HAL open science

“ Il tète, mais il n’y a pas de lait ”. Hiérarchisation et hybridation des savoirs sur le colostrum au Cambodge

Ève Bureau-Point, Joël Candau, Leang Sim Kruy

To cite this version:

Ève Bureau-Point, Joël Candau, Leang Sim Kruy. “ Il tète, mais il n’y a pas de lait ”. Hiérarchisation et hybridation des savoirs sur le colostrum au Cambodge. Autrepart - Revue de sciences sociales au Sud, 2017, 82 (2), pp.125-145. 10.3917/autr.082.0125 . hal-02132359

HAL Id: hal-02132359

https://hal.science/hal-02132359v1

Submitted on 27 Jun 2023

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.

SciencesPo
LES PRESSES

« Il tète, mais il n'y a pas de lait ». Hiérarchisation et hybridation des savoirs sur le colostrum au Cambodge

Ève Bureau-Point, Joël Candau, Leang Sim Kruy

Dans Autrepart 2017/2 (N° 82), pages 125 à 145
Éditions Presses de Sciences Po

ISSN 1278-3986
ISBN 978272465355
DOI 10.3917/autr.082.0125

Article disponible en ligne à l'adresse
https://www.cairn.info/revue-autrepart-2017-2-page-125.htm

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.
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.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

« Il tète, mais il n'y a pas de lait ». Hiérarchisation et hybridation des savoirs sur le colostrum au Cambodge

Ève Bureau-Point, Joël Candau**, Leang Sim Kruy****

Cet article présente, dans le contexte de médicalisation de la naissance au Cambodge, une réflexion sur l'articulation des savoirs et des pratiques autour de la consommation de colostrum. Le secteur de la santé maternelle et infantile, qui renvoie à une forte charge symbolique dans toutes les sociétés, quelles qu'elles soient, ne se voit pas, au sein de la médicalisation, imprégné par un seul et même savoir biomédical. Des savoirs divers, d'origine biomédicale, sociofamiliale, expérientielle et mercantile, circulent dans les discours, notamment au travers d'activités de formation professionnelle et d'éducation, de la diffusion de l'information par les médias, de la relation médecin/patient ou encore des interactions sociales.

Comme le souligne Jacob [2011], les sciences au sens occidental du terme constituent une partie importante des savoirs, cependant elles ne sont qu'une composante. Depuis les années 1980, les travaux sur la diversité des savoirs se multiplient, et le courant de l'anthropologie des savoirs, dans lequel s'inscrit l'analyse présentée ici, se constitue depuis les années 2000 [Barth, 2002 ; Jacob, 2011 ; Laplantine, 2001 ; Maury *et al.* 2014]. Ce courant met l'accent sur la part de l'humain dans le savoir, à l'opposé de toute approche positiviste centrée sur l'expérimentation scientifique, les dimensions légitimes, rationnelles et intelligibles du savoir. Selon la définition de Jacob, retenue pour notre analyse, les savoirs constituent « l'ensemble des procédures permettant de donner sens au monde et d'agir sur lui dans la multitude de ses dimensions, qu'il s'agisse du monde matériel ou vivant, du monde visible ou invisible, du temps ou de l'espace, du monde naturel ou vivant » [Jacob, 2011].

Dans ce contexte d'internationalisation des savoirs sur le colostrum, nous décrirons les mécanismes de diffusion et d'appropriation des savoirs biomédicaux par les mères, leur entourage sociofamilial et le personnel de santé, dans le contexte spécifique du Cambodge. Nous porterons notre attention sur la multiplicité des

* Anthropologue, post-doctorante, université Côte d'Azur, LAPCOS (EA 7278).
** Anthropologue, Professeur, université Côte d'Azur, LAPCOS (EA 7278).
*** Ancienne chef de service de la maternité de l'Hôpital de Calmette, Phnom Penh, Cambodge.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

savoirs en circulation autour du colostrum, et plus particulièrement sur les mécanismes de hiérarchisation et d'hybridation qui en découlent. La notion de hiérarchisation rend compte de l'autorité de certains savoirs sur d'autres et par conséquent de leur mise en concurrence. Pour Jordan « dans tous les domaines, lorsque plus d'un système de savoirs existe, l'un d'eux prend l'ascendance sur les autres » (traduit par l'auteur [Jordan, 1993 (first ed. : 1978)]. La notion d'hybridation, quant à elle, illustre des savoirs nouveaux fondés sur des paradigmes différents sans pour autant impliquer une rupture irréconciliable [Frank, Stollberg, 2004 ; Micollier, 2011]. Ils traduisent une réinvention d'un savoir ou d'une pratique qui maintient un lien avec ce qui le caractérisait auparavant. Ces deux processus ne s'excluent pas l'un et l'autre et peuvent se produire de façon concomitante pour un même savoir. L'analyse de ces savoirs en coprésence rend compte, à partir d'un exemple précis dans la maternité de l'hôpital Calmette de Phnom Penh, des mécanismes d'appropriation et d'adaptation inhérents à la médicalisation de la société cambodgienne.

Éléments de contexte

Le Cambodge, après avoir été marqué par une période d'isolement total liée à une succession d'événements historiques dramatiques, connaît depuis 1993 une période de mondialisation, de libéralisation et de médicalisation. Si l'on s'appuie sur la définition générale de Conrad, la médicalisation est le fait de « rendre médical ». Elle consiste « à définir un problème dans des termes biomédicaux, à utiliser le langage biomédical pour le décrire, à adopter un cadre biomédical pour le comprendre et utiliser une intervention biomédicale pour le traiter » (traduction de l'auteur [Conrad, 1992]). Avant que le secteur de la santé maternelle et infantile connaisse une profonde médicalisation, les pratiques liées à la grossesse, à l'accouchement, et à la santé de la mère et de l'enfant étaient dominées par un système de savoirs magico-religieux. En 2000, la plupart des accouchements se faisaient à domicile avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle et 11 % se produisaient dans des structures publiques de santé [Liljestrand, Sambath, 2012]. Les forts taux de mortalité infantile et maternelle [CDHS, 2010] ont encouragé le gouvernement cambodgien, avec l'appui des agences onusiennes à consolider sa politique de prise en charge biomédicale de la santé de la mère et de l'enfant. En l'espace d'une dizaine d'années, la situation s'est inversée avec une majorité d'accouchements réalisés dans les structures de santé (80 % en 2014 d'après Schantz *et al.* [2015]).

Dans les politiques publiques internationales adoptées au Cambodge, qu'il s'agisse des objectifs du Millénaire pour le développement [planning, 2003], de l'Initiative BabyFriendly Hospital [Ibfan, 2011] ou de la stratégie mondiale de l'OMS [OMS, 2001], il est recommandé d'allaiter au cours de la première heure après la naissance, et de poursuivre avec un allaitement maternel exclusif pendant six mois. Les études scientifiques sur l'allaitement maternel démontrent dans leur immense majorité que ce mode alimentaire qualifié de « naturel » est plus

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

favorable à la santé de l'enfant que le lait artificiel de base bovine ou végétale [Edmond *et al.*, 2007 ; Kannan *et al.*, 2004]. Celles sur le colostrum, premier fluide émis par la glande mammaire après l'accouchement [1], montrent qu'il diffère en qualité par rapport au lait dit « transitionnel » puis « mature » [Marcuzzi *et al.*, 2013 ; Morales *et al.*, 2012 ; Playford *et al.*, 2000]. Cette substance est plus riche en protéine, mais plus pauvre en lactose et en lipides. Sa composition semble particulièrement adaptée à l'apport des molécules nécessaires aux défenses anti-infectieuses et au développement du nouveau-né [Chantry, 2002]. Chez les nourrissons qui n'ont pas bénéficié de cet apport, il est noté une morbidité et une mortalité accrues [Huffman *et al.*, 2001].

