



HAL
open science

S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de santé périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris

Simeng Wang

► To cite this version:

Simeng Wang. S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de santé périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris. *Anthropologie et Santé*, 2022, 24. hal-03596089

HAL Id: hal-03596089

<https://hal.science/hal-03596089>

Submitted on 3 Mar 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.



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

Articles en pré-publication

S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de santé périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris

Emancipation in the name of medical pluralism : perinatal health practices of women of Chinese origin in Paris

Simeng Wang



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/10670>

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Simeng Wang, « S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de santé périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris », *Anthropologie & Santé* [En ligne], Articles en pré-publication, mis en ligne le 28 février 2022, consulté le 03 mars 2022. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/10670>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mars 2022.



Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

S'émanciper au nom d'un pluralisme médical : à propos de pratiques de santé périnatale chez des femmes d'origine chinoise à Paris

Emancipation in the name of medical pluralism : perinatal health practices of women of Chinese origin in Paris

Simeng Wang

Introduction

- 1 Toutes classes sociales confondues, les femmes sont, de manière générale, plus attentives aux problèmes de santé que les hommes, et surtout à leur verbalisation (Boltanski, 1971). Au cours du cycle de vie de ces dernières, l'accès à la maternité peut être perçu comme une période de remaniements biologiques et psychiques, marquant la transition de la position de femme à celle de mère. Pendant la période périnatale, l'alimentation comme le repos, pratiques ordinaires ancrées dans le régime du quotidien et basées sur une vision de santé préventive, sont marqués par un haut niveau de souci de soi et de contrôle de soi, dans une perspective prophylactique. Les femmes enceintes effectuent ainsi un travail de surveillance et de contrôle de leur corps, ce qu'Elizabeth Ettorre appelle « ascétisme reproductif » (2009). Le corps devient à ce titre fort lié au soi et investi par les réflexions du sujet (Giddens, 1991). Caractérisé par les pratiques par lesquelles les individus ont été amenés à porter attention à eux-mêmes, ce « souci de soi » (Foucault, 1984) conduit aux nouvelles formes de gouvernement corporel à l'ère néolibérale, où l'accent est de plus en plus mis sur la responsabilité des individus pour s'autogérer (Rose, 2007).

- 2 Même si les discours et pratiques des professionnels dans les maternités françaises sont hérités de la médicalisation de la naissance (Tabet, 1985 ; Jacques, 2007 ; Tain, 2013), et malgré la logique gestionnaire à l'œuvre dans les maternités (Montazeau, 2010) qui ne permettent pas ou peu une individualisation des soins, la santé périnatale consiste toutefois en une niche de développement des médecines alternatives ou complémentaires (MAC)¹, résultant de l'évitement de certaines molécules qui nuisent à la santé du fœtus et à celle de la mère. S'observent ainsi des recours à l'ostéopathie, à la kinésithérapie, à l'homéopathie, à la médecine chinoise (notamment l'acupuncture²), aux pratiques de « bien-être » (telles que yoga, méditation) chez des femmes enceintes en France, voire l'introduction de certaines de ces pratiques de soins dans certaines maternités.
- 3 Enquêter sur les pratiques de santé pendant la périnatalité permet donc de réfléchir sur les manières dont les différents registres de savoirs médicaux et paramédicaux travaillent le corps des femmes aux marges de la médicalisation occidentale, ainsi que d'appréhender le processus de la subjectivation de patientes dans un registre de savoirs non cliniques. En effet, en médecine chinoise, la relation thérapeutique est abordée dans une approche holistique et l'accent est davantage mis sur la prévention que sur le curatif. En outre, encouragé par le soignant, le patient est en mesure de signaler son état de santé en détails (Farquhar, 1994) et de s'auto-examiner.
- 4 Les enjeux scientifiques d'une telle étude s'accroissent en contexte migratoire. À partir d'une enquête qualitative menée auprès d'une trentaine de femmes d'origine chinoise résidant en région parisienne, et dans certains cas également auprès de leur entourage familial (conjoint et parents) – pour plus de détails méthodologiques, voir *infra* –, cet article part d'une observation de terrain : ces femmes recourent aux soins par l'alimentation (食疗) et au repos postnatal (坐月子), deux pratiques entourant la naissance et relevant de la médecine chinoise dans un pays où cette dernière se développe aux marges de la médecine clinique occidentale³.
- 5 De nos jours, la majorité de la population chinoise résidant en France vit en région parisienne et cette population constitue un groupe extrêmement hétérogène en termes de classe sociale, de genre, d'origine ethnique, d'origine géographique et de génération migratoire (Wang, 2017a). Cette diversité de profils migratoires se traduit dans les pratiques de santé tant par l'accès territorial aux services médicaux (conditionné avant tout par leur lieu d'habitation), par les rapports qu'ils entretiennent avec des professionnels de santé français (Médecins du monde, 2009 ; Wang, 2013, 2016), que par les distances qu'ils prennent avec la médecine clinique occidentale (Rovillé-Sausse & Prado Martinez, 2009) et avec la médecine chinoise (Wang, 2017a)⁴.
- 6 Nées en Chine pour la plupart, les enquêtées ont été socialisées aux normes médicales plurielles, y compris celles de la médecine chinoise qui a été institutionnalisée au lendemain de la fondation de la République populaire de Chine et qui coexiste depuis avec la médecine clinique occidentale. Immigrées dans l'Hexagone, comment ces femmes (se) composent-elles avec ces différents systèmes de normes médicales ? Pourrait-on parler d'un « maintien de composantes de l'ancienne socialisation et de l'incorporation de nouvelles pratiques » (Calvo, 1997) ? Comment (re)produisent-elles des normes de santé au quotidien et en contexte migratoire ? Qui sont les autres acteurs clés (conjoint, membres de la famille, professionnels de santé, etc.) qui participent à la négociation et à l'ajustement de ces normes ?

