cambodgien”, *BEFEO*, 1969, LV : 163-169, qui fait également référence.

kru, bonzes, médiums, masseuses – appartiennent à des univers sociaux, culturels et symboliques plus ou moins proches les uns des autres par le type de légitimité dont ils disposent, leur niveau socio-économique, le type de savoir proclamé et leurs pratiques thérapeutiques effectives.

II - LE VERSANT “MODERNISTE” ET INSTITUTIONNEL DE LA TRADITION

A - M. Lay Nonn, un *kru* “néo-traditionnel”

Agé de cinquante-six ans, monsieur Lay Nonn est un *kru* que l'on pourrait qualifier de “moderniste”. Il a commencé sa carrière à dix-huit ans. Originaire de la province de Svay Rieng (Sud-Ouest), il l'a quittée sous le Sangkum pour se rendre en Kompong Cham (Centre-Ouest) où son père possédait une vaste plantation d'hévéa. Dans sa jeunesse, M. Lay Nonn a étudié à l'Institut Bouddhique de Phnom Penh, haut lieu des études religieuses classiques inaugurées par le Protectorat. Son père étant *kru* lui-même, c'est auprès de lui qu'il a commencé son apprentissage, pour, ensuite, le parfaire auprès de dix-huit autres *kru* rencontrés, dit-il, dans diverses régions du Cambodge. Outre l'enseignement oral reçu auprès de ses maîtres, il a pu, à leur contact, étudier les “documents” (*aeksar*, Éksar) de la médecine traditionnelle – une dénomination moderne qui tranche sur celle, plus habituelle, de “livre technique” (*kboun*, ក្បួន) utilisée par les *kru* “traditionnels”. Comme ces derniers, M. Lay Nonn est sensible à la perpétuation de son art. Son fils lui succèdera donc. Mais contrairement aux règles de la transmission traditionnelle, qui privilégie l'apprentissage personnalisé, il a choisi d'enseigner à l'Institut de Médecine Traditionnelle municipale de Phnom Penh où son fils est lui-même étudiant.

M. Lay Nonn est aujourd'hui un *kru* dont la notoriété dépasse largement le voisinage. Respecté et prospère, il dirige une affaire familiale où travaillent son épouse et sa belle-fille, épouse de l'apprenti-*kru*. Il est installé dans le quartier de Chamcar Mon, à Phnom Penh – un ancien quartier résidentiel qui commence à retrouver son allure cossue d'avant-guerre, en cette période de reconstruction des années 1990. Il a

installé sa consultation dans une grande maison neuve qu'il vient de faire construire. Il habite à l'étage, réserve le rez-de-chaussée à la réception de la clientèle et dispose encore de trois petites constructions attenantes, également neuves, pour la fabrication des médicaments qu'il commercialise. Autre signe de prospérité, il possède une voiture, bien de consommation encore rare à Phnom Penh en 1992.

Sa consultation ressemble beaucoup à celle d'un médecin, à quelques détails près. On est frappé, d'emblée, par l'organisation spatiale et le mouvement des corps dans la pièce, caractérisés par leur "hauteur" inhabituelle : table, chaises et armoires ne font pas partie ordinairement de l'intérieur khmer. En effet, dans les maisons rurales sur pilotis, au plancher de bois, les activités quotidiennes se font à même le sol, en position assise ou accroupie, tandis que, la nuit, la natte sur laquelle on s'étend est également déroulée sur le plancher. La consultation du *kru* Lay Nonn est, au contraire, loin du sol. A gauche de l'entrée, quatre chaises sont destinées aux patients qui attendent d'être reçus. Le reste du mobilier se compose de grandes armoires contenant la pharmacie du *kru* (les sachets de plantes médicinales manufacturés par l'équipe familiale), un réfrigérateur (autre pièce rare) et une table à laquelle les patients s'assoient à tour de rôle pour la consultation. Les murs sont tapissés de carreaux de faïence bleue jusqu'à mi-hauteur, sans aucune décoration laïque ou religieuse et sans aucun autel.

Comme chez tous les autres praticiens, y compris les biomédecins¹, la consultation se déroule dans cette pièce unique. Installé sur une chaise, à sa table, face au patient qui lui expose brièvement ses symptômes, le *kru* ausculte parfois les yeux ou les oreilles, la langue, mais, surtout il prend le pouls. A cet effet, un petit coussin permet au malade de poser son bras sur la table. M. Lay Nonn est plutôt spécialiste des luxations et des fractures, bien qu'il soigne aussi tous les autres types d'affections. Il ne se livre cependant, tient-il à préciser, ni aux opérations chirurgicales, ni aux accouchements, respectant ainsi les interdictions gouvernementales.

La consultation terminée – elle dure une dizaine de minutes en moyenne – le patient, comme chez le médecin, paie des honoraires. Il les adresse soit au *kru* directement, soit, le plus souvent, à ses assistantes (son épouse ou sa belle-fille). Il s'agit

¹ Lorsque les biomédecins gardent leurs patients pour quelque temps, ils disposent d'un ou deux lits, séparés du reste de la pièce par un paravent de tissu.

clairement d'une rémunération de service car elle est fixée par le *kru* lui-même, payée en espèces et offerte sans aucune des techniques corporelles associées habituellement à l'offrande – comme on la verra pratiquée plus loin par les clients des *kru* “traditionnels”. Cette rémunération dépend de la maladie et du type de médicaments délivrés. Mais elle dépend aussi de la richesse du patient, évaluée à son aspect extérieur. Elle varie entre mille et cinq mille riels¹.

M. Lay Nonn présente ainsi toutes les caractéristiques du *kru* moderniste “néo-traditionnel”. Sa formation comprend certes des éléments traditionnels (son père *kru*, ses nombreux autres maîtres, la transmission à son fils) mais elle est renforcée d'une légitimité institutionnelle (l'Institut Bouddhique, le professorat à la Municipalité de Phnom Penh). Celle-ci marque également sa pratique thérapeutique (essentiellement botaniste, sans référent religieux ou ésotérique, il respecte les limites imposées par le ministère de la Santé). Cependant, il s'éloigne du monde des *kru khmaer* ruraux pour participer plutôt du monde sino-khmer, urbain et commerçant (il perçoit des honoraires et non des offrandes, commercialise ses plantes médicinales sous le contrôle du laboratoire du ministère de la Santé²).

Parmi les *kru* modernistes qui répondent aux attentes de l'Etat, l'on trouve un autre type de thérapeute, représenté par M. Chea Sophon, l'un des rares *kru* fonctionnaires que nous ayons pu trouver encore en activité.

B - M. Chea Sophon, un *kru* fonctionnaire

A quarante kilomètres environ de Phnom Penh, sur la route nationale n°1 qui quitte Phnom Penh pour Ho Chi Minh-Ville, M. Chea Sophon dirige un dispensaire gouvernemental pour malades mentaux. Agé de cinquante-huit ans il est, lui aussi, un *kru* que l'on pourrait qualifier de “moderniste” bien qu'il ne présente pas les mêmes caractéristiques que M. Lay Nonn. Il se distingue plus, en effet, par une accumulation

¹ Le dollar s'échange alors (1992) sur le marché parallèle aux alentours de 1000 riels. Le kilogramme de riz de bonne qualité vaut environ 250 riels.

² Ce contrôle est en réalité peu effectif car le ministère de la Santé n'a pas les moyens humains et matériels d'assurer les analyses.

d'expériences, rythmées par les différents régimes qu'il a traversés et par la volonté d'en réaliser une sorte de synthèse.

Son apprentissage connaît des débuts tout aussi classiques et conformes à la tradition que celui de M. Nonn. Fils unique, ayant le goût de l'étude, M. Sophon acquiert auprès de son père, *kru* également, les rudiments de connaissance puis poursuit sa formation auprès de son beau-père, *kru* spécialisé dans le traitement des malades mentaux (*chkouet*, ក្រូត). Par la suite, toutefois, son parcours devient très éclectique, mêlant médecine "moderne" et médecine "traditionnelle". Sous le Sangkum puis sous la République Khmère, il travaille dans un hôpital de Phnom Penh comme garçon de salle, avant de faire un stage dans l'unique hôpital psychiatrique du pays, à Takhmau (grande périphérie de Phnom Penh). Là, il apprend à utiliser les médicaments occidentaux et, notamment, à faire des piqûres, une connaissance acquise sur le tas qui permet souvent, plus tard, de s'établir comme infirmier privé dans les campagnes ou les quartiers urbains populaires.

Sous le régime khmer rouge, M. Sophon exerce comme *kru*, aspect de sa vie qu'il n'a jamais caché à ses patients actuels, tient-il à préciser et qui lui sauve la vie parce qu'on a besoin de ses services. Il approfondit alors ses connaissances botaniques au cours d'expéditions dans les grandes forêts vierges. Puis il devient assistant en chirurgie, sous la direction de médecins à propos desquels il s'interroge sur le sort qui leur a été réservé. Son expérience de la médecine révolutionnaire lui laisse cependant un mauvais souvenir. Il cesse d'utiliser les médicaments occidentaux, dégoûté des résultats catastrophiques dont il a été témoin. En 1979, il intègre la nouvelle fonction publique comme directeur de cet établissement psychiatrique de médecine traditionnelle.

La déréliction qui frappe alors l'association des *kru* aux structures sanitaires d'Etat atteint également son hôpital, même si les signes de la légitimité gouvernementale sont encore présents. Ainsi, dans sa pièce personnelle, trônent encore, placardés au mur et dans cet ordre, les portraits de Lénine, Heng Samrin (chef du gouvernement cambodgien) et Marx. Au-dessous figurent en bonne place ses diplômes et autorisations d'exercer. Le drapeau de la République Populaire du Kampuchea flotte sur la pancarte décorée d'une croix rouge, indiquant l'établissement. Enfin, le bureau du Comité Populaire de la commune est à deux pas. Mais M. Sophon se sent pourtant un

peu abandonné. “Je dois maintenant nourrir moi-même les malades pauvres. Je dois aussi les soigner gratuitement, soupire-t-il. J'aurais pu être riche maintenant et m'acheter, moi aussi, un vélomoteur”. Mais, faute de subvention du Comité Populaire, il se plaint de ne même plus pouvoir préparer ses décoctions parce que ses marmites sont hors d'état. Ne pouvant compter sur les finances publiques, M. Sophon cherche à faire connaître son établissement à des représentants de l'aide humanitaire étrangère. En attendant, il s'en sort en proposant au voisinage ses services rémunérés.

L'hôpital, il est vrai n'a pas l'aspect neuf et prospère des locaux de M. Nonn mais bien plutôt l'allure générale d'une propriété paysanne avec ses deux bâtiments de planches entourés d'un potager (*chamcar*, cMkar), auquel on accède par un chemin de terre. Le bâtiment de gauche, composé de trois petites chambres donnant sur un enclos, est réservé aux malades hospitalisés. Le bâtiment de droite est celui du *kru*. Il contient une étagère à médicaments et le *krè* (ERK, bat-flanc khmer) sur lequel on effectue les principales activités quotidiennes y compris la prise des repas et le repos. Au-dehors, comme dans toutes les maisons khmères, l'on trouve une grande jarre d'eau de pluie et un autre *krè* adossé à la façade. Derrière les bâtiments, une petite mare alimente en eau hommes et plantes pendant la saison sèche. Tout autour de la propriété fermée par un enclos, poussent, dans un foisonnement luxuriant et apparemment désordonné, en pleine terre ou dans de vieux pots, la centaine de plantes cultivées par M. Sophon.

En se promenant dans le jardin, le *kru* désigne chaque plante par son nom et précise l'utilisation qu'il en fait : celle-ci soigne les convulsions et la folie dite “du porc” (*chgouet chrouk*, q,ÜtRCUK) ; cette autre, la maladie de la nouvelle accouchée (*toah sasay*, Tas'srés)¹ ; celles-là l'hyper-tension (*leuh chheam*, ełlsQam), la morsure du serpent *Hanuman*². Cette autre plante est surtout un condiment de la soupe *samlo mechou* mais elle sert aussi à calmer les gonflements (*haeum*, ehlm). Les plantes qu'il désigne plus loin servent à faciliter la cicatrisation de l'utérus après l'accouchement

¹ *Toah sasay* (litt. “conflit avec les sasay [conduits du corps humain]” est une affection que les psychiatres identifient comme une dépression post-partum. Les symptômes sont divers (absence de force, tristesse, troubles du comportement). Les causes en sont la transgression de tabous alimentaires – particulièrement stricts pendant et après la grossesse – ou bien un effort physique trop intense.

² Hanuman est le roi des singes, allié de Rama contre Ravana dans l'épopée du Ramayana, très célèbre au Cambodge. Il possède des dons de guérisseur et de magicien.

leur confie des travaux qu'il surveille. Lorsqu'ils peuvent à nouveau travailler normalement, ils sont estimés guéris et quittent le centre de soins.

Par ailleurs, M. Sophon vend ses médicaments dans le voisinage. Il les fabrique sous la forme la plus classique de la pharmacopée khmère – décoctions ou poudres, confectionnées à partir des plantes de son jardin ou d'ingrédients d'origine animale (estomac de serpent, estomac d'ours, dit-il), qu'il se procure auprès d'intermédiaires. Sa prédilection actuelle pour les “remèdes anciens” (*thnam boran*, zñMaburaN), ne l'empêche pas d'ajouter de l'ampicilline à certaines potions – dans le traitement de la diarrhée notamment. Il exerce à la manière d'un pharmacien. Les clients qui passent indiquent soit le remède qu'ils désirent, soit l'affection dont ils souffrent. Comme les potions se conservent mal, le *kru* les prépare à la demande et le client repasse peu après les prendre. Elles sont présentées en bouteilles d'un demi-litre ou d'un litre, comme toutes celles que l'on trouve à la revente sur les étals des marchés¹ et se vendent de deux à trois cents riels.

M. Chea Sophon représente ce que l'on pourrait nommer le versant traditionnel des *kru* “modernistes”. Sa formation (auprès de son père et de son beau-père puis au cours de ses voyages en forêt) est classique chez les *kru*. Il l'a cependant complétée par de nouvelles compétences médicales (les piqûres, la manipulation de médicaments occidentaux), outrepassant les répartitions socialement admises des pratiques thérapeutiques qui recouvrent des cloisonnements socio-économiques assez rigides séparant paysans et “cols blancs”. Il exerce toutefois dans un secteur en déliquescence alors que celui de M. Nonn est au contraire en pleine expansion. Par son mode de vie, par sa clientèle, il reste proche du monde paysan. Toutefois, il se livre à la vente de produits médicinaux – une activité commerciale qui le différencie des *kru* des campagnes. Traditionnellement paysans, ces derniers se contentent en effet de rendre service aux villageois qui les sollicitent et ne proposent pas de services rémunérés. Ils

¹ Sur les étals des marchés, les bouteilles portent une étiquette qui donne les indications thérapeutiques et sur laquelle figure souvent un dessin en couleur représentant soit un organe, soit la plante utilisée (par exemple la canne à sucre noire, *ompeuo khmao*, GMeBAexuA). La posologie est également indiquée (en général, de l'ordre d'une cueillerée deux ou trois fois par jour).

sont, d'autre part, plus enracinés dans l'histoire et la vie sociale de leur terroir (*srok*) où ils exercent une fonction qui n'est pas strictement thérapeutique¹.

M. Lay Nonn et M. Chea Sophon sont tous deux issus du monde des *kru* ruraux qui se partagent, avec les bonzes guérisseurs et les médiums, les activités thérapeutiques “traditionnelles”. Avec l'installation de populations d'origine rurale en ville, ces *kru* exercent, moyennant des adaptations, dans les agglomérations semi-rurales que sont les quelques villes du Cambodge, y compris Phnom Penh. Là, passées les deux ou trois grandes artères centrales et les quartiers de “compartiments chinois”, l'on retrouve, le long des chemins de terre, les maisons sur pilotis et leur petit potager. Les *kru* “traditionnels” jouent, dans le voisinage, un rôle proche de celui qu'ils avaient dans leur village d'origine.

III - LES MONDES THERAPEUTIQUES “TRADITIONNELS”

A - M. Kong Kaev, un *kru* traditionnel urbain

Agé de soixante-cinq ans, M. Kong Kaev est originaire d'un village de Takeo où ses parents étaient des paysans pauvres. Il est arrivé à Phnom Penh en 1979 ; une époque où la ville, encore vide, s'est peuplée progressivement des nouveaux fonctionnaires venus rejoindre leur affectation. M. Kaev et son épouse – aujourd'hui décédée – ont suivi leur fils, soldat du nouveau régime aujourd'hui muté en Stung Treng (une province de l'Est). On leur a attribué un logement non loin du marché de Tuol Tampong (quartier semi-rural du Sud de Phnom Penh). Il vit maintenant avec ses deux filles qui, malgré leur âge (vingt-trois et vingt-cinq ans) sont encore célibataires, faute d'économies suffisantes pour trouver de bons partis et engager les frais élevés de la cérémonie de mariage.

La benjamine ne travaille pas et s'occupe de son père, rôle traditionnellement dévolu à la fille la plus jeune, tandis que la seconde est vendeuse itinérante de desserts dans les cours d'écoles. Le quatrième enfant vivant – deux autres

¹ Pour un aperçu général du monde des *kru* khmer, voir Marie-Alexandrine MARTIN, *op. cit.*

sont décédés sous le régime khmer rouge – habite également Phnom Penh. Marié, il est aide-cuisinier dans une entreprise spécialisée dans les banquets de mariage.

M. Kong Kaev a fréquenté l'école de pagode dite “rénovée”¹ jusqu'à douze ou treize ans. Sous la direction de bonzes, il y a appris l'alphabet khmer, le calcul et des rudiments de pali (langue sacrée du bouddhisme cambodgien) avant de rejoindre les rizières de son père. Celui-ci était *kru* et lui a transmis ses connaissances. Puis M. Kaev, engagé à dix-huit ans dans l'armée française, a sillonné le pays et enrichi son savoir thérapeutique à cette occasion. Cette séquence du récit de M. Kaev est commune à tous les médecins traditionnels qui nous ont relaté leur apprentissage : celui-ci se présente souvent comme un périple initiatique dont les caractéristiques sont le voyage dans des régions éloignées et forestières² et l'apprentissage, au gré des rencontres, sous la direction d'un grand nombre de maîtres³ – *kru*, bonzes ou ermites. M. Kaev, quant à lui, en a côtoyé douze dont trois l'ont particulièrement marqué par leur érudition. Ses voyages le conduisent ainsi au Phnom Kulen (le “Mont des Litchis”), un lieu à forte teneur symbolique. Ce mont sacré, situé à une trentaine de kilomètres au Nord-Est d'Angkor, est associé aux débuts de la royauté angkoriennne⁴ et au sivaïsme. Dans la région du Kulen, le maître de M. Kaev était un bonze qui possédait l'art des anciennes techniques khmères de combat et de la récitation de formules magiques (*akom*, GaKm). Ces références sont éloignées de celles de M. Lay Nonn, le *kru* “moderniste” dont la pratique, on s'en souvient, était sans référent religieux ou ésotérique.

¹ La pagode est le lieu traditionnel d'apprentissage des jeunes garçons (alphabétisation, prière). Le Protectorat français a développé la scolarisation rurale à partir du réseau des pagodes, en formant des bonzes-instituteurs chargés de l'enseignement de nouvelles matières. C'est ce que l'on appelle les écoles rénovées de pagode.

² La forêt (qui couvre encore une grande portion du territoire national malgré la déforestation massive) tient une place importante dans l'imaginaire khmer. Elle est notamment le lieu de séjours d'entités invisibles à la puissance débridée (*prey*, éRB, signifie à la fois “forêt” et “sauvage”). Pour une analyse du thème de la forêt dans la littérature populaire, voir Solange THIERRY, *Le Cambodge des contes*, Paris : L'Harmattan, 1985 et *De la rizière à la forêt. Contes khmers*, Paris : L'Harmattan, 1988.

³ La structure du récit des *kru* racontant leur formation fait également beaucoup penser à celle des contes cambodgiens dont la trame est le voyage du héros, ponctué de rencontres “fortuites” – en réalité lié à son destin karmique – qui ont une forte incidence sur la suite de son existence.

⁴ Jayavarman II, libérant le royaume khmer de la suzeraineté javanaise, y fit ériger au IXe siècle un *linga* royal (symbole phallique de Siva dans lequel se fondait le pouvoir royal). Parmi les vestiges archéologiques du Phnom Kulen, se trouvent des sanctuaires visnouïtes et, construit de façon plus tardive, une immense statue du Bouddha couché. Depuis la dissolution totale de la guérilla khmère rouge, en 1998, le site est à nouveau accessible et attire des foules de pèlerins.

Si l'on compare le rapport au savoir et à sa transmission chez ces deux types de *kru*, on relève des différences de deux ordres. M. Kaev dispose, lui aussi, de documents écrits – deux petits cahiers d'écolier sur lesquels il a noté des listes de préparations et des diagrammes de protection (*yoan*, y&nb, du sanscrit *yantra*, litt. “support”, diagramme mystique). Toutefois, ces cahiers ne sont pas des manuels qui consigneraient un savoir standardisé et anonyme, à la façon des livrets édités par le Centre de Médecine Traditionnel où enseigne M. Nonn. Ce sont au contraire des sortes d'aide-mémoires personnalisés, rédigés d'après les enseignements pratiques de ses anciens maîtres¹, leurs commentaires des “livres techniques” (*kbouon*, k|Ûn, ou *damra*, tRma)² et ses expériences propres. Ces traités eux-mêmes ne peuvent être assimilés aux manuels médicaux qu'ont voulu y voir les médecins coloniaux dans la mesure où ils ne prennent tout leur sens que grâce aux explications des maîtres. Ils fonctionnent plutôt comme des memoranda dont les clés résident dans les commentaires, l'expérience pratique et l'activation par la parole³. Les différences fondamentales que les anthropologues ont voulu voir entre sociétés à écriture et sociétés sans écriture, ainsi que les conséquences de l'introduction du support écrit sur la constitution des savoirs, étudiées par Jack Goody⁴, ne sont pas si marquées dans le cas cambodgien. Les cahiers du *kru*, de ce fait, ne peuvent être considérés comme de simples copies de textes perpétués de génération en génération.

Une autre différence marque la façon dont Messieurs Nonn et Kaev conçoivent leur savoir. Celui de M. Kaev est secret pour une bonne part. L'observation ethnologique faite fréquemment, selon laquelle le médecin traditionnel est doté d'une connaissance et d'un pouvoir ambigus (s'il peut faire le bien, il peut aussi faire le mal) s'applique aussi dans le contexte cambodgien. Disposé à parler de sa pharmacopée, M.

¹ M. Kaev a perdu ses notes de jeunesse sous le régime khmer rouge et les a recopiées de mémoire.

² Ces traités médicaux sont copiés au stylet sur feuilles de latanier et conservés dans les pagodes ou chez les *kru* eux-mêmes. Leur étude approfondie reste à faire. Elle permettrait de percevoir dans leur détail les analogies avec des traités d'autres pays d'Asie du Sud-Est (tels que la Thaïlande ou la Birmanie) ou d'Inde. Pour une première approche de la question, voir ANG Choulean (“Apports indiens à la médecine traditionnelle khmère”, *Journal of the European Ayurvedic Society*, Reinbeck (Allemagne), 1992, 2 : 101-114).

³ Peut-être parce que l'alphabétisation n'y a jamais été très développée, le support écrit n'estompe pas l'oralité dans la société cambodgienne. Aujourd'hui encore, écoliers et étudiants préfèrent lire les textes en compagnie et à haute voix plutôt que seuls et en silence.

⁴ Jack GOODY, *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris : Les Editions de Minuit, 1979, 275 p [1ère éd. anglaise 1977].

Kaev est en revanche moins disert sur ses formules. Seule une personne digne de confiance, dont il s'assurera qu'elle n'agit que pour le bien, en sera la dépositaire, prévient-il. M. Kaev est un homme de savoir. Toutefois, le savoir acquis, quelle que soit son étendue, ne suffit pas à faire un bon *kru*, même si le don ou l'élection jouent un rôle moins fondateur dans sa carrière que dans celle des médiums.

M. Kaev est un *kru* généraliste. Il cite, parmi les affections qu'il traite, la syphilis (*svay*, sVay), la blennorragie, les affections pulmonaires (*roleak tong souet*, rIakTɔsYt), la lèpre (*khlɔng*, Xɔg'), le cancer du sein (*maharik doh*, mharlkedaH), les maladies mentales (*sasay prasat*, srésRbsaT), les morsures de serpent et les abcès. M. Kaev — qui reçoit ses patients chez lui — occupe, dans une ruelle de terre, le rez-de-chaussée d'un bâtiment de deux étages ouvert sur une petite cour. Il dispose d'une pièce unique dont une partie a été isolée par une cloison de bois à son usage personnel. Il y dort, laissant, la nuit, l'espace principal à ses deux filles. C'est dans celui-ci que se déroulent les consultations. Il n'y a, ici, aucun mobilier en hauteur mais seulement deux bat-flancs khmers (*krè*) et deux autels. L'autel bouddhique, à gradins, occupe une place centrale par sa dimension imposante et sa richesse. Il comprend une grande image du Bouddha, placée sur le gradin supérieur, ainsi que trois statuettes, du Bouddha également. L'une d'entre elle, sans tête, a été trouvée par le *kru* lui-même dans la terre en 1979. Les objets ainsi trouvés “par hasard” constituent des signes d'élection qu'il convient de conserver précieusement.

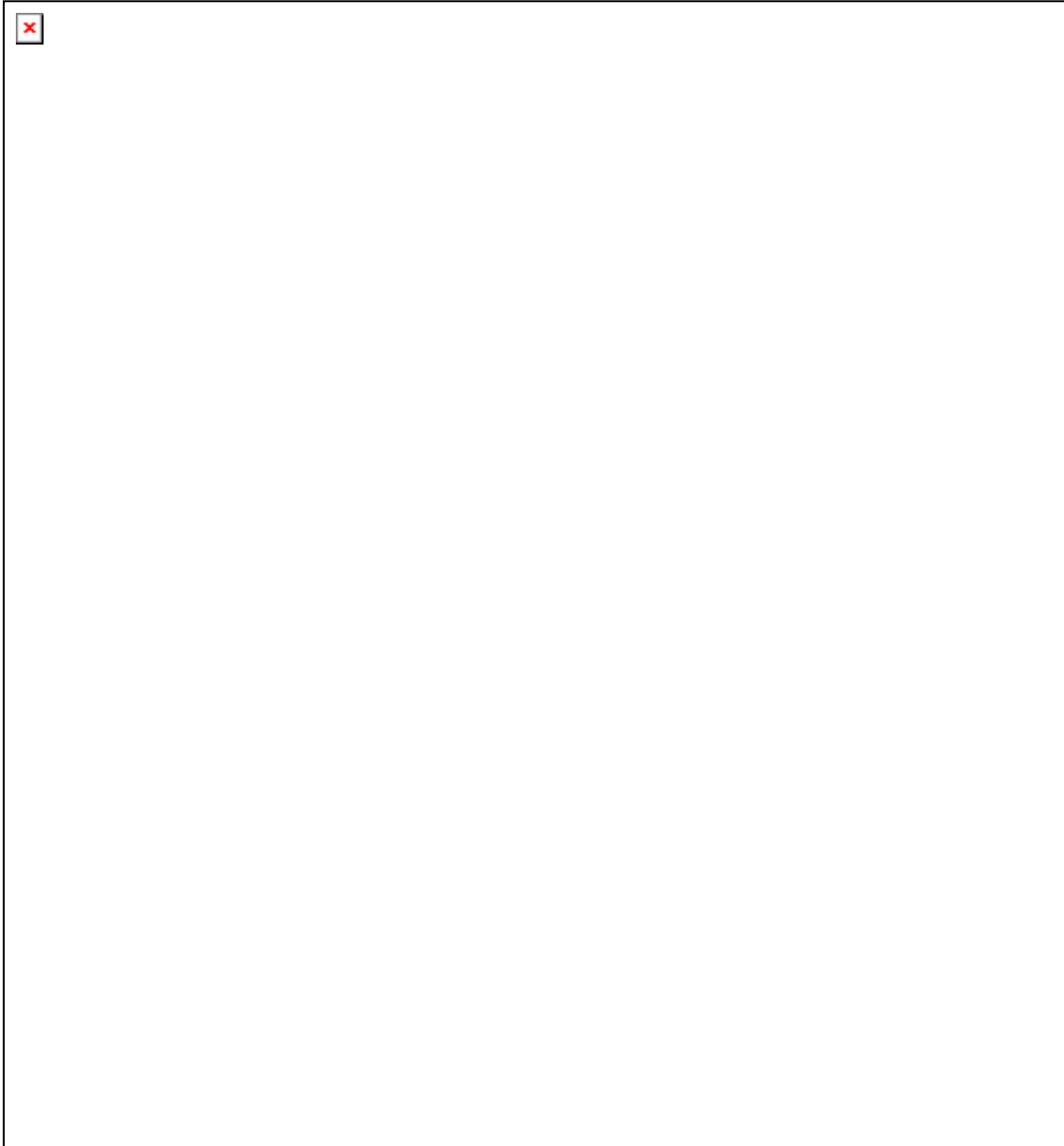
Le matériel rituel se compose de deux *bay sey* (:ysl)¹ à cinq gradins (voir photo V, page suivante) et de deux *sla thoa* (səaZ(m))² sur une base de noix de coco (*sla thoa dong*, səaZ(mdUg)). Ces objets figurent dans de très nombreuses fêtes. Au même titre que les deux verres d'eau et le bouquet de fleurs posés sur l'autel, M. Kaev les présente comme des offrandes au Bouddha, signe que leur signification peut être aménagée par les *kru* en fonction de leurs référents thérapeutiques – eux-mêmes liés à leur position dans le champ thérapeutique. Ces objets rituels, en effet, ne sont pas spécifiquement bouddhiques et peuvent être adressés (notamment le *bay sey*) à des esprits aidant le *kru*. D'autres objets liés à l'offrande se trouvent sur l'autel mais adressés, cette fois, au *kru* par les patients. Nous y reviendrons. Enfin, un petit autel est réservé à son épouse et à son fils décédés. Il comprend une petite table sur laquelle sont disposés les photographies des deux défunts ainsi qu'un pot à encens pour chacun d'eux, sans offrandes³.

¹ L'étymologie de *bay sey* est “riz de la fortune” (du khmer *bay*, “riz cuit” et du sanscrit *śrī*, “fortune, bonheur”). Le *bay sey* est une offrande symbolique de nourriture, répartie sur les différents gradins, même si elle n'apparaît pas toujours de façon matérielle : chez M. Kaev, par exemple, la nourriture (riz cuit, œuf) n'est pas visible. A propos du matériel rituel en général, voir ANG Choulean, *Les êtres surnaturels dans la religion populaire khmère*, Paris : CEDORECK, 1986.

² Le *sla thoa* peut être confectionné à partir d'un tronc de bananier ou, comme ici, à partir d'une noix de coco découpée pour lui donner un fond plat. Il supporte des offrandes de feuilles de bétel et de noix d'arec fichés sur des bâtonnets piqués dans la noix de coco, ainsi que des baguettes d'encens. *Sla thoa* signifie littéralement “arec du *Dharma*” ; le *Dharma* étant la Loi bouddhique et l'arec (*sla*) étant une offrande indissociable du bétel.

³ Les autels aux parents décédés ou aux ancêtres sont plus ou moins “actifs” selon les familles. Ils le sont tout particulièrement au moment de l'anniversaire du décès et pendant la Fête annuelle des Morts (*pchhum ben*).

Photo V – Bay sey



Phnom Kulen, avril 1999.

On est loin, chez M. Kaev, de la file d'attente observée chez le *kru* “moderniste”. De temps en temps passent des patients dont la plupart est du voisinage. Introduits dans la pièce centrale, ils s'installent sur le “lit” (*krè*) avec le *kru*, comme le feraient des visiteurs amicaux. Signe de respect toutefois, les hommes comme les femmes se tiennent face au *kru* les jambes repliées sur le côté¹ et certains (surtout les plus âgés, plus respectueux des traditions que leurs cadets) joignent les mains pour s'adresser au *kru*. L'entretien est assez bref et le médecin se contente de s'enquérir du mal du patient, de telle sorte que ce dernier pose souvent lui-même un diagnostic en nommant sa maladie.

Le *kru* touche très peu son malade, effleurant parfois du bout des doigts le bras, le visage ou les jambes². Tel jeune homme est venu pour une “syphilis” (*svay*), affection répandue avec d'autres maladies sexuellement transmissibles ; telle femme d'une quarantaine d'années pour un œdème à la paupière, telle autre pour un abcès à la jambe, une bronchite qui ne guérit pas (*roleak tong souet*). Si le patient émet le plus souvent un diagnostic, c'est en revanche le *kru* qui choisit seul le traitement.

A cet égard, la consultation est identique chez les médecins, les *kru* “modernistes” et les *kru* “traditionnels” observés : il existe un domaine commun de connaissance entre le thérapeute et son patient concernant l'identification de la maladie³. Si le thérapeute n'a pas l'exclusivité de la pratique diagnostique, le traitement, en revanche, relève de sa seule compétence et, dans les consultations observées, nous n'avons jamais entendu demander ou formuler une explication sur le remède administré, les patients se contentant de le consommer sans faire preuve de curiosité⁴ – qu'il s'agisse d'un paquet de plantes fournies par un *kru* ou des comprimés donnés par le médecin.

¹ Cette posture est habituelle aux femmes en toute circonstance publique. Elle ne l'est pas chez les hommes (surtout les jeunes) sauf en présence d'un bonze.

² Pierre HUARD (“La médecine khmère populaire”, *Concours médical*, mai 1963, 85, 20, pp. 3269-3275 et 21, pp. 3437-3444) fait état de méthodes de diagnostic plus complètes (goût de l'urine, pincement des doigts) que nous n'avons pas observées.

³ Voir Marie Alexandrine MARTIN (*op. cit.*, pp. 150-151) sur ce point concernant les *kru* paysans.

⁴ Un pharmacien installé dans un quartier pluriethnique de Phnom Penh nous expliquait que cette absence de curiosité relative aux médicaments distinguait ses clients khmers de ses clients d'origine vietnamienne. Ces derniers, en effet, mémorisaient les noms des médicaments, comparaient différents produits et exigeaient telle ou telle marque, à l'inverse de ses patients khmers qui lui laissaient toute latitude dans le choix des médicaments qu'ils désiraient acheter.

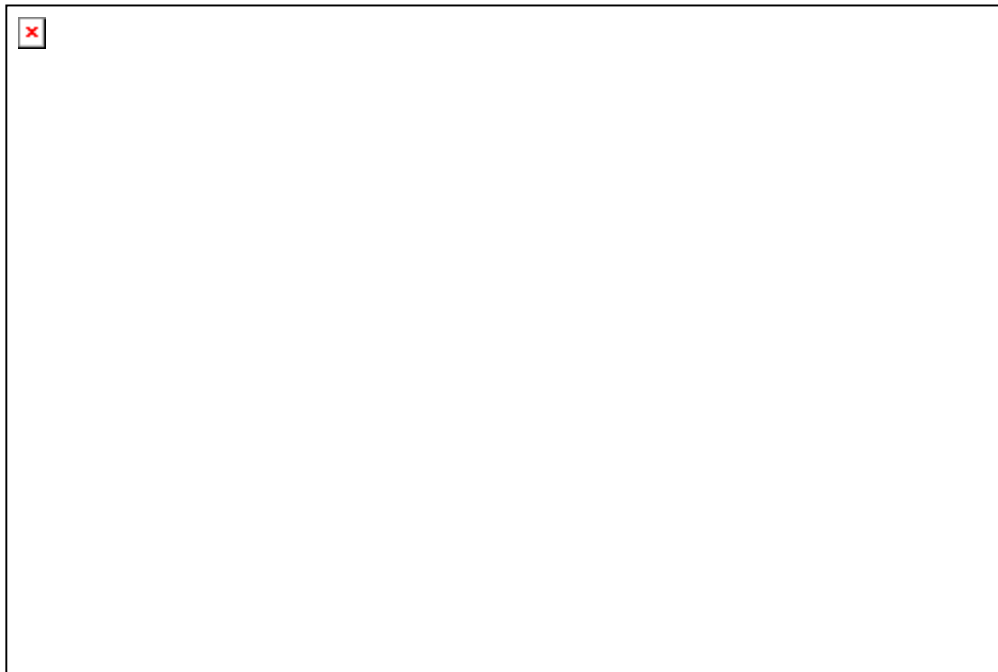
Après la consultation, le *kru* donne à ses patients – lorsque les cas l'exigent – des sacs de plastique contenant un mélange de plantes qu'eux-mêmes prépareront en tisanes selon la règle générale de la réduction au tiers (trois volumes d'eau que l'on fait bouillir avec les plantes jusqu'à l'obtention d'un volume). Mais M. Kaev, contrairement à son collègue M. Nonn, n'agit pas seulement en phytothérapeute : il est assez fréquent qu'il accompagne ses prescriptions de récitations de formules de protection (*mon akom*¹) prononcées très rapidement et à voix basse sur le corps du malade, sur lequel il souffle doucement. Une autre spécialité de M. Kaev consiste en la confection d'écharpes ou de mouchoirs sur lesquels il dessine des diagrammes de protection (*yoan*) faits de figures et de lettres dont la puissance tient à leurs référents bouddhiques (initiales de prières, hommage au Bouddha, etc.). D'autres *kru* fabriquent des ceintures de protection faites de plaquettes de métal gravées de formules, enroulées autour d'un cordon passé à la taille (voir photos VI-a et VI-b, page suivante). Des protections peuvent aussi être tatouées sur la peau, pratique courante des soldats partant au front.

¹ Du sanscrit *mantra* (syllabes chargées d'énergie, récitées dans certaines formes de méditation) et *agama* (litt. "source de la doctrine", Ecritures).

Photo VIa – Ce kru reçoit un visiteur voisin



Photo VIb –Fabrication d'une ceinture de protection personnalisée



Le *kru* Kaev ne perçoit pas d'honoraires, au sens de la rémunération de service observée chez ses confrères “modernistes”. Ses patients lui présentent généralement des offrandes rituelles – cinq feuilles de bétel, cinq cigarettes, cinq noix d'arec, cinq baguettes d'encens¹ – déposées sur un plateau à pied avec un peu d'argent. Il arrive souvent aux patients les plus jeunes, lorsqu'ils ne sont pas accompagnés d'un parent plus âgé, de négliger cette offrande. Mais le *kru* ne la réclame jamais. Une autre somme d'argent – présentée, elle aussi, avec les gestes de l'offrande – lui est remise en paiement de sa prestation. Chacun donne selon ses moyens. Toutefois, chez les *kru* qui officient au milieu d'une assistance plus nombreuse que chez M. Kaev, un contrôle social fort de l'assemblée s'exerce. La pression collective oblige le patient à donner selon son statut social (évalué en fonction de la qualité de son moyen de locomotion, de ses bijoux, de ses vêtements ou de son langage) et celui qui se montre avare ou, au contraire, inhabituellement généreux a tôt fait de provoquer les chuchotements de l'assemblée.

L'argent offert est présenté par le patient dans la posture de l'offrande, les billets entre ses mains jointes que le *kru* reçoit de la même façon. Le premier, alors, élève ses mains jusqu'au front, et le *kru* aussi. Ce court rituel s'apparente à celui du don bouddhique par lequel le donateur acquiert des mérites – le don le plus “efficace” étant celui réalisé en faveur des bonzes. Conformément à l'éthique des *kru* “traditionnels”, M. Kaev ne souhaite pas tirer bénéfice de sa pratique. Et, à voir son dénuement, on le croit aisément. Mais il avoue que les offrandes en argent de ses patients lui sont bien utiles pour l'entretien de sa famille, en remplacement des revenus de l'agriculture qu'il a quittée.

Quelles sont finalement les caractéristiques sociales d'un *kru* traditionnel nouvellement installé en ville, tel que M. Kong Kaev ? Il ne jouit pas, tout d'abord, de la légitimité institutionnelle de ses confrères modernistes car il met en avant une certaine hétérodoxie – sans doute involontaire car il ignore les dispositions officielles – vis-à-vis de la doctrine néotraditionnaliste gouvernementale (élève d'un bonze pratiquant les techniques anciennes de combat, il se réfère à une tradition bouddhique ancienne et

¹ Le chiffre cinq est présent dans de nombreux rituels. Cf Eveline POREE-MASPERO, *Etude sur les rites agraires des Cambodgiens*, 3 t., Paris/La Haye : Mouton, 1952-1969, 988 p.

populaire que le Protectorat s'est efforcé de réformer¹ ; récitant les formules de protection, il contrevient aux directives socialistes et scientifiques qui privilégient la phytothérapie). Comme il n'intervient pas à grande échelle sur le marché du remède traditionnel puisqu'il ne commercialise pas ses plantes, il bénéficie de l'indifférence des pouvoirs municipaux. Il dispose, au contraire, d'une légitimité traditionnelle auprès de ses patients (il se réfère au Mont Kulen, ne prend pas d'argent et conserve l'habitude du don rituel comme chez les *kru* villageois) et d'une légitimité religieuse (les références bouddhiques sont omniprésentes). *Kru* de la ville, M. Kong Kaev reste proche socialement du monde paysan. Les nécessités économiques, l'exemple des succès des *kru* "modernistes" le pousseront peut-être, lui ou ses successeurs, à se "professionnaliser" car les revenus tirés de son exercice constituent d'ores et déjà un apport financier qui pour être faible n'est cependant pas négligeable car les ressources familiales sont elles-mêmes très réduites.

C'est, paradoxalement, déjà le cas d'un certain nombre de bonzes qui, tel le Vénérable Lam Hong, utilise le plus clair de son temps au soin de ses malades et à la réception de ses fidèles venus solliciter son aide.

B - Le Vénérable Lam Hong, bonze guérisseur

Ce moine originaire du Kampuchea Krom² est âgé de quarante-cinq ans. Orphelin à dix ans, il est parti vivre à la pagode de son village, non loin de la frontière cambodgienne, sous la protection du chef des bonzes dont il était l'élève et le serviteur. Il n'a plus quitté les ordres depuis, ce qui fait dire à la "nonne" (*yiey chi*, *yayCl*) qui le

¹ Le bouddhisme du *theravada* actuel au Cambodge est formé de deux sectes, appelées Mahanikay (numériquement la plus importante et la plus populaire) et Thommayut (fondée par le roi Mongkut du Siam en 1829 puis importée au Cambodge et suivie par la cour royale khmère). La réforme du Mahanikay sous le Protectorat avait des objectifs nombreux et notamment politiques (il s'agissait de distendre les liens existant entre les clergés cambodgien et thaïlandais ; d'affaiblir le pouvoir des monastères ruraux qui possédaient des apanages ; de séculariser l'enseignement tout en se servant du réseau des pagodes). Sur le plan de la doctrine, il s'est agi de le "purifier" en rendant plus présents les textes canoniques (le *Tripitaka*). Or, l'un des livres du *Tripitaka*, le *Vinaya* (*viney*) établissant les règles de la vie monastique, interdit aux bonzes un certain nombre de pratiques habituelles chez les adeptes du Mahanikay sous sa forme populaire. C'est le cas notamment de l'art du combat. Le haut lieu de l'enseignement du bouddhisme réformé fut, justement, l'Institut Bouddhique de Phnom Penh, fréquenté par M. Lay Nonn, le *kru* "moderniste" dont nous avons parlé. Voir François BIZOT, *Le figuier à cinq branches. Recherche sur le bouddhisme khmer*, Paris : EFEO, 1976, pp. 1-44.

² Partie du Sud Viêt Nam autrefois cambodgienne et peuplé d'une minorité khmère importante sur le plan numérique.

sert, qu'il est "pur" (*borisoṭh*, *brisuTÆ*) c'est-à-dire vierge ; qualité qui semble appréciée chez un grand bonze, même si l'entrée dans les ordres n'est jamais considérée comme définitive, permettant à tout homme, quel que soit son passé, de prendre et de laisser la robe. Pendant ses années de jeunesse, le Vénérable a appris de son maître, outre les textes sacrés et la liturgie, l'art des traitements par la prière.

Arrivé en 1979 à Phnom Penh, à l'époque où le bouddhisme était tout juste toléré et le nombre d'ordinations des "improductifs" (les bonzes) sévèrement restreint, il s'est peu à peu constitué une solide réputation locale qui a pu s'épanouir avec la libéralisation du régime, au début de la décennie 1990. Sa notoriété ne tient pas seulement à ses talents de guérisseur mais, d'abord, à ses efforts de reconstruction. Tandis que le service public – et notamment le système de santé – s'étiole sous l'effet de la pénurie et dépend de plus en plus de l'aide humanitaire, les pagodes et les bâtiments religieux sont au contraire l'objet d'efforts collectifs intenses. Les constructions et les rénovations se multiplient grâce aux dons privés, individuels ou collectifs (collectes lors de fêtes, au Cambodge ou parmi les Cambodgiens réfugiés à l'étranger).

Le Vénérable Lam Hong fait partie de ces bonzes constructeurs qui ont multiplié les appels à la population, patiemment tissé des liens avec certaines personnalités influentes du gouvernement ou du monde des affaires – lesquelles ont toutes une pagode de prédilection où elles font leurs offrandes – et voyagé à l'étranger dans les communautés cambodgiennes d'outre-mer pour rassembler les fonds nécessaires à la construction des bâtiments. La qualité de ses sermons, sa culture religieuse, sa probité et son efficacité ont été suffisamment appréciés pour qu'on lui confie des sommes importantes, destinées non seulement à la reconstruction des bâtiments religieux mais également à l'édification d'écoles et à d'autres œuvres de charité. Les bonzes comme celui-ci se situent donc au cœur de dispositifs "humanitaires" cambodgiens transnationaux qui récoltent des dons privés remis aux moines par les fidèles, soit directement, soit encore par le biais d'associations cambodgiennes à l'étranger dans lesquelles les religieux viennent officier lors des cérémonies bouddhiques. Ces réseaux, notons-le, communiquent peu avec le service public cambodgien d'une part et encore moins avec le dispositif humanitaire étranger d'autre part.

Cette réputation de reconstruteur se double d'une notoriété de bénisseur et de guérisseur. L'activité thérapeutique se déroule en trois temps. La pagode du Vénérable Lam Hong, à la périphérie de Phnom Penh, accueille chaque matin à partir de six heures – sauf les dimanches et les jours saints¹ – un grand nombre de malades. La consultation collective a lieu dans le réfectoire (*sala chhan*, *salaqan'*) de la pagode, un bâtiment de grande hauteur, au toit recouvert de tuiles soutenu par des colonnes mais sans mur. Autour du bonze assis sur un *krè* bas, se presse en demi-cercle une quarantaine de personnes, assises sur le dallage en position de prière (mains jointes, jambes repliées sur le côté, écharpe de pagode enroulée autour du torse des femmes et des hommes âgés). Devant le bonze sont disposées une assiette contenant deux morceaux d'ivoire de la taille du poing et trente-trois statuette bouddhiques sculptées dans l'ivoire, ainsi qu'une petite jarre remplie d'eau dans laquelle trempent des feuilles de bétel – matériel déjà observé chez le *kru* Kaev – et gravées de formules en pali.

La consultation est collective mais néanmoins individualisée. Le religieux invite d'abord chacun à s'exprimer sur sa maladie. Puis il distribue des feuilles de bétel bénites que chacun doit mâcher longuement et avaler. La bénédiction commence ensuite, tout à fait classique et commune à de nombreuses cérémonies religieuses, menées aussi bien par les bonzes que par les officiants de pagode (*achar*). Récitant des prières, le bonze ponctue sa litanie d'aspersions d'eau bénite à l'aide d'un plumeau de fibres végétales. A cette bénédiction collective succèdent des traitements plus personnels, différents dans la forme mais identiques quant au fond car il s'agit toujours de bénédictions dont l'efficacité est liée aux formules employées par le bonze ainsi qu'à son aura personnelle.

Les malades qui le désirent s'approchent de lui à tour de rôle. A l'aide d'un morceau d'ivoire, il frotte vigoureusement les tempes de certains malades en récitant très rapidement des formules. A un bébé qui ne peut plus téter, il introduit son index dans la bouche en le remuant plusieurs fois. Une femme enceinte qui souffre de faiblesse avec des douleurs au ventre se voit offrir trois nouvelles feuilles de bétel à consommer le matin, le midi et le soir. La séance dure deux heures environ au cours de

¹ Les quatre jours saints (*mgay sel*, *ézásll*) mensuels sont les premier et les quinzième jours des lunes croissante et décroissante. Ces jours-là, les dévôts (surtout de vieilles femmes) viennent à la pagode et participent aux prières avec les bonzes.

laquelle les malades soignés laissent des offrandes d'argent et qu'ils déposent à deux mains dans une soucoupe. Chacun se retire ensuite. Les patients venus de loin disposent de cellules monacales désaffectées pour passer la journée avant de reprendre le voyage.

Plus large par son public est la cérémonie du *leuk reasey* (“élever la chance”, *ellkrasi*) également pratiquée par le Vénérable Lam Hong. Il ne s'agit plus à proprement parler d'une consultation thérapeutique même si elle attire aussi des malades ou des personnes de santé fragile. Elle est basée sur le principe selon lequel le déroulement de la vie – aussi inexorable soit-il puisque les événements importants obéissent à la loi du karma – peut être légèrement infléchi par certains rituels. Les personnes qui, à un moment ou à un autre, rencontrent une série de difficultés (vols, accidents de la route, deuil ou autres problèmes plus bénins) doivent “relever leur destin” et inverser la spirale négative des événements. *Leuk reasey* est également un rituel préventif, pratiqué, par exemple, par les étudiants qui s'apprêtent à passer un examen, par les personnes qui doivent accomplir un long voyage, etc. Cérémonie de redressement du cours de la vie (à brève échéance) ou cérémonie préventive selon les cas, elle concerne tous ceux que l'enchaînement des événements personnels fragilise. La cérémonie est entièrement collective cette fois et consiste en une bénédiction des personnes et des objets qui leur appartiennent, avec aspersion d'eau bénite. Ces objets – bijoux, montres, clés de vélomoteurs ou de voitures, bouteilles de parfum – sont déposés devant le bonze sur une assiette, avec les offrandes d'argent. A la fin de la prière, chacun emporte, dans un bol (*phtel*)¹, un peu de l'eau bénite, par le bonze, pour s'asperger la tête, se baigner le visage ou en boire quelques gorgées².

Enfin, parallèlement à ces “consultations externes”, la pagode du Vénérable Lam Hong est un lieu d'accueil pour malades mentaux. La plupart viennent des alentours mais certains, accompagnés d'un parent, arrivent de provinces plus éloignées comme celles de Kompong Thom ou Kompong Chhnang, attirés par la réputation du bonze qui, de surcroît, héberge et nourrit gratuitement la vingtaine de malades qu'il héberge en permanence. Les soins consistent aussi, pour l'essentiel, en

¹ Le *phtel* est le principal récipient domestique, surtout lié aux usages du corps (douche, toilette, eau de boisson). Il est de diamètre variable (de 10 à 25 cm environ), creusé dans une demi-noix de coco ou, de plus en plus souvent, fabriqué en métal ou en matière plastique.

² D'autres officiants de *leuk reasey* pratiquent la douche lustrale de l'assistance en déversant l'eau bénite par bols entiers sur les fidèles accroupis mains jointes.

prières et en aspersions d'eau bénite (deux fois par jour) qui, en général, calment les patients de façon plus ou moins durable, les malades les plus récents étant les plus faciles à soigner, dit Lam Hong, car la maladie est moins profondément installée. Ce traitement par la prière s'accompagne de potions préparées par le bonze lui-même.

La libéralisation politique relative et l'autorisation de pratiquer la religion ont permis, à partir du début des années 1990, l'émergence de nouvelles figures religieuses locales comme celles du Vénérable Lam Hong. Le rayonnement d'une pagode, l'attraction qu'elle exerce sur les fidèles et les services qu'elle est susceptible de proposer en complément des prestations religieuses dépendent avant tout des qualités de ses bonzes, de leur charisme personnel et des réseaux qu'ils sont capables d'établir. La légitimité religieuse du Vénérable Lam Hong lui assure une influence qui dépasse largement celle des *kru* traditionnels villageois, dans la mesure où son statut religieux lui permet d'établir des relations avec des fonctionnaires ou des hommes d'affaires, activité sociale que les *kru* villageois ne peuvent avoir. En ce sens, par le jeu des réseaux de clientèle, la légitimité religieuse du moine s'appuie sur (et se renforce de) la légitimité institutionnelle de ses protecteurs. Les grandes photographies exposées au mur de sa cellule sont là pour le rappeler, qui attestent, au regard des fidèles, des visites de quelques puissants fonctionnaires.

Pourtant, sur le plan de son univers symbolique, Lam Hong n'est pas très éloigné de celui des *kru* traditionnels qui manipulent également les références religieuses (bien que moins clairement bouddhiques). De nombreux *kru* "traditionnels", en effet, sont également officiants de pagodes (*achar*) et anciens bonzes (car la prise de la robe n'est pas obligatoirement définitive). Ils pratiquent aussi la bénédiction. De ce point de vue, les *kru* traditionnels et les bonzes guérisseurs possèdent en commun un univers symbolique qui les éloigne de cette dernière figure importante des thérapeutes traditionnels que sont les médiums.

C - La mobilisation de la mythologie khmère : une médium en ville

Penh Yon est une femme comme la plupart des médiums, alors que les autres guérisseurs que nous avons décrits jusque-là sont majoritairement des hommes.

Plus jeune que ses confrères¹ – elle a trente-deux ans et cinq ans d'expérience médiumnique –, elle a un faible niveau d'instruction scolaire, n'ayant fréquenté que par intermittence l'école primaire, au rythme des travaux de la rizière, jusqu'à douze ans, dans son village natal de la province de Kompong Thom. Sa région étant sous contrôle khmer rouge dès 1972, elle a dû quitter définitivement l'école pour participer aux tâches agricoles collectives. Puis Mme Penh Yon a vécu le régime du Kampuchea Démocratique non loin de son village d'origine. Elle y est retournée à la “Libération”, jusqu'en 1982, date à laquelle elle s'est mariée. Pour améliorer les très maigres revenus familiaux², Mme Yon et son mari partent à Phnom Penh (avec l'assurance donnée par le chef de village – qu'ils ont aidé sous le régime khmer rouge – que leurs parts leur seront malgré tout attribuées). Le jeune couple réussit à s'installer dans un logement vacant, comme il en existe tant alors à Phnom Penh, et vit de petits trocs jusqu'à ce qu'il puisse ouvrir un café-vidéo, où les gens du quartier (derrière la pagode Moha Montrey) se réunissent le soir pour regarder un film.

En 1987, Mme Penh Yon commence à souffrir de manière inexplicable. Elle est fatiguée, a des maux de tête, se sent faible et tombe fréquemment malade sans que les médecins consultés arrivent à la soigner bien qu'elle se ruine, dit-elle, en honoraires et en achats de médicaments. Elle se rend alors chez un *kru khmaer* qui lui apprend qu'elle est “tenue par un esprit” (*kru kan*, RKUkan') auquel elle doit élever un autel pour retrouver la santé. Pour ce faire, elle demande les services d'un devin (*kru tiey*, RKUTay). Ce dernier l'aide à identifier un esprit qui ne lui veut pas vraiment de mal mais la perturbe sans cesse. Le devin établit qu'il s'agit d'un esprit féminin, appelé Amithida, un personnage du dixième *Jâtaka*, celui de *Vessantara*³. Mme Penh Yon guérit lorsqu'elle apprend à vivre, en quelque sorte, avec Amithida qui la protège et la possède à intervalles réguliers. Il ne s'agit cependant pas de possessions spontanées –

¹ Je n'ai jamais rencontré de femmes-*kru* “traditionnels”. En revanche, parmi les *kru* “modernistes” formés à l'Institut de Médecine Traditionnelle municipale de Phnom Penh, il se trouve des femmes, ce qui montre bien l'évolution par rapport à la tradition.

² L'agriculture est encore collectivisée à cette époque. Les parts de la récolte collective sont établies en fonction du nombre d'adultes et d'animaux de trait. Or le père est décédé, les frères et sœurs encore petits et la famille ne possède ni buffle ni bœuf.

³ Les *Jâtaka* (*cheadok*, en khmer) sont les récits des vies antérieures du Bouddha, incluses dans les *Sûtra-pitaka*, un des livres du canon bouddhique. Certains de ces récits, en particulier celui de Vessantara, ont connu un grand succès au Cambodge où ils inspirent la littérature populaire orale.

bien que celles-ci existent dans d'autres circonstances – mais de séances provoquées, à des fins de consultation.

En effet Mme Penh Yon, après sa guérison, a commencé par recevoir ses parents et ses voisins, avant que son don de *rup* (rUb, monture, litt. “figure, forme”) ne soit connu dans le quartier. Elle reçoit à présent chez elle, au-dessus de la salle de café-vidéo. Ici, comme dans toutes les autres consultations déjà décrites, aucune pièce n'est fermée sur les secrets confiés à la médium, bien que le bruit de la conversation s'estompe parfois en un murmure quand l'objet de la visite est délicat. Les clients attendent toutefois non pas dans la pièce de la consultation mais sur l'étroite véranda qui court le long de la façade. La *rup* reçoit, assise à même le sol, au pied d'un immense autel occupant la plus grande partie de l'espace.