Sur le plan anthropologique, les données sur la consommation de colostrum sont nettement moins fournies que celles sur l'allaitement maternel [Desclaux, Taverne, 2000 ; Draper, 1996 ; Esterik, 2002 ; Guttman, Zimmerman, 2000 ; Maher, 1992]. Au vu de la maigre littérature sur le sujet, cette substance est parfois considérée comme impure et, par conséquent, malsaine pour l'enfant, la mère différant l'alimentation au sein jusqu'à ce que le lait se substitue au colostrum [Crochet, 2001 ; Thompson, 1996]. Sa couleur jaunâtre, appréhendée avec suspicion, peut être associée au pus [Davis-Floyd, 2003 ; Leféber, Voorhoeve, 1999]. Elle est également mise en rapport avec des notions de purification, de « nettoyage », ou encore avec des croyances médicales (par exemple, le colostrum provoquerait des diarrhées ou des indigestions). Le colostrum ne peut être réduit à sa seule fonction nourricière. Comme le lait, il est toujours mis en relation avec un corps : celui de la mère, celui de la femme, celui du nouveau-né et sans doute aussi tout le « corps » social. Le colostrum, avec la diversité des représentations et des pratiques qu'il suscite à travers le monde, s'érige comme un objet anthropologique à part entière, auquel cette étude apporte des éclairages novateurs.

Méthodologie

L'étude fait partie du premier programme interdisciplinaire et international entièrement consacré à l'alimentation prélactée du nouveau-né (http://colostrum.hypotheses.org/). Ce programme réunit 12 partenaires dans 7 pays correspondant à des contextes sociaux et culturels différents (Allemagne, Bolivie, Brésil, Burkina Faso, Cambodge, France, Maroc) répartis sur 4 continents. Alors que du côté « sociétal », on observe des situations extrêmement contrastées par rapport à l'usage du colostrum, avec de nombreuses sociétés où sa consommation est négligée ou rejetée, l'objectif du programme est d'étudier les investissements culturels dont fait l'objet cette substance, ainsi que les discours et les pratiques qui la concernent.

L'enquête ethnographique réalisée dans les sept pays choisis repose sur des séances d'observation, des questionnaires et des entretiens avec des mères et des

1. La durée de sécrétion se réduit généralement aux 3-5 jours du post-partum.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens). Au Cambodge, 100 questionnaires ont été réalisés avec des mères venant d'accoucher (entre le 2e et le 7e jour après l'accouchement) et 20 avec le personnel soignant (8 gynécologues-obstétriciens et 12 sages-femmes). Le questionnaire permettait d'explorer huit rubriques : les connaissances sur le colostrum, le rôle de l'entourage professionnel et sociofamilial, la transmission culturelle, la question du genre, les perceptions sensorielles et les techniques du corps. 20 entretiens ont été réalisés avec des accouchées et 4 avec le personnel soignant. Les entretiens avec les mères ont été réalisés en présence des accompagnateurs (mère, belle-mère, tante, sœur, mari), tant et si bien que l'entretien devenait par moment collectif. Les entretiens ont été menés avec des mères ayant également répondu au questionnaire. L'objectif était d'approfondir les thématiques abordées par questionnaire. Le recueil de données a été effectué entre septembre et décembre 2014 avec l'appui du partenaire cambodgien du projet (Professeur Leang Sim Kruy) et d'une assistante de recherche, pour la traduction du khmer au français (Malinda To). L'étude a obtenu l'autorisation du comité d'éthique national de la recherche sur la santé en juin 2014.

Les mères interrogées avaient entre 17 et 44 ans et pour plus de la moitié d'entre elles, il s'agissait de leur premier bébé. Elles étaient originaires de la capitale et des provinces environnantes. Certaines venaient s'installer à Phnom Penh chez une connaissance quelques semaines avant l'accouchement pour pouvoir accoucher dans cette maternité. 97 % étaient d'origine khmère et de confession bouddhiste, 3 % étaient issues des minorités Khmer Islam, Cham (musulmanes) et Tampuan (animistes). Leurs profils socioéconomiques étaient diversifiés : 34 % étaient femmes au foyer, 14 % ouvrières dans le textile, 22 % étaient vendeuses et 4 % agricultrices. 98 % ont été à l'école [26, niveau école primaire ; 54, niveau secondaire et 30, école supérieure]. Elles étaient toutes mariées.

Le service de la maternité de l'hôpital Calmette, où a été menée l'étude, se situe dans un des neuf hôpitaux publics de la capitale. Cet hôpital jouit d'une bonne réputation depuis sa création en 1958 en raison des spécialités présentes, du niveau et de la qualité des formations du personnel soignant, des soutiens internationaux et de l'équipement technique. Entre 1979 et 1991, l'hôpital, surnommé « hôpital de la Révolution », était réservé aux fonctionnaires-cadres. Ensuite, il a accueilli l'ensemble de la population. Actuellement, l'hôpital attire des profils socioéconomiques diversifiés et les personnes se déplacent des provinces pour y être prises en charge. Pour rappel, il s'agit d'un pays rural, classé parmi les pays à faibles revenus, marqué par une urbanisation rapide et une forte croissance économique. Sur les 13 millions d'habitants, 1,5 million vit à Phnom Penh. Une trentaine d'accouchements par jour en moyenne sont réalisés dans cette maternité. Le service dispose de 88 lits, 7 tables d'accouchement, 15 obstétriciens-gynécologues et 62 sages-femmes [Schantz *et al*. 2015]. La maternité est répartie en trois bâtiments, éloignés d'une centaine de mètres. Un des bâtiments propose un service « VIP » dans un cadre climatisé et aseptisé. Différents tarifs sont

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

appliqués en fonction des bâtiments et du nombre de lits par chambre (de 1 à 4). Le coût de la nuitée varie de 10 $ à 200 $. En théorie, le coût d'un accouchement sans complication à Calmette est de 60 $ et de 10 $ dans les centres de santé. En pratique, de nombreux frais s'ajoutent (transports, examens médicaux, pourboires pour le personnel, les repas au restaurant pour la mère et plusieurs membres de la famille).

Circulation d'un savoir médical nouveau sur le colostrum

Le colostrum, soit en khmer *teuk doh dambaung* [2], signifie littéralement « lait du début ». C'est le terme le plus fréquemment utilisé pour évoquer cette substance. Il a une fonction descriptive et ne se réfère pas à une perception locale particulière du colostrum, contrairement à d'autres termes utilisés moins fréquemment et abordés plus loin. Le terme *teuk tla tla* (liquide transparent) est très utilisé également. Par « transparent », les mères entendent « clair comme l'eau ». Dans l'ensemble, ce terme renvoie à une perception du colostrum assez neutre, même si pour certaines mères cet aspect transparent signifie l'absence d'intérêt nutritionnel.

D'après l'ensemble de nos interlocuteurs, un nouveau discours a émergé sur le colostrum entre les années 1990 et 2000. « Avant on ne parlait pas du colostrum [dans ce sens], on en parle à l'époque actuelle », argue l'une d'elle (n° 15, novembre 2014). Un nouveau savoir relevant de la biomédecine circule sur cette substance. Les mères avancent une multitude d'arguments conformes au savoir biomédical : « c'est bon pour la santé ? », « ça donne de la force », « il a plus d'intérêts nutritifs que le lait d'après », « il contient des anticorps », « il rend résistant », « il protège des maladies », « c'est meilleur que le lait d'après ». Elles ont toutes entendu parler des bienfaits du colostrum pour le nouveau-né. Parmi les mères qui ont répondu au questionnaire, la totalité souhaite allaiter. En pratique, 43 % ont donné le sein au cours de la première heure après la naissance et 80 % dans les 24 heures.

Le savoir biomédical sur le colostrum est essentiellement véhiculé par le personnel de santé, les médias et l'entourage sociofamilial. Lors des consultations prénatales dans les structures de santé, les mères visionnent des vidéos d'information dans les salles d'attente. Dans certaines cliniques subventionnées, des organisations non gouvernementales (ONG) distribuent des prospectus sur l'allaitement. D'autres sont informées par le personnel soignant lors de consultations prénatales ou par certains membres de leur famille.

