

Les racines coloniales du système de santé cambodgien¹

Anne Yvonne GUILLOU

Chargée de recherche, CNRS 1^{re} classe en anthropologie de l'Asie du Sud-Est
CASE (CNRS-EHESS)

INTRODUCTION : CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ CAMBODGIEN

LE SYSTÈME DE SANTÉ AU CAMBODGE, si l'on entend par là une offre de santé organisée, plus ou moins ordonnée par la force publique, reste l'héritier de son origine coloniale. Il est en effet caractérisé par une très inégale répartition de l'infrastructure hospitalière, concentrée à Phnom Penh. Des aides étrangères massives et concurrentes le soutiennent, sans que les résultats obtenus soient très probants car le Cambodge continue d'occuper une place très médiocre dans la liste des pays pauvres, classés selon leurs indicateurs de santé (Crochet 2008). Un secteur privé de plus en plus important et peu contrôlé propose une offre extrêmement variée allant de la médecine de ville à la vente de médicaments sur tous les marchés, tandis que le secteur public se fissure depuis les années 1990. Enfin, à côté de la médecine scientifique dont les professionnels restent, jusqu'à ces dernières années, assez mal formés et assez mal considérés par la population, le secteur florissant de la médecine « néo-traditionnelle » se développe.

Bien sûr, les ruptures radicales qu'a connu le Cambodge dans son histoire récente et qui ont affecté son système de santé rendent impossible de tracer une filiation directe entre la situation actuelle et les actions sanitaires menées sous le Protectorat (1863-1953). Néanmoins, et d'une manière générale, le caractère colonial de l'introduction de la médecine scientifique (c'est-à-dire une pratique étrangère, imposée de l'extérieur dans un contexte inégalitaire et une perception racialisée de la population colonisée, entrecroisant des préoccupations politiques et sanitaires dans le cadre d'une biogouvernementalité) explique en partie les dysfonctionnements partout constatés des systèmes de santé post-coloniaux des pays du Sud. D'autre part, les formes de gouvernements de la vie, basées sur la définition que chaque État donne de l'individu, de la santé, du corps, ne sont pas modelées uniquement par leur caractère colonial. J'entends signifier par là que la seule recherche d'une généalogie coloniale n'épuise pas l'analyse du système de santé cambodgien des années 2000.

Dans la limite impartie dans cet article, je décrirai trois aspects de l'héritage colonial du système de santé actuel : la faiblesse des réalisations en matière de développe-

1. Cet article est issu d'une recherche qui a bénéficié du soutien du LASEMA (aujourd'hui intégré au Centre Asie du Sud-Est, CNRS-EHESS, Paris) ; du Programme thématique Sida du Centre national de la Recherche scientifique français et d'une bourse Florence Gould cogérée par l'INALCO et le Centre d'études khmères (CKS). Le CKS m'a chaleureusement accueillie lors de mes travaux en 2005 et je l'en remercie du fond du cœur.

ment sanitaire ; le retard pris par la formation des personnels de santé ; et, enfin, la structuration du champ de la médecine traditionnelle.

I. UN FAIBLE BUDGET POUR UN FAIBLE SYSTÈME DE SANTÉ

Dès ses débuts, les médecins participent à l'œuvre coloniale occidentale (Macleod et Lewis 1988 ; Arnold 1993). En Indochine comme en Algérie par exemple, 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, l'intérêt politique que procure le dévouement des médecins coloniaux et 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 XX^e siècle.

Le Cambodge, à la périphérie de l'Indochine

Dans ces conditions, le système de santé qui se développe au Cambodge se comprend en référence aux caractéristiques générales de la colonisation française et, en particulier, à sa position dans la nouvelle entité économique et politique qu'est l'Union indochinoise. Or le Cambodge s'y présente comme la province politique de Hanoi et l'arrière-pays économique de la Cochinchine. Le gouverneur général de l'Indochine (décret de 1887) qui prend ses quartiers à Hanoi, concentre les pouvoirs législatif, militaire, budgétaire et même médical². Cette organisation politique a pour conséquence de marginaliser le Cambodge dans le système de santé indochinois et ce, malgré une ponction fiscale importante.