L'autel, de deux mètres de hauteur environ, est constitué de plusieurs gradins très richement chargés (voir photo VIIa et VIIb, page suivante). La plupart du matériel symbolique déposé là pourrait aussi bien se trouver sur celui de M. Kong Kaev, le *kru* “traditionnel” : une grande statue du Bouddha est placée sur le gradin supérieur tandis que, sur les gradins inférieurs, dans un agencement symétrique par rapport à elle, sont disposées quatre petites statues du Bouddha, des *bay sey* et des *sla thoar*, deux pots de fleurs, deux verres d'eau, deux bougies et, sur le gradin le plus bas, un bol de riz où sont plantées des baguettes d'encens. Toutefois, chez les médiums que nous avons rencontrés, la profusion du matériel religieux est plus grande que chez les *kru* “traditionnels”. Ainsi, trouve-t-on encore sur l'autel de Mme Penh Yon des statues de l'ermite *eisey* et du Cinquième Bouddha *srey-a-métrey* – objet d'un culte au Cambodge depuis le XVe siècle, tandis que l'autel est chapeauté d'un *chhat rout* (qRtrYt) parasol à plusieurs étages, symbole religieux (ou royal) de la force magique (*ruthy*, #TÆi)¹.

¹ Je remercie MM. ANG Choulean, CHAN Sarith et Mme CHEA Kim Eang pour leur aide dans l'identification des objets religieux de cet autel.

Photo VIIa – Une médium près de Kompong Thom-ville, pose devant son autel

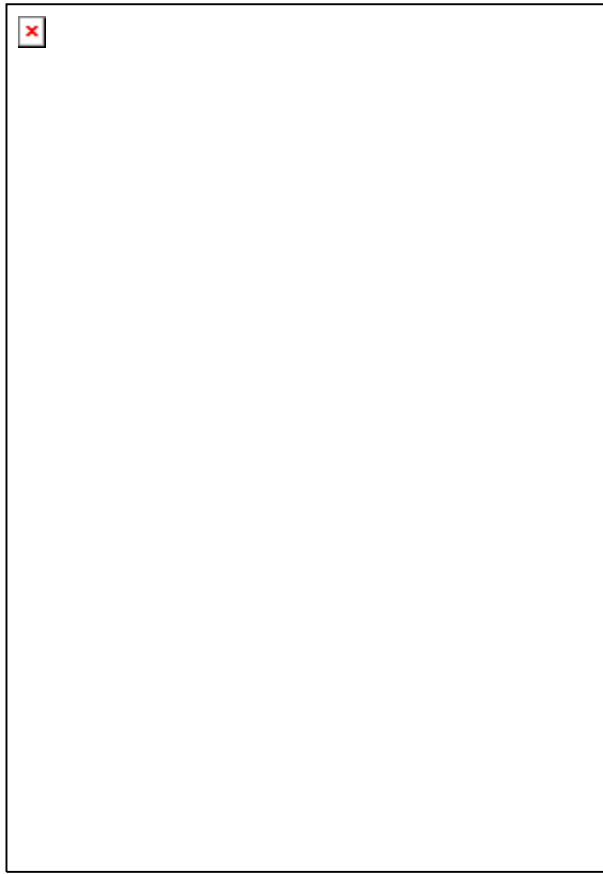
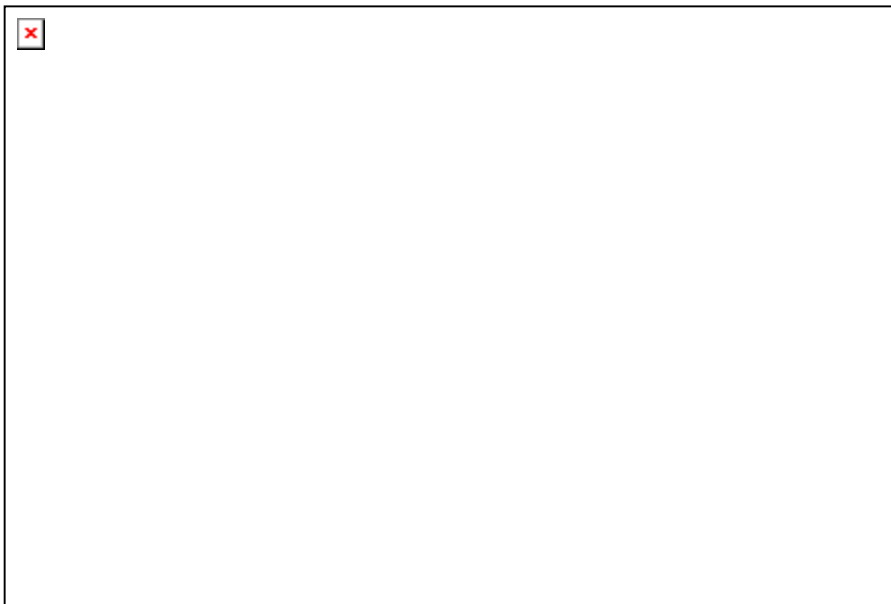


Photo VIIb – L'assistance chez la médium



Mme Yon reçoit entièrement vêtue de blanc – chemise et sarong (la jupe d'intérieur cambodgienne) – et ceinte d'une écharpe de même couleur en travers de la poitrine, à la manière des personnes qui manifestent ainsi leur sentiment religieux en respectant les principes bouddhiques (*neak sel*, Gñksll). La personne venue consulter Mithida s'assied face à l'autel, en face de la médium – elle-même assise en tailleur (position inhabituelle pour une femme en toute autre circonstance). L'assiette d'offrande, où sont plantées des baguettes d'encens, les sépare. La médium commence par allumer deux bougies et trois baguettes d'encens, destinés à l'autel. Puis l'esprit prend possession de Mme Yon. L'arrivée de Mithida est simplement marquée par une tape violente que la médium se donne aux cuisses et par la modification de sa voix : l'esprit parle d'une voix flûtée de petite fille. Les clients s'adressent dorénavant à elle par l'appellatif *preah ang* (RBHGg<, classificateur des personnes sacrées, divines ou de sang royal) tandis que Mithida appelle ses visiteurs *mchah bang* (m©as'bg, “votre maître”) ou *ream* (ram, pour Rama, peut-être). Mithida interroge alors son visiteur. “Quel est votre problème, *ream* ?”.

Ici comme chez les *kru*, l'objet des consultations est multiple. Certains clients se sentent déperir, éprouvant une “perte de force” (*ah komlang*, Gs'kmøaMg), un manque d'appétit (*men khlien bay*, minXøan:y), des maux de tête, d'yeux ou de ventre sans que ces troubles soient spécialement perçus comme des “actions” malveillantes d'ordre magique commises à leur égard (*thveu ompeu*, litt. “faire une action”, eZVIGMeBI). D'autres viennent se faire prédire l'avenir, comme chez les “devins” (*kru tiey*, RKUTay) ou certains *kru* khmers¹. Une telle soupçonne son mari d'avoir une seconde femme (*propon chong*, RbBnÆcug, litt. “femme du bout”) et veut connaître la vérité. Une commerçante d'une cinquantaine d'années voudrait savoir s'il est sage de se lancer dans un nouveau commerce à Koh Kong (une province frontalière de la Thaïlande réputée pour ses activités de contrebande). Une autre encore – car ce sont surtout des femmes que l'on rencontre chez la médium – s'inquiète pour les examens de son fils.

¹ C'est, en effet, chez eux que se rendent les futurs époux pour vérifier la concordance de leurs horoscopes. Nous avons rencontré deux ou trois cas où la discordance aboutissait à la rupture des premiers engagements entre familles.

Dans tous les cas, Mithida demande au client de tenir une bougie allumée dans sa main droite et de tendre sa paume gauche, qu'elle regarde attentivement avant de répondre. Les malades reçoivent quant à eux un traitement proche de celui administré par le bonze. Le verre d'eau que Mithida a béni en y faisant tourner trois baguettes d'encens incandescent¹ doit servir, à la fin de la consultation, à s'asperger le visage. Pour les malades, ce traitement général ne s'accompagne pas toujours d'un diagnostic. Pour un client seulement, sur une dizaine venue consulter pour une maladie, l'entendons-nous formuler un avis sur ses problèmes de santé en évoquant le dérangement de son esprit protecteur personnel (*koh kru*, *xusRKU*), auquel il convient de faire une offrande pour se le concilier.

Comme les *kru* “traditionnels”, Mme Penh Yon ne perçoit pas d'honoraires fixes et ne réclame rien. Certains clients font des offrandes de fruits, de lotus et de bougies placés sur l'autel et destinés à Mithida. Tous déposent une petite somme d'argent dans l'assiette placée devant la médium, au début de la consultation. De l'ordre de deux cents à trois cents riels, elle est minime, comparée aux sommes offertes aux autres praticiens. Mme Penh Yon reçoit ainsi cinq ou six clients par jour, parmi lesquels on observe une majorité de vieilles femmes pauvres du quartier. Des migrants d'origine vietnamienne installés en grand nombre dans ce quartier populaire la consultent également.

Si on les situe sur un axe “don inné/savoir acquis”, les médiums se trouvent à l'extrême opposé des *kru* “modernistes” dont le savoir est obtenu au terme d'une démarche volontaire, laborieuse et de longue durée. Tout au contraire, dans les représentations sociales communes à propos des médiums et dans les récits qu'eux-mêmes font de leur “carrière”, ils sont perçus comme subissant leur destin. Cette perception est peut-être liée au fait que la plupart des *rup* sont des femmes, dont les rôles sociaux sont imprégnés de valeurs et d'images associées à la soumission et à la passivité. Elues par une entité qui les “aime” (*RsLaj'*, *srolagn*, selon une expression de Mme Penh Yon, que l'on retrouve dans un récit des années 1940, décrivant un génie

¹ Le chiffre trois est une référence bouddhique au Triple Joyau, c'est-à-dire le Bouddha, le Dharma (la Loi bouddhique) et le Sangha (la communauté monastique), piliers du bouddhisme.

villageois¹), elles n'ont d'autre choix que de l'accepter, sous peine d'être dérangées par des maladies ou des accidents répétés.

Ce don, cette élection ne leur confèrent cependant pas de statut social particulièrement élevé. Elles ne bénéficient pas non plus du respect qui entoure les autres thérapeutes – car, en ce qui les concerne, le respect n'est dû qu'à l'entité possédante et non à sa monture. Les appellatifs en témoignent d'ailleurs : les médiums ne sont appelées, hors possession, que du terme de parenté habituellement usité pour les “personnes ordinaires” (*poueuk samagn*, BYksamBa!) – grand-mère, tante aînée, tante cadette, sœur aînée, etc. Alors que les médecins, les divers *kru* et les bonzes ont droit, quant à eux, à des titres. Elles ne jouissent, par ailleurs, ni de la légitimité institutionnelle des médecins et des *kru* “modernistes” ou “néo-traditionnels”, ni de la légitimité religieuse des moines. A titre *individuel*, pourtant, des clients issus de ces mondes sociaux (fonctionnaires éduqués voire même bonzes²) fréquentent les médiums et il n'est pas rare de voir discrètement arriver en consultation une femme dont la mise élégante et les riches parures tranchent sur la pauvreté de l'assistance habituelle.

Pourtant, l'univers symbolique des médiums est en partie semblable à celui des *kru* khmer et des bonzes, avec la place centrale accordée aux références bouddhiques et un même matériel rituel de base. Toutefois, les médiums disposent d'une liberté qui autorise plus d'éclectisme, comme le suggèrent l'autel lourdement chargé et la profusion du décor religieux chez Mme Penh et chez ses consœurs. Le syncrétisme religieux khmer, associant des références brahmanistes et bouddhistes, ainsi que des cultes rendus à de nombreuses entités surnaturelles, s'exprime chez d'autres spécialistes³. Il permet, encourage cette inventivité permanente des médiums urbains et, notamment, la grande diversité des entités possédantes, sans souci d'exactitude canonique – souci que manifestent plus volontiers les bonzes. Ainsi, les *jâtaka*, récits des vies antérieures du Bouddha transformés en contes populaires cambodgiens, sont-ils

¹ Alain FOREST, *Le culte des génies protecteurs au Cambodge. Analyse et traduction d'un corpus de textes sur les neak ta*, Paris : L'Harmattan, 1992, p. 53.

² Dans la province de Kompong Thom, chez une médium possédée par l'esprit d'un bonze décédé, nous avons observé deux moines dans l'assistance. Mais le fait n'est pas commun.

³ Voir, par exemple, à propos des médiums des génies tutélaires villageois et des cultes voués à ces derniers, Alain FOREST, *op. cit.* Concernant les références brahmaniques et bouddhiques des *kru* khmers, voir Maurice EISENBRUCH, “The Ritual Space of Patients and Traditional Healers in Cambodia”, *Bulletin de l'Ecole Française d'Extrême-Orient*, 1992, 79-2, pp. 283-316.

fréquemment sollicités et fournissent-ils des identités plus ou moins affirmées aux esprits qui se manifestent. C'est le cas de Mme Penh Yong. C'est le cas également d'une médium, possédée, quant à elle, par le Bœuf Sacré (*preah ko*). Les divinités brahmaniques apparaissent aussi, comme chez cette femme possédée par la déesse Kali. Les esprits des morts sont une autre source de possession : une médium, observée dans la province de Kompong Thom, était consultée pour l'“esprit” d'un bonze décédé quelques années plus tôt, qu'elle incarnait. Bien que cela soit pour le moins hétérodoxe sur le plan canonique, cet exemple montre bien l'imbrication, dans les représentations populaires, des univers du bouddhisme et des rites relatifs à divers esprits.

Ce phénomène des médiums urbains semble récent. Il n'apparaît pas, en tout cas, dans la littérature ethnologique qui s'est intéressée aux médiums des *neak ta*, ces génies tutélaires des terroirs paysans (*srok*)¹. Les médiums urbains s'inspirent de ces derniers mais leur rôle social a changé : la consultation individuelle est une innovation et, par ailleurs, l'entité qui les possède n'a pas de fonction de protection au niveau du quartier. La recherche en ce domaine dépasse le cadre de cette étude et demande à être approfondie.

Les descriptions faites jusqu'à présent (voir le tableau de synthèse XIII, p.362) bien qu'elles fassent état de modifications importantes survenues dans le domaine thérapeutique traditionnel, concernent des figures de thérapeutes qui sont toujours intervenues dans le domaine public. Avec la pratique rémunérée des massages et des “grattages”, il semble – nous ne disposons d'aucune étude ancienne à ce sujet – que s'extériorise dans le champ thérapeutique une pratique qui, pour être extrêmement courante, était jusqu'à présent réservée à la sphère privée familiale.

IV - LES PRATIQUES DOMESTIQUES COMMERCIALISEES. UNE ACTIVITE SOCIALEMENT MARGINALE

¹ Voir ANG Choulean, *Les êtres surnaturels ...*, *op. cit.*; Alain FOREST, *op. cit.* et Eveline POREE-MASPERO, *Etude sur les rites agraires des Cambodgiens*, 3 t., Paris/La Haye : Mouton, 1952-69, 988 p. Les données récentes, recueillies après-guerre, manquent.

Meng Sophea est une jeune femme de vingt-deux ans, née dans la province de Prey Veng au début de la guerre. Avec ses parents (des paysans pauvres) et ses quatre frères et sœurs, elle a vécu dans son village natal jusqu'à la prise du pouvoir par les Khmers Rouges. Son affectation, alors, à une équipe mobile de jeunes travailleurs l'éloigne définitivement de ses parents, qui meurent de maladie en 1978, sans qu'elle ait pu les revoir. En 1979, elle est recueillie par une vieille religieuse (*don chi*, dUnCl¹) qui meurt elle aussi peu après. Un artisan l'héberge par la suite, sur lequel elle se montre réticente à fournir des précisions. A la suite "de difficultés dans le domaine de la vie et des sentiments" qui semblent indiquer une relation contrainte avec cet individu, elle décide de le quitter pour partir seule, à quatorze ans, à Phnom Penh. Là, elle reçoit un petit salaire en lavant des vélocycles mais, ne pouvant en vivre, elle commence, en 1988, à proposer ses services de faiseuse de *koh khyol* (ekasxül', litt. "gratter [le corps pour faire circuler le] vent") ambulante.

Koh khyol est une technique de soins extrêmement répandue dans les familles cambodgiennes, fondée sur le principe des vents circulant à travers le corps à l'intérieur de conduits appelés *sasay*. Lorsque ces vents stagnent, ils créent un déséquilibre pouvant provoquer fièvres, maux de tête ou rhumes. Leur réactivation consiste à gratter le dos, le torse et le cou avec une pièce de monnaie enduite d'un produit gras (huile, baume mentholé). Le grattage laisse sur le corps des lignes parallèles dont le rouge vif garantit la sortie du vent. Une variante, plus rapide et plus superficielle dans ses effets, consiste à "attraper le vent" (*chap khyol*, cab'xül') en pinçant la peau entre les deux yeux, jusqu'à l'apparition d'une meurtrissure du même

¹ Il n'existe pas au Cambodge de moniales, à proprement parler. Les *don chi* (ou *yiey chi*) sont des femmes âgées qui habitent la pagode, servent les bonzes et respectent un plus grand nombre de règles morales bouddhiques (*sel*) que les fidèles ordinaires.

rouge vif, signe que le vent est sorti ou remonté à la surface¹. Ce sont, en général, les premiers soins prodigués à un malade et, parfois, à un animal².

Pour comprendre ce que signifie la pratique commerciale de *koh khyol* et le statut que confère cette activité à Sophea et à ses collègues, il faut donner quelques détails sur les rapports sociaux qu'elle met en jeu³. *Koh khyol* est une technique proprement domestique, prodiguée par un membre de l'entourage, qui ne fait l'objet d'aucune visite à un thérapeute. C'est un service assez fatigant qui dure entre une demi-heure et une heure et qui se rend entre égaux ou des cadets vers les aînés (au sens générationnel ou social). Dans la mesure où cette activité autorise une manipulation corporelle dans l'espace domestique, des interdits pèsent sur elle. Ainsi, les femmes et les filles se dévouent habituellement (en tant que "cadettes"⁴) pour le *koh khyol* de leurs pères, époux ou frères germains. Le service n'est en revanche pas admis envers les autres hommes, en particulier ceux qui appartiennent à la catégorie des "grands frères" ou des "oncles cadets" pour lesquels des conduites d'évitement sont de règle.

Dans cette perspective, le commerce de Sophea est donc doublement marginal et stigmatisé puisqu'elle pratique le *koh khyol* hors de l'espace domestique (ou familial), pour des clients de la génération des "grands frères" (*bang*) et des "jeunes oncles" (*pou*). Et, de fait, un dernier concours de circonstances malheureux l'a conduite à exercer une activité qui associe service thérapeutique et prostitution occasionnelle.

En effet, Sophea se marie avec un soldat qui meurt au front en lui laissant seule le soin de leur enfant. Sans argent et sans logement, elle décide de louer une chambre dans une "maison à *koh khyol*", qu'elle partage avec six autres femmes. Elle habite et travaille de sept heures à dix-huit heures dans cette pièce unique. A l'instar de ses compagnes, elle a diversifié ses services en proposant également le massage (*tveu*

¹ Un "Traité pour attraper les vents" traduit par Martine PIAT ("Médecine populaire au Cambodge", *Bulletin de la Société des Etudes Indochinoises*, 1965, nouvelle série, XL, 4, pp. 307-315) fait la liste d'autres endroits du corps qu'il convient de pincer. Martine PIAT émet l'hypothèse que ces endroits devaient constituer autrefois un ensemble organisés de points vitaux.

² Nous l'avons vu pratiquer une fois sur un chien domestique malade, par une Cambodgienne d'origine vietnamienne.

³ Les observations sur lesquelles nous nous basons ont été faites dans des familles.

⁴ L'épouse est socialement considérée comme la cadette de son mari qui l'appelle *aun* (litt. "sœur cadette") alors qu'elle l'appelle "frère aîné" (litt. *bang*). Pour une analyse des rapports de sexe et de génération dans la société cambodgienne, voir Jacques NEPOTE, *Parenté et organisation sociale dans le Cambodge moderne et contemporain*, Genève : Olizane, 1992, 255 p.

sasay, eZVIsrés, litt. “faire les *sasay*”), technique apprise d'une vieille voisine vietnamienne, et la pose de ventouses (*kaèv choup*, EkvCb’).

Le massage est également une pratique familiale dont existent deux variantes. Dans sa forme douce, il consiste plutôt en un “pétrissage de la masse musculaire” (*chrabach sach*, Rc:c’sac’) des membres, du cou, des épaules, du dos et un massage circulaire, avec les doigts, du crâne et des tempes avec un baume mentholé laissant une forte sensation de chaleur. On le pratique dans les mêmes cas que le grattage à la pièce mais il semble moins directement thérapeutique et plus lié à un souci de confort. Quand elles se sentent fatiguées ou faibles, les vieilles personnes, par exemple, sont massées par leurs enfants ou leurs petits-enfants en signe d'affection. “Faire les *sasay*” (*thveu sasay*, eZVIsrés) est une technique beaucoup plus énergique qui, au “pétrissage”, allie les étirements et les martèlements.

Sophea pratique toujours de la même façon, du haut du corps vers le bas¹. Elle commence par marteler le dos avec le poing, masse les épaules, puis tire brusquement sur les doigts et les orteils saisis un à un, ainsi que sur les lobes des oreilles. Saisissant ensuite la tête, elle imprime au cou une brusque rotation. Ces tractions doivent s'accompagner d'un bruit qui, dit-elle, indique la présence du “vent” qui sort ou qui se débloque². En effet, les tractions silencieuses ne sont pas considérées comme efficaces et doivent être répétées plus vigoureusement. Sophea ne pratique pas la traction des mèches de cheveux, autre technique domestique qui, de même, doit s'accompagner d'un petit bruit sec.

La seconde partie du massage – faite d'étirements – nous ne l'avons pas rencontrée dans l'univers domestique khmer. Peut-être est-elle d'origine vietnamienne. Le client est allongé sur le ventre tandis que la masseuse reste debout. Celle-ci étire les

¹ La séparation symbolique entre le haut et le bas du corps est marquée de multiples façons dans les techniques du corps khmères. On n'enfile pas par exemple un *sarong*, vêtement du bas, par la tête. La natte sur laquelle l'on dort est “orientée”, un liséré rouge indiquant généralement le côté où poser la tête, etc.

² Le traité traduit par Martine PIAT (*op. cit.*, pp. 307-315) semble indiquer au contraire que les vents provoquant des maladies viennent de l'extérieur. Selon le jour de l'apparition des troubles, on peut identifier la direction du vent responsable et le traitement approprié. Cette conception exogène de la maladie, variable selon les points cardinaux et le jour de son apparition apparaît aussi dans les observations d'Adhémar LECLERE (“La sorcellerie chez les Cambodgiens”, *Revue scientifique*, 1895, nouvelle série, III-5 : 129-136) mais elles sont causées par des esprits des morts (*khmaoch*) pénétrant le corps. A noter que les vents progressent (en fonction des jours de la semaine), du Sud (le dimanche) au Nord-Ouest (le samedi) dans le sens des aiguilles d'une montre. Les revenants (*khmaoch*), en revanche, arrivent du Nord (le dimanche) au Nord-Ouest (le samedi), soit dans le sens inverse de celui des vents.

jambes du client en les poussant du pied vers les omoplates, soit l'une après l'autre (jambe droite vers omoplate gauche et inversement), soit en les croisant ; technique brutale mais qui fait sourire de satisfaction les clients de Sophea entre deux grimaces de douleur.

L'intérêt de “faire les *sasay*” ou de faire *koh khyol* est multiple et l'on pressent là une accumulation de représentations du corps d'origines probablement variées : théorie humorale de la circulation des fluides corporels (activation des *sasay*, stimulation des vents), exercice d'assouplissement mais également théorie microbienne car *koh khyol* permet de faire remonter à la surface de la peau les déchets (*theat poul*, ZatuBul, litt. “le poison”) par l'intermédiaire de la transpiration¹, contenant, dit Sophea des “microbes” (*me rok*, emeraK²). Enfin, le service produit une sensation de détente et augmente la “force” (*komlang*, kmøaMg), autre notion très importante dans la perception cambodgienne du corps.

La dernière spécialité de Sophea, commerciale celle-là, est la pose de ventouses, pratique peut-être introduite par les Français sous le Protectorat. La jeune femme applique sur le dos, la poitrine, les bras et le front des clients (qui le souhaitent) vingt-quatre petits verres. A l'aide d'une tige de fer (un rayon de bicyclette) au bout de laquelle est entortillé un chiffon imbibé d'essence puis enflammé, elle crée le vide sous les verres qui collent immédiatement à la peau dans un mouvement d'aspiration. Ces ventouses laissent une marque circulaire rouge de cinq centimètres de diamètre pendant plus d'une semaine et produisent le même effet que le grattage à la pièce.

Les services de Sophea attirent surtout les jeunes gens qui, seuls à Phnom Penh – étudiants, travailleurs, visiteurs de passage – n'ont pas l'entourage familial qui leur prodiguerait ces soins en cas de petits malaises. Avec trois ou quatre clients par jour en moyenne, son revenu est faible : de mille cinq cents à trois mille riels par séance

¹ Cette explication n'est pas nouvelle puisque, dans le “Traité pour attraper les vents” (Martine PIAT, *op. cit.*), il est également question de saisir les vents (en saisissant la partie du corps où le vent s'est logé) jusqu'à ce que le patient transpire, signe de guérison.

² *Mé rok* signifie “principe de la maladie”. *Mé* désigne en premier lieu la mère, le chef, ce qui est à l'origine de quelque chose. Dans le langage courant, *mé rok* il désigne les microbes et les germes invisibles provoquant les maladies. Une histoire du terme serait intéressante à faire.

– auxquels s'ajoute parfois le prix de services sexuels¹. De cette somme, elle soustrait cinq cents riels, reversés au propriétaire du lieu. Ne possédant pas de cuisine, elle se nourrit avec son enfant au marché voisin, ce qui lui coûte encore trois mille riels. En économisant une vingtaine de dollars par mois, elle espère pouvoir changer de métier dès que possible. Sa situation d'orpheline, de veuve (*mémay*, emma²) et son activité actuelle ne lui offrant, de toute façon, que de très médiocres perspectives matrimoniales.

Les jeunes femmes comme Sophea se situent sur les marges du champ thérapeutique urbain actuel, bien que l'univers de pensée auquel elle se réfère dans ses pratiques de soins soit celui de la majorité des Cambodgiens. A l'inverse, on assiste – bien que le phénomène reste réduit – à l'arrivée de thérapeutes étrangers qui ne partagent pas cet univers mais rencontrent un franc succès public.

V - MESSIES, SECTAIRES ET THAUMATURGES. DES PRATICIENS ALLOGENES ATTIRANT LES FOULES

Le premier cas, rapporté par la presse, est celui de Mike Evans, pasteur étatsunien arrivé au Cambodge en 1994, au terme d'un périple dans des pays aussi divers que le Zaïre ou la Hollande. A l'issue d'une énorme campagne de publicité relatant ses miracles au nom de Jésus, il organise une réunion publique au stade olympique de Phnom Penh. Plusieurs dizaines de milliers de Cambodgiens s'y rendent et assistent, au milieu des clameurs et des discours enfiévrés du pasteur, aux “miracles” qu'il avait promis : des sourds se mettent à entendre, des infirmes à marcher. Alors, des femmes se précipitent vers la scène dressée au milieu du stade et tendent vers Mike Evans leurs enfants malformés ou aveugles. L'événement frôle le drame lorsque le thaumaturge encourage la foule excitée à monter sur le podium. La scène s'effondre et la

¹ Elle accepte les relations sexuelles pour mille cinq cents riels supplémentaires. La prostitution de Sophea n'est qu'occasionnelle, nous l'avons dit. Le lieu de son exercice n'est pas un quartier de prostitution de Phnom Penh. En avril 1999, cependant, date à laquelle nous sommes retournée au Cambodge, les maisons de *koh khyol* comme celle de Sophea étaient devenues très explicitement prostitutionnelles.

² *Mémay* désigne les femmes qui – veuves ou divorcées – ont été mariées mais ne le sont plus. Cette situation est dévalorisée socialement malgré le grand nombre de femmes dont les maris sont morts sous le régime khmer rouge.

cohue tourne à l'émeute, poursuivant Evans jusqu'à son hôtel. Celle-ci dure trois nuits consécutives avant que le pasteur, protégé d'une importante garde armée, s'éclipse discrètement à l'aurore pour ne plus réapparaître. Quelques mois plus tard, une cassette vidéo intitulée "Miracle : explosion in Cambodia" est proposée à la vente aux Etats-Unis pour quatre-vingts dollars. Elle fait partie d'une quadrilogie racontant les exploits de Mike Evans dans plusieurs pays.

Le second exemple, qui n'est pas sans rappeler le premier, concerne aussi des religieux, ceux de la secte Maharashi, créée dans les années soixante par Maharashi Mahesh Yogi et qui s'inspire du védisme. Le mouvement s'installe au Cambodge en 1991 avec, dit la rumeur publique, le soutien de certains membres influents du gouvernement, obtenu contre des cadeaux substantiels et en dépit de l'avis de certaines autres personnalités. Leur bureau, établi dans une villa du centre-ville, annonce en anglais et en khmer, sur une large banderole "Eradication des maladies au Cambodge en l'an 2000". Leur activité consiste en l'ouverture d'une université védique dans la campagne de Prey Veng – où l'on enseigne notamment la médecine – des conférences (au prix d'entrée élevé) sur la méditation transcendante et l'ouverture d'une consultation médicale au dispensaire de Teuk Laak, à la périphérie de Phnom Penh.

Outre la consultation matinale de cinq thérapeutes Maharashi, ce dispensaire continue d'abriter un service public de santé. Les locaux, grands, presque vides et à la propreté négligée, indiquent une activité réduite, bien que le personnel soit présent. "Il y avait autrefois un programme de santé infantile soutenu par une O.N.G., mais il a été arrêté", dit avec regret une infirmière désœuvrée. Seule la maternité reste encore active, avec une cinquantaine d'accouchements par mois. Cette désertion des locaux tranche avec l'intense animation extérieure. Car, dans la cour, plus de deux cents personnes sont rassemblées chaque matin, au milieu des petits étals montés à la hâte, proposant à la vente fruits et cigarettes. Depuis l'aurore, tout le monde attend les Maharashi.

C'est un public, dans l'ensemble, rural et pauvre, plutôt âgé, avec une égale proportion d'hommes et de femmes. La femme que nous accompagnons ce matin-là est, elle, fonctionnaire. Elle habite à trente kilomètres de Teuk Laak et a demandé une permission d'absence de son ministère pour la matinée. Nous croisons aussi un médecin

assistant, venu accompagner son épouse, qui en profite pour saluer ses collègues du dispensaire et obtenir pour sa femme une place assise dans la fraîcheur de la salle.

Les raisons de la consultation sont multiples et l'assemblée évoque parfois la Cour des Miracles. Alors que, pour tromper l'attente, chacun interroge son voisin sur les raisons qui l'amène, une vieille femme, soulevant son sampot (jupe cambodgienne), montre ses jambes déformées et couvertes de plaies purulentes. Une autre, venue spécialement de la province de Battambang, montre son goitre et le médecin assistant en profite pour expliquer les différentes formes qu'il peut revêtir et lui prodigue quelques conseils, écoutés avec attention par les voisins. Une malade mentale (*chgouet*), échappée d'une maison voisine et attirée par l'animation qui règne, vient voir ce qu'il se passe, avant d'être rattrapée par des parents. Notre compagne est, elle, moins gravement atteinte. Elle souffre des *sasay* ("conduits") du bras, une douleur dont elle ne connaît pas l'origine mais qu'elle ressent depuis un an déjà. Elle a déjà consulté un médecin mais ses piqûres et ses injections de sérum lui ont coûté cher et le mal est revenu peu après. "Pour sûr, les médecins nous ruinent", grommelle un vieillard qui s'est joint à la conversation. Lui tousse depuis longtemps. "Les médecins sont trop intéressés par l'argent, dit-il. Si on n'a pas d'argent, ils refusent de nous soigner. Et puis, à présent, ils ne sont pas très doués (*ot poukaè*, «tBUEk). Les médecins de l'ancien régime [régime du prince Sihanouk], oui, eux étaient compétents. Mais maintenant ...". "Et puis, ajoute une sage-femme du dispensaire, on dit que les Maharashi ont soigné un cancer de l'utérus. Peut-être qu'il n'était pas à un stade très avancé. Je ne l'ai pas vu directement".

L'engouement manifeste pour les "médecins indiens" (*peth indie*, eBTü«NĐa) a diverses raisons. Sur le plan religieux, ils présentent un air de famille avec les consultants, bien que cette familiarité ne soit pas clairement identifiée par nos interlocuteurs. "Ce sont des bouddhistes comme nous. Il n'y a aucune différence", poursuit le vieil homme qui protestait contre les praticiens cambodgiens. L'avis du médecin assistant est différent : "Les Maharashi sont sûrement brahmanistes car ils ont une marque sur le front". Le nom de Maharashi, prononcé *moharusey* (mha#sl) est en tout cas familier puisque c'est celui d'un puissant ermite légendaire, célèbre au Cambodge.

Et, de fait, l'ambiance qui règne à Teuk Laak évoque celle des pagodes les jours de fête. Chacun a revêtu son meilleur vêtement, alors que dans les dispensaires de district, on n'observe au contraire aucun effort vestimentaire particulier. De vieilles femmes arborent leur écharpe de pagode, croisée sur la poitrine. Deux ou trois bonzes ont fait le déplacement. A mesure que le temps passe, les patients, groupés devant les portes des salles de consultation, se sont accroupis par dizaines, créant, en signe de respect, une humble haie d'honneur aux "médecins indiens".

Ceux-ci arrivent enfin dans une belle voiture – moyen de locomotion encore rare à Phnom Penh. Ils sont cinq, tous vêtus de blanc – couleur des dévots au Cambodge – le visage grave, l'attitude hautaine. Sitôt les Maharashi entrés dans leur salle de consultation respective, les patients – environ trois cents à présent – se ruent vers les portes. Celui qui émerge de la cohue et pénètre le premier – les vêtements en tous sens et les cheveux en bataille – se dirige vers une petite table où l'un des médecins est assis, avec, à son côté, une jeune interprète cambodgienne. Sur la table sont disposés de petits sachets en plastique contenant des poudres de cinq couleurs différentes ainsi que quelques végétaux (des feuilles).

La consultation est extrêmement brève puisqu'elle dure de deux à trois minutes. Le thérapeute ne dit pas un mot au patient, se contentant de lui prendre le pouls gauche de sa main droite. Puis, choisissant rapidement quelques sachets, il les tend à l'interprète qui se charge d'en expliquer au patient le mode d'utilisation. Le patient sort alors, sans un mot lui non plus, laissant sa place au suivant. Le respect qui caractérise l'attitude de l'assistance est mêlé d'une certaine crainte, entretenue par le comportement autoritaire de l'un des thérapeutes (il ordonne en hurlant que les fenêtres soient dégagées¹, rudoie un patient qui ne présente pas correctement son poignet et semble passablement terroriser la jeune interprète qui bafouille). Notons que les infirmiers et les infirmières qui, dans les hôpitaux, agissent parfois de même, n'impressionnent guère, quant à eux, les patients car ils ne sont pas entourés de la même aura de mystère. En sortant de la consultation, chacun échange avec les suivants ses impressions, montre ses sachets. Demain, plusieurs autres centaines de personnes viendront ou reviendront consulter.

¹ Les infirmières qui, dans les hôpitaux, agissent de même n'impressionnent guère, quant à elles, les patients.

Les motifs de la visite à des thérapeutes comme Mike Evans, la secte des Maharashi – ou d'autres encore – ne manquent pas : agréable ambiance festive avec son cortège de papotages¹ et attraction que suscite la mise en scène ; simple étape dans un parcours thérapeutique ou dernier recours de malades incurables ; expression sourde d'un mécontentement profond à l'égard du service médical public qui ne tient plus ses promesses ; attraction de gens très pauvres pour une prestation et des médicaments gratuits, quels qu'ils soient ; ou vague ressemblance des Maharashi avec les bonzes guérisseurs (par la religion qui est censée être la leur, le fait qu'ils ne prennent pas d'honoraires) ou avec les médecins néo-traditionnels (par la configuration générale de la consultation – une communication très réduite avec le patient, la prise du pouls, les substances végétales fournies).

L'offre de soins telle qu'on peut l'observer dans le Cambodge du début des années 1990, présente des caractéristiques nouvelles annonçant des changements plus profonds encore dans la décennie à venir. D'une façon générale et à l'instar de ce qui a été décrit à propos d'autres sociétés non occidentales, cette offre tend vers une autonomisation du domaine thérapeutique² et vers une monétarisation des services proposés. Cette tendance s'observe surtout en ville et en particulier à Phnom Penh³ où la pluralité des recours thérapeutiques est la plus riche et la plus ouverte – intégrant même sans difficulté, de façon marginale mais néanmoins significative, des membres de sectes étrangères qui font les promesses les plus démesurées ; ou encore des activités autrefois

¹ Les vendeurs ambulants de médicaments-miracles jouent aussi sur l'attraction en proposant quelques numéros de cirque qui, avec humour, exposent les qualités de leurs produits. A la fin de chaque numéro, ces remèdes sont proposés aux spectateurs attroupés.

² Cf Didier FASSIN, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris : PUF, 1992, p. 340. Et, pour une analyse en terme de champ, cf Maria Andréa LOYOLA, *L'esprit et le corps. Des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio*, Paris : Éd. de la M.S.H., 1983, 166 p.

³ Il a souvent été dit que "Phnom Penh n'était pas le Cambodge" parce que cette ville constituait un îlot peuplé en forte proportion d'étrangers (colons français, Chinois, Vietnamiens, Malais) dans un pays très rural et surtout peuplé de Khmers. Nous pensons que cette opinion, certainement valable jusqu'aux années 1970, doit être revue. Le Cambodge s'urbanise, les groupements d'habitat changent de configuration pour s'aligner le long des routes. La radio et la télévision sont présentes partout. L'exode rural définitif est beaucoup plus fréquent qu'autrefois. Les déplacements provisoires – notamment des hommes à la recherche d'un emploi – se multiplient. Les Cambodgiens d'Outre-Mer et leurs enfants commencent à retourner visiter leur pays d'origine (ou celui de leurs parents) et leur famille et, parfois, s'y installent.

réservées à la seule sphère familiale, comme le grattage à la pièce ou le massage. A côté des thérapeutes qui, tels les *kru*, les bonzes ou les médiums, font partie de l'univers traditionnel ou religieux ancien, une nouvelle catégorie de praticiens émerge, ceux que nous avons appelé les *kru* “modernistes” et “néo-traditionnels”, dont l'essor a été involontairement favorisé par la politique gouvernementale et les modifications qu'elle a induites dans le marché thérapeutique cambodgien.

Dans cette offre thérapeutique foisonnante, multiforme et créative, quelle est, alors, la place des médecins ? Comment s'y intègrent-ils ? On observe, tout d'abord, que les praticiens que nous venons de décrire appartiennent à des univers sociaux différents et recrutent leur clientèle, majoritairement, dans ces univers (voir le tableau XIII, page 362) : les médecins et les *kru* “modernistes” appartiennent aux catégories sociales des fonctionnaires et des commerçants ; les *kru* “néo-traditionnels” font le lien entre les petits fonctionnaires et le monde paysan tandis que *kru* “traditionnels” et médiums relèvent du monde paysan fraîchement transplanté en milieu urbain. Les bonzes, quant à eux, transcendent ces catégories sociales qui structurent la société cambodgienne mais y prennent place individuellement en fonction du réseau d'influence qu'ils ont su créer autour de leur activité. Malgré leurs appartenances sociales différentes, tous ces thérapeutes partagent cependant, de proche en proche, des univers symboliques et des systèmes de représentations communs. Seuls les biomédecins cultivent à l'égard des autres thérapeutes une indifférence distante qui fait de la “médecine traditionnelle”, dans le meilleur des cas, une médecine de pénurie reléguée au passé ou aux lointaines provinces rurales non encore dotées d'un système médical d'Etat – ce qu'elle n'est manifestement pas.

Bien que les médecins occupent une position socialement dominante dans le champ thérapeutique (ils appartiennent aux groupes sociaux dominants et jouissent d'une légitimité institutionnelle), ce ne sont pas eux mais plutôt les *kru* “modernistes” qui, jusqu'à présent, ont le mieux tiré parti des changements du début des années 1990. Alors que la profession médicale, comme on l'a vu au chapitre précédent, reste pénétrée d'une logique du fonctionnariat et d'une logique politique faisant passer au second plan la compétence professionnelle et interdisant officiellement la pratique privée (qui s'exerce en *catimini* et ne peut se développer), les *kru* modernistes jouissent, pour leur part, d'une liberté qui leur a permis de se transformer en véritable activité

consultante privée intégrant “tradition” et “modernité”, là où les médecins restent attachés à une vision plus occidentale de cette “modernité” cambodgienne.

Pourtant, les emprunts existent, en particulier dans la relation avec les patients où l'on perçoit nettement, de ce point de vue, la similitude entre les consultations des médecins et celles des *kru*. Les médecins, comme les autres *kru*, se présentent comme des spécialistes du traitement, bien plus que du diagnostic (à la différence des médiums qui sont bien, quant à eux, des spécialistes du diagnostic). Le patient porte souvent lui-même un diagnostic sur sa maladie et en fait part au médecin, comme il le ferait avec un *kru*. De ce fait, le temps de consultation est court, l'examen physique du malade très bref – et parfois inexistant. Un nom est rapidement mis sur la maladie et c'est bien plutôt sur le mode d'administration du traitement que s'attardent le consultant et son patient car c'est là le point important de la consultation et le domaine où l'on attend le plus le secours du praticien. C'est sur ce domaine des représentations des patients et de la place des médecins dans leurs recours thérapeutiques que nous allons nous interroger dans le chapitre suivant.

Tableau XIII - Les thérapeutes. Schéma synthétique

TYPES DE THERAPEUTE	Types de légitimité	Groupe socio-économique	Niveau socio-économique	Type de compétence	Spécialité	Rémunération
Biomédecins	Gouvernementale	Fonctionnaires	Elevé	Savoir acquis	- Maladies physiques	- Honoraires fixés
Kru modernistes	Gouvernementale/ traditionnelle	Fonctionnaires/ commerçants	Elevé	Savoir acquis	- Maladies physiques, maladies mentales	- Honoraires fixés/honoraires libres
Kru traditionnels	Traditionnelle	Paysans	Bas	Savoir acquis/don	- Maladies physiques - Maladies mentales - Gestion des événements - Prédiction	- Honoraires libres/offrande libre
Bonzes	Religieuse	Paysans	Moyen	Savoir acquis/don	- Maladies physiques - Maladies mentales - Gestion des événements - Prédiction	- Offrande libre
Médiums	Traditionnelle	Paysans	Bas	Don	- Maladies physiques - Maladies mentales - Gestion des événements - Prédiction	- Offrande libre
Masseuses	Aucune (marginalité)	Paysans	Bas	Habitude acquise	- Malaises physiques - Prostitution	- Honoraires fixés

CHAPITRE III

LES USAGES SOCIAUX DE LA PLURALITE THERAPEUTIQUE. LES PATIENTS ENTRE PRAGMATISME ET MEFIANCE

Beaucoup d'études portant sur les recours thérapeutiques en situation de pluralité médicale – situations que l'on trouve aujourd'hui à peu près partout dans le monde – convergent sur un point au moins. Les raisons qui poussent les patients et leur entourage à choisir tel ou tel mode de soins répondent à des logiques multiples et pas seulement d'ordre symbolique. Il est illusoire, sans forcer la réalité, de prétendre tracer des itinéraires thérapeutiques que l'on déduirait, simplement et de façon univoque, d'un système symbolique censé organiser entièrement les représentations “traditionnelles” de la maladie, dans un contexte socio-culturel donné. Bien que ce type d'orientation anthropologique existe — y compris au Cambodge — les recherches sur les pratiques thérapeutiques dans les situations de pluralité médicale sont généralement parcourues de réflexions et de doutes, relatifs tant à la cohérence émiq¹ de tels systèmes de représentations², qu'aux relations que peuvent entretenir discours, représentations et pratiques³ concernant la maladie. Nous avons partagé ces doutes et ces réflexions lors de nos propres enquêtes.

¹ On distingue, dans le domaine des ethnosciences, les systèmes et savoirs “émiq¹” (indigènes) des connaissances de type “étiq¹”, produites par les ethnologues eux-mêmes sur ces savoirs.

² Précurseur de ce genre d'étude, Arthur KLEINMAN (*Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley : Univ. of Calif. Press, 1980, p. 71 sq) prévenait qu'il fallait attribuer à ses *explanatory models* plus d'organisation et de spécificité qu'ils n'en avaient en réalité. Récemment, dans une réflexion issue d'une recherche en Afrique, Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN préfère parler de “modules” de représentations de maladies plutôt que de “systèmes”. Voir Yannick JAFFRE et Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris : PUF, 1999, p. 16 sq.

³ Voir par exemple Nicole SINDZINGRE, “La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo”, in Marc AUGÉ et Claudine HERZLICH (éds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris/Montreux : Éd. Archives contemporaines, 1984, pp. 93-122. Pour une réflexion sur les divergences entre les discours énoncés dans l'abstrait par les enquêtés à la demande des anthropologues et les relations d'épisodes concrets de maladie, voir Didier FASSIN, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris : PUF, 1992, p. 117.

Les recherches sur les recours thérapeutiques en situation d'offres médicales multiples ont ainsi contribué à faire émerger une nouvelle vision anthropologique des individus des sociétés traditionnelles soumises à des changements sociaux rapides : celle d'*acteurs sociaux* à part entière, sujets de leurs quêtes thérapeutiques — et non plus produits passifs d'une culture traditionnelle qui s'exprimerait à travers eux —, animés d'une logique de guérison qui ne peut être réduite à sa seule dimension culturelle. En effet, dans cette logique de guérison, interviennent à la fois des représentations du corps et de la maladie — à partir desquelles sera posé un premier diagnostic familial — mais également des considérations sociales, en termes de distance sociale au thérapeute éventuellement choisi et de représentations sociales de ce dernier¹ ; et, enfin, des considérations économiques sur le coût et les contraintes matérielles diverses qui pèsent sur la recherche de soins.

Ce chapitre n'a pas pour objectif de dresser un tableau abstrait des représentations du corps et des catégories nosologiques des Cambodgiens, ni de faire l'inventaire d'itinéraires thérapeutiques en apesanteur sociale. Il voudrait simplement affiner l'ébauche en creux des médecins cambodgiens entreprise dans le chapitre précédent, en se plaçant cette fois du point de vue des patients. Il donnera quelques indications sur la place que les Cambodgiens du tout-venant accordent aux médecins (et plus largement aux services biomédicaux) dans leurs demandes de soins en s'interrogeant sur les logiques de soins que nous venons d'évoquer.

I - UN SYMBOLISME DU CORPS ET DE LA MALADIE A MULTIPLES FACETTES. L'EXEMPLE DE LA TUBERCULOSE

¹ Cet aspect a été malheureusement peu abordé jusqu'à présent dans les sociétés non occidentales ; qu'il s'agisse du rapport médecin-malade en tant que rapport de classes (dont le précurseur en France est Luc BOLTANSKI, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris : Centre de Sociologie Européenne, 1968, 220 p., multigraph.) ou de l'influence de l'appartenance sociale du patient sur le comportement thérapeutique (dont l'étude classique est celle de August B. HOLLINGSHEAD et Fredrick C. REDLICH, "Classe sociale et traitement psychiatrique", in Claudine HERZLICH, *Médecine maladie et société*, Paris : Mouton/EPHE, 1970, pp. 101-115).

La façon dont les Khmers et les autres Cambodgiens “khmérés” perçoivent leur corps — par exemple dans ses affections, ses douleurs, la préservation de son intégrité dans une société perçue comme dangereuse, sa beauté, la diététique qu'il convient de lui appliquer, son déplacement dans l'espace et les diverses techniques du corps, mais aussi sa disparition terrestre, etc. — repose sur un ensemble riche et foisonnant de représentations aux origines diverses, liées à l'histoire du Cambodge et aux influences culturelles qui l'ont traversée.

Les représentations de la maladie, plus particulièrement, sont basées sur des conceptions où l'on peut reconnaître diverses empreintes : celle, “autochtone” et antérieure aux contacts avec les brahmanes et les marchands indiens¹, d'un ensemble de cultes et de rites relatifs à divers entités spirituelles – cultes similaires (mais non identiques) à ceux d'autres pays d'Asie du Sud-Est (esprits vitaux personnels *praling*, au nombre de dix-neuf chez les Khmers, dont la perte affaiblit l'individu et peut entraîner sa mort ; “mère originelle” qui, cherchant à reprendre l'enfant né dans une existence antérieure, est responsable de certaines maladies infantiles ; esprits et entités surnaturelles diverses pouvant avoir une influence sur l'état de santé) ; la marque, d'autre part, d'une influence culturelle venue d'Inde sous la forme du brahmanisme², du bouddhisme (la notion de karma est essentielle) ou de la médecine ayurvédique (les profanes, de même que les thérapeutes, considèrent le ralentissement ou le blocage des flux corporels comme des causes fréquentes de maladie) ; l'empreinte, enfin, de la conception microbienne des maladies et de l'hygiène, venue de France à l'époque du Protectorat (*mé rok*, *emeraK*, l’“initiateur de maladie”, désigne de façon très habituelle les microbes). D'autres influences, moins évidentes et moins étudiées, se sont par ailleurs certainement manifestées. Nous pensons en particulier à celle de la Chine, exercée à diverses époques. Enfin, il conviendrait de s'interroger sur l'impact de la guerre puis du régime khmer rouge sur la transmission des conceptions du corps et des savoirs médicaux populaires “profanes”.

¹ Ces contacts, rappelons-le, prennent de l'ampleur dans les premiers siècles de l'ère chrétienne.

² Par exemple, les convulsions des enfants portent le nom de *skan*, qui vient de Skanda, divinité brahmanique secondaire saisissant les enfants. Voir ANG Choulean, “Apports indiens à la médecine traditionnelle khmère”, *Journal of the European Ayurvedic Society*, Reinbeck (Allemagne), 1992, 2 : 101-114.

A défaut d'étude systématique¹, le sentiment général que nous avons retiré de conversations informelles dans des familles ou avec des patients attendant une consultation dans les hôpitaux, est que la richesse et la souplesse des représentations des maladies autorisent un “bricolage” d'explications puisant dans les différents registres évoqués précédemment. L'excédent de sens, peut-on dire, permet un certain pragmatisme (car plusieurs pistes de recherche de soins peuvent être suivies simultanément ou bien l'une après l'autre) et, de ce fait, une grande ouverture d'esprit à des modes de soins nouveaux, comme le montrait par exemple le succès des guérisseurs de la secte des Maharashi, décrit au chapitre précédent.

Un exemple illustrera la diversité des registres d'explication de la maladie et la souplesse de production du sens en fonction des circonstances et des personnes. Il s'appuie sur une courte enquête portant sur les représentations et les conduites de soins relatifs à la tuberculose², menée auprès de ruraux venus de toutes les régions du Cambodge s'établir à Phnom Penh pour y chercher du travail (ouvriers du bâtiment, petits métiers de rue, etc.). Sans terre et sans argent pour payer un loyer, ils se sont installés illégalement par milliers en bordure du fleuve Bassac³, construisant au fil des années un immense village sur pilotis, à mi-chemin entre les hameaux khmers traditionnels et les bidonvilles de Bangkok.

La “tuberculose” (*robeng*, rebg) est identifiée comme une “maladie” (*chom-ngu*, CmáW, dérivant de *chhu*, QW, “souffrir”) par les Cambodgiens qui, depuis le Protectorat français et surtout le Sangkum sihanoukiste, connaissent les campagnes d'information et de vaccination du ministère de la Santé. Ainsi, la plupart

¹ Les références principales dans ce domaine sont les travaux de terrain, antérieurs au régime khmer rouge, de Marie Alexandrine MARTIN (notamment “Eléments de médecine traditionnelle khmère”, *Seksa khmer*, 1983, 6, pp. 135-137) et de ANG Choulean (entre autres *Les êtres surnaturels dans la religion populaire khmère*, Paris : CEDORECK, 1986).

² Anne Y. GUILLOU, *Perceptions Regarding Cough and Tuberculosis in the Bassac Area, Phnom Penh, Cambodia*, Report, Phnom Penh, Family Health International/IMPACT, Nov. 1999, 15 p. Le matériau d'enquête est basé sur douze entretiens collectifs, rassemblant au total environ quarante habitants du “squat” de Bassac.

³ Les quelques éléments présentés ici ne prétendent pas, bien sûr, donner un aperçu global des représentations de la tuberculose au Cambodge dans la mesure où celles-ci varient suivant les groupes socio-économiques, qui sont d'ailleurs inégalement touchés par cette pathologie à très forte prévalence — une prévalence accrue depuis l'épidémie du VIH-Sida, car la tuberculose est au Cambodge l'une des principales maladies opportunistes du Sida.

des personnes rencontrées au cours de cette enquête pense, pour avoir entendu des messages de prévention, que la tuberculose se transmet par la salive, la toux ou les crachats et, d'une façon générale, par le contact quotidien avec un malade.

Son origine peut néanmoins être très diverse, montrant que le fait de nommer une maladie n'en épuise pas le sens. Elle peut, par exemple, être transmise de façon héréditaire, en général par les femmes. Cette interprétation, donnée par une interlocutrice, résulte d'une observation qu'elle a faite personnellement et qu'elle exprime ainsi : “Pendant le régime de Pol Pot, mes voisins ont attrapé la tuberculose. Bien sûr, ça n'a pas été diagnostiqué puisqu'il n'y avait pas de docteur à cette époque. Le père l'a attrapé en premier. Puis il a transmis la maladie à son troisième enfant mâle et puis à son quatrième enfant mâle. Aucun de nous n'avait peur de l'attraper *puisque'on avait remarqué que, dans cette famille, la tuberculose se transmettait du père aux fils*. De toute façon, à cette époque, on n'avait peur de rien [puisque'on vivait terrorisés par les Khmers Rouges]” (femme, 45 ans, originaire de Battambang, sans travail).

Dans d'autre cas, elle peut être due à une rupture de l'équilibre des éléments chauds (*kdao*, ekpA) et froids (*troceak*, RtCak') dans le corps, qui entraîne un excès de “chaleur”, cause fréquente de maladies¹. Mais lorsque l'apparition de la tuberculose intervient après un accouchement, le déséquilibre peut, dans certains cas, se manifester de façon opposée. En effet, la mise au monde s'accompagne d'une importante perte de “chaleur” dans le corps. Elle est compensée par la “cuisson” de la parturiente grâce à un feu couvant, maintenu sous le lit pendant trois jours et trois nuits² et par l'absorption de tisanes préparées par un *kru*. Quand, pour diverses raisons, la cuisson ne peut avoir lieu, les *sasay* (*srés*)³ abîmés de la parturiente ne peuvent pas “se remettre correctement en place” : elle peut alors souffrir d'une

¹ La symbolique du corps au Cambodge associe des principes par couple d'opposition. Sans entrer dans les détails d'un sujet qui demanderait un long développement, nous avons noté que les principes de fraîcheur/blancheur/rondeur (des chairs)/statut social élevé s'opposaient, de diverses façons et en de multiples occasions de la vie quotidienne, à ceux de chaleur/noirceur/maigreur/statut social inférieur. La maladie, indésirable, relève donc souvent du “chaud”, principe négatif. C'est là une explication qui surdétermine, en la dépassant, la théorie humorale.

² Cela se pratique à l'hôpital aussi quand le personnel ne s'y oppose pas — c'est-à-dire surtout dans les dispensaires ruraux. Quand ce n'est pas possible, la mère s'emmitoufle de la tête aux pieds dans des lainages.

³ A propos des *sasay* et de la maladie post-partum *toah sasay*, voir note 1, p. 326.

maladie connue sous le nom générique de *toah* (Tas', "conflit"). L'une de ses variantes a pour symptôme principal une "toux [venant de] l'utérus" (*ko-ok sbon*, kÁks|Ún) qui peut évoluer facilement en une "toux tuberculeuse" (*ko-ok robeng*, kÁkrebǵ).

A côté de cette pensée en terme de déséquilibre intervient parfois la référence – centrale dans les représentations cambodgiennes actuelles du corps – à la notion de "force" (*komlang*, kmøaMǵ), sorte de fonds de santé, de "capital-santé", que chacun doit préserver et entretenir en mesurant, notamment, son effort physique. Or, comme le résume un infirmier du Centre National de Tuberculose : "Les gens pensent qu'il y a beaucoup de tuberculeux à présent parce que sous le régime de Pol Pot, ils travaillaient trop durement et ont *brisé leur force*" (*bak komlang*, :k'kmøaMǵ).

Les explications concernant le même épisode de maladie peuvent d'ailleurs se compléter l'une l'autre, comme le décrit une autre interlocutrice : "Ma sœur a attrapé la tuberculose avant le régime de Pol Pot. Elle était étudiante. Elle savait tellement de choses ! Mais elle étudiait tout le temps, même la nuit, à la lueur de la bougie. Elle étudiait trop. Alors, elle a attrapé le vent (*khyol chap*, xül'cab'). Puis elle a commencé à tousser de plus en plus fort jusqu'à ce que du sang apparaisse et que ses poumons soient mangés" (femme, 50 ans, épouse d'un moto-taxi). Dans cet exemple, à la description de l'apparition de la maladie en référence à la force vitale (ou la force de santé) entamée par une activité trop intense, s'ajoute une explication relevant de la circulation des fluides dans le corps (dans ce cas, c'est le vent qui, bloqué, provoque des perturbations). L'on pourrait citer d'autres exemples, glanés au fil des conversations. Ainsi, la transmission de la tuberculose telle qu'elle est enseignée à la population par les services médico-sociaux est-elle surdéterminée par la peur d'une transmission du malheur, d'une maisonnée à l'autre : personne n'apprécie d'avoir un voisin frappé par le destin et qui cumule les malheurs tels qu'une maladie grave (comme la tuberculose), un deuil ou un accident de la circulation. Le malheureux verra inmanquablement son voisin lui adresser la parole avec réticence et les conversations éviteront systématiquement ce sujet.