- 7 En outre, appelées « Chinoise », « Asiat' », « migrante », « étrangère » dans certains lieux de soin et d'accouchement, ces femmes n'échappent pas à la catégorisation des patients sur des critères ethno-racialisants (De Rudder *et al.*, 2000) et/ou socio-économiques (Gelly & Pitti, 2016 ; Gabarro, 2018). Dès les années 1970, de nombreux travaux sociologiques ont mis en évidence les traitements différenciés au sein de l'hôpital public français (Herzlich, 1973 ; Dodier & Camus, 1997), dont les inégalités de santé entre les patients catégorisés comme « migrants » et ceux natifs du pays (Leclerc *et al.*, 2000 ; Carlier & Cognet, 2005 ; Carde, 2007). Ces soins inégalitaires basés sur les critères ethno-racialisants ont été également démontrés en santé maternelle et périnatale (Gagnon *et al.*, 2009 ; Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012 ; Urquia *et al.*, 2014 ; Sauvegrain, 2013), qui se traduisent entre autres par des violences institutionnelles et/ou obstétricales subies par les femmes racisées (El Kotni, 2018). Même si les femmes d'origine asiatique n'échappent pas à ces violences infligées en santé périnatale – marquées par « l'appropriation du corps des femmes par le personnel de santé qui se manifeste par un traitement déshumanisé, un abus de la médicalisation et de la pathologisation des processus naturels, qui entraîne une perte d'autonomie et de la capacité à décider librement sur leur corps et leur sexualité⁵ –, leurs pratiques de santé au quotidien et leurs réactions à ces violences sont rarement étudiées⁶, encore moins dans une perspective d'inégalités de santé et de reconfiguration des normes.
- 8 Cet article vise ainsi à appréhender les logiques qui sous-tendent ces pratiques de santé périnatale. Les deux pratiques ici observées, non cliniques, sont situées au carrefour de la médecine et du social et permettent de mettre en lumière les relations que les femmes entretiennent avec les professionnels de santé d'une part et les membres de leur famille d'autre part. Dans notre analyse, nous prenons en compte la diversité des approches d'accouchement et de la santé périnatale qui existent à l'intérieur des pratiques observées en maternités françaises : médecine conventionnelle, médecine non conventionnelle, etc. Par conséquent, les pratiques dites « occidentales » sont traversées par des courants très divers voire antagonistes. Nous tenons compte de ce pluralisme interne et verrons ainsi au fil de cet article qu'il existe parfois des recouvrements, en lien avec le pluralisme médical, entre médecine chinoise et certaines approches alternatives à la médecine conventionnelle observées en France. Nous cherchons justement à démontrer l'appropriation et la réappropriation de chacune des formes de médecine dans l'optique d'une émancipation des femmes.
- 9 Par « émancipation des femmes », nous entendons ici la mise en œuvre de pratiques qui construisent leur autonomie, marquée par une capacité d'agir en vue d'interrompre ou de renverser les rapports de domination. Des travaux précédents sur le genre et l'émancipation des femmes montrent très justement la complexité, la réversibilité et la fragilité du processus d'émancipation (Achin & Naudier, 2013). En effet, il existe une multiplicité d'appropriations, de processus de subjectivation, et une diversité de capacités d'action face aux normes dominantes chez les femmes (Butler, 2006). En prêtant attention aux conditions sociales qui rendent possible la mise à distance des normes dominantes (de médecine et de famille, de genre et de relation intergénérationnelle) et la capacité d'agir dans l'élaboration d'une émancipation, nous interrogerons dans cet article les jeux, les négociations, les stratégies⁷ et les résistances mises en œuvre par ces femmes dans leurs interactions avec le système de soins français d'un côté, en analysant leur intention ou au contraire leur résistance à se conformer au suivi prénatal et aux injonctions qui leur sont faites dans les services de

suites de couches, et dans leur vie familiale de l'autre, en examinant la reconfiguration des relations familiales (intergénérationnelles et conjugales) en contexte migratoire à ce moment charnière de leur vie de femme.

- 10 En Chine, les changements de comportement et de restrictions obligatoires au cours de la maternité se manifestent sous forme de modifications du régime alimentaire et des activités sanitaires et physiques des femmes enceintes. Selon certains auteurs, les pratiques du repos post-partum participent à l'autonomisation des femmes à travers la prise de conscience et de contrôle de leur propre corps et des rapports de pouvoir (Zhang *et al.*, 2009). En effet, depuis la fondation de la République populaire de Chine, la médecine clinique occidentale et la médecine chinoise coexistent d'un point de vue institutionnel et forment conjointement le système de santé chinois. Ainsi, il arrive aux femmes chinoises, sur le sol chinois, de recourir à un pluralisme médical et de négocier entre plusieurs registres médicaux : malgré une différenciation sociale en termes d'origine géographique, d'origine sociale et de génération démographique, la plupart vont à l'hôpital ou à la clinique d'orientation médicale occidentale pour l'accouchement, et se plient plus ou moins aux injonctions de repos post-partum et de diététique promues par la médecine chinoise (Su, 1997 ; Zhang *et al.*, 2009 ; Liu, 2017). Les relations qu'elles entretiennent avec leurs mère et belle-mère influencent entre autres leurs recours à la médecine chinoise après l'accouchement (Holroyd *et al.*, 2011).
- 11 Il convient de rappeler la spécificité des femmes chinoises en migration par rapport aux femmes chinoises en Chine. Bien que le pluralisme médical soit déjà plus ou moins présent dans leur pays d'origine, les ressources médicales et paramédicales mises à disposition des femmes chinoises sont largement reconfigurées en contexte migratoire. Autrement dit, les rapports que ces femmes chinoises en France entretiennent avec la médecine clinique occidentale et la médecine chinoise sont radicalement différents, pour de multiples raisons conditionnant l'offre de soins et l'accès aux soins, dont l'origine sociale, le niveau d'éducation, etc. À cela s'ajoute la distance géographique séparant les femmes chinoises immigrées seules en France de leurs proches familiaux restés en Chine, ce qui modifie les rapports de force précédemment établis au foyer et dans la famille élargie.

Soins par l'alimentation et repos postnatal : la santé périnatale selon la médecine chinoise

- 12 Selon la médecine chinoise, qui repose sur une vision holistique qui ne sépare pas le corps de l'esprit, l'état de santé peut être défini comme un état d'équilibre entre les différentes forces vitales présentes à l'intérieur d'un individu de même qu'avec des forces qui lui sont extérieures. L'énergie vitale interne, le Qi (气), peut se décliner sous deux formes opposées : le Yang (阳气) et le Yin (阴气). Lorsqu'un déséquilibre Yin/Yang apparaît, des compléments alimentaires (补品) peuvent être consommés afin de suppléer au déficit énergétique.
- 13 Dans cette perspective, la période de grossesse est davantage considérée comme un état de déséquilibre énergétique que comme un état pathologique à proprement parler (Pillsbury, 1978). Après l'accouchement, la femme demeure dans un état de déplétion Yang durant lequel il lui est recommandé de consommer des aliments « chauds » et d'éviter la consommation de tout aliment « froid ». Les termes « chaud » et « froid » ne

font pas référence à la température réelle, mais désignent une qualité intrinsèque correspondant à une catégorie dans la théorie du *Yin/Yang*.

- 14 Plusieurs publications en langues chinoise et anglaise se sont intéressées aux rites du *zuo yuezi* (坐月子), littéralement traduit par « s'asseoir pour le mois », consistant en des représentations et pratiques de réclusion postnatale d'un point de vue anthropologique et médical. La plupart de ces études ont été réalisées auprès de femmes chinoises résidant en Chine métropolitaine (Cheung *et al.*, 2006), à Hong Kong (Holroyd *et al.*, 2005), à Taiwan (Pillsbury, 1978 ; Weng, 1993) et dans les pays anglo-saxons (Chang *et al.*, 2018 ; Lam *et al.*, 2012).
- 15 Selon ces auteurs, la réclusion du post-partum contient plusieurs composantes majeures : d'abord un repos physique prescrit, qui se traduit par un confinement à domicile à l'abri du « froid », et une dispense des tâches ménagères et des soins prodigués à l'enfant, qui implique le soutien quotidien d'une personne accompagnante et aidante. Il s'agit d'une femme souvent plus âgée qui a également pour fonction de transmettre à la mère les prescriptions de soins et de vérifier leur bonne application. Ensuite, un régime alimentaire équilibré selon les catégories traditionnelles vise à rétablir la santé de la femme, à la protéger des maladies futures et à favoriser la sécrétion de lait maternel si la femme souhaite allaiter.

