



HAL
open science

Maternité et sexualité des femmes africaines vivant avec le VIH en France : préjugés et expériences

Dolores Pourette

► **To cite this version:**

Dolores Pourette. Maternité et sexualité des femmes africaines vivant avec le VIH en France : préjugés et expériences. *L'Autre*, 2010, *SexualitéS*, 11 (3), pp.301-311. 10.3917/lautr.033.0301 . hal-01938337

HAL Id: hal-01938337

<https://hal.science/hal-01938337>

Submitted on 17 Jun 2022

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.

MATERNITÉ ET SEXUALITÉ DES FEMMES AFRICAINES VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE : PRÉJUGÉS ET EXPÉRIENCES

Dolorès Pourette

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2010/3 Volume 11 | pages 301 à 311

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859192686

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-autre-2010-3-page-301.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Maternité et sexualité des femmes africaines vivant avec le VIH en France :

préjugés et expériences



DOLORÈS POURETTE

INSTITUT DE RECHERCHE POUR
LE DÉVELOPPEMENT, PARIS

DOLORÈS POURETTE est anthropologue, chargée de recherche à l'IRD/Équipe « Santé, genre, mortalité » au Centre Population & Développement (CEPED), 19 rue Jacob, 75006 Paris. Ses recherches actuelles portent sur les questions de migration et de santé. Elle a également travaillé sur les violences envers les femmes et sur la sexualité. Elle a notamment publié : *Des Guadeloupéens en Ile-de-France. Identité, sexualité, santé*. Paris : Karthala ; 2006 ; « Migratory Paths, Experiences of AIDS and Sexuality : African Women living with HIV/Aids in France ». *Feminist Economics* 2008 ; 14(4) : 149-81 ; « Couple et sexualité des femmes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France ». *Médecine/Sciences* 2008 ; 24(2) : 184-92 ; *Violences envers les femmes à La Réunion. Poids des chiffres et paroles de victimes*. Aix-en-Provence : Publications de l'Université de Provence ; 2009 (avec Isabelle Widmer). E-mail : dolores.pourette@ird.fr

Des travaux historiques et philosophiques ont montré comment la période coloniale a favorisé l'émergence de stéréotypes racistes concernant les populations noires et plus particulièrement les femmes noires. L'analyse de sources écrites et iconographiques sur l'Afrique et les Amériques coloniales souligne comment, au cours de cette période, les femmes noires ont été assimilées à des femmes « sauvages », « bestiales »,

¹ Voir notamment : Dorlin 2006 ; Boëtsch & Savarese 1999 ; Gilman 1985.

rustres, insoumises. Construites comme des femmes autres et étranges, elles sont également construites comme des femmes sensuelles et fortement érotisées, au tempérament sexuel chaud et lubrique¹. Ce processus de sexualisation du corps des femmes noires va de pair avec une pathologisation de la sexualité noire : « La sexualité des corps noirs étant différenciée de celle des Européens par l'intermédiaire d'une définition de la sexualité comme « pathologique » (hors norme, contre nature, morbide), qui relève à la fois du monstre – particularité anatomique –, du malade – déviance – ou de l'animal – bestialisation du corps » (Dorlin 2006 : 94).

Par ailleurs, dans les colonies, les discours médicaux sur les femmes esclaves les présentent comme de bonnes « reproductrices », non diminuées par des accouchements nombreux (contrairement aux femmes blanches, que les grossesses fragilisent), mais aussi comme de mauvaises mères, dénuées de sentiments maternels. Elsa Dorlin montre que ces discours stigmatisants sur la femme esclave présumée rustre, impudique, amoralité et mauvaise mère, participent « d'un processus plus général de fabrication de la "femme blanche" comme un être moral exemplaire, bonne mère, épouse dévouée » (Dorlin 2005 : 159). Ces discours permettent en somme d'élaborer les normes de la féminité blanche.

Des études féministes mettent en évidence comment ces stéréotypes racistes, construits à l'époque coloniale, imprègnent les représentations contemporaines de la sexualité noire, une sexualité censée être « débri-dée » (Hill Collins 2005). Aux États-Unis, dans les sociétés de la Caraïbe et en Europe, l'image de l'homme noir macho et irresponsable et celle de la femme noire, mère de nombreux enfants, de pères différents et parfois inconnus, sont particulièrement actives (Hill Collins 2005 ; Pourette 2006 ; Carby 2008). En France, les interventions d'action publique dans les quartiers où la présence de populations immigrées est importante peuvent être orientées par de tels préjugés qui associent certaines populations à des particularités culturelles considérées comme irréductibles (Palomares & al. 2004). De la même manière, des professionnels de la santé et des acteurs publics tendent à mobiliser la « culture » des populations immigrées pour expliquer, par exemple, l'importance du saturnisme infantile chez les populations d'origine africaine² (Naudé 2000) ou l'incidence des diagnostics de VIH/sida chez les femmes et les hommes originaires d'Afrique (Fassin 2001a). Ces explications culturalistes font l'impasse sur les véritables facteurs sociaux, économiques, politiques, juridiques qui déterminent les pratiques favorisant tel ou tel problème de santé et contribuent à produire des discriminations dans l'accès aux soins des populations immigrées (Carde 2006, 2007).