En effet, la France, comme d'autres puissances colonisatrices, opte pour « une formule de domination “à bon marché”, le protectorat » (Brocheux et Hémerly 1994 : 73). Les territoires protégés devront assurer leur propre autonomie financière. Le budget général de l'Indochine, créé en 1898, est alimenté par les contributions fiscales indirectes, tandis que les territoires disposent d'un budget local provenant de la perception directe. Le budget du Cambodge est alimenté par un nombre élevé de contributions qui pèsent assez lourdement sur les épaules des « indigènes » mais ces contributions sont surtout dépensées en frais de bureaucratie et en construction de routes. Dans la période 1913 à 1920, les services sanitaires et médicaux n'absorbent que 3,89 % de ce budget, tandis que l'instruction publique représente 4,13 % des dépenses cambodgiennes. C'est peu.

Le réseau hospitalier

Au début de la colonisation, les réalisations médicales au Cambodge, de même que celles en Annam et au Tonkin, sont donc extrêmement modestes comparées à celles de la Cochinchine. Phnom Penh, où s'installent la Cour et la Résidence de France en 1866,

2. Contribuant encore à la centralisation de la politique sanitaire à Hanoi, les directeurs locaux de la Santé dans les cinq territoires indochinois sont sous le contrôle du gouverneur général, « court-circuitant » ainsi l'inspecteur général de l'Hygiène et des Services Médicaux (AU SOKHIENG 2011 : chap. 2).

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 hôpital mixte est ensuite construit en paillote puis en maçonnerie (1891) non loin du Phnom. En 1905 lui est adjointe une section indigène. Au début du xx^e siècle, le personnel de santé est réduit à peu de choses : deux médecins du corps de santé des colonies. Quelques militaires cambodgiens sont formés sur le tas pour les seconder.

Les années 1904-1905 marquent une étape importante de l'organisation sanitaire en Indochine : la création d'une Direction générale de la Santé et la création de l'assistance médicale indigène en 1905. Ces réalisations ont 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. Ces tiraillements sont probablement responsables des particularités locales — territoriales³ et provinciales — du système de santé indochinois.

Après 1905 en effet, la couverture hospitalière s'améliore dans les protectorats (la Cochinchine, possession française et non simple protectorat, est bien plus avancée sur ce plan, bientôt supplantée par le Tonkin). L'effort porte sur l'extension hors des grandes agglomérations. 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 et au Laos. Le personnel médical français y demeure très restreint. Les médecins ne sont présents, en 1923, que dans sept chefs-lieux de province cambodgiens (CAOM, Mission Picanon 1923), 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 ». Il faut attendre le début des années trente pour voir le Cambodge 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 Cambodgiens, elles voient leurs consultations augmenter progressivement.

Cette organisation hospitalière se maintient pendant toute la colonisation, appuyée par une médecine privée exercée en cabinets de ville. Phnom Penh est bien mieux pourvue que les 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 ; trois pharmaciens sur quatre ; huit sages-femmes sur seize et cent six infirmiers et infirmières sur les deux cent douze que compte le pays. Ces quelques chiffres indiquent également à quel point le recrutement de médecins européens est faible et, en tout cas, très inférieur aux dispositions officielles qui réclament treize médecins en 1915 (*Arrêté du Gouvernement général de l'Indochine [GGI] du 2 janvier 1915 fixant les cadres du personnel européen de l'A.M. et la répartition de ce personnel dans les divers pays de l'Indochine*).

3. Les cinq territoires de l'Indochine française sont les trois territoires du Tonkin, de l'Annam et de la Cochinchine (actuel Viêt Nam) ainsi que le Cambodge et le Laos.

La prophylaxie et l'hygiène publique

Entre les deux guerres mondiales, la politique sanitaire change de cap. Un bilan réalisé par l'Inspection Générale de la Santé en 1912 avait fini sur cette note assez crue : « on ne saurait prétendre assurer les soins à tous les malades que fournit normalement une population de plusieurs millions d'habitants » (Gaide 1931 : 43). Pour des raisons qui tiennent à la fois au souci d'économie et au manque de personnel médical, la solution préconisée est alors 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 initiale du premier gouverneur général de l'Indochine, Albert Sarraut (1911-1914). Sans doute faut-il également voir, dans ce changement de direction de la politique sanitaire indochinoise, l'influence des pastoriens dont l'Indochine est un important « laboratoire » de recherches concernant la tuberculose, la lèpre, le bérubéri, le pian, le choléra, la variole (Monnais-Rousselot 1999)... et un lieu de production et d'expérimentation de vaccins pas toujours très au point, que la population craint par pragmatisme plus que par « superstition » (Au Sokhieng 2011), comme on le dit alors et comme on continue à le dire aujourd'hui pour certaines mesures de santé publique rejetées par la population. L'Institut Pasteur de Saïgon, 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), sur le paludisme, et les analyses alimentaires du service de la Répression des fraudes.