Ainsi, l'existence individuelle est-elle insérée dans plusieurs temporalités qui donnent un sens à la vie et aux événements qui la traversent – comme la maladie. Ces temporalités sont “emboîtées” les unes dans les autres, pourrait-on dire : la vision, abstraite et sur le long terme, du karma et du cycle des renaissances, englobe les autres perspectives relatives à l'évolution de l'individu. Vient ensuite celle de la continuité familiale et de ses divers génies protecteurs et, enfin, celle, ici et maintenant, des symptômes immédiats, des éventuelles attaques en sorcellerie¹, des fluides corporels et des esprits vitaux.

Ces représentations et les observations qui la nourrissent guident plus ou moins le choix d'un thérapeute. S'agissant toujours de la tuberculose par exemple, il est évident pour tout Cambodgien qu'un soupçon de maladie post-partum *toah* exclut d'emblée les services biomédicaux puisque ceux-ci ne connaissent pas cette maladie² et nient parfois son existence. Elle exige de recourir à un *kru* car elle est souvent trop grave pour être soignée uniquement grâce à l'automédication, laquelle consiste en une pharmacopée végétale utilisant, selon les maisonnées, de trois à une vingtaine de plantes, dont certaines sont entretenues dans l'enclos familial. Lorsque la tuberculose est perçue comme un événement négatif qui prend place dans une série d'incidents plus ou moins sérieux survenus dans la vie personnelle ou familiale, elle relève d'une vision en terme de chance et de karma³ – et le recours à un bonze capable de “relever la chance” (*leuk reasey*, *ellkrasl*), c'est-à-dire d'opérer une sorte de redressement karmique, est nécessaire et très fréquemment pratiqué, même si l'on n'en attend pas des “miracles”⁴. Par ailleurs, sans être à l'origine de la maladie elle-

¹ Ces attaques ne semblent pas très fréquentes et ne prennent en tout cas pas l'ampleur qu'elles peuvent avoir dans de nombreuses sociétés d'Afrique.

² Une spécialité en psychiatrie existe à nouveau au Cambodge depuis 1996. Les jeunes psychiatres identifient *toah* à une dépression post-partum et le prennent donc en charge à présent, dans l'unique service de psychiatrie du pays, à l'hôpital Prah Sihanouk (l'ex-Hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique). Voir ANG Sody, *A Descriptive Study of Cultural Presentation of Postpartum Psychiatric Disorder “toas” in Cambodia*, Thesis (Post graduated specialist training in Psychiatry), Phnom Penh, Cambodian Mental Health Training Program, Feb. 1998, 38 p.

³ Dans les conversations courantes, “karma” n'est utilisé en khmer que sous sa forme négative, alors que dans la théorie bouddhique, il est neutre : les “fruits du karma” (*kamaphol*) désignent les conséquences des mauvaises actions des vies antérieures qui, tels des fruits, ont mûri pour produire leurs effets négatifs dans la vie présente.

⁴ A ce sujet également, l'action positive du bonze peut se manifester à divers niveaux, plus ou moins immédiats. Avant d'influer sur le futur, en effet, recevoir une douche d'eau lustrale procure souvent un bien-être immédiat qui tient à des facteurs plus ou moins prosaïques (fraîcheur de l'eau parfumée sur

même (du moins dans nos enquêtes), un esprit gardien personnel (le *kru sangva*) peut s'avérer responsable de l'échec du traitement chimique¹ parce qu'il a été négligé trop longtemps. C'est une médium qui, consultée, a apporté cette explication et prescrit un voyage au village d'origine afin d'y célébrer un rite en hommage à cet esprit.

Ainsi, sur le plan des représentations de la maladie et pour une très large partie de la population cambodgienne, donc, le recours aux médecins ne constitue qu'un service parmi d'autres. Ce recours, malgré tout, reste difficilement accessible à beaucoup, notamment aux ruraux qui représentent 80 % à 90 % de la population.

II - LOGIQUES SOCIALES : L'ACCES INEGAL AUX SOINS

Pour la plupart des familles cambodgiennes, une maladie sérieuse constitue une véritable catastrophe. Le manque à gagner – si le malade est en âge de travailler – et le coût des multiples traitements, essayés les uns après les autres, peuvent entraîner rapidement l'endettement, la vente des terres, puis le départ vers les bidonvilles de la capitale et les petits travaux de rue².

La première constatation massive est que peu de Cambodgiens ont la possibilité d'accéder facilement aux services biomédicaux – qu'ils soient publics ou privés. Cet accès s'est dégradé au fil du temps. En effet, après la chute du régime khmer rouge, le nouvel Etat-parti a consenti un effort très important pour garantir un service médical aux coopératives agricoles, réparties sur le territoire national et employant la presque totalité de la population. Le gouvernement a fait appel à des infirmiers, des sages-femmes ou des médecins volontaires qui, après la "Libération" sont souvent restés vivre dans les districts où ils avaient été déportés. Mais au fur et à

le corps, après un voyage pour la pagode, en pleine chaleur sur les routes poussiéreuses ; sourires du bonze et visages détendus de l'assistance, que l'on sent soulagée après la douche ; pique-nique festif en famille à l'ombre des grands arbres du temple, avant le retour à la maison, etc.). La victime d'accidents en série a oublié ses soucis pour quelques heures...

¹ Les anti-tuberculeux chimiques sont souvent perçus comme extrêmement "chauds" et, de ce fait, mal appropriés, sur le long terme, au traitement d'une affection particulièrement chaude elle-même.

² Dans une enquête qualitative que nous avons réalisée en 1994 sur la décollectivisation des terres dans diverses provinces, la nécessité d'obtenir de l'argent liquide pour acheter des médicaments apparaissait comme la première cause de vente des sols et d'abandon du village.

mesure de son évolution, le système de santé s'est modelé sur la hiérarchie administrative¹ et s'est concentré dans les villes : de fait, beaucoup d'infirmiers de communes et certains dispensaires de districts, constituant les services médicaux les plus périphériques, ont périclité au début des années 1990, tandis que Phnom Penh se voyait de jour en jour mieux pourvue d'hôpitaux centraux spécialisés.

L'affaiblissement du service public a été accentué, d'autre part, par la désaffection des médecins eux-mêmes et leur départ pour Phnom Penh ou, au moins, vers les chefs-lieux de province – à tel point que la surpopulation médicale a commencé à s'y faire sentir dès la fin des années 1980. Dans la mesure où ils percevaient un salaire trop faible pour leur travail à l'hôpital, les médecins ont en effet dû se tourner vers une clientèle privée qui, dans les villages ou les communes, n'était ni assez nombreuse ni assez fortunée pour assurer leur subsistance. La circonscription administrative en-deça de laquelle un médecin ne songe pas à s'installer, d'après nos entretiens, est donc le chef-lieu de district, petite ville-marché qui, par la présence de ses fonctionnaires et de ses commerçants – les seuls, alors, à participer pleinement à une économie monétaire – permet aux médecins les moins ambitieux professionnellement de vivre. A la campagne, c'est donc au dispensaire que l'on peut espérer, dans le meilleur des cas, trouver un médecin.

Au contraire, les infirmiers sont restés sur place après la déliquescence de leur infirmerie, quand ils avaient des attaches dans la société locale. A l'instar des *kru* et des instituteurs, leur statut social, plus proche de celui de la paysannerie, leur permettait de maintenir une activité agricole tout en poursuivant des consultations mi-publiques, mi-privées, en fonction de la situation de leur commune² – chose impossible à envisager pour un médecin, dont le parcours demandait une coupure sociale nette avec le monde agricole. Outre ceux qu'on appelle les “infirmiers du nouveau régime” formés après la chute du régime khmer rouge, exerce comme “infirmiers” privés un groupe assez hétéroclite d'individus, comprenant aussi bien

¹ Rappelons que les subdivisions administratives cambodgiennes comprennent le village, la commune, le district et la province.

² Dans une infirmerie que nous avons observée, par exemple, une ONG japonaise appelée “24 hour television” organisait une fois par semaine une consultation faite par un médecin assistant venu spécialement du district. Ce jour-là, l'infirmier de commune, que rien ne distinguait d'un paysan du village, ouvrait le local et aidait le médecin. Les autres jours de la semaine, il pratiquait en privé à la demande.

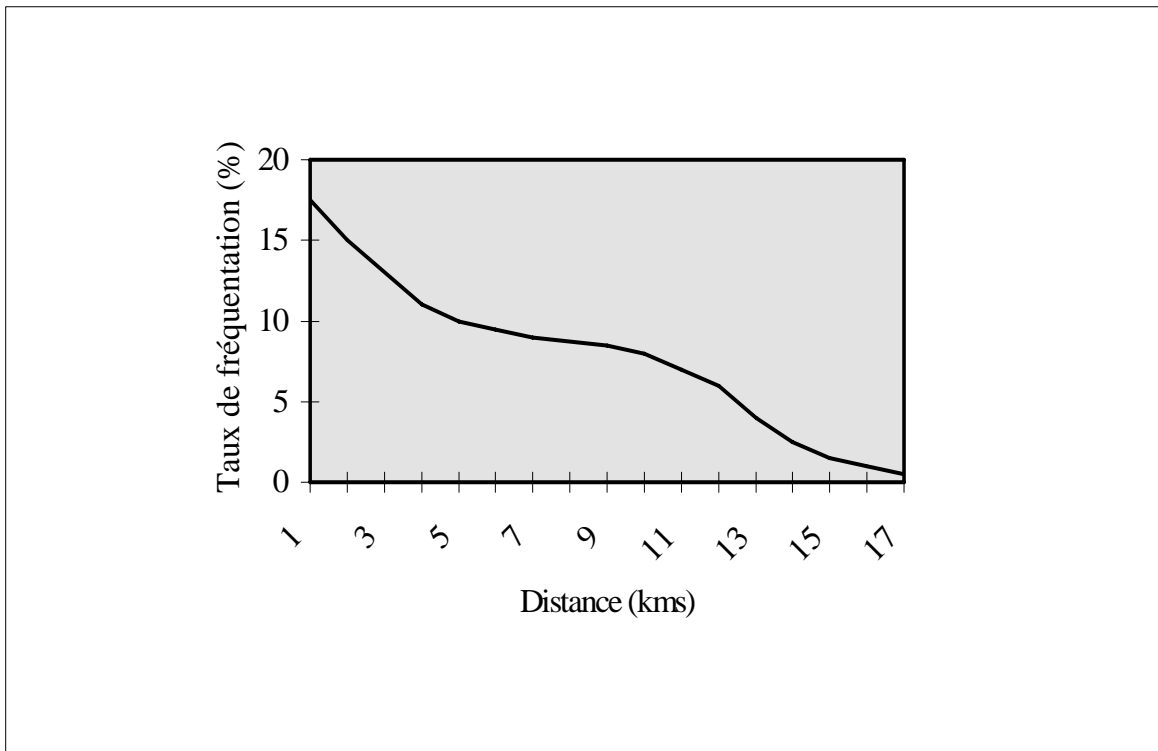
des infirmiers de l'“ancien régime” (sihanoukiste) qui n'ont pas souhaité rejoindre le service public, que d'anciens garçons de salle formés sur le tas ou encore des “médecins révolutionnaires” du Kampuchea Démocratique.

Examinons, au sujet de l'accès à la consultation médicale, les résultats d'enquêtes quantitatives, consacrées aux recours thérapeutiques dans trois districts ruraux¹, qui corroborent des observations personnelles faites dans des familles ou à l'hôpital. La distance physique au dispensaire, nous montrent ces études (voir Graphique II, page suivante), est une barrière importante à sa fréquentation : les ruraux se déplacent à pied ou ne disposent guère que de bicyclettes² – au moyen desquelles, dans les cas extrêmes, ils transportent les malades ou les blessés graves sur des dizaines de kilomètres, dans une civière suspendue à deux vélos (voir Photo VIII, page 374).

¹ Willem Van de PUT, *Empty hospitals, thriving business : utilization of health services and health seeking behaviour in two Cambodian districts. Report on Medical Anthropological Research in Cambodia*, Artsen Zonder Grenzen, Nederland, 1992. L'enquête a été menée par un anthropologue, pendant un an, dans deux districts : ceux de Bantey Meas (province de Kampot) et de Romeas Heck (province de Svay Rieng). La partie quantitative s'appuie sur un échantillon de 320 foyers choisis au hasard dans 32 villages de ces districts. La seconde enquête (*Etude du recours aux soins parmi la population d'un district dans la province de Kandal*, Rapport, Choisy-le-Roi/Phnom Penh, Enfance Espoir, Nov. 1993, p. 14) est une enquête par questionnaire, réalisée par une ONG auprès de 190 foyers choisis au hasard dans quatre communes de la province de Kandal. L'on peut évidemment formuler des critiques à l'encontre de ce type d'enquête et de ses biais (biais introduits dans les réponses par la présence d'un personnel médical occidental ; caractère abstrait et général des questions qui ne tiennent pas compte d'épisodes concrets de maladie ; superficialité de l'enquête réalisée très rapidement). Elle fournit néanmoins quelques indications quantitatives générales.

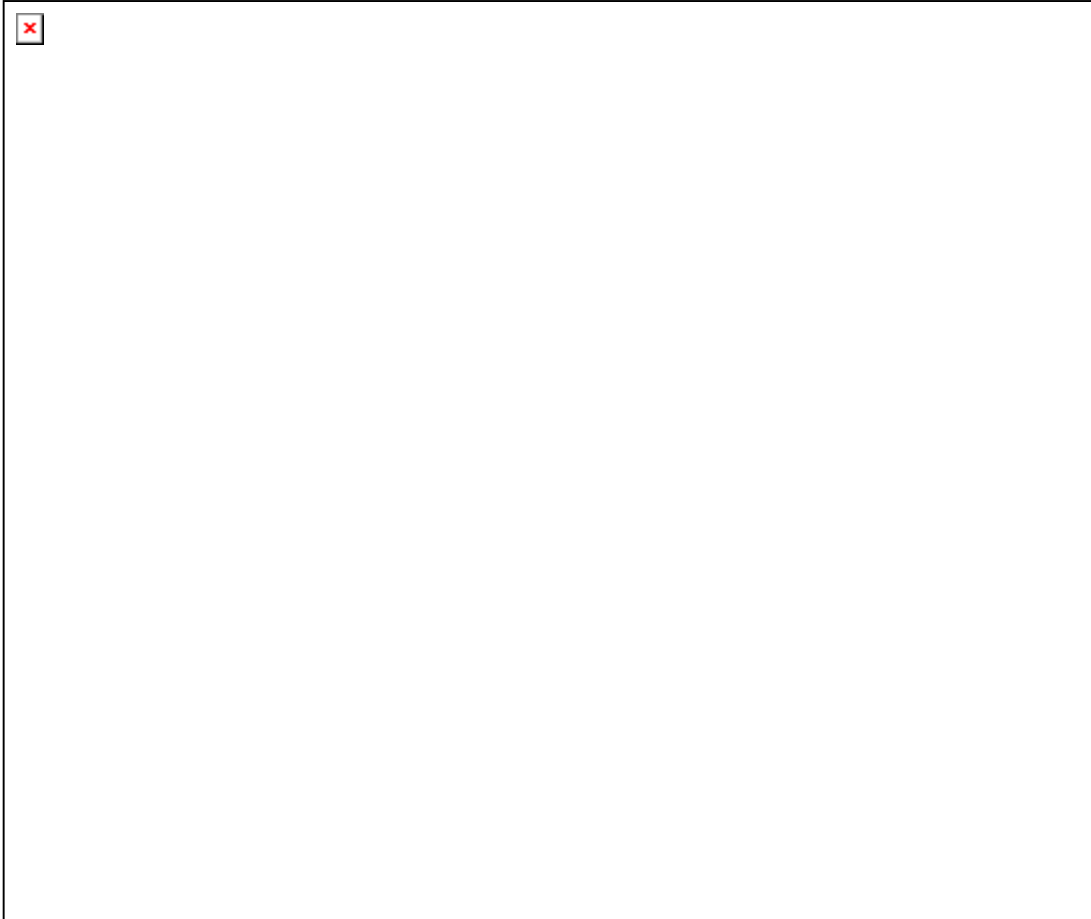
² Les transports individuels et collectifs se sont améliorés depuis mais ils coûtent cher.

Graphique II – Fréquentation du dispensaire en fonction de la distance au domicile



D'après W. Van de Put, *Health seeking behaviour*, Rapport, Phnom Penh, Médecins Sans Frontières Hollande-Belgique, janvier 1992.

Photo VIII – Arrivée d'un malade en civière.



Photographie de Gabrielle Lefèvre.
Hôpital provincial de Kompong Thom, 1991.

De plus, les routes sont en mauvais état dans la plupart des régions¹ et rendent difficiles les déplacements sur de longues distances, surtout pendant la saison des pluies, de mai à octobre. Pour un voyage jusqu'au dispensaire excédant cinq kilomètres, il faut donc envisager une nuit hors du domicile.

Or, cette décision est souvent difficile à prendre car le système de solidarité paysan repose d'abord sur la maisonnée qui est elle-même de taille réduite, puisqu'elle comprend le plus souvent la famille nucléaire (avec les enfants célibataires) et les parents de l'épouse (ou éventuellement de l'époux, lorsque la matrilocalité n'a pu être respectée pour des raisons pratiques). L'absence d'un ou de deux adultes – le malade et son accompagnateur, si possible une personne âgée dont le travail est moins précieux – est donc durement ressentie à plusieurs niveaux : la main-d'œuvre manque si l'on est en saison de travaux rizicoles ; la surveillance de la maison n'est pas assurée, alors que les Cambodgiens y tiennent particulièrement du fait des fréquents mouvements de troupes ou de bandes armées ; les animaux et les jeunes enfants ne sont pas gardés, etc. Comme le montre le tableau XIV (page suivante), les enquêtes dans la province de Kandal mettent en évidence l'importance que revêtent, dans le choix d'un recours thérapeutique, la distance à parcourir et la perte de temps inhérente puisque plus de la moitié des interviewés invoquent des raisons qui tiennent compte de ces facteurs.

¹ Le Sud-Est (Svay Rieng, Prey Veng) est mieux loti sur le plan du réseau routier car ces provinces sont frontalières avec le Viêt Nam. Les répercussions sont visibles sur la fréquentation des dispensaires qui attirent une clientèle venue de plus loin.

Tableau XIV – Raisons des choix thérapeutiques (Kandal)

Raisons du choix thérapeutique	%
Distance	30
Gain de temps	25,2
<i>Sous-total</i>	55,2
Coût	16
Compétence	9,5
Habitude	4
Peu grave	4
Ne sait pas	8,3
Autre	3
%	100
N	164

D'après : *Etude du recours aux soins parmi la population d'un district dans la province de Kandal*,
Rapport, Choisy-le-Roi/Phnom Penh, Enfance Espoir, Nov. 1993, p. 23.

Les Cambodgiens les plus éloignés des services hospitaliers ne se rendent donc à l'hôpital que dans des cas très graves, voire extrêmes. Et les médecins se plaignent, ici comme dans d'autres sociétés rencontrant des problèmes identiques¹, de ne recevoir des patients qu'à l'article de la mort. D'autant que la gravité d'une pathologie interdit souvent sa prise en charge au niveau du dispensaire et oblige les médecins à conseiller aux malades de se rendre, par leurs propres moyens, à l'hôpital provincial ou aux hôpitaux centraux de Phnom Penh, encore plus éloignés, encore plus onéreux — et autant dire inaccessibles à beaucoup. Comme le suggère le Tableau XV (page suivante) l'achat de comprimés au marché ou auprès de vendeurs itinérants, le recours au médecin traditionnel ou encore à l'infirmier de la commune sont privilégiés en premier lieu parce qu'ils évitent un long déplacement.

Pour les ruraux comme pour les citadins les moins aisés, les coûts constituent également un frein important à la fréquentation du service public hospitalier, qu'il s'agisse de consultation externe ou d'hospitalisation. Ce ne sont pas nécessairement les coûts directs, d'ailleurs, qui sont en cause : les enquêtes déjà citées montrent au contraire que la consultation au dispensaire n'est pas le recours le plus onéreux (voir le Tableau XVI, page suivante), surtout lorsqu'une ONG étrangère fournit une aide matérielle. Ce sont plutôt les dépenses annexes, représentées par le transport, la nourriture et les autres frais occasionnés par le voyage et le séjour qui sont élevées. Mais ce qui arrête avant tout les plus pauvres, c'est l'impossibilité de prévoir le coût d'une telle démarche, surtout lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. En ce cas, en effet, pour ceux qui n'ont ni relations ni parents parmi le personnel hospitalier qui puisse guider leur pas et leur servir d'intermédiaire auprès des autres soignants, il faut se les concilier en multipliant les petits cadeaux en argent.

¹ Isabelle GOBATTO fait le même constat au Burkina Faso. Mais, dans ce cas africain, les médecins, craignant d'être accusés d'incompétence, rejettent la faute de l'échec thérapeutique sur les guérisseurs traditionnels consultés avant eux. Voir *Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso*, Thèse pour le Doctorat d'anthropologie sociale et de sociologie comparée, Paris V, 1996, p. 199 sq.

Tableau XV - Importance de la distance dans les choix thérapeutiques (Kandal)

Raisons du choix	Recours choisi en cas de problème de santé					
	Marché	Hôpital	Infirmier de commune	Infirmier privé	Famille	Médecin traditionnel
Distance	30	6	8	3	1	4
Gain de temps	36	1	3	3	0	0
Coût	17	6	1	0	2	0
Compétence	2	6	1	4	0	1
Habitude	5	0	0	1	0	0
Peu grave	6	0	1	0	0	0
Ne sait pas	8	2	1	1	0	0
Autre	1	1	2	0	0	0
N	105	22	17	12	3	5

D'après : *Etude du recours aux soins parmi la population d'un district dans la province de Kandal*, Rapport, Choisy-le-Roi/Phnom Penh, Enfance Espoir, Nov. 1993, p. 23.

Tableau XVI - Coûts moyens des différents recours thérapeutiques en riels (Kampot et Svay Rieng)

	Kampot		Svay Rieng
Médecin traditionnel	2 500	Dispensaire. (consul. externe)	2 500
Dispensaire (consul. externe)	2 500	Infirmier de commune	5 000
Infirmier de commune	5 000	Achat de médicaments (moins d'1 mois)	6 000
Achat de médicaments (traitement moins d'1 mois)	6 000	Méd. trad.	7 000
Dispensaire (hospitalisation)	14 000	Médecin privé	15 000
Médecin privé	16 000	Achat médicaments (plus d'1 mois)	22 000
Achat de médicaments (plus d'1 mois)	22 500	Dispensaire (hospitalisation)	24 000

D'après W. Van de Put, *Health seeking behaviour*, Rapport, Phnom Penh, Médecins Sans Frontières Hollande-Belgique, janvier 1992.

Or leurs exigences ne sont pas prévisibles, alors que les prix des autres recours thérapeutiques sont connus avec plus de précision, notamment ceux des médicaments chimiques, qui, se détaillant à l'unité, permettent de moduler la dépense au plus juste, quitte à revenir plus tard acheter un ou deux cachets supplémentaires lorsque l'on a réussi à emprunter quelques centaines de riels ou à vendre un bijou. Parce qu'ils sont installés trop loin des hameaux, parce qu'ils coûtent trop cher et parce qu'ils représentent un univers social dominant – et presque aussi menaçant, pour beaucoup de patients, que la maladie elle-même – les médecins constituent un recours finalement peu utilisé de l'éventail thérapeutique et avantageusement remplacés, de ce point de vue, par ceux qui font office d'infirmiers. Les médecins interviewés sont conscients des difficultés d'accès à leurs services, surtout les plus jeunes. C'est la raison pour laquelle ils donnent d'ailleurs comme motivation première au choix d'une carrière médicale la possibilité de soigner leur propre famille.

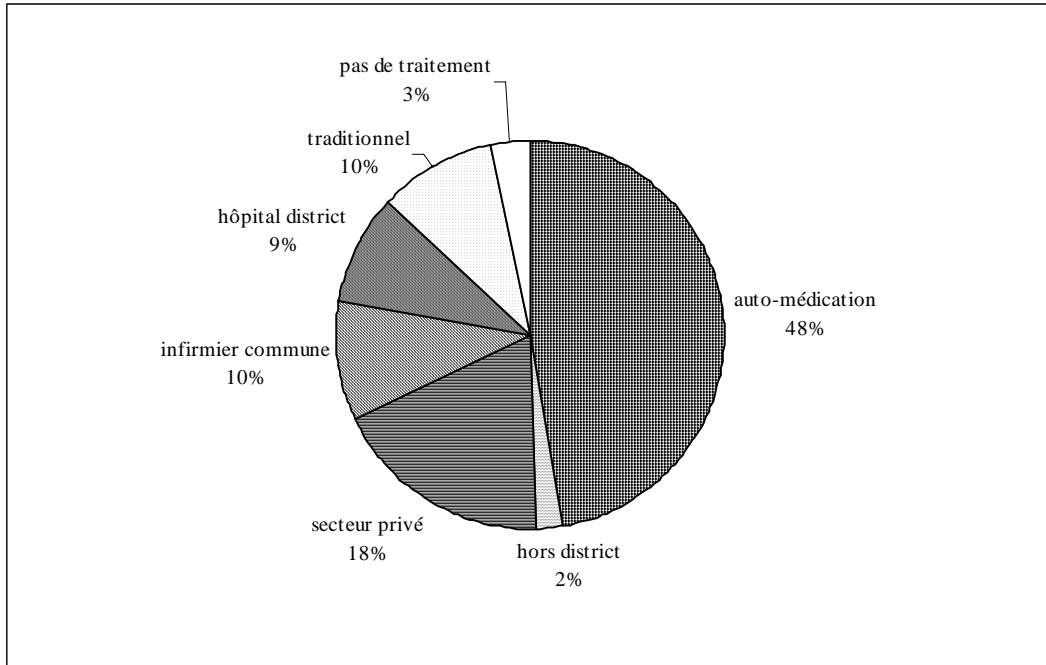
Cela ne signifie pourtant pas que la médecine soit rejetée ou méconnue, bien au contraire. Sous son aspect le plus concret, c'est-à-dire les médicaments, elle arrive en première place dans les recours thérapeutiques.

III - LE REMEDE SANS LE MEDECIN. REPRESENTATIONS DES MEDECINS ET DES MEDICAMENTS

Selon les enquêtes quantitatives déjà citées, l'achat de médicaments sur les marchés ou dans les pharmacies constitue la façon la plus courante de se soigner (voir les Graphiques IIIa et IIIb, page suivante) car, comme le note justement l'anthropologue auteur de l'un des rapports, “modern health care, in the view of population, is nothing but medicines”¹.

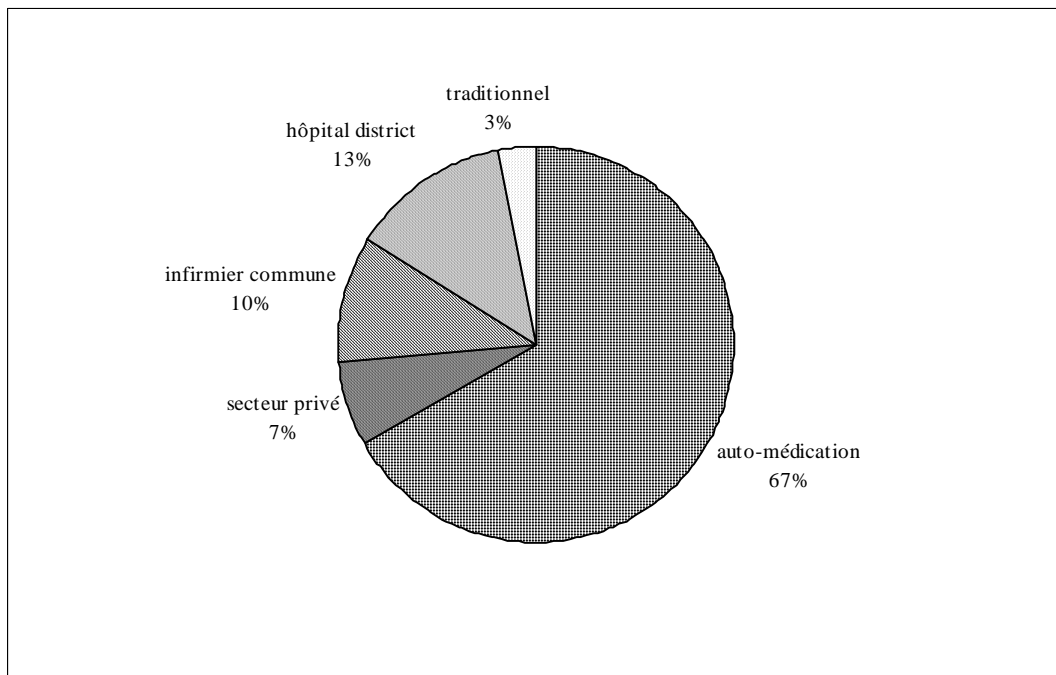
¹ Willem Van de PUT, *op. cit.*, p. 25.

Graphique IIIa - Recours thérapeutiques dans les districts de Bantey Meas et Romeas Heck (premier choix)



D'après W. Van de Put, *Health seeking behaviour*, Rapport, Phnom Penh, Médecins Sans Frontières Hollande-Belgique, janvier 1992.

Graphique IIIb - Recours thérapeutiques dans le district de Saang (premier choix)



D'après Etude du recours aux soins parmi la population d'un district dans la province de Kandal, Rapport, Choisy-le-Roi/Phnom Penh, Enfance Espoir, Nov. 1993, 35 p.

Les traitements chimiques sont en effet très prisés, qu'il s'agisse de la nivaquine, de l'aspirine, de la vitamine B12 ou des divers antibiotiques. Les médicaments français, spécialement, jouissent d'un prestige tout particulier depuis le Protectorat et restent, aujourd'hui encore, préférés à ceux d'Europe de l'Est, de Russie et du Viêt Nam qui pourtant coûtent moins cher et inondent marchés et pharmacies – mais on soupçonne ces derniers d'être des faux. Plusieurs raisons expliquent cet engouement. Tout d'abord, les “remèdes français” (*thnam barang*, zñMa:raMg), comme on les appelle encore quelle que soit leur origine, constituent un symbole de modernité d'autant plus précieux qu'ils ont été interdits sous le régime khmer rouge (pour les non révolutionnaires tout au moins) et échangés sous le manteau à prix d'or. Ils restent aujourd'hui très chers¹ et peuvent toujours, le cas échéant, servir de monnaie d'échange dans certaines transactions. Le “remède français” est donc avant tout un bien matériel dont l'offrande est très appréciée en diverses circonstances².

En tant que moyen thérapeutique, son efficacité est également reconnue, en particulier sous sa forme injectable. Au point que l'on peut lire dans un rapport consacré aux recours thérapeutiques que “la 'magie' du médicament moderne l'emporte de plus en plus dans l'esprit des Cambodgiens”³. On en attend généralement un résultat rapide voire fulgurant : le soulagement doit intervenir dans la journée ou, au maximum dans la limite fatidique et symbolique des trois jours, à l'instar des tisanes des *kru*. Passé ce délai d'observation, le médicament est dit “inapproprié” (*men trov*, minRtUv) et le patient, entouré des siens, envisagera souvent une autre solution. Des “remèdes français”, on dit qu'ils sont “puissants” (*khlang*, xøaMg) ; terme quelque peu ambigu puisqu'il suggère tout à la fois leur efficacité et leur caractère iatrogène. Celui-ci résulte de la “chaleur” excessive (*kdao*, “chaud”) qu'on leur attribue. Une infime partie de ces médicaments seulement est considérée

¹ Le prix d'un comprimé d'antibiotique équivaut à la dépense nécessaire à la confection d'un repas pour une famille pauvre de quatre ou cinq personnes, en ville, soit plusieurs centaines de riels.

² Des médicaments, par exemple, figurent souvent en bonne place dans les plateaux d'offrande enveloppés de cellophane orange que l'on adresse aux bonzes les jours de fête à la pagode. Les médicaments tiennent aussi lieu de cadeaux, faits par les Cambodgiens réfugiés Outre-Mer à leur famille restée au Cambodge. Selon le niveau de revenu des destinataires, ils seront soit consommés, soit conservés pour un usage futur, soit revendus à bon prix — car jusqu'à 1993-1994 et l'ouverture du Cambodge aux pays occidentaux, les colis familiaux représentaient la principale source d'importation des médicaments produits à l'Ouest.

³ *Etude du recours aux soins...*, op. cit., p. 14.

comme “froide”, par exemple la quinine et l'aspirine. Les antibiotiques, quant à eux, sont particulièrement “chauds”. Or la plupart des maladies étant “chaudes”, elles demandent plutôt un traitement et un régime alimentaire “froids” (*troceak*), comme le sont les “remèdes khmers” (*thnam khmaer*, zñMaExpur).

A l'inverse des médicaments, les médecins et, plus généralement, le personnel médical, ne bénéficient pas, quant à eux, de cette image positive, même si la représentation que s'en font les patients n'est pas dénuée d'ambiguïté : certes, leur position sociale est enviée et chacun rêverait, pour son enfant ou son neveu, d'une semblable situation alliant prestige et réussite matérielle. Mais en tant que prestataires de service, on s'en méfie, de même que l'on se méfie de tous les fonctionnaires qui, investis d'une parcelle de pouvoir et travaillant en contact avec le public, en tirent un bénéfice personnel. Au moment de l'enquête, le personnel soignant n'a pas, il faut le souligner, particulièrement bonne presse. En ville comme à la campagne, il est courant d'entendre relater des épisodes où tel parent, tel ami ont passé des heures dans l'attente d'une improbable consultation et ont été ensuite accueillis par un personnel maussade, discourtois ou agressif¹. Le sérieux de sa formation et sa compétence sont aussi parfois des sources d'interrogation, surtout parmi les citadins qui ont tous entendu parler – les rumeurs s'amplifiant d'année en année – de la corruption qui règne à la Faculté de Médecine et qui permet, contre espèces sonnantes et trébuchantes, de “réussir” le concours d'entrée.

Mais au-delà des expériences personnelles, colportées de famille en famille et de village en village (ou de quartier en quartier), ce qui cristallise ces représentations négatives, c'est surtout une amertume plus globale à l'égard d'un gouvernement qui ne tient plus ses promesses : les critiques adressées aux médecins le sont d'abord, implicitement ou explicitement, à un système de santé et, au-delà, à un système politique en trompe-l'œil qui maintient opiniâtrement l'illusion officielle d'un service public gratuit, compétent et animé du seul désir de servir le “peuple” (*procheachun*) ; et qui refuse de reconnaître que les “petits cadeaux” aux

¹ Dans l'enquête de l'O.N.G. Enfance Espoir déjà citée, les personnes se déclarant insatisfaites de leur expérience au dispensaire (un quart de l'échantillon) l'expliquent par le mauvais accueil reçu (30 %), l'attente démesurément longue (20 %), la perte de temps (30 %) et l'absence de médicaments (20 %).

fonctionnaires sont devenus la condition *sine qua non* du maintien d'un service d'Etat de moins en moins destiné à ce “peuple”, tant magnifié dans les discours accompagnant les nombreuses cérémonies officielles.

On comprend dès lors pourquoi les médecins, dans la plupart des cas, ne sont pas, comme dans les pays occidentaux, les médiateurs indispensables de la relation patients-médicaments. Dans la mesure où le monopole légal du service médical n'est pas imposé, pourquoi, en effet, payer chèrement un service d'expertise qui ne donne pas toute confiance quand les vendeurs de médicaments (souvent dépourvus de formation) peuvent délivrer ces biens précieux ? Pourquoi marcher des kilomètres jusqu'à l'hôpital, attendre plusieurs heures une consultation délivrée par un personnel peu disponible quand les infirmiers de commune offrent les mêmes garanties de compétence – en particulier dans la réalisation des injections, qui est le seul domaine d'expertise associé de façon inconditionnelle au corps médical – et bien d'autres avantages encore (plus grande proximité socio-culturelle, rémunération plus modeste, déplacement au domicile si nécessaire) ?

Au Cambodge donc, comme dans d'autres sociétés du Sud, le patient est au cœur de ses démarches thérapeutiques et libre de choisir (dans la limite, bien entendu, des contraintes qui pèsent sur ce choix) son mode de traitement. Cette liberté a bien entendu un revers : l'abandon presque total dans lequel il est laissé par l'Etat. Pour des raisons diverses, tenant tant aux représentations diversifiées de la maladie et du corps, qu'à des raisons financières, matérielles ou sociales, les médecins se trouvent – peut-être temporairement – rejetés à la périphérie de ces démarches de soins, y compris lorsqu'il s'agit de soins biomédicaux pour lesquels ils n'ont pas le monopole, dans les représentations et les pratiques, de l'expertise. En ce sens, et contrairement aux systèmes de santé occidentaux – les seuls à avoir jusqu'à présent nourri une réflexion sur la profession médicale¹ – les patients sont détenteurs d'un pouvoir non négligeable dans la relation thérapeutique. Cette constatation générale et d'ordre macrosociologique, demande à être analysée en détail, cependant, quand il s'agit de l'entrée du patient à l'hôpital où, comme nous allons le voir dans la partie suivante, les relations sont plus complexes.

¹ Voir Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984 [1ère éd. am. 1970], 369 p.

Dans son introduction à l'histoire des médecins d'Afrique de l'Est, John Illiffe¹ estime que l'étude des professions modernes hors d'Occident a été biaisée par un ethnocentrisme particulièrement fort. A une première génération de chercheurs "triomphalistes", qui célébraient les décolonisations et la formation de professionnels locaux indépendants de leurs anciens maîtres occidentaux, a succédé, dans les années 1970, une seconde génération de "cyniques" qui ont hâtivement conclu à l'échec des processus de professionnalisation dans les pays du Sud, au motif que "les activités concernées ne s'étaient pas développées et organisées de l'intérieur, comme cela avait été le cas en Angleterre et en Amérique, mais avaient été créées et contrôlées par des Etats coloniaux et leurs successeurs. Les 'professionnels' du Tiers-monde ne possédaient que les vains ornements du professionnalisme".

Or, poursuit l'historien africaniste, ce qui caractérise la profession médicale hors d'Occident, ce n'est ni le savoir spécialisé ni la question du pouvoir – termes habituels des analyses sociologiques anglo-saxonnes – mais l'ambiguïté ; ambiguïté d'une profession faite tout à la fois de savoir spécialisé, de conception altruiste du service au patient, de soif de pouvoir et d'appétit du gain². Au Cambodge, l'ambiguïté est également au cœur de la profession médicale, particulièrement au début des années 1990 qui représentent une période, mouvante et fragile, de reconstruction et d'incertitude. Profession à la fois très valorisée socialement mais violemment dénigrée, elle cristallise un certain nombre de paradoxes de la société cambodgienne en cours de changement rapide depuis la sortie du régime khmer rouge.

L'ambiguïté caractérise, en premier lieu, les rapports de la profession médicale cambodgienne avec l'Etat – un Etat fort qui garde les médecins, ses employés, dans sa dépendance (en maintenant, notamment, l'interdiction officielle de la médecine de ville pour ne tolérer qu'une activité occulte qui ne peut se développer) mais un Etat qui se révèle, en même temps, nécessaire à leur prospérité, puisqu'il a, au début de la République Populaire, joué un rôle majeur dans la redistribution des

¹ John ILIFFE, *East African Doctors. A History of the Modern Profession*, Cambridge : Cambridge Univ. Press, 1998, pp. 2-5.

² *Ibid.*, p. 3.

rare ressources (attribuée avant tout aux fonctionnaires) et que sa protection – personnalisée sous la forme du patronage de hauts fonctionnaires – reste indispensable à toute entreprise, quelle qu'elle soit (obtention d'une autorisation, d'une mutation, etc.).

Ambiguïté, ensuite, de la position des médecins sur le marché thérapeutique. Absents de larges espaces du territoire national (parce que le niveau de vie convenant à leur rang ne peut y être assuré), ils apparaissent, dans les villes, presque “noyés” au milieu d'une offre thérapeutique “traditionnelle” beaucoup plus prolifique, novatrice et libre (car moins contrôlée par l'Etat) que la leur. Pourtant, les thérapeutes néo-traditionnels qui jouissent du meilleur succès commercial et sont en concurrence directe avec les médecins, sont précisément ceux qui ont emprunté des éléments de savoir et de pratique biomédicaux. Ambiguïté, enfin, des représentations de la population en général qui, tout à la fois, admire la réussite des médecins et rêve d'un fils ou d'une fille exerçant la prestigieuse profession – ne serait-ce que pour bénéficier de soins dans de bonnes conditions – mais se méfient de leur âpreté au gain et ne les considèrent dans aucun cas comme les seuls recours possibles, les infirmiers se montrant, en particulier, comme des solutions alternatives fréquentes.

Ce cadre macrosociologique, en ce qu'il modèle les identités professionnelles (ce que les médecins pensent d'eux-mêmes), les statuts et les représentations, a des incidences nombreuses et profondes sur la production quotidienne des soins et sur les rapports entre les divers acteurs impliqués – patients, familles de patients et soignants de toutes catégories. C'est à la microsociologie de la production des soins, telle que nous avons pu la réaliser dans divers hôpitaux, que nous convions à présent le lecteur.

QUATRIEME PARTIE

LA PROFESSION MEDICALE A

TRAVERS LA PRATIQUE

HOSPITALIERE QUOTIDIENNE

UNE DEFINITION NEGOCIEE ENTRE PERSONNEL

MEDICAL CAMBODGIEN ET ETRANGER

Jusqu'à présent, nous nous sommes peu penchée sur la fonction première des médecins, celle de thérapeutes. Cette démarche marque le parti pris de présenter les résultats de la recherche en "entonnoir", en partant de l'analyse macrosociologique pour aboutir au compte rendu de l'observation microsociologique dans le but de mettre en évidence la double affirmation qui a motivé notre réflexion – affirmation devenue courante dans la sociologie de la profession médicale mais qui n'a pas eu l'occasion de s'exprimer concernant des médecins exerçant dans des sociétés non occidentales. La première est que la fonction thérapeutique biomédicale n'est pas universellement réalisée mais historiquement, socialement et culturellement déterminée. Sa proposition corollaire étant que la "culture" des médecins cambodgiens est autant à interroger, dans l'observation de leurs pratiques thérapeutiques, que les contraintes sociales qui pèsent sur eux.

Ainsi, l'évolution, au cours de l'histoire, de leur statut et des représentations sociales dont ils ont été l'objet, de même que la position qu'ils ont été amenés à occuper dans la structure sociale des années 1990 en général et dans le champ thérapeutique en particulier, aident à comprendre, au niveau microsociologique cette fois, le quotidien de leur pratique clinique et le type de relations qu'ils entretiennent avec leurs patients comme avec leurs collègues – confrères ou subalternes.

Les médecins cambodgiens exerçaient, au moment de l'enquête, dans trois cadres différents : les hôpitaux, dispensaires et infirmeries d'Etat exclusivement gérés par le personnel cambodgien ; les établissements hospitaliers (de même type que les précédents) où intervenaient des O.N.G. étrangères menant des programmes d'aide au développement et, enfin, les cabinets privés de ville. Pour diverses raisons, nous avons concentré nos observations sur les structures sanitaires de la seconde catégorie, celle des hôpitaux aidés par le personnel humanitaire étranger¹.

¹ Dans la suite de notre propos et sauf indication contraire, nous donnons au terme "humanitaire" un sens purement descriptif : il s'applique aux O.N.G. de toutes obédiences religieuses ou politiques qui interviennent au Cambodge pour y apporter une aide, quelle qu'elle soit. Il s'oppose aux termes "bilatéral" et "multilatéral" qui désignent une aide issue d'une convention signée entre le gouvernement cambodgien et un Etat étranger ou une organisation internationale de type onusien (dont le budget résulte d'un financement collectif).

Certaines des motivations de notre choix étaient simplement pratiques car les conditions d'enquête (moyens de transport et sécurité des déplacements, présentation auprès des directeurs de l'hôpital et introduction auprès du personnel soignant cambodgien) s'avéraient facilitées par la présence d'une O.N.G. lorsque celle-ci avait accepté de nous recevoir. Par ailleurs, les consultations privées étaient officiellement interdites alors, ce qui nous aurait contrainte, si nous avions opté pour l'étude de ce mode d'exercice médical, à des observations à la sauvette. Enfin, les établissements de soins fonctionnant sans aide extérieure se trouvaient souvent réduits à stagner, privés de médicaments, de réactifs pour les tests biologiques, et de matériel en état de marche. Etudier des hôpitaux déserts et des infirmiers désœuvrés – les médecins restant chez eux – n'était bien sûr pas notre but car, alors, la problématique de la pénurie, déjà si agissante dans nos observations, aurait submergé l'analyse pour la réduire à un plaidoyer contre la pauvreté du service public cambodgien.

D'autres raisons nous ont poussée à privilégier l'observation d'établissements mettant en contact permanent des soignants cambodgiens et étrangers (Occidentaux ou Japonais¹) dans le cadre de leurs activités hospitalières. D'une manière générale, tout d'abord, nous sommes partie des postulats interactionnistes et en particulier des travaux d'Anselm Strauss, préconisant de ne pas figer les pratiques cliniques qui sont, tout particulièrement au Cambodge, en cours d'élaboration et loin de la standardisation. Nous avons donc considéré les soignants comme des acteurs sociaux “réflexifs, créatifs et actifs”² et non pas (ou pas seulement) comme des réceptacles plus ou moins passifs de normes et de valeurs sociales, culturelles et professionnelles préalablement définies. L'optique

¹ Pour ne pas alourdir le texte et sauf indication contraire, nous inclurons, dans la suite de notre propos, les Japonais parmi les “Occidentaux” lorsqu'il est question du travail médical humanitaire dans son ensemble. Le terme “occidental” désigne en effet, dans ce contexte, un ensemble d'individus dont les statuts, les représentations et les pratiques s'opposent globalement tant à celles du bloc socialiste qu'à celles des Cambodgiens du Cambodge.

² Isabelle BASZANGER, “Introduction. Les chantiers d'un interactionnisme américain”, in Anselm STRAUSS, *La trame de la négociation*, Paris : L'Harmattan, 1992, p. 14.

interactionniste – à la fois dans sa méthode d'observation¹ et dans ses postulats théoriques – nous amène à percevoir les soins prodigués à l'hôpital comme une production collective résultant des relations socio-professionnelles entre les différents protagonistes de l'hôpital qui mènent des négociations – formelles ou plus souvent informelles, et de nature plus ou moins conflictuelle – au cours de ces relations.

L'intérêt supplémentaire d'une telle approche réside, à nos yeux, dans le fait que les interactions professionnelles entre Cambodgiens et étrangers rendent plus évidentes, pour l'anthropologue, les différences entre les modèles socio-professionnels des uns et des autres. Les confrontations et les conflits éventuels qui peuvent survenir au cours de leur collaboration sont particulièrement intéressants à observer car, comme l'écrivent Madeleine Akrich et Bernike Pasveer à propos d'une enquête sur les rapports entre organisation de systèmes de santé et techniques de l'accouchement, “dans une controverse (...) les différents protagonistes sont amenés à expliciter un certain nombre de points qu'ils laissent d'ordinaire implicites, simplifiant ainsi notablement la tâche de l'analyste”².

Mais l'approche interactionniste n'est pas strictement microsociologique, confinant les acteurs de l'hôpital dans un *ici et maintenant* permanent et sans profondeur socio-historique, dont les actions quotidiennes ne trouveraient leurs raisons d'être que dans les micro-événements des salles de soins. Le concept d'“ordre négocié”, proposé par Anselm Strauss à l'occasion d'une recherche dans un hôpital psychiatrique nord-américain³, permet d'intégrer, dans l'analyse des interactions, une dimension macrosociale qui rende compte des aspects structurels plus stables pesant sur l'activité des acteurs sociaux. La proposition théorique de base sous-tendant le concept d'“ordre négocié”, telle qu'elle est

¹ La *grounded theory* (Barney GLASER et Anselm STRAUSS, *The discovery of grounded theory*, Chicago : Aldine, 1967, 271 p.) néglige les définitions préalables de catégories conceptuelles (celui de profession médicale, par exemple) pour s'attacher à faire émerger, à partir du terrain, les catégories et les problématiques “indigènes”.

² Madeleine AKRICH et Bernike PASVEER, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson : Synthélabo (Coll. “Les empêcheurs de penser en rond”), 1996, p. 24.

³ Anselm STRAUSS, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris : A.M. Métailié, 1992.

présentée ultérieurement dans *Negotiations*¹ peut être résumée de la façon suivante. Tout ordre social est un ordre négocié car les acteurs sociaux disposent toujours d'une marge de "manœuvre", même infime. Dans la recherche, il faut dégager le "contexte structurel" c'est-à-dire le contexte global, macrosocial, dans lequel prennent place les interactions de négociations, puis le "contexte de négociation" qui doit, quant à lui, rendre compte des propriétés structurelles rentrant directement en compte dans la négociation (nombre de négociateurs, fréquence des négociations – uniques ou répétées –, équilibres de pouvoirs, type d'enjeux, alternatives possibles à la négociation telles que coercition et manipulation).

Dans cette dernière partie du travail, nous nous inspirerons de ces propositions générales – préalablement adaptées² – en présentant d'abord le cadre global de la négociation. Après les années de rupture de 1970 à 1979, l'aide étrangère civile, si importante au Cambodge durant le Sangkum du prince Sihanouk, comme nous l'avons décrit, réapparaît comme une donnée fondamentale du système de santé cambodgien. La teneur de cette aide – essentiellement humanitaire au début des années 1990 – son idéologie, l'état des rapports de pouvoir qui s'établissent entre les responsables de cette aide et les dirigeants cambodgiens, de même que les objectifs des uns et des autres fournissent le contexte général dans lequel s'établissent, ensuite, les relations de travail à l'hôpital. Dans un second temps, nous dégagerons, à partir de notre enquête de terrain, les principales caractéristiques de la pratique médicale cambodgienne, dans ses composantes essentielles que sont l'organisation du travail hospitalier et la relation médecin-malade.

¹ Anselm STRAUSS, *Negotiations. Varieties, contexts, processes and social order*, San Francisco : Jossey-Bass, 1978, 275 p.

² Des critiques peuvent être émises à l'égard de ces propositions. Par exemple, Anselm Strauss insiste sur la nécessité de bien distinguer la négociation des autres moyens dont peuvent disposer les acteurs sociaux (pression, manipulation, coercition), ce dont nous ne voyons pas l'utilité. En second lieu, il s'intéresse plus au processus de la négociation lui-même qu'à ses résultats, réduisant ainsi le pouvoir explicatif de son "paradigme théorique".

CHAPITRE I

LE CADRE DU TRAVAIL HOSPITALIER. PROBLEMATIQUE ET ENJEUX DE L'INTERVENTION HUMANITAIRE

Pour comprendre dans quel cadre travaillent les médecins cambodgiens exerçant dans les hôpitaux et les dispensaires d'Etat bénéficiant d'une aide d'O.N.G. étrangères, il faut revenir sur les conditions particulières dans lesquelles ces organisations humanitaires ont été amenées à s'implanter au Cambodge, ainsi que réfléchir à l'évolution de leur situation et des idéologies qui les ont guidées.

I – LES CARACTERISTIQUES DE L'IMPLANTATION HUMANITAIRE AU CAMBODGE

A - L'urgence et la compassion : l'afflux de l'aide humanitaire

Revenons au début de l'année 1979, lorsque l'invasion vietnamienne, en chassant les Khmers Rouges du pouvoir, modifie la carte politique des forces cambodgiennes antagonistes et de leurs alliés. Cette nouvelle configuration se maintiendra *grosso modo* jusqu'aux élections sous la tutelle de l'O.N.U., organisées en 1993. A la frontière khméro-thaïlandaise, la résistance au gouvernement de Phnom Penh s'organise après l'arrivée, dans un désordre indescriptible, de fuyards désireux de quitter provisoirement ou définitivement le Cambodge, de l'armée khmère rouge en débâcle accompagnée des familles des soldats et de civils poussés contre leur gré, ainsi que d'autres maquisards (nationalistes anti-vietnamiens et anti-communistes) déjà organisés en petites bandes.

Plusieurs facteurs conjugués contribuent à créer un mouvement de grande ampleur en faveur d'une intervention humanitaire à la frontière. D'abord, la répugnance de la Thaïlande à voir s'installer un nombre important de réfugiés sur son

territoire conduit à des expulsions *manu militari* – dont celle, particulièrement meurtrière, de juin 1979 à Preah Vihear, rapportée par la presse occidentale, où les militaires thaïlandais poussent violemment des fugitifs sur des champs de mines en contrebas d'une falaise, laissant peu de survivants. Bangkok ne finit par tolérer cette population que contre la promesse d'une prise en charge occidentale dont elle exige néanmoins le contrôle – pour son plus grand profit. D'autre part, les Khmers Rouges, bien que chassés du pouvoir, conservent néanmoins le siège du Cambodge à l'O.N.U. en 1979 et au cours des années suivantes (au nom du principe de non-ingérence pour laquelle le Viêt Nam est condamné). Leurs représentants, de même que leurs alliés au sein d'une coalition de l'opposition, plaident leur cause et font valoir, au cours de leurs voyages diplomatiques, les besoins de “leurs” réfugiés. Mais ce sont surtout les visions d'horreur, retransmises par les diplomates et les journalistes à la fin de 1979, qui suscitent un choc considérable en Occident et contribuent à animer les volontés humanitaires, lorsque, à la suite d'une autorisation accordée par la Thaïlande, plusieurs centaines de milliers de personnes qui se massaient du côté cambodgien franchissent la frontière dans un état de grand délabrement physique, aggravé par les mois d'attente dans la jungle sans nourriture ni soin. On craint alors le pire concernant la situation alimentaire au Cambodge.

A partir de ce moment, des volontaires de tous pays affluent rapidement aux côtés des organisations de l'O.N.U.¹ et du Comité International de la Croix Rouge. Aux premières O.N.G. comme Médecins Sans Frontières, International Rescue Committee et la Mission Baptiste thaïlandaise, se joignent de nombreuses autres dans la dizaine de camps qui s'organisent et se déplacent au gré des bombardements vietnamiens (voir page suivante, la carte des camps). Ainsi, dès le début de 1980, l'on ne dénombre pas moins de quatre-vingt-quinze agences non-gouvernementales². Le plus grand des camps, celui de Khao I Dang, par exemple, abrite, dans la période de crise de son ouverture, jusqu'à 150 000 personnes (mais dix fois moins en 1990) et bénéficie dans le seul domaine médical, de la présence de quatre cent cinquante volontaires étrangers travaillant pour vingt organisations humanitaires différentes³. Cette situation persiste au long des années et nous pouvons encore le constater lors de notre enquête dans les camps de Thaïlande (début 1992).

En témoigne également le budget considérable alloué à la résolution de la crise cambodgienne : la conférence des donateurs, qui se tient à New York à l'automne 1979, décide d'un octroi de deux cent dix millions de dollars. Et, au cours des trois années pendant lesquelles l'urgence est officiellement déclarée (c'est-à-dire jusqu'à la fin de 1981) les dons totaux s'élèvent à près d'un milliard de dollars, si l'on compte, avec les sommes dépensées à la frontière, celles utilisées à l'intérieur du Cambodge, tous donateurs occidentaux confondus⁴.

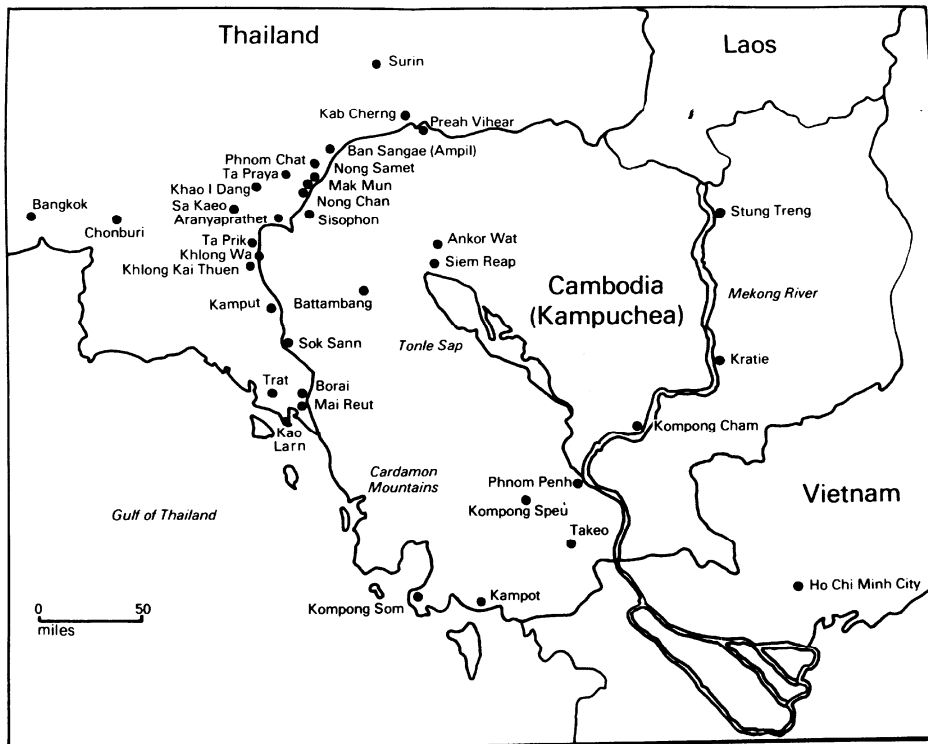
¹ Le Haut Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés, l'U.N.I.C.E.F. et le Programme Alimentaire Mondial.