Cet article propose quelques réflexions sur la manière dont les stéréotypes culturalistes et racistes concernant les femmes « africaines » peuvent orienter les discours et attitudes des professionnels de la santé et du secteur social face à des femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France. Ces discours et attitudes sont mis en perspective avec la manière dont les femmes parlent de leur expérience de la sexualité dans le contexte du VIH/sida et dans celui de la migration. Ces réflexions sont issues d'une recherche qualitative auprès de 32 femmes³, dont les résultats ont été présentés ailleurs (Pourette 2008a, 2008b). Elles s'appuient

² Le saturnisme infantile est une intoxication par le plomb des enfants en bas âge. La contamination a lieu à partir des écailles et des poussières de peintures au plomb (interdites en 1948). Les populations immigrées africaines habitant des logements anciens insalubres ont principalement été touchées par la maladie dans les années 1980, ce qui a donné lieu à des explications culturalistes (certains objets « africains » contiendraient du plomb) avant que soit reconnu le problème des conditions de vie et d'habitat de ces populations (Naudé 2000).

³ Recherche post-doctorale financée par Sidaction et la Fondation de France.

sur les discours des femmes interviewées, ainsi que sur des discussions et observations auprès de professionnels des secteurs médicaux et sociaux.

Une population d'étude diversifiée marquée par la précarité socio-économique et administrative

Les femmes interviewées ont entre vingt-deux ans et cinquante-et-un ans (moyenne d'âge : trente-cinq ans) et sont originaires de 11 pays (principalement la Côte d'Ivoire, le Congo-Brazzaville, la République démocratique du Congo, le Cameroun). Si les enquêtées présentent des parcours migratoires et des situations socio-professionnelles variés, elles ont en commun une précarité socio-économique marquée au moment de l'entretien : sur 32 femmes, seules 5 ont un emploi à temps complet, 8 travaillent à temps partiel (le plus souvent dans le secteur des emplois domestiques) et 19 n'ont pas d'activité économique. En ce qui concerne leur situation administrative, la majorité ont une carte de séjour temporaire (18 femmes) ou un récépissé de demande de titre de séjour (6 femmes). Deux femmes sont en situation irrégulière, tandis qu'une minorité (6 femmes) ont obtenu une carte de résidence (10 ans) – deux d'entre elles ont la nationalité française.

Enfin, la majorité de ces femmes (20) ont la particularité d'être venues seules en France, soit dans le cadre d'un projet professionnel ou de formation (elles ont découvert leur séropositivité une fois arrivées en Europe), soit pour bénéficier de traitements médicaux du VIH, auxquels elles ne pouvaient pas accéder dans leur pays. Les autres femmes résidaient en France depuis une ou plusieurs décennies lorsqu'elles ont découvert leur infection ; elles étaient arrivées en France dans le cadre du mariage⁴.

La population d'étude est hétérogène, au sens où elle regroupe des femmes ayant des parcours biographiques, familiaux, sociaux, professionnels et migratoires variés. Cependant, les femmes enquêtées partagent la « condition » de malade et celle d'immigrée (Fassin 2001b), et elles ont en commun d'incarner différents niveaux d'altérité en tant qu'étrangères, migrantes, noires et en tant que personnes infectées par le virus du sida (pour les personnes informées de leur statut sérologique), ce qui a une incidence sur les discours et attitudes des acteurs sanitaires et sociaux avec lesquels elles sont en interaction.

Des femmes construites comme des mères

Le premier point concerne les discours des professionnels du secteur médical et social au sujet de la maternité des femmes africaines vivant avec le VIH⁵. Au cours des discussions formelles et informelles avec ces professionnels, ils abordent le thème de la maternité de manière spontanée et récurrente. Nombreux sont en effet les soignants et travailleurs sociaux selon lesquels le « problème » des Africaines infectées par le VIH, ce n'est pas tant la maladie elle-même que le fait qu'elle remette en cause leur capacité à enfanter. « Leur problème, c'est les enfants ». S'ils affirment que la question de la maternité est une question douloureuse et inquiétante pour toute femme se découvrant séropositive pour le VIH, ils insistent sur le fait que cette question est plus problématique pour les femmes d'Afrique, tant il importerait pour elles et pour leur entourage qu'elles soient non seulement mères, mais aussi mères de

réalisée au sein de l'unité Inserm-Ined 569 en 2005-2006. 32 femmes ont été interviewées au cours d'entretiens semi-directifs individuels et anonymes, en 2005-2006. Elles étaient recrutées dans plusieurs hôpitaux de la région parisienne et dans des associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH.

⁴ Pour une présentation plus exhaustive de la population d'étude et une catégorisation des différents parcours des femmes enquêtées, voir Pourette 2008b.

⁵ Sur les 32 femmes enquêtées, 24 avaient déjà eu au moins un enfant (qu'elles ont eu, pour la plupart, avant le diagnostic du VIH). 10 d'entre elles vivaient sans leurs enfants, restés en Afrique.

⁶ Par ailleurs, la question de la procréation chez les personnes vivant avec le VIH est bien souvent pensée au féminin alors que la question de la paternité est au moins aussi importante pour les hommes infectés que pour les femmes (Heard & al. 2007).

⁷ Une enquête récente auprès de femmes excisées résidant en France montre ainsi que le recours à la chirurgie reconstructrice du clitoris participe d'une démarche active de (ré)appropriation de sa sexualité et de son identité de femme (Andro, Lesclingand & Pourette 2010).

