

'COUSUE POUR ÊTRE BELLE' : QUAND L'INSTITUTION MÉDICALE CONSTRUIT LE CORPS FÉMININ AU CAMBODGE

Clémence Schantz

L'Harmattan | « Cahiers du Genre »

2016/2 n° 61 | pages 131 à 150

ISSN 1298-6046

ISBN 9782343107547

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-2-page-131.htm>

Pour citer cet article :

Clémence Schantz, « 'Cousue pour être belle' : quand l'institution médicale construit le corps féminin au Cambodge », *Cahiers du Genre* 2016/2 (n° 61), p. 131-150.
DOI 10.3917/cdge.061.0131

Distribution électronique Cairn.info pour L'Harmattan.

© L'Harmattan. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

**‘Cousue pour être belle’ :
quand l’institution médicale construit
le corps féminin au Cambodge ¹**

Clémence Schantz

Résumé

La périnéorraphie est une pratique chirurgicale biomédicale qui vise à resserrer fortement le périnée des femmes après un accouchement par voie basse. Au Cambodge, par cette pratique, et à travers l’institution biomédicale, les soignant-e-s construisent un corps féminin qui s’inscrit dans une représentation symbolique du corps fortement genrée, où le corps féminin, faible et vulnérable, doit être façonné sur mesure, de manière à répondre aux attentes du corps masculin. Cet article souhaite montrer qu’en rendant les femmes conformes à leur rôle d’épouse, l’institution biomédicale participe à la reproduction de la structure ; il vise également à interroger les logiques des acteurs, notamment l’incorporation de la pratique par les soignantes qui disent rendre ainsi service aux autres femmes.

¹ Cet article, issu d’une recherche doctorale financée par un contrat doctoral à l’Université Paris Descartes, a fait l’objet d’une communication lors du Colloque « Genre et santé » organisé par l’Institut Émilie du Châtelet (IEC) en partenariat avec l’Inserm les 8 et 9 juin 2015. Je remercie les organisatrices du colloque de m’avoir donné l’opportunité de présenter mon travail, ainsi que les participant-e-s pour leurs remarques constructives. Je remercie également le Center for Khmer Studies (CKS) pour son aide à la mobilité pour mes terrains de recherche, et l’Institut Pasteur de Phnom Penh pour son accueil institutionnel. Merci à Doris Bonnet pour sa lecture et ses conseils lors d’une version antérieure de cet article et à Véronique Petit pour la direction de cette recherche. Merci aux lectrices et lecteurs anonymes des *Cahiers du genre* pour leurs commentaires, références et suggestions. Je remercie aussi les médecins et sages-femmes qui m’ont ouvert les portes de leurs maternités à Phnom Penh, ainsi que toutes les enquêtées qui ont accepté de partager leur intimité avec moi.

« On met deux pinces au niveau des petites lèvres. On ferme et on met deux doigts dans le vagin. On demande à la femme si c'est la taille du pénis du mari. Si elle dit oui, on coud jusque-là. »

(Gynécologue obstétricienne, 34 ans, Phnom Penh, 2014).

La pratique des périnéorrhaphies au Cambodge a été découverte de façon empirique, dans un hôpital à Phnom Penh. Elle vise à resserrer fortement le vagin des femmes après un accouchement par voie basse et trouve aujourd'hui sa place dans un contexte de changements massifs en termes de comportements reproductifs au Cambodge, notamment avec un glissement de la naissance de la sphère privée à la sphère publique au cours de ces dernières années. Ainsi, entre 2000 et 2014, le pourcentage d'accouchements médicalisés est passé de 10 % à 83 % au niveau national (National Institute of Statistics, Directorate General for Health, et ICF Macro 2011 ; National Institute of Statistics, Directorate General for Health, et The DHS Program 2015). Nous assistons à Phnom Penh à une biomédicalisation forte et récente des accouchements : certaines maternités pratiquent des épisiotomies systématiques lors des accouchements par voie basse (Schantz *et al.* 2015), et le taux de césariennes augmente fortement depuis une dizaine d'année. Ce taux est aujourd'hui moins élevé au Cambodge (23 %) que dans d'autres pays asiatiques proches comme la Thaïlande (39 %), le Viêt Nam (42 %), ou la Chine (48 %), mais c'est au Cambodge que le taux a le plus augmenté au cours des dernières années : + 17 % par an entre les deux enquêtes multi-pays de l'Organisation mondiale de la santé (2007-2008 et 2010-2011, voir Vogel *et al.* 2015). Cette forte augmentation du taux de césariennes s'observe aujourd'hui dans les hôpitaux publics mais aussi dans de nombreuses cliniques que l'on voit se construire de façon extrêmement rapide dans la capitale, et où les pratiques médicales sont peu régulées. On assiste aussi à l'émergence de la chirurgie esthé-

tique dont les images et photos sont visibles dans l'espace public, accrochées aux façades de centres privés. La biomédecine, en pleine extension, fait face à une forte demande d'une nouvelle classe sociale qui se développe aujourd'hui, notamment dans la capitale. Cependant, cette médecine moderne, importée d'Occident, coexiste avec une médecine plus 'traditionnelle'. Le Cambodge contemporain se caractérise par un ensemble de croyances, de savoirs et de pratiques qui ne se contredisent pas, mais qui se superposent les uns aux autres.