² William SHAWCROSS, *Le poids de la pitié*, Paris : Balland, 1985 [1ère éd. am. 1984], p. 221.

³ Daniel C. SUSOTT, "Impressions of a medical coordinator at Khao I Dang", in Barry S. LEVY and Daniel C. SUSOTT (eds), *Years of Horror, Days of Hope : Responding to the Cambodian Refugee Crisis*, Millwood, N. Y. : Associated Faculty Press, 1986, p. 77.

⁴ William SHAWCROSS, *op. cit.*, p. 354. L'aide des pays socialistes n'est pas comptée.

Carte VI – Les camps de réfugiés à la frontière khméro-thaïlandaise



D'ap. Barry S. LEVY and Daniel C. SUSOTT (eds.), *Years of Horror, Days of Hope : responding to the Cambodian Refugee Crisis*, Millwood, N. Y. : Associated Faculty Press, 1986, p. XXIII.

Au-delà des anecdotes cocasses qui n'ont pas manqué de circuler concernant l'inexpérience enthousiaste de quelques bons Samaritains (comme l'envoi d'épais caleçons de laine et de bouteilles de jus de banane dans un pays au climat tropical où les bananiers poussent en quelques semaines), l'une des caractéristiques de l'aide humanitaire devient alors la situation concurrentielle dans laquelle les organisations sont objectivement amenées à travailler et la difficulté de coordination des opérations qui s'ensuit. Selon un processus aujourd'hui connu – et reconnu par les plus lucides des O.N.G. – les associations humanitaires se trouvent confrontées à la nécessité de rendre des comptes à leurs donateurs privés qui se montrent plus sensibles à certaines catastrophes qu'à d'autres et souhaitent y voir dépenser leurs dons. Or le Cambodge est présenté dans les médias comme le pays martyr par excellence où les organismes humanitaires se doivent d'intervenir coûte que coûte. Cet impératif se double de la nécessité de rendre l'action de terrain visible, ce qui conduit parfois à une certaine inefficacité. Ainsi, par exemple, la gestion d'un dispensaire est-il préféré à l'activité, importante mais moins valorisée, de “tri” des malades – selon le terme consacré – à leur arrivée au camp, dès lors laissé au personnel le moins expérimenté et le moins formé¹. Des critiques de ce type sont également formulées au Cambodge même tout au long de notre enquête. Cette aide se poursuit jusqu'à la résolution (officielle tout au moins) du conflit cambodgien avec les élections de 1993, date à laquelle le H.C.R. organise le rapatriement des dizaines de milliers de réfugiés encore présents dans les camps ainsi que des enfants qui y sont nés et y ont grandi.

Les O.N.G. qui s'étaient “spécialisées” dans le soutien aux réfugiés préparent, elles aussi, leur “rapatriement” à l'intérieur du Cambodge où elles viennent grossir les rangs des rares élues qui avaient reçu l'autorisation d'y travailler dans les années 1980. A celles-ci s'étaient peu à peu jointes de nombreuses autres organisations depuis l'ouverture progressive du pays à l'Ouest – favorisée par l'arrêt de l'aide socialiste et en particulier par l'abandon assez brutal de la coopération soviétique. En 1986, seules treize O.N.G. travaillaient à l'intérieur du pays, contre

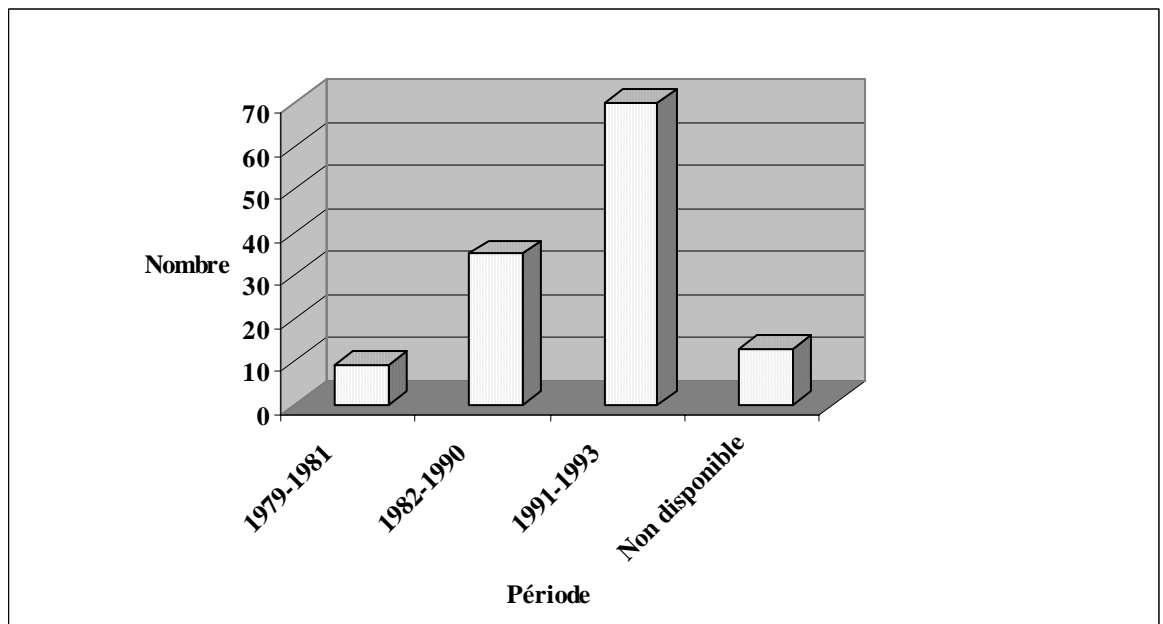
¹ Esmeralda LUCIOLLI, “Khao I Dang : the early Days”, in Barry S. LEVY and Daniel C. SUSOTT (eds), *op. cit.*, p. 70.

cent vingt-sept en 1994¹, la plupart arrivées après les Accords de Paris de 1991 (voir graphique IV, page suivante). Cette affluence a pour effet d'augmenter la “concurrence” sur un “marché” humanitaire où l'offre est déjà abondante. Elle joue fortement en faveur du gouvernement cambodgien qui dispose ainsi d'un poids supplémentaire dans les négociations qu'il mène avec les représentants de l'aide humanitaire et dont les répercussions sont perceptibles à l'échelle de l'hôpital.

B - L'impossible neutralité et l'instrumentalisation de l'action humanitaire

A Phnom Penh, le gouvernement soutenu par le Viêt Nam demeure longtemps animé par une logique de guerre qui l'oblige à concentrer ses efforts, sa propagande et son budget sur ses ennemis de la frontière khméro-thaïlandaise et leurs sympathisants de l'intérieur. Extrêmement méfiant à l'égard d'une aide qui fournirait le prétexte à une intervention occidentale, même pacifique, il décline à plusieurs reprises les offres du C.I.C.R. Celui-ci s'en émeut d'autant plus qu'il est soumis à une pression aussi forte qu'à la frontière : la presse s'alarme en effet de la situation alimentaire du Cambodge car la récolte de riz a été interrompue par l'invasion vietnamienne. Elle prophétise un drame pire encore que le régime khmer rouge si des rations alimentaires ne sont pas fournies d'urgence. Les descriptions des rares visiteurs semblent confirmer ces prédictions catastrophiques – dont on sait, aujourd'hui, qu'elles étaient excessivement pessimistes car elles ont sous-estimé la capacité de réaction des paysans cambodgiens eux-mêmes, ainsi que l'aide des pays socialistes. A l'automne 1979, la presse annonce “deux millions de morts à Noël” et sonne la mobilisation générale en Occident.

¹ Ce dernier recensement est celui des organisations membres du Comité de Coopération pour le Cambodge qui regroupe la majorité des O.N.G. avec un objectif de coordination et de partage de l'information. D'après *Directory of Humanitarian Assistance in Cambodia*, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, 1994, 320 p.

Graphique IV – Date d'arrivée des O.N.G. au Cambodge

La date est celle du début effectif des programmes. D'ap. *Directory of humanitarian assistance in Cambodia*, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, 1994, 320 p.

C'est dire la tension au sein de la Mission Conjointe, conduite par des représentants du C.I.C.R. et de l'U.N.I.C.E.F. qui finit par être autorisée à séjourner quarante-huit heures au Cambodge en juillet 1979. La visite est discrète car toute tentative de relation avec Phnom Penh est immédiatement suivie des protestations officielles de l'ambassadeur du Kampuchea Démocratique (le nom officiel des Khmers Rouges) à l'O.N.U. De la même façon, le gouvernement de Phnom Penh soumet tout accord avec la Mission Conjointe à la cessation de l'aide alimentaire à la frontière parce qu'elle favorise la résistance armée. L'analyse est exacte. Car si les organisations humanitaires n'ont pas toujours conscience, à cette époque, du rôle stratégique fondamental joué par leurs livraisons de riz et de médicaments¹, tous les gouvernements qui, des Etats-Unis à la Chine – sans oublier la Thaïlande – sont hostiles à la République Populaire du Kampuchea (le gouvernement de Phnom Penh), mettent en avant des soucis humanitaires pour masquer des intérêts politiques². Tenue de maintenir des relations avec des instances antagonistes, la Mission Conjointe sera l'objet de vives critiques dans le milieu des O.N.G. parce qu'elle limitera les quantités de riz fournies d'un côté de la frontière comme de l'autre. C'est l'une des raisons pour lesquelles est mis en place un “pont terrien” à la frontière, où les Cambodgiens de l'intérieur du pays peuvent venir chercher du riz et du matériel agricole³.

C'est dans ce contexte de forte instrumentalisation des ressources humanitaires et de lourde suspicion, que s'installent à Phnom Penh quelques associations triées sur le volet. Encore sont-elles cantonnées à la capitale, dans deux

¹ L'ignorance ou la répugnance des acteurs humanitaires à considérer leur aide comme stratégique et à analyser leur propre effet sur le conflit cambodgien est parfaitement décrit par deux d'entre eux dans Linda MASON and Roger BROWN, *Rice, Rivalry, and Politics. Managing Cambodian Relief*, Notre Dame, Indiana/London : Univ. of Notre Dame Press, 1983, 218 p.

² Par exemple, l'ambassadeur des Etats-Unis à Bangkok est à l'origine de la création du Kampuchea Emergency Group dont le but est à la fois politique et humanitaire puisqu'il se donne pour objectif d'aider les réfugiés à la frontière, de soutenir la résistance anti-vietnamienne et de faire campagne pour l'accueil de Cambodgiens aux Etats-Unis.

³ Une analyse détaillée de l'impact de ce “pont terrien” sur les Cambodgiens de l'intérieur a été faite par Steve HEDER, *From Pol Pot to Pen Sovan to the Villages*, International Conference on Indochina and Problems of Security and Stability in Southeast Asia, Chulalongkorn University, Bangkok, 19-21 June 1980, 79 p. dactyl. Il montre que le riz distribué à la frontière comme à l'intérieur du pays est arrivé dans la quantité moyenne de quelques kilos par mois aux paysans. Il a donc surtout permis de payer en nature les fonctionnaires de la nouvelle administration (dont les médecins) et d'éviter ainsi les ponctions sur la production paysanne.

hôtels d'Etat où elles sont l'objet d'une surveillance permanente. La réticence de l'Etat-parti à permettre les contacts avec ses nationaux a des raisons avant tout politiques (crainte de l'espionnage, de la propagande capitaliste ou anti-vietnamienne, du contact épistolaire avec les familles réfugiées à l'étranger). Elle a également des conséquences sur le travail médical : malgré le faible niveau de son personnel soignant, le gouvernement préfère nettement recevoir une aide en nature, sous forme de médicaments ou de matériel – directement administré par son Comité de Réception de l'Aide Humanitaire – que de permettre la formation des médecins et des infirmiers cambodgiens qui risqueraient de subir l'influence occidentale. Ce trait est perceptible au moment de notre enquête.

En échange d'une autorisation de séjour, les organisations sélectionnées s'engagent implicitement à n'émettre aucune critique sur le régime. Cette obligation d'extrême réserve concerne aussi bien la gestion des médicaments qu'elles fournissent, qui deviennent propriété d'Etat et sur lesquels les donateurs n'ont pas le contrôle, que les opinions plus générales sur la politique gouvernementale. Il est même demandé plus qu'une simple réserve : les déclarations favorables au régime sont les bienvenues, de même que l'engagement à ne pas mettre en œuvre de programme à la frontière – une promesse tenue par OXFAM, la première des organisations à obtenir une autorisation de séjour en octobre 1979¹ et à prendre publiquement position contre l'isolement diplomatique de la R.P.K.² D'autres O.N.G. se voient, malgré elles, attribuer un rôle officieux de représentantes de leur pays ou de leur organisation et sont conviées à s'asseoir à la tribune officielle dans les meetings politiques, pour donner à l'auditoire l'illusion d'un soutien international du régime – une pratique qui se maintient longtemps et dont nous avons nous-même fait l'expérience.

Mais l'usage politique de la présence humanitaire n'est pas l'apanage de la R.P.K. Cela est vrai également des gouvernements occidentaux. A mesure que les pourparlers entre factions cambodgiennes avancent vers un compromis, dès le

¹ William SHAWCROSS, *op. cit.*, p. 143.

² Eva MYSLIWIEC, *Punishing the Poor. The International Isolation of Kampuchea*, Oxfam, 1988.

milieu des années 1980, ils préparent discrètement le retour de leurs ambassades à Phnom Penh. Ceux qui souhaitent venir ou revenir y jouer un rôle de premier plan doivent s'investir financièrement, dès avant la présentation des lettres de créances de leur ambassadeur, dans des programmes de développement qui constitueront un tremplin à l'aide bilatérale par la suite. C'est notamment le cas de la France qui souhaite conserver une position importante dans le domaine de l'enseignement supérieur et particulièrement de l'enseignement médical¹. Certaines O.N.G. acceptent donc un rôle que l'on pourrait qualifier de sous-traitance de l'aide bilatérale² ; d'autres, tout en maintenant leur indépendance budgétaire, sont néanmoins amenées à gérer un budget et des projets plus importants que ceux qui sont habituellement les leurs.

Cette position inhabituelle des O.N.G. est renforcée, passée la période d'urgence, par la nature particulière de la demande qui leur est faite. Alors qu'elles interviennent habituellement dans le cadre d'infrastructures nationales déjà existantes, tout est à remettre sur pied au Cambodge. Elles doivent donc se livrer non pas à un travail d'aide au développement classique mais à une véritable reconstruction qui les placent en position d'interlocutrices institutionnelles au plus haut niveau de la hiérarchie gouvernementale³. Dans le domaine médical, on voit ainsi des O.N.G. s'atteler à la restauration d'hôpitaux entiers ou de blocs opératoires – en commençant par les établissements centraux ou provinciaux, les plus importants. C'est le cas par exemple de World Vision à l'hôpital National Pédiatrique ou de Médecins du Monde à l'hôpital Calmette mais aussi d'organisations plus modestes qui ont parfois du mal à suivre ce surcroît de dépense. D'autres prennent la tête de programmes nationaux de lutte contre une épidémie (comme la Croix Rouge française qui prend en charge le traitement de la tuberculose) ou de cursus entiers de formation (comme Handicap International créant l'enseignement des

¹ La diplomatie française mise sur une répartition tacite de l'aide occidentale au Cambodge entre domaine culturel — universitaire et artistique — où la France interviendrait (Centre Culturel Français, Faculté de médecine, Institut de technologie, Ecole Royale d'administration et site d'Angkor essentiellement), et le domaine commercial où le monde anglo-saxon serait omniprésent.

² Entretiens avec les représentants des coopérations chinoise, australienne, britannique, japonaise et française, juillet 1992, Phnom Penh.

³ Cela est également favorisé par la structure extrêmement pyramidale du régime qui interdit pratiquement tout pouvoir de décision à d'autres instances que le Conseil des Ministres, amené à régler les affaires les plus minimes.

kinésithérapeutes ou Médecins sans Frontières ouvrant l'école d'infirmiers anesthésistes). La position acquise va certes évoluer quand les organisations internationales et les aides bilatérales reprendront leur place et désireront voir les organisations humanitaires revenir à des rôles plus classiques – ce qui n'ira pas toujours sans friction, d'ailleurs. Mais cette spécificité de la “tradition” humanitaire au Cambodge est visible au moment de l'enquête et persiste.

Ainsi, du début des années 1980 et jusqu'aux élections de 1993, le cadre global de la négociation entre O.N.G. et gouvernement cambodgien reste à peu près inchangé : l'abondance des propositions émanant d'organismes humanitaires – eux-mêmes pressés par leurs donateurs privés ou institutionnels d'intervenir au Cambodge – donne au gouvernement un poids important dans la négociation. Et la “concurrence”, qui naît de la présence humanitaire massive a pour premier effet l’“inflation” des dons. A mesure que la libéralisation économique gagne le Cambodge et que les fonctionnaires sous-payés désertent les structures publiques, le gouvernement “distribue” l'aide humanitaire (sous la forme de projets de développement) sans réel plan d'ensemble et, de fait, l'assimile de plus en plus, au moment de la période floue et déstructurée précédant les élections, à une soustraction du service public, surtout dans le domaine médical ; d'autant que les O.N.G., du fait des circonstances particulières de leur implantation sous la R.P.K., ont pris l'habitude d'être considérées comme des interlocutrices institutionnelles intervenant dans les politiques nationales. A l'intérieur de ce canevas global de négociations, un autre facteur important est à l'œuvre, celui des caractéristiques des O.N.G. elles-mêmes, qui introduisent une certaine diversité dans les principes généraux de l'idéologie humanitaire.

II – UNITE ET VARIETE DES PHILOSOPHIES, DES IDEOLOGIES ET DES STRUCTURES DES O.N.G.

A - Diversité des types humanitaires : caritatif ou “professionnel”, laïc ou confessionnel, occidental ou asiatique

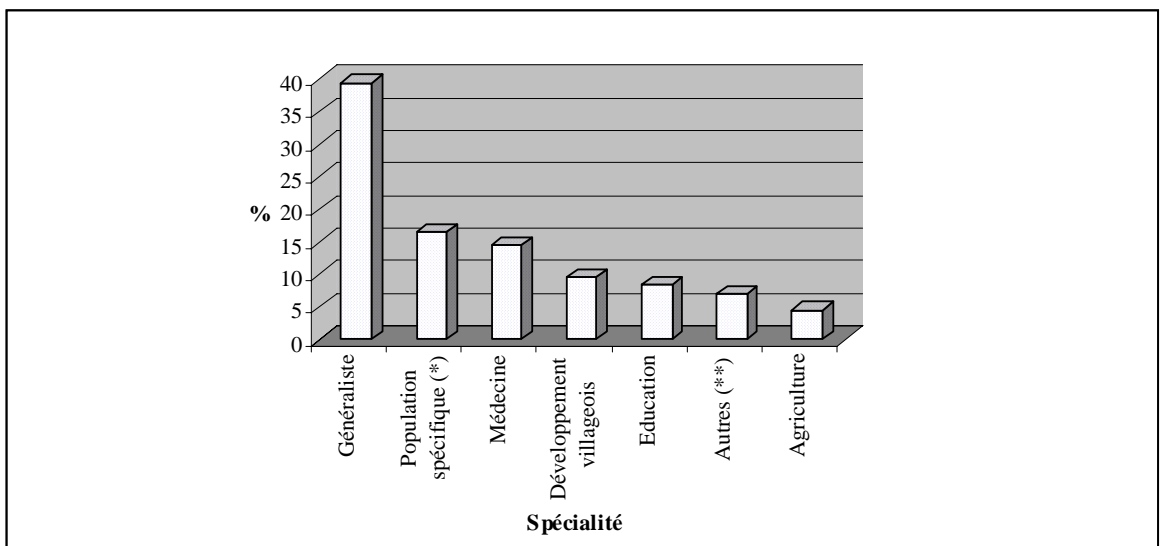
Les O.N.G. présentes au Cambodge en 1994 interviennent dans les domaines les plus divers¹ (cf. graphique V) et, fait intéressant à noter, la moitié d'entre elles seulement est spécialisée dans un domaine particulier tel que l'aide à une population vulnérable (veuves, enfants orphelins, handicapés), la médecine, le développement villageois², l'éducation ou l'agriculture. Les autres restent fidèles au principe d'une activité *ad hoc*, déterminée en fonction des besoins immédiats destinés à soulager une population supposée en détresse – ce que nous identifierons comme un schéma “caritatif”, par opposition à un schéma “professionnel” qui suppose, quant à lui, le recrutement d'étrangers possédant une compétence professionnelle particulière et intervenant au Cambodge dans un domaine précis (comme le domaine médical mais aussi pédagogique, juridique, agronomique) afin de combler les lacunes du pays en ce domaine. Ainsi, alors que seules dix-huit associations se consacrent uniquement à l'aide médicale – en apportant, essentiellement, un soutien à un hôpital – cinquante-neuf autres organisations (sur cent vingt-sept³) interviennent accessoirement dans ce domaine. Les caractéristiques – “caritatives” ou “professionnelles” – des O.N.G. ont des répercussions sur les rapports qu'elles entretiennent avec les Cambodgiens, dans le cadre du travail médical en particulier. Les O.N.G. “caritatives” sont de taille plus modeste que les O.N.G. “professionnelles”, en terme de budget comme de personnel. La récolte de fonds, parce qu'elle est plus “artisanale”, est aussi plus réduite et plus personnalisée. Elle repose sur le parrainage, un système qui met le donataire et le bénéficiaire en relation personnalisée, par l'intermédiaire de l'association et permet au premier un suivi, si ce n'est un contrôle, de son “investissement”.

¹ Depuis cette date, de nombreuses O.N.G. locales sont apparues. Bon nombre ont été créées par des rapatriés des camps qui maîtrisaient le discours développementaliste et pouvaient donc rédiger des demandes de subventions, souvent allouées par des O.N.G. étrangères devenues sous-traitantes.

² Le développement de villages ou le développement de quartiers urbains (*community development*) désigne, dans le vocabulaire humanitaire, un projet de développement global incluant l'hygiène et la santé publique, l'amélioration des productions agricoles, la diversification des sources de revenus et l'instruction scolaire.

³ D'après *Directory of Humanitarian Assistance in Cambodia, op. cit.*

Graphique V – Domaine d'intervention des O.N.G. au Cambodge en 1994



(*) Femmes, orphelins, handicapés.

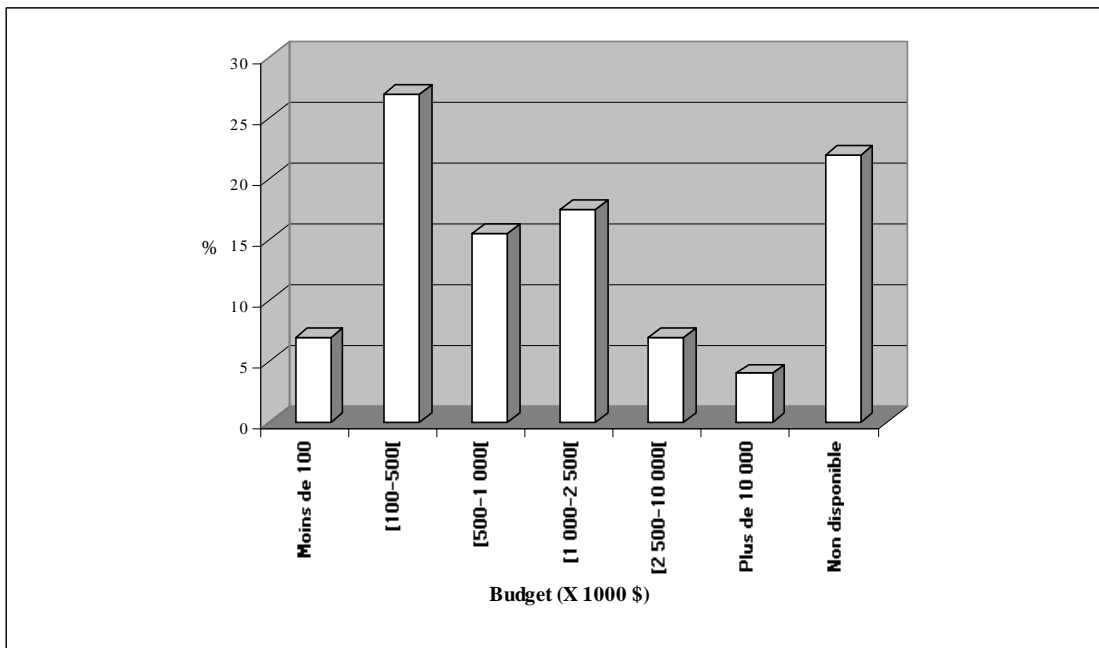
(**) Droits de l'homme, aide juridique, déminage, réhabilitation.

D'ap. *Directory of humanitarian assistance in Cambodia*, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, 1994, 320 p.

Cependant, l'on notera que cette forme d'aide humanitaire, bien que critiquée par les “professionnels” qui y voient une version à peine édulcorée de paternalisme colonial – eux-mêmes préférant pratiquer une intervention plus anonyme – est généralement bien tolérée par ses bénéficiaires cambodgiens qui l'interprètent socialement comme une relation traditionnelle de clientélisme, imposant des devoirs aux riches envers “leurs” pauvres et réciproquement car, comme le dit un proverbe cambodgien “Le riche s'occupe du pauvre comme le *sampot* [sorte de pagne] ceint [les reins]. Le savant s'occupe de l'ignorant comme le remorqueur [tracte] le sampan” (GñkmanrkSaxSt´ dUcsMBt´B&TÆBlRkA GñkR:C\rkSaexøA dUcsMeBABwgsM:ˆn)

Ces très petites organisations de bienfaisance sont cependant peu nombreuses au Cambodge, où seulement 7 % déclarent disposer d'un budget annuel de moins de 100 000 dollars (voir graphique VI). La raison est à chercher tant du côté étranger que local, dans un budget réduit qui ne leur permet guère d'assumer les dépenses liées au suivi d'un projet comprenant le salaire, même modeste, d'un étranger demeurant sur place¹ et alourdies par une certaine mise en concurrence des organisations humanitaires qui oblige ces dernières à proposer des programmes plus ambitieux que ne le prévoyaient leurs budgets initiaux, entraînant certaines d'entre elles à la limite de leur capacité financière. En outre, prenant largement appui sur un bénévolat qui, au siège, n'a qu'une disponibilité limitée, ces associations laissent une place importante aux initiatives personnelles prises sur le terrain, faisant peser une charge d'autant plus lourde sur les volontaires au Cambodge que les conditions de recrutement sont moins sévères et que les débutants accèdent, plus facilement qu'ailleurs, à des postes de responsabilité, comme l'illustre l'extrait (page 408) d'un rapport de fin de mission, rédigé par une jeune médecin fraîchement émoulue de la Faculté, responsable locale d'une petite organisation.

¹ L'embauche de Cambodgiens représente une économie car leurs salaires sont indexés sur le niveau de vie du pays. Mais, jusqu'en 1994, très peu d'entre eux sont suffisamment familiers des méthodes et des idéologies humanitaires pour pouvoir occuper un poste de représentant d'O.N.G.

Graphique VI – Budgets des ONG au Cambodge en 1994 (en milliers de dollars)

D'ap. *Directory of humanitarian assistance in Cambodia*, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, 1994, 320 p.

Document 1 - Les difficultés d'une petite O.N.G. caritative. Extrait d'un rapport

B – AVANTAGES

- [En France], nos correspondants ont une politique d'écoute, et non de dirigisme.
- Ils font preuve de flexibilité et d'adaptation.
- Les relations sont aisées et amicales, exemptes de toute lourdeur administrative et hiérarchique.
- Absence de politique sévère de recrutement : la chance est donnée aux débutants.
- Sur place, une grande liberté pour l'équipe, qui reste juge — dans certaines limites — des options à prendre.
- Un budget serré à gérer, oblige à réfléchir pour définir les priorités, ce qui limite les dépenses inconsidérées et le gaspillage.

C - INCONVENIENTS

- Le prix de la liberté est un fréquent sentiment de grande solitude; la venue des informations, de conseils, de réponses, est parfois longue et décevante : on a souvent l'impression que nos rapports ont été appréciés, certes, mais très vite lus — aussi vite que sont écrits les courriers que nous recevons — et pas toujours bien compris.
- Par un manque de temps bien compréhensible, le travail fait [au siège] ne nous parvient pas, ce qui renforce ce sentiment de solitude. Ainsi nous ne sommes pas au courant des démarches faites en France à la recherche de financement, ni des rapports faits aux financeurs.
- De par les conditions budgétaires précaires de [notre O.N.G.], il manque un fil directeur, une politique à long terme, bref un cadre rassurant pour répondre à une question que l'on pose ici fréquemment : où va-t-on? Et ceci est un peu décourageant.
- Il n'y a pas de structure logistique pour répondre à nos besoins, notamment pour la pharmacie. L'aide de [une O.N.G. collaborant au projet de Tonlé en fournissant des médicaments] est précieuse mais incomplète et probablement pas éternelle; il faudra faire face aux besoins importants d'un hôpital entier. Les médicaments de collecte ne suffisent pas, il faut un organisme fournisseur et des moyens d'acheminements éprouvés.
- L'absence de politique et de structure de recrutement conduit à une discontinuité sur le terrain : pas de médecin de Juillet 1990 à fin novembre 1990, pas de relève de sage-femme après la mission de A., en juin 1991.

D - Au total, un manque de structuration pour une mission médicale, plus complexe que les parrainages, qui rend les conditions de travail sur le terrain particulièrement ardues.

Cette liberté d'action et cette absence de standardisation retentissent également sur les rapports avec le personnel cambodgien qui, à l'hôpital, doit fréquemment s'adapter aux changements qui interviennent lors de l'arrivée de chaque étranger et faire l'expérience de méthodes et d'activités nouvelles. Les grandes O.N.G. disposent, quant à elles, d'un vaste ensemble de salariés à plein temps, spécialisés et expérimentés, qui prennent les décisions importantes au siège, standardisent les actions sur la base d'une expérience internationale et établissent une relation étroite avec les praticiens de terrain grâce à des missions d'évaluation ou de conseil sur place.

Bien que, dans le domaine médical qui nous intéresse particulièrement ici, la perspective que nous avons qualifiée de “professionnelle”, inaugurée par les “French Doctors”, occupe une place prédominante – Médecins Sans Frontières et Médecins du Monde investissent des sommes budgétaires importantes et mènent des projets ambitieux au Cambodge – la tradition caritative chrétienne¹ (représentée en proportion égale par les Catholiques – généralement européens – et les Protestants – plus souvent nord-américains) reste forte de son côté. Un quart des O.N.G. s'en réclame en effet (voir les tableaux XVIIa et XVIIb, page suivante) dont certaines sont de création ancienne – comme Don Bosco, une association catholique italienne fondée en 1859 ; Maryknoll, catholique également, créée aux Etats-Unis en 1911 ou encore le Mennonite Central Committee, datant de 1920 – auxquelles s'ajoutent les comités d'aide nord-américains, issus de la Seconde Guerre mondiale, tels Catholic Relief Services et les groupes protestants Church World Service ou Lutheran World Service.

¹ Seules deux O.N.G bouddhistes, cambogiennes, sont répertoriées en 1994. Elles n'interviennent pas dans le domaine médical.

Tableau XVIIa – O.N.G. et religion

Confession	Nombre	%
Laïques	91	74%
Religieuses	32	26%
N.d.	4	100%
Total	127	

Tableau XVIIb -Obédience des O.N.G. confessionnelles

Religion ou obédience	Nombre
Bouddhiste	2
Catholique	8
Protestant	9
N.d.	13
TOTAL	32

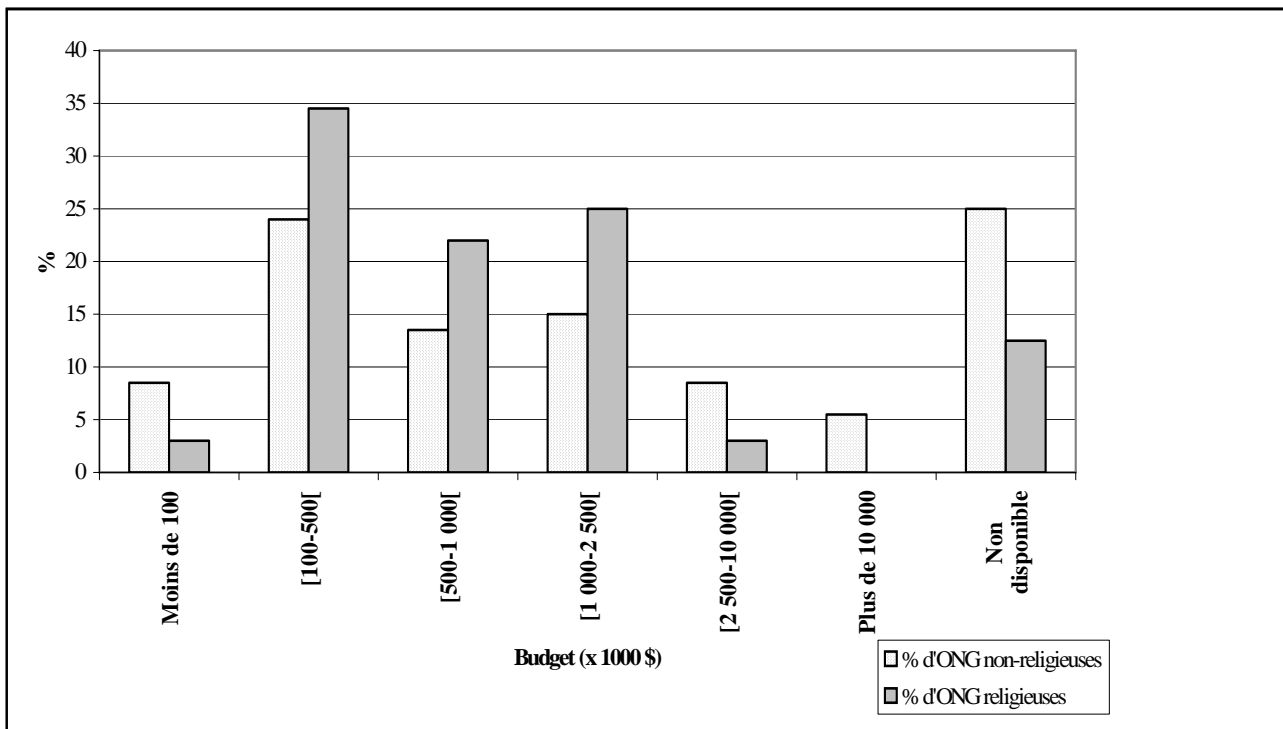
D'après W. Van de Put, Health seeking behaviour, Rapport, Phnom Penh, Médecins Sans Frontières
Hollande-Belgique, janvier 1992.

Ces organisations, il est vrai, ne sont pas toutes comparables, tant sur le plan de leur recrutement que sur celui de la mission qu'elles se donnent et de leur programme d'activités¹. Certaines, telles Cama-Services (protestante) sont uniquement composées de religieux ou de croyants fervents qui vivent en groupe dans un recueillement de tous les instants, prenant leurs repas dans l'ambiance feutrée d'une salle commune décorée d'une immense peinture murale du Christ. A l'inverse, Quaker Service-Australia, par exemple, embauche des enseignants qui n'appartiennent pas eux-mêmes à ce groupe protestant. L'O.N.G. ne fait que perpétuer la mission caritative de cette minorité religieuse traditionnellement peu prosélyte. D'autre part, ces organisations varient sur le plan de leur taille. Quelques-unes, telles World Vision International, avec un budget annuel de plus de cinq millions de dollars et cent quatre-vingt-quatre salariés (personnel local compris), font partie des grandes organisations humanitaires prenant totalement en charge les imposants hôpitaux centraux de Phnom Penh. Mais la plupart se situent, du point de vue de leur budget, dans la moyenne (voir graphique VII, page suivante).

D'une façon générale, il faut indiquer que leur effort prosélyte est important, même si la plupart s'en défendent publiquement. Les conversions leur attirent les critiques des Occidentaux laïcs bien qu'elles laissent plutôt indifférents les Cambodgiens, traditionnellement peu attirés par les religions chrétiennes et capables de se convertir par convenance sans abandonner les rites socio-religieux du bouddhisme. Par-delà ce souci de conversion, la charité chrétienne est la motivation première de toutes ces O.N.G. Il s'agit de venir partager la souffrance d'autrui et de vivre concrètement sa religion “avec ses mains et pas seulement en paroles”, “pour être en relation avec notre Créateur”, comme le dit un jeune Protestant néerlandais de l'O.N.G. Youth With a Mission, rencontré dans la pharmacie d'un dispensaire de jour, dans un camp de réfugiés. De ce point de vue, la formation professionnelle des volontaires et le travail médical réalisé par eux peut revêtir, dans les organisations les plus religieuses, une importance très secondaire par rapport à l'élan missionnaire.

¹ Ces analyses sont uniquement basées sur nos observations au Cambodge à la frontière khméro-thaïlandaise. Elles ne préjugent donc pas des caractéristiques particulières que peuvent revêtir ces organisations dans d'autres pays.

Graphique VII – Budgets comparés des ONG laïques et religieuses au Cambodge en 1994



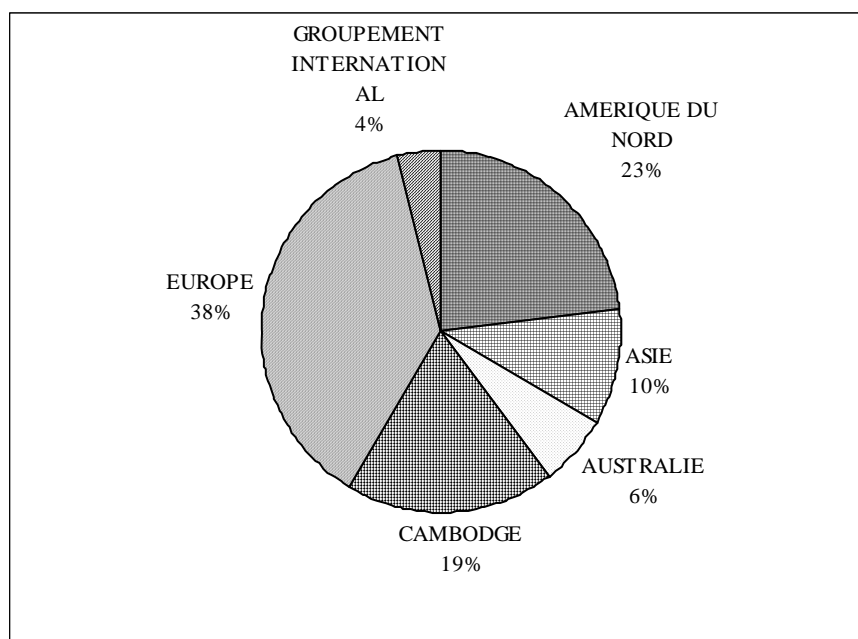
Les organisations ayant un budget annuel supérieur à 10 millions de dollars sont les organisations onusiennes et les organisations internationales comme le C.I.C.R.

D'ap. *Directory of humanitarian assistance in Cambodia*, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, 1994, 320 p.

Le jeune homme que nous venons de citer, par exemple, est mécanicien de formation et ses activités, peu définies, au dispensaire, consistent à distribuer des médicaments aux patients après que le médecin leur a délivré une ordonnance. D'une grande gentillesse, le verbe doux et calme, le regard illuminé de ceux qui pensent avoir découvert la Vérité, il fait preuve, pendant son service, d'une étourderie qui provoque les sourires ironiques des patients qui font la queue et les regards sombres des assistants cambodgiens qui doivent réparer les erreurs. Un autre exemple de l'importance secondaire accordée au travail médical par rapport à d'autres considérations nous est donné par l'établissement tenu par les Sœurs des Missionnaires de la Charité (la congrégation de Mère Teresa) qui accueille les malades sous l'œil maternel de la Vierge Marie, peinte les bras grands ouverts sur le mur, dans un environnement à l'ambiance plus familiale qu'hospitalière, n'acceptant pas les parents des patients, contrairement à l'usage cambodgien "car ici nous sommes une famille", dit la sœur infirmière indienne. Les patients tuberculeux sont également accueillis dans la salle commune, par "manque de place", répond la moniale au médecin cambodgien avec qui nous visitons l'établissement et qui s'en étonne¹.

Enfin, l'origine nationale – occidentale ou japonaise – introduit un dernier élément de diversité dans le paysage des organisations non-gouvernementales. Le Japon, depuis l'ouverture diplomatique du Cambodge aux pays capitalistes, cherche à y développer sa présence et son influence comme une étape importante de sa politique étrangère dans le monde, jusque-là très discrète. L'on se souvient par exemple que le Représentant Spécial du Secrétaire Général des Nations Unies, qui dirigeait l'Autorité Provisoire des Nations Unies au Cambodge était le Japonais Yasushi Akashi et que le Japon a fortement contribué financièrement à cette opération coûteuse. Mais, dès avant ce succès diplomatique, le Japon a financé avec largesse les programmes de développement des organisations onusiennes ainsi que ceux des jeunes O.N.G. japonaises qui, en 1994, sont au nombre de dix, soit 10 % des organisations (voir graphique VIII, page suivante).

¹ Notons que ce dispensaire travaille indépendamment de la structure hospitalière cambodgienne.

Graphique VIII – Origines des ONG présentes au Cambodge en 1994

D'ap. *Directory of humanitarian assistance in Cambodia*, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, 1994, 320 p.

L'aide humanitaire japonaise, ressemblant en cela à l'aide thaïlandaise¹ aurait davantage tendance, aux dires des autres organismes, à prodiguer son aide sous la forme de dons de matériel de haute technologie et de médicaments, en accordant moins d'attention au suivi de leur utilisation. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette philosophie humanitaire particulière qu'est le don car elle correspond bien à l'univers social cambodgien. Elle diffère, cependant des courants idéologiques dominants du monde humanitaire, comme nous allons le montrer à présent.

B - Unité : les idéologies et les objectifs des soignants des O.N.G. occidentales

1 - Le principe de substitution des équipes médicales occidentales aux structures sanitaires locales dans la période d'urgence

Les acteurs du travail humanitaire ont pris l'habitude de distinguer deux périodes de leur intervention au Cambodge, correspondant chacune à une approche et à une action différentes : la phase d'urgence et la phase d'aide au développement. L'aide d'urgence, qui se poursuit officiellement jusqu'en 1982, correspond à une intervention humanitaire de facture classique, c'est-à-dire intensive mais ponctuelle et sans lien avec la population locale, et beaucoup de nos interlocuteurs occidentaux la considèrent comme plus aisée que le travail de longue haleine qui lui succède. Pour l'essentiel, elle consiste à intervenir rapidement à la suite d'une catastrophe (tremblements de terre, combats) et à distribuer massivement aux victimes des vivres, des médicaments et du matériel de survie. Sur le plan médical – et, en ce qui concerne la situation cambodgienne, cela a surtout été réalisé dans les camps de réfugiés – il s'agit d'entreprendre un travail de “substitution”, c'est-à-dire de créer de toute pièce une structure de soins pour remplacer celles, inexistantes ou détruites, qui font défaut. Sur les lieux de l'intervention, les organisations humanitaires font alors parvenir une équipe de spécialistes (médecins, infirmiers et “logisticien” chargé de l'aspect technique non médical de ce type de

¹ Une seule O.N.G. thaïlandaise (catholique) est répertoriée dans l'annuaire du Comité de Coopération pour le Cambodge en 1994.

mission¹), ainsi qu'un hôpital de campagne et un stock de médicaments, dispositif fonctionnant de manière autonome et parallèle au système médical local.

2 - Le développement médical durable : théorie et pratique

La période qui prolonge cette phase d'urgence est celle dite “du développement”, dont les grandes lignes idéologiques – élaborées progressivement par les O.N.G, dotées des expériences internationales les plus solides, et alimentées par les directives de l'O.M.S., ont peu à peu été adoptées par toutes les organisations humanitaires², au-delà des variantes que celles-ci présentent. Son principe fondamental est que l'aide au développement doit consister à renforcer les structures existantes (*strengthen capacity*) au lieu d'en créer de nouvelles³. Dans le domaine médical au Cambodge, le programme d'action correspondant à ce principe est généralement triple : une O.N.G. intervient dans un ou plusieurs centres hospitaliers (selon ses capacités) où elle s'engage à réhabiliter les locaux délabrés et sous-équipés. Elle assure, en second lieu, une fourniture en matériel de soins et en médicaments, suffisante pour que le stock ne connaisse pas de rupture – une fois épuisée la maigre dotation du ministère de la Santé. Enfin, son personnel n'intervient plus directement dans les soins mais encadre, supervise et éventuellement complète la formation du personnel cambodgien soignant dont on a vu qu'il était pléthorique

¹ Le “logisticien” est en particulier responsable de la résolution technique des problèmes, désignés par l'anglicisme “sanitation”, liés à l'hygiène collective, comme l'alimentation en eau potable et l'évacuation des déchets, primordiales lors de catastrophes, afin d'éviter les épidémies. Le métier est aujourd'hui formalisé grâce à des enseignements comme celui proposé par l'institut Bioforce, à Lyon.

² Rappelons que nos observations portent surtout sur la période 1990-1994, précédant la vague de critiques de plus en plus appuyées à l'égard de l'intervention humanitaire.

³ Il existe des exceptions notables à ce principe. La plus connue et la plus controversée dans le monde humanitaire est celle du Suisse Beat Richner, médecin et violoncelliste virtuose qui organise avec succès des galas de charité pour réunir les fonds nécessaires à l'équipement et au fonctionnement de l'hôpital pédiatrique ultramoderne qu'il a fait construire à Phnom Penh. Les soins y sont officiellement gratuits pour tous et attirent des foules, tandis que le personnel soignant perçoit des salaires très au-dessus des rémunérations de la fonction publique. Les arguments de Beat Richner sont simples : il n'est pas moral que les pays pauvres n'aient droit qu'à une médecine de second ordre. Le système de santé cambodgien doit être nivelé par le haut et non par le bas. Ces arguments ont trouvé l'oreille bienveillante du Roi Sihanouk, renouant avec ses ambitions modernistes des années 1960, qui a offert un terrain près du palais royal pour construire un second hôpital, inauguré en 1996. Son budget de fonctionnement, rapporte le journal *Phnom Penh Post* (18-30 oct. 1996) est de quatre millions de dollars annuels. Quelques autres médecins, au sommet de leur carrière en Occident, construisent ainsi au Cambodge ce que l'on pourrait appeler une “œuvre humanitaire personnelle”.

dès le début des années 1990 mais n'avait pas toujours pu bénéficier d'un enseignement complet.

Le principe-clé sur lequel reposent ces programmes est celui du “développement durable” (*sustainable development*) qui doit, en quelques années, conduire l'hôpital vers une qualité de soins acceptable et lui permettre de fonctionner de manière indépendante, tant sur le plan matériel qu'humain, sans l'aide d'étrangers. Cela impose de fournir une aide très progressive, en évitant d'apporter à l'hôpital plus que son personnel ne pourrait en supporter, en respectant sa “capacité d'absorption” (*absorptive capacity*¹). De la même façon, il convient de ne pas créer de besoins nouveaux en renonçant, en particulier, à l'introduction d'appareils sophistiqués qui ne pourraient pas être entretenus ou remplacés ; en évitant également la mise en circulation de médicaments qui ne correspondraient pas aux besoins fondamentaux définis pour les pathologies les plus courantes et les plus graves du pays². La règle est de s'en tenir à un niveau de soins compatible avec les possibilités de l'hôpital et de ses soignants – exigences qui rejoignent les objectifs des soins de santé primaires qui imprègnent toujours très fortement les pratiques des O.N.G.³ Cela signifie, finalement, une gestion réaliste et efficace de la rareté des ressources hospitalières (matérielles et humaines), basée sur un renforcement du potentiel humain (par la formation) car celui-ci représente, dans l'idéologie humanitaire au Cambodge, un facteur de développement plus important que l'environnement matériel.

¹ Cette notion est également très présente dans les rapports des organisations de l'O.N.U.

² A cet égard, l'O.M.S. a préconisé en 1987 (Initiative de Bamako) l'établissement de listes de médicaments dits “essentiels” qui, adaptées à chaque pays, doivent servir de guides pour l'approvisionnement des centres de soins publics et éviter le gaspillage des ressources financières nationales.

³ Rappelons que les soins de santé primaires sont des soins de base, prodigués dans les villages par un personnel de formation élémentaire mettant l'accent sur l'éducation sanitaire, et intégrés dans un projet global de développement rural.

Concrètement, les étrangers espèrent donc, par un travail quotidien auprès de leurs collègues cambodgiens, voir maintenir les locaux dans un état de propreté et d'hygiène conforme, selon eux, à une structure biomédicale "normale". Les infirmiers occidentaux, de façon unanime, cherchent à améliorer l'application des règles d'asepsie liés aux soins des malades (stérilité des seringues, du matériel de soins et des pansements, comme le montre le Document 2, pages suivantes).

Tandis que les médecins étrangers, en fonction du niveau de connaissance de leurs collègues cambodgiens¹, veillent à l'amélioration des diagnostics et des prescriptions² en complétant l'information médicale lorsqu'elle est défailante sur tel ou tel point, sensibilisent aux notions de santé publique (vaccination, alimentation, hygiène) et s'efforcent d'améliorer l'organisation hospitalière en rationalisant la division du travail³. En dernière analyse, les Occidentaux ont pour objectif principal de conserver l'hôpital comme lieu central d'offre de soins médicaux, même s'ils doivent pour cela imaginer des systèmes de financement parallèles, comme cette infirmière qui avait envisagé de créer un élevage commercial de poissons dans le jardin du dispensaire pour compléter une opération de recouvrement des coûts des soins auprès des malades, opération plus symbolique qu'effective car les sommes recueillies étaient dérisoires.

¹ Rappelons, comme nous l'avons montré dans la troisième partie, que le niveau de formation du personnel médical cambodgien vers 1990-1995 est très hétérogène car il a fallu répondre à l'urgence médicale dans les années 1980 avant de relever peu à peu les exigences universitaires.

² On remarquera que, sur ce point, les méthodes de travail des médecins humanitaires français et américains ne sont pas identiques. Dans notre enquête, les premiers s'étonnent de l'emploi par les seconds, sur la feuille de malade, de termes impressionnistes et généraux tels que "he looks not so ill, he looks ill, he looks very ill", que les assistants médicaux khmers formés dans les camps selon la méthode anglo-saxonne utilisent à leur tour. Réciproquement, des interviews avec des Nord-Américains laissent apparaître qu'ils trouvent trop abondantes les prescriptions de leurs confrères français.

³ Il faut noter ici que les évaluations faites par les Occidentaux de la qualité du travail des personnels médicaux cambodgiens varient d'une personne à l'autre en fonction des circonstances, des relations entretenues et, également des critères d'évaluation. Tel médecin occidental, qui a connu le système de santé vers 1980, est très favorablement impressionné par les progrès accomplis et les efforts consentis. Tel autre, traversant une période de doute sur l'intérêt de la présence humanitaire et connaissant des difficultés relationnelles passagères à l'hôpital, focalise sur les entorses à la morale médicale et ne peut surmonter ses sentiments négatifs à la suite du décès d'une patiente qu'il attribue à une négligence.

Document 2 – Objectifs à réaliser dans un dispensaire . Extrait du rapport d'activité d'une infirmière occidentale

I - HYGIENE

SITUATION DECEMBRE 1991	ACTIVITES REALISEES
-------------------------	---------------------

a) COUR DE L'HÔPITAL

<ul style="list-style-type: none"> • Déchets autour de l'hôpital, surtout près des fenêtres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une poubelle par chambre et salle de soin • Incinérateurs • Réunion d'information pour tout le personnel sur l'utilisation • Nettoyage collectif
---	---

b) LOCAUX

<ul style="list-style-type: none"> • Sols et murs sales 	<ul style="list-style-type: none"> • Des responsables de salle ont été nommés • Les familles des hospitalisés balaient les chambres tous les jours • Le personnel lave le sol • Panneaux d'hygiène posés dans les chambres et hall.
--	---

Ces quelques mesures prises ont amélioré légèrement l'hygiène, mais cela reste insuffisant, et nous sommes loin d'avoir un hôpital modèle (de plus les travaux et l'absence d'eau étaient une bonne excuse). Maintenant que tout se termine, nous pouvons prendre le taureau par les cornes et continuer la lutte.

Document 2 – Objectifs à réaliser dans un dispensaire . Extrait du rapport d'activité d'une infirmière occidentale (suite)

II - SOINS INFIRMIERS

a) PANSEMENTS

SITUATION DECEMBRE 1991	ACTIVITES REALISEES
<ul style="list-style-type: none"> • Une seule boîte de pansement (instruments de petite chirurgie mélangés avec les autres) 	<ul style="list-style-type: none"> • Boîte de petite chirurgie séparée
<ul style="list-style-type: none"> • Les mêmes pinces sont utilisées pour tous les pansements 	<ul style="list-style-type: none"> • L'achat de matériel nous permet d'avoir 5 boîtes
<ul style="list-style-type: none"> • Les boîtes d'instruments, compresses stériles restent ouvertes toute la matinée sur le chariot 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours théorique, pratique: <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène - Asepsie - Désinfection du matériel - Technique - Stérilisation - Produits désinfectants
<ul style="list-style-type: none"> • Les instruments et le chariot sont nettoyés avec un coton alcoolisé 	
<ul style="list-style-type: none"> • Les tampons sont faits avec les pinces et les mains 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pour la petite chirurgie, on fait flamber les instruments 	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du mercryl + bétadine 	

b) INJECTIONS

SITUATION DECEMBRE 1991	ACTIVITES REALISEES
<ul style="list-style-type: none"> • Les boîtes de seringues restent ouvertes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours: <ul style="list-style-type: none"> - Asepsie - Contamination par injection - Stérilisation
<ul style="list-style-type: none"> • Parfois on utilise la même seringue ou la même aiguille pour deux malades 	<ul style="list-style-type: none"> • Achat de seringues • Boîtes individuelles
<ul style="list-style-type: none"> • Les seringues utilisées sont mélangées avec les autres 	
<ul style="list-style-type: none"> • On stérilise les boîtes fermées et le temps de stérilisation n'est pas respecté 	

Mes objectifs dans les mois à venir sont :

- Améliorer l'hygiène
- Améliorer l'asepsie
- Améliorer l'organisation dans les soins infirmiers.

Les progrès se font lentement et je pense qu'ils seraient plus concluants si je travaillais à plein-temps. 3 jours par semaine ne suffisent pas pour avoir un bon suivi.

C'est d'autant plus frustrant quand il y a quelques éléments moteurs (dont le directeur, médecins et quelques infirmières) qui cherchent à améliorer la qualité des soins.

Cette prise en compte de la pénurie locale doit être en résonance avec les agissements individuels des membres des O.N.G. dont les comportements valorisés sont empreints de frugalité personnelle et de don de soi – surtout, croyons-nous avoir observé, chez les infirmières. Cela apparaît par exemple dans le refus, pour soi-même et pour les autres (surtout dans les petites organisations), des dépenses de confort comme celles liées à l'usage intensif des voitures, des véhicules “tout terrain”, coûteux et grands consommateurs de carburant, équipés de quatre roues motrices pour circuler sur les mauvaises routes¹. L'observation suivante, réalisée dans un hôpital où interviennent des humanitaires français, illustre cette volonté de discrétion et d'économie adaptée à un pays pauvre mais que tous ne partagent pas au même degré :

Après le service à l'hôpital, au moment d'aller déjeuner au village de Tonlé, Christian [le dentiste] prend la voiture avec Claire [la pharmacienne]. Bien qu'il reste deux places libres à l'arrière, Noëlle [l'infirmière] s'obstine à vouloir enfourcher son vieux vélomoteur, accompagnée de Daniel [le médecin] assis derrière elle. Cela provoque l'impatience de Christian qui s'écrie : 'Mais enfin ! L'un de vous deux pouvait y aller en voiture et revenir [à l'hôpital] en Mobylette après !' Il y a dans l'attitude de Noëlle un reproche implicite envers ceux qui usent et abusent de la voiture (...) A Alliance Enfance [son O.N.G.], même Maurice [un pédiatre âgé qui supporte mal le climat mais tient à venir prêter main forte à la mission], malgré les égards qu'on lui prodigue habituellement en raison de son âge, n'échappe pas au vélomoteur lorsque Daniel l'estime nécessaire – c'est-à-dire quand la voiture est utilisée au transport d'équipement. (notes d'observation, mars 1992)

Les critiques dont sont la cible ceux qui se livrent à des dépenses de fonctionnement trop ostentatoires (des voitures trop nombreuses et trop voyantes, paradant en ville tous drapeaux dehors², des bureaux établis dans des villas louées à des prix exorbitants aux hauts fonctionnaires locaux) atteint leur paroxysme lorsqu'il est question de l'O.N.U. qui, avec sa débauche de personnel aux salaires élevés, l'introduction de son matériel luxueux, sa lourde bureaucratie et les multiples effets pervers de sa présence (comme l'inflation) représente, pour beaucoup, l'antithèse

¹ Jusqu'en 1993, il existe une seule route regoudronnée au Cambodge depuis la guerre en 1970 : celle qui, réparée par les Vietnamiens, relie Phnom Penh à Saigon.