⁸ L'analyse des entretiens montre combien cette idée est fautive puisqu'elles modifient leurs conduites, qu'elles informent leurs partenaires et que leur souci premier est justement d'éviter une éventuelle contamination.

⁹ En dépit des évolutions thérapeutiques permettant de réduire le risque de contamination materno-fœtale, la question de la procréation dans le contexte du VIH est loin d'être banalisée pour les professionnels de santé comme pour les personnes vivant avec le virus (Desclaux & al. 2008).

¹⁰ Comme c'est souvent le cas lors de recherches anthropologiques menées dans un cadre hospitalier.

plusieurs enfants⁶. Ces discours véhiculent une vision réductrice des femmes africaines comme des femmes inéluctablement soumises à l'autorité du mari, de la famille et plus largement de la « communauté », notamment en matière de reproduction. Or, des enquêtes qualitatives auprès de migrantes originaires d'Afrique montrent justement qu'elles peuvent être actrices de stratégies individuelles visant à se soustraire aux modes de contrôles familiaux et sociaux de leur sexualité et de leur vie reproductive (Moujoud & Pourette 2005 ; Andro, Lesclingand & Pourette 2010)⁷.

L'un des propos fréquemment exprimés dans les services hospitaliers porte sur le fait que quels que soient les conseils délivrés par les soignants en termes de projet de grossesse, les femmes africaines « arrivent » enceintes de plusieurs mois. De telles déclarations sous-tendent l'idée que les patientes africaines ne prennent pas en compte les risques de santé, que ce soit pour elles, pour l'enfant à naître ou pour leur partenaire⁸. Si les médecins témoignent généralement du fait que leurs patientes respectent leurs conseils relatifs à un éventuel projet de grossesse, d'autres catégories de personnel médical ont parfois des discours plus discriminants, telle cette secrétaire médicale s'exclamant d'un ton méprisant et réprobateur : « Des femmes africaines VIH enceintes, on n'a que ça ! ». Ces discours sont fortement imprégnés des stéréotypes culturalistes largement véhiculés sur la nécessité d'être mères pour les femmes africaines (Fassin 2001a). Ces stéréotypes réduisent la diversité des parcours et des expériences individuels des femmes dites africaines. Ils produisent différents types de discours parmi les professionnels. D'une part, les discours des médecins soulignent à quel point la maternité est importante pour une femme africaine et qu'ils font tout ce qui est en leur pouvoir pour réduire le risque de santé pour le partenaire, pour l'enfant et pour la mère. D'autre part, des discours culpabilisants dénoncent la présumée inconscience de femmes qui seraient prêtes à tout pour avoir un enfant et sous-tendent l'idée encore répandue que faire un enfant quand on est infectée par le VIH et, de surcroît, quand on est immigrée, relève de l'irresponsabilité⁹.

Les stéréotypes véhiculés sur la maternité supposée nécessaire des femmes africaines influencent non seulement les discours des professionnels, mais également leurs pratiques. Ainsi, les femmes interviewées rapportent que lors de l'annonce de leur séropositivité et lors des consultations médicales ultérieures, les acteurs de santé mettent en avant le fait qu'elles peuvent avoir des enfants malgré la présence du virus. Il en est de même dans les associations de patients vivant avec le VIH. Plusieurs femmes témoignent du fait qu'elles ont reçu très peu d'informations médicales sur le virus, sur la maladie, mais qu'on les a rassurées sur le fait qu'elles pouvaient avoir des enfants – certaines étaient alors célibataires et n'envisageaient pas de grossesse. D'après les entretiens, il semble que les informations médicales dont elles disposent sont parfois très lacunaires. Certaines femmes, par exemple, ne semblent pas connaître l'existence d'un stade de séropositivité précédant la déclaration de la maladie. Et l'espace de l'entretien de recherche a souvent été utilisé, par ces femmes, pour demander des précisions sur des questions d'ordre médical¹⁰.

Les discours des femmes qui ont décidé de débiter une grossesse ou qui ont eu un enfant après le dépistage mettent en évidence que les choix de procréation résultent de négociations avec le conjoint, mais aussi et surtout avec le personnel médical. Les acteurs de santé jouent un rôle particulièrement im-

portant dans ces décisions et dans la mise en œuvre des projets de grossesse. Barbara (cinquante ans) témoigne ainsi avoir eu son deuxième enfant non parce qu'elle le désirait, mais parce que son médecin l'aurait fortement incitée à débiter une nouvelle grossesse en lui expliquant que « c'était le bon moment » et que son état de santé ne lui permettrait peut-être pas d'avoir un enfant plus tard. Elle raconte : « Mais c'est le deuxième, c'est pour le deuxième hein qui... c'est Docteur X qui m'a vraiment convaincue hein. Elle m'a dit : "C'est le moment, parce que après ça sera trop tard. Si vraiment vous avez envie d'avoir un deuxième enfant, c'est maintenant, sinon ça sera trop tard". Et si je ne l'avais pas écoutée, aujourd'hui je serais avec un seul enfant [...]. Elle me disait : "Mais Madame, regardez les résultats et tout, tout va bien, et tout, vous pouvez... on va vous suivre et tout, y aura pas de problème !" ».