Dans ce contexte, nous avons souhaité interroger ici l'articulation entre biomédecine, corps et genre. Le corps sera appréhendé comme « *miroir de la société* » (Douglas 1971 [1967]), comme « *produit social* » (Bourdieu 1977), et « *fabriqué culturellement* » (Godelier, Panoff 2009). L'approche adoptée sera proche de celle développée par Didier Fassin et Dominique Memmi, en privilégiant l'analyse sous une dimension politique afin d'examiner quelles relations de pouvoir se jouent sur ce corps, ceci nous permettant de considérer un « *gouvernement des corps* » (Fassin, Memmi 2004). Cependant, contrairement à ces deux auteurs, nous n'appréhenderons ce gouvernement des corps qu'à travers l'institution médicale, et nous ne prendrons pas en compte l'emprise de l'État ou de la loi sur ces corps. En effet, nous nous attacherons à interroger le rôle de l'institution médicale dans la construction du genre au Cambodge et dans la reproduction d'une certaine domination masculine. En suivant Bourdieu (1998), selon lequel : « *le monde social construit le corps* », ici le monde médical participe à la construction du corps féminin à travers la périnéorraphie. Emilia Sanabria explique qu'« *agir sur le corps, le modeler ou le transformer, est une manière pour les gens d'agir sur leur position sociale* » (Sanabria 2011a). Nous montrerons qu'en agissant sur le corps avec la périnéorraphie, l'institution médicale contribue au maintien de l'ordre social. Nous mettrons en avant le rôle de l'institution qui façonne « *le corps de manière à rendre les personnes aptes à assumer le statut social qui leur est réservé* » (Fainzang 1985), en rendant les femmes conformes à leur rôle d'épouse. Mais nous souhaitons aussi, dans cet article, aller au-delà du gouvernement des corps par l'institution, en faisant parler les actrices et acteurs biomédicaux et non biomédicaux et en montrant la complexité

du jeu d'acteurs, des rapports de pouvoir et des stratégies de résistance. Nous montrerons, entre autres, que si certaines actrices biomédicales reproduisent la structure à travers l'institution, elles concourent aussi et de cette façon à construire une forme de résistance face aux relations extraconjugales des hommes.

Cet article est issu d'une recherche doctorale en socio-démographie qui s'appuie sur trois terrains d'une période de dix mois au total, réalisés depuis 2013. L'observation participante a été privilégiée, permettant une immersion dans le milieu obstétrical dans divers hôpitaux, cliniques et cabinets de ville à Phnom Penh. 66 entretiens semi-directifs — auprès de femmes (48) et d'hommes (18) de classes sociales diverses, dont 9 sages-femmes et 17 gynécologues obstétriciens — ont été menés sur les thèmes de la représentation symbolique du corps, de l'accouchement, de la virginité, de la sexualité, des rapports conjugaux. La majorité a été réalisée à Phnom Penh, les autres en milieu rural.

Les périnéorrhaphies au Cambodge : définition et pratiques

La périnéorrhaphie est une pratique chirurgicale utilisée de façon sporadique en France chez des femmes majoritairement âgées et atteintes d'une rectocèle (prolapsus rectal), appelée communément 'descente d'organe'. Cette intervention chirurgicale se réalise au bloc opératoire et vise à enlever une partie de la muqueuse vaginale, et à rapprocher les muscles releveurs de l'anus, afin de resserrer et rétrécir l'orifice vaginal. Elle est réalisée exclusivement par des chirurgiens. Cette intervention chirurgicale se présente aussi en France sous le terme de 'vaginoplastie de resserrement'. Cette pratique est à différencier de l'épisiotomie et de l'hyméneoplastie.

À Phnom Penh, la périnéorrhaphie est fréquemment pratiquée durant la période du post-partum, par une sage-femme ou un gynécologue obstétricien, immédiatement après un accouchement par voie basse, ou quelques mois ou années après celui-ci. La pratique est largement connue des femmes et des hommes que nous avons interrogés, qu'ils et elles soient soignant·e·s ou non. Ce qui est compliqué dans le cas du Cambodge, c'est

qu'il n'existe pas une 'pratique type' de la périnéorraphie, mais une pluralité de pratiques. La périnéorraphie, ses indications et sa technique chirurgicale ne sont pas enseignées en école de sage-femme, ni à l'université de médecine. Elle est apprise sur le terrain et tous les enquêtés biomédicaux soulignent le fait que chaque soignant·e a une technique qui lui est propre. Le terme employé par les personnes soignantes ou non soignantes cambodgiennes est *perineo* et ils et elles disent *de oy saat*. *De* signifie coudre et *saat* signifie propre, joli, beau. Nous traduirons ici cette expression par 'coudre pour être belle' mais nous discuterons de ce lien entre propreté et beauté dans la suite de l'article. Le cas le plus fréquent dans la pratique de la périnéorraphie, est une femme multipare, de milieu socioéconomique élevé, qui dit « *ne plus vouloir d'enfant* » et « *avoir fini d'accoucher* », qui va aller en clinique à Phnom Penh pour 'demander' d'être cousue pour être belle. Cependant, cette pratique a été observée à plusieurs reprises sur des primipares. Les personnes rencontrées ont aussi mentionné cette pratique à l'hôpital public, ainsi qu'en province², et chez des femmes de milieu socioprofessionnel peu élevé (notamment des ouvrières du textile), et donc chez des femmes appartenant à des classes sociales variées. Cette intervention chirurgicale coûte entre 15 et 350 \$ US d'après elles. Plusieurs cas de femmes cambodgiennes vivant aux États-Unis ou en France ont été mentionnés, qui viennent quelques années plus tard au Cambodge pour se faire coudre car cela ne se pratiquerait pas ou peu dans ces pays. Nous avons aussi mené une observation participante dans une maternité privée à Phnom Penh où se déroulent environ 2 500 accouchements par an et où la pratique de la périnéorraphie est systématique pour toutes les femmes qui accouchent par voie basse, quel que soit leur âge ou leur nombre d'accouchements. Une femme à qui l'on aura pratiqué une périnéorraphie aura systématiquement une épisiotomie 'large' pour son prochain accouchement, car l'orifice vulvaire sera trop étroit et cicatriciel pour un accouchement par voie basse 'physiologique'. Certaines femmes ont aussi mentionné avoir pratiqué une césarienne pour un accouchement ultérieur :

² Provinces de Kandal et de Kompong Speu.