2. Il n'existe pas de système de transcription qui fait l'unanimité pour la langue khmère. Nous avons choisi d'utiliser une transcription libre des termes khmers qui permet au mieux leur prononciation dans la langue française.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

Série d'extraits d'entretiens n° 1 – La circulation du savoir sur le colostrum dans les médias

> Extrait n° 1
>
> Mère : Je me souviens d'un clip vidéo qui montrait qu'il fallait donner le colostrum dans l'heure qui suivait la naissance. Dans ce clip, il y avait une maman qui venait d'accoucher et elle mettait le bébé tout de suite au sein. À la naissance, on le met au sein.
>
> Père : On disait que le colostrum avait tel ou tel avantage. En fait, c'était une publicité médicale. Il y avait des organisations qui avaient fait des recherches, qui avaient trouvé les avantages du colostrum, et elles aidaient le Cambodge à faire la publicité pour transmettre ces connaissances (n° 6, octobre 2014).

> Extrait n° 2
>
> Mère : J'ai entendu parler du colostrum pour la première fois dans une publicité à la télévision. On disait que le colostrum comprenait des avantages, que c'était bien pour le bébé. On disait que le colostrum c'était le meilleur, et qu'à la naissance il fallait donner le colostrum, car il contenait la nutrition venue de la maman (n° 7, octobre 2014).

> Extrait n° 3
>
> Mère : J'ai appris ça par la télé, la radio, par les magazines et les journaux. Le lait maternel aide à la prévention des maladies. On disait que ça rend le bébé en bonne santé, ça aide à la prévention des maladies et qu'il fallait donner le sein dès la naissance. Tout de suite, cinq ou dix minutes après la naissance, on met le bébé sur la poitrine, on le met au sein (n° 15, novembre 2014).

Ce nouveau savoir biomédical est mis en exergue par la rupture brutale avec le passé exprimée par les mères et le personnel soignant. Avant/maintenant, tradition/modernité, « vieilles personnes »/nous, sont des entités duelles mises en perspective par les mères pour montrer que le Cambodge a changé et que certaines croyances et pratiques à l'égard de la grossesse, de la naissance et plus généralement de la santé ont été abandonnées. L'une des mères confie : « maintenant on croit la science médicale (*vithyeasas pet*) ». Les interlocutrices veulent rendre compte d'un véritable changement de paradigme où l'interprétation des événements de la vie ne serait plus la même qu'avant. Le savoir biomédical est mis sur un piédestal, il est décrit comme un nouveau système d'explication de l'ordre social auquel les Cambodgiens adhèrent désormais. Pour illustrer la supériorité du savoir biomédical par rapport aux autres savoirs, une des mères dit : « un médecin peut sauver une maman alors qu'un *kru khmer* (médecin traditionnel) lui ne peut pas ». Une autre mère souligne que « tout est mieux maintenant » (n° 15, novembre 2014), se référant aux faits que les femmes n'accouchent plus à la maison, mais à l'hôpital, que l'hygiène est meilleure, et la sécurité renforcée grâce à l'accès à des sages-femmes qualifiées.

Si un discours dominant circule, stipulant qu'il faut allaiter et donner le colostrum, il s'accompagne de discours visant à bannir les savoirs populaires considérés comme arriérés, notamment par le personnel soignant qui met en évidence le caractère antinomique de la biomédecine avec la tradition. Les professionnels de

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

la santé associent souvent les références aux traditions à un faible niveau d'instruction.

Série d'extraits d'entretiens n° 2 – Rejet de la tradition par le personnel soignant

Extrait n° 1
Personnel soignant : On ne leur conseille pas de faire ce qui concerne la superstition. On leur explique des choses pour promouvoir le discours médical. On leur dit qu'il ne faut pas croire aux croyances comme ça. Il faut croire le discours médical (sage-femme, n° 2, novembre 2014).

Extrait n° 2
Personnel soignant : Après l'accouchement, les mères craignent les *toas* [3]. Alors, elles ne veulent pas manger de bœuf, de poulet, par exemple. Elles ne mangent que le porc, le poisson... Parce qu'elles pensent sinon que ça peut donner des réactions. Là, c'est la tradition. Mais maintenant, on essaie d'expliquer que ce n'est pas bon de penser comme ça. Même le fait de mettre le bonnet, ce n'est pas bien du tout parce qu'il fait chaud ici. Ça peut faire tomber les cheveux. Aussi, les mères ne se douchent pas. C'est la tradition qui existe depuis longtemps. On essaie de les changer petit à petit. Les jeunes commencent à comprendre, mais parfois, quand je leur demande pourquoi elles font comme ça, elles disent que c'est leur mère, leur grand-mère qui leur disent de faire comme ci comme ça. Donc, elles doivent faire comme ça. Parfois, elles ne mangent pas beaucoup, et le lait ne vient pas du tout. Si elles ne mangent pas bien, elles ne dorment pas bien, la production de lait peut être insuffisante (gynécologue-obstétricien, n° 4, novembre 2014).

Autorité et hybridation des savoirs traditionnels

La fréquentation des maternités permet de se rendre compte que les mères maintiennent un lien fort avec les pratiques associées à la tradition. Une mise au point s'impose sur les perceptions de l'accouchement et de la période post-partum au fondement de la tradition khmère. Cette période est entourée de nombreux symboles et renvoie à un état de vulnérabilité potentiellement dangereux. Les esprits [4], partie intégrante de la cosmogonie khmère, sont particulièrement présents et peuvent exercer leur colère sur les mères ou les nouveau-nés. Pendant cette période, les mères sont considérées comme « impures », mais aussi « chargées » de magie, car particulièrement « ouvertes » au monde invisible [Ang, 1987]. L'accouchement est censé provoquer un déséquilibre, car la mère perd beaucoup de sang (perçu comme « impur ») et ses « conduits » (vaisseaux, tendons, nerfs, connus sous le nom de *sasaï*) sont abîmés et déplacés par les efforts de l'accouchement. Les femmes disent qu'ils sont rendus « immatures » (*sasaï khcheï*). De

3. Cette notion vernaculaire fait le plus souvent référence aux réactions possibles du corps après l'accouchement, lorsque la mère n'est pas complètement remise des conséquences de celui-ci : diarrhées, douleurs intestinales, crampes dans la poitrine, tremblements, problèmes de vue, enrouements, sifflements dans les oreilles, peau sèche, raideurs aux mâchoires, manque de lait.

4. Deux esprits féminins sont particulièrement redoutés après l'accouchement, car ils s'attaquent aux accouchées : les *braï krala bhloen* et l'*ap*. Le premier est l'esprit d'une femme morte en couche qui revient pour se venger et faire mourir la mère. L'*ap* est attirée par le sang, elle entre métaphoriquement dans le corps et rend malade la mère [Ang, 1982].

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

manière générale, la santé au Cambodge est appréhendée selon un système médical syncrétique issu du bouddhisme Theravada, de l'ayurvéda, de la médecine chinoise, de théories animistes et biomédicales [Chhem, 2001]. Les symptômes sont liés à de « mauvais vents » qui bloquent la circulation des fluides dans les conduits. Pendant la période post-partum, les *toas* sont la principale menace qui pèse sur les mères. Pour les éviter, il y a cinq types de prescriptions : alimentaires (éviter la soupe acide, les plats épicés, les choses fermentées, certains fruits comme les oranges et les mangues), éviter de reprendre le travail trop tôt, éviter d'avoir des rapports sexuels trop tôt après l'accouchement, éviter les émotions telles que le stress ou la tristesse, et enfin ne pas marcher sous la pluie ou la rosée du matin [Crochet, 2001 ; White, 2002]. Des médicaments traditionnels (racines, pousses, écorces d'arbres) sont très souvent consommés pour limiter les risques [Ang, 1982]. Des massages traditionnels sont effectués pour éliminer « le mauvais sang » et « vieillir » les conduits. Par ailleurs, les mères pratiquent la technique du « grillage » (*ung plung*) en restant 3 à 7 jours sur un lit sous lequel sont posées des braises afin de retrouver une chaleur perdue pendant l'accouchement. D'après Ang, à travers l'accouchement le corps de la femme redevient « sauvage » et la période du « grillage » représente une période liminaire de réclusion pendant laquelle le corps est « cuit » afin d'opérer une « domestication » [Ang, 1982]. De nombreuses pratiques existent également pour protéger les enfants dans cette période périlleuse. Pour ces derniers, une vieille coutume consiste à poser des ciseaux ou des couteaux près de la tête du nouveau-né pour éviter que la mère originelle tente de le récupérer [5]. Concernant l'allaitement, certaines pratiques ont été décrites dans la littérature [Crochet, 2001 ; Nikles, 2011 ; White, 2002], mais peu de choses sont dites sur le colostrum en lui-même. On apprend cependant dans un court extrait de la thèse de Crochet que les femmes au Cambodge n'allaitent leur bébé que le second jour ou plus tard, certaines disant qu'il n'y a pas de lait avant, d'autres qu'il faut le jeter, car il est impropre à l'allaitement. Elle précise que cette idée est répandue en Asie du Sud-est, notamment en Thaïlande, où l'on juge le colostrum responsable de la diarrhée du nouveau-né [Crochet, 2001].