La construction de l'avis professionnel concernant les projets de procréation des personnes vivant avec le VIH/sida repose d'une part sur l'appréciation du risque de santé (pour la mère et pour l'enfant), et elle est fonction, d'autre part, de l'histoire personnelle et professionnelle du praticien, de son évaluation de la situation conjugale, familiale et sociale de la personne suivie, et des « modèles culturels » qui sous-tendent ses évaluations (Membrado 2003). Ces modèles culturels sont fortement influencés par une perception ethnisante des femmes africaines comme des femmes qui *doivent* avoir un certain nombre d'enfants et pour lesquelles la maternité représenterait le seul moyen d'accepter et de bien vivre la maladie. Leur « désir d'enfant » serait si important qu'elles seraient prêtes à prendre des risques pour leur santé, celle de l'enfant et celle du partenaire afin de le concrétiser.

Une femme célibataire rapporte, par exemple, que son médecin lui a conseillé de faire un enfant avec un homme ayant la « même maladie » qu'elle. En admettant que ce conseil ait été prodigué, on peut se demander ce qui peut inciter un médecin à suggérer à une patiente de faire un enfant avec un homme infecté plutôt qu'avec un homme non infecté. Si ce conseil peut être sous-tendu par la volonté de préserver la patiente du rejet¹¹, il peut aussi être sous-tendu par l'idée que les Africaines vivant avec le VIH ne seraient pas en mesure d'adopter des pratiques sexuelles à moindre risque, ce qui pourrait donc faire courir un risque de santé pour un homme non infecté. Ce type de représentation rejoint les représentations culturalistes selon lesquelles les patients africains seraient moins observants des traitements médicaux et des conseils de préventions que les autres patients (Fassin & Ricard 1996).

Les discours et attitudes des professionnels à l'égard des patientes perçues comme africaines ne concernent pas seulement les femmes infectées par le VIH, ils relèvent d'une catégorisation plus générale des « femmes africaines » par les professionnels de la santé. Une étude récente menée dans plusieurs maternités franciliennes montre que les pratiques professionnelles au cours de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sont largement affectées par des représentations selon lesquelles les « Africaines » ont des compétences ou des incapacités spécifiques dans le domaine de la procréation (Sauvegrain 2009)¹². Ces représentations et pratiques ont une incidence sur la prise en charge : les femmes originaires d'Afrique subissent plus de césariennes que les autres femmes (alors que ce n'est pas forcément justifié sur le plan médical), et elles sont plus nombreuses à décéder au moment de l'accouchement¹³ (InVS 2010) en raison d'une absence de qualité optimum des soins.

¹¹ D'après les récits, des soignants conseillent aux patientes de garder secrète leur contamination (sauf auprès du partenaire si elles en ont un) afin d'éviter d'être rejetées par leur entourage. La représentation selon laquelle le VIH/sida est si dégradant pour la population africaine que même les proches (famille, amis) seraient prêts à rompre tout lien avec une personne infectée est à nuancer. Les entretiens montrent que si les femmes enquêtées craignent d'informer leurs proches de leur séropositivité (par crainte de les inquiéter plus que par crainte du rejet), celles qui l'ont fait n'ont pas rencontré de réaction de rejet, mais témoignent généralement d'un soutien affectif important.

¹² Les femmes « africaines » seraient censées ne pas se rendre aux cours de préparation à l'accouchement (ce ne serait pas « dans leur culture »), mais les soignants ne leur proposent pas d'y participer. De la même manière, on ne leur propose pas de suivi psychologique car elles seraient censées ne pas en avoir besoin. Elles sont aussi supposées « n'en faire qu'à leur tête » au moment de l'accouchement (Sauvegrain 2009).

¹³ Le taux de mortalité maternelle demeure supérieur chez les femmes de nationalité étrangère, notamment originaires d'Afrique subsaharienne. En Ile-de-France, ce taux est de 28,9/100.000 naissances chez les femmes d'Afrique subsaharienne et de 10,2/100.000 naissances chez les Françaises (InVS 2010).

Des femmes perçues comme non actrices de la prévention et de la sexualité

Parallèlement aux discours et aux conseils délivrés par les professionnels sanitaires et sociaux entourant les éventuels projets de grossesse des femmes vivant avec le VIH, ils formulent également des conseils de prévention pour limiter le risque de transmission sexuelle du virus. Quelle que soit l'appréciation de la situation de la femme (seule ou en couple, avec un partenaire séronégatif ou séropositif), les professionnels conseillent de manière unanime l'utilisation du préservatif afin d'éviter la contamination d'un partenaire (ou la sur-contamination dans le cas d'une relation avec un partenaire infecté). Si ce conseil ne diffère pas selon l'évaluation de la situation de la femme, il semble que la manière dont il est délivré et le contexte de son énonciation soient empreints de certaines représentations des femmes africaines comme des femmes non actrices de la prévention ni de leur sexualité.