J'ai eu une césarienne pour le troisième enfant car je me suis faite coudre pour être belle [de oy saat] après le deuxième accouchement, donc je ne veux pas abimer le vagin (Femme, 36 ans, Phnom Penh, 2015).

Au fil de la recherche, il est apparu que cette pratique n'était pas limitée au Cambodge mais qu'elle se pratiquait aussi en Chine, au Viêt Nam et en Thaïlande. Emilia Sanabria mentionne aussi des pratiques chirurgicales vaginales postnatales au Brésil, dans le but de retrouver un vagin tel qu'avant la grossesse et l'accouchement, dans un contexte où il est pensé que l'accouchement par voie basse élargirait le vagin (Sanabria 2011b ; Edmonds, Sanabria 2014).

Plasticité du corps : façonner un vagin à la taille du mari

Dans de nombreux entretiens, les soignant·e·s (gynécologues obstétricien·ne·s, sages-femmes), ou les personnes accompagnant la femme qui accouche (sœur, mère, mari), ont évoqué un vagin qui serait modelé à la taille de l'homme. Ainsi, à la demande de la personne soignante, l'homme ou la femme montre avec ses doigts la taille du pénis du mari. Des photos de différents vagins ont été aussi proposés à des maris qui pouvaient ensuite choisir celui qui leur conviendrait le mieux et que l'on allait 'façonner' sur leur épouse. Un homme de 34 ans explique ainsi que :

Après l'accouchement, les sages-femmes ont demandé si on a besoin de coudre [de oy saat] le vagin de ma femme en expliquant qu'il fallait payer plus cher. Les sages-femmes ont fait des propositions. Elles ont montré des images sur leur portable. Elles ont montré différents vagins et il fallait choisir le vagin. Elles ont montré quatre ou cinq vagins différents et j'ai décidé. J'avais cinq minutes pour décider (Homme, 34 ans, Phnom Penh, 2015).

Fabriquer un vagin à la taille de l'homme revient à fabriquer le corps de la femme selon le désir de l'homme à travers l'intervention de la biomédecine. Le plaisir sexuel masculin est très présent dans tous les entretiens avec les hommes :

C'est pour attirer ou capter l'attention du mari. Surtout pour les femmes accouchées, elles ont le vagin large et là ça ne donne plus du tout envie d'avoir un rapport avec elles. Ici on pense

— ça c'est vraiment important — que si le vagin n'est pas étroit, ça n'attire pas l'attention du mari. Et c'est sûr, le mari va aller trouver quelqu'un d'autre (Homme, 36 ans, Phnom Penh, 2015).

Un vagin serré, petit, est un critère qui revient continuellement dans les discours des hommes. C'est à travers ce vagin, qui doit être taillé sur mesure pour son mari, que la sexualité conjugale se transforme en « *sexualité de service* » (Tabet 2004) : une sexualité qui doit satisfaire le plaisir sexuel masculin et où la sexualité des femmes est censurée.

Resserrer le vagin après l'accouchement : une symbolique ancienne

De nombreuses personnes mentionnent une pratique de bains pour resserrer le vagin après l'accouchement :

J'ai entendu que la plupart des femmes qui accouchent, elles se mettent dans l'eau avec un produit spécial. Je ne connais pas le mot exact, c'est comme un morceau de pierre blanche et si on met cela dans un bassin ou un pot avec de l'eau, les femmes s'asseyent dans l'eau pour avoir le vagin rétréci. C'est peut-être un mois et demi après l'accouchement. Et pour les femmes qui ont de l'argent, elles vont aller à l'hôpital pour se faire coudre [de oy saat] (Homme, 32 ans, Phnom Penh, 2015).

De la même façon, un système de vapeurs a été évoqué et retrouvé dans la littérature :

Trois mois après l'accouchement, on prépare des produits naturels, on brûle ce produit, on fait de la vapeur. On met une couverture sur la tête, et on respire pour avoir des vapeurs comme stimulant. Dans la vapeur, il y a la même chose que dans le produit qu'on étale sur la peau. On se met assise, avec la vapeur entre les jambes (Femme, 64 ans, Phnom Penh, 2013).

Une sage-femme birmane mentionne aussi que l'accouchée présente au feu son corps, ainsi que sa vulve, jambes écartées (Delachet Guillon 2001). Les différentes positions assises autorisées pour les femmes ont aussi pour objectif de favoriser la fermeture du vagin ou sa non-ouverture. Une femme cambodgienne raconte qu'il faut être « *assise sur le bat-flanc, les jambes repliées sur le côté pour favoriser la fermeture du vagin et éviter les prolapsus* » (Simon-Barouh 2004, p. 186).

La position assise en tailleur, lorsqu'elle est adoptée par les femmes, est assimilée par les hommes à une provocation sexuelle et est réprouvée par la morale. Elle symbolise, en effet, l'ouverture du vagin (Formoso 1994).