Méthodologie : la santé périnatale à la lumière de la migration chinoise en France

- 16 Entre 2016 et 2018, nous avons mené une enquête qualitative auprès d'une trentaine de femmes d'origine chinoise, rencontrées grâce à la méthode « boule de neige », toutes en cours de grossesse ou ayant accouché à Paris après 2010. Outre les entretiens semi-directifs menés individuellement avec ces femmes, nous avons pu rencontrer, dans une dizaine de cas, leur conjoint et/ou d'autres membres de leur famille (notamment leurs parents), avec qui nous avons conduit également des entretiens. Des sessions d'observation participante ont été réalisées à leur domicile (lors des repas familiaux par exemple), dans des lieux de sociabilité (restaurants, événements festifs), ou dans des lieux de soins (maternités, protections maternelles et infantiles [PMI], centres médicaux libéraux). Les points de vue et les pratiques des conjoints et parents nous permettent de mieux situer ceux des femmes interviewées puisque qu'ils sont parties prenantes des rapports de force relationnels dans lesquels elles sont inscrites. Néanmoins, dans le cadre de cet article, les points de vue et les pratiques des femmes sont analysés de façon privilégiée étant donné l'intérêt premier accordé au processus d'émancipation et de subjectivation des femmes elles-mêmes. Ainsi, les acteurs en interaction avec ces femmes chinoises (entourage familial et personnel de santé) occupent une place secondaire dans notre analyse, d'un point de vue épistémologique.
- 17 Les enquêtées, âgées de 26 à 45 ans, sont issues de trajectoires migratoires différentes – marquées non seulement par l'origine régionale mais également par le motif et la modalité migratoires – et de milieux sociaux divers. Les réseaux sociaux de soutien entourant les femmes enquêtées (présence ou non des parents et des beaux-parents, et plus largement l'ancrage de femmes dans les réseaux chinois), les configurations familiales nucléaire et élargie (y compris le choix du conjoint), ainsi que le niveau d'éducation, la maîtrise du français et plus globalement l'insertion professionnelle et

sociale des femmes interviewées sont les facteurs sociaux les plus saillants qui conditionnent les pratiques de santé périnatale. Il est ainsi pertinent de distinguer ici les femmes originaires de la région de Wenzhou⁸ des autres car l'immigration des personnes de cette région, première provenance régionale des migrants chinois en France et la plus ancienne⁹, présente des caractéristiques uniques en termes de réseau de soutien interethnique, de configuration familiale et de milieu social. Rappelons que les Wenzhous primo-arrivants, dont la première vague migratoire remonte à la veille de la Première Guerre mondiale, sont majoritairement des migrants économiques non qualifiés et quittent leur pays avec l'objectif d'une migration en famille. Autrement dit, dans l'Hexagone, il existe des réseaux de soutien entre Wenzhous établis depuis plus d'un siècle, qui sont parfois connectés avec ceux des pays européens voisins. Les Chinois primo-arrivants venant d'autres régions chinoises – quel que soit le motif migratoire : études supérieures, besoins économiques, etc. – ont immigré en France plus récemment et moins en unité familiale.

- 18 Ces caractéristiques migratoires se reflètent sur notre terrain et se traduisent par les faits suivants : premièrement, les femmes de la région de Wenzhou que nous avons rencontrées ont beaucoup plus souvent des proches familiaux (notamment les figures féminines proches : mères, belles-mères, tantes, etc.) présents sur le sol français. Deuxièmement, elles sont davantage en couple avec des conjoints originaires de la même région. Ces choix matrimoniaux renforcent par ailleurs le précédent constat sur la présence des belles-mères en France. Enfin, les seules femmes descendantes de migrants chinois que nous avons rencontrées sont toutes issues de familles originaires de la région de Wenzhou, étant donnée l'ancienneté de la présence de cette population en France. Ces descendantes maîtrisent parfaitement le français et sont de manière générale plus diplômées que la génération de leur mère. Elles travaillent dans des entreprises familiales (par exemple en tant que comptable ou chargée de communication) ou dans des entreprises françaises comme salariées. Alors que les primo-arrivantes de Wenzhou, moins éduquées, sont femmes au foyer, travailleuses dans des secteurs à forte intensité de main d'œuvre tels que la confection ou la restauration ou encore gérantes de petits commerces familiaux (import-export, restaurant, bureau de tabac, etc.).
- 19 Les femmes enquêtées originaires d'autres régions de Chine, toutes primo-arrivantes, sont moins ancrées dans des réseaux familiaux et ethniques, étant donné qu'elles ont migré « seule ». En termes de configuration conjugale, la grande majorité sont mariées à des personnes originaires de régions et pays variés : Chine mais aussi pays d'Asie du Sud-Est, pays européens, Maghreb, etc.¹⁰. Majoritairement qualifiées, ces femmes maîtrisent mieux le français que les primo-arrivantes de Wenzhou et recourent moins à une sociabilité intra-ethnique.
- 20 Ces différences en matière d'ancrage dans les réseaux ethniques, de configuration familiale (présence ou non de personnes aidantes notamment) et de maîtrise du français (levier thérapeutique non négligeable) jouent conjointement dans les cultures et pratiques de santé durant la période périnatale. Ainsi, les femmes que nous avons interviewées sont plus ou moins exposées aux normes occidentales d'accouchement et aux rapports de force précédemment établis au sein du foyer nucléaire et de la famille élargie.
- 21 Dans la suite de l'article, nous montrons dans un premier temps que le recours à un pluralisme médical pendant la période périnatale peut être appréhendé par les femmes

interviewées comme une façon de s'émanciper des normes cliniques occidentales et de se soustraire aux violences institutionnelles après un accouchement médicalisé. Nous verrons dans un second temps que ce recours à un pluralisme médical participe à leur émancipation des rapports de force précédemment établis au sein du foyer et de la famille élargie.

S'émanciper des normes cliniques occidentales et des violences institutionnelles à la suite d'un accouchement médicalisé

- 22 Face au suivi prénatal et aux injonctions faites aux femmes dans les services de suites de couches, les enquêtées développent des pratiques de santé hybride, au croisement de la compliance et de la résistance. Nous analysons dans cette partie les pratiques de santé périnatale qui relèvent de la médecine chinoise au prisme des interactions des femmes enquêtées avec le système de soins français.
- 23 Des conditions sociales président en effet à l'adoption des normes de périnatalité répandues dans les maternités françaises. Bien que toutes les femmes rencontrées aient accouché à Paris, elles ne maîtrisent pas toutes le français couramment, et encore moins l'ensemble du vocabulaire médical et paramédical de la périnatalité. Ce qui entrave pour certaines la communication avec les professionnels de santé français, et par conséquent la transmission de ces normes. Parmi les femmes issues des milieux les plus populaires, rares sont celles qui assistent aux séances de préparation à l'accouchement proposées par la maternité, et certaines ne s'y rendent que pour accoucher. Comme la majorité voire la totalité de leurs activités professionnelles et domestiques sont menées au sein des réseaux chinois, les discours, pratiques et normes de la périnatalité qui circulent en maternités françaises sont relativement méconnus de ces femmes jusqu'au moment de l'accouchement. Cela peut renforcer les incompréhensions entre patientes et soignants, qui peuvent générer chez certaines enquêtées un sentiment de violence subie.
- 24 C'est le cas de Zhiling, 30 ans, couturière, qui a accouché de son premier enfant à l'âge de 29 ans dans un hôpital public situé dans le nord de Paris. Suivie à la ville par son médecin traitant puis une gynécologue, tous deux d'origine chinoise et consultant en langue chinoise, Zhiling, qui maîtrise quelques mots de base en français, nous confie qu'elle n'a « rien compris lors de l'accouchement » et que « la seule chose [qu'elle a] faite était de laisser-faire ». Bien qu'elle ait été accompagnée de son mari – un cuisinier primo-arrivant chinois ne parlant pas français – pendant l'accouchement, elle décrit ce dernier comme une expérience marquée par « la solitude, la peur et la violence, face aux professionnels de santé français à l'hôpital ».