Les observations à l'hôpital et les entretiens avec les patientes montrent que certains praticiens reçoivent les deux membres du couple séroconcordant ensemble au cours de la même consultation – un médecin m'a expliqué recourir à cette pratique lorsque l'épouse ne parlait pas le français ; or, l'une des épouses en question m'a parlé spontanément, en français, après la consultation. Proposer une consultation commune peut favoriser le dialogue conjugal sur la gestion de la sexualité dans le contexte du VIH et sur les décisions de procréation notamment. Le médecin joue un rôle important de conseiller éclairé dans ces négociations (Membrado 2003). Cependant, il paraît également souhaitable que chaque membre du couple ait la possibilité de s'exprimer individuellement auprès du médecin en dehors de la présence du conjoint. Plusieurs des femmes interviewées affirment rencontrer des difficultés pour négocier l'utilisation du préservatif avec leur conjoint afin d'éviter une sur-contamination, difficultés que certaines ne parviennent pas à exprimer devant leur médecin du fait de la présence du conjoint en question. Par ailleurs, discuter de la protection des rapports sexuels et des éventuelles difficultés rencontrées avec le couple et uniquement avec le couple sous-tend l'idée que les conjoints n'ont de relations sexuelles qu'ensemble et non avec d'autres partenaires. Cela ne permettrait pas à une femme ou un homme d'évoquer les difficultés d'utilisation du préservatif avec un ou une autre partenaire par exemple.

Les discours des femmes et les observations font apparaître une représentation selon laquelle les femmes africaines ne seraient pas en mesure de négocier l'utilisation du préservatif avec leur conjoint. D'après les femmes enquêtées, les conseils de prévention concernant l'utilisation du préservatif sont plus directement adressés au mari, et non directement à elles (même s'ils sont prodigués en leur présence). D'autres femmes, reçues seules en consultation, témoignent du fait que leur médecin leur demande si « le mari » met un préservatif (non pas si le couple ou elle-même utilise des préservatifs). Ce type d'attitude est fondé sur une prise en compte de l'existence de rapports inégalitaires entre conjoints qui rendent difficile, pour la femme, la négociation du préservatif. Cependant, adopter ce type de discours et d'attitude présente le risque de normaliser le fait que c'est au partenaire masculin de prendre l'initiative d'utiliser les préservatifs et d'être acteur de la sexualité du couple, alors que la femme apparaît dans cette situation comme une partenaire passive. De tels énoncés ne peuvent que banaliser, voire renforcer, les inégalités entre les sexes.

L'impact de ces discours et attitudes des professionnels de la santé et du secteur social sur les choix effectués par les femmes, en termes de procréation notamment, et sur leur expérience de la sexualité est difficile à apprécier. Cependant, il semble que ces discours peuvent conforter ou favoriser une conception de la sexualité comme une sexualité reproductive avant tout.

L'expérience de la sexualité : de la sexualité reproductive...

L'analyse des entretiens montre que les expériences de la sexualité sont diversifiées chez les femmes enquêtées, selon qu'elles sont en couple ou non, selon le temps écoulé depuis le diagnostic, selon les circonstances du dépistage et le contexte dans lequel la contamination est supposée avoir eu lieu.

Cependant, les femmes enquêtées n'évoquent quasiment jamais la place du plaisir dans la sexualité. La seule femme à avoir évoqué cette dimension et à avoir exprimé un rapport important au plaisir sexuel est une femme qui, après quatorze ans de mariage et plusieurs tentatives de procréation médicalement assistée, n'est pas parvenue à être enceinte¹⁴. Elle raconte qu'avant de renoncer à avoir un enfant, avoir des rapports sexuels étaient pour elle une « obligation », dont le but était la procréation. Depuis qu'elle a accepté l'idée qu'elle ne pourra pas enfanter, elle dit avoir découvert le plaisir sexuel : « C'est devenu un jeu d'amusement », dont l'utilisation du préservatif et sa manipulation font partie.

S'agissant des autres femmes, certaines, célibataires, ont renoncé à toute relation sexuelle. L'une d'elles, quarante-cinq ans, affirme : « J'ai plus besoin d'avoir de rapports. Ça sert à rien parce que je veux plus enfanter. C'est à mes enfants de faire des enfants »¹⁵. À l'inverse de la femme évoquée précédemment, la dimension reproductive de la sexualité est la seule dimension envisagée ici.

Comme de nombreuses études l'ont montré, le diagnostic du VIH est très souvent suivi d'une période d'absence de désir sexuel et de suspension momentanée des projets de vie (familiaux, professionnels...) (Delor 1997 ; Pierret 2006). Ce désintérêt pour la sexualité concerne notamment les femmes célibataires au moment du diagnostic, ou celles qui le sont devenues peu après, qui n'envisagent pas, au moins dans un premier temps, de renouer des relations affectives et sexuelles. Les récits mettent en évidence que c'est autour du désir d'enfant et de la possibilité de se projeter dans l'avenir à travers une naissance que se construit le désir de nouvelles relations affectives et sexuelles. « Je cherche un père pour mon enfant », déclare ainsi Sina, une jeune femme célibataire et sans enfant. Dans ces perspectives d'avenir, la recherche de l'amour ou du plaisir sexuel semble secondaire par rapport à la recherche d'un homme susceptible d'accepter d'être en couple avec une femme séropositive et de mener un projet de procréation avec elle. Les discours féminins mettent en avant deux catégories d'hommes avec lesquels il serait envisageable de construire une relation conjugale et un projet de procréation, classées selon deux critères distincts : leur lien avec la maladie et leur appartenance « raciale »¹⁶. Une partie des femmes envisage de construire une relation avec un homme lui-même séropositif et « africain »¹⁷. Le partage d'expériences communes – de la maladie, de la migration, de la couleur, des discriminations qui leur sont liées – apparaît comme un gage de compréhension réciproque et comme une pro-

¹⁴ Trente-sept ans, originaire du Burkina Faso, mariée depuis 1991 avec un homme séronégatif, dépistée en 1993.