Au Cambodge, différentes pratiques pour resserrer le vagin existent depuis longtemps, et celles-ci sont largement incorporées par tous et toutes. L'intervention de la biomédecine à travers les périnéorraphies ne semble pas non plus être récente. S'il est impossible de dire avec exactitude à quand elle remonte au Cambodge, nous avons réussi à établir qu'au début des années 1970, soit avant le régime des Khmers Rouges, elle se pratiquait déjà. Plusieurs personnes mentionnent ainsi en avoir été témoin ou l'avoir pratiqué dans les années 1970 et 1980.

C'est le professeur de ma belle-mère qui lui a donné des leçons. Ma belle-mère a 62 ans et son professeur a peut-être 80 ou 90 ans aujourd'hui et c'est lui qui lui a enseigné. Et c'est elle qui m'a montré. C'est pour ça que je sais faire (Gynécologue obstétricien, 41 ans, Phnom Penh, 2015).

Cet extrait d'entretien montre bien la transmission inter-générationnelle de la pratique. Si la biomédicalisation massive et récente de la naissance, déjà évoquée, ne semble pas à l'origine de cette pratique, il est cependant très probable qu'elle la vulgarise et généralise actuellement.

Maîtriser les orifices dans un système plus général d'humeurs corporelles

Ces pratiques de resserrement du vagin s'insèrent dans une symbolique du corps plus générale. Les Cambodgiens et Cambodgiennes se représentent le corps et la maladie avec une diversité de représentations, qui, loin de s'opposer, se superposent. Parmi ces différentes représentations, on trouve la médecine ayurvédique qui est fondée sur une conception humorale et énergétique du corps (Guillou 2009, p. 162). Dans les maternités de Phnom Penh, ce système de représentation du corps par la circulation de ses flux corporels est particulièrement visible. En effet, la période du post-partum est révélatrice de ce système car de nombreuses prescriptions et interdictions vont tenter de le maintenir en équilibre. Il existe toute une symbolique de l'ouverture du corps autour de l'accouchée : cette ouverture

semble dangereuse puisque l'accouchée est alors plus exposée aux esprits, esprits qui peuplent largement le Cambodge, mais aussi aux maladies, notamment les maladies liées au vent (Schantz 2015). Cette ouverture est menaçante et les orifices vont devoir être maîtrisés sous peine de mettre tout l'équilibre corporel en danger. Les oreilles, par exemple, vont devoir être obstruées par du coton, le port d'un *krama* ou d'un bonnet pour éviter que l'air n'y entre, ce qui entraînera par la suite des céphalées et des bourdonnements d'oreille. La non-maîtrise de ces orifices, et en particulier du vagin, mettra donc le corps de la femme en danger. Mais au-delà de son corps, elle menace de déséquilibrer les relations conjugales et l'ensemble du système social. Nous allons voir maintenant que cette symbolique du corps au Cambodge est fortement genrée dans le sens où elle participe à la construction d'un corps féminin caractérisé par des attributs sociaux.

Vulnérabilité du corps et construction d'une faiblesse féminine naturalisée

Le corps de l'accouchée : un corps froid, vulnérable et incompetent

Le système d'humeurs corporelles décrit ci-dessus doit à tout prix être maintenu en équilibre, notamment son équilibre thermique chaud/froid car tout déséquilibre, dans un sens comme dans l'autre (trop froid ou trop chaud), mettra le corps en danger et le conduira à un état pathologique.

On constate qu'au Cambodge, une vulnérabilité est prêtée au corps féminin. Elle est liée à sa capacité à perdre du sang et à sa tendance 'naturelle' au dérèglement, cette différence biologique servant de socle social à la différence de valeur entre les sexes, comme cela a déjà été montré (Héritier 2012). Les conditions physiologiques justifient au Cambodge une domination biologique, naturelle, mais aussi sociale de l'homme sur la femme. Dans ce contexte, la vulnérabilité de la femme cambodgienne atteint son apogée après l'accouchement quand la femme, qui était 'chaude' pendant la grossesse, puisqu'en rétention de sang (aménorrhée), va *subir* une déperdition brutale de chaleur au cours de l'accou-

chement en saignant. Le corps de l'accouchée est donc un corps froid. Durant la période du post-partum, au Cambodge, on parle d'une notion de convalescence, d'incapacité du corps accouché qui va s'étendre de quelques mois à un an. Pendant ces quelques mois, le corps de la femme est considéré comme incompetent. Elle ne peut pas bouger, porter, travailler, cuisiner, faire la vaisselle, ni avoir de rapports sexuels. Cette vulnérabilité du corps accouché est telle qu'en cas de rapports sexuels pendant cette période, la femme va en mourir. De nombreux hommes et femmes témoignent de morts maternelles dans leur entourage dues à une reprise trop précoce des rapports sexuels. Une sage-femme traditionnelle de 70 ans raconte qu'elle est spécialisée dans les traitements de la femme accouchée convalescente. Mais si elle va voir une femme accouchée malade³, la première question qu'elle lui pose est de savoir si elle a eu des rapports sexuels avec son mari. Et si oui, elle ressort immédiatement de la maison sans essayer de la soigner car elle sait qu'elle va de toute façon mourir. Ce point-là est très important car puisque la femme accouchée n'est pas *capable* d'avoir des rapports sexuels avec son mari, elle est considérée comme ne pouvant pas le satisfaire. Cela explique alors le consentement donné par la société aux hommes qui vont voir des prostituées.