Allongée sur le lit et entourée des soignants inconnus, en plus je ne comprenais pas grand-chose de ce qu'ils me disaient, dans ma tête, j'ai pensé tout de suite à une expression chinoise : « *ren wei dao zu, wo wei yu rou* 人为刀俎我为鱼肉 » [eux ils sont le couteau et la planche, moi je suis le poisson et la viande sur la planche]. Ma vie est dans leurs mains et je ne peux rien décider. Les soignants étaient autant embêtés de ces problèmes de langue je pense. Sous émotions et stress, ils criaient pour me demander de pousser avec le forceps dans

la main ; et moi, je ne pouvais m'empêcher de pleurer. Quand j'y repense, c'était très difficile, pour eux comme pour moi. Mon corps ne m'appartenait plus. C'est effrayant et désespérant. Pendant ces quelques heures, j'avais l'impression de vivre tout le contraire de ce que mes médecins chinois [de ville] me disent souvent : c'est nous le maître de notre corps, et le corps et l'esprit ne se séparent pas. (Extrait d'entretien mené en chinois, traduit en français par l'auteure, octobre 2016, Paris 19^e arrondissement)

- 25 Si ces violences décrites et vécues par Zhiling sont inévitablement renforcées par les barrières linguistiques, elles sont avant tout inhérentes aux violences institutionnelles et obstétricales auxquelles contribue un abus de la médicalisation de l'accouchement (notamment l'utilisation d'instruments tels que les forceps) par la médecine clinique occidentale, et la perte d'autonomie et de contrôle de la femme sur son propre corps. Le système d'interprétariat fait défaut, ce qui renforce les inégalités d'accès aux soins. En effet, même s'il est en théorie possible, au sein de l'AP-HP, de faire appel à un interprète en consultation – soit via une liste au sein du personnel de l'hôpital, soit par l'association ISM Interprétariat –, les budgets limités et la logique gestionnaire et organisationnelle des hôpitaux ne le permettent pas en pratique. Ainsi, si la patiente ne se présente pas elle-même en salle de naissance avec une personne susceptible d'assurer la traduction, les échanges durant l'accouchement seront très limités, sachant que ces « barrières linguistiques » laissent également les professionnels démunis. Dans le cas de Zhiling, les violences obstétricales qu'elle a subies ne tiennent donc pas uniquement à la médicalisation de la naissance, mais également à une logique gestionnaire de plus en plus marquée dans les hôpitaux, qui pèse encore plus lourdement sur les femmes ne maîtrisant pas ou peu le français.
- 26 Si durant son accouchement, Zhiling a de fait été exclue des choix relatifs aux approches et aux méthodes d'accouchement, elle cherche à s'émanciper des normes cliniques occidentales durant la période post-partum. Après l'accouchement, elle a l'impression d'avoir « *un corps déchiré et abîmé* ». Pour retrouver son corps, le seul moyen à ses yeux est de suivre les prescriptions de la médecine chinoise. Ainsi, elle refuse de manger les plateaux repas de la maternité et une fois rentrée, elle s'interdit de manger des fruits et d'autres aliments considérés comme « froids » pendant plusieurs semaines. Même si Zhiling ne reste pas alitée un mois durant le « repos postnatal », elle restreint néanmoins au maximum ses sorties. Par conséquent, c'est son mari qui amène le nourrisson à la première consultation de la PMI¹¹.
- 27 Comme Zhiling, les autres enquêtées ayant souffert d'une intervention instrumentale au moment de l'accouchement (notamment usage de forceps ou de ventouse, épisiotomie) ont été plus enclines que celles n'en ayant pas subie à adopter les méthodes de soins et de repos recommandées par la médecine chinoise, sans pour autant les suivre strictement. Le travail de réflexion et de négociation sur leurs propres pratiques de santé durant la périnatalité est particulièrement flagrant chez les femmes qualifiées. Chacune à sa façon, elles naviguent entre deux systèmes de médecine, recomposent et innovent à partir des pratiques qu'elles jugent les plus adaptées et les plus pertinentes pour leur propre santé et leur bien-être.

- 28 Examinons le cas de Pei, experte comptable salariée d'une multinationale. Jeune mère d'un enfant, elle a choisi d'accoucher, à l'âge de 34 ans, dans une clinique privée qui offre des services en langue anglaise. Elle relate ainsi son expérience d'accouchement :

Même si mon français est correct, je voulais être sûre de bien comprendre les professionnels. C'est principalement pour cette raison que j'ai voulu être dans une clinique privée. Aussi parce que je voulais être accompagnée de mon mari, pendant l'accouchement et après durant les nuits. J'avoue que le service de prestations des chambres est irréprochable, c'est comme dans un hôtel. Mais j'étais malgré tout déçue de l'accouchement : j'attendais plutôt des services personnalisés, avec plus de soins orientés vers le bien-être, le naturel et la globalité. Mais finalement, outre une séance de réflexologie plantaire après l'accouchement, celui-ci en lui-même, était très orienté vers le biomédical et la chirurgie. Il y avait un côté froid et déshumanisé qui m'a consternée. Même si l'on m'a informée de l'usage de ventouse et de l'épisiotomie, sur le moment, que pouvais-je faire d'autre que de dire OK ? ! Je ne les voulais pas mais est-ce que j'avais vraiment le choix de négocier ? ! Après je ne veux pas me plaindre non plus, l'essentiel est que le bébé soit arrivé *safely* ! (Extrait d'entretien mené en chinois, avec de rares usages des mots en anglais, traduit en français par l'auteure, avril 2017, Paris 9^e arrondissement)

- 29 La principale critique formulée par Pei cible la gouvernance presque omniprésente de la médecine clinique occidentale sur les corps féminins pendant l'accouchement. À ce titre, nous pouvons situer son attente de soins tournés vers « le bien-être, le naturel et la globalité » dans le contexte global des mouvements de la « naissance naturelle » observés en Europe (voir entre autres Quagliariello, 2017) – ce qui renvoie au constat susmentionné sur les pratiques de naissance et de santé périnatale dites « occidentales » qui sont divisées en courants très divers voire antagonistes. Dans le cas de Pei, les professionnels ont certes obtenu son consentement pour les interventions obstétricales, mais elle était dans l'incapacité de contredire l'autorité médicale. Il est tout aussi intéressant de nous pencher sur l'adjectif que Pei utilise pour décrire son expérience d'accouchement : « déshumanisé ». C'est précisément afin de « (ré)-humaniser » son corps qu'elle adopte certaines pratiques de médecine chinoise après l'accouchement.