¹⁵ Quarante-cinq ans, originaire de la Côte d'Ivoire, 2 enfants, célibataire, dépistée en 2004.

¹⁶ Le terme de « race » est employé au sens de produit d'un rapport social (Guillaumin 1972), l'appartenance « raciale » s'articulant à la condition sociale et notamment à la nationalité.

¹⁷ Pour les enquêtées, le terme « africain » renvoie avant tout à une appartenance sociale et « culturelle » et non à une appartenance nationale : peuvent être désignés comme Africains des hommes nés dans un pays d'Afrique et ayant obtenu la nationalité française.

¹⁸ Cette désignation renvoie à la fois à une appartenance raciale (blanc), et à une appartenance nationale (français).

¹⁹ On voit ici comment les stéréotypes racistes imprègnent les discours et représentations des femmes elles-mêmes et orientent leurs choix en matière de partenaire (Fanon 1952).

²⁰ Sur le lien entre VIH et violences conjugales, voir Pourette (2011).

tection contre le rejet ou toute autre forme de dénigrement. Pour d'autres femmes, qui n'envisagent pas d'avoir un enfant avec un homme infecté, seule une union avec un « Européen »¹⁸ est envisageable. Elles justifient leur orientation par une représentation des hommes « européens » comme des hommes avec lesquels il leur sera plus facile d'établir un dialogue sur la sexualité et le sida et de négocier l'utilisation du préservatif qu'avec des Africains¹⁹. À l'instar de migrantes résidant en Suisse, ces femmes présentent une vision idéalisée des hommes européens qui oriente leurs stratégies matrimoniales vers une recherche de relations plus égalitaires (Riaño & al. 2007). Parmi les enquêtées, quelques-unes se sont engagées dans des relations conjugales avec des hommes blancs, français et séronégatifs. Pour certaines, le couple est uni par un sentiment amoureux et par un désir d'enfant, il se construit sur des relations d'entente et de soutien mutuel. D'autres ressentent ces relations conjugales comme des relations très inégalitaires du point de vue de la santé et du point de vue du statut socio-économique et administratif, inégalités qui s'expriment notamment dans la sexualité. Elles décrivent une sexualité contrainte, dans laquelle elles ne parviennent pas à imposer l'utilisation du préservatif, risquant ainsi de contaminer leur conjoint. Pour quelques-unes, cette sexualité imposée va de pair avec des violences conjugales, des brimades et du chantage de la part du conjoint, qui menace de dévoiler le statut VIH de la femme à la famille et à l'entourage si elle ne se plie pas à ses exigences²⁰.

... à la sexualité transactionnelle

Une partie des femmes enquêtées met en évidence une autre dimension de leur expérience de la sexualité en contexte migratoire : la « facilité » avec laquelle elles peuvent nouer des relations sexuelles avec des hommes, quels que soient leur nationalité et leur statut social, en échange d'une aide matérielle ou financière ou d'un hébergement. Toutes n'ont pas recours à cette forme d'échange, mais elles soulignent son accessibilité et la multitude des propositions masculines allant dans ce sens.

Rappelons que la majorité de ces femmes (20) sont arrivées seules en Europe, qu'elles vivent souvent seules en France, lorsqu'elles ne sont pas hébergées dans des structures d'accueil ou chez des particuliers. Quelle que soit leur situation matrimoniale légale ou effective, elles sont perçues et construites comme des femmes seules, célibataires, démunies, noires, migrantes. Cette construction sociale a une incidence sur les interactions sociales que les femmes peuvent avoir, notamment avec les hommes.

La sexualité des femmes (à la différence de celle des hommes) est socialement produite comme un objet d'échange, que tout homme peut acheter (Tabet 2004). Cela est d'autant plus vrai dans les pays occidentaux pour les femmes noires, socialement construites comme des femmes dotées d'un érotisme et d'un tempérament sexuel singuliers. En outre, une femme seule dans l'espace public qui n'occupe pas cet espace dans un but précis (se rendre au travail, faire les courses...), outre qu'elle s'arroge un privilège masculin et manifeste en ceci qu'elle transgresse les normes de genre, porte le « stigmate de putain » (Pheterson 2001) : elle est considérée comme une femme sexuellement disponible, voire comme une femme qui cherche un partenaire sexuel. Être construite comme une femme seule et démunie, c'est être une femme dont il est « normal » que l'on achète sa sexualité, et

dont la sexualité est la ressource la plus immédiate qu'elle peut mobiliser pour générer des revenus.

Si toutes les femmes enquêtées ne recourent pas aux services sexuels en échange d'un autre service ou d'une rémunération, leur trajectoire montre combien leur situation sociale et administrative les précarise en France. Les difficultés qu'elles rencontrent pour obtenir un titre de séjour et une autorisation de travailler²¹, leur assignation au secteur informel des emplois domestiques – le plus souvent à temps partiel (Anderson 1997 ; Momsen 1999), dans un contexte où les femmes « noires » sont socialement produites comme des femmes non diplômées²² et comme des femmes physiquement moins fragiles que les femmes « blanches » et plus à même de supporter des conditions de travail difficiles (Ferreira de Macêdo 2003), exposent ces femmes à des risques d'exploitation économique et sexuelle.