Les échanges avec le personnel soignant, les mères et leurs accompagnants à la maternité ont confirmé cette attitude de rejet vis-à-vis du colostrum. Ces derniers précisaient régulièrement qu'avant au Cambodge on jetait le colostrum. Si elles s'accordaient pour dire que cette substance était considérée comme « impropre », peu d'entre elles étaient en mesure de donner des explications précises sur cette idée d'impureté. Celles qui se sont prononcées avançaient des raisons hétérogènes : le colostrum était perçu comme sale, inutile, capable de donner une infection ou de faire gonfler le ventre. Les pratiques traditionnelles associées au colostrum apparaissaient également diversifiées. Certaines femmes jetaient les premières gouttes du colostrum avant de mettre leur bébé au sein, d'autres

5. Il s'agit de la mère de l'enfant dans sa vie antérieure (*mdaï daeum*) qui n'a pu se réincarner et qui demeure un esprit errant. Soit par jalousie envers la nouvelle mère, soit par amour pour son enfant, elle cherche à récupérer le bébé, mais ne peut y parvenir que lorsqu'il demeure en bas âge [Crochet, 2001].

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

attendaient l'arrivée du lait, d'autres encore faisaient patienter le nouveau-né en lui donnant de l'eau, parfois sucrée, ou encore du potage. Certains termes, bien que rarement utilisés, permettent de refléter ces perceptions « impures » du colostrum associées au passé. Le terme *Teuk doh prey* ou « eau sauvage », cité par certaines « vieilles personnes » au cours de notre étude, renvoie dans l'imaginaire khmer à la forêt, lieu de tous les dangers, là où se réfugient les esprits [Guillou, 2001], et plus largement à l'anormal et à l'insolite[6]. D'autres « vieilles personnes » appellent le colostrum *Teuk rogney* ou « eau de lymphe », la lymphe étant perçue comme une substance plutôt sale associée aux blessures.

Qu'en est-il de ces perceptions et pratiques associées au passé dans le contexte actuel de notre étude ? Qu'il s'agisse des « vieilles personnes », des jeunes mères ou du personnel soignant (y compris les accoucheuses traditionnelles), toutes insistent pour dire « ce n'est plus pareil maintenant » et toutes déclarent qu'elles ne jettent pas le colostrum. Nous avons pu le vérifier dans le cadre de la maternité, mais cela demanderait à être exploré en zone rurale excentrée des pôles urbains. Lorsque je demandais aux mères pourquoi avant on jetait le colostrum, elles me répondaient que les « vieilles personnes » ne connaissaient pas les propriétés nutritives du colostrum et qu'elles n'étaient pas encore au courant des informations nouvelles circulant à son sujet. Elles expliquent cela en disant qu'avant ces personnes n'étaient pas instruites et que ce nouveau savoir ne circulait pas encore. Les spots d'information et de promotion de l'allaitement diffusés dans les médias insistent sur le fait qu'il ne faut pas le jeter. Les premiers échanges avec nos informateurs sur le colostrum soulignent une forte adhésion aux recommandations biomédicales et un rejet de la tradition. Croisé à nos observations, ce premier état des lieux encourageait, néanmoins, à aller au-delà de ce discours dominant.

Il est frappant pour l'étranger qui pénètre dans une maternité cambodgienne de voir que la majeure partie des mères portent des bonnets, des chaussettes, mettent des cotons dans les oreilles ou encore des bouillottes sur leur ventre, malgré la chaleur tropicale. Par ailleurs, les objets les plus visibles révèlent un assemblage mêlant l'ancien et le nouveau, avec possibilité de voir simultanément des lingettes, des biberons, des ciseaux ou des couteaux pour protéger les nouveau-nés de potentielles interventions de la mère originelle.

Concernant la transmission de ces pratiques et du savoir associé, les mères insistent sur le rôle des « vieilles personnes » (*tchas tchas*) dans la transmission de ce savoir en lien avec la tradition. Même si les mères marquent leur distance, l'influence de ces *tchas tchas* dans le contexte contemporain de la maternité est notoire et les pratiques liées à ces savoirs sont considérables.

6. Communication avec Ang Choulean (2016).

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

Photos 1 et 2 – Maternité Calmette

Source : Université Sophia Antipolis, Ève Bureau-Point, novembre 2014.

Série d'extraits d'entretiens n° 3 – Transmission du savoir par les « vieilles personnes »

> Extrait n° 1
> Enquêtrice : En fait, pourquoi vous mettez un bonnet après l'accouchement ?
> Mère : C'est le conseil des « vieilles personnes ». C'est pour empêcher l'air d'entrer dans les oreilles pour ne pas avoir mal à la tête.
> Enquêtrice : Pourquoi le fait d'avoir accouché peut provoquer le mal de tête ?
> Mère : Je ne sais pas. Mais, moi, ça va.
> Enquêtrice : Et les chaussettes ?
> Mère : Pour ne pas avoir les pieds engourdis.
> Sa mère : On fait ça depuis mon époque. [Elle rigole] (n° 8, octobre 2014).
>
> Extrait n° 2
> Enquêtrice : Pourquoi vous mettez des ciseaux dans le berceau ?
> Mère : Selon les « vieilles personnes », c'est pour éviter que le bébé se réveille brusquement et qu'il pleure. Le ciseau permet de protéger le bébé, car traditionnellement, on dit qu'il peut y avoir des fantômes. C'est une superstition khmère. [...] Je prends des médicaments traditionnels pour favoriser le lait. J'ai appris ça par les « vieilles personnes » (n° 11, octobre 2014).

Dans cet hôpital de la capitale, le savoir des « vieilles personnes » circule et se réinvente dans un nouveau contexte médicalisé. Traditionnellement, pendant le « grillage », les femmes portaient un *krama* (étoffe traditionnelle de coton à damiers) sur la tête. Le bonnet, à base de textiles importés, est venu le remplacer. Si la pratique du « grillage » est totalement mise de côté par ces mères, y compris une fois qu'elles retournent au domicile, on s'aperçoit que d'autres moyens sont utilisés pour restaurer la chaleur perdue à l'accouchement. Les chaussettes et les bouillottes (posées sur le ventre) se sont ajoutées pour apporter davantage de chaleur. Les pratiques sont réinventées dans le contexte contemporain de la maternité. Elles reflètent une hybridation des savoirs dans le sens où tout en s'insérant dans le contexte médicalisé de la maternité et en adoptant un discours d'adhésion au savoir biomédical, les mères assurent par de nouveaux moyens un respect de la tradition. Des représentations révèlent également ce processus d'hybridation des savoirs. Les injections quotidiennes à base d'antibiotiques faites par les

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

sages-femmes jouent un rôle fondamental pour les mères dans cette phase post-partum. L'une d'elles disait explicitement : « on n'a plus besoin de faire le grillage, maintenant il y a les injections ». Pour les mères, les injections aident à transpirer et à rendre les vaisseaux « matures » (*sasaï khcheï*). Les sages-femmes sont impatiemment attendues le matin pour la réalisation de cet acte médical. C'est d'ailleurs de cette manière que les mères nomment les sages-femmes : « *pet tchet thnam* » (médecins qui font les injections). En outre, après l'accouchement, les mères limitent au maximum leurs efforts et les personnes qui les accompagnent, assurent les soins pour le bébé et les différentes démarches pour la maman. D'après notre entretien, c'est en raison de la crainte des *toas* que les mères limitent les activités physiques.