J'ai voulu écouter mon corps. Le corps n'est pas et ne devrait pas être un simple objet de traitement médical. Pendant l'accouchement, il était malheureusement traité comme ça, sans choix, probablement inévitable. Mais pour le postnatal, je peux maîtriser ce que je fais, ce que je mange, et les façons dont j'observe mon corps et dont j'interagis avec lui. Cette vision globale de la médecine chinoise m'aide à me remettre des déchirures vaginales et des points de suture. (Extrait d'entretien mené en chinois, avec de rares usages des mots en anglais, traduit en français par l'auteure, avril 2017, Paris 9^e arrondissement)

- 30 Durant les deux jours d'hospitalisation, le couple a demandé l'accord du personnel de la clinique pour apporter sa propre nourriture à la maternité, à savoir des plats et des soupes contenant des plantes et ingrédients médicinaux, préparés par une connaissance cuisinière. Dans ce cas, la femme (et plus largement cette famille chinoise) n'est pas écartelée entre deux systèmes de normes mais parvient à les faire coexister. Par ailleurs, contrairement à Zhiling qui s'interdisait de manger des fruits durant un mois, Pei développe une autre stratégie qui consiste à faire cuire tous les fruits en ajoutant du gingembre, jugé « chaud » et préconisé dans la cuisine quotidienne, pour contrebalancer la nature « froide » des fruits.

En France, il est recommandé de consommer cinq fruits et légumes par jour. Maintenant je ne peux plus vivre sans cette dose de vitamines et de fibres. En même temps, si depuis des milliers d'années, les femmes chinoises ne consomment presque pas de fruit après l'accouchement, il y a sans doute une partie de vérité derrière, donc je ne veux pas y désobéir complètement non plus. D'où ce compromis. (Extrait d'entretien mené en chinois, avec de rares usages des mots en anglais, traduit en français par l'auteure, juin 2017, Paris 9^e arrondissement)

- 31 Nous voyons ici que Pei navigue entre normes nutritionnelles à l'occidentale – la campagne de sensibilisation « cinq fruits et légumes par jour » promue par les médias, les pouvoirs publics et les professionnels de santé en France – et normes de soins par l'alimentation¹² selon la médecine chinoise.
- 32 De nombreux autres exemples du quotidien témoignent de la même logique de reconfiguration des normes chez Pei comme chez d'autres enquêtées. Par exemple, même si tout contact avec l'eau est censé être interdit selon la médecine chinoise, nous observons différents degrés de contournement de cette norme, qui peuvent être corrélés avec les différents degrés de médicalisation de l'accouchement des enquêtées. Pour se laver, certaines se servent d'une éponge avec de l'eau tiède ou de l'eau bouillie puis refroidie à bonne température. D'autres utilisent de l'eau infusée avec par exemple de l'écorce de gingembre ou des feuilles de pamplemousse, ingrédients jugés « chaud » pour le corps. Même en été, plusieurs mères rencontrées en PMI se protègent la tête, partie jugée très sensible à l'influence du froid, avec un bandeau ou un morceau de tissu. Ces pratiques de protection contre le froid sont destinées à protéger l'accouchée contre le développement de maladies chroniques à venir, en particulier des maladies rhumatismales.
- 33 Si la médecine chinoise peut servir aux femmes enquêtées d'outil de résistance à la domination des normes cliniques occidentales, à l'échelle individuelle et à la suite d'un accouchement médicalisé, cette médecine ne cesse d'être critiquée et revisitée par ces mêmes femmes dans le contexte migratoire. Sur notre terrain, certaines pratiques traditionnellement recommandées par la médecine chinoise sont bannies par les enquêtées : s'aliter durant un mois, ne pas marcher, ne pas lire afin de reposer les yeux, et dans le même esprit de repos total, ne pas s'occuper du tout du nouveau-né. Si elles parviennent à proscrire ces pratiques, c'est en partie grâce aux discours des professionnels de santé et de la petite enfance avec qui elles interagissent en France, outre le fait que le style de vie et les conditions de travail des femmes ont largement évolué depuis des milliers d'années en Chine comme ailleurs dans le monde. Plus la

femme enquêtée est exposée aux différents courants de pensées et de normes relatifs à la santé périnatale et maternelle – en fonction de son parcours social et de sa trajectoire migratoire –, moins elle a tendance à suivre strictement les indications de la médecine chinoise¹³.

S'émanciper des rapports de force précédemment établis au sein du foyer et de la famille élargie

- 34 Les pratiques de médecine chinoise tout comme les relations familiales sont reconfigurées en contexte migratoire et au moment de la période périnatale. Dans certaines circonstances, les normes et les indications communiquées par les professionnels de santé français sont mobilisés comme arguments dans les négociations des enquêtées avec leurs ascendants. Sur notre terrain, la présence de la génération des parents (notamment mère et belle-mère) et leur implication dans les tâches domestiques impactent fortement la vie postnatale de l'accouchée, en particulier le régime alimentaire, ce qui implique généralement un suivi plus strict des recettes traditionnelles de la médecine chinoise.
- 35 Hong, femme de ménage, consommait « dix œufs par jour » pendant le mois suivant son accouchement¹⁴. Elle dit « ne pas avoir eu le choix¹⁵ » face à l'insistance de sa belle-mère. Qing, une autre enquêtée également originaire de la région de Wenzhou, accompagnée et aidée par sa propre mère pendant un mois, résume son régime alimentaire en un seul mot : « sucré »¹⁶. À la place de l'eau, Qing buvait de l'infusion de sucre roux (红糖水), qui aurait pour propriété de favoriser « l'élimination des lochies¹⁷ » (Papet, 2005).
- 36 C'est souvent à la suite de visites médicales (en maternité, chez le généraliste ou le gynécologue) que certaines enquêtées commencent à se poser des questions sur le régime alimentaire proposé par leur mère et/ou belle-mère, et parfois à envisager de mettre un terme à ces pratiques de soins par l'alimentation, jugées « trop nutritionnelles, avec une surconsommation de sucre, de matière grasse et de protéine¹⁸ ».
- 37 À travers le cas de Peggy, Française d'origine chinoise, salariée de l'entreprise familiale d'import-export, nous verrons comment ces femmes naviguent entre plusieurs systèmes de normes.