Dès lors, le Gouvernement général de l'Indochine prend diverses mesures administratives renforçant par exemple la construction de léproseries (circulaire de 1912) ; 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), préconise des conférences d'hygiène dans les écoles, multiplie les appels à la création de dispensaires antivénéériens dans les centres de garnison, etc. Il est vrai que la variole, le choléra, la peste, le paludisme font des ravages effroyables dans la population. L'essentiel des mesures d'assainissement des eaux est pris dans la capitale, avec des travaux d'hygiène publique commencés dès le début du xx^e siècle. Les égouts sont terminés à Phnom Penh dans la période 1911-1914.

Aucun bilan sanitaire très précis de la période coloniale n'a été réalisé jusqu'à présent. L'évaluation de Laurence Monnais-Rousselot (1999) se veut globalement positive pour l'ensemble de l'Indochine. Au contraire, Magali Barbieri (2007), d'après ses estimations, certes partielles, mais utilisant les outils statistiques précis de la démographie, fait l'hypothèse, dans des travaux encore provisoires, que le taux de mortalité, dû aux principales pathologies infectieuses et à la mortalité infantile, est resté très élevé, relativisant la « mission civilisatrice » dans sa dimension médicale.

Plusieurs facteurs ont contribué à la création d'un corps de médecins indochinois : la difficulté de recrutement de médecins français, le coût important de leurs salaires, le besoin en personnel accentué par le développement du système de santé, l'idée que les « médecins indochinois » seraient les meilleures « courroies de transmission » des principes de la médecine occidentale auprès de la population colonisée et, enfin, le souhait que l'Indochine prenne en charge sa propre santé.

II. LE DÉSINTÉRÊT DES CAMBODGIENS POUR LA PROFESSION MÉDICALE COLONIALE... ET RÉCIPROQUEMENT

L'École de médecine de Hanoi

C'est Alexandre Yersin, pastorien célèbre qui rejoindra par la suite l'Institut Pasteur de Saigon, qui est appelé à diriger l'École de Médecine, créée en 1902 à Hanoi. Les toutes premières promotions se recrutent notamment parmi les aides formées sur le tas dans les hôpitaux et les infirmeries. Ces nouveaux diplômés sont envoyés servir en province, souvent seuls, sans supervision française car les médecins coloniaux manquent, surtout lors de la mobilisation de la Grande Guerre.

Les mesures prises concernant la formation, le statut et les émoluments des médecins indochinois vont dans le sens d'une amélioration progressive. 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. En 1923, l'École devient une École 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'École. Puis ils partent en France soutenir leur doctorat. Cette section recrute un faible nombre d'étudiants⁴. Plus tard, en 1926, ces docteurs indochinois sont admis dans le corps français de l'assistance médicale, à égalité de titres et de diplômes. Mais seule une petite minorité passe avec succès le concours (quatre « Annamites »⁵ en 1931) (Gaide 1931 : 72). Les médecins auxiliaires (qui deviendront « médecins indochinois » en 1928) sortent diplômés de l'École de Hanoi après quatre ans d'études, comprenant des cours théoriques, des travaux pratiques et un stage clinique. Ils sortent ainsi, au rythme d'une vingtaine par an (*École de plein exercice...* 1931 : tableau 3), pour servir dans les territoires de l'Union (sur le budget général ou parfois, sur 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 officiellement supprimée en France en 1890, au terme d'un très vif débat scindant la profession médicale. Il faut souligner ici à quel point les termes de ce débat général sur une « médecine à deux vitesses » sont actuels. Ils ont ressurgi plusieurs fois dans l'histoire du Cambodge (et d'ailleurs), dans des circonstances historiques et idéologiques très diverses : le modèle des « médecins aux pieds nus » des Khmers rouges, emprunté à la Chine maoïste ; celui des « médecins assistants » emprunté au Viêt Nam par la République populaire du Kampuchea ; celui des agents de soins de santé primaire mis en place par les ONG, suivant les directives de l'Organisation mondiale de la Santé après 1978, tous participent à quelque titre de cette conception d'une médecine moins sophistiquée, pour un public moins sophistiqué présentant des pathologies moins sophistiquées. Le premier coup de tonnerre dans ce ciel bleu des certitudes de santé pu-

4. Deux inscrits en 1920-1921 ; dix-neuf en 1929-1930 (*École de plein exercice...*, tableau I).

5. Dans le langage colonial, « annamites » désigne les Vietnamiens actuels.

blique a été le combat, mené au début des années 2000 par certains ONG comme Médecins Sans Frontières, pour un accès général des personnes infectées par le VIH aux traitements compliqués et coûteux auquel les malades occidentaux avaient droit. Cela marque une certaine rupture avec une conception Nord-Sud des systèmes de santé héritée des colonisations.