² Par mesure de sécurité, les voitures d'O.N.G. circulant dans les campagnes étaient invitées à montrer leur identité en y fixant des drapeaux imprimés du logo de leur organisation pour améliorer la visibilité des noms d'organisations apparaissant sur les portières.

parfaite de l'idéologie humanitaire¹. Le contrôle social dans le monde des organisations non-gouvernementales lui-même – sous la forme de rumeurs et de critiques circulant d'un bureau à l'autre – s'exerce également sur les associations qui dérogent au principe du développement durable et se lancent dans des investissements réputés inconsidérés, tel ce bloc opératoire, transporté à grand frais (et devant les caméras de télévision du pays d'origine de cette organisation, dit-on) en avion dans l'unique dispensaire d'une province couverte de jungle et habitée par de petits groupes de chasseurs-cueilleurs disséminés sur une vaste étendue.

Simple et ardemment défendus en théorie, ces principes se révèlent, en réalité, difficiles à mettre en œuvre car ils ne s'accordent pas toujours à une réalité qui, en plaçant les individus face à face, oblige à déroger aux directives générales – surtout lorsqu'il s'agit de médecine et de souffrance humaine. Le principe de non substitution demande au personnel médical étranger, en premier lieu, de ne pas projeter sur l'hôpital cambodgien des exigences inadaptées au contexte local, comme l'exprime la responsable d'une grande O.N.G. "professionnelle" nord-américaine intervenant dans un hôpital provincial : "L'hôpital n'atteindra jamais le niveau (*standard*) espéré par les Occidentaux. Mais le niveau atteint par les hôpitaux provinciaux doit être celui fixé par le ministère de la Santé et pas celui fixé par [notre organisation]. Le problème, par conséquent, c'est d'améliorer l'ensemble du système de santé et pas un hôpital unique. Je suis totalement contre la présence d'un expatrié unique essayant de se battre seul dans un hôpital [pour améliorer la qualité des soins]. Si la structure globale n'est pas améliorée, cela est inutile et cela a même des effets négatifs, en termes humains (car c'est épuisant et déprimant) aussi bien qu'en termes d'efficacité." Mais l'abstraction d'un développement global sur lequel est censé s'appuyer le travail médical humanitaire se heurte à des réalités humaines, comme le reconnaît elle-même notre interlocutrice : "Certaines O.N.G. à Kompong Speu [la province où nous intervenons] fournissent une aide directe [aux dispensaires]. Elles demandent au personnel de [notre organisation] de traiter les

¹ Un membre d'une O.N.G. française avait baptisé les employés de l'Autorité Provisoire des Nations Unies au Cambodge les "Huns" (prononciation française de U.N.) car "plus rien ne repousse après leur passage".

patients qu'elles envoient des dispensaires vers l'hôpital provincial [que nous aidons]. Ce n'est pas dans nos attributions (*duty*).”

De l'abstrait au particulier, c'est-à-dire de la philosophie humanitaire générale à l'expérience personnelle de malades ayant besoin d'un soutien immédiat que ne peut fournir l'hôpital, chacun définit individuellement son propre degré d'implication, comme le suggèrent ces deux portraits contrastés d'une infirmière et d'un dentiste français ayant chacun opté pour une solution opposée :

Noëlle [l'infirmière] est très investie à l'hôpital où elle donne beaucoup d'elle-même. Tout l'intéresse et tout l'inquiète : le suivi infirmier des patients, dont elle pense que la meilleure façon pour qu'ils soient traités comme elle l'entend est qu'elle contrôle en permanence le travail de ses collègues cambodgiens et qu'elle se montre directive à leur égard ; la propreté et l'hygiène ensuite, dont elle regrette qu'elles ne fassent pas partie des priorités des infirmiers [cambodgiens]. C'est une femme généreuse et douée d'une grande énergie qui ne parle guère d'autre chose que de son travail et se distrait peu. Elle croit dans l'action humanitaire au jour le jour, guère prestigieuse, mais utile pour l'hôpital. Ses valeurs sont celles de l'effort et de la discipline et c'est au nom de ses valeurs qu'elle se sent autorisée à bousculer ses collègues cambodgiennes.

Christian [le dentiste] présente quant à lui un autre profil. Avec sa compagne, Claire, la pharmacienne, il forme un jeune couple aux allures désinvoltes. Sans doute par esprit de provocation, qu'il cultive volontiers, Christian présente sa venue au Cambodge comme un intermède sur la route de ses vacances à travers l'Asie. Au contraire de Noëlle, il s'efforce, dans son activité hospitalière, au recul et à la prise de distance par rapport à son travail et surtout par rapport à ses collègues cambodgiens. Il refuse l'implication excessive et le stress né de la volonté de soulager coûte que coûte les patients dont la prise en charge dépasse les possibilités thérapeutiques du dispensaire. Alors que Noëlle ramène souvent à Phnom Penh, lorsqu'elle rentre le soir [le dispensaire est à quarante kilomètres de la capitale], des personnes qui doivent être référées à un hôpital central et n'ont pas les moyens de payer leur voyage, Christian se contente quant à lui de rédiger des lettres (en français) à destination de collègues d'autres hôpitaux en exhortant les malades à s'y rendre munis du papier. (notes d'observation, dispensaire, 1992)

Le degré de rigidité et de dirigisme que doivent atteindre l'encadrement et la supervision du travail médical cambodgien sont, de la même façon, à l'appréciation de chacun et dans la limite implicitement imposée par les collègues cambodgiens eux-mêmes. Certains Occidentaux choisissent la “méthode forte” : “Au début je pardonnais tout aux Khmers [travaillant à l'hôpital] parce qu'ils

avaient souffert, etc. mais maintenant, je gueule, c'est la seule façon de faire avancer les choses et de les bouger”, dit un médecin d'un hôpital de camp de réfugiés. Daniel, un médecin intervenant dans un dispensaire de la province de Kandal, a adopté une position plus modérée :

Bien que très présent à Tonlé [le dispensaire] également, il est moins impliqué, sur le plan affectif, à l'hôpital. Sa vie personnelle semble également plus diversifiée, moins centrée sur le dispensaire et il accorde de l'importance à ses moments propres hors de son activité humanitaire. Ses rapports avec les collègues qu'il supervise directement ne sont pas du même ordre que ceux de Noëlle [l'infirmière]. Entretien des relations plus distantes avec eux, il se contente de relever ponctuellement les erreurs thérapeutiques ou de donner des conseils lors de sa visite, sans contrôler en permanence le travail. (notes d'observation, dispensaire, 1992)

Ces grandes lignes de l'idéologie humanitaire qui guident le travail des étrangers — médecins ou infirmiers — intervenant au Cambodge, surdéterminent les valeurs de la profession médicale en général telles qu'elles se sont peu à peu fixées dans les pays occidentaux et telles qu'elles apparaissent dans les pratiques quotidiennes à l'hôpital cambodgien, notamment au cours de la formation informelle que ces étrangers sont amenés à prodiguer à leurs collègues cambodgiens. Ces derniers, quant à eux, agissent en fonction de valeurs différentes, forgées dans un contexte socio-culturel autre.

III –VALEURS ET OBJECTIFS DIFFERENTS DANS LA NEGOCIATION AUTOUR DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE

A - Objectifs occidentaux

Les sociologues et les historiens ont montré comment la profession médicale s'était construite progressivement en Occident grâce à une lente conquête de son autonomie (par le contrôle de l'accès aux études et aux diplômes, réglementé par les membres de la profession elle-même), grâce à la domination de l'ensemble des activités thérapeutiques (par le contrôle obtenu sur les métiers adjacents, devenus

“paramédicaux” et la marginalisation des “concurrents” traditionnels) et grâce à l’extension de sa supervision de nombreux domaines d’activités liées au corps (sexualité, procréation, alimentation, élevage des enfants, etc.)¹. Cette position dominante s’appuie également sur une forte légitimité sociale conquise au cours de l’histoire grâce à la mobilisation et à la cohésion corporatiste des médecins qui se sont montrés capables de persuader l’Etat et la société globale du bien-fondé de leur monopole et de l’excellence de leurs pratiques.

Les valeurs qui, peu à peu ont permis d’inspirer confiance et respect et d’occuper une place similaire à celle du clergé catholique quelques dizaines d’années auparavant, se sont cristallisées autour de l’éthique médicale qui implique idéalement, d’une part une certaine “neutralité affective” à l’égard du patient, d’autre part l’“universalisme” de la démarche médicale (l’intérêt pour le patient résulte de sa qualité de patient elle-même, et non de ses qualités sociales ou autres) et, enfin, l’“orientation vers la collectivité” (le médecin est censé agir pour le bien général, dans un but désintéressé)². Cette éthique médicale prônée par le personnel humanitaire des O.N.G et qu’il perçoit comme universelle et atemporelle, est au cœur des négociations quotidiennes avec leurs confrères cambodgiens dont on a longuement évoqué l’histoire bien différente.

Cela ne signifie pas, bien entendu, que les humanitaires occidentaux sont uniquement animés de ces valeurs abstraites qu’ils s’efforceraient, jour après jour, d’inculquer à leurs collègues cambodgiens. D’autres considérations, professionnelles et personnelles sont en jeu dans leurs démarches. Ainsi, le travail humanitaire est, de l’avis de beaucoup d’infirmiers, plus valorisant que les activités hospitalières qu’ils ont jusque-là menées dans les pays occidentaux car la marge d’autonomie y est plus grande et les rapports professionnels avec les médecins plus égalitaires. Ainsi, par exemple, certaines O.N.G. comme Médecins Sans Frontières

¹ Voir en particulier Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984 [1ère éd. am. 1970], 363 p. ; Jacques LÉONARD, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle*, Paris : Aubier-Montaigne, 1981, 387 p. et Paul STARR, *The Social Transformation of American Medicine*, New York : Basic Books, 1982, 514 p.

² Talcott PARSONS, *Eléments pour une sociologie de l’action*, Paris : Plon, 1955 (Chap. IV, “Les professions libérales dans la structure sociale”, pp. 183-192) [1ère éd. américaine 1951].

ne voient-elles pas de difficulté à confier la tête d'une équipe à un infirmier plutôt qu'à un médecin lorsque l'expérience du premier est plus grande dans le domaine humanitaire. Cet état de fait n'est d'ailleurs pas sans créer parfois des pertes de repères chez les médecins les plus âgés et les plus gradés en Occident (comme les chirurgiens) qui font de courtes missions humanitaires au Cambodge et n'ont pas eu le temps ou l'envie d'intérioriser ces valeurs du monde humanitaire.

En second lieu, le travail thérapeutique dans les pays pauvres est parfois décrit par les médecins ainsi que par les infirmiers comme plus gratifiant que les activités professionnelles menées dans leur pays d'origine. Les pathologies auxquelles ils sont confrontés au Cambodge sont, pour l'essentiel, les grandes maladies infectieuses à l'état endémique ou épidémique sur lesquelles la médecine occidentale a construit son succès en faisant preuve de son efficacité. Se "retrouver" face à ces affections après les incertitudes nées au long d'années passées dans des services de cancérologie ou de gériatrie redonne, pour certains, un sens voire une noblesse, à leur travail. La gratification peut aussi venir de l'impression d'être plus utile auprès d'indigents cambodgiens placés dans des situations réellement difficiles, plutôt qu'auprès de patients occidentaux "trop gâtés" et trop exigeants, nous dit une infirmière. Enfin, l'attraction personnelle, protéiforme mais profonde, que peut exercer le Cambodge et ses habitants sur les Occidentaux qui y séjournent, ne saurait être négligée dans le choix de travailler dans ce pays. Les Cambodgiens poursuivent, quant à eux, des objectifs professionnels différents.

B - Objectifs cambodgiens

Le problème principal des médecins et des infirmiers réside, nous avons déjà eu l'occasion de l'évoquer, dans la grande faiblesse des salaires de la fonction publique qui ne leur permet pas de vivre. Les bénéfices en nature qu'ils tirent de leur appartenance au service public, intéressants une décennie plus tôt quand le pays connaissait la pénurie extrême, ne leur semblent plus suffisants et ils espèrent saisir en marche le train de la libéralisation économique qui se met lentement mais

sûrement en branle. Après avoir été presque “bénévoles”¹ pendant une décennie, estiment les médecins, ils espèrent à présent bénéficier d'un juste rapport de leur investissement et pouvoir tirer un revenu de leur art qui, non seulement, soit suffisant pour vivre et économiser mais leur permette également – à une époque où les différenciations socio-économiques reproduisant l'ancienne hiérarchie sociale d'avant la guerre se font de plus en plus nettes – d'assumer leur statut social en ayant les dépenses appropriées. Un médecin khmer nous faisait ainsi remarquer en forme de boutade que les vrais humanitaires étaient les soignants cambodgiens qui travaillaient gratuitement mais ne l'avaient pas choisi. Les célibataires, en particulier, se préparent au très gros effort financier que représentent les tractations matrimoniales et, en particulier, les noces elles-mêmes, en économisant billet après billet, les sommes gagnées et en multipliant les occasions de gains. Celles-ci peuvent se présenter soit sous la forme de cadeaux, spontanément offerts par les patients ou sollicités d'eux de manière plus ou moins pressante, soit sous la forme de rétributions indirectes fournies par les O.N.G. elles-mêmes (indemnités *per diem* reçues pour les stages, médicaments et petite fourniture médicale), soit, encore, par l'ouverture de cabinets ou la pratique de consultations privées pratiquées à l'hôpital ou à domicile.

Soucieux de rattraper ainsi le temps perdu, les médecins acceptent donc de poursuivre le quasi-“bénévolat” que représente leur service hospitalier, à condition que ce dernier ne soit pas trop prenant. Le pesant contrôle de l'Etat devient, au fil des années, moins bien toléré, au point que certains, parmi les plus jeunes et les plus rebelles, sont prêts à franchir le pas et à quitter le service public si les exigences se maintiennent, comme ce jeune chirurgien de garde d'un hôpital provincial qui manifeste son mécontentement en tardant à venir soigner un blessé :

“- On est trop dépendant de la structure administrative. Comment voulez-vous que nous soyons dirigés par des gens qui ne sont pas médecins ? En ce moment par exemple, on veut m'envoyer suivre l'armée à K.² Je ne veux pas y aller. Il y a une grosse différence entre ce qu'on apprend à l'école et ce qu'on pratique

¹ Le terme est repris de la boutade d'un médecin cambodgien qui nous faisait remarquer que les vrais humanitaires étaient les médecins cambodgiens qui travaillaient gratuitement mais ne l'avaient pas choisi.

² Les médecins exerçant dans les provinces où existent des fronts militaires étaient réquisitionnés, au moment de l'enquête pour accompagner l'armée dans sa lutte contre la guérilla khmère rouge.

sur le terrain par la suite. Je ne veux pas parler de la technique, c'est la même chose. Mais je veux parler du reste. Quand on est étudiant, on aime la patrie, on veut l'aider. Par la suite, on est bien obligé de changer sa perspective en fonction des réalités de terrain. Si le Cambodge déclare la guerre à un pays étranger, je suis prêt à y aller. Mais je ne vois aucun intérêt à aller prendre des risques pour la lutte entre Cambodgiens. Je serai à Phnom Penh demain [je déserterais] si l'on m'oblige à partir au front.

- Comment allez-vous faire ?

- Le docteur M. m'a proposé il y a six mois d'aller travailler avec lui dans sa clinique. J'avais refusé parce que je travaillais à l'hôpital. Mais si on m'oblige à aller faire le chirurgien de campagne, je démissionnerai pour aller travailler avec lui.” (conversation informelle devant le bloc opératoire, hôpital provincial, juillet 1994, traduit du khmer)

N'étant pas membres d'une organisation humanitaire, n'étant ni bonze ni “vieille femme de pagode” (*yiey chi*) – car la charité publique et l'aide aux pauvres relève plutôt de la pagode et la “bienveillance universelle”¹ est un sentiment religieux attendu surtout d'un moine et de son auxiliaire féminine – les médecins et les infirmiers laissent à ces deux catégories la prise en charge des cas trop difficiles pour eux. Se considérant comme des ingénieurs médicaux dont la spécialité est de soigner les corps et non les “âmes” ou l'indigence, ils attendent que le personnel humanitaire apporte ce “supplément d'âme” qu'eux-mêmes ne peuvent plus se permettre d'avoir, dans cette société hostile qu'est devenue, dans leurs discours, la société cambodgienne hors du cercle familial. Ce faisant, ils reproduisent, à l'échelon de l'hôpital, la politique gouvernementale qui assigne implicitement aux associations humanitaires la sous-traitance d'un service public qui, à la fin de la période socialiste et de l'aide des pays frères, part à vau-l'eau. Cette conception de leurs devoirs professionnels les place en porte-à-faux avec les humanitaires qui interprètent quant à eux ces différences d'objectifs en termes de différence d'ordre culturel, moral ou en terme de défaut de formation.

¹ Pour des raisons que nous donnons plus loin en détail, nous préférons le terme de “bienveillance universelle” à celui, habituellement utilisé, de “compassion” bouddhique, pour décrire le sentiment que doit éprouver un bonze à l'égard de tous les êtres.

C – Ethique du don contre philosophie du développement

Finalement, les humanitaires se situent, comme nous l'avons montré, dans une logique de gestion de la pauvreté, laquelle s'insère dans une philosophie plus générale du développement qui suppose que chacun — et en premier lieu les Cambodgiens — “retrousse ses manches” pour le bien collectif et paie de sa personne avec d'autant plus de ferveur que le support matériel de l'activité hospitalière est faible. Cette conception se renforce de considérations économiques car les O.N.G. sont elles aussi contraintes par les limites de leur budget — surtout lorsqu'elles sont de taille modeste — et cherchent, dans les négociations, à impliquer leurs partenaires cambodgiens dans les dépenses de santé pour que le poids financier du fonctionnement hospitalier ne pèse pas uniquement sur leurs épaules.

“Relever ses manches”, payer de sa personne : ces discours rappellent, toutes proportions gardées, les heures encore proches du travail collectif sous la République Populaire du Kampuchea. Les Cambodgiens, quant à eux, souhaitent voir les organismes humanitaires jouer un rôle de bienfaiteurs. Ce rôle, traditionnellement défini, consiste pour le “riche” à fournir des dons au “pauvre”. Le Roi Sihanouk, de même que tous les hauts fonctionnaires du régime se livrent ainsi périodiquement, devant les caméras, à cette activité obligatoire, associée à un statut social élevé, qui consiste à distribuer sacs de riz et pièces de vêtements à une foule de paysans respectueusement accroupis, lors de fêtes nationales ou de catastrophes naturelles telles que les inondations, nombreuses au Cambodge. Cette redistribution traditionnelle des richesses – fonction que l'Etat n'assume plus – est la forme laïque de l'offrande bouddhique qui consiste, pour les fidèles, à faire des dons aux bonzes en de nombreuses occasions – aumônes quotidiennes aux bonzes mendiant leur nourriture, fêtes nationales ou familiales. L'offrande aux bonzes est, dans le bouddhisme *theravada* pratiqué au Cambodge, la principale source d'acquisition de mérites (*bon*) permettant, dans les existences ultérieures, d'améliorer le cours de la vie selon la théorie de la rétribution des mérites (*karma*)¹.

¹ Les adeptes du bouddhisme recherchent en principe l'extinction, c'est-à-dire leur sortie de la *samsara* (le cycle où les forces vitales s'incarnent, improprement traduit par “renaissance”). Mais la religion bouddhique populaire cambodgienne a adapté et adouci ses objectifs aussi austères que lointains.

Le don possède donc, dans la société cambodgienne, cette triple importance d'honorer le donateur, de lui permettre l'accumulation de mérites bouddhiques et de bénéficier matériellement au donataire. Or, ce don ne suppose, une fois effectué, aucun contrôle de la part du bienfaiteur, contrairement à celui des O.N.G. Il arrive donc que les réticences des O.N.G. occidentales — de surcroît perçues comme très riches au regard des niveaux de vie locaux — à fournir en abondance médicaments et matériel soient mal perçues et réduise leur légitimité. Se soustraire à ce contrôle une fois obtenue une aide matérielle fait partie des objectifs des protagonistes locaux de l'hôpital, d'autant que la supervision étrangère est, rappelons-le, la principale raison qui, pendant le Protectorat français, a éloigné les jeunes Cambodgiens ayant pu bénéficier d'une instruction scolaire des professions médicales.

Il n'est donc pas rare qu'au cours des négociations quotidiennes (ou au cours de réunions plus formelles) entre membres d'O.N.G. humanitaires et personnel hospitalier local, on observe des transactions qui consistent, par exemple, pour les Occidentaux à accepter d'augmenter la fourniture de matériel – souhaité par les Cambodgiens – à condition qu'une formation ou une supervision occidentale soit autorisée ou renforcée dans le même temps. Ce type de contrat et les négociations qu'il suppose – le plus souvent amicales bien que vigilantes – donne aussi lieu à des scènes cocasses où la philosophie du développement est discrètement tournée en dérision par le personnel médical cambodgien comme dans l'observation suivante :

Daniel [médecin] effectue la visite matinale des patients hospitalisés en compagnie de Vuth [médecin assistant]. Il arrive au chevet d'une jeune malade qu'il interroge longuement. Il souhaite à présente l'ausculter mais n'a pas de stéthoscope et en réclame un. L'infirmier cambodgien le lui apporte. Daniel prend le stéthoscope du bout des doigts et s'exclame avec une moue : 'Il a au moins cinquante ans celui-là !' 'C'est le stétho offert par Alliance Enfance [votre O.N.G.]', répond Vuth sans se départir de son impassibilité habituelle. (notes d'observation, dispensaire, juillet 1992)

Dans ces transactions, les O.N.G. qui disposent de la marge de liberté la plus réduite sont les petites organisations “professionnelles”. Elles ne disposent pas, en effet, des avantages symboliques des O.N.G. “caritatives” ou religieuses dont

le type d'aide, proche du don, est facilement interprété dans les cadres culturels de la pensée cambodgienne. Quant aux grandes O.N.G. “professionnelles”, elles disposent, quant à elles, d'un budget leur permettant d'entamer des transactions où elles imposeraient leurs propres exigences de supervision de la qualité des soins. Les petites O.N.G. “professionnelles” n'ont pas, quant à elles, le poids que confèrent des ressources financières importantes tout en revendiquant une supervision et un niveau d'exigence thérapeutique comparable à ceux d'une organisation riche.

Ces objectifs généraux s'expriment au cours d'interactions quotidiennes de face-à-face à l'hôpital, dont les codes des uns et des autres sont différents.

IV – LES MODES D'INTERACTIONS ENTRE OCCIDENTAUX ET CAMBODGIENS

Les interrelations entre étrangers et Cambodgiens à l'hôpital sont d'une complexité propre à tout échange verbal ou non verbal de face-à-face¹ car elles reposent à la fois sur des ethnotypes forgés au cours de l'histoire — et “le Cambodgien” est, depuis le Protectorat, aussi “doux” qu’“indolent”² — sur les conceptions et la morale du travail médical hospitalier ; sur les codes culturels régissant les interactions dans chaque société et, enfin, sur les appréciations de personne à personne, portées par les uns et les autres. Ces interrelations et les règles qui les sous-tendent entrent fortement en compte dans la production collective du travail hospitalier. Cela d'autant plus que le programme de travail concret et les tâches du personnel humanitaire étant peu formalisés – car l'accord signé avec le ministère de la Santé n'entre pas dans les détails de l'activité hospitalière – les contacts quotidiens, au chevet des malades ou au cours de réunions, représentent les occasions principales de définir collectivement les façons de travailler.

¹ Nous nous inspirons ici de l'étude classique d'Erving GOFFMAN, *Les rites d'interaction*, Paris : Les Editions de Minuit, 1974, 231 p. [1ère éd. amér. 1967].

² Alain FOREST, “Les portraits du Cambodgien”, *ASEMI*, 1973, 4, 2, pp. 81-107.

A – La barrière linguistique et les difficultés de communication

La méconnaissance de la langue de l'autre et les difficultés de communication qu'elle entraîne constituent, de l'aveu des Occidentaux comme des Cambodgiens, l'une des sources de difficultés relationnelles les plus importantes à l'hôpital. Dans la décennie 1980, l'apprentissage d'une langue occidentale n'était pas autorisé et les langues les plus couramment apprises étaient alors le vietnamien et le russe. Au début des années 1990, un enseignement privé se met discrètement en place dans les arrière-cours mais il concerne surtout l'anglais dont la connaissance va être de plus en plus perçue comme l'outil de promotion sociale par excellence¹. L'ensemble du personnel paramédical et médical entreprend alors son apprentissage. Le français demeure, depuis le Sangkum, la langue véhiculaire de l'apprentissage de la médecine – ou tout au moins du vocabulaire médical mais seuls les “docteurs” de l’“Ancien régime” sont vraiment francophones. Au moment des observations, les médecins assistants, et, surtout, les infirmiers sont donc uniquement khmérophones et communiquent difficilement avec leurs collègues étrangers qui eux-mêmes n'ont souvent pas appris la langue du pays.

L'intervention de traducteurs peu expérimentés gomme les subtilités et ne rend pas compte des nuances et de l'humour contenus dans les messages verbaux, du fait d'une traduction trop littérale. Celle-ci peut également donner lieu à des quiproquos qui compliquent les prises de décision communes, comme en témoigne l'observation de cette réunion entre la responsable d'une O.N.G. étasunienne et le médecin dirigeant l'hôpital, à propos de travaux à réaliser au sein de l'établissement :

Nancy [la responsable de l'O.N.G.] annonce qu'elle n'est pas favorable à des toilettes avec chasses d'eau, à cause des problèmes d'approvisionnement en eau de l'hôpital. 'Selon les normes, dit-elle, il faudrait trente-cinq toilettes dans l'hôpital. Mais ce n'est pas possible à construire en un jour. Que compte faire l'hôpital pour en construire ?' Le traducteur [khmer-anglais] intervient en général au minimum. Dans le cas présent, il omet de traduire 'selon les standards', ce qui donne 'il faut trente-cinq toilettes dans l'hôpital'. Et l'expression 'construire en un jour', traduite littéralement, a de quoi effrayer M. Sarin [le directeur de l'hôpital], déjà ennuyé par les demandes de Nancy qui vont accroître sa charge de travail. [...] D'autres

¹ Bien que le français ait été l'une des langues officielles de l'A.P.R.O.N.U.C., l'anglais a été, dans la réalité, très largement utilisé et l'étendue de sa pratique a beaucoup progressé pendant cette période.

incompréhensions surviennent au cours de la réunion. Par exemple, à un moment, M. Sarin souhaite souligner l'ambiguïté des propos de Nancy : il ne sait pas si elle parle de frais à la charge de l'hôpital ou de ceux que l'O.N.G. accepte de supporter. Mais l'interprète traduit sa question par : 'qui est en position de décision, concernant les frais, l'hôpital ou l'O.N.G. ?' Nancy répond avec un air d'évidence : 'l'hôpital, bien sûr', ajoutant à la confusion d'une réunion déjà riche en tensions. (notes d'observation, hôpital provincial, juillet 1994)

Le personnel cambodgien interviewé met souvent en cause ses difficultés de compréhension pour expliquer les erreurs qu'il peut commettre dans la réalisation de telle ou telle tâche. Mais ces hiatus sont parfois consciemment mis en œuvre pour contourner une situation de contrôle.

Daniel [médecin] et Phan Sotha [médecin, docteur] reçoivent un jeune malade de vingt à vingt-cinq ans atteint, selon toute vraisemblance, d'une M.S.T. Le jeune homme est très gêné car les deux auxiliaires féminines de soins sont hilares. Après l'auscultation, les deux médecins conseillent au patient d'aller faire un test sérologique à Phnom Penh. A la fin de la consultation, Daniel dit en français à Phan Sotha : 'Dites-lui de mettre un condom la prochaine fois'. Mais Phan Sotha préfère traduire : 'Allez à Phnom Penh faire un test'. Daniel a compris et insiste : 'Mais non ! Traduisez-lui !' Phan Sotha s'exécute. Le jeune malade ne connaît pas les 'condom' et il faut se lancer dans une explication laborieuse qui relance les rires moqueurs des deux femmes¹. (notes de terrain, dispensaire, mai 1992)

Les uns et les autres regrettent d'avoir des contacts réduits avec leurs collègues et de perdre, emportés par les activités et les soucis professionnels quotidiens, l'occasion de développer des relations amicales plus proches, comme le résume cette médecin terminant sa mission dans le camp de réfugiés de Site II : “Cela fait dix-huit mois que je suis là et j'ai l'impression d'être arrivée il y a six mois tant c'est la routine. Il y a les gardes le week-end, il ne reste que la soirée et quelques dimanches. On se repose. On reste à la maison entre expatriés. Je n'ai pas vraiment eu de contact avec les Khmers. Il y a le boulot et puis on quitte l'hôpital à quatre ou

¹ Les préservatifs, avant l'épidémie du SIDA, ne sont guère utilisés au Cambodge et les M.S.T. sont traitées discrètement auprès de soignants masculins. Un pavillon réservé aux bonzes, dans un hôpital de Phnom Penh, attirait ainsi régulièrement des laïcs souffrant de telles affections car les règles monastiques n'autorisent pas le contact physique avec une femme, fut-elle infirmière.

cinq heures¹. Je n'en ai pas eu non plus avec les Thaïs, à cause de la langue, aussi.” Le personnel médical cambodgien éprouve ces mêmes manques, formulant le regret de ne pouvoir disposer d'informations plus approfondies sur les circonstances et les motivations qui poussent les humanitaires occidentaux à venir à leur rencontre, intrigués par ces individus qui désirent s'aventurer de longs mois loin de leur famille, dans un pays peu sûr, pour améliorer la qualité des soins d'un petit dispensaire perdu au milieu des rizières où ils n'ont pas de parent ni de relations. Lorsque des raisons matrimoniales sont en jeu et que l'un des étrangers a épousé une Cambodgienne, les motifs sont compréhensibles. Mais dans les autres cas, l'on s'interroge sur les raisons financières qui sont peut-être à l'origine d'un tel sacrifice, comptant et recomptant, au cours des veillées à l'hôpital et pour le “plaisir de la conversation” (une activité centrale de la sociabilité, appelée *nayayelg*, *niyey leng*), les bénéfices et les dépenses qu'on imagine réalisés par tel ou tel étranger² et les économies qu'il pourra emporter dans son pays afin de se marier et de construire sa maison, projection des propres aspirations des protagonistes de ces conciliabules, en particulier des célibataires, qui concentrent tous leurs efforts dans cette direction. Les barrières linguistiques et culturelles interdisent donc de se livrer à cette obligation primordiale de la courtoisie khmère, appelée “demander” (*sYr*, *sou-eu*), qui consiste à échanger des questions³ codifiées concernant le statut matrimonial, le salaire, l'âge, etc. permettant aux interlocuteurs en interaction de face-à-face de se situer socialement l'un par rapport à l'autre et d'adopter le type de comportement et le niveau de langage convenables.

Mais les difficultés de communication réciproques présentent aussi, dans certaines situations, quelques avantages stratégiques.

¹ Les médecins occidentaux n'étaient pas autorisés à passer la nuit dans les camps de réfugiés (à part à Khao I Dang sous administration du H.C.R.), ce qui limitait d'autant plus leurs relations avec leurs collègues cambodgiens. Ils vivaient du côté thaïlandais de la frontière. Plusieurs des personnes rencontrées là ont souhaité, ensuite, travailler à l'intérieur du Cambodge pour atténuer cette frustration.

² Les budgets imaginaires ainsi comptabilisés sont très éloignés de la réalité tant la disparité est grande entre les niveaux de vie des Cambodgiens et des Occidentaux.

³ Le terme khmer habituellement traduit par “bonjour” est *chum ri-eup sou-eu*, qui signifie “je vous demande”.

B – La mise à distance courtoise des “invités” occidentaux de l'hôpital par les soignants cambodgiens

Georges Balandier, dans son analyse de situations coloniales en Afrique, montre comment le maintien, de la part des colonisés, d'une certaine opacité culturelle consistant à ne pas répondre à toutes les demandes d'explication venant des membres du groupe dominant, représente une mesure efficace de protection contre les interventions extérieures¹. *Mutatis mutandis*, la barrière linguistique, en conservant l'“étrangeté” réciproque, permet de maintenir les Occidentaux à distance sans manquer à la courtoisie due aux “invités” (eP\{v, *phgniou*), terme officiel désignant les étrangers.

Ceux-ci, en accord avec l'hospitalité cambodgienne, sont en effet souvent très bien traités. Dans tel dispensaire privé d'électricité et, donc, de ventilateur, on leur offre la pièce de repos la plus fraîche et il ne manque jamais, au cours de la matinée, une infirmière pour leur offrir un fruit ou leur faire partager un dessert de riz gluant acheté au marché. Et quand un étranger, achevant son service du matin, se joint à un groupe de collègues cambodgiens faisant une brève pause avant de ranger le matériel et de fermer les portes, il est accueilli par cette phrase de bienvenue “vous êtes prié de vous asseoir pour vous distraire” (sUmGg<úyelg, *som angkuy leng*). A l'heure du repas, les humanitaires sont invités à partager à l'improviste le déjeuner des médecins et des infirmiers cambodgiens qui mangent sur place, quitte, pour ces derniers, à réduire leur propre part² et à déposer dans les assiettes des “invités”, selon le geste traditionnel de l'hospitalité, les meilleurs morceaux de viande ou de poisson. Hommes et femmes occidentaux sont traités avec les mêmes égards et sont également dispensés des activités de la cuisine – dont les femmes cambodgiennes se chargent seules, reproduisant ainsi à l'hôpital la division sexuelle du travail domestique.

¹ Georges BALANDIER, *Sociologie actuelle de l'Afrique noire. Dynamique sociale en Afrique centrale*, Paris : PUF, 1982 (1ère partie, “La 'situation coloniale' et sa négation”, pp. 3-72) [1ère éd. 1955].

² Par souci d'économie, celles-ci sont déjà calculées au plus juste. L'effort d'hospitalité est d'autant plus important que la qualité et la quantité du repas sont des considérations très importantes pour les Cambodgiens, conséquence possible des privations endurées sous les Khmers Rouges.

Tout est mis en œuvre pour prévenir les moindres désirs des “invités” et rendre leur présence la plus agréable et la plus confortable possible, mais tout, aussi, dans le registre du langage employé et les manières d’être à leur égard, les éloigne du cercle des proches et des familiers car ils ne sont que des hôtes en relative apesanteur sociale. Le système d’appellation cambodgien qui reflète la structure sociale, organisée en cercles concentriques d’appartenance (la famille, les proches et les voisins, les camarades d’école ou les collègues de travail, la société globale), leur assigne une place aussi originale que marginale. Les Occidentaux, en accord avec leurs propres habitudes, sont en effet appelés – en terme d’adresse comme en terme de référence – par leur prénom seul et non par les appellatifs cambodgiens – titres professionnels, titres honorifiques ou termes de parenté, selon les cas – qui indiquent à chacun sa place relative par rapport à son interlocuteur et l’ancre, avec toute la subtilité sémantique qu’autorisent ces termes d’adresse, dans un rapport social¹. Entre Cambodgiens de l’hôpital, les infirmiers appellent les médecins par leur titre, *lok kru* (əlakRKÚ) pour les hommes et *neak kru* (GñkRKÚ)² pour les femmes, suivi éventuellement de leur nom personnel, tandis que les médecins s’adressent aux infirmiers en utilisant leur noms personnels seuls (si l’infirmier est un cadet ou une femme) ou un titre emprunté au registre de la parenté si l’infirmier est plus âgé.

Cette mise à distance respectueuse des membres des O.N.G., créant un “eux” et un “nous” aux contours subtils, permet également aux Occidentaux d’être mis en scène, d’être placés “sous les feux de la rampe”, pourrait-on dire, grâce à l’utilisation de leurs propres règles sociales de l’interaction – lesquelles autorisent et valorisent la mise en avant de l’individu et son expression personnelle, tandis que les

¹ Nous avons développé cet aspect de l’identité cambodgienne dans “Noms personnels et termes d’adresse au Cambodge. L’individu et ses sphères d’appartenance”, in Josiane MASSARD-VINCENT et Simone PAUWELS (dir.), *D’un nom à l’autre en Asie du Sud-Est. Approches ethnologiques*, Paris : Karthala, 1999, pp. 245-274. Cette observation générale souffre une exception : les étrangers âgés de plus de cinquante ou soixante ans sont appelés du terme respectueux de parenté “grand-père” (*ta*, *ta*) ou “grand-mère” (*yiey*, *yay*).

² *Kru* s’applique à toute personne possédant un savoir, y compris les médecins traditionnels, les *kru khmaer*.

Cambodgiens, dans les “relations inter-ethniques” à l'hôpital, choisissent le retrait et l'observation de leur vis-à-vis, en encourageant celui-ci à s'exprimer le premier. Même si, dans ce domaine également, les tempéraments individuels provoquent des situations contrastées, ce mode d'interaction est clairement observable dans les réunions où les objectifs des uns et des autres s'opposent, comme dans l'épisode suivant dans laquelle les partenaires cambodgiens cultivent une attitude attentiste face à Nancy, la responsable américaine d'une organisation humanitaire médicale évoquée plus haut :

Il est frappant de constater que les Cambodgiens de l'hôpital se sont assis d'un même côté de la table de réunion, avec de droite à gauche, le directeur de l'hôpital, le comptable et le technicien. Tandis qu'en face sont assis (dans cet ordre) Nancy, moi et l'interprète cambodgien de l'O.N.G. Comme d'habitude avec ses collègues cambodgiens, c'est elle qui mène la réunion. Elle aborde les sujets les uns après les autres et les Cambodgiens se contentent de répondre. Ils ne parlent que sur sollicitation, de sorte que toute la conversation pèse sur l'Américaine. (notes de terrain, hôpital provincial, juillet 1994)¹

Cela se produit également au chevet du malade :

C'est Daniel [le médecin de l'O.N.G.] qui dirige la visite du matin des patients hospitalisés. Vuth [le médecin assistant] ne se manifeste guère de lui-même, pas plus que l'infirmier. C'est toujours Daniel qui décide du mode d'interaction. S'il s'exprime en khmer, c'est qu'il choisit un échange direct avec le patient ('où avez-vous mal?', 'est-ce que vous avez de la température?', 'est-ce que vous avez mangé ce matin?'). S'il pose des questions en français en regardant le malade, Vuth comprend qu'il doit servir d'interprète. Enfin, Daniel choisit parfois l'interaction simple avec Vuth et le manifeste en se tournant vers lui et en parlant français. Le médecin assistant s'adapte à ces différents types de communication, qui peuvent changer plusieurs fois au cours de la visite d'un même patient. (notes d'observation, dispensaire de district, avril 1992)

Cette habitude de calquer son attitude sur les demandes et les exigences des humanitaires, correspond également à une “économie d'énergie” personnelle en accord avec l'investissement personnel limité que le personnel local entend avoir à l'hôpital. Mais la parcimonie des efforts est également liée à une

¹ De ce point de vue, on note une différence avec le personnel humanitaire japonais dont le code de bienséance demande également la mise en retrait individuelle.

conception du corps et de l'être que les "professionnels" cambodgiens partagent avec les "profanes". Le corps est en effet perçu comme fragile et vulnérable dans un contexte social hostile. Le potentiel physique, la "force" (*komlang*, *kmøMag*) doit être entretenue car elle représente une ressource ultime et précieuse autant que limitée. Répercussions probables des conditions de vie extrêmes vécues sous le régime khmer rouge, le fait de se nourrir correctement, de se reposer quand cela est possible et de limiter ses efforts physiques – lesquels, de surcroît, ne s'accordent pas avec le statut social d'un intellectuel, médecin ou un infirmier¹ – sont considérés comme de première importance. Voir les Occidentaux "s'agiter" et observer la débauche d'énergie dont ils font preuve à l'hôpital est, de ce fait, une source ambiguë d'admiration mêlée d'incompréhension.

C – La "face" et le retrait : les règles de l'interaction sociale cambodgienne

La force d'inertie que peut opposer le personnel local aux humanitaires représente, par ailleurs, une forme d'expression du refus selon le code cambodgien de la bienséance. Ces règles de conduite dans l'interaction, très différentes pour les uns et les autres, demandent un moment d'adaptation réciproque et le personnel humanitaire occidental fraîchement arrivé fait souvent l'épuisante et amère expérience du freinage. Une certaine proximité culturelle semble se manifester, en ce domaine, entre Cambodgiens et Japonais, comme le dit un médecin auquel nous avons demandé de comparer, sur le plan des relations professionnelles qu'il avait entretenues avec les uns et les autres, Japonais et Occidentaux : "Les Japonais sont doux, flexibles (*Tn'Pøn', toun phloun*) comme les Khmers. Ensuite, cela dépend de chacun, il y a des gens bien et des gens moins bien." En effet, dans les interactions publiques et en particulier professionnelles, il convient de rechercher l'harmonie et l'accord avec l'interlocuteur en évitant de le contredire devant autrui. Le ton qui sied dans ce type de communication – entre personnes de statut social comparable – est celui d'une voix calme et douce, particulièrement valorisée de la part des femmes. L'agressivité, la recherche de la confrontation et l'expression exacerbée d'émotions

¹ "Efforts physiques" est pris ici dans le sens d'utilisation de la force physique car le personnel hospitalier est astreint à de longues gardes, en plus du service hospitalier ordinaire et de la pratique privée exercée après le travail.

sont les signes d'une perte de contrôle de soi peu appréciée, qui révèle une personne au tempérament "léger" (citpRsal, *chet sral*¹). L'expression de la contradiction dans l'interaction risque, d'autre part, de faire perdre la face (:t'mux, *bat mouk*) à l'interlocuteur en l'obligeant à regarder son erreur, ses faiblesses ou ses défauts, comportement vigoureusement proscrit en interaction publique de face-à-face.

Or l'expression verbale ou non verbale (moue, froncements de sourcils) d'une divergence de vues fait partie intégrante du mode de communication occidental car elle incarne des valeurs de dynamisme, d'affirmation personnelle ou encore, elle peut constituer un moyen de négociation comme cela est particulièrement net dans l'observation, présentée ci-dessous, d'une réunion, intervenue dans un contexte particulièrement tendu car l'organisation humanitaire et la direction hospitalière attendaient mutuellement un effort matériel plus important de la part de l'autre :

Nancy - Il faudrait remplacer le générateur.

Le directeur - Oui (bath, :ṽ²).

Nancy - Comment allez-vous faire ?

Le directeur - Je ne sais pas.

Nancy - Mais vous avez de l'argent pour ça !

Le directeur - Nous n'avons pas d'argent pour cela.

Nancy - Mais si ! Le budget alloué à l'hôpital.

Le directeur - Notre budget sert aux salaires et aux médicaments. Les médicaments commandés [à la pharmacie centrale de Phnom Penh] vont bientôt arriver [et il faudra les payer sur ce même budget]. Ils sont déjà dans la province depuis lundi [à la pharmacie provinciale].

Nancy - Ah bon ! Ils sont là depuis une semaine déjà ?! Je n'étais pas au courant !

Le directeur - Ils ne sont pas à l'hôpital. Ils sont dans la province mais il faut une signature du Comité [Populaire de la Santé] pour qu'ils soient délivrés à l'hôpital.

¹ *Chet* (parfois improprement traduit par "cœur") désigne le siège des sentiments, situé dans la région du foie. "Léger" signifie, si nous risquons une explication imagée, que le moindre souffle d'air (la moindre contrariété) suffit à soulever le siège des sentiments comme une feuille de papier et à provoquer la colère. Le tempérament opposé est dit "lourd" (citpZán').

² Notons que le *bath* (locuteur masculin) et le *cha* (locuteur féminin) habituellement traduits par "oui" n'a pas de valeur affirmative en khmer mais constitue un terme courtois et neutre de l'échange verbal signifiant que l'on a bien entendu son interlocuteur.

Nancy - Eh bien, si vous avez des médicaments, notre O.N.G. n'a plus besoin d'en fournir¹ ! (notes de terrain, hôpital provincial, septembre 1994, entretien en anglais et en khmer)

A côté de ces réunions sur la gestion de l'hôpital qui se déroulent à huis clos, ces mêmes codes de communication décalés peuvent avoir lieu au chevet du malade où la discussion s'impose d'autant plus, pour le superviseur occidental, que les visites collectives des malades hospitalisés sont l'occasion d'améliorer les diagnostics et de réviser les connaissances.

Visite du matin. La patiente est une jeune fille de vingt ans environ qui souffre de constipation. Daniel [le médecin de l'O.N.G.] s'attarde à son chevet et prend sa feuille, suspendue au bout de son lit. La courbe de température lui pose problème. 'C'est bizarre', dit-il en portant sa main à son menton en signe de préoccupation. La mère de la patiente suit avec attention chacun de ses gestes. Deux diagnostics ont été posés, lit Daniel sur la feuille de la malade, ceux de typhoïde et d'ulcère. Il s'en étonne (sans changer d'intonation, de la voix calme, douce et monocorde qui lui est habituelle mais en fronçant les sourcils) et demande à l'infirmier combien de temps il prend la température. Ce dernier se trouble, rougit. 'Cinq minutes', répond-il un peu au hasard, pour ne pas rester silencieux car il sait que les questions françaises sont toujours directes et exigent une réponse précise et claire. Daniel insiste auprès de Vuth [le médecin assistant] : 'Alors, pourquoi vous posez un diagnostic de typhoïde s'il n'y a pas de température ?'. Après un moment de flottement, Vuth finit par lui répondre qu'il n'en sait rien. (notes d'observation, dispensaire, avril 1992)

L'intervention d'un médecin humanitaire dans la relation entre un médecin cambodgien et son patient, au cours des consultations externes, provoque souvent le retrait du second qui manifeste ainsi le souci de maintenir indépendante sa propre relation thérapeutique. Le contrôle informel est facilité par l'exiguïté des locaux des dispensaires qui oblige les médecins, au moment de l'afflux des patients à la consultation externe, à recevoir ces derniers à plusieurs dans la même pièce. Un exemple clair de ce type d'attitude est donné par Vuth, un médecin assistant qui, en présence du médecin français, s'extrait symboliquement de la nouvelle relation médecin-malade créée par ce dernier en abandonnant son rôle médical, pour se contenter d'un strict rôle d'interprète.

¹ Ce propos est délibérément provocateur car les fournitures de la pharmacie centrale sont notoirement insuffisantes pour couvrir les besoins d'un hôpital provincial.

Vuth reçoit une femme avec une petite fille en larmes dans les bras. Daniel arrive alors. Il regarde la petite assez longtemps et suspecte une rougeole après l'interrogatoire qu'il pratique par l'intermédiaire de Vuth. La conversation est plus animée que celle que Vuth avait précédemment avec la mère. Daniel pose de nombreuses questions et Vuth se contente de traduire. 'Dites à la mère que si elle avait fait vacciner l'enfant, elle ne serait pas malade aujourd'hui.' Vuth traduit. 'J'étais au travail le jour de la vaccination', répond la femme. 'Et les autres mères, elles ne travaillent pas les jours de vaccination ?' Vuth traduit, toujours imperturbable. 'Je l'ai fait vacciner une fois mais on ne l'a pas écrit dans le carnet'. 'Une fois, ça ne sert à rien, il faut le faire trois fois', fait traduire Daniel. La conversation se prolonge ensuite pendant un quart d'heure sur l'hygiène et le régime alimentaire de l'enfant, à propos duquel Daniel se pose tout haut des questions d'ordre culturel, sur les tabous éventuels qui expliqueraient pourquoi la mère ne donne pas de bœuf à son enfant. Vuth traduit mécaniquement toute la conversation, comme s'il était ailleurs, mais n'intervient à aucun moment, même pour fournir une explication à Daniel sur l'alimentation de la fillette malade. (notes d'observation, dispensaire, mai 1992)

Nous avons ainsi tracé le cadre hospitalier dans lequel ont eu lieu nos observations et nous l'avons défini comme un espace d'interactions et de négociations entre personnels local et humanitaire. Cela permet de mieux comprendre comment le travail quotidien s'y déroule, sur le plan des statuts, des hiérarchies et des rôles sociaux des protagonistes de l'hôpital (qu'il s'agisse des médecins, des infirmiers ou des patients) mais aussi du point de vue de la production concrète des soins médicaux et paramédicaux et de l'organisation du travail, qui sont déterminants dans la relation thérapeutique.

CHAPITRE II

STATUTS SOCIAUX, STATUTS PROFESSIONNELS

I – L'ORGANISATION DU TRAVAIL HOSPITALIER

A – Organisation hospitalière formelle et informelle

Les établissements hospitaliers cambodgiens sont devenus, au fil des années suivant l'instauration de la République Populaire du Kampuchea en 1979 puis de l'Etat du Cambodge en 1989, les lieux privilégiés de l'expression de la fissure entre les promesses d'un Etat-Parti socialiste de plus en plus démissionnaire quant aux services publics mais maintenant cependant son pouvoir d'une main ferme et soucieux, pour cette raison, de voir préservées les apparences et conservé le mythe d'un Etat-providence prodiguant des soins à tous. De ce fait, le décalage entre les fonctions manifestes et les fonctions latentes de l'hôpital, entre son organisation formelle et son fonctionnement informel, s'est accentué.

Censés offrir des soins gratuits à l'ensemble de la population et constituer, au niveau des provinces, des districts et des communes, des bases d'appui pour l'éducation et la surveillance sanitaires de la population, les établissements de soins se sont trouvés être – pour ceux qui accueillaient encore des patients – les symboles de l'Etat-Parti et remplir des fonctions socio-politiques aussi importantes que leurs fonctions thérapeutiques. La venue au travail, au moins de temps en temps pour les plus réticents, est devenue le symbole d'une fidélité – plus ou moins enthousiaste et plus ou moins volontaire – au Parti et la condition pour continuer à bénéficier du statut de fonctionnaire et émarger sur les listes du ministère de la Santé. La transformation du Parti, maître d'œuvre de la fonction publique, en parti de

masse¹ ainsi que le maintien d'effectifs importants d'étudiants à la Faculté de médecine et à l'école des cadres sanitaires a contribué à augmenter le nombre des professionnels de santé avec la conséquence positive, du point de vue du personnel, qu'elle a favorisé l'absentéisme (nécessaire pour trouver des revenus complémentaires) en permettant l'organisation informelle de tours de service. Les O.N.G. occidentales n'ont souvent vu qu'une mauvaise organisation dans ces arrangements complexes entre logiques politiques, personnelles et thérapeutiques parfois contradictoires. De ce point de vue, la tâche principale qu'elles se sont assignée a été de faire coïncider les activités réelles de l'hôpital avec ses objectifs affichés, tant sur le plan de la gratuité des soins que du respect du service médical effectif.

En particulier, la pratique médicale privée telle qu'elle est exercée discrètement par les médecins et les infirmiers, prend en effet trois formes différentes. Elle peut d'abord avoir lieu au "devant de maison" (*neou mouk phteah*, en Amuxp្រH)² ou au domicile des patients, habitude qui s'est développée dans les provinces où l'encadrement politique était le moins rigide pour se répandre ensuite dans les autres, au fur et à mesure que la doctrine de la libéralisation a gagné³. Elle peut également prendre la forme de réception des malades après les consultations externes, quand l'hôpital est assoupi aux heures chaudes de l'après-midi ou quand chacun vaque à ses occupations personnelles en début de soirée. Enfin, elle peut consister en un cadeau offert spontanément par les patients ou sollicités par les soignants.

Or, le personnel humanitaire est généralement hostile à la perception d'honoraires occultes au sein de l'hôpital. Il milite au contraire soit pour des

¹ Rappelons que le Parti est resté très élitiste jusqu'à la préparation des élections de 1993, date à laquelle il s'est transformé, pour des raisons électoralistes, en Parti de masse invitant en particulier tous les fonctionnaires à adhérer.

² C'est le nom donné aux cabinets privés qui sont situés au domicile même des médecins, qui réservent partiellement ou en totalité la pièce de devant de leur "compartiment chinois", terme désignant les appartements dans les immeubles typiques de l'architecture urbaine d'Asie du Sud-Est.

³ Fin 1994, dans une province comme Kompong Speu, dont le gouverneur était pourtant membre du Parti du Peuple Cambodgien, les cabinets commençaient de s'afficher et le fils du vice-gouverneur lui-même possédait sa propre "clinique privée", une pièce sommaire construite dans la cour de la maison.

prestations gratuites, soit pour le recouvrement des coûts hospitaliers¹, ce qui demande de connaître avec précision les sommes réellement dépensées par les patients en fonction de leurs ressources et celles qu'ils sont prêts à dépenser, afin de fixer des tarifs acceptables. Cette franche divergence dans les objectifs des uns et des autres oblige les soignants cambodgiens à des efforts continuels pour masquer les rétributions dont ils sont les bénéficiaires. Cela contribue à entretenir un climat d'observation mutuelle où l'anthropologue tient parfois une place délicate car il peut être tour à tour sollicité pour décrire des pratiques proscrites et prié de “tenir sa langue”. Les soignants cambodgiens doivent donc, sur ce plan également, s'adapter aux habitudes des humanitaires et s'efforcer de fixer rendez-vous à leurs clients personnels pendant l'absence des Occidentaux, avec les incidents toujours possibles, résultant des imprévus et les conséquences que cela entraîne pour les patients, obligés d'attendre ou de revenir.

La sollicitation et l'acceptation de dons de la part des patients, est un sujet de discussion également car il est exclu pour les soignants cambodgiens comme pour leurs clients, que les premiers ne soient pas dédommagés de leur travail, même de façon modeste. Il semble que, sur ce plan, les habitudes soient très diverses d'un établissement à l'autre, certains soignants affirmant, pour se justifier, que “les malades donnent ce qu'ils veulent” (et cela rappelle le principe du don aux moines et aux médecins traditionnels), tandis que des patients accusent à voix basse certains hôpitaux de pratiquer des tarifs occultes prohibitifs (en particulier pour les opérations car elles impliquent plusieurs soignants) ou de négliger ceux qui ne peuvent payer cher. Dans tous les cas, le patient verse la somme à la fin de la consultation, de façon plus ou moins discrète, selon qu'il connaît les positions de l'O.N.G. ou, au contraire, les ignore. Cette nécessité d'un échange discret contribue à poser le problème de la légitimité des médecins vis-à-vis de leurs patients dans un contexte où les critiques du corps médical sont déjà répandues.

¹ Prescrite par l'Initiative de Bamako, la participation financière des patients commence à être appliquée dans quelques établissements. D'autres se montrent réticents. Dans les dispensaires de campagne que nous avons visités, elle est minime et permet uniquement d'offrir une petite prime au personnel ou de contribuer très partiellement aux frais de fonctionnement.

Outre le respect d'un service public gratuit – ou du moins accessible à tous – l'effort des organisations humanitaires que nous avons observées porte sur la présence effective au travail dans le but de maintenir un service médical continu. Les réunions de service auxquelles participent les Cambodgiens et les Occidentaux permettent aux seconds de tenter de pénétrer l'opacité de l'organisation et de corriger les plannings de travail, de façon à les rendre plus conformes à la réalité, même s'il faut pour cela revoir à la baisse les temps de présence pour tenir compte de la recherche indispensable de revenus hors de l'hôpital. Ce travail permanent d'adéquation entre organisations officielle et officieuse est sans cesse à renouveler car il ne prend pas en compte cette donnée fondamentale qu'est l'interférence continuelle – et considérée comme tout à fait normale en milieu cambodgien – entre contraintes professionnelles et contraintes domestiques ou familiales, comme l'illustre la description de la réunion suivante entre gynécologues et sages-femmes :

Christiane [sage-femme française] demande qui est d'accord pour aller travailler à Sleuk [une annexe du dispensaire] une fois par semaine. Personne ne répond. Elle demande à Thida [sage-femme cambodgienne] qui est d'accord. Elle demande également à Vodey [autre sage-femme cambodgienne] car “on ne la voit qu'un jour par semaine à l'hôpital”, dit-elle. Vodey s'explique : “J'habite chez mon frère, je suis obligée d'aider au travail de la maison et à la garde des enfants”. La conversation s'éternise et Vodey finit par être désignée pour Sleuk (notes d'observation, dispensaire, juillet 1992).

Or, comme le montre également l'exemple précédent, le personnel cambodgien a des disponibilités différentes en fonction de son insertion locale et, de façon très marquée, de son statut matrimonial. En effet, alors que certains sont natifs de la région, voire de la petite agglomération (le “marché”, *phsar*) où est construit l'hôpital ou le dispensaire, d'autres, parmi les plus jeunes, ont été nommés par le ministère et n'ont pas d'attaches locales. Les premiers disposent en général d'une clientèle privée importante et sont beaucoup moins disponibles que les seconds pour le travail hospitalier tandis que ceux-ci, vivant à plein temps au sein de l'hôpital et ne le quittant que pour les congés, comptent plutôt sur les clients du service public pour compléter leurs revenus. On note d'autre part qu'aux jeunes filles sont souvent confiées les tâches supplémentaires, comme dans l'observation ci-dessus, en raison de leur statut de cadette, et que le mariage leur confère au contraire une autorité

professionnelle supplémentaire – autorité que l'on peut voir s'exercer presque du jour au lendemain par les jeunes femmes après leur mariage, quand la modification vestimentaire (*sampot* allongé, talons plus hauts, maquillage accentué passant de tons roses, pour le rouge à lèvres et le vernis à ongles, à des rouges sombres) s'accompagne d'une assurance personnelle plus grande.