***Le périnée de la femme :
des organes génitaux creux, vides et passifs***

Le périnée est un plancher fibreux et musculaire actif, capable de se contracter et de se raffermir après un accouchement, de façon physiologique. Mais dans un pays caractérisé par de fortes inégalités hommes/femmes, les femmes sont considérées comme faibles, passives, leurs organes génitaux sont souvent représentés comme vides, creux et passifs ; tandis que les hommes sont vus comme forts et actifs (Diniz, Chacham 2004). C'est à travers ces représentations que la pratique de la périnéorrhaphie trouve sa place : il faut couper et procéder à une ablation d'une large

³ La femme accouchée a ses *soosay kchhey*, littéralement elle a les 'conduits' de son corps dans lesquels circulent le sang et le vent qui sont 'immatures'. En cas de transgression d'un interdit, ou en cas d'effort trop important, elle devient *toah soosay kchhey*, ce qui désigne l'état pathologique caractérisant cette période du post-partum.

partie de tissus pour refermer ensuite artificiellement le vagin. La pratique de la périnéorrhaphie, tout comme celle de l'épisiotomie systématique observée dans certaines maternités à Phnom Penh (Schantz *et al.* 2015), s'explique par le besoin de déconstruire pour reconstruire ; ou de détruire pour réparer, puisque la femme n'a pas de capacité qui lui soit propre. Cela rejoint la pensée de Pierre Bourdieu qui écrit que dans l'acte sexuel conçu comme rapport de domination, le vagin « *est pensé comme vide, mais aussi comme inversion en négatif du phallus* » (Bourdieu 1998).

Le corps de l'homme : un corps plus équilibré

Le corps de l'homme, lui, n'est pas soumis aux mêmes fluctuations thermiques, c'est donc un corps plus fort, plus solide. En témoignent les entretiens : le seul cas où les hommes ont mentionné avoir le corps qui chauffe est quand l'homme *doit* avoir un rapport sexuel, faire sortir le sperme. Un homme explique :

Comme les hommes ne sont pas enceintes et qu'ils n'accouchent pas, alors il n'y a qu'un seul moment où les hommes ont chaud : c'est quand ils veulent les rapports. Alors ça y est, le rapport est fait, il recommence à être normal. Il n'est pas froid mais la température commence à redescendre après le rapport. C'est naturel. Et à chaque fois, on sait très bien que quand le corps de l'homme commence à être chaud, il faut que le sperme sorte du corps. Si cela arrive dans le village ou à la campagne, la femme ne peut pas refuser. Si elle refuse, l'homme va être en colère et il va y avoir de la violence domestique (Homme, 36 ans, Phnom Penh, 2015).

Il explique aussi qu'une femme phnompenhoise, elle, peut refuser puisque son mari a la possibilité d'aller voir des prostituées en ville. Elle ne met donc pas le corps de son mari en danger, ce qui justifie la possibilité d'un refus. Contrairement au corps froid et vulnérable de l'accouchée, cet excès de chaleur chez l'homme semble valorisé et met en avant le besoin 'naturel' que représente la sexualité. Ce besoin vital d'émission de sperme, entre autres, justifierait le recours à la prostitution et à la violence. Ainsi, la sexualité est « *un foyer possible de la fabrique du genre* », « *une source d'organisation de la complémentarité (et donc d'asymétrie) entre les groupes de sexe* » (Clair 2013).

En effet, partir du besoin ‘naturel’ d’émission de sperme pour maintenir une bonne santé pour l’homme permet de justifier une sexualité nécessaire pour l’homme et d’organiser ainsi les rapports hommes/femmes dans la société cambodgienne.

Une « technique de domination »⁴ biomédicale incorporée par les personnes soignantes

Femme ‘propre’ et ordre social

Lorsque la périnéorraphie est réalisée à distance de l’accouchement (quelques mois ou années après), la majorité des personnes soignantes affirment que ce sont les femmes elles-mêmes qui viennent consulter pour en faire la demande. Mais les patientes ajoutent que c’est leur mère ou leur amie qui leur a dit qu’il faut le faire pour satisfaire leur mari ou se protéger d’un prolapsus. Dans les observations et les entretiens menés, quand la périnéorraphie a lieu au moment de l’accouchement, cette demande est formulée par différents interlocuteurs ou interlocutrices : la femme elle-même, sa mère, sa sœur, sa belle-sœur ou son mari. La famille assure bien le travail de reproduction de la domination et de la vision masculine décrit par Pierre Bourdieu (1998). Mais une ambiguïté importante règne au niveau linguistique. En effet, la femme ou son entourage proche demande littéralement à être « *cousue pour être belle* ». Comme le mentionne une obstétricienne elle-même :

Elles disent : « Je voudrais une jolie suture ». Mais parfois, elle dit ça pour que ce soit bien, bien propre, joli, mais ce n’est pas serré qu’elle demande. Parfois il y a une confusion entre perineo et jolie suture. Et la femme elle-même ne sait pas ce qu’on va faire (Gynécologue obstétricienne, 40 ans, Phnom Penh, 2015).