D'autres sections sont progressivement ouvertes à l'École de Médecine de Hanoi (pharmacie, chirurgie-dentisterie). Le personnel subalterne — hormis les sages-femmes qui ne prendront leur service qu'au Viêt Nam et surtout au Tonkin — est 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.

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 des recrutements « annamite » et cambodgien

Dans le corps médical en formation, les Cambodgiens et *a fortiori* les Laotiens sont, statistiquement, très minoritaires. C'est en effet par unité que l'on compte les médecins cambodgiens parmi ceux qui, sortis de l'École de Hanoi, sont mis à la disposition du résident supérieur par le gouverneur Général⁶. Le léger poids démographique du Cambodge dans l'Union indochinoise ne peut pas expliquer entièrement la faiblesse des effectifs étudiants qu'il fournit à l'École de Médecine puisque leur sous-représentation est manifeste, même en pondérant les effectifs. Les écarts ne portent pas seulement sur les effectifs mais également sur la place dans la hiérarchie médicale indochinoise : aucun étudiant cambodgien en 1923-1924 n'est inscrit en doctorat, tous préparent le diplôme de médecin indochinois. Les années suivantes ne fournissent que de très faibles effectifs. Cette observation s'applique aussi à la pratique libérale. En 1936, pas un seul des praticiens libres payant patente n'est cambodgien (Pharo 1936). Les sages-femmes non plus : seules des Vietnamiennes exercent.

Les raisons de la désaffection cambodgienne pour les études médicales scientifiques doivent être cherchées dans la situation coloniale elle-même et la réponse des élites cambodgiennes à cette situation coloniale.

Les raisons de la désaffection cambodgienne pour la profession médicale

Les « Annamites » sont l'élément sur lequel s'appuie la colonisation, dans tous les territoires de l'Union indochinoise et dans tous les domaines, y compris parmi le personnel soignant. La politique coloniale qui consiste à placer des cadres subalternes vietnamiens dans les territoires cambodgiens et laotien, s'appuie sur l'analyse selon laquelle l'expansion vietnamienne en Indochine, commencée bien avant la présence française, est irrésistible (Khy Phanra 1978). Les relations Cambodgiens-Français ne favorisent pas non plus les vocations pour la médecine parmi les jeunes Cambodgiens. En effet, les aspirations des jeunes recrues entrent en conflit avec la perception que les

6. En 1916, un Cambodgien et un Laotien pour une promotion de 9 individus. En 1923, 5 Cambodgiens pour 113 inscrits. Sources : arrêtés de nomination (nominatifs) rendus par le Gouverneur Général (CAOM, Indochine, Fonds locaux) et L. MONNAIS-ROUSSELOT (1999).

responsables français se font de la place subalterne des Cambodgiens dans la hiérarchie médicale coloniale. Les jeunes médecins et infirmiers cambodgiens sont décrits comme exigeants et arrogants par certains rapports médicaux coloniaux. Tandis que les jeunes diplômés cambodgiens, après des études longues et difficiles, s'attendent à un statut social plus élevé que celui proposé. J'ai pu lire dans les archives coloniales plusieurs illustrations de ce bouleversement mal vécu des hiérarchies locales. Une autre raison du faible recrutement cambodgien est leur niveau d'instruction plus bas que celui des « Annamites » (Bezançon 2002) qui leur rend difficile la réussite au concours d'entrée en médecine, malgré des aménagements de modalités d'accès spécialement conçus pour les Cambodgiens et les Laotiens.

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 précoloniaux. Or ces modèles précoloniaux passent par le palais. Celui-ci reste en effet un puissant symbole national pendant toute la colonisation, encouragé en cela par les Français qui l'ont vidé de son pouvoir tout en le célébrant. 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. La fonction publique et l'administration attirent beaucoup plus les fils des milieux dirigeants ou fortunés que la lointaine École de Médecine de Hanoi où les jeunes apprentis-médecins se retrouvent « noyés » dans la foule des étudiants « annamites ». Le succès de l'École des *kromokar* (fonctionnaires de rang intermédiaire, ក្រុមការ), ouverte à Phnom Penh en 1914 et transformée en 1917 en École d'Administration cambodgienne, le prouve, où quatre-vingt-dix-neuf élèves passent le concours d'entrée en 1918 et deux cent soixante en 1920 (Forest 1980 : 102-103).