Au-delà de cette action générale sur les hôpitaux cambodgiens et les conséquences qu'elles impliquent pour le personnel cambodgien, le programme humanitaire d'aide médicale, dans la décennie 1990, se répartit le plus souvent en trois domaines d'intervention que sont la réhabilitation des locaux, l'approvisionnement en médicaments et, enfin, la formation médicale, comprenant éventuellement un enseignement magistral mais consistant surtout en une supervision quotidienne destinée à améliorer la qualité des soins. Chacune des étapes de ce travail représente un enjeu de la négociation entre humanitaires et personnel local, faisant apparaître nettement les différences liées aux identités et aux rôles professionnels.

B – Humanitaires occidentaux et personnel médical cambodgien : la mise à jour d'enjeux professionnels différents

1 – Entretien du matériel et hygiène hospitalière : le “sale boulot”

La réhabilitation, première tâche réalisée par les organisations humanitaires médicales se voyant “attribuer” un établissement hospitalier par le ministère de la Santé, consiste à remettre en état les bâtiments délabrés et sous-équipés. L'ampleur du travail est adaptée aux possibilités financières et techniques de chaque O.N.G. et s'échelonne de la rénovation d'une infirmerie de campagne ou d'un service hospitalier, aux vastes chantiers que représentent les hôpitaux construits sous le Sangkum (hôpital Calmette, hôpital National Pédiatrique, hôpital de l'Amitié khméro-soviétique). Le maître d'œuvre de ce travail est le “logisticien” dirigeant des ouvriers cambodgiens (voir un exemple de travaux réalisés dans un dispensaire, page suivante).

Document 3 – Travaux de réhabilitation dans un dispensaire (notes de terrain)

“Le projet comprend la réfection des locaux (réfection du toit, colmatage des fissures, mise à niveau des sols, pose de carrelage, construction de paillasse dans les salles de soin et le laboratoire, ravalement de façade, installation d'une cuisine collective, peintures, etc.) et la ‘sanitation’, qui est devenue l'une des tâches principales des logisticiens (fosse septique, incinérateur des déchets hospitaliers, arrivée d'eau potable par château d'eau et pompe, douches). Le système électrique devait reposer entièrement sur l'énergie solaire mais des difficultés d'approvisionnement à Bangkok ont fait opter pour un générateur électrique classique qui actionnera aussi la pompe à eau. Seul l'éclairage sur pile solaire est conservé. Cela indique les options idéologiques de l'aide.

Les travaux, réalisés par des ouvriers de Tonlé sous la direction du logisticien, ont commencé en février 1991. En six mois, le dispensaire a pris un nouveau visage qui ravit son directeur. La façade, en jaune ocre, est accueillante. Le terrain qui, derrière le dispensaire, descend sur cinquante mètres jusqu'au Mékong est débarrassé des déchets hospitaliers qui le jonchaient. Le directeur propose d'apposer une plaque à l'entrée de l'hôpital, en remerciement de l'aide d'Alliance Enfance. Les aménagements se poursuivent un an après (avril 1992). Les salles de repos où couche le personnel venu de Phnom Penh sont ouvertes depuis peu à l'étage.”

En quelques mois, les hôpitaux changent ainsi de visage avec des implications multiples sur les activités cambodgiennes qui s'y déroulent. Ils exercent immanquablement un attrait nouveau sur les patients et deviennent des lieux d'activité plus agréables et plus efficaces pour le personnel mais cela entraîne également un surcroît de travail car les humanitaires entendent voir entretenus régulièrement les locaux remis à neuf ainsi que le matériel fourni. Cela est plus ou moins bien ressenti car l'attribution de ces tâches d'entretien fait “remonter à la surface” un certain nombre de difficultés majeures, liées au flou des rôles professionnels. En effet, le personnel d'entretien n'existe pas, héritage de la période socialiste qui faisait obligation à toutes les catégories d'employés des hôpitaux de participer au travail manuel (*polakam*, ព្រឹក្សា). La directive est un peu tombée en désuétude même si, de temps en temps et sous l'impulsion d'un Occidental, l'on peut voir le directeur lancer un appel général et, balai à la main, prendre la tête du “travail manuel”. Mais ces initiatives sont rares sans qu'un personnel affecté à cette tâche subalterne, considérée par les médecins et les infirmiers cambodgiens comme peu compatible avec leur statut, ne soit embauché.

De ce fait, hôpitaux et dispensaires présentent d'ordinaire l'aspect désolé de bâtiments laissés à l'abandon, tandis que dans les salles s'entasse la poussière apportée du dehors par les fenêtres ouvertes, au grand dam des Occidentaux pour lesquels la propreté et l'hygiène constituent les principes de base de tout travail hospitalier. Après avoir suivi avec enthousiasme la progression des travaux, ces derniers éprouvent la satisfaction d'avoir investi temps, argent et effort dans une entreprise utile et cette étape de la rénovation est importante dans leur appropriation de l'hôpital. Celle-ci contribue d'ailleurs à l'attraction du travail humanitaire au Cambodge car une telle appropriation est beaucoup plus difficilement réalisée en France. Le personnel cambodgien, quant à lui, ne considère pas cette structure publique comme sienne : elle reste en effet l'émanation d'un Etat inspirant méfiance car il est source de contrôle (politique et professionnel) et de perte de temps dans un emploi du temps quotidien souvent chargé – en particulier celui des femmes. Les humanitaires en conçoivent de la déception, comme celle, amère, exprimée par ce “logisticien” :

On a refait à neuf le bloc opératoire. Il était nickel et les Cambodgiens étaient contents mais un jour, une fuite d'eau a commencé à

ravager la peinture toute neuve. Personne ne m'a prévenu. La climatisation a été entamée, il y avait une coulée de moisissure sur le mur. Autre exemple, le lavabo était bouché dans cette même salle d'opération. Je n'ai même pas été averti. Il suffisait pourtant de dévisser le siphon et il y a quelqu'un pour ça à l'hôpital. Le personnel de l'hôpital veut du matériel mais quand il en obtient, il n'est pas soucieux de le conserver. Moi je les place en face de leur responsabilité. Un jour, personne ne voulait balayer la cour. Tout le monde me renvoyait à quelqu'un d'autre... jusqu'au directeur. Je lui ai demandé en colère pourquoi ils agissaient ainsi : il a souri sans répondre. Pourtant, ajoute Christian, quand il s'agit de leurs intérêts privés, ils savent se débrouiller. Ce n'est pas un problème d'incompétence. (Conversation informelle, hôpital provincial aidé par une grande O.N.G. "professionnelle" française, février 1991)¹

L'hygiène est aussi le domaine par excellence des conceptions ethnocentriques. "Ils ne savent pas nettoyer, de toute façon. Ils balayent seulement. Ils passent un peu d'eau par terre avec un chiffon qui fait toute une pièce sans qu'on le rince", dit une médecin américaine.

Or, sous la pression collective, ce sont souvent les infirmiers qui sont désignés pour le "sale boulot" (*dirty work*), comme Everett Hughes appelait le travail dévalorisé, associé aux déchets, que personne ne veut faire et les stratégies d'évitement qui lui sont associées². En l'absence d'aides-soignants et de personnel d'entretien assigné à cette tâche, les Occidentaux se tournent vers les infirmiers cambodgiens et tentent de les réconcilier avec un travail manuel censé ajouter à la dignité de la fonction (et non sa dégradation) car "le travail infirmier, c'est d'abord un travail manuel", dit l'un d'entre eux. Les propos des humanitaires sont ainsi ponctués de références à cette morale du travail médical humanitaire incluant les efforts physiques, comme ces remarques de Suzanne et Alain, une infirmière et un médecin suisses évoquant la distribution des tâches dans "leur" dispensaire :

¹ Notons que ses difficultés professionnelles n'ont pas empêché ce logisticien de passer de nombreuses années au Cambodge en renouvelant systématiquement ses contrats de travail.

² Everett HUGHES, *Men and their work*, Westport : Greenwood Press, 1958, 184 p. On trouve une application de la notion de *dirty work* dans une étude consacrée aux aides-soignantes françaises. Anne-Marie ARBORIO, *Les aides-soignantes à travers l'hôpital : trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, Thèse pour le Doctorat de Sociologie, EHESS, 1996, 500 p.

- *Suzanne (s'adressant à moi) : J'ai réussi à faire déplacer Naline [une infirmière d'Etat] qui était aux registres [d'entrée des patients] à mon arrivée ici. Elle s'ennuyait et elle avait vraiment envie de faire autre chose, d'autant que c'est une bonne infirmière.*

- *Alain (m'expliquant la remarque de Suzanne) : Ici, les gens les plus diplômés, on les met à ne rien faire, à la paperasserie. Plus on est diplômé, plus on a un poste élevé et moins on travaille physiquement.*

Noëlle, une infirmière qui essaie de réfléchir à la revalorisation du métier infirmier au Cambodge, a expérimenté la technique de la vidéo pour “redonner de la fierté aux filles. Je les ai filmées dans la salle n°3 repeinte à neuf, toutes dans leur bel uniforme blanc, faisant correctement les gestes infirmiers. Puis je leur ai montré le film pendant un cours. Elles étaient contentes de se voir dans ce cadre”.

De la même façon, les médecins cambodgiens sont favorables à la prise en charge du travail d'entretien par les infirmiers. Dans la mesure où le personnel paramédical est souvent féminin alors que les médecins sont plus souvent des hommes – malgré une féminisation de la profession dans la période socialiste – cette attente correspond en grande partie à une division sexuelle du travail hospitalier reproduisant l'univers domestique¹. Après avoir entamé une phase de professionnalisation sous le Sangkum, le métier infirmier se trouve donc moins valorisé aujourd'hui. La preuve de l'identification entre tâches infirmières et travail domestique est fournie par le fait que les médecins recevant chez eux des patients en consultation voire même en “hospitalisation” privées, s'appuient souvent sur leur propre épouse pour assurer l'entretien de la pièce de consultation et, également, pour prodiguer aux malades les soins paramédicaux². Ils considèrent que les frais occasionnés par l'embauche d'un infirmier sont inutilement lourds pour leur cabinet de “devant la maison”. A l'hôpital, la surveillance des malades n'est de toute façon pas prise en charge par les médecins qui, en l'absence d'infirmiers, prient l'entourage du patient de se charger du nettoyage de ses plaies, de la pose de ses pansements, tout comme du nettoyage des salles communes.

¹ Il semble que les tâches infirmières étaient plus valorisées sous le Sangkum et que le métier avait, comme en Occident, entamé sa professionnalisation.

² Dans un cas, l'épouse était elle-même médecin et se livrait donc, à domicile, à un travail infirmier pour son mari.

Les infirmiers et les infirmières, quant à eux, sont hostiles à la réalisation des tâches d'entretien et s'efforcent de les éviter du mieux qu'ils le peuvent. Leur statut déjà mal assis étant en jeu, ils ne peuvent se permettre de faire le ménage devant des patients qui, dans les infirmeries et les dispensaires, sont majoritairement des paysans à la position sociale moins élevée que la leur. L'idéal humanitaire qui veut que chacun "retrousse ses manches", dans un égalitarisme fraternel que l'on ne trouverait certainement pas dans un hôpital occidental, se heurte là à la hiérarchie socio-professionnelle locale et au bas statut du travail manuel. Les infirmiers ignorent donc les injonctions générales à nettoyer et demandent eux-mêmes aux familles des patients hospitalisés de réaliser les travaux ménagers (nettoyage des sols, transport de l'eau, vidage des crachoirs¹), ce qu'ils font généralement avec bonne volonté. Mais ce report partiel des tâches sur les familles des malades ne résout pas la question de l'entretien du matériel médical qui, elle, reste entière.

Le "sale boulot", dans la conception du personnel paramédical local, s'étend également aux activités peu gratifiantes liées à l'hygiène hospitalière et aux règles d'asepsie. Et c'est là l'un des points de friction majeurs avec les infirmiers et les médecins étrangers. L'importance accordée par ces derniers à ce travail d'hygiène est, en effet en accord profond avec les objectifs du développement qui privilégient la réalisation de gestes simples mais efficaces et peu coûteux, comme premier progrès médical à l'hôpital. Or, pour les infirmiers cambodgiens, le nettoyage du matériel, la stérilisation des instruments, la vigilance dans leur utilisation pour s'assurer du maintien de la stérilité, le changement régulier des pansements, etc. constitue un travail aussi prenant et minutieux qu'invisible, donc non rétribué sur le plan matériel ou symbolique. Un faisceau de facteurs explique qu'il n'est pas toujours réalisé comme le souhaiteraient les superviseurs occidentaux.

La première raison tient à la pénurie d'énergie, rendant parfois difficile la stérilisation du matériel quand l'électricité manque ou que la provision de bois est épuisée. La seconde est liée au fait que les gestes infirmiers constituent une routine

¹ Les vieilles femmes sont de grandes consommatrices de chiques de bétel (préparées avec une noix d'arec et de la chaux) provoquant une forte salivation de couleur rouge.

qui n'a pas toujours été intériorisée au cours de la formation. Les premiers infirmiers dits primaires, formés au début de la R.P.K., n'ont suivi que quelques mois d'école. A l'observation de séances de cours donnés à l'hôpital, on peut penser qu'ils ne sont pas familiarisés avec la théorie microbienne et ne sont pas vraiment convaincus de l'utilité de répéter systématiquement des gestes infirmiers contraignants. Un chirurgien cambodgien qui, n'entretenant pas de rapport "didactique" avec "ses" infirmiers (à l'inverse des humanitaires) et n'ayant pas l'autorité professionnelle nécessaire pour faire respecter ces règles d'hygiène hospitalière, nous a expliqué avoir pris d'autres dispositions contre les entorses aux règles de l'asepsie, telle l'administration de fortes doses d'antibiotiques à ses patients pour prévenir les risques d'infection. Enfin, la troisième raison expliquant les réticences des infirmiers tient à leurs rapports avec des patients peu à même d'apprécier les efforts ainsi réalisés et de s'en montrer reconnaissants.

Les négociations à ce sujet entre Occidentaux et Cambodgiens peuvent être énergiques voire, à l'occasion, tonitruantes. Elles peuvent aussi prendre les voies de la séduction : "Ils le font pour me faire plaisir", dit une infirmière occidentale. Ou bien, elles peuvent consister en un discret rappel "à l'ordre" d'un simple froncement de sourcils car tout se passe comme si le personnel occidental était le gardien de l'asepsie à l'hôpital :

Thida [sage-femme] fait la consultation externe de gynécologie. Elle appelle Vuth [médecin assistant chargé de la gynécologie] qui se trouve dans la salle d'à côté car elle aimerait lui soumettre le cas de sa patiente. Comme il ne répond pas après plusieurs essais, elle fait quelques pas en direction de la pièce voisine, avec ses pinces à la main [qui lui ont servi à tenir un coton]. Petite grimace de Christiane [sage-femme]. Thida s'arrête immédiatement. Vuth arrive. Il enfle un gant sur la main droite et l'ajuste de la main gauche (qui est nue). Réflexion de Christiane : "Mais le gant n'est plus stérile ainsi". Vuth, alors, verse sans mot dire de la Bétadine [solution désinfectante] sur le gant avant d'examiner la patiente à son tour. (notes d'observation, dispensaire, juillet 1992)

Les négociations autour des soins aux patients peuvent prendre une forme ultime, celle où le principe humanitaire de non substitution au personnel local est finalement rompu, lorsque, pour une raison ou une autre, le freinage de la part des infirmiers locaux est maximal. Dans l'épisode suivant, c'est le rejet du patient, un

déficient mental léger au comportement étrange (*lola*, lla¹) et le dégoût pour son état physique (l'une de ses plantes de pieds présente une perforation infectée et profonde de plusieurs centimètres) qui est à l'origine de sa prise en charge directe par les infirmiers humanitaires du service² :

Voilà plusieurs jours que Vet [le patient, un indigent pour lequel un diagnostic provisoire de lèpre a été émis] n'a pas été soigné. Son pansement au pied est très sale et sent de plus en plus mauvais, d'autant qu'il est sorti contre les recommandations des infirmiers et l'a sali en marchant dans la terre. Patty [infirmière humanitaire] finit par s'occuper elle-même de Vet. Elle lave soigneusement le pied puis l'essuie tout aussi minutieusement entre chaque orteil avec un linge propre, avant de refaire le pansement. Elle est suivie par deux jeunes infirmiers cambodgiens stagiaires, une fille et un garçon, venus de Poipet [ville du nord-ouest]. Les soins n'ont pas l'air de les intéresser. Patty demande au garçon de tenir une compresse. Il s'exécute du bout d'un doigt et, de l'autre main, pose son mouchoir devant la bouche [car il a peur de la contagion]. Patty me parle du peu d'intérêt que les deux stagiaires éprouvent pour leur travail. "Certaines infirmières sont comme ça en France aussi, dit-elle. Elles ne veulent toucher à rien de sale. Ici, ce que les infirmiers khmers aiment faire, ce sont les injections de sérum et les pansements quand ils sont propres. Ce sont les Occidentales qui font les trucs dégueulasses". Elle raconte ensuite des expériences similaires, peu ragoûtantes, qu'elle a faites en France dans divers services hospitaliers où les débutantes sont testées pour voir si elles "tiennent le coup". (notes d'observation, hôpital central de Phnom Penh, juillet 1994)

Le second type d'aide humanitaire est constitué par la fourniture en médicaments, qui vient compléter la dotation accordée par le ministère de la Santé.

2 – L'enjeu central des médicaments

Autour des médicaments se joue une autre confrontation majeure entre personnel humanitaire et hospitalier. Celle-ci éclaire avec une netteté particulière les objectifs divergents des uns et des autres car le personnel cambodgien considère les

¹ *Lola* désigne le comportement peu apprécié des gens qui, ivres ou débiles mentaux, font du tapage dans un lieu public.

² Le fait que les soins consistent, pour ce malade indigent, à se mettre à genoux et à lui laver les pieds, signe d'humilité, n'est sans doute pas étranger au "boycott" des infirmiers et infirmières cambodgiens à son égard. Le lavage de pieds est notamment un rituel du mariage cambodgien, pratiqué par la jeune épouse envers son fiancé, en signe de respect et de soumission.

médicaments comme un complément de salaire en nature qu'il prélève selon une distribution hiérarchique souterraine incluant, selon leur statut, tous les membres de l'hôpital. Face à ce prélèvement, les membres des associations non-gouvernementales étrangères adoptent des attitudes variées en fonction de la politique générale de leur organisation et de la situation locale, chacun s'efforçant de ne jamais atteindre le point de rupture. Ainsi, les moments de tension, où les "prélèvements" sur le stock de médicaments sont lourds, alternent avec les périodes de détente et de satisfaction unanimement partagées où des salles de repos fusent les rires et les plaisanteries sur les uns et les autres.

Certains humanitaires adoptent une posture morale, parlent de "vol", de "corruption" et exercent un contrôle maximal sur le circuit de distribution des médicaments, refusant, comme il est arrivé plusieurs fois à des organisations, de racheter sur le marché libre leurs propres médicaments qui y avaient été vendus. Ce contrôle se fait alors au détriment des autres activités médicales. Une seconde réponse est la réduction des dons à l'hôpital. Le prélèvement, dans les situations que nous avons pu observer, se poursuivait et les patients étaient donc les premiers affectés car ils étaient priés par les médecins de se procurer les médicaments dans les pharmacies privées (que l'on trouve en abondance autour des établissements de soins). Cela créait un climat de récriminations généralisées où les patients se montraient mécontents des soignants cambodgiens, ces derniers manifestant quant à eux de l'amertume envers les restrictions de l'O.N.G. C'est ce qu'exprime ce médecin dirigeant un hôpital provincial et engagé dans un tel conflit avec l'organisation nord-américaine qui intervient dans son établissement mais envisage son retrait progressif :

"- Avant, elle [la responsable de l'O.N.G.] donnait beaucoup. Maintenant, elle compte un dollar par patient et par jour et établit son budget d'aide sur cette base. Conséquences : on n'ose pas utiliser les médicaments chers car on dépasse le budget. Résultat : les patients doivent acheter eux-mêmes les médicaments quand ils ne sont pas disponibles.

- Pourquoi l'[O.N.G.] a-t-elle changé sa politique d'aide ?

- Parce qu'elle pensait que le personnel médical [cambodgien] prescrivait mal, qu'il prescrivait trop et prenait les médicaments. Ce qui est vrai car les salaires sont insuffisants. Moi, je ne gagne que 60 000 riels par mois, soit 24 \$." (entretien en khmer avec le directeur, hôpital provincial, juillet 1994)

D'autres adoptent une attitude plus pragmatique et ferment les yeux sur un coulage modéré dans la mesure où il reste contrôlable et n'entraîne pas de rupture de stock pour les patients. Ils acceptent de voir leur organisation tenir le rôle de pourvoyeurs occultes de ressources pour les fonctionnaires cambodgiens et espèrent éviter ainsi un absentéisme trop important. Ce faisant, ils répondent aux objectifs du gouvernement cambodgien concernant la sous-traitance partielle du système de soins public aux organisations humanitaires. La taille et les ressources de l'O.N.G., dans ce domaine, sont cruciales car les petites associations ne peuvent se permettre une rétribution imprévue trop importante des salariés de l'hôpital. Celle-ci fait en effet peser sur les petites organisations la menace sourde de l'entraînement vertigineux dans des dépenses trop lourdes et l'obligation de plier bagage, menace implicite dont joue le personnel local dans certains cas.

3 – Enseignement formel et expérience clinique

Enfin, la formation, troisième volet de la mission de développement que se donnent les organisations étrangères est elle-même sujette à interprétation différente de part et d'autre. Si les Cambodgiens, privés de scolarité pendant près de quatre ans durant la période khmère rouge ont ensuite repris avec avidité des cursus, des stages et des cours privés de tous ordres, c'est surtout le suivi d'un enseignement formel, dispensé par un professeur et sanctionné par un diplôme qui constitue une activité valorisée.

Pour le reste, l'apprentissage au chevet du malade et les cours complémentaires *ad hoc* sur des sujets mal maîtrisés ont beau être vantés par les médecins occidentaux, ce type d'enseignement n'est pas celui qui est préféré des médecins ni des infirmiers qui n'en tirent aucune rétribution matérielle ou symbolique mais doivent, au contraire, prendre sur leur temps privé (pratiques privées et obligations familiales), passant de surcroît, auprès des malades, pour d'éternels étudiants. Leur statut professionnel fragile passe par l'obtention d'un diplôme quand les Occidentaux, provenant de pays où la tradition médicale est solidement ancrée et leur propre légitimité assurée, conçoivent ce goût immodéré pour le "papier" au détriment de solides connaissances cliniques, comme relevant d'un certain goût "asiatique" du formalisme. Or, les assistants médicaux (appelés

unanimement de leur nom anglais *medics*) formés dans les camps de réfugiés par des équipes d'enseignants anglo-saxons et réputés fournir un travail médical de bonne qualité – car, justement, basé sur une expérience clinique poussée – ont éprouvé des difficultés à se réinsérer professionnellement au Cambodge après la fermeture des camps en 1993, à cause de la méfiance politique qu'ils ont inspirée. Cela prouve suffisamment aux yeux de tous que les compétences techniques ne sont pas les seules en cause dans le travail médical qui s'insère dans un contexte social d'ensemble.

Le désintérêt, dans ce domaine, prend alors souvent la forme d'une désertion des cours (parfois, il est vrai, du fait d'une réunion politique aussi impromptue qu'opportune) ou d'une difficulté si grande pour trouver un interprète que le formateur ou la formatrice qui avait offert ses services finit par renoncer, à moins que l'O.N.G. jugeant la formation fondamentale dans son intervention, ne propose implicitement un échange, chacun fournissant à l'autre partie ce qu'elle souhaite recevoir. La formation continue dispensée aux infirmiers peut ainsi être une condition implicite du contrat, contre la présence d'un chirurgien occidental, de matériel neuf ou de toute autre aide considérée comme importante par les Cambodgiens. Dans ce cas, la direction hospitalière peut user de son autorité pour solliciter la présence de son personnel à tel ou tel cours.

Outre ces trois domaines privilégiés de l'action de développement humanitaire, qui mettent en évidence les enjeux socio-professionnels des acteurs cambodgiens, la présence des organisations médicales occidentales vient souligner et renforcer le flou des domaines de compétence et des hiérarchies professionnelles entre les catégories de personnel soignant, au-delà des échelons officiels qui vont des docteurs en médecine aux infirmiers primaires.

C – Hiérarchies et domaines de compétence : des rôles et des statuts professionnels flous

1 – Les différentes hiérarchies

En premier lieu, plusieurs principes hiérarchiques, professionnels et sociaux, se croisent, se superposent, voire se contredisent – qu'ils soient d'ordre

“national”, local, politique ou qu'ils soient liés au genre. La position des humanitaires étrangers, même si nous avons montré toute l'ambiguïté de leur présence à l'hôpital, est dominante en terme de pouvoir économique et de savoir. Ils jouissent, d'une façon générale, des *a priori* très positifs dont bénéficient les Occidentaux au début des années 1990, car leur présence, pour beaucoup de Cambodgiens, symbolise l'ouverture et la libéralisation, ce qui les oppose, dans les stéréotypes, à la figure des Soviétiques rappelant un passé austère encore proche. Pourvoyeurs potentiels d'emplois et de richesses, ils sont l'objet de sollicitations nombreuses de la part des soignants comme des patients, pour des services divers, d'ordre médical ou autre. Sur le plan du savoir, médecins et infirmiers étrangers sont fréquemment considérés par la population comme plus compétents que leurs homologues cambodgiens respectifs et nous avons eu l'occasion d'observer des épisodes où des infirmiers de l'hôpital même sollicitaient ouvertement les services médicaux d'un médecin ou d'un dentiste étranger alors que la consultation était tenue par l'un de leurs compatriotes, prouvant que cette préférence affichée n'était pas offensante¹ et donc, qu'elle était intériorisée et admise. Mais cette hiérarchie “nationale” informelle ne s'exerce qu'à l'intérieur des catégories professionnelles et les infirmiers humanitaires évitent d'intervenir dans le travail des médecins locaux. Néanmoins, cela se produit parfois et crée de légères frictions quand les directives données aux infirmiers de l'hôpital par le médecin local et par l'infirmier étranger sont divergentes.

Quant aux employés cambodgiens des O.N.G., ils bénéficient par extension du prestige des humanitaires. Chauffeurs, traducteurs, secrétaires mais également, dans certains cas, personnel médical chargé de formation constituent un groupe de salariés disposant de revenus bien plus élevés que ceux des fonctionnaires, quels que soient leurs grades et leur niveau d'étude. La compétence linguistique en anglais et, à un moindre degré, en français est, dans le cas de ces employés, un important facteur de promotion sociale dont les bénéfices matériels et symboliques retirés sont manifestement supérieurs à ceux que procure la compétence médicale. Dans certains cas extrêmes, il arrive que le personnel cambodgien de l'O.N.G., même

¹ Dans ces cas observés cependant — hasard ou non — le soignant étranger était un homme et le soignant cambodgien une femme, les genres renforçant sans doute ici une hiérarchie “nationale”.

“profane”, se substitue aux infirmiers de l'Etat¹, comme lors de la consultation dans une infirmerie de commune où une petite O.N.G. japonaise intervient une fois par semaine :

Le médecin cambodgien [fonctionnaire] amené du dispensaire voisin par l'O.N.G. prend en main la consultation, tandis que l'infirmier, habituellement maître des lieux, se met en retrait et l'assiste en recherchant les dossiers des patients qui se présentent à la consultation et en les lui passant. Quand tous les dossiers sont sortis et présentés par ordre, l'infirmier s'extrait tout à fait de l'activité thérapeutique et discute avec les uns et les autres. C'est un homme d'une cinquantaine d'années qui partage son temps entre la riziculture et l'infirmerie. Il a le teint sombre des “gens de la rizière”, appellation traditionnelle des paysans khmers pratiquant la riziculture de subsistance. Il porte de vieilles tongs aux pieds, a gardé son pantalon paysan et enfilé ce qui doit être sa meilleure chemise, un vêtement élimé et grisâtre d'avoir trop servi². Le chauffeur de K. [infirmière japonaise] est, au contraire, un jeune homme de la ville, de vingt ans environ, à l'allure soignée, portant une chemise blanche et un pantalon de tergal sombre aux plis soigneusement repassés, ainsi que des chaussures et même des chaussettes. Sa main droite est parée d'une lourde chevalière en or et il a laissé pousser l'ongle de son auriculaire gauche – signe d'oisiveté physique. Il est très volubile, s'adresse à tout le personnel en anglais — y compris au médecin, son compatriote. K. et lui fabriquent de petits cornets de papier, puis le jeune chauffeur s'occupe de les remplir selon les prescriptions du médecin et de les tendre aux patients en leur expliquant la posologie. Il est ravi et fier de cette activité, qu'il doit à sa complicité avec K. (notes d'observation, infirmerie de commune, juillet 1994)

D'autre part, intervenant également en lieu et place de la stricte hiérarchie professionnelle de l'hôpital, la hiérarchie politique liée à la position au sein du Parti ou de l'armée impose une catégorisation sociale de première importance. Tout d'abord, elle brouille et affaiblit le contrôle susceptible d'exercer la direction de l'hôpital sur son personnel. Car le comité de discipline censé sanctionner les manquements professionnels – absentéisme prolongé et erreurs médicales – n'a, en fait, aucun pouvoir même si, organisation officielle oblige, il réunit tous les mois ses

¹ A ce propos, Soizick CROCHET (*Activités et idéologies des agences internationales en charge de programmes SIDA au Cambodge*, Rapport de recherche, Programme thématique SIDA-CNRS, janv. 1998, 84 p.) décrit le cas de la cuisinière d'une O.N.G. médicale qui, revenue dans son village, était sollicitée pour des conseils médicaux.

² Les vêtements de travail des paysans cambodgiens (hommes) sont de coton noir, composés d'un pantalon roulé à la taille dont les jambes s'arrêtent à mi-mollets et d'une petite veste sans col aux manches larges, parfois remplacée par un tee-shirt.

membres issus des différentes catégories de personnel pour leur soumettre des cas éventuels d'indiscipline. “Dans la réalité, dit un directeur d'hôpital provincial, aucun personnel n'a jamais été sanctionné ni été rayé des listes du personnel. On regarde le travail de la personne les mois suivants pour lui donner une chance de se 'rattraper' (*sangruh*, seRg<aH, litt. “être sauvé”). Dans le comité de discipline de l'hôpital, je n'interviens pas pour ne pas être accusé de dictature.” Un directeur d'hôpital qui prend trop à cœur sa position institutionnelle peut être rappelé à l'ordre par des moyens détournés et même recevoir des menaces. Dans un dispensaire, par exemple, une infirmière mariée à un militaire gradé disposait au village de protections la mettant à l'abri des sanctions que réclamait le personnel humanitaire parce que son absentéisme était trop voyant et sa négligence au travail de notoriété publique. Le directeur, poussé par l'O.N.G., lui ayant adressé une remarque, il fut fermement prié par l'époux de ne plus recommencer ; menaces qui sont à prendre très au sérieux car l'armée dispose localement de pouvoirs importants. Les nominations aux postes de direction hospitalière sont également d'ordre politique, en connexion avec les Comités Populaires de Santé locaux et ne reflètent pas nécessairement les niveaux de formation, le directeur pouvant par exemple être médecin assistant et ses vice-directeurs docteurs en médecine, en fonction de leur histoire au sein du Parti.

Le dernier principe hiérarchique ordonnant la relation sociale à l'hôpital, celui du genre, recoupe et renforce la hiérarchie professionnelle dans la mesure où les médecins sont plus souvent des hommes et les infirmiers des femmes. L'hôpital cambodgien se présente en effet comme un lieu de vie où chacun, soignants et familles de patients hospitalisés, reproduit les activités normales de la vie quotidienne sans qu'une architecture fermée ni des règles disciplinaires très strictes ne viennent imprimer une coupure symbolique nette entre l'extérieur et l'intérieur de l'établissement. Chacun entre et sort à sa guise par les portes toujours ouvertes, se rend au marché deux fois par jour pour s'approvisionner en légumes ou en viande (pour les plus aisés), cuit le riz des repas sur les petits fourneaux de terre disséminés dans le périmètre de l'hôpital (ou rassemblés dans la cuisine collective quand elle existe) et, lorsque les salles d'hospitalisation sont bondées, cherche un espace où installer son hamac pour la nuit. L'hôpital n'est pas le lieu fortement imprégné des

règles imposées par le corps médical, mais un espace domestique où les divisions sexuelles se reproduisent. Les femmes, en particulier, sont responsables de l'intendance de la vie quotidienne qu'elles partagent avec leurs collègues masculins (lors des gardes pour les “locaux” ou les séjours prolongés pour les “parachutés” de Phnom Penh) et se chargent de la cuisine, de la vaisselle — chacun s'occupant en revanche de son propre linge. Ces diverses hiérarchies contribuent à brouiller les frontières entre les domaines d'exercice des uns et des autres.

2 – *Les conflits des domaines de compétence*

Comme nous l'avons évoqué en détail dans la partie précédente, le manque de personnel soignant a imposé, dans les premières années de la R.P.K., la solution d'une formation à deux vitesses avec des docteurs en médecine et des médecins assistants ; des infirmiers d'Etat et des infirmiers primaires. Dans la réalité cependant, le travail réalisé par le personnel dit d'Etat et par les assistants est souvent le même. Seule la hiérarchie formelle marque la différence, les docteurs ayant des responsabilités plus étendues de chef de service tandis que les assistants sont chefs de salle. Mais dans la pratique quotidienne, au moment de l'afflux de patients à la consultation externe, tous s'assoient dans la même pièce et reçoivent côte à côte les malades. Cette absence de distinction dans le contenu des tâches quotidiennes s'applique également aux sages-femmes et aux infirmiers. A l'extérieur, de la même façon, tous effectuent des consultations privées sans que les patients soient toujours bien capables de distinguer entre les différentes catégories professionnelles. Médecins et infirmiers, par exemple, sont tous désignés du même terme d'adresse (respectivement masculin et féminin) de *lok kru* et *neak kru*. Les docteurs ont le plus à pâtir de cette situation et, effectivement, vivent parfois mal leur manque d'autorité sur leurs subalternes officiels.

De quelles techniques sociales les médecins disposent-ils pour renforcer leur autorité médicale fragile ? Ils remédient partiellement à la difficulté de repérage statutaire en utilisant des signes physiques distinctifs. Le stéthoscope porté autour du cou, par exemple, est le strict apanage des médecins et symbolise la compétence et le droit exclusif à diagnostiquer et à prescrire, activités que les

infirmiers n'exercent qu'en catimini ou hors de l'hôpital. Ensuite, les Cambodgiens portent des blouses d'un blanc immaculé, soigneusement repassées et entièrement boutonnées avec, brodés en rouge en lettres khmères, leur nom et leur grade. En contraste les étrangers dont le statut est plus immédiatement assuré auprès des malades, en font un usage plus négligé, la laissant ouverte ou légèrement froissée.

Comme on l'a vu dans le chapitre consacré aux patients, la légitimité des médecins n'est pas essentiellement basée sur leur compétence diagnostique — d'ailleurs limitée par le manque de matériel dans les dispensaires. Chacun, en effet, a peu ou prou une idée de ce qui lui arrive et que l'auscultation ne constitue pas un temps fort de la relation thérapeutique. Il arrive d'ailleurs que le médecin demande au malade ou à son entourage, son propre diagnostic, comme ce chirurgien appelé pour un accident qui demandait aux compagnons du blessé si le bras était cassé. C'est donc la prescription et, mieux, la délivrance des médicaments qui sont les signes le plus tangibles de l'autorité médicale. Or, cette capacité est limitée, à l'hôpital, d'une part par la pénurie entretenue par les médecins eux-mêmes (effectuant leur prélèvement personnel sur le stock de l'hôpital), d'autre part par les O.N.G. qui ne sont pas favorables aux prescriptions abondantes.

D'autres mesures, plus directement liées à la pratique thérapeutique, peuvent être prises par les médecins pour éviter les empiétements des infirmiers sur leur domaine de compétence et d'activité. Ainsi, la rétention d'information et de savoir, technique sociale observée par les sociologues des organisations¹, s'applique également à l'hôpital bien qu'elle se trouve être en franche opposition avec l'idéologie humanitaire de transfert des connaissances. De ce point de vue, les humanitaires interviennent aussi dans le jeu social hospitalier. Dans un dispensaire, par exemple, les dossiers des malades étaient archivés dans l'armoire d'un bureau dont seuls les médecins avaient la clé. Le médecin occidental jugea préférable, comme cela se pratique dans les établissements occidentaux et pour faciliter les soins, de suspendre

¹ Michel CROZIER (*Le phénomène bureaucratique*, Paris : Seuil, 1963) dans son "analyse stratégique" des différentes catégories professionnelles d'une entreprise d'Etat montre comment les ouvriers d'entretien, tirant leur pouvoir de leur capacité à contrôler la principale marge d'incertitude de l'entreprise — c'est-à-dire la panne des machines — s'ingénient à faire disparaître les notices d'entretien de ces appareils afin d'éviter la possibilité d'une intervention extérieure, dangereuse pour leur autonomie. Nous tentons une lecture d'observations dans les hôpitaux en ces termes dans "Un aspect particulier des relations inter-ethniques : l'aide humanitaire occidentale dans les hôpitaux cambodgiens", *Les Cahiers du CERIEM*, Université Rennes II, mars 1997, 2, pp. 5-26.

les feuilles des malades hospitalisés aux montants de leurs lits, ouvrant la possibilité, pour tous les soignants y compris les infirmiers, non seulement de vérifier les diagnostics posés par le médecin traitant mais également d'intervenir directement auprès des malades.

Parce qu'ils bénéficient de l'amalgame statutaire potentiel avec les médecins et disposant de la capacité de mener – au moins discrètement – les mêmes activités thérapeutiques qu'eux, les infirmiers sont les plus avantagés et les mieux lotis de tous les soignants cambodgiens, au détriment, si l'on peut dire, des médecins et en particulier des docteurs. Ce statut fragile des médecins se répercute, enfin, sur la relation thérapeutique elle-même.

II – LA RELATION MEDECIN-MALADE ET L'ETHIQUE MEDICALE

A – L'éthique médicale et le “principe de coupure”

A l'hôpital, l'un des points essentiels de crispation entre Occidentaux et Cambodgiens est celui de l'éthique médicale. C'est là un sujet d'incompréhension douloureux et mal vécu de part et d'autre, tant les valeurs qu'elle représente sont profondément ancrées chez les premiers et fondatrices de leur identité professionnelle, d'autant plus qu'ils œuvrent dans un domaine, celui du travail humanitaire, où l'idéal de service à la collectivité est particulièrement prégnant. Ponctuant la vie hospitalière, des regrets plus ou moins acrimonieux sont exprimés à propos d'un patient décédé qui aurait pu survivre si des efforts appropriés avaient été consentis ou, moins gravement et plus fréquemment, à propos de soins négligés et d'absence de sollicitude transformant la vie des patients en “parcours du combattant”. De plus, le modèle occidental de la vocation médicale ne se retrouve pas chez les médecins cambodgiens qui présentent, lorsqu'on les interroge à ce sujet, des raisons d'entrée dans la profession irrecevables pour les humanitaires : être médecin permet, en premier lieu, de soigner sa propre famille et son réseau social personnel – cadre

assez étendu où s'exerce le “bénévolat” médical cambodgien – et, en second lieu, d'être très correctement rémunéré.

Il faut toutefois citer le cas d'un médecin assistant, formé dans les camps de réfugiés, qui nous a donné une version originale de son attirance pour la médecine. Sous le régime khmer rouge, nous a-t-il raconté, alors qu'il avait fui et errait dans la jungle à la recherche de la frontière thaïlandaise, il était tombé gravement malade. Quelqu'un l'avait soigné et sauvé d'une mort certaine. “Je sais ce que c'est que d'avoir besoin d'autrui et je veux soigner à mon tour”, disait-il en substance. Son histoire ressemble en fait à celle des *kru* qui évoquent souvent à l'origine de leur entrée en apprentissage auprès d'un maître, leur expérience personnelle de la maladie ainsi que le séjour initiatique dans la forêt vierge. Il faut préciser que ce médecin tenait une position-charnière entre les deux milieux occidental et cambodgien, ce qui explique en partie sa participation aux valeurs de l'éthique biomédicale réinterprétées dans un cadre traditionnel.

Les médecins cambodgiens ont eux-mêmes collectivement une image ternie de leur profession, du fait des critiques dont ils sont l'objet de la part de leurs collègues étrangers comme des patients eux-mêmes. “Ce n'est pas la peine de courir les hôpitaux [pour y faire des observations]. Vous pouvez écrire dans votre thèse que les médecins cambodgiens font payer les soins, maltraitent les malades et méprisent les patients pauvres. C'est tout”, nous dit, dans une conversation privée, une médecin désabusée sur le point de quitter son pays pour s'installer aux Etats-Unis (une fois la liberté de circuler rétablie, en 1993). Le tempérament national des Cambodgiens ou encore la déchirure causée par le régime khmer rouge sont présentés comme responsables d'une crise morale qui secouerait la médecine cambodgienne : “Les Cambodgiens ont un caractère particulier vous savez, continue notre interlocutrice. Il n'y a que l'argent et les honneurs (*bon sak*, buNüs&kpi) qui comptent pour eux. Ils méprisent les pauvres. Ce n'était pas comme cela avant Pol Pot”. Ces autocritiques amères se doublent d'un aveu d'impuissance à changer un système global qui oblige les médecins et le reste du personnel paramédical à des entorses constantes à la morale professionnelle.

Ces deux faces du discours (en substance, “nous aimerions bien traiter les malades” mais “nous ne pouvons le faire”) ainsi que la contradiction entre ce qui est dit et ce que l'on peut observer à l'hôpital, évoquent le “principe de coupure” énoncé par Roger Bastide à propos des Noirs brésiliens qui – tout à la fois agents économiques modernes et adeptes des cultes du Candomblé – découpent leur univers social en compartiments étanches animés de logiques différentes¹. A partir de cette étude brésilienne, il faut noter que Roger Bastide envisageait explicitement la possibilité d'extension du concept à d'autres “cadres sociaux” de l'acculturation, notamment à la situation particulière des “efforts entrepris dans les pays sous-développés par des associations internationales”². Or nos interlocuteurs cambodgiens, soumis à une acculturation rapide et intense qui les fait se mouvoir dans les milieux porteurs de valeurs différentes que sont les O.N.G. humanitaires d'un côté et la société cambodgienne de l'autre côté, produisent, à l'instar des Noirs brésiliens, des discours différents soumis au “principe de coupure”³. En effet, les membres de la très jeune profession médicale cambodgienne, qui n'a pas eu le temps de construire sa propre éthique, s'expriment dans un discours proche de celui du monde humanitaire, mais agissent au quotidien dans la société cambodgienne où l'autorité médicale est sans cesse remise en question et où la relation médecin-malade est plus complexe qu'il y paraît à première vue.

B – La mise à distance du patient

La consultation médicale est une activité presque silencieuse et d'apparence mécanique, où les communications verbale et non verbale entre malades et médecins sont limitées. Cela est dû en partie, bien entendu, à l'abondance des patients, notamment lors des consultations externes au cours desquelles le médecin

¹ Denys CUCHE, “Coupure (principe de coupure)”, *Pluriel recherches. Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques*, 1993, 3, pp. 32-34.

² Roger BASTIDE, *Les religions africaines au Brésil. Contribution à une sociologie des interpénétrations de civilisation*, Paris : PUF, 1995, p. 532 [1 ère éd. 1960].

³ Nous avons exploré cet aspect de la modernité cambodgienne dans “Promotion de la femme et sexualité conjugale en temps de SIDA. Le 'principe de coupure' chez les Cambodgiennes instruites”, in Marie-Eve BLANC, Laurence HUSSON et Evelyne MICOLLIER (Etudes réunies par), *Sociétés asiatiques face au Sida*, Paris : L'Harmattan, 2000, pp. 67-91.

voit, en quelques heures le matin, plusieurs dizaines de malades¹ et ne peut accorder que quelques minutes à chacun. Mais cette caractéristique de la relation thérapeutique biomédicale est présente quels que soient les établissements hospitaliers et les tempéraments individuels. Telle jeune médecin, aux gestes toujours pleins de grâce et de douceur et se montrant, de l'avis général de ses collègues, toujours souriante et bien disposée, a le visage fermé et le verbe bref sitôt que la consultation commence. Un autre médecin, exerçant à des dizaines de kilomètres de là, pourtant affable et poli avec les paysans pauvres qui attendent leur tour, ne dédaignant pas de lancer à la ronde quelques plaisanteries malgré ses traits creusés par une nuit de garde et l'accablement de la chaleur qui se fait de plus en plus écrasante sous le toit en tôle, ne manifeste cependant aucune empathie à l'égard des patients et refuse une retardataire arrivée en courant parce que “la consultation est finie”.

Le contact physique avec le malade est également très limité et un bref interrogatoire tient lieu d'examen. Les questions sont stéréotypées et se contentent d'une réponse succincte qui tranchent avec les visites des médecins humanitaires occidentaux – qui, peut-être, accentuent eux-mêmes le trait par souci pédagogique. Le diagnostic est également rapidement posé. La consultation ressemble beaucoup, de ce point de vue, à celle du *kru khmaer*, le médecin traditionnel qui, de la même façon, pose très vite un diagnostic. L'absence de toucher, si ce n'est parfois avec le stéthoscope en se penchant au-dessus de la table lorsqu'il s'agit d'une consultation externe, tranche aussi avec la sociabilité cambodgienne entre personnes de même sexe, au contraire très tactile. Le patient livre, quant à lui, un corps passif à la consultation et s'expose au regard médical, principal sens sollicité dans l'investigation comme cela est particulièrement frappant dans le cas observé suivant :

C'est Mom [sage-femme] qui s'occupe aujourd'hui de la consultation externe en gynécologie. Les patientes se succèdent en silence et s'allongent sur le lit gynécologique, les hanches ceintes d'un krama [écharpe paysanne de coton à carreaux à usages multiples]. Mom enfle son gant (“ils sont trop grands pour nous, ils sont prévus pour des mains d'Occidentaux”, me dit-elle), verse de la Bétadine [désinfectant] sur un morceau de coton tenu par une

¹ Dans une infirmerie de commune (Daem Rih, district de Kandal Steung) où le médecin passait une fois par semaine épauler l'infirmier et apportait des médicaments à cette occasion, provoquant l'afflux de patients, nous avons compté jusqu'à soixante consultations en deux heures environ.

pince, place le spéculum et désinfecte le col de l'utérus. Elle a, pendant l'examen, la main gauche dans le dos et le corps légèrement penché en avant qui lui donne l'allure caractéristique d'un célèbre détective cherchant des indices à l'aide d'une loupe. Deux sages-femmes passent tour à tour dans la salle au cours de l'auscultation. "Viens voir" leur dit Mom qui voudrait leur avis. Et la consœur vient se placer près de Mom en adoptant la même position attentive. (Notes d'observation, dispensaire de district, mai 1992)

Cette façon de pratiquer l'auscultation en tenant le corps à distance et en le "lisant" brièvement et de loin a plusieurs fondements. L'un d'entre eux est la peur de la contamination qui, dans certaines affections comme la tuberculose et la lèpre¹, maladies craintes de tous, profanes et professionnels, est particulièrement forte et suscite des attitudes de répulsion qui peuvent aller chez certains jusqu'à une peur panique, surtout, il est vrai, chez les soignants paramédicaux, moins informés. Dans certains cas, on observe aussi une certaine répugnance à toucher des malades qui, ayant parfois abandonné leur champ le temps d'une consultation, n'ont pas eu le temps ou la possibilité de s'occuper de leur hygiène corporelle après une longue marche² dans la poussière et la chaleur. La question de la compassion demande également à être abordée ici car les sentiments réciproques éprouvés par les malades et les médecins doivent être interrogés non pas seulement à partir d'observations directes et d'entretiens, mais également de valeurs qui s'inscrivent profondément dans la société et se manifestent à l'observateur de longue durée.

C – Les concepts bouddhiques de "souffrance" (*dukkha*) et de "bienveillance universelle" (*karunā*)

Le spectacle de la souffrance d'autrui peut susciter diverses attitudes, comme la "pitié" (supposant deux classes inégales d'individus dont l'une, masse misérable, est soumise au regard de l'autre) ou la "compassion" qui, dans le vocabulaire de Hannah Arendt, ne s'applique qu'envers des êtres souffrant

¹ Aux dires de soignants occidentaux, c'est aussi le cas du SIDA mais nous n'avons pas eu l'occasion de l'observer.

² Lorsque l'eau est disponible (rivières, fleuves, eau de pluie), les Cambodgiens se baignent ou se douchent trois fois par jour au minimum pour se rafraîchir.

singuliers¹. L'éthique médicale occidentale, telle que nous l'avons vue mise en œuvre dans les hôpitaux cambodgiens, prône la compassion qui consiste étymologiquement à “prendre part à la souffrance d'autrui”² donc à s'imaginer à sa place, à s'identifier à lui – bien que des techniques de distanciation, nécessaires à l'accomplissement du travail quotidien, soient utilisées. Or la “compassion” ainsi définie ne participe pas de l'économie affective cambodgienne, basée sur d'autres principes. Une certaine forme de “pitié” (appelée *aneth*, GaNit, sur laquelle nous reviendrons), de même que la volonté d'aider autrui, de soulager la souffrance, ne sont pas pour autant absents, est-il besoin de le préciser, des comportements et des pratiques sociales mais elles sont régies par des principes qui n'appellent pas cette identification car ils sont issus du bouddhisme qui imprègne profondément les représentations du monde et de l'individu.

Au terme habituellement utilisé de compassion bouddhique (*karunâ*), nous préférons celui de “bienveillance universelle” car “partager la souffrance” constitue presque un non-sens si l'on revient à la signification réelle et profonde du concept bouddhique central de *dukkha*, terme pali habituellement traduit par “souffrance”³ mais qui recouvre en fait différents niveaux d'abstraction qui sont au cœur de la pensée bouddhique primitive⁴. Certes, l'expérience ordinaire de la

¹ Luc BOLTANSKI, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris : Editions Métailié, 1993, p. 15-20. L'emprunt de cet auteur à Hannah ARENDT figure dans *Essai sur la révolution*, Paris : Gallimard, 1967, pp. 82-165.

² Alain REY, *Dictionnaire historique de la langue française*, Ed. Dictionnaires/Le Robert, 1995, Art. “Compatir”, p. 458.

³ Dans la langue khmère courante, *tuk* (Tukj) issu de *dukkha*, a également pris le sens de “souffrance, malheur”. On trouve une explication du concept de *dukkha* notamment dans Walpola RAHULA, *L'enseignement du Bouddha. D'après les textes les plus anciens*, Paris : Ed. du Seuil (coll. “Points Sagesses”), 1961, 191 p. Nous nous appuyons aussi sur notre communication (avec Pierre-Jean SIMON), “Les bouddhismes au Viêt Nam et au Cambodge. Doctrines et cultes”, communication au colloque “Cheminevements en France. Cambodgiens, Lao, Hmongs, Vietnamiens”, Rennes, Association D'une Rive à l'autre/ CERIEM/ Maison Internationale de Rennes, 13 oct. 2000.

⁴ La doctrine bouddhique ancienne s'est diversifiée dans les siècles suivant la disparition du Bouddha historique, en 480 avant J.C., en se scindant en différentes écoles et en s'insérant dans diverses sociétés hors de l'Inde. Après le VIII^{ème} s. A.D., le bouddhisme décline assez rapidement en Inde tandis qu'il se développe en d'autres lieux et notamment au Sri Lanka (Ceylan), au XII^{ème} s. A.D., sous sa forme *theravadin* : le *theravada* signifiant “Ecole des anciens” représente, dit-on, la forme ancienne et la plus austère de la doctrine. Il se répand dans toute l'Asie du sud-est péninsulaire indianisée vers le XIV^{ème} s. (Cambodge, Laos, Birmanie, Thaïlande) et reste aujourd'hui la forme du bouddhisme pratiquée dans ces pays dont les moines conservent des contacts avec ceux du Sri Lanka.

maladie, de la vieillesse, du deuil ainsi que toutes les autres expériences déplaisantes que l'individu peut faire sont effectivement *dukkha*.

Mais *dukkha* provient, à un second niveau, de la souffrance causée par l'“impermanence”, autre concept-clé du bouddhisme selon lequel tout état, toute expérience, toute relation humaine, aussi heureux soient-ils, sont marqués par le changement et ne peuvent durer. Ainsi, le changement, inhérent au monde sensible, cause la souffrance. Enfin, à un troisième niveau d'abstraction, la *dukkha* désigne l'“état conditionné” des choses et des êtres car l'existence résulte d'un ensemble complexe d'actions et de réactions. Les êtres, de même que le “je”, le “moi” ne sont pas des entités propres, ne possèdent pas d'existence propre. Ce ne sont que des combinaisons de forces, d'énergie (appelées, dans la doctrine, les Cinq Agrégats¹). Le “moi”, en particulier, est une illusion créée par ces agrégats et, de ce fait, il convient de s'en défaire. Ces Agrégats qui constituent les êtres sont en changement perpétuel et créent également de la *dukkha*. Suivre la voie proposée par le Bouddha historique, c'est donc s'imprégner des “Quatre Nobles Vérités” qui indiquent la voie pour s'extraire de la *dukkha*, cette soif de vivre et ce besoin de perdurer, propres aux êtres soumis à l'état conditionné, et arrêter le “cycle des renaissances” (la *samsara*).

Expérience intrinsèquement liée à l'existence même², la souffrance est également insérée dans la vision karmique et profondément individuelle du destin. Le *karma*, dans sa version philosophique, résulte également de la théorie de l'“état conditionné”, où la vie et le destin évoluent dans un déroulement continu de causes et d'effets, d'actions et de réactions. Toute action, toute pensée, produit des “fruits” (*phal*, pl, en khmer) qui finissent par “mûrir”, c'est-à-dire avoir des conséquences dans la vie (présente ou celle des réincarnations suivantes) des individus. La douleur, la maladie, peuvent constituer de tels “fruits” amers et l'individu se trouve seul face à ce *karma* qu'il lui appartient de redresser grâce à des techniques que l'on a déjà évoquées dans le chapitre consacré aux patients. L'on conçoit donc que, dans les représentations profondément ancrées dans les valeurs de la société globale

¹ En cela, il n'y a pas de division hiérarchique entre le corps et l'esprit dans la pensée bouddhique car l'un comme l'autre sont des composés d'agrégats.

² Il n'y a, dans la doctrine bouddhique, aucun jugement moral associé à cette vision de la souffrance. Elle ne signifie pas que l'existence est vaine.

cambodgienne¹, 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 évoquons plus haut, en une attention flottante et positive à l'égard de tous les êtres.

Au nom de quel principe la souffrance doit-elle être soulagée ? Les “Quatre Nobles Vérités” qui composent la doctrine bouddhique, indiquant la voie de l'extinction qui fait sortir l'individu de la *dukkha*, consistent en un ensemble de préceptes et le suivi d'exercices physiques et mentaux². La Quatrième expose quant à elle les huit vertus à cultiver³ qui, elles-mêmes, favorisent le développement de trois éléments importants de la discipline bouddhique que sont la conduite éthique (faite de bienveillance envers tous les êtres vivants), la discipline mentale (composée d'exercices mentaux comme la concentration et la méditation sous différentes formes) et, enfin, la sagesse qui est le pendant intellectuel de la “bienveillance universelle”. Cette “bienveillance universelle” pour les êtres et les choses qui ne demande pas une interventionnisme aigu pour les raisons que l'on vient d'exposer, constitue la base du sentiment poussant à aider autrui. Les actes charitables – envers un patient, par exemple – font partie des bonnes actions (*bon*, *buNü*) manifestant une telle “bienveillance universelle” même si, au Cambodge, ce sont traditionnellement les bonzes qui sont les premiers récipiendaires de la prodigalité religieuse ; le don de nourriture, d'argent, de vêtement constituant de “bonnes actions” de premier ordre.

¹ Nous n'évoquons pas ici les minorités ethniques pratiquant d'autres religions et diversement imprégnées de cet esprit bouddhique.

² La Première “Noble Vérité” est la prise de conscience de ce qu'est *dukkha*. La Seconde indique la cause de *dukkha* qui est la soif de vivre, les passions sensuelles, l'attachement aux plaisirs des sens, à la richesse, au pouvoir mais aussi l'attachement aux idées, aux idéaux, aux théories, etc. La “Troisième Noble Vérité” indique qu'il faut donc travailler à l'extinction de la “soif” et en particulier de la fausse idée de l'existence du soi.

³ Une compréhension juste, une pensée juste, une parole juste, une action juste, des moyens d'existence justes, un effort juste, une attention juste, une concentration juste.