Ainsi, une femme dont on aurait suturé une petite déchirure ou une épisiotomie ne saurait pas la différence avec une périnéorraphie. Demander une jolie suture revient à vouloir entrer dans la norme, être ‘propre’ comme le mentionne cette obstétricienne. Comme l’a développé Sylvie Fainzang avec la pratique de l’excision (Fainzang 1985), signifier qu’un vagin cousu

⁴ Parini (2013).

est propre « *reviendrait à dire qu'il est approprié à la femme, qu'il est conforme à ce qu'il doit être* ». Dans le cas de la périnéorrhaphie, être cousue « *serait donc être 'propre' à occuper la position de femme, telle qu'elle est définie par la société qui la construit, c'est-à-dire à occuper une position de subordination par rapport à l'homme, et en particulier au mari* » (Fainzang 1985, p. 121). Enfin, l'idée d'une femme 'propre' renvoie aussi à l'image d'une femme qui ne risque pas de compromettre l'ordre social ; il s'agit de l'expression symbolique du maintien dans l'ordre des relations sociales, et notamment conjugales, dans un ensemble de relations ordonnées, dans une organisation hiérarchisée (Douglas 1971 [1967]) ; ces attributs caractérisant parfaitement la société cambodgienne. Au Cambodge comme ailleurs, le sexe féminin doit être conforme à « *une image présentée comme 'idéale' [...] par le discours social* » (Piazza 2014).

L'habitus (Mauss 1934 ; Bourdieu 1998) sexuel engendre ici des pratiques sociales et biomédicales dans le mariage, ajustées aux positions respectives très hiérarchisées dans la société cambodgienne. Ces pratiques replacent la femme accouchée dans son rôle d'épouse, assigné par une pluralité d'acteurs et actrices de la société, qui est de satisfaire sexuellement son mari. Cet habitus sexuel est tellement incorporé que les sages-femmes ainsi que les gynécologues obstétriciennes elles-mêmes ne remettront pas en cause cette pratique.

Inscrire la domination masculine sur et dans les corps vulnérables des femmes

Cette vulnérabilité du corps de la femme, que l'on peut opposer au corps fort et puissant de l'homme, nous permet d'accéder à la structure hiérarchique de la société. On constate que cette domination corporelle masculine est incorporée puisque, comme nous l'avons écrit plus haut, les sages-femmes, les femmes gynécologues obstétriciennes, les mères, les sœurs et belles-sœurs sont elles-mêmes demandeuses de cette pratique pour la femme accouchée. La transmission intergénérationnelle de cette pratique et de la symbolique du corps d'un vagin bien resserré, occupe une place importante, comme nous avons pu le constater : lors d'accouchements, de nombreuses mères demandent elles-mêmes la réalisation de cet acte pour leur fille. D'autre part,

c'est le plus souvent la mère qui remet une somme d'argent à la personne soignante après l'accouchement en remerciement. La majorité des patientes que nous avons interrogées ne savent pas combien leur mère a donné. Les gynécologues obstétriciens, en suggérant ou en accomplissant cet acte, participent ainsi à cette prise en charge des corps vulnérables accouchés et inscrivent cette domination masculine sur les corps des femmes. Dans l'introduction au numéro « Corps vulnérables » des *Cahiers du genre*, Sandra Boehringer et Estelle Ferrarese écrivent :

Il paraît alors que la vulnérabilité ne peut être conçue qu'au pluriel, et envisagée comme un système. La vulnérabilité corporelle elle-même, loin d'être une vulnérabilité première, toujours déjà là, est coproduite avec toutes les autres (Boehringer, Ferrarese 2015, p. 14).

Ainsi, les gynécologues obstétriciens coproduisent cette vulnérabilité à travers des constructions vaginales faites sur mesure pour l'homme, permettant de confirmer cette faiblesse du corps accouché en faisant intervenir le poids de la structure de l'institution médicale. Ainsi, la vulnérabilité du corps est plus que jamais au cœur de la production du genre et le corps de l'accouchée est une vulnérabilité socialement construite. La périnéorraphie est bien une pratique destinée « à construire dans le corps » (Godelier, Panoff 1998) la subordination des femmes.

Une chirurgie pratiquée par des soignantes elles-mêmes dominées

L'entretien avec une gynécologue obstétricienne de 40 ans, retranscrit ci-dessous, permet de saisir que ces femmes sont elles-mêmes contenues dans un système :

Voici mon histoire. Quand j'ai accouché de mon deuxième enfant, j'ai pensé que je ne voudrais plus d'enfant. Et j'ai pensé que je voudrais faire perineo en même temps que l'accouchement. J'ai demandé de faire une jolie suture [de oy saat]. Et après, la femme médecin a coupé mon périnée. Et c'est devenu trop petit. Et après j'ai eu des dyspareunies⁵ pendant longtemps, pendant longtemps. Parce qu'à chaque fois qu'on a un rapport sexuel, ça se déchire, parce que les petites lèvres sont trop petites, ce n'est pas résistant. Donc après un rapport sexuel c'est déchiré on doit

⁵ Douleurs pendant les rapports.

faire abstinence pendant deux à trois jours. Pour soulager tout ça. C'est très très difficile. Et ce n'est pas élastique. Et puisqu'ils ont enlevé du tissu, c'est trop tard. Et pendant trois ou quatre ans quand j'ai des rapports sexuels ça saigne. Le sang est rouge. Je ne comprenais pas pourquoi je saignais pendant les rapports sexuels. Je suis allée consulter deux fois un médecin en Thaïlande. Elle ne trouve pas pourquoi ça saigne. Car ça saigne un jour et ça s'arrête. [...]. Après on a trouvé que c'est en bas à la zone de suture que ça saigne. On a essayé de re-suturer la zone qui saigne, 0.5 cm comme ça. Mais on ne peut pas suturer. C'est trop tard. Et après je suis allée au Viêt Nam pour recouper la moitié du vagin et re-suturer comme ça (Gynécologue obstétricienne, 40 ans, Phnom Penh, 2015).