La comparaison avec le Viêt Nam est intéressante car ce pays a réagi de façon différente dans la formation de ses élites coloniales. En effet, dans les territoires vietnamiens, la domination française a brisé une monarchie qui lui était trop ouvertement opposée (Brocheux et Hémerly 1994 : 76). La nouvelle élite qui émerge et qui alimente 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 1930 commence alors à s'exprimer chez les médecins vietnamiens une forte identité professionnelle qui prendra une couleur nationaliste chez certains d'entre eux. Au Cambodge, au contraire, les jeunes gens formés à la médecine occidentale forment une nouvelle catégorie sociale qui trouve difficilement sa place dans la société colonisée.

III. SÉPARER LE BON GRAIN DE L'IVRAIE : L'INVENTION DE LA « MÉDECINE TRADITIONNELLE »

L'image coloniale de la décadence médicale khmère

Quelques médecins et administrateurs coloniaux se sont intéressés à la médecine khmère. Mais l'image qu'ils s'en sont forgés et qu'ils en ont transmise s'est dessinée progressivement dans un cadre idéologique colonial dominé par l'idée de la décadence

de l'empire khmer à partir du XIII^e siècle jusqu'à l'arrivée salvatrice de la France au milieu du XIX^e siècle. Les seules indications importantes dont disposent ces observateurs de la médecine khmère datent en effet du règne de Jayavarman VII (1181–vers 1218). C'est d'ailleurs grâce à la découverte de stèles de fondations de ses hôpitaux, révélant un vaste réseau s'étendant du plateau de Korat (dans l'actuel Nord-Est de la Thaïlande) au Sud de la Cochinchine (actuel Viêt Nam), que le souverain khmer, jusque-là obscur, accède au statut historique de dernier grand roi angkorien. Ces stèles en sanskrit, presque toutes identiques, offrent quelques détails sur l'organisation de ces établissements, le personnel qu'ils hébergent et la pharmacopée utilisée. Or, entre le prestigieux épisode de Jayavarman VII et les premières descriptions ethnographiques de la médecine khmère datant de la fin du XIX^e siècle (Leclère 1894), l'on ne connaît rien des thérapeutes locaux.

Cela ouvrira la voie à la spéculation et à l'imagination, où les auteurs coloniaux décriront la médecine traditionnelle khmère en utilisant les catégories de la médecine française. La représentation qu'ils se font de cette médecine se forge en effet autour de plusieurs thèmes. En premier lieu, pensent-ils, 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 ». Ce savoir savant, plus ou moins imaginé, est perçu comme véhiculé essentiellement par le support écrit et, d'autre part, il consisterait surtout en une pharmacopée — en grande partie végétale — comme semble l'attester la liste des produits, décrits dans la stèle de fondation d'un hôpital de Jayavarman VII, trouvée à Say-Fong, dans l'actuel Laos.

Le modèle de la médecine française

Cette logique d'identification entre la médecine angkorienne et la médecine occidentale se retrouve aussi dans la morale religieuse attribuée à Jayavarman VII (Guillou 2001 : 308). Dans le même ordre d'idée, relatant un épisode où un bonze demande en 1928 l'autorisation au résident supérieur du Cambodge, au cours d'une épidémie de choléra, de traiter les malades selon un procédé indiqué en rêve par le feu roi Sisowath, le D^r 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 » (Menaut 1928).

Dans cette conception, les « vrais » médecins traditionnels sont donc ceux qui se rapprochent le plus de ce modèle médical construit à partir de sources historiques fragmentaires — qui mettent l'accent sur la décadence — à partir de projections occidentales. Lisons encore Bernard Menaut qui fut directeur de la Santé du Cambodge à plusieurs reprises à partir de 1927 et grand homme de terrain, notamment à Kompong Cham : « À 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



Ambulance médicale mobile, Phnom Penh, 1906 (Archives nationales d'outre-mer).

en temps opportun, le médecin cambodgien est, par beaucoup de côtés, semblable au guérisseur que l'on rencontre dans les races primitives ; sa pratique quotidienne est hautement dominée par les croyances superstitieuses du milieu où il vit » (Menaut 1930, c'est moi qui souligne).

Le portrait du « vrai » médecin traditionnel est le suivant : « Le "Mâ" [ព្រះ] 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 *feuillettes de livres d'autrefois sauvés du grand naufrage cambodgien lors de la dernière invasion siamoise* » (Menaut 1930 : 19-20). Hormis quelques médecins traditionnels de ce type, les Cambodgiens, disent les publications coloniales, sont livrés aux charlatans de tous poils.