Série d'extraits d'entretien n° 4 – Des mères au repos

Extrait n° 1
Mère : Comme je viens d'accoucher, je ne dois pas faire grand-chose. Alors, mon mari lave les vêtements et ceux du bébé aussi. Quand il est disponible, il fait aussi la cuisine.
Enquêtrice : Elle va devoir se reposer combien de temps à peu près ?
Mère : La plupart des femmes se reposent trois mois. Plus on peut se reposer, mieux c'est (n° 16, novembre 2014).

Extrait n° 2
Mère : C'est toujours ma grand-sœur qui s'occupe du bébé, moi pas beaucoup, car j'ai mal au ventre. Je reste allongée toujours... C'est ma sœur qui s'occupe de tout. Moi, je reste toujours sur le lit (n° 2, octobre 2014).

L'adoption apparente du discours tout puissant de la biomédecine est remise en question dans les faits, et notamment pour le colostrum. Les nouveaux savoirs véhiculés par les médias et les professionnels de santé demeurent finalement flous dans l'esprit de certaines mères. « Je ne sais pas pourquoi le colostrum est meilleur. J'ai entendu dire que c'était bon et important par la publicité » (n° 12, octobre 2014). Cependant, si la plupart des mères ne savent pas d'où vient le colostrum, une explication récurrente consiste à dire que le colostrum, comme le lait maternel, vient du sang des veines. Cela a déjà été documenté dans d'autres sociétés [Crochet, 2001]. Eisenbruch interprète cela comme une survivance des notions de l'Inde classique [Eisenbruch, 2000]. Les mères donnent pour preuve le fait que le lait devient rougeâtre s'il demeure quelque temps exposé à l'air. Les mères comparent parfois le colostrum au jus de palmier (de couleur rouge). Le sang qui forme le lait n'est pas celui de l'accouchement qui attire les esprits, il est quant à lui perçu positivement. Si le discours biomédical contribue à forger une image positive du colostrum, des explications non médicales imprègnent les discours.

Mise en concurrence des savoirs et hiérarchisation

Les mères rencontrent des difficultés pour mettre en pratique le discours biomédical nouveau sur le colostrum. Au cours des premiers jours après

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

l'accouchement, malgré une volonté certaine de donner le colostrum de façon exclusive, la majorité d'entre elles estiment que le lait est insuffisant pour nourrir leur enfant. Elles rencontrent des obstacles et des contradictions et elles décident d'attendre la période post-colostrale en complétant avec des substituts au lait maternel.

Série d'extraits d'entretien n° 5 – La crainte des mères de ne pas avoir assez de lait

> Extrait n° 1
> Il tète, mais il n'y a pas de lait. J'ai donné du lait du commerce sinon, il va mourir parce que moi, la maman, je n'ai pas de lait (n° 2, octobre 2014).
>
> Extrait n° 2
> J'ai mis le bébé au sein deux ou trois heures après la naissance. Il y avait un peu de lait qui sortait et ça n'a pas pu rassasier le bébé donc j'ai donné du lait en poudre [7] (n° 6, octobre 2014).
>
> Extrait n° 3
> Les premiers jours, le lait ne suffisait pas. Le bébé pleurait toujours. J'ai décidé de donner le biberon. La plupart font comme ça. En général, les premiers jours on n'a pas de lait alors on donne le lait du commerce pour compléter » (n° 3, octobre 2014).
>
> Extrait n° 4
> J'ai donné du lait en poudre la première nuit, parce que je n'avais pas assez de lait et que le bébé pleurait beaucoup. Je pensais qu'il avait encore faim. Alors, je donnais un peu de lait en poudre. Après, il ne pleurait plus et il s'est endormi (n° 7, octobre 2014).
>
> Extrait n° 5
> Moi, je ne veux qu'allaiter. Mais au cas où je n'arrive pas à avoir plein de lait, il ne tète pas beaucoup, il pleure, je vais donner le lait du commerce pour compléter (n° 5, octobre 2014).

D'après le personnel soignant, cette attente de la période post-colostrale est courante au Cambodge : « Les mères essaient d'allaiter, quand le bébé crie, elles pensent que le bébé a très faim et que le colostrum ne peut pas nourrir le bébé, le bébé va mourir, donc, elles donnent le biberon tout de suite. Elles attendent un, deux ou trois jours jusqu'à ce que le lait coule, et elles donnent les seins. En gros, elles donnent 3 jours le biberon » (Gynécologue-obstétricien, n° 1). Ces différents témoignages montrent que durant les premiers jours l'allaitement maternel exclusif est loin d'être la norme. Les résultats de cette étude l'attestent : si 80 % des mères disent avoir donné le colostrum dans les 24 heures, il est important de noter que 70 % ont également donné des substituts au lait maternel au cours des premiers jours après la naissance. L'introduction de compléments diminue la quantité du

7. Les mères utilisent le terme *teuk doh kô* qui signifie littéralement « eau sein vache » pour évoquer le lait en poudre de substitution au lait maternel.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

don de colostrum. Il importe de noter que les données statistiques sur l'allaitement maternel exclusif ne tiennent pas compte de la période colostrale. Ces données ne permettent pas de déduire la consommation de colostrum. Il s'agit d'un biais qui justifie les enquêtes ethnographiques, au plus près du terrain.

Des substituts au lait maternel sont parfois utilisés seulement pour la période colostrale et les mères comptent bien reprendre un allaitement maternel exclusif une fois le lait transitionnel arrivé. Certaines y parviennent, d'autres trouvent ensuite que le lait ne suffit toujours pas et continuent les substituts. Des motifs d'ordre médical ou économique sont avancés. D'après le personnel soignant, cela entrave la reprise de l'allaitement, certaines ne redonnent plus le lait maternel ensuite.

En réponse à la crainte de ne pas avoir assez de lait pendant la période colostrale, les mères hiérarchisent les savoirs. Malgré la volonté de suivre le discours biomédical, elles ressentent la nécessité d'opter pour une autre pratique contraire aux recommandations biomédicales. Une mise en concurrence entre le savoir biomédical et le savoir lié à la consommation de substituts au lait maternel se produit. Alors que toutes les mères veulent allaiter, comment expliquer ces pratiques qui vont à l'encontre de ces discours en apparence « médicalisés » ?

Savoir expérientiel et confrontation directe avec la réalité

Le savoir expérientiel fait référence au savoir du quotidien, issu de l'expérience, et repose sur un mode d'acquisition des connaissances « fondé sur un contact direct avec des réalités et des phénomènes » [Lochard, 2007]. Il a fait l'objet de nombreuses études dans le cadre des maladies chroniques où le savoir expérientiel s'est vu considéré comme un savoir « expert » utile à la mise en place des soins, des politiques publiques ou encore des recherches scientifiques [Akrich, Rabeharisoa, 2012 ; Barbot, 2002 ; Bureau-Point, 2016 ; Epstein, 2001]. Fondé à la fois sur les savoirs biomédicaux ou populaires que nous venons de passer en revue, il s'élabore également à partir de facultés perceptives fines et une sémiologie peu ou pas connue des professionnels [Grimaldi, 2010]. Le terme de réalité n'est pas entendu ici comme la « réalité substantielle » au sens des philosophes, mais comme la réalité émique, c'est-à-dire, telle qu'elle est vécue par les mères. Dès lors, des appréciations diverses du colostrum, ne pouvant être rassemblées sous un terme générique particulier, peuvent refléter ce savoir.