Bien entendu, les médecins cambodgiens ne sont ni des érudits du bouddhisme ni des bonzes – encore que les jeunes gens accomplissent traditionnellement un séjour à la pagode en tant que moines pour “rendre les mérites” à leurs parents. Le bouddhisme pratiqué au Cambodge admet volontiers que les laïcs encore jeunes ne soit pas très attentifs aux préceptes religieux car, pense-t-on, avant la vieillesse, la majorité d'entre eux sont mûs par leurs passions sensuelles ou intellectuelles (passions de tous ordres que le bouddhisme s'efforce d'éliminer) et ne sont guère attirés par l'austère discipline bouddhique. La pratique religieuse régulière attire surtout les personnes âgées car le respect de l'enseignement bouddhique est plus ou moins rigoureusement suivi selon les moments de la vie et les capacités personnelles. Les médecins que nous avons rencontrés, d'une façon générale, mettent surtout en avant les liens entre religion et identité nationale, le bouddhisme se présentant, dans leurs propos, comme un élément de leur “cambodianité”. Certains se montrent en revanche plus réservés sur les aspects doctrinaux du bouddhisme susceptibles d'entrer en contradiction avec la représentation scientifique du monde comme la *samsara*, le “cycle des réincarnations”. Le “principe de coupure” est opérant dans ce cas également et les discours tenus à l'hôpital et dans d'autres secteurs de la vie personnelle peuvent être d'inspiration différente. Les représentations du monde et des êtres qui le peuplent, influencées par le bouddhisme, même quand elles ne sont pas identifiées comme telles et consciemment mises en pratique, marquent profondément la société cambodgienne jusque dans ces secteurs “scientifiques”. Et, dans le jeu social impliquant médecins et patients à l'hôpital, les seconds peuvent s'appuyer sur le principe de “bienveillance universelle” et d'actes charitables, qu'ils insèrent dans leurs stratégies d'obtention de soins.

D – Les stratégies des patients

La distance que les médecins mettent entre les patients et eux-mêmes dans les établissements hospitaliers publics est, enfin, une forme de protection contre les demandes pressantes et parfois impossibles à satisfaire dont ils sont les objets, dans l'optique qui est la leur – celle d'un investissement restreint à l'hôpital. Un médecin ou un infirmier à la réputation de gentillesse se voit très vite assailli par des plaintes et des supplications diverses qui lui demandent des efforts, du temps, voire

de l'argent¹. Parfois aussi, les limites diagnostiques et thérapeutiques de l'infirmier ou du dispensaire sont tout bonnement atteintes sans que le personnel consultant puisse faire autre chose que de conseiller au patient d'aller à l'hôpital provincial ou à Phnom Penh, même quand il est tristement évident que cela est impossible, comme dans le cas suivant :

La patiente est une femme de quarante ans mais qui paraît beaucoup plus âgée car son apparence physique est très détériorée. Elle a le crâne rasé [signe d'une proximité avec la religion bouddhique] et habite à la pagode [dernière ressource des femmes seules]. Vuth [médecin assistant] la connaît. Elle a une tumeur à l'ovaire et il lui a dit d'aller la faire extraire à Phnom Penh mais elle ne veut pas se faire opérer, dit-il. Pour le moment, il la soigne pour ses varices. La femme en détresse ânonne des phrases mécaniques à la cantonade : “je suis pauvre, je n'ai plus de famille”. Malay [infirmière] me regarde en souriant d'un air gêné. Les infirmières se sourient entre elles. Vuth, quant à lui, est imperturbable. Il lui répète, comme à chaque fois qu'elle vient consulter, d'aller à Phnom Penh pour sa tumeur et elle lui répond : “Bon, je vais essayer d'emprunter un vélo pour y aller”. Phnom Penh est à quarante kilomètres par un mauvais chemin. Il est évident qu'elle n'atteindra jamais la capitale par ce moyen. Vuth lui prescrit quelque chose pour ses jambes. Elle continue à se plaindre aux uns et aux autres sans parvenir à attirer l'attention puis, de guerre lasse, finit pas sortir en traînant les pieds.” (notes d'observation, dispensaire de district, mai 1992)

Dans les situations d'hospitalisation où, contrairement aux consultations externes, le contrôle humanitaire est plus lâche et la relation thérapeutique de plus longue durée, les patients disposent d'un éventail de plusieurs stratégies pour accéder aux soins et ne sont donc pas totalement démunis face à une autorité médicale dont on a montré l'assise fragile. L'objectif est de rentabiliser une hospitalisation dont on a montré, dans la partie précédente, qu'elle pouvait être très coûteuse. La première de ces techniques, même pour les plus pauvres, consiste en une négociation occulte autour de la somme payée et permet au patient d'exprimer ses souhaits et de faire entendre ses choix, qui vont en général dans le sens d'une

¹ Deux médecins travaillant dans des hôpitaux centraux où n'intervenaient pas d'O.N.G. nous ont dit payer eux-mêmes le petit matériel médical ou aider occasionnellement des patients pauvres venus à grands frais de province.

abondante prescription comme le montre l'expression “il faut trois *chi*¹ d'or pour guérir”, entendue d'une cliente et qui dénote une conception mécaniste de la guérison.

Un autre moyen consiste, pour la famille accompagnant un patient hospitalisé, à solliciter fréquemment tout le personnel, cambodgien ou étranger, qu'elle peut croiser car multiplier les demandes de diagnostic et de médicaments donne l'espoir – souvent fondé – d'obtenir peu en demandant beaucoup. Dans ces sollicitations, les plus pauvres utilisent la technique d'appel à la “bienveillance universelle” qui constitue une forme de demande d'aide socialement légitime. La gestuelle utilisée – le dos courbé en signe d'humilité, voire la prosternation, les mains jointes au niveau de la poitrine ou du front, le rythme incantatoire de la voix – est celle que l'on peut trouver, à quelques variantes près, dans d'autres situations sociales où le don bouddhique est sollicité (mendiants de rue, vieilles femmes de pagode, et même adresse traditionnelle au *kru*). Il s'agit là d'une forme d'échange (certes socialement inégal) car cet appel ritualisé à la générosité, s'il est suivi de succès, apportera bénéfice matériel et physique au patient contre bénéfice religieux au soignant puisque le don est une forme d'acquisition de mérites (*bon*, buNü) dans la conception du *karma*².

Au-delà de son aspect religieux sous-jacent, cet appel à la “bienveillance universelle” met profondément en œuvre, sur le plan social, les différences et les inégalités entre individus car le don rehausse le prestige de celui qui le prodigue, là où l'éthique médicale prônée par les Occidentaux postule au contraire l'égalité de tous devant la maladie et la souffrance et la nécessité de traiter chacun de la même manière. Il n'est pas possible, non plus, de passer sous silence l'aspect éprouvant que peut revêtir cette quête de soins et ce rôle endossé en permanence de quêteur de soins. C'est ce qu'exprime, découragé, cet homme de cinquante-trois ans, dont la femme, hospitalisée dans un hôpital de Phnom Penh pour

¹ Le *chi* est une mesure d'or (en général de vingt-quatre carats) fréquemment utilisé au Cambodge pour les dépenses qui dépassent les possibilités du riel et dont les cours sont plus stables que celui-ci. Le *chi* équivaut à 3,37 grammes.

² Le terme habituellement traduit par “merci”, *o kun*, pourrait se traduire plus justement par “(je suis) heureux (de votre) mérite”. Le bénéficiaire du don contribue à l'élévation karmique de son bienfaiteur.

de l'ascite¹ voyait son état se dégrader : “Cette nuit, ma femme a failli mourir. J'ai décidé que ... tant pis. Si elle doit mourir, elle mourra (*slap, slap teuo, sɔab'>eTA*). Je suis fatigué de courir après les médecins²”.

Les patients, dans leurs sollicitations de soins, inspirent parfois un sentiment appelé *aneth* (GaNit) au personnel soignant. *Aneth*, contrairement à la “bienveillance universelle”, est un sentiment très personnalisé éprouvé à l'égard d'une personne dont le malheur aura su nous toucher. Mais il n'implique, pas plus que le premier, d'identification à ce malheur. Il provoque un élan du cœur qui peut aller, dans d'autres contextes sociaux que l'hôpital, jusqu'à la tendresse voire l'amour³. La personne pour laquelle on éprouve *aneth* est en général dotée de qualités personnelles, physiques⁴ ou morales et lutte dignement pour vivre malgré sa pauvreté ou ses difficultés de tous ordres.

Enfin, la présence d'une O.N.G. à l'hôpital est l'occasion, pour les patients, de développer de nouvelles stratégies d'accès aux soins. Les Occidentaux, en introduisant généralement un autre comportement thérapeutique vis-à-vis des patients – un interrogatoire plus long et plus détaillé, un examen physique plus approfondi, une gratuité assurée des soins ou, en tous cas, le respect des bas tarifs affichés, une certaine empathie à l'égard des malades – ont également accentué l'insatisfaction vis-à-vis des soignants locaux et les manifestations d'impatience à leur rencontre. Comme l'exprime cette femme, ayant traversé le Cambodge depuis la province de Kandal jusqu'au camp de réfugiés de Site II puis de Khao I Dang (sous administration du H.C.R.), spécialement pour y faire soigner son bébé souffrant

¹ Epanchement de liquide dans l'abdomen dont les causes les plus fréquentes sont la cirrhose du foie et certains cancers.

² Cette réaction a été recueillie lors de visites quotidiennes que nous rendions à un patient et qui nous donnaient l'occasion de bavarder, “en voisine”, avec les autres malades.

³ Par exemple, l'un des thèmes privilégiés de la littérature et des vidéos populaires est celui de l'histoire d'amour entre une jeune fille riche et un garçon pauvre (mais néanmoins doté de grandes qualités personnelles, dont la beauté physique). Le premier sentiment éprouvé par la jeune fille à l'égard du jeune homme et qui la conduira à l'aimer contre l'avis de ses parents, est *aneth*, mélange de séduction, de compassion pour la dureté de la vie qu'il mène et d'admiration pour ses qualités.

⁴ Notons que les qualités physiques ne sont jamais anodines car elles s'inscrivent à la fois dans une lecture des “signes”, inscriptions dans le corps des marques du destin, et dans une morphopsychologie populaire associant caractères physiques et moraux.

d'une pneumonie sévère – malheureusement arrivé trop tard – dans l'hôpital tenu par une O.N.G. étrangère, en laissant derrière elle son mari et ses trois autres enfants. “J'ai été hospitalisée à l'hôpital de K. pendant vingt jours puis à l'hôpital X de Phnom Penh pendant un mois et vingt jours. Au Cambodge, on ne s'occupe pas des malades pauvres. On m'a dit : 'Il faut trois *chi* [d'or] pour guérir'. En fait, j'ai dépensé deux *damlong* [soient dix *chi* c'est-à-dire 33,7 grammes d'or]. Ici, dans le camp, on ne demande rien pour l'hôpital. C'est gratuit. Je ne rentrerai que si j'y suis obligée, au moment du rapatriement”. L'inclusion des étrangers dans la manifestation du mécontentement participe aussi de la stratégie de recherche maximale de soins. En tout dernier recours, finalement, le malade dispose de la possibilité de partir et il arrive fréquemment que, effectuant la visite du matin, le personnel découvre des lits silencieusement désertés pendant la nuit.

E – Les rôles sociaux

L'ensemble de ces stratégies s'insère dans un environnement social local, celui du “marché”¹, 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 cambodgien², sont ainsi mises à mal car elle s'inscrit au contraire largement dans les hiérarchies sociales et les rapports sociaux locaux. Les négociations entre personnel humanitaire et soignants cambodgiens portent donc également sur les faveurs accordées à certains patients bien connus au “marché” comme la dispense de la file d'attente, la gratuité des médicaments (c'est le médecin traitant qui juge du niveau socio-économique du patient et fixe le tarif), la longueur de la consultation. Au contraire, un patient au comportement social marginal ou

¹ Les agglomérations sont surtout les lieux de marché (*phsar*), le terme désignant le village (*phum*) désigne en fait un endroit habité, qui peut n'être qu'un hameau isolé dans les rizières.

² Cette marginalité sociale du personnel des O.N.G. qui les exclut en grande partie des rapports sociaux locaux, est évoquée par Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN dans *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : APAD/Karthala, 1995, 221 p.

désapprouvé peut être rejeté voire même “boycotté” par le personnel d'un dispensaire comme l'exemple suivant en est une illustration particulièrement nette :

Une nouvelle patiente, jeune femme de vingt-huit ans, est arrivée dans le service et je découvre l'horreur de sa situation. Elle vit avec un homme marié et l'épouse légitime de ce dernier l'a aspergée d'acide de batterie de voiture pendant son sommeil. C'est là un sort qui n'est pas inhabituel pour les “secondes épouses” (propon chong, littéralement “épouse de la fin”¹). Elle a le visage entièrement brûlé, noir comme les victimes du napalm. Noëlle [infirmière] est en colère : “Cette malade est arrivée dimanche [quatre jours auparavant]. Ils [Le personnel cambodgien] l'ont laissée dans un coin et ne s'en sont pas occupés. Quand je l'ai vue mardi, j'ai commencé les soins. Jusque-là, elle avait de la chaux sur le visage [mis par la famille] et c'est tout. On ne lui avait rien fait. J'ai failli tourner de l'œil tellement c'était moche. Pour le moment il n'y a rien à faire à part désinfecter avec une crème. Il faut attendre la desquamation. Maintenant, les infirmières [cambodgiennes] lui font les pansements.” Noëlle surveille attentivement les soins prodigués à cette patiente par Sethavy [infirmière]. Au moment où celle-ci estime sa tâche finie et s'apprête à tout ranger, Noëlle l'interpelle assez rudement : “Eh ! Ce n'est pas fini, il reste la tête à faire !” L'infirmière s'exécute sans mot dire, le visage fermé.

Plus tard, dans la salle de soins, les infirmières cambodgiennes parlent de cette patiente brûlée. Elles la traitent de propon chong avec mépris. “C'est une chercheuse d'histoires et ce qui lui arrive est bien de sa faute : elle est allée chez la première femme pour l'insulter parce que celle-ci avait demandé à son mari (qui vit avec la 'seconde épouse') de venir voir son enfant malade. Et en plus, la propon chong est restée dormir là. C'est une sale femme”. Noëlle, arrivée entre temps, proteste : “Pour nous, un malade quel qu'il soit, quand il arrive à l'hôpital, il faut le soigner, on ne peut pas laisser quelqu'un souffrir et les raisons sont secondaires”. “Tu n'as qu'à la soigner toi-même alors !” est la réponse étouffée, en khmer (que Noëlle ne comprend pas). “Tu verras, Noëlle, si l'épouse légitime vient t'asperger [d'acide] dans l'hôpital.” (Notes d'observation, dispensaire, mai 1992)

Les soins hospitaliers apparaissent donc comme les “produits” sociaux complexes d'interactions et de négociations, tant au niveau macrosocial qu'au niveau local, entre les soignants cambodgiens – qui ne peuvent guère, dans ces temps de pénurie, exercer sans aide étrangère – les soignants occidentaux humanitaires et les

¹ La polygamie n'est pas autorisée par la loi cambodgienne des régimes successifs contemporains. Les termes khmers semblent indiquer toutefois une ancienne pratique polygamique. La femme légitime est appelée *propon daeum* (RbBnÆedlm, litt. “épouse de l'origine”) ou *propon thom* (RbBnÆEZM, litt. “grande épouse”). Les maîtresses sont aussi appelées “épouses” (*propon*).

patients. “Produits sociaux” ne signifie pas, ici, intégration harmonieuse, ni aboutissement consensuel de négociations. Nous avons, au contraire, montré comment l'aide humanitaire était fortement instrumentalisée et comment les acteurs occidentaux qui apportaient cette aide étaient, grâce à diverses techniques sociales, maintenus à distance du cœur des activités thérapeutiques et extra-thérapeutiques de l'hôpital. Les logiques culturelles et professionnelles qui animent les soignants cambodgiens et occidentaux ne sont pas pour autant fondamentalement et toujours opposées. Suivant les circonstances, elles s'épousent, se manipulent les unes les autres ou se trouvent en franche opposition, le décalage provenant en partie du fait que l'idéologie humanitaire surdétermine les valeurs médicales des Occidentaux (frugalité, gestion de la pénurie, valorisation des soins de santé primaires) là où les soignants cambodgiens, en tant que fonctionnaires sous-payés d'un Etat autoritaire, ne se sentent pas en charge du bien public.

CONCLUSION

- I -

Entreprenant cette étude des médecins cambodgiens, nous pensions nous contenter, à cette fin, des observations de consultations hospitalières. Mais il nous est progressivement apparu qu'elles constituaient un cadre trop étroit pour leur compréhension même. Car c'est presque entièrement hors des murs de l'hôpital que se définissent les caractéristiques de la relation thérapeutique, qu'il s'agisse de l'ambiguïté de l'autorité médicale ; de la pénurie qui limite les possibilités de soins ; des faux-semblants qui, derrière un discours officiel triomphant abrite les petits arrangements de la réalité quotidienne ou, encore, du contrôle occidental omniprésent avec sa logique professionnelle étrangère. Parlant de médecine et de médecins, il fallait donc remonter les fils qui les lient à la société dans son ensemble car la profession médicale au Cambodge est au cœur de la "modernisation" de la société et en a épousé tous les soubresauts. Elle est son miroir fidèle et en permet une nouvelle lecture.

L'Indochine française se présente, à l'instar de l'Afrique colonisée, comme un vaste laboratoire où peuvent être observées de nouvelles pathologies tropicales et où s'exerce l'activisme de Pasteuriens mais, au Cambodge, la médecine demeure assez négligée, à l'image de l'intérêt marginal que suscite le pays dans la mise en valeur coloniale. Les jeunes gens instruits tournent le dos à la médecine, symbole de la domination étrangère, et lui préfèrent les métiers traditionnels liés à la cour royale. Le rôle politique que la médecine acquiert dans la plupart des colonies se manifeste plus tard quand la France, perdant son influence en Indochine, fait de ses succès scientifiques et de ses réalisations médico-sanitaires de pointe, sa vitrine prestigieuse. La médecine devient en revanche le symbole par excellence du modernisme un peu théâtral du Sangkum du Prince Sihanouk dont les hôpitaux de Phnom Penh, au matériel sophistiqué attirent les jeunes diplômés mais tranchent avec la faiblesse des réalisations rurales. Sous le régime khmer rouge, une nouvelle conception de la santé et de la maladie est à l'oeuvre, entraînant l'élimination – sociale ou physique – des médecins de l'"ancienne société" (*sangkum chah*). La révolution totalitaire conçue comme une entreprise de salubrité publique, identifie totalement la santé, individuelle et collective, à la Vérité de l'Histoire (celle qui

consacrera la grandeur d'un nouvel empire khmer grâce aux fruits d'un travail agricole acharné). Elle fait de la pureté idéologique de ses médecins révolutionnaires le nouveau principe de la compétence médicale.

Au cours des années 1990-1995, passées les premières étapes de la reconstruction nationale sous l'égide d'un Parti communiste (pro-vietnamien) unique et la libéralisation économique naissante, la “modernisation” de la société cambodgienne est faite d'une ambiguïté dans laquelle les médecins cambodgiens occupent encore une place centrale et révélatrice. D'un côté, en effet, ils cristallisent les mécontentements et les sentiments d'échec collectif qu'expriment les acteurs sociaux dans l'espace public (depuis la restauration de la presse écrite et audiovisuelle) autant que dans le domaine privé : échec d'un service public en pleine déliquescence malgré des discours répétés sur la gratuité des soins et le développement du système de santé ; affaiblissement d'un système scolaire qui, sous le vernis socialiste égalitaire, s'est mis à reproduire ses nouvelles élites en favorisant par divers moyens les enfants des dirigeants ; déclin, aussi, de la “solidarité nationale” (*samaki*, samK<l), terme présent dans toutes les bouches au début des années 1990, qui encourageait chacun à participer à la remise en marche du pays détruit par la guerre puis le régime khmer rouge ; abandon par l'Etat, dans les discours comme dans les pratiques, du “bien public” qui, de nouveau, est pris en charge par les bonzes et le monde de la pagode. Ceux-ci le partagent à présent avec les O.N.G., devenues partie prenante du monde socio-politique cambodgien.

Mais d'un autre côté et paradoxalement, les professions médicales et paramédicales sont devenues les activités les plus prisées et les plus valorisées socialement. D'abord parce qu'elles sont lucratives. Ensuite parce qu'elles s'exercent à l'intérieur de la fonction publique et permettent à leurs membres de bénéficier de la protection d'un Etat fort ainsi que du statut de fonctionnaire, lequel renvoie historiquement aux structures sociales construites autour des trois figures du paysan, du commerçant et du fonctionnaire royal. Enfin, parce qu'exercer la médecine permet de la pratiquer, au premier chef, au bénéfice de sa propre famille et de son réseau d'alliés et d'assumer ainsi au mieux ces devoirs primordiaux que sont les obligations familiales de protection et d'assistance, qui reprennent une force accrue à mesure que la société urbaine est perçue, dans son ensemble, comme hostile voire dangereuse.

Ainsi, à chaque moment de son histoire, la médecine – ses pratiques sociales et ses praticiens – constitue un instrument d'analyse qui renvoie à autre chose qu'à elle-même dans la mesure où elle nous parle du rapport de la société cambodgienne avec le monde occidental, de la gestion du bien-être collectif et des nouvelles différenciations sociales.

- II -

Par-delà l'analyse qu'elle permet de la société cambodgienne urbaine, cette étude apporte un matériel complémentaire – avec quelques autres travaux du même type, menés dans des sociétés non occidentales – à la sociologie de la profession médicale, trop souvent cantonnée aux pays occidentaux. Nous avons ainsi tenté la réexploration, à l'aune de notre enquête cambodgienne, de certains thèmes comme l'autorité et le pouvoir médicaux, les représentations sociales de la médecine et de ses praticiens, l'éthique professionnelle – et, plus généralement, les discours de type moral ou religieux liés à la pratique thérapeutique – et, enfin, les caractéristiques de la relation médecin-malade, en terme de pouvoir et de légitimité, mais également, d'implication affective.

Il apparaît ainsi que des caractéristiques profondément chevillées, en Occident, à la profession médicale peuvent devenir secondaires au Cambodge et inversement. C'est le cas, par exemple, de l'éthique médicale pour laquelle on perçoit, dans les hôpitaux où interviennent les membres d'organisations humanitaires, toute l'importance que ces derniers accordent à ses principes. Les praticiens cambodgiens et leurs patients, se montrent, quant à eux, plutôt focalisés sur la capacité technique de traitement. A l'instar de celle des médecins traditionnels, elle doit être basée sur un diagnostic précis (nommant une maladie ou un syndrome), formulé rapidement et sans hésitation (sur un mode relevant de la “science infuse” plus que du modèle scientifique habituellement prôné de l'observation et du tâtonnement) et aboutir à une disparition rapide des symptômes. A l'inverse, l'aisance matérielle du médecin et la distance qu'il met dans la relation thérapeutique, qui constituent facilement, si elles sont trop ostentatoires, des caractéristiques négatives dans les représentations

sociales du médecin occidental (surtout humanitaire), sont les signes d'un statut social élevé imbriquant les notions de savoir et de pouvoir.

A cet effet, restituer à la profession médicale cambodgienne sa temporalité propre nous a paru indispensable à deux niveaux. D'abord, remonter jusqu'à sa genèse coloniale et la suivre jusqu'à sa forme actuelle, nous a permis de mettre à distance les schémas imposants de la sociologie et, notamment, celui de la "profession" dont certains auteurs ont déjà relevé à quel point il pouvait perdre sa fonction de simple instrument d'analyse pour se transformer, si l'on n'y prenait garde, en horizon indépassable de la normalité et devenir, de la sorte, bien "encombrant". D'autre part, consacrer une attention particulière à l'histoire de la biomédecine cambodgienne nous a permis de dépasser une approche de la modernité dans les simples termes de l'acculturation, en regardant, au contraire, comment les praticiens s'inséraient, au côté d'autres thérapeutes, dans les structures sociales en transformation depuis le protectorat français.

- III -

Les données de terrain sur lesquelles repose cette Thèse datent, pour l'essentiel, de la première moitié de la décennie 1990, période-charnière pour la société cambodgienne puisqu'elle vit la fin de l'époque socialiste et le début de l'ouverture à l'Ouest, accompagnée d'une libéralisation politique et surtout économique, allant de pair avec la montée rapide des différenciations socio-économiques, la paupérisation du service public, et ce qu'on pourrait appeler la "tiers-mondisation" du Cambodge, caractérisée par une aide étrangère massive (qu'il s'agisse d'O.N.G. ou des aides bilatérales et multilatérales), une dégradation du niveau de vie paysan et un exode rural important allant grossir une capitale pauvre en emplois. Ce tableau a pour toile de fond une instabilité militaire et politique qui dure jusqu'à l'extinction de la guérilla khmère rouge en 1998 avec la mort de Pol Pot et le ralliement ou l'arrestation des principaux dirigeants. Il s'agit donc d'une période de déstructuration et de changements sociaux rapides que l'anthropologue délaisse habituellement au profit de l'historien ou du journaliste, préférant traditionnellement les situations plus stables et les évolutions à la périodicité plus étalée même si la

généralisation et l'accélération des changements sociaux mondiaux demandent la création de nouveaux outils, adaptés à cette réalité.

La profession médicale cambodgienne a ainsi été appréhendée à un moment où, privée de stabilité économique (nécessaire à la constitution d'une clientèle privée ou publique) et politique (permettant la rédaction de lois encadrant la pratique thérapeutique et des directives fermes concernant le système de santé et la fonction publique), elle n'avait pu se développer et donner sa pleine mesure. C'est la raison pour laquelle la photographie qui apparaît d'elle dans cette étude est parfois une image un peu floue car ses caractéristiques se profilent sans être encore affirmées. Depuis, deux nouveaux séjours de terrain en 1999 nous ont permis de mesurer combien les traits qui s'esquissaient se sont renforcés.

Ces tout derniers mois ou ces toutes dernières années, divers organismes professionnels (Ordre des Médecins, associations rassemblant chaque groupe médical ou paramédical) ont été créés et l'on peut y voir la volonté de construire une autorité professionnelle qui soit ancrée institutionnellement ; autorité professionnelle qui, dans notre recherche, ne pouvait pas s'exprimer car elle était bâillonnée par une hiérarchie politique qui primait sur toute autre. Il faut ajouter que le niveau des études a progressé et que des stages, des perfectionnements et des spécialisations dans les pays occidentaux contribuent à donner, sur le plan du savoir et de la compétence technique, une nouvelle légitimité aux médecins. Cette reprise des échanges avec l'extérieur prend également une forme nouvelle, permise par les contacts entretenus entre les médecins du Cambodge et leurs compatriotes de la diaspora, dont certains sont très engagés dans des actions d'ordre humanitaire à destination de leur pays d'origine.

Tandis que les médecins, à mesure que l'Etat se retirait de la gestion du "bien public", se trouvaient eux-mêmes, en tant que fonctionnaires, désinvestis d'une telle obligation, ils ont, comme sous le Sangkum, repris intensément leurs consultations privées depuis qu'elles sont autorisées. Les cabinets ouverts dans les appartements personnels ou, pour les plus aisés, les cliniques, se sont multipliés ces dernières années, ouvrant pour les médecins une phase de prospérité, concurrencée il est vrai par d'autres praticiens et, en premier lieu, par les infirmiers et par les pharmaciens délivrant directement des médicaments et passant outre les dispositions

légales sur la répartition des compétences et la nécessité des ordonnances médicales. Il est possible que le thème de la dangerosité de l'automédication biomédicale, dont les spécialistes de santé publique annoncent les effets négatifs sur le traitement du paludisme et de la tuberculose du fait des phénomènes de résistance aux médicaments causés par leur mauvaise utilisation, devienne le cheval de bataille enfourché par les médecins cambodgiens pour asseoir leur autorité professionnelle et imposer, du moins en ville, le monopole de la prescription. Mais des intérêts contraires, puissants, sont en jeu.

Cependant cette évolution ne s'accompagne pas nécessairement d'une homogénéisation de la profession (dont nous avons montré à quel point elle était éclatée sous la République Populaire du Kampuchea) car elle est confrontée à la multiplication des jeunes diplômés de médecine et leur concentration à Phnom Penh – en dépit des injonctions du ministère de la Santé à respecter les lieux de nominations. Cela amène la concurrence et la marginalisation professionnelle des dernières promotions, comme celle de ce jeune médecin, rencontré en 1999, qui n'avait pas les moyens de s'installer sur un marché thérapeutique saturé et était devenu travailleur social dans une O.N.G. occidentale. La pression de la concurrence amènera-t-elle les plus défavorisés des jeunes diplômés à s'installer plus profondément à l'intérieur du pays et à proposer leurs services dans les communes, voire les villages ?

- IV -

Arrivant au terme de ce travail, les prolongements auquel il pourrait donner lieu se dessinent. Ces derniers s'inscrivent, d'une part, dans l'anthropologie de la société cambodgienne elle-même et, d'autre part, dans les enjeux politiques plus larges que représente, aujourd'hui, la santé publique au Cambodge.

D'abord, à côté des logiques politiques (de Parti) qui, au moment de l'enquête s'avéraient très prégnantes, les logiques familiales sous-tendant les pratiques professionnelles nécessiteraient, elles aussi, une attention particulière. Et l'on peut formuler l'hypothèse que le système de santé et la structuration de l'offre de soins tendent à se recomposer en fonction de ces logiques familiales. En effet, le

noyau de base de la société cambodgienne, celui sur lequel prend fermement appui l'ensemble de la structure sociale, est la famille étendue et son réseau d'alliances. Par le biais des stratégies matrimoniales, et en tenant compte de la dimension réduite de la population cambodgienne (qui compte onze millions d'habitants aujourd'hui), on peut imaginer une situation idéale où chaque réseau familial disposerait d'un médecin ou d'un infirmier allié, reproduisant, au niveau concret de son réseau de connaissances, les impératifs techniques et moraux que les soignants occidentaux tentent, comme on l'a vu, d'imposer selon une universalité abstraite.

Une seconde logique dont il faudrait envisager l'importance est la logique ethnique qui, au moment de l'enquête, était gommée par la nécessité, pour les personnes d'ascendance chinoise, de ne pas manifester d'identité culturelle propre du fait de la tension diplomatique entre la Chine Populaire et l'Etat du Cambodge. Les personnes d'ascendance chinoise plus ou moins proche¹, sont, du fait de l'histoire des migrations chinoises en Asie du Sud-Est, plus souvent citadines et liées au commerce que les Khmers, qui constituent la base du monde paysan. Une bonne partie des professionnels modernes de santé au Cambodge ont des ancêtres chinois.

L'approche comparatiste, plaçant en parallèle les médecins de différentes sociétés ou, à l'intérieur de la société cambodgienne, les médecins et d'autres groupes socio-professionnels modernes ou traditionnels permettrait de mieux évaluer l'inscription sociale des premiers. Le Sud-Est asiatique offre des exemples de sociétés – Thaïlande, Birmanie, Cambodge – qui, à partir d'un soubassement culturel commun (celui de cultures môn-khmères indianisées) présentent des héritages historiques modernes contrastés. Il serait intéressant d'observer leurs systèmes de santé actuels, en les analysant comme les réponses sociales à des influences étrangères (indépendance nationale préservée pour la Thaïlande, colonisation britannique pour la Birmanie et protectorat français pour le Cambodge).

Ensuite, d'autres groupes socio-professionnels occupant des places diverses dans le Cambodge actuel, demanderaient à être observés en comparaison avec celui des médecins. Nous pensons d'abord aux infirmiers qui sont largement

¹ Rappelons que l'identité ethnique chinoise, tant dans sa dimension subjective qu'assignée par la société globale, est vécue de façon très variée par les acteurs sociaux cambodgiens.

apparus, dans cette étude, comme les grands “gagnants” (avec les *kru* néo-traditionnels) du système de santé actuel car ils sont mieux en prise sur le monde rural. Nous pensons également aux enseignants qui présentent, à première vue, une trajectoire collective historique différente de celle des médecins car ils ont été au cœur de l'activisme politique et des débats de société dont les médecins sont absents. Avec les bonzes, enfin, nous abordons un autre élément-clé de la société cambodgienne qui est l'importance de la pratique religieuse et du clergé bouddhique – dont les pagodes s'embellissent et se multiplient à mesure que les hôpitaux déperissent. Comme on le voit à l'évocation rapide de ces quelques points de comparaison, pour le moment, au Cambodge, les acteurs “traditionnels” se modernisent avec facilité et dynamisme, qu'il s'agisse des bonzes ou des médecins traditionnels tandis que les acteurs des secteurs “modernes” intègrent, se réapproprient et réinterprètent avec difficulté le domaine “traditionnel” qui, seul, leur conférerait pourtant une assise sociale solide.

Il conviendrait, pour finir, de s'interroger sur les enjeux qui aujourd'hui, placent le Cambodge, par le biais de la santé et de la médecine, au cœur d'un dispositif d'aide humanitaire et de dépendance internationale dont il ne peut plus guère se défaire. La moitié du budget national de l'année 2000, rapporte la presse, provient de l'aide étrangère et, malgré des vellétés d'affirmation de souveraineté nationale dans les discours d'hommes politiques, il semble certain que les grandes décisions et, en particulier, la politique de santé publique ne sont plus entièrement aux mains des dirigeants cambodgiens. L'identité nationale cambodgienne moderne en cours de construction renvoie l'image de ces incertitudes et le succès de petits partis nationalistes s'explique également ainsi.

Le partage des domaines d'intervention, que nous avons mis en évidence pour la période du Sangkum, tend à se reconstituer, avec une sorte de “sous-traitance” du service public aux O.N.G. humanitaires occidentales qui, à terme, ne prendraient plus en charge que les indigents, l'essentiel de la population ayant recours à divers thérapeutes privés, peu contrôlés par l'Etat, dont les médecins de formation occidentale. D'autre part l'aide bilatérale française reprend, à quelques aménagements près, son influence prépondérante sur la médecine curative de pointe

en organisant l'enseignement médical, l'hôpital universitaire et l'Institut Pasteur. Enfin, on note un effort des Anglo-saxons pour affermir une influence sur les disciplines liées à la santé publique, par le biais de la construction d'un Institut de Santé Publique à Phnom Penh.

Mais les enjeux que représente la santé au Cambodge dépassent largement cette répartition informelle des influences. Nous avons décrit en détail comment le Cambodge, petit pays pris dans des stratégies géopolitiques qui le dépassait, au moment de la guerre froide, s'était trouvé soumis à des pressions étrangères – manifestées notamment par des aides – et avait tenté de se servir de celles-ci. Les répercussions étaient nettes dans le domaine des politiques de santé et, partant, sur la profession médicale elle-même. Depuis le régime khmer rouge, les raisons invoquées pour placer le Cambodge sous tutelle sont d'ordre humanitaire : l'atrocité de cette période a marqué le pays du sceau indélébile de la victime. Il n'est pas un article de journal ni un rapport d'expert qui ne commence, vingt ans après la chute des Khmers Rouges, par rappeler les souffrances et la destruction endurées. Cela permet, d'une part, de balayer implicitement les efforts de reconstruction consentis par les gouvernements qui leur ont succédé et, surtout, par les individus eux-mêmes. Cela permet aussi de justifier une aide internationale qui s'exprime de manière privilégiée dans le domaine de la santé et dont les O.N.G. locales, nouveaux courtiers du développement, tirent parti. Il convient à cet égard de noter que les médecins, en concentrant leurs activités sur leurs cabinets et en renonçant à toute implication collective dans la gestion du “bien public”, ont tourné le dos à cette manne humanitaire internationale.

Le statut de victime permanente et impuissante conféré au Cambodge s'est trouvé prolongé et renforcé, à partir de 1995 environ, par la prise en charge d'une importante épidémie de SIDA, que la presse et diverses personnalités locales et étrangères ont rapidement associée, dans les métaphores employées pour la décrire, au régime khmer rouge (par le nombre de personnes contaminées par le virus). Le terme n'est pas neutre puisqu'il va dans le sens d'une transformation progressive, sous l'influence de l'aide étrangère (qu'elle soit humanitaire ou multilatérale), des problèmes socio-politiques et économiques cambodgiens en difficultés d'ordre médical, plus circonscrites et autorisant des réponses limitées. Cette évolution

s'inscrit dans le mouvement plus général de la “sanitarisation” des rapports Nord-Sud dont le Cambodge est un exemple particulièrement net.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGAMBEN Giorgio, *Moyens sans fins. Notes sur la politique*, Paris : Payot et Rivages, 1995 [1ère éd. ital. de l'art. 1995].
2. AGAMBEN Giorgio, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris : Seuil, 1997 (Coll. "L'ordre philosophique") [1ère éd. ital. 1995].
3. AÏACH Pierre et FASSIN Didier (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 1994.
4. AKRICH Madeleine et PASVEER Bernike, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson : Synthélabo (Coll. "Les empêcheurs de penser en rond"), 1996.
5. ANG Choulean, *Les êtres surnaturels dans la religion populaire khmère*, Paris : CEDORECK, 1986.
6. ANG Choulean, "Apports indiens à la médecine traditionnelle khmère", *Journal of the European Ayurvedic Society*, Reinbeck (Allemagne), 1992, 2, pp. 101-114.
7. ANG Sody, *A Descriptive Study of Cultural Presentation of Postpartum Psychiatric Disorder "toas" in Cambodia*, Thesis (Post graduated specialist training in Psychiatry), Phnom Penh, Cambodian Mental Health Training Program, Feb. 1998, dactyl.
8. ANGIER, "Le Cambodge. Géographie médicale", *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, 1901, 4, pp. 5-59.
9. ARBORIO Anne-Marie, *Les aides-soignantes à travers l'hôpital : trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, Thèse pour le Doctorat de sociologie, EHESS, 1996.
10. ARLIAUD Michel, *Les médecins*, Paris : La Découverte (Coll. "Repères"), 1987.
11. ARENDT Hannah, *Essai sur la révolution*, Paris : Gallimard, 1967.
12. ARENDT Hannah, *Les origines du totalitarisme. Le système totalitaire*, Paris : Seuil (Coll. "Points/Essais"), 1972 [1ère éd. am. 1951].
13. AUGÉ Marc, "Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire de l'événement", in AUGÉ Marc et HERZLICH Claudine (éds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris/Montreux : Éd. Archives contemporaines, 1984, pp. 35-91.

14. AUGÉ Marc, “L'anthropologie de la maladie”, *L'Homme*, n° spécial “Anthropologie : état des lieux”, 1986, 97-98, Paris : EHESS/Librairie Générale Française (Coll. “Biblio/essais”), pp. 77-88.
15. AYMONIER Etienne, *Notes sur les coutumes et les croyances superstitieuses des Cambodgiens*, Paris : CEDORECK, 1984 [1^{ère} éd. 1883].
16. AYMONIER Etienne, *Le Cambodge*, Paris : Leroux, 3 vol., 1900-1904.
17. BADIE Bertrand et BIRNBAUM Pierre, *Sociologie de l'Etat*, Paris : Grasset et Fasquelle (Coll. “Pluriel”), 1982 [1^{ère} éd. 1979].
18. BADO Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris : Karthala, 1996.
19. BALANDIER Georges, “Sociologie, ethnologie et ethnographie”, in Georges Gurvitch (dir.), *Traité de sociologie*, t. I, Paris : PUF, 1962, pp. 99-113.
20. BALANDIER Georges, *Sociologie actuelle de l'Afrique noire. Dynamique sociale en Afrique centrale*, Paris : PUF, 1982 [1^{ère} éd. 1955].
21. BARNETT Anthony, “Democratic Kampuchea : a Highly Centralized Dictatorship”, in CHANDLER David P. and KIERNAN Ben (eds), *Revolution and its Aftermath in Kampuchea : Eight Essays*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, pp. 212-229.
22. BARTH Auguste et BERGAIGNE Abel, *Inscriptions sanscrites du Cambodge et du Champa*, Paris : Imprimerie Nationale, 1885-1893, 2 vol.
23. BARTHE Jean-François, “Connaissances profanes des symptômes et recours thérapeutiques”, *Revue Française de Sociologie*, 1990, XXXI, 2, pp. 283-296.
24. BASTIDE Roger, *Les religions africaines au Brésil. Contribution à une sociologie des interpénétrations de civilisation*, Paris : PUF, 1995 [1^{ère} éd. 1960].
25. BASZANGER Isabelle, “Introduction. Les chantiers d'un interactionnisme américain”, in Anselm STRAUSS, *La trame de la négociation*, Paris : L'Harmattan, 1992, pp. 11-63.
26. BECKER Elizabeth, *Les larmes du Cambodge. L'histoire d'un auto-génocide*, Paris : Presses de la Cité, 1988 [1^{ère} éd. am. 1986].
27. BENOIST Jean, “La question de l'efficacité en anthropologie médicale”, Colloque *Médecines du monde. Anthropologie et pratique médicale*, Paris, 27 et 28 janvier 1986.
28. BEZANCON Pascale, *La rénovation des écoles de pagodes au Cambodge*, Mémoire de Maîtrise d'histoire, Univ. Paris VII, 1992.

29. BIBEAU Gilles, "From China to Africa : the Same Impossible Synthesis Between Traditional and Western Medicine", *Social Science and Medicine*, 1985, 21, 8, pp. 937-943.
30. BIZOT François, *Le figuier à cinq branches. Recherche sur le bouddhisme khmer*, Paris : EFEO, 1976.
31. BLOCH Marc, *Les rois thaumaturges*, Paris : Armand Colin, 1961.
32. BOISSELIER Jean, *Le Cambodge. Manuel d'archéologie d'Extrême-Orient - 1ère partie : Asie du Sud-Est*, t. I, Paris : A. et J. Picard, 1966.
33. BOLTANSKI Luc, *La découverte de la maladie. La diffusion du savoir médical*, Paris, Centre de Sociologie Européenne, 1968, multigr.
34. BOLTANSKI Luc, *Les cadres*, Paris : Éd. de Minuit, 1982.
35. BOLTANSKI Luc, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris : Ed. Métailié, 1993.
36. BORDES L. A., *Le paludisme en Indochine*, Exposition coloniale Internationale, Paris 1931, Hanoi : IDEO, 1931.
37. BOUA Chanthou, "Observations of the Heng Samrin Government, 1980-1982", in CHANDLER David P. and KIERNAN Ben (eds), *Revolution and its Aftermath in Kampuchea : Eight Essays*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, pp. 259-290.
38. BOUN SE M., *La santé scolaire au Cambodge et ses perspectives d'avenir*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1966-1967.
39. BOURDIEU Pierre, "Champ du pouvoir, champ intellectuel et habitus de classe", *Scolies*, 1971, 1, pp. 7-26.
40. BOURDIEU Pierre, *La distinction*, Paris : Éd. de Minuit, 1979 (Chap. 4, "La dynamique des champs", pp. 249-287).
41. BROCHEUX Pierre et HÉMERY Daniel, *Indochine. La colonisation ambiguë, 1858-1954*, Paris : La Découverte, 1994.
42. CERUTTI Simona, *La ville et les métiers. Naissance d'un langage corporatif (Turin, 17^e-18^e siècle)*, Paris : Ed. de l'EHESS, 1990.
43. CHAN Ok, *Contribution à l'étude de la thérapeutique traditionnelle au pays khmer*, Thèse pour le Doctorat en médecine (diplôme d'université), Paris, 1955.
44. CHANDLER David P., *A History of Cambodia*, Boulder, Colorado : Westview Press, 1983.

45. CHANDLER David P., *The Tragedy of Cambodian History. Politics, War and Revolution since 1945*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Press, 1991.
46. CHANDLER David P., *Pol Pot, Frère Numéro Un*, Paris : Plon, 1993 [1ère éd. améric. 1992].
47. CHANDLER David P. and KIERNAN Ben (eds), *Revolution and its Aftermath in Kampuchea : Eight Essays*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983.
48. CHANDLER David P., KIERNAN Ben and BOUA Chanthou, *Pol Pot Plans the Future. Confidential Leadership Documents from Democratic Kampuchea, 1976-1977*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1988.
49. CHARNY Joël R., *NGOs and the Rehabilitation and Reconstruction of Cambodia*, Report, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, July 1992, dactyl.
50. CHIFFOLEAU Sylvia, *Médecines et médecins en Egypte. Construction d'une identité professionnelle et projet de médicalisation*, Thèse pour le Doctorat de sociologie, Paris, EHESS, 1994, 2 vol.
51. CHRISTAKIS Nicholas A., "Ethics are local : Engaging Cross-cultural Variation in the Ethics for Clinical Research", *Social Science and Medicine*, 35, 9, 1992, pp. 1079-1091.
52. CIXOUS Hélène, *Théâtre du Soleil. L'histoire terrible mais inachevée de Norodom Sihanouk, Roi du Cambodge*, Paris : Théâtre du Soleil, 1985.
53. CÉDES George, "La stèle de Ta-Prohm", *BEFEO*, 1906, VI, pp. 44-81.
54. CÉDES George, "Études cambodgiennes. XXXIV - Les hôpitaux de Jayavarman VII", *BEFEO*, 1940, XL, pp. 344-347.
55. CÉDES George, "L'assistance médicale au Cambodge au XIIe siècle", *France-Asie*, fév.-juin 1959, XVI, 153-157, pp. 493-496.
56. CÉDES George, *Angkor. An introduction*, London : Oxford Univ. Press, 1969 [1ère éd. franç. 1943].
57. CÉDES Georges, *Les Etats hindouisés d'Indochine et d'Indonésie*, Paris : De Boccard, 1989 [1ère éd. 1948].
58. CONDOMINAS Georges, "Les Cambodgiens", in *Ethnologie de l'Union française*, t. II, Paris : PUF, 1953, pp. 558-619.
59. CONG Tham, *Pour la diffusion de la médecine française*, Saigon : Impr. Tin Duc Thu Xa, s.d. (c. 1940).

60. *Crimes et répercussions dans le domaine de la Santé Publique sous le régime génocidal [sic] Pol Pot - Ieng Sary - Khieu Samphan*, Faculté de Médecine et Département de Protection Maternelle et Infantile, juill. 1989, dactyl.
61. CROCHET Soizick, *Activités et idéologies des agences internationales en charge de programmes SIDA au Cambodge*, Rapport de recherche, Programme thématique SIDA-CNRS, janv. 1998.
62. CROZIER Michel, *Le phénomène bureaucratique*, Paris : Seuil, 1963.
63. CUCHE Denys, "Coupure (principe de coupure)", *Pluriel recherches. Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques*, 1993, 3, pp. 32-34.
64. CUCHE Denys, *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris : La Découverte (Coll. "Repères"), 1996.
65. CURMI Brigitte et CHIFFOLEAU Sylvia (éds.), *Médecins et protection sociale dans le monde arabe*, Beyrouth/Amman/Paris : Centre d'Etudes et de Recherches sur le Moyen-Orient Contemporain/ORSTOM, 1993.
66. DANIEL Alain, *Dictionnaire pratique cambodgien-français*, Paris : Institut de l'Asie du Sud-Est, 1985. DAUPHIN-MEUNIER Achille, *Le Cambodge de Sihanouk ou de la difficulté d'être neutre*, Paris : Nouvelles Éditions Latines, 1965.
67. DELVERT Jean, *Le paysan cambodgien*, Paris : L'Harmattan, 1994 [1ère éd. 1961].
68. *Directory of Humanitarian Assistance in Cambodia*, Phnom Penh, Cooperation Committee for Cambodia, 1994, multigr.
69. DODIER Nicolas et BASZANGER Isabelle, "Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique", *Revue Française de Sociologie*, 1997, XXXVIII, pp. 37-66.
70. DOZON Jean-Pierre, "Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil", *Sciences Sociales et Santé*, nov. 1985, III, 3-4, pp. 27-56.
71. DOZON Jean-Pierre, "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire", *Politique Africaine*, déc. 1987, 28, pp. 9-20.
72. DOZON Jean-Pierre, "D'un tombeau l'autre", *Cahiers d'Etudes Africaines*, 1991, XXXI (1-2), 121-122, pp. 135-157.
73. DOZON Jean-Pierre, "Avant-propos", *Sciences Sociales et Santé*, n° spécial "Anthropologie de la maladie : nouveaux lieux, nouvelles approches", sept. 1994, XII, 3, pp. 5-13.
74. DOZON Jean-Pierre et SINDZINGRE Nicole, "Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine", *Prévenir* (Marseille), 1986, 12, pp. 43-53.

75. DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier, “Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique”, *Sciences Sociales et Santé*, fév. 1989, VII, 1, pp. 21-36.
76. DUBAR Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin (Coll. “U”), 1991.
77. DUFRESNE Jacques, “Aspects culturels de la santé et de la maladie”, in *Traité d'anthropologie médicale*, Québec/Paris : Presses de l'Univ. du Québec/Presses de l'Univ. de Lyon, 1985, pp. 241-251.
78. DUONG Ba Banh, “La médecine traditionnelle du Viêt Nam au contact de la médecine européenne”, *Archives Internationales d'Histoire des Sciences*, 1951, 15, pp. 458-464.
79. DUONG Ba Banh, *Histoire de la médecine du Viêt-Nam*, Hanoi, 1947-1950, dactylogr.
80. DURKHEIM Emile, *De la division du travail social*, Paris : PUF, 1991 [1ère éd. 1893].
81. EBIHARA May, *Svay. A Khmer Village in Cambodia*, PhD thesis, Columbia University, 1968.
82. EBIHARA May M., MORTLAND Carol A. and LEDGERWOOD Judy (eds), *Cambodian Culture since 1975. Homeland and Exile*, Ithaca/London : Cornell Univ. Press, 1994.
83. *L'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de l'Indochine*, Exposition coloniale internationale, Direction de l'Instruction Publique, Hanoi : IDEO, 1931.
84. “Efforts médico-sociaux du Cambodge”, *Médecine Tropicale*, 18 mars 1967, 11, pp. 2173-2180.
85. EISENBRUCH Maurice, “The Ritual Space of Patients and Traditional Healers in Cambodia”, *BEFEO*, 1992, 79, 2, pp. 283-316.
86. ENFANCE ESPOIR, *Etude du recours aux soins parmi la population d'un district dans la province de Kandal*, Rapport, Choisy-le-Roi/Phnom Penh, Enfance Espoir, nov. 1993, dactyl.
87. *Etudes vietnamiennes. Vingt-cinq années d'activités médico-sanitaires*, Hanoi, 1970, 25.
88. *Exposition médicale française en Indochine*, Hanoi : IDEO, 1941.
89. Faculté Mixte de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, *10 ans d'activités de formation. 1980-1989*, Phnom Penh, rapport au ministère de l'Education, 1989, dactyl.

90. FAINZANG Sylvie, *“L'intérieur des choses”. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris : L'Harmattan, 1986.
91. FAINZANG Sylvie, “La 'maison du Blanc' : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina”, *Sciences Sociales et Santé*, 1985, III, 3-4, pp. 105-128.
92. FASSIN Didier, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris : PUF, 1992.
93. FASSIN Didier, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris : Karthala, 2000.
94. FAVRET-SAADA Jeanne, *Les mots, la mort, les sorts*, Paris : Gallimard, 1977.
95. FINOT Louis, “Notes d'épigraphie. II - L'inscription sanskrite de Say-Fong”, *BEFEO*, 1903, III, 1, pp. 18-33.
96. FINOT Louis, “Notes et mélanges. Les doublets de la stèle de Say-Fong”, *BEFEO*, 1903, III, 1, pp. 460-466.
97. FINOT Louis, “Notes d'épigraphie. XVIII - Notes additionnelles sur l'Edit des hôpitaux”, *BEFEO*, 1915, XV, 2, pp. 108-111 et pp. 185-186.
98. FOREST Alain, “Les portraits du Cambodgien”, *ASEMI*, 1973, 4, 2, pp. 81-107.
99. FOREST Alain, *Le Cambodge et la colonisation française. Histoire d'une colonisation sans heurts (1897-1920)*, Paris : L'Harmattan, 1980.
100. FOREST Alain, *Le culte des génies protecteurs au Cambodge*, Paris : L'Harmattan, 1992.
101. FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris : PUF, 1963.
102. FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984 [1ère éd. am. 1970].
103. FRIEDMANN Daniel, *Les guérisseurs*, Paris : Ed. A. M. Métailié, 1981.
104. GAIDE Laurent, “Note sur la préparation des éthers éthyliques de krabao destinés au traitement de la lèpre”, *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, sept. 1928, VI, 9, pp. 368-377.
105. GAIDE Laurent et BODET, *La prévention et le traitement de la lèpre en Indochine*. Exposition coloniale internationale. Paris 1931. Indochine Française, Hanoi : IDEO, 1930.
106. GAIDE Laurent, *L'assistance médicale et la protection de la santé publique*, Exposition coloniale internationale, Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux de l'Indochine, Hanoi : IDEO, 1931.

107. GALEY Jean-Claude, "Orientalisme et anthropologie", *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : PUF, 1992, pp. 529-532.
108. GARNIER Francis, *Voyage d'exploration en Indochine*, Paris : La Découverte, 1985 [1ère éd. 1873].
109. GARRY Robert, *La renaissance du Cambodge. De Jayavarman VII, roi d'Angkor à Norodom Sihanouk Varman*, Phnom Penh : Département de l'Information, 1964.
110. GITEAU Madeleine, *Histoire d'Angkor*, Paris : PUF (Coll. "Que Sais-Je?"), Paris, 1974.
111. GLASER Barney et STRAUSS Anselm, *The discovery of Grounded Theory*, Chicago : Aldine, 1967.
112. GOBATTO Isabelle, *Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso*, Thèse pour le Doctorat d'anthropologie sociale et de sociologie comparée, Univ. Paris V, 1996.
113. GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, Paris : Ed. de Minuit, 1974 [1ère éd. amér. 1967].
114. GOODY Jack, *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris : Ed. de Minuit, 1979 [1ère éd. anglaise 1977].
115. GROSLIER George, *Recherches sur les Cambodgiens*, Paris : Challamel, 1921.
116. GROSLIER George, *La route du plus fort*, Paris/Pondichéry : Kailash, 1994 [1ère édition 1924].
117. GROSLIER Bernard-Philippe, "La Cité hydraulique angkorienne : exploitation ou surexploitation du sol ?", *BEFEO*, 1979, LXVI, pp. 161-202.
118. GRUENAIIS Marc-Eric, "Présentation. Une rencontre à venir", *Cahiers des sciences humaines*, n° spécial "Anthropologie et santé publique", 1992, 28, 1, pp. 3-12.
119. GRUENAIIS M.-E. et MAYALA D., "Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ?", *Politique Africaine*, 1988, 31, pp. 51-61.
120. GUENEL Annick, "Lutte contre la variole en Indochine : variolisation contre vaccination?", *History and Philosophy of Life Sciences*, 1995, 17, pp. 55-79.
121. Annick GUENEL, "Entre Chine et Occident : place et rôle de la médecine traditionnelle au Viêt-Nam", in Anne-Marie MOULIN (éd.), *Médecines et santé*, Série "Les sciences hors d'Occident au XXe siècle" dirigée par Roland WAAST, vol. 4, Paris : ORSTOM, 1996, pp. 177-192.

122. GUENEL Annick, "Sexually Transmitted Diseases in Vietnam and Cambodia since the French Colonial Period", in Milton LEWIS, Scott BAMBER, Michael WAUGH (eds), *Sex, Disease and Society*, Wesport, Conn. : Greenwood Press, 1997, pp. 139-153.
123. GUILLOU Anne Y., *An Annotated Anthology of Khmer Proverbs, Sayings and Tales on Child Care, Health and Welfare*, Report, Phnom Penh, UNICEF, jan. 1993, 2 vol., dactyl.
124. GUILLOU Anne Y., "La question foncière", in *Cambodia. Agricultural Development Options Review*, rapport, Phnom Penh/Rome, FAO/ PNUD, janv. 1994, dactyl.
125. GUILLOU Anne Y., "Aspects démographiques et sociologiques ", in *Cambodia. Agricultural Development Options Review*, rapport, Phnom Penh/Rome, FAO/ PNUD, janv. 1994, dactyl.
126. GUILLOU Anne Y., "Un aspect particulier des relations inter-ethniques : l'aide humanitaire occidentale dans les hôpitaux cambodgiens", *Les Cahiers du CERIEM*, Rennes II, mars 1997, 2, pp. 5-26.
127. GUILLOU Anne Y., "La charrue et le fusil. Vie politique et société civile au Cambodge", *Passerelles*, Thionville, hiver 1997, 14, pp. 62-78.
128. GUILLOU Anne Y., "Noms personnels et termes d'adresse au Cambodge. L'individu et ses sphères d'appartenance", in Josiane MASSARD-VINCENT et Simone PAUWELS (dir.), *D'un nom à l'autre en Asie du Sud-Est. Approches ethnologiques*, Paris : Karthala, 1999, pp. 245-274.
129. GUILLOU Anne Y., *Perceptions regarding Cough and Tuberculosis in the Bassac Area, Phnom Penh, Cambodia*, Report, Phnom Penh, Family Health International/IMPACT, Nov. 1999, dactyl.
130. GUILLOU Anne Y., *Street Children in Phnom Penh. Informing HIV/AIDS Prevention Strategies*, Report, Phnom Penh/Rennes, Family Health International/IMPACT Cambodia and CNRS/Programme Thématique Sida, March 2000, dactyl.
131. GUILLOU Anne Y., "Promotion de la femme et sexualité conjugale en temps de SIDA. Le 'principe de coupure' chez les Cambodgiennes instruites", in Marie-Eve BLANC, Laurence HUSSON et Evelyne MICOLLIER (Etudes réunies par), *Sociétés asiatiques face au Sida*, Paris : L'Harmattan, 2000, pp. 67-91.
132. GUILLOU Anne Y. et SIMON-BAROUH Ida, "Camboya: entre las quiebras históricas y el renacimiento, ¿qué paz es posible?", *Tiempo de paz*, Madrid, Printemps-Eté 1996, 41, pp. 40-53 ("Cambodge : entre les cassures de l'histoire et la renaissance, quelle paix ?").
133. GUILLOU Anne Y. et SIMON Pierre-Jean, "Les bouddhismes au Viêt Nam et au Cambodge. Doctrines et cultes", Colloque "Cheminevements en France.