Je suis allée chez ma gynéco pour la consultation postnatale. J'avais encore 14 kilos de plus qu'avant [la grossesse]. Elle me regardait avec un air de juge puis m'a dit : « Vous étiez plutôt mince [avec un IMC de 18,4] et vous avez pris 18 kilos. Normalement une grande partie de ce que l'on prend pendant la grossesse se perd après l'accouchement. » Je lui ai donc raconté comment ma mère me gavait de ses *bupins* [compléments alimentaires]. Elle était sidérée. Et en rentrant, j'ai dit à ma mère d'arrêter. (Extrait d'entretien mené en français, janvier 2018, Pantin)

- 38 Ici les discours de sa gynécologue conduisent Peggy à prendre du recul sur le régime alimentaire postnatal imposé par sa mère, et à négocier ses pratiques de santé avec son entourage. Lorsque les ascendants se montrent autoritaires et fermés à ce type de négociation et d'ajustement, certaines enquêtées peuvent décider, comme stratégie temporaire de contournement et d'émancipation de l'autorité parentale, d'employer

une personne tierce appelée *yuesao* (月嫂, littéralement traduit par « matrone du mois »), qui accompagne et aide l'accouchée pendant la période de post-partum. En effet, en Chine, c'est une nouvelle profession qui émerge depuis une dizaine d'années. Le gouvernement ayant autorisé leur professionnalisation, les *yuesaos* reçoivent des formations en soins de maternité et néonataux et peuvent être « certifiées » au niveau national. Sur le sol chinois, elles sont toutes salariées, les unes travaillant dans des centres de repos postnatal (坐月子中心) en partenariat avec des maternités et des hôpitaux, les autres intervenant au domicile des accouchées. Ces services se développent également à l'étranger, au sein des diasporas chinoises, comme l'illustre le cas de Chi.

- 39 Architecte stagiaire de 27 ans, Chi explique ainsi qu'elle a eu recours à une *yuesao* comme moyen de tenir à distance ses parents et beaux-parents (résidant pourtant en Chine), tout du moins pendant la période postnatale.

Faire venir les parents ou les beaux-parents en France, c'est déjà compliqué. Ils n'ont pas les mêmes visions des choses, et ça peut causer des malentendus, des incompréhensions, voire des prises de tête et des disputes. Employer quelqu'un, c'est différent. Le fait d'avoir payé, ça règle le cadre d'échange. Elle suit mes ordres et ne va pas me contredire. Nous l'avons trouvée sur les conseils d'amies et avons réservé son service dès mon troisième mois. Elle était payée 55 euros par jour, prime non incluse. C'était elle qui s'occupait de la cuisine de toute la famille, du ménage, des soins du bébé. Globalement j'en étais contente et en fin de compte, j'avais l'impression d'avoir ma mère à côté et c'est devenu une relation attachante. (Extrait d'entretien mené en chinois, traduit en français par l'auteure, septembre 2018, Paris 17^e arrondissement)

- 40 Dans le cas de Chi, nous voyons bien l'ambivalence du rôle de la médecine chinoise parce qu'elle soumet la femme à un autre ordre dans la relation de soin au quotidien. Se substituant aux parents et beaux-parents de Chi, cette *yuesao*, tierce personne, peut être considérée comme une aide à l'émancipation de l'autorité parentale. Dans d'autres configurations familiales, en absence de la génération ascendante, la plupart des conjoints se chargent des tâches ménagères pendant la période périnatale. Parmi eux, les conjoints d'origine chinoise sont ceux qui préparent le plus souvent des repas inspirés de recettes diététiques chinoises. Ces dernières sont soit transmises par les ascendants (parents et grands-parents), soit renseignées dans les livres de recettes ou sur les forums Internet spécifiquement dédiés à la période de repos postnatal.
- 41 Beaucoup de conjoints avouent qu'ils sont amenés à préparer les repas pour la première fois de leur vie. Par ailleurs, les conjoints socialisés à la pratique de repos post-partum apportent une aide majeure pendant cette période spécifique. Le couple Li – primo-arrivants originaires de la région de Wenzhou, vendeuse et électricien – nous ont montré pendant l'entretien les menus des sept premiers jours après l'accouchement. Nous y avons vu six repas par jour : au trois repas classiques (respectivement à 7 h, 12 h et 18 h) s'ajoutent un goûter à 10 h, un autre à 15 h et un dernier à 21 h. Les repas sont entièrement préparés par Monsieur Li.
- 42 Pour Madame Li, c'était la première fois qu'elle se déchargeait des tâches culinaires au sein du foyer. Elle racontait ainsi :

Cette période où mon mari faisait la cuisine m'a fait beaucoup de bien, même si c'était temporaire. Il a fini par se rendre compte de la lourdeur des tâches ménagères, de ce que je faisais au quotidien à côté de mon travail. Cela a changé un peu sa vision des choses. Avant la grossesse, il ne faisait rien du tout ; depuis cet épisode, il m'aide de plus en plus. (Extrait d'entretien mené en chinois, traduit en français par l'auteure, novembre 2018, Aubervilliers)

- 43 En effet, la période périnatale peut être appréhendée comme un moment de redistribution des tâches domestiques au sein du couple, notamment pour les configurations conjugales les plus inégalitaires en termes de division du travail ménager, même si ces renversements des rapports de force intraconjugaux ne perdurent pas. Ainsi, le repos postnatal prescrit par la médecine chinoise a au moins le mérite de contribuer, à un certain degré, à l'émancipation plus ou moins temporaire de la femme de la domination masculine. Quant à l'homme, en se chargeant d'une partie du travail domestique habituellement assuré par sa conjointe, il apprend à valoriser ce type de travail invisible. Les rapports de force entre sexes et genres peuvent ainsi être reconfigurés, de manière plus ou moins pérenne.
- 44 Par ailleurs, le rôle joué par les professionnels de santé français dans l'accompagnement des jeunes parents s'avère non négligeable, notamment dans le cas des couples qualifiés et francophones. Plus le couple est en contact et en interaction avec eux, plus ils sont aptes à se réappropriier, à différents degrés, les recommandations de la médecine chinoise.
- 45 Le couple formé par Feng et Lili est à ce titre illustratif. Venus en France pour leurs études supérieures, Feng est ingénieur informatique et Lili travaille comme conseillère en acquisition d'œuvre d'arts. Avant la grossesse, le couple partage les tâches domestiques de manière « à peu près égalitaire ». Après l'accouchement, en plus de ses onze jours consécutifs de congé paternité, Feng a pris trois semaines de congés pour prendre soin de sa femme et du petit.

Nos parents ne sont pas venus de Chine donc nous comptons sur nous-mêmes. Au départ, ils étaient très présents, via Internet. Tantôt mes parents voulaient nous envoyer des ailerons de requin (鱼翅). Tantôt mes beaux-parents disaient que le nid d'hirondelle (燕窝) serait meilleur pour la santé de l'accouchée. Il y avait des tensions entre belles-familles. Ce n'était pas facile à gérer, surtout nous étions perdus avec toutes ces informations, parce que nous ne connaissions rien, de l'alimentation du nouveau-né au changement de couche... Heureusement, une sage-femme venait régulièrement chez nous, elle et ses collègues de maternité nous ont appris plein de choses. Selon eux, la nourriture de la mère après l'accouchement, c'est très simple, il suffit qu'elle soit fraîche et saine. Cela nous a libéré des discours des anciens, et des tensions familiales également ! En cuisinant, j'ai un peu suivi les recommandations de recettes chinoises mais sans me prendre la tête : *congees*, soupes, bouillons, plats cuits à la vapeur ou à l'eau ; peu de matières grasses, peu de sauces, produits bio, avec un *rice-cooker*, tout est réglé ! (Extrait d'entretien mené en chinois, avec

de rares usages de mots en anglais, traduit en français par l'auteure, novembre 2016, Antony)

- 46 Migrants qualifiés et francophones, Lili et Feng ont pu, grâce à leurs interactions avec des professionnels de santé français, se détacher des représentations et des normes relatives à la santé périnatale intériorisées par leurs ascendants, et s'épargner les tensions familiales potentielles liées à la transmission intergénérationnelle transnationale de ces normes chinoises. Soulignons également que c'est une sage-femme et non un médecin – point commun avec d'autres cas observés – qui aide à rendre compatibles les approches de la santé périnatale occidentales et « chinoises ».