Pour certaines mères le colostrum est bénéfique, car il cumule tout ce que la mère a mangé pendant la grossesse, comme l'illustre l'extrait suivant : « Le colostrum contient toutes les choses, les vitamines que la maman a mangées. C'est le premier lait, les premières vitamines. C'est ça les avantages du colostrum (n° 6, octobre 2014) ». Selon elles, l'accumulation de repas et le temps de stockage permettent d'augmenter la qualité nutritive du lait. D'autres mères considèrent le colostrum comme « impur » malgré la diffusion des messages biomédicaux. L'une des mères rapporte que si son lait était jaunâtre au début, c'est qu'elle n'était pas

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

en bonne santé (nº 4, octobre 2014). D'autres expliquaient que le colostrum n'était pas bon, car ce lait était stocké depuis trop longtemps. D'autres disent que naturellement elles ne le donneraient pas, mais comme c'est recommandé médicalement elles le font. Le témoignage suivant l'illustre : « si on ne connaît pas les avantages du colostrum, on ne le donne pas, l'aspect, sa nature ne poussent pas à le donner au bébé » (nº 13, octobre 2014). D'ailleurs, pour certaines le colostrum dégage une mauvaise odeur (*tchaap tchaap*). Ce terme est normalement utilisé pour parler de l'odeur du poisson, des fruits de mer, voire des toilettes sales, ou encore des salles d'hospitalisation où la présence de sang est importante. Ces différents savoirs variables d'une personne à l'autre sont multiples et reflètent la multiplicité des interprétations dont fait l'objet cette substance.

Le savoir expérientiel s'élabore également par une confrontation directe à la pratique de l'allaitement. Et l'expérience *in situ* joue un rôle majeur pour expliquer les pratiques d'alimentation des nourrissons adoptées par les mères. Si les sages-femmes présentes dans la maternité semblent avoir peu d'influence sur les pratiques alimentaires que choisissent les mères, ces dernières apprennent *in situ,* comme on l'a vu, au contact de l'entourage sociofamilial. Par ailleurs, l'environnement joue un rôle important dans la constitution du savoir expérientiel. Les mères apprennent en observant les pratiques autour d'elles. Le fait que la présence de substituts au lait maternel soit importante dans la maternité et que les femmes soient plusieurs par chambres conduit de nombreuses mères à choisir cette option pour attendre le lait plus « épais ». D'après leurs observations, les nouveau-nés des mères qui donnent des substituts pleurent moins et dorment mieux.

Extrait d'entretien – L'influence des voisines de chambre

> Mère : Mon bébé a pleuré toutes les deux ou trois minutes. Personne n'a bien dormi. Là, il vient de s'endormir.
> Enquêtrice : Dans la chambre, il n'y a que votre bébé qui pleurait ?
> Mère : Oui. Les autres mamans ont donné le lait du commerce à leurs bébés. Du coup, les bébés ne pleurent pas beaucoup. Ma sœur m'a acheté une boîte de lait. Et l'autre boîte, c'est le personnel soignant [une commerciale clandestine] qui l'a donnée à mon mari. Les autres mamans dans la chambre disent que le bébé pleure parce qu'il a faim. Elles disent qu'il faut rajouter le lait de vache et que quand on a assez de lait, on peut arrêter d'en donner (nº 14, octobre 2014).

Comme l'extrait précédent le montre, des substituts au lait maternel sont distribués aux mères gratuitement et de façon clandestine dans la maternité alors que c'est interdit par la loi depuis 2005 [8]. Des employées commerciales en tenue de tous les jours se font passer pour des sages-femmes. Elles passent tôt le matin, ou tard le soir, dans un des bâtiments de la maternité, lorsque le personnel soignant est en effectif réduit, pour distribuer des boîtes de lait en poudre. Cette pratique

8. Un sous-décret, basé sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, vise à encourager une nutrition adéquate et sûre pour les nourrissons et les jeunes enfants, en interdisant la mise à disposition de substitut au lait maternel dans les structures de santé sans autorisation du ministère de la Santé (article 13).

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

a été observée pendant toute la durée de notre étude. Le personnel de l'hôpital de la maternité a déjà pris des mesures, mais cela n'a pas mis fin à ces pratiques interdites. Notre étude illustre la pression exercée au Cambodge par les compagnies de distribution de substituts au lait maternel sur les pratiques d'alimentation des nouveau-nés et son impact sur la consommation du colostrum. Les savoirs transmis *in situ* par l'entourage sociofamilial, ainsi que les observations *in situ*, accessibles lorsque les difficultés suscitées par l'allaitement émergent (pleurs du nourrisson, douleurs, choix postural, etc.) font autorité par rapport au savoir biomédical et génèrent des mécanismes de hiérarchisation et d'hybridation.

Une des mères explique comment la boîte de lait lui a été donnée : « Une sage-femme (commerciale clandestine) est venue, elle est restée 4 à 5 minutes. Elle est venue juste pour faire la publicité pour nous dire que son lait est bien » (n° 6, octobre 2014). Les mères n'achètent pas de substituts avant l'accouchement, elles espèrent toutes avoir assez de lait. Elles l'achètent une fois le besoin ressenti. Il est très simple de se procurer des substituts. Sur les trottoirs proches de la maternité, des substituts de toutes marques sont vendus sur des étalages.

Photo n° 3 – Étalage de substituts, sur le trottoir en face de l'hôpital

Source : Université Sophia Antipolis, Ève Bureau-Point, 2014

Les compagnies ont de multiples stratégies pour promouvoir leurs produits. À la sortie des consultations prénatales, leurs représentants abordent les femmes enceintes pour les inviter à des réunions d'information.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

Extrait d'entretien – Stratégies des compagnies vendant des substituts au lait maternel

> Mère : Quand je suis allée au centre de santé, il y a des compagnies qui sont venues et ont demandé mon numéro de téléphone. Après, ils m'ont appelée pour venir à une réunion. Ça durait deux heures. Mais je ne suis pas restée jusqu'à la fin. Je suis restée pendant une demi-heure, car je ne me sentais pas bien. Quand on restait jusqu'au bout, la compagnie donnait des sacs, des vêtements pour les bébés (nº 16, novembre 2014).

Dès la grossesse, les compagnies proposent aux futures mères des laits spéciaux pour femmes enceintes. La plupart des familles qui recevaient des substituts à la maternité étaient contentes et le donnaient ensuite à leur nourrisson. Certaines disaient que si leur enfant aimait ce lait, s'il prenait des kilos, elles ne le changeraient pas.

L'hybridation des savoirs comme stratégie commerciale

Cette forte utilisation des substituts au lait maternel s'explique par différents facteurs. D'abord, le fait que les commerciales se fassent passer pour des sages-femmes peut générer parfois de la confusion et donner l'impression que les professionnels de la biomédecine recommandent l'utilisation de substituts au lait maternel les premiers jours lors de la mise en place de l'allaitement. Par ailleurs, le recours aux substituts semble permettre une continuité avec la tradition. Lorsque les mères donnent des substituts, elles donnent également de l'eau.

Série d'extraits d'entretien nº 6 – Pas de substitut sans eau

> Extrait nº 1
> Mère : Le lait en poudre rend la gorge sèche et chaude. Donc, il faut donner un peu d'eau pour que la gorge ne soit pas sèche. Il est en poudre, ce n'est pas comme le lait maternel.
> Enquêtrice : Allez-vous continuer à donner de l'eau ?
> Mère : Je donne de l'eau tant que je donne le lait en poudre (nº 5, octobre 2014).
>
> Extrait nº 2
> Mère : Quand on donne du lait du commerce, on doit donner aussi de l'eau parce que lait du commerce rend la gorge sèche et chaude. Quand on donne le sein, on n'a pas besoin de donner de l'eau.
> Père : C'est parce que le lait en poudre ne contient pas beaucoup d'eau.
> Mère : Même la personne qui est venue donner la boîte de lait a dit comme ça aussi qu'il fallait donner, rajouter un peu d'eau après le biberon de lait en poudre.
> Père : Le lait en poudre contient moins d'eau que le lait maternel. C'est la personne qui nous l'a donné qui a dit ça. Il a dit que le lait maternel contient 60 % d'eau et 40 % de lactose. Dans le lait en poudre, il contient moins d'eau, donc il faut rajouter de l'eau (nº 6, octobre 2014).