Or il est beaucoup plus probable, si l'on se base sur des observations actuelles au Cambodge et dans les sociétés voisines, que cette pseudo-décadence médicale soit une vue de l'esprit et que les *kru khmer* (គ្រូខ្មែរ) d'autrefois aient soigné les malades par un ensemble de techniques d'origines diverses, incantations magiques, préparations à base de plantes et de produits d'origine animale ou minérale, astrologie, techniques manuelles de réductions des fractures, identification du rôle pathogène d'entités surnaturelles ensuite appelées par les médiums, etc., sans que ces techniques soient antinomiques les unes aux autres et sans qu'elles doivent être considérées comme des connaissances éparses et brouillonnes. Au contraire, elles font sens dans l'ensemble des représentations de la société khmère liées au corps, à l'individu et à son destin.

C'est dans ce cadre idéologique que sont menées quelques tentatives de collaboration inégale entre médecins coloniaux et « vrais médecins traditionnels ». À cette époque, et dès 1877, les richesses naturelles cambodgiennes sont répertoriées à fin d'exploitation, 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.

Un exemple de collaboration entre médecin colonial et médecin traditionnel khmer

Je l'illustrerai ici par le cas du *kru* Pen, né à une date inconnue mais décédé en 1919 dans la province de Kompong Cham. Le *kru* Pen s'est spécialisé dans le traitement de la lèpre. Sa médication associait un remède à base de គ្រាប់ផ្លែឆ្នាំង (*krabao phlae thom*, *Hydnocarpus anthelmintica* Pierre) à un régime alimentaire particulier. Les graines du fruit de l'arbre *krabao* étaient torréfiées, écrasées puis mélangées à du charbon de bois, pour être ingérées ; technique que des sources coloniales ont ensuite appelé la « méthode Pen ». Le *kru* Pen fonda en 1881 un village, à quinze kilomètres environ de la ville de Kompong Cham, et y créa un centre d'accueil de lépreux qui hébergeait, en 1907, vingt-huit malades venus de toutes les régions du Cambodge. Sa réputation lui valut d'être accrédité comme spécialiste de la lèpre au palais de Norodom. C'est dans ces conditions que Pen fut amené à collaborer avec le système de santé du Protectorat.

Son centre de soins fut découvert par hasard, au cours d'une tournée de vaccine, par le D^r Menaut, inspecteur de l'hygiène du Cambodge. Pen s'y cachait et fit dire à Menaut qu'il était absent. Par la suite, les deux hommes développèrent une relation de confiance qui amena Pen, en 1908, à livrer à Menaut les secrets de fabrication de sa médication.

Menaut fit entreprendre des recherches sur les graines de *krabao* et mit au point une méthode économique et efficace d'extraction des éthers de *krabao*, destinée à l'injection aux malades et à la fabrication d'une pommade. Les huiles éthyliques furent essayées sur les malades et agirent avec succès sur leur appétit et leur état général, ainsi que sur les ulcérations et les maux perforants jusqu'alors inguérissables. Grâce à la profusion des arbres *Hydnocarpus anthelmintica* Pierre au Cambodge, notamment dans les régions de Pursat, Kompong Chhnang et Kompong Speu, le laboratoire de chimie de Phnom Penh alimenta, à partir de 1925, la Métropole et l'ensemble des territoires coloniaux français.

Quant au *kru* Pen, il fut nommé en 1915 directeur de la première léproserie du Cambodge par le gouverneur général de l'Indochine, à l'endroit même où s'élevait son propre centre, à Troeng. La léproserie existait d'ailleurs toujours dans les années 1990. Mais, d'après une source coloniale, sa prospérité le rendit suspect d'être un « exploitateur de lépreux » et son entreprise périclita (Menaut 1930 : 23). Lorsqu'il fut emporté en 1919 par le choléra, ses fils prirent sa relève mais eurent soin de séparer leur propre léproserie privée de l'établissement officiel du Protectorat, devenu beaucoup plus prospère que la leur.

Cet exemple illustre le processus à l'œuvre fréquent dans les systèmes collaboratifs médecine occidentale/médecine indigène, au Cambodge comme ailleurs, en Afrique notamment (Dozon 1987) : la médecine locale est vidée de son contenu social et cognitif pour n'en retenir que les éléments qui prennent sens dans la médecine occidentale.