Observer des femmes pratiquer ces périnéorrhaphies sur d'autres femmes, en d'autres termes observer des sujets femmes dominées agir à travers des techniques permettant d'inscrire la domination masculine dans les corps d'autres femmes, est frappant. Les normes sexuelles au Cambodge, qui consistent à modeler un vagin *propre* dans le sens où nous l'avons vu, et à la taille de l'homme, sont sans cesse activées et reproduites par les acteurs médicaux, et les actrices elles-mêmes sujets dominées et agissant dans la reproduction de la norme et de la structure. On observe ainsi la violence symbolique énoncée par Pierre Bourdieu (1998), « *violence douce, insensible, invisible pour ses victimes mêmes* ». On constate que l'institution médicale, tout comme l'avait montré Pierre Bourdieu concernant des institutions telles que l'École ou l'État, est un lieu « *d'élaboration et d'imposition de principes de domination* » (Bourdieu 1998).

***Discours des personnes soignantes :
rendre service aux femmes***

Dans le discours des personnes soignantes, cette idée d'un service rendu aux femmes à travers la périnéorrhaphie revenait constamment : avoir un vagin bien serré permettra à la femme, 'refermée' de l'accouchement par la périnéorrhaphie, de garder son mari à la maison. La même gynécologue obstétricienne explique qu'au moment de la réalisation d'une périnéorrhaphie, elle demande à la patiente de montrer avec les doigts la largeur du pénis de son mari, et qu'il faut que le vagin soit à la bonne taille pour correspondre au mari. Plus tard, elle ajoute :

Si vous n'aidez pas les femmes, c'est difficile pour les rapports. Parce que parfois son mari va chercher ailleurs. Moi je pense que la vie sexuelle est importante et que l'homme va chercher d'autres femmes si le vagin est trop large. Les prostituées ont le vagin serré.

Un autre gynécologue obstétricien de 41 ans explique, lui, que les femmes cambodgiennes « *veulent ça car elles croient qu'elles vont se faire aimer par leur mari. Parce que les hommes cambodgiens aiment les petits trous comme ça. C'est pour serrer le périnée. Serrer le périnée, c'est mieux pour attirer l'amour. Sinon les hommes vont voir les prostituées. Les hommes cambodgiens aiment voir les prostituées. C'est plus de 90 % des hommes. [...] Quand elle entend son mari dire : 'Ce n'est pas bon, c'est trop large' au moment d'avoir du sexe, elle revient faire serrer son périnée* ». Les gynécologues soulignent aussi que lorsqu'une femme constate que son mari va voir des prostituées, elle veut faire *perineo* pour faire revenir son mari à la maison.

Parce que les prostituées ont le vagin serré. Parce qu'elles font perineo. Ce sont surtout des Vietnamiennes (Obstétricienne, 32 ans, Phnom Penh, 2015).

On observe ainsi les effets de l'autodiscipline et de l'intériorisation du pouvoir par différentes formes de contrôle sur soi. Cette discipline semble intériorisée par les femmes mais aussi par les personnes soignantes. Ici, le corps féminin et son sexe sont des lieux privilégiés de domination. À travers la pratique de la périnéorrhaphie, cette autodiscipline des femmes appartenant à l'institution médicale peut être vue comme « *une forme de consentement* », une « *technique de domination* » (Parini 2013). Les personnes soignantes participent elles-mêmes à la reproduction de la structure à travers la périnéorrhaphie. Mais quand elles évoquent le fait de rendre service aux femmes, à travers la périnéorrhaphie, elles renforcent la position sociale d'épouse de leur patiente, qui pourra dès lors répondre à son obligation de satisfaire sexuellement son mari et par là même peut-être prétendre le « *garder à la maison* », selon leurs propres mots. Ainsi, au-delà d'une simple soumission passive, cela laisse entrevoir une forme de résistance et de stratégie dans les relations conjugales.

* *

*

Dans le cas des périnéorrhaphies du Cambodge, avec cette technique de « *féminisation du corps féminin* » (Bourdieu 1998), le corps des femmes est plus que jamais au cœur de la production des rapports de genre, où la domination masculine et le plaisir sexuel de l'homme sont réaffirmés dans le mariage, avec une incorporation ou un « *apprentissage par corps* » (Faure, Gosselin 2008). On assiste ici à une reproduction de cette domination masculine qui nous a amenée à qualifier la périnéorrhaphie de « *technique de domination* » (Parini 2013). La périnéorrhaphie apparaît alors comme le paradigme de la structure inégalitaire dans la sexualité conjugale, et de la subordination de la sexualité des femmes. C'est à travers ce « *marquage sexuel* » (Fainzang 1985) que les femmes vont être assignées à leur rôle social, dans lequel leur sexualité doit être une sexualité reproductrice, permettant à l'homme de jouir en toute liberté. Le corps de la femme est ainsi rendu conforme à la place qui lui est dévolue dans les rapports sociaux de sexe. Nous rejoignons ici Paola Tabet qui définit les mutilations sexuelles comme « *violence sexuelle, violence de genre* ». Dans le cas des périnéorrhaphies au Cambodge, il s'agit là aussi d'une « *violence qui dans ce cas se 'spécialise' et vise, avec la mutilation de la vulve, à l'extirpation, radicale, de la sexualité des femmes, à leur complète subordination à l'ordre et à l'usage masculins* » (Tabet 2004). En ce sens, la pratique des périnéorrhaphies est bien un outil de contrôle social, et au Cambodge, l'institution médicale pourrait être ajoutée à la liste des facteurs institutionnels de la reproduction des rapports de genre. Mais en prolongement de ce travail, il serait nécessaire de développer « *la capacité d'agir des acteurs en apparence dominés* » (Broqua, Deschamps 2014) afin de dépasser ces déterminations sociales et d'analyser les formes de résistance que nous avons commencé à aborder, et saisir les réagencements et négociations possibles dans ce contexte de rapports de pouvoir.