Alors que selon la tradition, comme nous l'avons évoqué, les mères donnaient de l'eau en attendant la période post-colostrale, d'après notre étude les compagnies préconisent ces pratiques populaires pour renforcer leur pouvoir de distribution.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

Donner de l'eau les premiers jours après la naissance semble avoir toute son importance dans le contexte cambodgien. Les mères disent que c'est le conseil des « vieilles personnes » et que grâce à cela leurs bébés ne tombaient jamais malades. Il était important de pouvoir donner quelque chose les premiers jours en attendant le lait mature, et l'eau permettait de faire face à l'insuffisance de lait des premiers jours. Si les mères expriment leur adhésion au savoir médical nouveau circulant sur le colostrum, elles émettent une réserve, voire une franche opposition, par rapport à certains messages. Le propos suivant d'une mère l'illustre : « Je crois dans ce que dit le médecin. Par contre, je ne crois pas dans le discours qui dit qu'il ne faut pas donner de l'eau aux enfants de moins de six mois. Moi, je le fais. Je donne de l'eau [9]« (n° 19, novembre 2014). L'interdiction de donner de l'eau les embarrasse : « Selon la science médicale, il ne faut pas donner le lait en poudre. Mais, maintenant, ce n'est pas facile parce qu'on ne permet pas de donner de l'eau. Moi, en attendant le lait, je donne du lait en poudre et des gouttes d'eau » (n° 4, octobre 2014). En utilisant les substituts au lait maternel, les mères peuvent donner de l'eau à nouveau. Un processus d'adaptation se produit, entretenant des liens avec le passé. Les substituts au lait maternel rendent possible la pratique désormais proscrite consistant à donner de l'eau. Ils permettent également aux mères de ne pas entrer en opposition avec le savoir des « vieilles personnes ».

Même s'il ne faut pas oublier que certaines mères ne donnent ni eau ni substitut au lait maternel (30 % des mères interrogées), dans la maternité où nous avons mené notre étude, l'usage des substituts au lait maternel dans les premiers jours semble être devenu la norme. Cette pratique étant plus forte en ville et dans les classes supérieures, elle symbolise un statut social. L'hôpital Calmette est également considéré comme le lieu des meilleures pratiques. Ces facteurs sont à prendre en compte pour comprendre l'augmentation de la consommation de substituts dès les premiers jours après la naissance.

Un autre point mérite d'être souligné pour expliquer le processus de hiérarchisation et d'hybridation des savoirs : l'utilisation de messages simplifiés, raccourcis au maximum par les instances médicales, médiatiques et commerciales qui diffusent des informations sur le colostrum. Le témoignage suivant d'un personnel soignant l'illustre : « Avant, on donnait de l'eau, parfois de l'eau avec du miel ou du sucre. Quand il n'y avait pas le lait, on donnait quelque chose comme ça, quand le bébé avait faim. Maintenant, on dit que c'est interdit. Pour les messages pour les femmes enceintes, si on ne dit pas le mot [donner de l'eau est interdit] très, très net comme ça, les femmes ne comprennent pas. Parce qu'au niveau de l'éducation, ce n'est pas très haut. C'est pour marquer la personne » (Gynécologue-obstétricien, n° 1). Par ailleurs, ce qui semble avoir motivé les mères dans leur choix de donner le colostrum ou les substituts au lait maternel, c'est d'avoir entendu que ces substances rendaient les bébés intelligents. Des études

9. Les mères utilisent pour cela soit de l'eau en bouteille (*teuk sot*) soit de l'eau bouillie (*teuk tcha eun*).

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

scientifiques ont montré que le colostrum augmentait le quotient intellectuel (QI). Le ministère de la Santé a choisi d'établir sa communication à partir de cet argument. Les mères insistaient sur ce point : « Maintenant, on dit que si on ne donne pas le colostrum, l'enfant ne va pas être intelligent » (n° 3, octobre 2014). L'élaboration de messages simplifiés, avec des raccourcis dans le but de marquer davantage les consciences, conduit à une violence symbolique. Le risque est alors que les gens ne comprennent pas et optent pour des pratiques plus nocives. Comme l'ont montré Lapinski *et al.* [2015], si le message est trop compliqué, il peut ne pas avoir d'influence, mais si la complexité du problème n'est pas exposée, certains aspects du message peuvent être rejetés [Lapinski *et al.*, 2015]. Par conséquent, pour développer des outils de communication et de dissémination d'informations, il est nécessaire de comprendre en amont la manière dont le public visé comprend et conceptualise le sujet. Dans cette opacité, certaines mères décident de donner les composants à la fois du lait maternel et des substituts au lait maternel, pour cumuler les avantages des deux et optimiser l'intelligence de leur enfant.

Conclusion

Notre étude met en évidence l'intrication des savoirs qui circulent autour de la consommation du colostrum, dans le contexte d'une maternité de la capitale cambodgienne. Si ces résultats ne reflètent pas le Cambodge rural excentré des villes où la présence des substituts au lait maternel est moindre, ce qui se pratique actuellement à la capitale est à considérer néanmoins comme une loupe pour comprendre les transformations des pratiques alimentaires dans la société cambodgienne contemporaine. Comme l'ont montré Barennes *et al.*, le code international est peu respecté dans la région et le commerce de l'alimentation artificielle est en augmentation [Barennes *et al.*, 2013]. Les nouvelles générations voient leur avenir en ville, les interactions ville/campagne s'accélèrent, le taux d'urbanisation est en augmentation constante. Les savoirs et les usages relatifs à la consommation du colostrum reflètent ces mutations.

Les savoirs biomédicaux font l'objet d'une forte appropriation par les mères. Cependant, cela dissimule la coexistence de savoirs hétérogènes et entremêlés, illustrant la nécessité d'une approche nuancée de ce discours d'adhésion. Les savoirs diffusés par l'entourage sociofamilial, par les sociétés commerciales qui distribuent clandestinement les substituts au lait maternel, ainsi que le savoir expérientiel des mères exercent une forte influence sur les choix concernant l'alimentation du nourrisson dans les premiers jours après l'accouchement. L'absence de preuves tangibles et empiriques en lien avec le savoir biomédical nouveau en circulation, la réduction du rôle des sages-femmes à des actes essentiellement médicaux, leur faible accompagnement au moment où les mères rencontrent des questionnements ou des difficultés liés à l'allaitement, conduit les mères à ajuster leurs pratiques selon des paradigmes autres que biomédicaux. Si les mères de la maternité de Phnom Penh souhaitent toutes donner le colostrum, sa consommation

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

est compromise par les mécanismes de hiérarchisation et d'hybridation des savoirs mis en œuvre par les mères. Tout en bénéficiant des avantages de l'espace médicalisé de la maternité (accès aux soins et à la technologie biomédicale), les mères s'assurent une sécurité par rapport aux risques magico-religieux encourus. Ces mécanismes de réinterprétation et d'adaptation ont des retombées directes sur les pratiques d'allaitement les premiers jours après l'accouchement.

Les pratiques réputées naturelles ne sont adoptées ni en regard d'une norme de la nature ni comme de simples recettes techniques qu'il suffit de mettre en œuvre [Davison, 2013]. Elles sont exposées à des traitements cognitifs et à des logiques en accord avec l'organisation sociale et l'ensemble de ses valeurs. On devine alors les limites des messages de santé publique visant à promouvoir la consommation du colostrum, dès lors que leur teneur est généraliste ou fondée sur une vision essentialiste de grandes configurations culturelles. En l'état, notre recherche laisse supposer que ces messages ne pourront gagner en efficacité qu'en prenant en considération dans leur contexte la diversité des savoirs, des logiques et des pratiques en coprésence.

Bibliographie

Akrich M., Rabeharisoa V. [2012], « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé publique,* vol. 24, n° 1, p. 69-74.

Ang C. [1982], « Grossesse et accouchement au Cambodge : aspects rituels », *ASEMI*, vol. 13, n° 1-4, p. 87-109.

Ang C. [1987], « Le sacré au féminin », *Seksa khmer*, vol. 90, n° 10-13, p. 3-28.