CONCLUSION : LES HÉRITAGES

Les héritages coloniaux sont toujours perceptibles dans le système de santé cambodgien des années 1990 (Guillou 2009)⁷. Le développement tardif et modeste du système de santé cambodgien sous le Protectorat a été suivi par une politique très volontariste de constructions d'hôpitaux et de formation de médecins sous le gouvernement du prince Sihanouk après l'indépendance (années 1950 et 1960). Mais le système, trop fragile, trop jeune, a basculé rapidement au moment de la guerre américaine puis sous le totalitarisme polpotiste. Il n'a pas eu le temps de se « khmÉRiser » en trouvant une véritable inscription dans la société cambodgienne. Il n'est que de regarder le contraste entre l'état délabré des hôpitaux et celui des monastères, dans lesquels les fidèles investissent temps et énergie, pour comprendre que l'enracinement ne s'est pas fait. Cela est d'autant plus vrai que la décolonisation médicale a été beaucoup plus lente que la décolonisation politique, comme le montre l'ensemble des débats autour de la construction de l'hôpital Calmette en 1959 (Guillou 2001 : 153-158). De ce fait, la po-

7. Des réformes importantes ont été menées à la fin des années 1990 et dans les années 2000, parmi lesquelles la libéralisation officielle de la profession médicale, la redéfinition des bassins de population usagère des hôpitaux, le vaste programme de traitement et de suivi des personnes vivant avec le VIH-SIDA, l'allocation des districts aux ONG et fournisseurs privés (*contracting-in*), etc. Voir le bilan très informé qu'en dresse Sozick CROCHET (2008).

pulation cambodgienne est longtemps restée (et reste encore) méfiante à l'égard d'un réseau hospitalier et médical public qui, depuis le Protectorat, symbolise un État dont les préoccupations n'ont pas toujours été le bien-être public.

Les médecins eux-mêmes sont restés, au moins jusqu'au tournant des années 2000, une catégorie socioprofessionnelle floue, hybride, mal définie, étrangère à la population. Sous le Protectorat, elle devait sa position inconfortable au fait qu'elle n'appartenait pas au monde de l'érudition traditionnelle bouddhique, malgré ses années d'études. Elle ne faisait pas davantage partie du groupe des commerçants, puisque les nouveaux diplômés étaient intégrés à l'Aide médicale indigène publique. Sa fonction ne lui donnait pas plus accès au milieu de la Cour et à la haute fonction administrative qui fréquentait le palais. On conçoit qu'une telle position sociale n'ait guère attiré les jeunes. Il faut donc attendre l'indépendance (1953) pour voir vraiment apparaître un corps médical dont les effectifs, en vingt ans (jusqu'à l'arrivée des Khmers Rouges au pouvoir en 1975), seront plus de cinquante fois supérieurs à ce qu'ils avaient été en quatre-vingt-dix ans de protectorat français, soit une dizaine de médecins (docteurs et assistants) en 1938⁸, contre environ cinq cents en 1975. Des changements sont intervenus sous le gouvernement du prince Sihanouk (années 1950 et 1960) où les médecins se sont créés un statut original de « fonctionnaire-commerçant », qu'ils retrouvent depuis la libéralisation officielle de la profession médicale, après la mise sous tutelle onusienne (1991-1993). Mais les difficultés d'enracinement des médecins dans la société restent perceptibles.

Les grands gagnants de l'héritage colonial sont finalement les thérapeutes « néo-traditionnels ». J'ai montré ici comment s'amorce, dans le système de santé du Protectorat, une coexistence inégale qui assigne au médecin traditionnel un modèle et des objectifs proches de ceux du médecin colonial alors que sa pratique est en réalité toute autre. Ceux qui sont éloignés de ce modèle sont réputés être de faux médecins, charlatans et superstitieux. Après l'indépendance, le gouvernement du prince Sihanouk (*Sangkum*) n'a pas été très intéressé par une collaboration entre *kru khmer* et médecins de formation scientifique. Mais l'idée d'utiliser les connaissances des *kru* et le savoir botanique populaire est réapparue sous le régime khmer rouge, influencé en la matière par le maoïsme, puis sous la République populaire, imitant la politique sanitaire vietnamienne. Aujourd'hui encore, la répartition des domaines de compétence et d'exercice entre *kru khmer* paysans, *kru khmer* « néo-traditionnels » urbains et médecins de formation scientifique est l'héritière de la définition coloniale des « vrais » et des « faux » médecins traditionnels. Sans que je puisse le démontrer pleinement ici (voir Guillou 2001 : 322-329), les *kru* « néo-traditionnels » qui sont en plein essor au Cambodge aujourd'hui ont bénéficié des politiques définissant les « vrais » médecins traditionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en avant un savoir botanique sans connotation rituelle et religieuse, tout en étant capables d'emprunter des éléments de savoirs et de pratiques aux médecins de formation scientifique ainsi qu'aux *kru khmer* paysans et aux *kru* d'ascendance chinoise, créant ainsi une « néo-tradition » médicale khmère dans laquelle l'hybridation a fonctionné avec succès.