Conclusion

- 47 Dans cette étude, la mise en lumière de la diversité des déterminants sociaux qui configurent les pratiques de santé a permis de déconstruire les discours biologisants et culturalisants autour de la périnatalité, et de sortir d'une dichotomie catégorielle « occidentale » versus « chinois » dans l'interprétation des rapports au corps et des pratiques de soins. En France, où la médecine chinoise se développe aux marges de la médecine clinique occidentale, des femmes d'origine chinoise opèrent des compromis, mènent des négociations et opposent des résistances dans leurs pratiques de santé durant la période de périnatalité. Le contexte migratoire révèle un assouplissement global des pratiques de santé périnatale en médecine chinoise. Renouvelées, elles conduisent à des modifications, des innovations, voire des ruptures à l'égard des représentations et normes de médecine chinoise relatives à la périnatalité.
- 48 Le processus de réappropriation de normes de la médecine chinoise en contexte migratoire est effectué aux croisements de plusieurs dynamiques : les normes cliniques occidentales de la santé maternelle et les violences institutionnelles et/ou obstétricales dues à la médicalisation de la naissance et à la logique gestionnaire des hôpitaux ; les parcours et trajectoires de chacune et les relations familiales – intergénérationnelles et conjugales – dans lesquelles elles sont ancrées. Dans un contexte de migrations internationales, les pratiques de santé sont d'autant plus perméables aux trajectoires sociale et migratoire des actrices, aux dynamiques familiales et aux divers rapports sociaux dans lesquels elles s'inscrivent.
- 49 D'un côté, les pratiques de médecine chinoise durant la période périnatale peuvent être appréhendées comme une façon de s'émanciper de la domination des normes cliniques occidentales à la suite d'un vécu de violences institutionnelles et obstétricales, et/ou de traitements différenciés. De l'autre, ces pratiques de santé périnatale offrent une occasion à ces femmes de s'émanciper de manière plus ou moins temporaire des rapports de force précédemment établis au sein du couple et de la famille élargie, et notamment de la domination masculine. C'est une occasion de reconfigurer les relations familiales, tant intergénérationnelles que conjugales. La prescription de repos favorise en effet le recentrage de la mère sur son propre bien-être. Dans le même temps, la médecine chinoise joue un rôle ambivalent puisqu'elle peut également soumettre la femme à un autre ordre, notamment dicté par leurs parents ou beaux-parents. Ainsi, pour contrebalancer ces rapports de force, certaines femmes enquêtées se saisissent des discours et normes véhiculés par les professionnels de santé français.

50 Les femmes étudiées ici ne font pas qu'obéir à des injonctions. Elles ne sont pas systématiquement écartelées entre deux systèmes de normes dites « occidentales » et « chinoises », mais parviennent parfois à les faire coexister. Elles peuvent naviguer entre pratiques occidentales et médecine chinoise pour essayer de gagner en autonomie selon les circonstances. Dans ce cas, le pluralisme médical peut être utilisé comme une stratégie de la part des femmes dans cette recherche d'autonomie. Au cours de ce processus émerge un régime de gouvernance corporel – corps chargé de soucis de soi et gouverné par soi-même – marqué par une lecture critique des violences cliniques occidentales et des rapports de domination au sein du foyer et de la famille élargie, et un rapport au corps imprégné de la subjectivité et de réflexion sur le soin réhumanisé.

Cet article a bénéficié des remarques et lectures attentives de Myriam de Loenzien et Aurélie Racioppi, à qui j'adresse mes sincères remerciements.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHIN C. et NAUDIER D., 2013. « L'agency en contexte : réflexions sur les processus d'émancipation des femmes dans la décennie 1970 en France », *Cahiers du Genre*, 55 : 109-130.
- ASTIN J. A., 1998. « Why Patients Use Alternative Medicine : Results of a National Study », *Journal of the American Medical Association*, 279, 19 : 1548-1553.
- BLANC M.-E. et MONNAIS L., 2007. « Culture, immigration et santé : La consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal », *Revue européenne des migrations internationales*, 23, 3 : 151-176.
- BOLTANSKI L., 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 26, 1 : 205-233.
- BOURDIEU P., 1994. « Stratégies de reproduction et modes de domination », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 105 : 3-12.
- BUTLER J., 2006. *Défaire le genre*. Paris, Éditions Amsterdam.
- CALVO E., 1997. « Toujours africains et déjà français : la socialisation des migrants vue à travers leur alimentation : La France et les migrants africains », *Politique africaine*, 67 : 48-55.
- CANDELISE L., 2008. « Construction, acculturation et diffusion de l'“acupuncture traditionaliste française” au XX^e siècle », *Documents pour l'histoire des techniques*, 16 : 76-88.
- CARDE E., 2007. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé publique*, 19, 2 : 99-109.
- CARLIER P. et COGNET M., 2005. « Les défis de la nouvelle politique de santé publique au Québec », *Actualité et dossier en santé publique*, 51 : 9-13.
- CHANG S. H.-C., HALL W. A., CAMPBELL S. et LEE L., 2018. « Experiences of Chinese Immigrant Women Following “Zuo Yue Zi” in British Columbia », *Journal of Clinical Nursing*, 27, 7-8 : e1385-e1394.

- CHEUNG N. F., 1997. « Chinese zuo yuezi (sitting in for the first month of the Postnatal period) in Scotland », *Midwifery*, 13, 2 : 55-65.
- CHEUNG N. F., MANDER R., CHENG L., CHEN V. Y., YANG X. Q., QIAN H. P. et QIAN J. Y., 2006. « 'Zuoyuezi' after Caesarean in China : An Interview Survey », *International Journal of Nursing Studies*, 43, 2 : 193-202.
- DE RUDDER V., POIRET C. et VOURC'H F., 2000. *L'Inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*. Paris, Presses universitaires de France.
- DODIER N. et CAMUS A., 1997. « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 52, 4 : 733-763.
- EL KOTNI M., 2018. « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique », *Autrepart*, 85, 1 : 39-55.
- ETTORRE E., 2009. « Prenatal Genetic Technologies and the Social Control of Pregnant Women : A Review of the Key Issues », *Marriage & Family Review*, 45, 5 : 448-468.
- FARQUHAR J., 1994. « Eating Chinese Medicine », *Cultural Anthropology*, 9, 4 : 471-497.
- FOUCAULT M., 1984. *Histoire de la sexualité. Tome II : L'usage des plaisirs*. Paris, Gallimard.
- GABARRO C., 2018. « L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion », *Migrations Société*, 171, 1 : 93-104.
- GAGNON A. J., ZIMBECK M. et ZEITLIN J., 2009. « Migration to Western Industrialised Countries and Perinatal Health : A Systematic Review », *Social Science & Medicine*, 69, 6 : 934-946.
- GAUDILLIÈRE J.-P., 2002. *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*. Paris, La Découverte.
- GELLY M. et PITTI L., 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, 58, 1 : 7-18.
- GIDDENS A., 1991. *Modernity and Self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, Polity Press.
- GUILLOUX R., 2008. « Médecine moderne occidentale/Médecine traditionnelle chinoise : genèse d'un conflit (1810-1970) », In DUFOURT D. et MICHEL J. (dir.), *La Vie politique de la science : actes du Colloque international des 15-17 mars 2007*. Lyon, L'interdisciplinaire : 99-111.
- HERZLICH C., 1973. « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 14 : 41-59.
- HOLROYD E., LOPEZ V. et CHAN S.W.-C., 2011. « Negotiating "Doing the month" : An ethnographic study examining the postnatal practices of two generations of Chinese women : Chinese postnatal belief practices », *Nursing & Health Sciences*, 13, 1 : 47-52.
- HOLROYD E., TWINN S. et YIM I. W., 2005. « Exploring Chinese Women's Cultural Beliefs and Behaviours Regarding the Practice of "Doing the Month" », *Women & Health*, 40, 3 : 109-123.
- JACQUES B., 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Paris, Presses universitaires de France.
- LAM E., WITTKOWSKI A. et FOX J. R. E., 2012. « A Qualitative Study of the Postpartum Experience of Chinese Women Living in England », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30, 1 : 105-119.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANJEAN H., KAMINSKI M. et LANG T. (dir.), 2000. *Les Inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte.