Barbot J. [2002], *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

Barennes H., Aaron P, Goyet S, Srour [2013], « Regulation and the Food Industry », *Lancet*, vol. 381, n° 9881, p. 1901-1902.

Barth F. [2002], « An Anthropology of Knowledge », *Current Anthropology*, vol. 43, n° 1, p. 1-18.

Bureau-Point E. [2016], *Les patients experts dans la lutte contre le sida au Cambodge. Anthropologie d'une norme globalisée*, Marseille, Presses universitaires de Provence.

Cambodia demographic and health survey (CDHS) [2010], *Cambodia Demographic and Health survey*, Phnom Penh, Cambodia, Calverton (Md), National Institute of Statistics, Directorate General for Health, ICF Macro.

Chantry C. J [2002], « Colostrum : "Liquid Gold" », *ABM News and Vives,* vol. 8, n° 4, 29 p.

Chhem R. K. [2001], « Les doctrines médicales khmères : nosologie et méthodes diagnostiques », *Siksâcakr,* n° 3, p. 12-15.

Conrad P. [1992], « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, n° 18, p. 209-232.

Crochet F. [2001], *Étude ethnographique des pratiques familiales de santé au Cambodge*, thèse de doctorat en ethnologie, université de Paris-Nanterre.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

DAVIS-FLOYD R. [2003], « Daughter of Time : the Postmodern Midwife », *Medical Anthropology*, vol. 2-3, nº 20, p. 105-139.

DAVISON C. M. [2013], *Analyse critique des modèles de passage des connaissances à la pratique et de leur portée dans la promotion de l'équité en santé*, Antigonish (Nouvelle-Écosse), université Saint-François Xavier, centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

DESCLAUX A., TAVERNE B. [2000], *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique,* Paris, Karthala.

DRAPER S. B. [1996], « Breasfeeding as a Sustainable Resource System, *American Anthropology* », vol. 98, nº 2, p. 258-265.

EDMOND K. M., KIRKWOOD B. R., AMENGA-ETEGO S., OWUSU-AGYEI S., HURT L. S. [2007], « Effect of Early Feeding Practices on Infection-Specific Neonatal Mortality. An Investigation of the Causal Links with Observational data from Rural Ghana », *American Journal of Clinical Nutrition*, nº 86, p. 1126-1131.

EISENBRUCH M. [2000], « Femmes, enfants et guérisseurs khmers face au sida », *in* HUSSON L., BLANC M. E. [dir.], *Sociétés Asiatiques face au sida*, Paris, L'Harmattan, p. 341-366.

EPSTEIN S. [2001], *La grande révolte des malades. Histoire du sida 2*, Paris, Seuil.

ESTERIK P. V. [2002], « Contemporary Trends in Infant Feeding Research », *Annual Review of Anthropology,* nº 31, p. 257-278.

FRANK R., STOLLBERG G. [2004], « Conceptualizing Hybridisation. On the Diffusion of Asian Medical Knowledge to Germany », *International Sociology*, vol. 19, nº 1, p. 71-88.

GRIMALDI A. [2010], « Les différents habits de "l'expert profane" », *Les Tribunes de la santé*, vol. 27, nº 2, p. 91-100.

GUILLOU A. Y. [2001], *Les Médecins au Cambodge. Entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère*, Paris, École des hautes études en sciences sociales [EHESS].

GUTTMAN N., ZIMMERMAN D. [2000], « Low-Income Mothers' Views on Breasfeeding », *Social Sciences and Medicine*, vol. 50, nº 10, p. 1457-1473.

HUFFMAN S. L, ZEHNER E. R., VICTORIA C. [2001], « Can Improvements in Breastfeeding Practices Reduce Neonatal Mortality in Developing Countries ? », *Midwifery*, nº 17, p. 80-92.

INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK (IBFAN) [2011], *Report on the Situation of Infant and Young Child Feeding in Cambodia*, session 57, The Convention on the Rights of the Child.

JACOB C. [2011], *Pour une anthropologie historique des savoirs*, Paris, École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

JORDAN B. [1993] (1re éd. : 1978), *Birth in Four Cultures. Prospect Heights*, Long Grove (Ill.), Waveland Press.

KANNAN S., CARRUTH B. R., SKINNER J. [2004], « Neonatal Feeding Practices of Anglo-American Mothers and Asian-Indian Mothers Living in the United States and India », *Journal of Nutrition Education and Behavior,* vol. 36, nº 6, p. 315-319.

LAPINSKI M. K., FUNK J. A., MOCCIA L. T. [2015], « Recommendations for the Role of Social Science Research in One Health », *Social sciences and medicine,* nº 129, p. 51-60.

LAPLANTINE F. [2001], *L'Anthropologie*, Paris, Payot.

LEFÉBER Y. VOORHOEVE H. [1999], « Indigenous First Feeding Practices in Newborn Babies », *Midwifery*, vol. 15, nº 2, p. 97-100.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)

LILJESTRAND J., SAMBATH M. R. [2012], « Socio-Economic Improvements and Health System Strengthening of Maternity Care are Contributing to Maternal Mortality Reduction in Cambodia », *Reproductive Health Matters*, vol. 20, nº 39, p. 62-72.

LOCHARD Y. [2007], « L'avènement des "savoirs expérientiels" », *La revue de l'Ires*, vol. 55, nº 3, p. 79-95.

MAHER V. [1992], *The Anthropology of Breastfeeding : Natural Law or Social Construct*, Oxford, Berg.

MARCUZZI A., VECCHI BRUMATTI L., CARUSO L., COPERTINO M., DAVANZO R., RADILLO O., COMAR M., MONASTA L. [2013], « Presence of IL-9 in Paired Samples of Human Colostrum and Transitional Milk », *Journal of Human Lactation*, vol. 29, nº 1, p. 26-31.

MAURY Y., KOVACS S., MARTELETO R. [2014], « "Introduction", Études de Communication », *Anthropologie des Savoirs*, nº 42, p. 9-14.

MICOLLIER E. [2011], « Un savoir thérapeutique hybride et mobile. Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 5, nº 1, p. 41-70.

MORALES E., GARCÍA-ESTEBAN R., GUXENS M., GUERRA S., MENDEZ M., MOLTÓ-PUIGMARTÍ C., LOPEZ-SABATER M. C., SUNYER J. [2012], « Effects of Prolonged Breastfeeding and Colostrum Fatty Acids on Allergic Manifestations and Infections in Infancy », *Clinical and Experimental Allergy*, vol. 42, nº 6, p. 918-928.

NIKLES B. [2011], « The Healer who Holds the Belly. Traditional Midwives and Birth Practices among the Bunong in Mondulkiri, Cambodia », *in* HANCART PETITET P. (dir.), *L'art des Matrones Revisité. Naissances Contemporaines en Question*, Paris, Faustroll.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) [2001], *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, bibliothèque de l'OMS.

MINISTRY OF PLANNING [2003], *Cambodia Millenium Development Goals Report*, Phnom Penh, Ministry of Planning. (réf. non appelée).

PLAYFORD R., MACDONALD C., JOHNSON W. [2000], « Colostrum and Milk-Derived Peptide Growth Factors for the Treatment of Gastrointestinal Disorders », *The American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 72, nº 1, p. 5-14.

SCHANTZ C., SIM K. L., LY E. M., BARENNES H., SUDAROTH S., GOYET S. [2015], « Reasons for Routine Episiotomy : a Mixed-Methods Study in a Large Maternity Hospital in Phnom Penh », *Reproductive Health Matters*, vol. 23,nº 45, p. 68-77.

THOMPSON J. A. [1996], « A Biocultural Approach to Breastfeeding », *New Beginnings*, vol. 13, nº 6, p. 164-67.

WHITE P. [2002], « Crossing the River : a Study of Khmer Women's Beliefs and Practices during Pregnancy, Birth and Post-Partum », *Midwifery Womens Health,* vol. 47, nº 4, p. 239-246.

© Presses de Sciences Po | Téléchargé le 27/06/2023 sur www.cairn.info (IP: 88.160.245.222)