Références

- Boehringer Sandra, Ferrarese Estelle (2015). « Féminisme et vulnérabilité (Introduction) ». *Cahiers du genre*, n° 58 « Corps vulnérables ».
- Bourdieu Pierre (1977). « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 14.
- (1998). *La domination masculine*. Paris, Seuil.
- Broqua Christophe, Deschamps Catherine (2014). « Transactions sexuelles et imbrication des rapports de pouvoir ». In Broqua Christophe, Deschamps Catherine (eds), Kraus Cynthia (collab.). *L'échange economico-sexuel*. Paris, Éd. de l'EHESS.
- Clair Isabelle (2013). « Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? Retour sur quarante ans de réticences ». *Cahiers du genre*, n° 54 « Rétrospectives ».
- Delachet Guillon Claude (2001). *Daw Sein. Les dix mille vies d'une femme birmane*. Paris & Pondicherry, Kailash.
- Diniz Simone G., Chacham Alessandra S. (2004). "'The Cut Above' and 'the Cut Below': The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil". *Reproductive Health Matters*, vol. 12, n° 23.
- Douglas Mary (1971 [1967]). *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris, F. Maspero [traduit de l'anglais par Anne Guérin ; éd. originale. *Purity and Danger, an Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. London, Routledge & Kegan Paul].
- Edmonds Alexander, Sanabria Emilia (2014). "Medical Borderlands: Engineering the Body with Plastic Surgery and Hormonal Therapies in Brazil". *Anthropology & Medicine*, vol. 21, n° 2.
- Fainzang Sylvie (1985). « Circoncision, excision et rapports de domination ». *Anthropologie et sociétés*, vol. 9, n° 1.
- Fassin Didier, Memmi Dominique (eds) (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris, éd. de l'EHESS.
- Faure Sylvia, Gosselin Anne-Sophie (2008). « Apprendre par corps : le concept à l'épreuve de l'enquête empirique. Exemple des jeunes danseurs des favelas ». *Regards sociologiques*, n° 35.
- Formoso Bernard (1994). « Symbolique du corps et hiérarchisation sociale, l'exemple de quelques postures dans le Nord-Est de la Thaïlande ». *Péninsule*, n° 28.
- Godelier Maurice, Panoff Michel (1998). « Introduction ». In Godelier Maurice, Panoff Michel (eds). *La production du corps. Approches*

- anthropologiques et historiques*. Paris, Éd. des archives contemporaines.
- (2009). « Introduction ». In Godelier Maurice, Panoff Michel (eds). *Le corps humain. Conçu. Supplicié, possédé, cannibalisé*. Paris, CNRS éditions.
- Guillou Anne Yvonne (2009). *Cambodge, soigner dans les fracas de l'histoire : médecins et société*. Paris, Les Indes savantes.
- Héritier Françoise (2012). *Masculin/féminin I. La pensée de la différence*. Paris, Odile Jacob.
- Mauss Marcel (1934). « Les techniques du corps ». *Journal de Psychologie*, n° XXXII : http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthro/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html
- National Institute of Statistics, Directorate General for Health & ICF Macro (2011). *Cambodia Demographic and Health Survey 2010*. Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf>
- National Institute of Statistics, Directorate General for Health, & The DHS Program (2015). *Cambodia Demographic and Health Survey 2014: Key Indicators Report*: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR312/FR312.pdf>
- Parini Lorena (2013). « Domination/Pouvoir ». In Achin Catherine, Bereni Laure (eds). *Dictionnaire genre & science politique : concepts, objets, problèmes*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Piazza Sara (2014). « Images et normes du sexe féminin : un effet du contemporain ? ». *Cliniques méditerranéennes*, n° 89.
- Sanabria Emilia (2011a). « Pourquoi saigner ? Menstruations, dons de sang et équilibre corporel (Salvador de Bahia, Brésil) ». *Terrain*, n° 56.
- (2011b). “The Body Inside Out: Menstrual Management and Gynecological Practice in Brazil”. *Social Analysis*, vol. 55, n° 1.
- Schantz Clémence (2015). « ‘Maman, je peux habiter dans ton ventre ?’. Rêve et socialisation du fœtus au Cambodge ». *Moussons. Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, n° 25.
- Schantz Clémence, Sim Kruey Leang, Ly Ek Meng *et al.* (2015). “Reasons for Routine Episiotomy: A Mixed-Methods Study in a Large Maternity Hospital in Phnom Penh, Cambodia”. *Reproductive Health Matters*, vol. 23, n° 45.
- Simon-Barouh Ida (2004). *Saur Duong Phuoc, une Cambodgienne nommée Bonheur : du pays natal à la France, une histoire d'ethnicité plurielle*. Paris, L'Harmattan.

- Tabet Paola (2004). *La grande arnaque : sexualité des femmes et échange économique-sexuel*. Paris, L'Harmattan « Bibliothèque du féminisme » [trad. José Contréras ; éd. originale (2004). *La grande beffa. Sessualità delle donne e scambio sesso-economico*. Rubbettino editore].
- Vogel Joshua P., Betrán Ana Pilar, Vindevoghel Nadia *et al.* (2015). "Use of the Robson Classification to Assess Caesarean Section Trends in 21 Countries: A Secondary Analysis of Two WHO Multicountry Surveys". *The Lancet Global Health*, vol. 3, n° 5.