²¹ Un récépissé de demande de titre de séjour ne permet pas de travailler légalement.

²² L'une des enquêtées a un Diplôme d'Études Approfondies en histoire et la seule activité rémunérée qu'on lui propose relève de l'emploi ménager.

Conclusion

Les femmes dont il est question dans ce texte sont soumises à des rapports sociaux de classe, de « race », de genre, qui les précarisent et marquent leurs expériences de la maladie, de la sexualité, de la migration. Ils marquent également les stratégies qu'elles mettent en œuvre pour lutter contre ces inégalités et pour survivre.

Les stéréotypes produits à partir de l'époque coloniale concourent à la reproduction des inégalités puisqu'ils imprègnent les imaginaires post-coloniaux et continuent à construire les femmes « africaines » comme des mères avant tout (mais des mères singulières), qui n'ont pas leur place sur le marché de l'emploi en dehors des activités domestiques (le *care*)²³. Ces stéréotypes culturalistes et racistes structurent ainsi leur insertion sur le marché du travail, leur accès à la citoyenneté et leur place dans la cité. Si les femmes mettent en avant l'importance de la dimension reproductive de leur expérience de femmes vivant avec le VIH/sida, ce n'est pas seulement parce que les discours des acteurs médicaux et sociaux les assignent à la reproduction, c'est aussi parce que le fait de donner naissance à un enfant en France, de père français, est perçu comme le moyen le plus sûr et le plus valorisant d'obtenir une régularisation administrative, dans un contexte politique où les conditions d'obtention d'un titre de séjour sont de plus en plus restrictives (y compris pour les titres de séjour pour raison médicale). Le confinement des femmes noires et des migrantes dans les secteurs dévalorisés de la domesticité et de la prostitution contribue à la reproduction des stéréotypes sur leur sexualité et leur maternité, perçues et construites comme déviantes par rapport aux normes dominantes. ■

²³ Kergoat 2009.

Bibliographie

- Anderson B. Servants and slaves : Europe's domestic workers. *Race and Class* 1997 ; 39(1) : 37-49.
- Andro A, Lesclingand M, Pourette D. Excision et cheminement vers la réparation : une prise en charge chirurgicale entre expérience personnelle et dynamiques familiales. *Sociétés contemporaines* 2010 ; 77 : 139-61.
- Boëtsch G, Savarese E. Le corps de l'Africaine. Erotisation et inversion.

Résumé

MATERNITÉ ET SEXUALITÉ DES FEMMES AFRICAINES VIVANT AVEC LE VIH EN FRANCE : PRÉJUGÉS ET EXPÉRIENCES
 À partir d'une recherche qualitative menée en milieux hospitalier et associatif auprès de femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France, cet article montre comment les discours et attitudes des professionnels de la santé et du secteur social sont orientés par des stéréotypes culturalistes et racistes sur la maternité supposée nécessaire des femmes africaines et sur leur sexualité présumée soumise. Ces stéréotypes structurent aussi leur insertion sur le marché de l'emploi, leur accès à la citoyenneté et leur place dans la cité et influencent leur expérience de la sexualité. Le confinement des femmes noires et des migrantes dans les secteurs dévalorisés de la domesticité et de la prostitution contribue à la reproduction des stéréotypes culturalistes et racistes sur leur sexualité et leur maternité, perçues et construites comme déviantes par rapport aux normes dominantes.

Mots clés

Femmes, immigrées, Afrique, VIH/sida, professionnels, sexualité, reproduction, stéréotypes, culturalisme.

Abstract

MATERNITY AND SEXUALITY OF AFRICAN WOMEN LIVING WITH HIV IN FRANCE : PREJUDICES AND EXPERIENCES
 Based on qualitative research in hospital and associative settings with women from sub-Saharan Africa living with HIV/AIDS in France, this article shows how the discourses and the attitudes of health and social service professionals are guided by culturalist and racist stereotypes about a presumed necessary maternity and submissive sexuality of African women. These stereotypes structure their insertion on the job market, their access to citizenship and their place in the community and they influence their way of experiencing sexuality. The confinement of black women and immigrants to the devalored sectors of domestic work and prostitution contributes to the reproduction of culturalist and racist stereotypes about their

Cahiers d'Études africaines 1999 ; 39(153) : 123-44.

Carby H. Femme blanche écoute ! Le féminisme noir et les frontières de la sororité. In : Dorlin E, editor. *Black feminism. Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*. Paris : L'Harmattan ; 2008. p. 87-111.

Carde E. On ne laisse mourir personne. Les discriminations dans l'accès aux soins. *Travailler* 2006 ; 6 : 57-80.

Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique* 2007 ; 2 : 99-110.

Desclaux A, Cadart ML. Avoir un enfant dans le contexte de l'infection par le VIH/sida. Discours médicaux et liens sociaux. *Médecine/Sciences* 2008 ; 24(2) : 53-61.

Delor F. *Séropositifs : trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Paris : L'Harmattan ; 1997.

Dorlin E. Les Blanchisseuses. La société plantocratique antillaise, laboratoire de la féminité moderne. In : Rouch H, Dorlin E, Fougeyrollas-Schwebel D, editors. *Le corps, entre sexe et genre*. Paris : L'Harmattan ; 2005. p. 143-65.