8. AU SOKHIENG (2011) fait état de trente-trois médecins « indigènes » employés au Cambodge en 1938 parmi lesquels seulement treize Cambodgiens.

SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNOLD, David (éd.), 1988, *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester, Manchester University Press.
- AU SOKHIENG, 2011, *Mixed Medicine: Health and Culture in French Colonial Cambodia*, Chicago, University of Chicago Press.
- BARBIERI, Magali, 2007, « De l'utilité des statistiques démographiques de l'Indochine Française (1862-1954) », *Annales de démographie historique*, 1, p. 85-126.
- BEZANÇON, Pascale, 2002, *Une colonisation éducatrice ? L'expérience indochinoise (1860-1945)*, Paris, L'Harmattan.
- BROCHEUX, Pierre et Daniel HÉMERY, 2010, *Indochina, An Ambiguous Colonization, 1858-1954*, Berkeley, University of California Press [1^{re} éd. français 1994].
- CEEDÈS, George, 1959, « L'assistance médicale au Cambodge au XII^e siècle », *France-Asie*, fév.-juin, XVI, 153-157, p. 493-496.
- CROCHET, Soizick, 2008, « La santé au Cambodge : histoire et défis », in : Alain Forest (dir.), *Cambodge contemporain*, Paris, Irasec/Les Indes Savantes, p. 363-418.
- ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'INDOCHINE (L'), 1931, *Exposition coloniale internationale*, Direction de l'Instruction publique, Hanoi, Imprimerie d'Extrême-Orient.
- DOZON, Jean-Pierre, 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique Africaine*, décembre, 28, p. 9-20.
- FOREST, Alain, 1980, *Le Cambodge et la colonisation française. Histoire d'une colonisation sans heurts (1897-1920)*, Paris, L'Harmattan.
- GAIDE, Laurent, 1931, *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.
- GUILLOU, Anne Yvonne, 2001, *Les médecins au Cambodge. Entre élite sociale et groupe professionnel moderne sous influence étrangère*, thèse pour le doctorat « Anthropologie », École des Hautes Études en Sciences sociales, Paris.
- GUILLOU, Anne Yvonne, 2006, « Pen (?-1919) », in : William F. and Helene BYNUM (éds), *Dictionary of Medical Biography*, Westport, Greenwood Publishing Group, 5 vol., p. 992-993.
- GUILLOU, Anne Yvonne, 2009, *Cambodge, soigner dans les fracas de l'histoire. Médecins et société*, Paris, Les Indes Savantes.
- JACQUES, Claude, 1968, « Les édits des hôpitaux de Jayavarman VII », *Études cambodgiennes*, janv.-mars, 13, p. 14-17.
- KY PHANRA, 1978, « L'immigration vietnamienne au Cambodge à l'époque du protectorat français (1863-1940) », *Les Cahiers de l'Asie du Sud-Est*, 2, p. 45-58.
- LECLÈRE, Adhémar, 1894, « La médecine chez les Cambodgiens », *Revue scientifique*, 4^e série, II, 23, p. 715-721.
- MACLEOD, Roy et Lewis MILTON (éds), 1988, *Disease, Medicine, and Empire: Perspective on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, London, Routledge.
- MENAU[T] (sic), Bernard, 1928, « Étude sur la matière médicale cambodgienne (Préface) », *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, sept., VI, 9, p. 424-425.
- MENAUT, Bernard, 1930, *Matière médicale cambodgienne*, Hanoi, Imprimerie d'Extrême-Orient.

MONNAIS-ROUSSELOT, Laurence, 1999, *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939*, Paris, CNRS Éditions.

OVESEN, Jan et Ing-Britt TRANKELL, 2010, *Cambodians and their Doctors. A Medical Anthropology of Colonial and Post-Colonial Cambodia*, Copenhagen, Nordic Institute of Asian Studies.

ARCHIVES

CAOM (Centre des Archives d'outre-mer), Indochine, Fonds locaux, Amiraux et Gouvernement général de l'Indochine (GGI), Personnel de santé indigène. Dossiers individuels, Dossier 35.037.

CAOM, 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.