Cambodgiens, Lao, Hmongs, Viêtnamiens”, Rennes, Association D'une Rive à l'autre/ CERIEM/ Maison Internationale de Rennes, 13 oct. 2000.

134. HAING Ngor, *Une odyssée cambodgienne*, Paris : Presses Pocket, 1989 [1ère éd. américaine 1987].

135. HAN Kadeva, *Réflexions sur l'organisation actuelle du ministère de la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1974-1975.

136. HEALTH UNLIMITED, *Rapport de la mission d'évaluation dans la province de Ratanakiri*, rapport, Phnom Penh, mai 1990.

137. HEDER Steven, *From Pol Pot to Pen Sovan to the Villages*, International Conference on Indochina and Problems of Security and Stability in Southeast Asia, Bangkok, Chulalongkorn University, 19-21 June 1980, dactyl.

138. HEIDEGGER Martin, *Essais et conférences*, Paris : Gallimard, 1958 (“La question de la technique”, pp. 9-48 et “Science et méditation”, pp. 49-78) [1ère éd. allemande 1954].

139. HERZLICH Claudine, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris/La Haye : Mouton/EPHE, 1969.

140. HOC Dac Di, *Des médecins français à la cour d'Annam aux grands maîtres de Paris*, Hanoi : IDEO, 1942.

141. HOLLINGSHEAD August B. et REDLICH Fredrick C., “Classe sociale et traitement psychiatrique”, in Claudine HERZLICH, *Médecine maladie et société*, Paris : Mouton/EPHE, 1970, pp. 101-115.

142. HORTON Robin, “African Traditional Thought and Western Science”, *Africa*, London, 1967, XXXVII, 1-2, pp. 50-71 et pp. 155-187.

143. HOURS Bernard, *L'Etat sorcier*, Paris : L'Harmattan, 1985.

144. HOURS Bernard, “L'anthropologue face à la demande médicale”, Colloque *Anthropologie sociale et ethnologie de la France*, Paris, Musée des Arts et Traditions Populaires, 19-20-21 nov. 1987, dactylograph.

145. HOURS Bernard, *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*, Paris : L'Harmattan, 1998.

146. HOURS Bernard et SELIM Monique, *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain. Marché, socialisme et génies*, Paris : L'Harmattan, 1997.

147. HOUTART Myriam, *Perceptions of the Cambodian Medical System and Possibilities for the Re-integration of Khmer Medical Personnel from the Border Camps*, Report, Lyon/Bangkok, Opération Handicap International, Feb. 1989.

148. HUARD Pierre, “La médecine khmère populaire”, *Concours médical*, mai 1963, 85, 20, pp. 3269-3275 et 21, pp. 3437-3444.
149. HUGHES Everett, *Men and their Work*, Westport : Greenwood Press, 1958.
150. I Phandara, *Retour à Phnom Penh*, Paris : Ed. A. M. Métailié, 1982.
151. ILIFFE John, *East African Doctors. A History of the Modern Profession*, Cambridge : Cambridge Univ. Press, 1998.
152. JACQUES Claude, “Les édits des hôpitaux de Jayavarman VII”, *Etudes cambodgiennes*, janv.-mars 1968, 13, pp. 14-17.
153. JAFFRE Yannick et OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris : PUF, 1999.
154. JENNAR Raoul M., *Les constitutions du Cambodge*, Paris : La Documentation Française, 1994.
155. JENNAR Raoul M., *Les clés du Cambodge*, Paris : Maisonneuve et Larose, 1995.
156. JODELET Denise, *Folies et représentations sociales*, Paris : PUF, 1989.
157. KAO Kan, *Les relations sino-cambodgiennes (1963-1970)*, Thèse pour le Doctorat de 3ème cycle, Paris, EPHE., VIème section, 1973.
158. KAONN Vandy, *Cambodge ou la politique sans les Cambodgiens*, Paris : L'Harmattan, 1993.
159. KIERNAN Ben, “Poulets sauvages, poulets de ferme et cormorans. La Zone Est du Kampuchea sous Pol Pot”, in *Cambodge. Histoire et enjeux : 1945-1985*, Paris : L'Harmattan, 1985, pp. 113-191.
160. KIERNAN Ben, *How Pol Pot Came to Power*, London : Verso, 1986 [1ère ed. 1985].
161. KIERNAN Ben, *The Pol Pot Regime. Race, Power, and Genocide in Cambodia under the Khmer Rouge, 1975-79*, New Haven and London : Yale Univ. Press, 1996.
162. KHIN Sok, “Essai d'interprétation de formules magiques des Cambodgiens”, *ASEMI*, 1982, XIII, 1-4, pp. 111-119.
163. KHIN Sok, *Le Cambodge entre le Siam et le Cambodge*, Paris : Publ. de l'EFEO, 1991.
164. KHING Hoc Dy, *Ecrivains et expressions littéraires du Cambodge au XXè s. (Contribution à l'histoire de la littérature khmère)*, vol.2, Paris : L'Harmattan, 1993.

165. KHY Phanra, "L'immigration vietnamienne au Cambodge à l'époque du Protectorat français (1863-1940)", *Les Cahiers de l'Asie du Sud-Est*, 1978, 2, pp. 45-58.
166. KLEINMAN Arthur, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley : Univ. of Calif. Press, 1980.
167. KOTOBI Laurence D., *Le vaccin et le sadaqeh. Etude des représentations de la vaccination infantile en Iran d'aujourd'hui*, Thèse de Doctorat d'anthropologie sociale et de sociologie comparée, Univ. Paris V-René Descartes, 1994, 2 vol.
168. LAHAYE F., BREDA Y. et CARTERET F., "Cambodge : création d'un centre hospitalier universitaire à l'hôpital Calmette. Nouveau départ de la coopération médicale française ?", *Médecine Tropicale*, 1995, 55, 1, pp. 89-93.
169. LAMANT Pierre, "Les prémices des relations politiques entre le Cambodge et la France vers le milieu du XIXe siècle", *Revue Française d'Histoire d'Outre-Mer*, 1985, LXXII, 267, pp. 167-198.
170. LAMANT Pierre L. (ed.), *Bilan et perspectives des études khmères (langue et culture). Actes du Colloque de Phnom Penh. 20-30 novembre-1er décembre 1995*, Paris : L'Harmattan, 1997.
171. LAPEYSSONNIE, *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, Paris : Seghers, 1988.
172. LAPLANTINE François, *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, Paris : J. P. Delarge, 1978.
173. LAPLANTINE François, "L'ethno-médecine. Propositions thématiques et théoriques", in A. RETEL-LAURENTIN et al., *Une anthropologie médicale en France ?*, Paris : CNRS, 1983, pp. 29-40.
174. LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Paris : Payot, 1986.
175. LECLERE Adhémar, "L'anatomie chez les Cambodgiens", *Revue scientifique*, 1894, 4ème série, I, 13, pp. 392-398.
176. LECLERE Adhémar, "La médecine chez les Cambodgiens", *Revue scientifique*, 1894, 4ème série, II, 23, pp. 715-721.
177. LECLERE Adhémar, "La sorcellerie chez les Cambodgiens", *Revue scientifique*, 1895, 4ème série, III, 5, pp. 129-136.
178. LENG Vuoch Eng, "Les soins dispensés à la population sous les Khmers Rouges", *ASEMI. n°spécial "Cambodge I"*, 1982, XII, 1-4, pp. 203-210.
179. LEONARD Jacques, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle*, Paris : Aubier-Montaigne, 1981.

180. LEVI-STRAUSS Claude, *Anthropologie structurale*, Paris : Plon, 1974 [1ère éd. 1958] (Chap. "L'efficacité symbolique", pp. 213-234).
181. LEWITZ [POU] Saveros, "Note sur la translittération du cambodgien", *BEFEO*, 1969, LV, pp. 163-169.
182. LOCARD Henri, *Les "Pensées" de Pol Pot. Entendues au cours du régime khmer rouge du 17 avril 1975 au 7 janvier 1979*, Phnom Penh/Lyon/Canberra, 1994-1995, dactyl.
183. LOCARD Henri, *Le "Petit Livre Rouge" de Pol Pot ou les Parole de l'Angkar entendues dans le Cambodge des Khmers Rouges du 17 avril 1975 au 7 janvier 1979*, Paris : L'Harmattan, 1996.
184. LONGUENESSE Elisabeth (dir.), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris/Lyon : L'Harmattan/Maison de l'Orient méditerranéen, 1995.
185. LOYOLA Maria Andréa, *L'esprit et le corps. Des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio*, Paris : Éd. de la MSH, 1983.
186. LUCIOLLI Esmeralda, *Le mur de bambou. Le Cambodge après Pol Pot*, Paris : Ed. Régine Deforges/Médecins Sans Frontières, 1988.
187. LUCIOLLI Esmeralda, "Khao I Dang : the early Days", in LEVY Barry S. and SUSOTT Daniel C. (eds), *Years of Horror, Days of Hope : Responding to the Cambodian Refugee Crisis*, Millwood, N. Y. : Associated Faculty Press, 1986, pp. 66-72.
188. LUNET de la JONQUIERE Etienne, *Inventaire descriptif des monuments du Cambodge*, Paris : Leroux, 1902-1911.
189. LY Den, "La médecine des cadres khmers rouges", *ASEMI*, n° spécial "Cambodge I", 1982, XII, 1-4, pp. 193-202.
190. LY Den, "Les détenus politiques sous le gouvernement Heng Samrin", *ASEMI*, n° spécial "Cambodge I", 1982, XII, 1-4, pp. 249-265.
191. MAK Phœun, *Histoire du Cambodge de la fin du XVIème siècle au début du XVIIIème siècle*, Paris : Presses de l'EFEO (Coll. "Monographies"), 1995.
192. MARTEL Gabrielle, *Lovea, village des environs d'Angkor*, Paris : Publ. de l'EFEO, 1975.
193. MARTIN Gustave, "Service de la vaccine au Cambodge", *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, 1902, pp. 497-501.
194. MARTIN Marie Alexandrine, *Introduction à l'ethnobotanique du Cambodge*, Paris : Ed. du CNRS, 1971.

195. MARTIN Marie Alexandrine, "La riziculture et la maîtrise de l'eau dans le Kampuchea Démocratique", *Etudes Rurales*, 1981, 83, pp. 7-44.
196. MARTIN Marie Alexandrine, "L'industrie dans le Kampuchea démocratique (1975-1978)", *Etudes rurales*, 1983, 89-90-91, pp. 77-110.
197. MARTIN Marie Alexandrine, "Eléments de médecine traditionnelle khmère", *Seksa khmer*, 1983, 6, pp. 135-137.
198. MARTIN Marie Alexandrine, "La politique alimentaire des Khmers Rouges", *Etudes rurales*, 1985, 99-100, pp. 347-365.
199. MARTIN Marie Alexandrine, "Vietnamised Cambodia. A Silent Ethnocide", *Indochina Report*, Singapour, 1986, 7.
200. MARTIN Marie Alexandrine, *Le mal cambodgien. Histoire d'une société traditionnelle face à ses leaders politiques, 1946-1987*, Paris : Hachette, 1989.
201. MASON Linda and BROWN Roger, *Rice, Rivalry, and Politics. Managing Cambodian Relief*, Notre Dame, Indiana/London : Univ. of Notre Dame Press, 1983.
202. MASSARD Josiane, "Doctoring by Go-between : Aspects of Health Care for Malay Children", *Social Science and Medicine*, 1988, 27, 8, p. 789-797.
203. MATRAS-TROUBETZKOY Jacqueline, *Un village en forêt. L'essartage chez les Brou du Cambodge*, Paris : Sela, 1983.
204. MAUSS Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Paris : PUF, 1985 [1ère éd. 1926] (Chap. "Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité", pp. 311-330).
205. MENAU [sic] Dr, "Etude sur la matière médicale cambodgienne (Préface)", *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, sept. 1928, VI, 9, pp. 424-425.
206. MENAUT Bernard, *Matière médicale cambodgienne*, Hanoi : IDEO, 1930.
207. MERTON Robert K., READER George G. and KENDALL Patricia L. (eds), *The Student-physician*, Cambridge, Mass. : Harvard Univ. Press, 1969.
208. MEYER Charles, *Derrière le sourire khmer*, Paris : Plon, 1971.
209. MONNAIS-ROUSSELOT Laurence, "Les médecins de l'Indochine française : un microcosme inconnu", in LE FAILLER P. et MANCINI J. M. (textes réunis par), *Viêt Nam, sources et approches. Actes du colloque international Euroviêt, Aix-en-Provence 3-5 mai 1995*, Aix-en-Provence : Publications de l'Univ. de Provence, 1996, pp. 251-265.

210. MONNAIS-ROUSSELOT Laurence, *Médecine coloniale, pratiques de santé et sociétés en Indochine française (1860-1939). Une histoire de l'Indochine médicale*, Thèse pour le Doctorat d'histoire, Univ. Paris VII, 1997.
211. MONNAIS-ROUSSELOT Laurence, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939*, Paris : CNRS Editions (Coll. "CNRS Histoire"), 1999.
212. MORIZON René, *Monographie du Cambodge*, Hanoi : IDEO, 1931.
213. MOULIN Anne-Marie (éd.), *Médecines et santé*, Paris : ORSTOM éditions (Série "Les sciences hors d'Occident au XXe siècle"), 1996.
214. MYSLIWIEC Eva, *Punishing the Poor. The International Isolation of Kampuchea*, OXFAM, 1988.
215. MYSLIWIEC Eva L., "Cambodia : NGOs in Transition", in Peter UTTING (ed.), *Between Hope and Insecurity : the Social Consequences of the Cambodian Peace Process*, Geneva : United Nations Research Institute for Social Development, 1994, pp. 97-142.
216. NAEPELS Michel, "Une étrange étrangeté. Remarques sur la situation ethnographique", *L'Homme*, 1998, 148, pp. 185-200.
217. NEPOTE Jacques, *Parenté et organisation sociale dans le Cambodge moderne et contemporain*, Genève : Olizane, 1992.
218. NGO Hou, *Les débuts de l'assistance médicale au Cambodge de 1863 à 1908*, Thèse pour le Doctorat en médecine, Fac. Mixte de Méd. et de Pharma. de Saigon, 1953.
219. NGOKWEY Ndolamb, "Home Remedies and Doctors' Remedies in Feira (Brazil)", *Social Science and Medicine*, 1995, 40, 8, pp. 1141-1153.
220. NGUYEN Van Huong, "25 années d'activités médico-sanitaires en République Démocratique du Viet Nam", *Etudes vietnamiennes*, Hanoi, 1970, 25, pp. 7-21.
221. NGUYEN Vi Son, *Calmette et son œuvre à Saigon*, Thèse pour le Doctorat de médecine, Univ. de Saigon, 1971.
222. NGUYEN VAN MINH Michel, *Contribution à l'organisation sanitaire au Cambodge sur le double plan médical et médico-social*, Thèse pour le Doctorat en médecine, Fac. de Méd. et de Pharmacie de Saigon, 1956.
223. NOGUE J., "Contribution à la géographie médicale. Missions de vaccine au Cambodge", *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, avr.-mai 1898, I, pp. 169-235.
224. NOYER B., "Pourquoi une Exposition Médicale Française?", *Le Soir d'Asie*, n° spécial "Quelques aspects de l'effort médical français en Indochine", n°89, 4 oct. 1941.

225. OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : APAD/Karthala, 1995.
226. PANNETIER Dr, "Sentences et proverbes cambodgiens", *BEFEO*, 1915, 15, 3, pp. 47-71.
227. PARSONS Talcott, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris : Plon, 1955 [1ère éd. américaine 1951].
228. PARSONS Talcott, "Sociétés : essai sur leur évolution comparée", in Van METER Karl M. (dir.), *La sociologie*, Paris : Larousse (Coll. "Textes essentiels"), 1992, pp. 525-545 [traduit de *Societies : Evolutionary and Comparative Perspectives*, Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1966].
229. PEN Vano, *Quelques réflexions sur le système hospitalier au Cambodge*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, section administrateurs d'établissements sanitaires et sociaux, 1975.
230. PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris : Ed. A. M. Métailié, 1992.
231. PETELOT Alfred, *Les plantes médicinales du Cambodge, du Laos et du Vietnam*, 1952-1954, Hanoi : IDEO, 4 vol.
232. PHANN Keo, *Causes d'échec de la lutte antipaludique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, section médecins, 1969-1970.
233. PHILLIPIDES Daniel, "La situation médicale et sanitaire au Cambodge (1979-1984)", *ASEMI*, 1984, 15, 1-4, pp. 235-276.
234. PHUNG Ton, "L'éducation nationale sous l'ancien régime", *Cambodge nouveau*, juin 1970, 2.
235. PIAT Martine, "Médecine populaire au Cambodge", *Bulletin de la Société des Etudes Indochinoise*, 1965, nouvelle série, XL, 4, pp. 307-315.
236. PICQ Laurence, *Au delà du ciel. Cinq ans chez les Khmers Rouges*, Paris : Ed. Bernard Barrault, 1984.
237. POMONTI Jean-Claude et THION Serge, *Des courtisans aux partisans. Essai sur la crise cambodgienne*, Paris : Gallimard (Coll. "Idées"), 1971.
238. PONCHAUD François, *Cambodge, année zéro*, Paris : Julliard, 1977.
239. POREE-MASPERO Evelyne, *Etude sur les rites agraires des Cambodgiens*, Paris/La Haye : Mouton/EPHE, 1962-1964-1969, 3 vol.
240. POTTIER Richard, *Le système de santé lao et ses possibilités de développement*, Thèse pour le Doctorat d'Etat es-Lettres, Paris, EHESS, 1979.

241. PRUD'HOMME Rémy, *L'économie du Cambodge*, Paris : PUF, 1969.
242. RABINOW Paul, *Un ethnologue au Maroc. Réflexions sur une enquête de terrain*, Paris : Hachette, 1988 [1ère éd. améric. 1977].
243. RAHULA Walpola, *L'enseignement du Bouddha. D'après les textes les plus anciens*, Paris : Seuil (Coll. "Points Sagesses"), 1961.
244. RAVEAU François, "Des ambiguïtés de l'anthropologie médicale", *Cahiers d'Anthropologie et Biométrie Humaine*, 1983, I, 2, pp. I-VI.
245. REGAUD Nicolas, *Le Cambodge dans la tourmente. Le troisième conflit indochinois. 1978-1991*, Paris : L'Harmattan, 1992.
246. RETEL-LAURENTIN A. et al., *Une anthropologie médicale en France ?*, Paris : CNRS, 1983.
247. REY Alain, *Dictionnaire historique de la langue française*, Ed. Dictionnaires/Le Robert, 1995, Art. "Compatir", p. 458.
248. RIVET Daniel, "Hygiénisme colonial et médicalisation de la société marocaine au temps du Protectorat français (1912-1956)", in Elisabeth LONGUENESSE (dir.), *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris/Lyon : L'Harmattan/Maison de l'Orient Méditerranéen, 1995, pp. 105-128.
249. ROS Chantrabot, *La République Khmère*, Paris : L'Harmattan, 1993.
250. SALIBA Jacques, "Les paradigmes des professions de santé", in Pierre AÏACH et Didier FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 1994, pp. 43-85.
251. SARGENT Carolyn, MARCUCCI John and ELLISTON Ellen, "Tiger Bones, Fire and Wine : Maternity Care in a Kampuchean Refugee Community", *Medical Anthropology*, Fall 1983, 7, 4, pp. 67-79.
252. SCOTT Anthony, SHIELL Alan and KING Madeleine, "Is General Practitioner Decision Making Associated with Patient Socio-economic Status ?", *Social Science and Medicine*, 1996, 42, 1, pp. 35-46.
253. SHAWCROSS William, *Une tragédie sans importance. Kissinger, Nixon et l'anéantissement du Cambodge*, Paris : Balland, 1979 [1ère éd. Améric. 1979].
254. SHAWCROSS William, "Cambodia : Some perceptions of a Disaster", David P. CHANDLER and Ben KIERNAN, *Revolution and its Aftermath in Kampuchea : Eight Essays*, New Haven : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1983, pp. 230-258.
255. SHAWCROSS William, *Le poids de la pitié*, Paris : Balland, 1985 [1ère éd. améric. 1984].

256. SIMON Pierre-Jean, "Portraits coloniaux des Vietnamiens (1858-1914)", *Pluriel débat*, 1977, 10, pp. 29-54.
257. SIMON Pierre-Jean, *Rapatriés d'Indochine. Un village franco-indochinois en Bourbonnais*, Paris : L'Harmattan, 1981.
258. SIMON Pierre-Jean, *Histoire de la sociologie*, Paris : PUF, 1991.
259. SIMON Pierre-Jean, "Anthropologie et sociologie : une frontière obsolète", *Les Cahiers du CERIEM*, Rennes II, mai 2000, 5, pp. 3-15.
260. SIMON-BAROUH Ida, *Rapatriés d'Indochine. Deuxième génération. Les enfants d'origine indochinoise à Noyant-d'Allier*, Paris : L'Harmattan, 1981.
261. SIMON-BAROUH Ida, *Le Cambodge des Khmers Rouges. Chronique de la vie quotidienne. Récit de Yi Tan Kim Pho*, Paris : L'Harmattan, 1990.
262. SINDZINGRE Nicole, "La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo", in Marc AUGÉ et Claudine HERZLICH (éds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris/Montreux : Éd. Archives contemporaines, 1984, pp. 93-122.
263. STARR Paul, *The social Transformation of the American Medicine. The Rise of Sovereign Profession and the Making of a vast Industry*, New York : Basic Books Inc Publish, 1982.
264. *Statistiques générales de l'Indochine. Résumé rétrospectif. 1913-1929*, Exposition Coloniale Internationale. Paris 1931. Indochine Française. Section du Commerce et de l'Industrie. Inspection Générale des Mines et de l'Industrie, Hanoi : IDEO, 1931.
265. STRAUSS Anselm, *Negotiations. Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, San Francisco : Jossey-Bass, 1978.
266. STRAUSS Anselm, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris : Ed. A. M. Métailié, 1992.
267. SUIGNARD Jean, *Une grande administration indochinoise : les services civils de l'Indochine*, Paris : Larose, 1931.
268. SUSOTT Daniel C., "Impressions of a Medical Coordinator at Khao I Dang", in Barry S. LEVY and Daniel C. SUSOTT (eds), *Years of Horror, Days of Hope : Responding to the Cambodian Refugee Crisis*, Millwood, N. Y. : Associated Faculty Press, 1986, pp. 73-82.
269. SZYMUSIAK Molyda, *Les pierres crieront. Une enfance cambodgienne, 1975-1980*, Paris : La Découverte, 1984.
270. TAILLARD Christian, *Le Laos. Stratégies d'un Etat-tampon*, Montpellier : Groupement d'Intérêt Public Reclus, 1989.

271. THIERRY Solange, *Le Cambodge des contes*, Paris : L'Harmattan, 1985.
272. THIERRY Solange, *De la rizière à la forêt. Contes khmers*, Paris : L'Harmattan, 1988.
273. THION Serge et KIERNAN Ben, *Khmers rouges ! Matériaux pour l'histoire du communisme au Cambodge*, Paris : Ed. J.-E. Hallier/A. Michel, 1981.
274. TIN Chin Long, *Lutte anti-tuberculose au Cambodge*, Rennes, Ecole Nationale de Santé Publique, section médecins, 1968-1969.
275. TIROUVANZIAM Dr, "Le sdau, succédané du quinquina", *Bulletin de la Sté Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, Avril 1927, V, 4, pp. 184-185.
276. TIROUVANZIAM Dr, "Azadiratcha indica", ", *Bull. de la Sté Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, Avril 1927, V, 4., pp. 186-188.
277. *Tribunal Populaire Révolutionnaire siégeant à Phnom Penh pour le jugement du crime de génocide commis par la clique Pol Pot-Ieng Sary (août 1979). Documents*, Phnom Penh : Maison d'Edition en Langues Etrangères, 1988.
278. TURIN Yvonne, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale. Ecoles, médecines, religion, 1830-1880*, Alger : Entreprise Nationale du Livre, 1983 [1 ère éd. 1971].
279. UNG Teng, *Place des problèmes de nutrition dans la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, section médecins, 1967-1968.
280. VAN DE PUT Willem, *Empty hospitals, thriving business : utilization of health services and health seeking behaviour in two Cambodian districts. Report on Medical Anthropological Research in Cambodia*, Artsen Zonder Grenzen, Nederland, 1992, dactyl.
281. VIEILLE Clotilde, *Contribution à l'étude de la médecine traditionnelle khmère*, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Nantes, 1984.
282. VICKERY Michaël, *Cambodia after Angkor : The Chronicular Evidence for the Fourteenth to Sixteenth Centuries*, PhD thesis, Yale Univ., 1977, 2 vol.
283. VICKERY Michael, *Cambodia : 1975-1982*, Boston : South End Press, 1984.
284. VICKERY Mickaël, "La kremlinologie face au Cambodge", in Camille SCALABRINO *et al.*, *Affaires cambodgiennes, 1979-1989*, Paris : L'Harmattan, 1989, pp. 129-135.
285. WALSH James Leo and ELLING Ray H., "Professionalism and the Poor – Structural Effects and Professional Behaviour", in Eliot FREIDSON et Judith LORBER (eds), *Medical men and their work*, Chicago : Aldine, 1977, pp. 267-384.

286. WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris : Union Générale d'Édition (Coll. "10/18"), 1963 [1ère éd. allemande 1919].

287. WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris : Plon, 1964 [1ère éd. allemande, 1904].

288. WEBER Max, *Histoire économique. Esquisse d'une histoire universelle de l'économie et de la société*, Paris : Gallimard, 1981 [1ère éd. allemande 1923].

289. WOLFFERS Ivan, *Report of an Orientation Mission (July-August 1991). Cambodia in Transition. Health and Health Care in a Changing Economy*, Amsterdam, Vrije University, 1991, dactyl.

290. ZIMMERMANN Francis, *Le discours des remèdes au pays des épices*, Paris : Payot, 1989.

291. ZIMMERMANN Francis, *Généalogie des médecines douces*, Paris : PUF, 1995.

ARCHIVES

Centre des Archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence

- Indochine, Fonds Locaux, Amiraux-Gouverneur Général de l'Indochine, Personnel de Santé Indigène, Dossiers Individuels, Dossier n° 34997 ; Dossier 35.037.

- Indochine, Archives Ministérielles modernes, Anciens Fonds, Série Y 01(7), Gouverneur Général au ministre des Colonies, 31/05/1900 et Annexe F, 30/6/1902, Carton 323.

- Indochine, Fonds ministériels, Dir. du Contrôle, Mission Leconte, 1927-1928, "Services sanitaires et médicaux au Cambodge", carton 680/7.

- Indochine, Fonds ministériels, Dir. du Contrôle, Mission Picanon, 1923, "Services médicaux au Cambodge", carton 670/33.

Pharo, Institut de Médecine Tropicale du Service des Armées, Marseille.

- Protectorat du Cambodge, Direction Locale de la Santé, "Rapport sur le fonctionnement des services sanitaires et médicaux du Cambodge. 1936", carton 186.

- Services sanitaires français au Cambodge, "Rapport annuel", 1949, carton 186.

ANNEXES

ANNEXE I – REPERES DANS L'HISTOIRE POLITIQUE DU CAMBODGE

Début du III^{ème} siècle au milieu du VI^{ème} s. – Empire du Fou-Nan

Milieu du VI^{ème} s. à fin du VII^{ème} s. – Royaume du Tchen-La

802-1431 – Empire angkorien

Milieu du XV^{ème} s. à milieu du XIX^{ème} s. – Période post-angkorienne. Absorption du Kampuchea Krom par l'Annam. Tutelles siamoise et vietnamienne sur le Cambodge et occupation du territoire par les deux voisins

1863 – Instauration du protectorat français sur le Cambodge

1884 – Nouveau traité franco-khmer pour une application plus stricte du protectorat. La France prend tous les pouvoirs

1930 – Création du Parti Communiste Indochinois (P.C.I.)

1941 – Norodom Sihanouk est couronné roi du Cambodge

Mars 1945 – Coup de force des Japonais qui prennent tous les postes de commande au Cambodge et ouvrent la voie aux revendications cambodgiennes d'indépendance

Août 1945 – Capitulation japonaise

Fin des années 40 et début des années 50 – Les futurs chefs khmers rouges se rendent en France pour y faire leurs études

1951 – Création du premier mouvement communiste khmer autonome, le Parti révolutionnaire du peuple cambodgien

1952 – “Croisade royale pour l'indépendance” lancée par le Prince Sihanouk

1953 – Le Cambodge recouvre une indépendance totale

Avril 1955 – Création par le Prince Sihanouk du mouvement *Sangkum Reastr Niyum* dit le Sangkum, qui triomphe aux élections de septembre 1955.

Juin 1960 – Norodom Sihanouk est élu chef de l'Etat

Décembre 1960 – Création du Front national de Libération (F.N.L.) du Sud-Viêt Nam

1963 – Saloth Sar (alias Pol Pot) et Ieng Sary prennent le maquis

1963 – Rejet de l'aide américaine

1965 – Signature d'un pacte militaire avec la Chine, permettant notamment aux Vietcongs de stationner en territoire cambodgien

1969 – Bombardements américains des sanctuaires communistes vietnamiens installés en territoire cambodgien

Mars 1970 – Renversement du Prince Sihanouk. Le gouvernement de Lon Nol est reconnu par les Etats-Unis. A Pékin, le Prince Sihanouk forme le Front Uni National du Kampuchea (F.U.N.K.) qui l'unit aux futurs dirigeants khmers rouges. Il invite les Cambodgiens à prendre les armes

Octobre 1970 – Proclamation de la République Khmère

Avril 1975 – Prise de Phnom Penh par les Khmers Rouges. Déportation de toute la population citadine. Rupture des relations diplomatiques avec les pays occidentaux.

30 avril 1975 – Prise de Saïgon par les soldats communistes

Printemps 1977 – Début des combats frontaliers intenses entre Khmers Rouges et Vietnamiens

Décembre 1977 – Hanoi rompt ses relations diplomatiques avec Phnom Penh

Décembre 1978 – Offensive de l'armée vietnamienne aidé de communistes cambodgiens (déserteurs ou exilés) opposés aux Khmers Rouges

Janvier 1979 – Chute du régime khmer rouge (Kampuchea Démocratique). Heng Samrin est installé au pouvoir par le Viêt Nam. Création de la République Populaire du Kampuchea

Printemps 1979 – Des Cambodgiens fuient en masse leur pays vers la frontière thaïlandaise

Octobre 1979 – L'armée khmère rouge en déroute arrive à la frontière thaïlandaise. Ouverture des premiers camps de réfugiés (Sakeo puis Khao I Dang)

Octobre 1979 – Création du Front national de Libération du Peuple khmer (F.N.L.P.K.) de Son Sann

Mars 1981 – Le Prince Sihanouk crée le Front Uni National pour un Cambodge Indépendant, Neutre, Pacifique et Coopératif (F.U.N.C.I.N.P.E.C.)

Septembre 1981 – Accord entre Khmers Rouges, F.N.L.P.K. et F.U.N.C.I.N.P.E.C. pour une coalition d'opposition au régime de Phnom Penh

Décembre 1987 – Premiers entretiens entre Hun Sen et Norodom Sihanouk pour un règlement du conflit cambodgien

Avril 1989 – La République Populaire du Kampuchea devient l'Etat du Cambodge. La Constitution élargit les libertés individuelles

Septembre 1989 – Retrait des troupes vietnamiennes du Cambodge

Octobre 1989 – Signature d'un protocole de coopération entre la Faculté de Médecine de Phnom Penh et la Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière de Paris.

Juin 1990 – Le *Washington Post*, citant un rapport au Forum International des O.N.G. au Cambodge, annonce la fin des aides octroyées à l'Etat du Cambodge par les pays du bloc socialiste

Octobre 1990 – Ouverture de l'Alliance Française à Phnom Penh, préfigurant la reprise des relations diplomatiques entre la France et le gouvernement cambodgien

Octobre 1991 – Conférence internationale de Paris et signature par les quatre factions cambodgiennes et dix-huit gouvernements étrangers des accords réglant le processus de paix

Novembre 1991 – La Mission Préparatoire des Nations Unies au Cambodge est opérationnelle.

Décembre 1991 – Première réunion du Conseil National Suprême (composé de représentants des quatre factions cambodgiennes, de gouvernements étrangers et de l'O.N.U.) prenant en charge de manière transitoire les affaires du pays

Mars 1992 – Début du mandat de l'Autorité Provisoire des Nations Unies au Cambodge (A.P.R.O.N.U.C.). Début du rapatriement des réfugiés de la frontière thaïlandaise

Mai 1993 – Election des membres de l'Assemblée constituante

Septembre 1993 – Promulgation de la nouvelle Constitution. Norodom Sihanouk redevient roi. Le Prince Ranariddh (dirigeant le F.U.N.C.I.N.P.E.C. est premier Premier ministre et Hun Sen second Premier ministre.

D'après les chronologies établies par Marie Alexandrine MARTIN, *Le mal cambodgien. Histoire d'une société traditionnelle face à ses leaders politiques, 1946-1987*, Paris : Hachette, 1989, p. 255-259 et Raoul M. JENNAR, *Les clés du Cambodge*, Paris : Maisonneuve et Larose, 1995, p. 102-130.

**ANNEXE II - LA DIVERSITE DE L'AIDE ETRANGERE AU CAMBODGE
SOUS LE SANGKUM. UN EXEMPLE : LE COMPTE RENDU DE
L'ACTIVITE DES AIDES ETRANGERES EN MAI-JUIN 1962.**

YOUGOSLAVIE

- Trois stagiaires à Belgrade (O.R.O.C.¹).
- Un expert yougoslave, spécialiste des coopératives.

CHINE

- Une station radio.
- Un abattoir et des logements professionnels à Battambang.

U.R.S.S.

- Institut technologique. Demande d'enseignement du russe au Cambodge pour les élèves de l'Institut.
- Hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique
 - * Protocole de 1962. Prolongation de deux ans des 25 médecins et spécialistes.
 - * Fourniture gratuite des médicaments de 1962 à 1964.
- Deux bourses accordées.
- Stages du Doyen de la Faculté des Lettres et du directeur adjoint de l'Enseignement Secondaire.
- Le prince Norindrang, fils de Sihanouk (11 ans) fait ses études à Moscou.
- Au lycée Sisowath, cours du soir de russe.
- Trois écrivains khmers en U.R.S.S.

TCHECOSLOVAQUIE

- Le prince Sihamoni (fils de Sihanouk) fait ses études à Prague.
- Invitation d'un membre de l'Association des Ecrivains Khmers.

POLOGNE

- Bloc opératoire de l'hôpital de Kompong Cham offert (valeur de 10 millions de riels).

ETATS-UNIS

- Le montant de l'aide économique en 1962 est de 23,9 millions de dollars auxquels s'ajoutent 7 millions pour la route. Près de 70% sont alimentés par une contrepartie provenant de produits d'importation². 51%

¹ Office Royal de Coopération. Organisme d'Etat chargé de soutenir la production paysanne par des mesures diverses comme le prêt à taux faible ou l'aide technique.

² Ce système de la contrepartie semble être celui décrit par Achille DAUPHIN-MEUNIER (*Le Cambodge de Sihanouk ou de la difficulté d'être neutre*, Paris : Nouvelles Editions Latines, 1965, p. 102). Les Etats-Unis mettaient à la disposition du Cambodge un certain montant de dollars. Les commerçants cambodgiens désirant importer des produits américains achetaient au cours officiel —

sont destinés à la Sécurité Intérieure, 26,4% à l'Education et 3,2% à la Santé.

- Matériel.
- U.S.AID : Stage de langue anglaise pour 120 enseignants pendant trois semaines.
- Asia Foundation : Bourse pour Paris (enseignement musical).

UNESCO

- Mission de deux experts pour la planification de l'enseignement, d'une durée de trois mois.
- Don de 45 livres.
- Réunion sur l'Enseignement Normal à Manille.

UNICEF

- 37 800 \$ d'allocations supplémentaires en juin pour :
 - * la Protection Maternelle et Infantile (20 000 \$).
 - * le centre de formation de Takhmau (12 600 \$).
 - * la formation d'infirmières de Preah Ket Mealea¹(5 000 \$).
 - * 110 lits à l'hôpital Preah Ket Mealea.

(D'après: Rapport de l'Ambassade de France au Cambodge au Ministre des Affaires Etrangères Couve de Murville, Direction des Affaires Culturelles et Techniques, 18 juillet 1962²).

très inférieur à celui du marché noir — des dollars contre des riels pour régler leurs achats. Ces riels alimentaient un fonds de contrepartie destiné à des financements au Cambodge (construction de routes, soldes des troupes royales).

¹ L'ancien hôpital construit par le Protectorat à Phnom Penh.

² M.A.E., Archives Diplomatiques, Série Cambodge-Laos-Viêt Nam, Sous-série Cambodge, Carton 36.

**ANNEXE III - PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL SOUS LES
DIFFERENTS REGIMES. EVOLUTION DES EFFECTIFS.**

III - A - Médecins

	Indépendance 1955 (1)	Fin du Sangkum 1969 (2)	Régime Lon Nol 1975(3)	Fin du régime khmer rouge 1979	Républ. Popul. du Kampuchea. Formations 1980-1988 (5)
Docteurs			257		412
Médecins assistants			181		867
Total	77	462	438	40	1279

III- B - Autres

Catégories professionnelles (*)	Indépendance 1955 (1)	Fin du Sangkum 1969 (2)	Régime Lon Nol 1972 (3)	Fin du régime khmer rouge 1979 (4)	République Populaire du Kampuchea 1980-1988 (5)
Pharmaciens	4	81	100 (1975)	20	250
Dentistes	3	47	90 (1975)	30	54
Infirmiers	630	2685	3649	2000	
Sages-femmes	52	332	439	120	
Accoucheuses rurales	73	933	941		
Techniciens de laboratoires			46		
Agents sanitaires	0	476	472		

Source : Min. de la Santé Publique. Bureau des Statistiques.

(*) Tous niveaux confondus : docteurs et assistants pour les pharmaciens et dentistes. Diplômés d'Etat et assistants pour les autres catégories.

(1) D'ap. UNG Teng, *Place des problèmes de nutrition dans la Santé Publique au Cambodge*, Rennes, E.N.S.P., 1967-1968.

(2) D'ap. MAT Turenn, *Importance des parasitoses intestinales au Cambodge*, Rennes, E.N.S.P., 1972-1973.

(3) D'ap. PEN Vano, *Quelques réflexions sur le système de santé hospitalier au Cambodge*, Rennes, E.N.S.P. (Section administrateurs d'établissements sanitaires et sociaux), 1975, p. 28. et *10 ans d'activités de formation, 1980-1989*, Fac. Mixte de Méd., de Pharma., et d'Odonto-stomato., Phnom Penh, 1989, p. 4.

(4) Interview, ainsi que *10 ans d'activités de formation, 1980-1989, op. cit.*, et Serge THION et Michaël VICKERY, "Cambodge : problèmes de la reconstruction", *ASEMI. Cambodge I*, 1982, XIII, 1-4 : 395-419.

ANNEXE IV - "OU CONSTRUIRE, RENFORCER ET ETENDRE LE SOCIALISME DANS LE DOMAINE DE LA SANTE". EXTRAIT DU "PLAN QUADRIENNAL DU PARTI POUR CONSTRUIRE LE SOCIALISME DANS TOUS LES DOMAINES, 1977-1980"

A – Construire, renforcer et étendre les rangs des personnels de qualification basse et moyenne dans différentes techniques :

* Les construire, les renforcer et les étendre dans le cadre du Centre, des Zones, des Régions, des districts, des coopératives et des usines.

B – Hôpitaux généraux et spéciaux

* Les construire dans le cadre du Centre, des Zones, des Régions, des districts, des coopératives et des usines.

TABLEAU 57 - PLAN POUR CONSTRUIRE, RENFORCER ET ETENDRE LE PERSONNEL HOSPITALIER ET LES HOPITAUX

	1977	1978	1979	1980
Types demandant à être construits, renforcés et étendus				
1. Personnel de qualification basse et moyenne				
Centre	300	400	500	500
Chaque Zone (petite-grande)	200-300	300-400	300-500	300-500
Chaque Région (petite-grande)	100-150	150-200	150-200	150-200
Chaque district (petit-grand)	50-100	50-100	50-100	50-100
Chaque coopérative et usine (petite-grande)	2-10	3-10	5-10	5-15
2. Hôpitaux généraux				
Centre	1	Ajouter un second hôpital en 1977 comprenant de 300 à 500 lits. A partir de 1978, les renforcer, les étendre et les embellir.		
Zone	1			
Région	1			
District	1			
Coopérative ou usine	1			
3. Hôpitaux spéciaux pour la tuberculose, la lèpre, la démence (Centre)				
Tuberculose	1	Les renforcer, les étendre et les embellir		
Lèpre	1			
Maladie mentale	1			

C – Usines et centre de production de médicaments et d'instruments médicaux

1. Le faire selon les méthodes populaires et sur le thème de la correction et du progrès [de ses méthodes] et, simultanément, en suivant les méthodes industrielles.
2. Suivre la science moderne¹.
3. Produire des médicaments spéciaux [pour] le peuple et les animaux, [capables] de les protéger contre la variole, le choléra, etc. à Chrouy Changvar [dans la banlieue de Phnom Penh].
4. Produire de la mousseline, de la ouate, des verres, des assiettes et divers instruments médicaux.

Direction de travail : se préparer à passer à un plan concret à partir de 1977.

¹ Le flou demeure sur la façon dont des techniciens médicaux pouvaient simultanément (ou même successivement) suivre des “méthodes populaires” et la “science moderne”. Encore une fois, l'interprétation la plus plausible veut que cette partie du texte ait été compilée dans la hâte [note du traducteur anglais].

TABLEAU 58 – PLAN POUR PRODUIRE DES MEDICAMENTS PARTOUT DANS LE
PAYS POUR 1977-1980

Types d'usine pharmaceutique		1977	1978	1979	1980
1. Usines utilisant des méthodes populaires					
Centre	1	* Puis renforcer, étendre et améliorer d'une façon ordonnée. *Rassembler le peuple, les herbalistes khmers et des instruments dans chaque catégorie afin de servir le mouvement et acquérir la maîtrise.			
Zone	1				
Région	1				
District	1				
Coopératives	1				
2. Usine pharmaceutique moderne					
Centre	2	* Puis renforcer, étendre et améliorer d'une façon ordonnée			
Zone		Organiser graduellement les ressources pour le 2nd Plan			
3. Usine à Chrouy Changvar		Renforcer, étendre et améliorer rapidement pour satisfaire la demande annuelle, à la fois pour le peuple et les animaux.			
4. Usine pour instruments médicaux		Organiser la production de façon à satisfaire à la demande annuelle.			
5. Usine pour inhalants (huile et onguents à base de cire)		4 millions de boîtes	6 millions de boîtes	10 millions de boîtes	15 millions de boîtes

D. Eradication de toutes les formes de paludisme :

TABLEAU 59 – PLAN POUR ERADIQUER LE PALUDISME

	1977	1978	1979	1980
Eradication du paludisme	20-30 %	30-50 %	50-70 %	70-100 %

Procédure : [II] faut avoir une organisation assignant et assumant la responsabilité de fixer les directions, dans le cadre du Centre et des Bases, des Zones, des Régions, des districts, des coopératives et des unités militaires.

[II] faut [s]organiser pour produire un équipement et fournir soigneusement les médicaments nécessaires.

E. Hygiène générale

* Etablir une organisation et susciter un mouvement de masse en faveur de l'hygiène dans chaque domaine.

* Hygiène domestique et villages

* Eau, nourriture, vêtements

* Balayer et faire la vaisselle, etc.

“The Party's Four-Year Plan to Build Socialism in All Fields, 1977-1980”, in David P. CHANDLER, Ben KIERNAN et Chanthou BOUA, *Pol Pot Plans the Future. Confidential Leadership Documents from Democratic Kampuchea, 1976-1977*, New Haven, Conn. : Yale Univ. Southeast Asia Studies, 1988, pp. 108-110. Traduit de l'anglais par nous. Une traduction d'expressions khmères, elles-mêmes traduites en anglais par ces trois auteurs, rend malheureusement mal la phraséologie khmère rouge si particulière car elle est pompeuse, abstraite et presque ridicule dans sa recherche d'élégance pour traduire les réalités les plus triviales.

**ANNEXE V - UN TEMOIGNAGE SUR LES CONDITIONS DE VIE A
PHNOM PENH, SIX MOIS APRES LA "LIBERATION"**

L'aéroport de Phnom Penh avait l'air abandonné. Dans la ville elle-même, les boutiques et les maisons étaient saccagées, les rues jonchées d'ordure et de voitures démolies. Il semblait que quelques milliers d'habitants seulement avaient pu retrouver le chemin de la capitale : ils y menaient une vie d'écumeurs de poubelles. Des milliers d'autres qui n'avaient pas été réadmis en ville étaient retenus dans de terribles conditions, à l'intérieur de camps, à la périphérie.

[A l'hôpital du Sept-Janvier], Il n'y avait que trois médecins pour plus de 800 malades, la moitié allongés par terre. Pas de draps, pas de savon, pas d'autoclaves, pas d'équipement chirurgical, juste un casier de médicaments, la plupart antérieurs à 1975 et inutilisables, pas de nourriture sauf de la soupe de riz. On leur montra un orphelinat où se trouvaient des enfants dans un état pitoyable, sans nourriture, sans soins et aux portes de la mort [...]

[Dans la maison d'hôte gouvernementale], Tout était délabré. L'eau et l'électricité fonctionnaient par intermittence, la nourriture était insuffisante. Leurs interprètes du ministère des Affaires étrangères, visiblement sous-alimentés, s'évanouissaient de temps à autre.[...] Ils donnèrent deux valises contenant deux cents kilos de médicaments à des fonctionnaires du ministère de la Santé, qui les emportèrent avec des larmes aux yeux. "Depuis presque cinq ans, dit l'un d'eux, nous avons vu des milliers et des milliers des nôtres mourir sans que nous puissions leur venir en aide. Nous voici à présent en train de redevenir des médecins""¹

¹ Témoignage de délégués du Comité International de la Croix Rouge et de l'UNICEF autorisés à séjourner quarante-huit heures à Phnom Penh. D'après William SHAWCROSS, *Le poids de la pitié*, Paris : Balland, 1985, p. 108 [1ère éd. am. 1984].

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE.....	7
AVANT-PROPOS.....	9
ABREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
PREMIÈRE PARTIE POUR UNE ANTHROPOLOGIE DES MEDECINS AU CAMBODGE	23
CHAPITRE I LE CADRE CAMBODGIEN.....	25
CHAPITRE II LES TRADITIONS DE RECHERCHE AU CAMBODGE ET L'ECLIPSE DES ANNEES 1970-1980.....	35
<i>I - La tradition orientaliste</i>	<i>35</i>
<i>II - La rareté des études ethnographiques.....</i>	<i>38</i>
<i>III - L'analyse politique des conflits.....</i>	<i>41</i>
CHAPITRE III COMMENT ETUDIER LES MEDECINS AU CAMBODGE ?.....	45
<i>I - L'étude des médecins, un sujet réservé aux sociétés occidentales ?.....</i>	<i>46</i>
<i>II - La place des médecins dans l'espace thérapeutique</i>	<i>51</i>
<i>III - Médecins et patients. Les usages sociaux de la pluralité thérapeutique</i>	<i>61</i>
CHAPITRE IV METHODOLOGIE	63
DEUXIEME PARTIE ÉTAT, SYSTÈMES DE SANTE ET MEDECINS LES HERITAGES D'UNE HISTOIRE CHAOTIQUE SOUS INFLUENCE ÉTRANGÈRE.....	77
CHAPITRE I MÉDECINE COLONIALE FRANCAISE ET MEDECINS INDOCHINOIS (1863- 1953)	81
<i>I - Le Cambodge sur la route de la Chine du Sud.....</i>	<i>82</i>
<i>II - Une Union Indochinoise tournée vers Hanoi et Saigon.....</i>	<i>86</i>
A - Les services civils de l'Indochine : le Cambodge, province politique de Hanoi	<i>86</i>
B - Le Cambodge, arrière-pays économique de la Cochinchine	<i>89</i>
<i>III - L'organisation politique de la santé : une disposition générale pour un budget local.....</i>	<i>95</i>
A - Médecine militaire, médecine missionnaire (1860-1905) : œuvres dispersées des années de conquête	<i>96</i>
B - Administrateurs et médecins : la distribution incertaine des compétences	<i>99</i>
C - Le développement modeste du réseau hospitalier	<i>102</i>
D - Civils et militaires : le recrutement des médecins coloniaux	<i>104</i>
E- Le recentrement sur la prophylaxie et l'hygiène publique	<i>107</i>
<i>IV - Les médecins indochinois dans la situation coloniale</i>	<i>113</i>
A - L'enseignement, dangereux mais nécessaire	<i>113</i>
B - La disparité des recrutements "annamite" et cambodgien.....	<i>117</i>
C - Les raisons de la désaffection cambodgienne pour la profession médicale.....	<i>121</i>
CHAPITRE II LA MODERNITE DANS LA "NEUTRALITE" SIHANOUKISTE (1953-1970)	133
<i>I - NEUTRALITE CAMBODGIENNE ET JEU DES FORCES INTERNATIONALES.....</i>	<i>133</i>
A - La pacifique "Croisade Royale pour l'indépendance".....	<i>133</i>
B - Le rassemblement national dans la "Communauté Socialiste Populaire"	<i>135</i>
C - Neutralisme et aides étrangères : l'ouverture d'un nouveau type de négociations	<i>137</i>
<i>II - LE SYSTÈME DE SANTE SANGKUMIEN : LE MODERNISME SOUS CONTRAINTE</i> <i>ETRANGERE.....</i>	<i>144</i>
A - Les caractéristiques du nouveau champ médical	<i>144</i>
B - Des réalisations sanitaires considérables mais fragiles	<i>148</i>
<i>III - L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE CATÉGORIE SOCIALE : DES MÉDECINS</i> <i>"FONCTIONNAIRES-ENTREPRENEURS"</i>	<i>166</i>
A - Le statut socio-professionnel inadéquat de fonctionnaire	<i>166</i>
B - De timides tentatives d'organisations professionnelles : trois exemples	<i>169</i>

C - Des fonctionnaires-entrepreneurs	173
CHAPITRE III LE TEMPS DES RUPTURES. MÉDECINE DE GUERRE (1970-1975) ET MÉDECINE RÉVOLUTIONNAIRE (1975-1979).....	179
I - PREMIERE RUPTURE, L'ENTREE DANS LA GUERRE (1970-1975)	179
A - La fin de la neutralité du Cambodge	179
B - L'inconsistance de la République Khmère et la main-mise américaine.....	181
C - Le système de santé dans la logique de guerre.....	183
II - La santé publique dans un régime totalitaire : médecine et médecins révolutionnaires (1975-1979).....	191
A - Le mouvement "khmer rouge" : jeu des alliances, construction idéologique, processus de la victoire	195
B - Le système de santé khmer rouge : pureté idéologique et rapport à la réalité	208
C - Appartenance de classe et conscience révolutionnaire : du médecin révolutionnaire au médecin féodal	221
TROISIÈME PARTIE LES MEDECINS DANS L'ESPACE THERAPEUTIQUE.....	251
L'ETAT, LES PRATICIENS "TRADITIONNELS", LES PATIENTS	251
CHAPITRE I STATUTS POLITIQUES, STATUTS PROFESSIONNELS : LES MEDECINS ET L'ETAT-PARTI CAMBODGIEN	255
I - LA RECONSTRUCTION NATIONALE SOUS TUTELLE SOCIALISTE VIETNAMIENNE	255
A - La chute du régime khmer rouge et la reconfiguration des rapports internationaux ...	255
B - Les caractéristiques du nouveau régime : idéologie et pragmatisme.....	260
II - LE CORPS MEDICAL RECONSTITUE : ÉCLATEMENT DES PARCOURS et UNIFICATION POLITIQUE.....	269
A - Statut économique : la débrouille.....	269
B - Statut professionnel : l'hétérogénéité du recrutement et des formations.....	278
C - Statut politique : la hiérarchie et l'encadrement.....	293
III - RIGIDITE OFFICIELLE, PROFUSION DES FONCTIONS LATENTES.....	298
CHAPITRE II LES THERAPEUTES "TRADITIONNELS" ET LES MEDECINS. SAVOIRS ET POUVOIRS, SPECIFICITE ET EMPRUNTS MUTUELS	305
I - La construction historique d'une tradition légitime	306
A - Les "vrais" et "faux" médecins traditionnels du Protectorat.....	307
B - Les essais peu concluants de définition d'une nouvelle médecine nationale sous la République Populaire du Kampuchea	314
C - Médecine de pénurie ou patrimoine national ? Les ambiguïtés des médecins vis-à-vis de la "médecine traditionnelle"	317
II - Le versant "moderniste" et institutionnel de la tradition	325
A - M. Lay Nonn, un <i>kru</i> "néo-traditionnel"	325
B - M. Chea Sophon, un <i>kru</i> fonctionnaire.....	327
III - Les mondes thérapeutiques "traditionnels"	332
A - M. Kong Kaev, un <i>kru</i> traditionnel urbain	332
B - Le Vénérable Lam Hong, bonze guérisseur	342
C - La mobilisation de la mythologie khmère : une médium en ville.....	346
IV - Les pratiques domestiques commercialisées. Une activité socialement marginale	353
V - Messies, sectaires et thaumaturges. Des praticiens allogènes attirant les foules	358
CHAPITRE III.....	367
LES USAGES SOCIAUX DE LA PLURALITE THERAPEUTIQUE. LES PATIENTS ENTRE PRAGMATISME ET MEFIANCE.....	367
I - Un symbolisme du corps et de la maladie à multiples facettes. L'exemple de la tuberculose	368
II - Logiques sociales : l'accès inégal aux soins	374
III - Le remède sans le médecin. Représentations des médecins et des médicaments.....	383
QUATRIÈME PARTIE LA PROFESSION MEDICALE A TRAVERS LA PRATIQUE HOSPITALIERE QUOTIDIENNE. UNE DEFINITION NEGOCIEE ENTRE PERSONNEL MEDICAL CAMBODGIEN ET ETRANGER	391

CHAPITRE I LE CADRE DU TRAVAIL HOSPITALIER. PROBLEMATIQUE ET ENJEUX DE L'INTERVENTION HUMANITAIRE	397
I – <i>Les caractéristiques de l'implantation humanitaire au Cambodge</i>	397
A - L'urgence et la compassion : l'afflux de l'aide humanitaire.....	397
B - L'impossible neutralité et l'instrumentalisation de l'action humanitaire	402
II – <i>Unité et variété des philosophies, des idéologies et des structures des O.N.G.</i>	408
A - Diversité des types humanitaires : caritatif ou “professionnel”, laïc ou confessionnel, occidental ou asiatique	408
B - Unité : les idéologies et les objectifs des soignants des O.N.G. occidentales	419
III – <i>valeurs et objectifs différents dans la négociation autour du travail thérapeutique</i>	429
A - Objectifs occidentaux.....	429
B - Objectifs cambodgiens	431
C – Ethique du don contre philosophie du développement	434
IV – <i>Les modes d'interactions entre Occidentaux et Cambodgiens</i>	436
A – La barrière linguistique et les difficultés de communication.....	437
B – La mise à distance courtoise des “invités” occidentaux de l'hôpital par les soignants cambodgiens.....	440
C – La “face” et le retrait : les règles de l'interaction sociale cambodgienne.....	443
CHAPITRE II STATUTS SOCIAUX, STATUTS PROFESSIONNELS.....	447
I – <i>L'organisation du travail hospitalier</i>	447
A – Organisation hospitalière formelle et informelle	447
B – Humanitaires occidentaux et personnel médical cambodgien : la mise à jour d'enjeux professionnels différents	451
C – Hiérarchies et domaines de compétence : des rôles et des statuts professionnels flous	461
II – <i>La relation médecin-malade et l'éthique médicale</i>	467
A – L'éthique médicale et le “principe de coupure”	467
B – La mise à distance du patient.....	469
C – Les concepts bouddhiques de “souffrance” (<i>dukkha</i>) et de “bienveillance universelle” (<i>karunâ</i>).....	471
D – Les stratégies des patients	475
E – Les rôles sociaux.....	479
CONCLUSION	483
BIBLIOGRAPHIE	495
ANNEXES	515
ANNEXE I – REPERES DANS L'HISTOIRE POLITIQUE DU CAMBODGE.....	517
ANNEXE II - LA DIVERSITE DE L'AIDE ETRANGERE AU CAMBODGE SOUS LE SANGKUM. UN EXEMPLE : LE COMPTE RENDU DE L'ACTIVITE DES AIDES ETRANGERES EN MAI-JUIN 1962.	521
ANNEXE III – PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL SOUS LES DIFFERENTS REGIMES. EVOLUTION DES EFFECTIFS.	523
ANNEXE IV – “OU CONSTRUIRE, RENFORCER ET ETENDRE LE SOCIALISME DANS LE DOMAINE DE LA SANTE”. EXTRAIT DU “PLAN QUADRIENNAL DU PARTI POUR CONSTRUIRE LE SOCIALISME DANS TOUS LES DOMAINES, 1977-1980”	525
ANNEXE V - UN TEMOIGNAGE SUR LES CONDITIONS DE VIE A PHNOM PENH, SIX MOIS APRES LA “LIBERATION”	529
TABLE DES MATIERES.....	530