Dorlin E. *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*. Paris : La Découverte ; 2006.

Fanon F. *Peau noire, masques blancs*. Paris : Seuil ; 1952.

Fassin D. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In : Dozon JP, Fassin D, editors. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland ; 2001a. p. 181-206.

Fassin D. Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'Homme* 2001b ; 160 : 137-62.

Fassin D, Ricard E. Les immigrés et le sida : une question mal posée. In : Hefez S, editor. *Sida et vie psychique. Approche clinique et prise en charge*. Paris : La Découverte ; 1996. p. 81-90.

Ferreira de Macêdo MB. Femmes de ménage et veilleurs de nuit : une approche sexuée du travail précaire dans un hôtel en France. *Cahiers du Genre* 2003 ; 35 : 189-208.

Gilman S. Black bodies, white bodies : toward an iconography of female sexuality in late nineteenth century art, medicine and literature. In : Gates HL. *Race, Writing and Difference*. Chicago : University of Chicago Press ; 1985. p. 223-61.

Guillaumin C. (1972) *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*. Paris : Gallimard ; 2002.

Heard I, Sitta R, Lert F et l'équipe Vespa. Reproductive choice in men and women living with HIV : evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (Anrs-Vespa Study). *AIDS* 2007 ; 21 Suppl. 1 : 77-82.

Hill Collins P. *Black sexual politics. African Americans, gender, and the new racism*. New York & London : Routledge ; 2005.

InVS. La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2010 ; 2-3 : 9-24.

Kergoat D. Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. In : Dorlin E, editor. *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris : P.U.F. ; 2009. p. 111-25.

Membrado M. Perception médicale du risque et décision de procréation sous VIH : la construction médicale de la maternité. In : Cresson

- G, Schweyer FX, editors. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Paris : ENSP ; 2003. p. 177-93.
- Momsen J. *Gender, Migration and Domestic Service*. London : Routledge ; 1999.
- Moujoud N, Pourette D. « Traite » de femmes migrantes, domesticité et prostitution. À propos de migrations interne et externe. *Cahiers d'Études Africaines* 2005 ; 179-180 : 1093-121.
- Naudé AJ. Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 : 13-22.
- Palomares É, Rabaud A. L'arrangement des origines. In : Cossée C, Lada E, Rigoni I, editors. *Faire figure d'étranger. Regards croisés sur la production de l'altérité*. Paris : Armand Colin ; 2004. p.75-91.
- Pheterson G. *Le prisme de la prostitution*. Paris : L'Harmattan ; 2001.
- Pierret J. *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*. Paris : P.U.F. ; 2006.
- Pourette D. *Des Guadeloupéens en Ile-de-France. Identité, sexualité, santé*. Paris : Karthala ; 2006.
- Pourette D. Couple et sexualité des femmes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France. *Médecine/Sciences*. 2008a ; 24(2) : 184-92.
- Pourette D. Migratory Paths, Experiences of AIDS and Sexuality : African Women living with HIV/Aids in France. *Feminist Economics* 2008b ; 14(4) : 149-81.
- Pourette D. Violences envers les femmes migrantes, santé et sexualité. Trajectoires de femmes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France. In : Thiara R, Schroettle M, Condon S, editors. *Violence against women and ethnicity : Commonalities and differences across Europe. A reader*. Opladen & Farmington Hills : Verlag Barbara Budrich (à paraître en 2011).
- Riaño Y, Baghdadi N. Je pensais que je pourrais avoir une relation plus égalitaire avec un Européen. *Nouvelles questions féministes* 2007 ; 26(1) : 38-53.
- Sauvegrain P. Des « Femmes Africaines » à la « Mère Africaine » : trajectoires dans les maternités publiques franciliennes. Colloque « Migrations humaines et circulations des ressources. La santé en temps de mondialisation », URMIS, Université Paris Diderot, 24-25 septembre 2009.
- Tabet P. *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*. Paris : L'Harmattan ; 2004.

sexuality and maternity which are perceived and construed as deviant from dominant references.

Key words

Women, immigrants, Africa, HIV/AIDS, professionals, sexuality, reproduction, stereotypes, culturalism.

Resumen

MATERNIDAD Y SEXUALIDAD DE LAS MUJERES AFRICANAS SEROPOSITIVAS PARA EL VIH EN FRANCIA : PREJUICIOS Y EXPERIENCIAS

A partir de una investigación cualitativa sobre mujeres de África subsahariana seropositivas en Francia, llevada a cabo en hospitales y asociaciones, este artículo muestra como los discursos y actitudes de los profesionales de la salud y del sector social son orientadas por estereotipos culturalistas y racistas sobre la maternidad supuestamente necesaria de las mujeres africanas y sobre su sexualidad supuestamente sumisa. Estos estereotipos estructuran también su inserción en el mercado laboral, su acceso al estatus de ciudadanas y su lugar en la sociedad urbana, además de influenciar su experiencia de la sexualidad. El confinamiento de las mujeres negras y de los migrantes en los sectores desvalorizados de los trabajos domésticos y de la prostitución contribuye a la reproducción de los estereotipos culturalistas y racistas sobre su sexualidad y maternidad, percibidas y construidas como desviadas respecto a una norma dominante.

Palabras claves

Mujeres, inmigrantes, África, VIH/SIDA, profesionales, sexualidad, reproducción, estereotipos, culturalismo.