- LIEBER M., 2012. « Practitioners of Traditional Chinese Medicine in Switzerland : Competing Justifications for Cultural Legitimacy », *Ethnic and Racial Studies*, 35, 4 : 757-775.
- LIU C., 2017. *Une étude sur la médicalisation de la grossesse chez les femmes urbaines chinoises : une approche en termes de construction sociale*, thèse de doctorat, Université de Jilin [刘畅, 2017. 中国城市女性孕期医疗化的社会建构研究, 博士论文, 吉林大学].
- LIU N., MAO L., SUN X., LIU L., CHEN B. et DING Q., 2006. « Postpartum Practices of Puerperal Women and their Influencing Factors in Three Regions of Hubei, China », *BMC Public Health*, 6 : 274.
- MA MUNG E., 2000. *La Diaspora chinoise : géographie d'une migration*. Paris, Ophrys.
- MÉDECINS DU MONDE, 2009. « Lotus bus : enquête auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris » [en ligne], <https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/lotus-bus-enquete-aupres-des-femmes> (page consultée le 28/10/2020).
- MONTAZEAU O., 2010. « L'industrialisation de la naissance », *Spirale*, 54, 2 : 91-111.
- PAPET J.-F., 2005. « À propos de la famille, de la santé, de la naissance chez les migrants chinois originaires du Wenzhou/Qingtian (Zhejiang) », *Migrations Santé*, 124-125 : 51-73.
- PARENT F., 2019. « Le lent processus d'intégration de la médecine chinoise en France. Les apports d'une sociologie des groupes professionnels aux *policy transfer studies* », *Gouvernement et action publique*, 8 : 59-82.
- PILLSBURY B. L., 1978. « "Doing the Month" : Confinement and Convalescence of Chinese Women after Childbirth », *Social Science & Medicine*, 12, 1B : 11-22.
- QUAGLIARIELLO C., 2017. « "Ces hommes qui accouchent avec nous". La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre », *Nouvelles questions féministes*, 36, 1 : 82-97.
- ROSE N. S., 2007. *Politics of Life Itself : Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, Princeton University Press.
- ROVILLÉ-SAUSSE F. et PRADO MARTINEZ C., 2009. « Alimentation et santé des femmes migrantes chinoises et de leurs enfants en Europe occidentale : l'exemple de la France et de l'Espagne », *Antropo*, 19 : 47-56.
- SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., SAUCEDO M., DREWNIAK N., BLONDEL B. et BOUVIER-COLLE M.-H., 2012. « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4 : 30-34.
- SAUVEGRAIN P., 2013. « Des femmes africaines à la mère africaine, en maternité », *Migrations Santé*, 146-147 : 81-100.
- SU H., 1997. « "Reassured Egg" Boiled by Mother in Law : An Anthropologic Investigation on the Lying in of Han Women in the Three Gorges Area », *Journal of Southwest Minzu University (Humanities and Social Science)*, 1 : 62-67 [苏海英, 1997. 婆婆煮的“定心蛋”——三峡汉族妇女坐月子行为的人类学调查, *西南民族大学学报: 人文社会科学版*, 1 : 62-67].
- TABET P., 1985. « Fertilité naturelle, reproduction forcée », In MATHIE N.-C. (dir.), *L'Arraînement des femmes : essais en anthropologie des sexes*. Paris, Éditions de l'EHESS : 61-146.
- TAIN L., 2013. *Le Corps reproducteur : dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Rennes, Presses de l'EHESS.
- URQUIA M., GLAZIER R., GAGNON A., MORTENSEN L., NYBO ANDERSEN A., JANEVIC T., GUENDELMAN S., THORNTON D., BOLUMAR F., RÍO SÁNCHEZ I., SMALL R., DAVEY M. et HJERN A.,

2014. « Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries », *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121, 12 : 1492-1500.
- WANG S., 2013. « “Handicapé ? C’est insulter ma descendance et aussi mes ancêtres !” ». Négociations autour de l’inscription de l’enfant d’origine chinoise à la MDPH », *Terrains & travaux*, 23, 2 : 77-92.
- WANG S., 2016. « Entre stratégie et moralité. Des migrants chinois en situation irrégulière face à la “clause de maladie” », *Politix*, 114, 2 : 205-227.
- WANG S., 2017a. *Illusions et souffrances. Les migrants chinois à Paris*. Paris, Éditions Rue d’Ulm.
- WANG S., 2017b. « La transformation genrée des normes matrimoniales et familiales dans le contexte des migrations internationales. Le cas des Chinoises “conjoint·es de Français·es” résidant en région parisienne », *Revue européenne des migrations internationales*, 33, 2 : 273-300.
- WENG L., 1993. « An Anthropological Investigation of Traditional Chinese Post-Natal Care : the Interrelation Between Recuperative Function and Cultural Meaning », *Journal of Women and Gender Studies (Taiwan)*, 4, 1 : 1-19 [翁玲玲, 1993. 坐月子的人类学探讨 : 医疗功能与文化诠释的关系, *妇女与两性学刊(台湾)*, 4, 1 : 1-19].
- ZHANG M., LIU B. et LU W., 2009. « A Gender Study on “Childbed Confinement” », *Journal of Guangxi University for Nationalities (Philosophy and Social Science Edition)*, 6 : 51-60 [章梅芳, 刘兵, 卢卫红, 2009. “坐月子”的性别文化研究. *广西民族大学学报: 哲学社会科学版*, 6 : 51-60].

NOTES

1. En référence aux recherches anglo-saxonnes conduites depuis plus d’une vingtaine d’années autour de l’usage de *complementary and alternative medicine* (CAM), « médecines alternatives ou complémentaires » (MAC) en français, les résultats statistiques montrent que les variables favorisant l’usage des médecines alternatives des patients adultes sont : le haut niveau d’éducation, la pauvreté, l’orientation holiste de la santé, la présence de certains symptômes (anxiété, maladie chronique, etc.) (Astin, 1998).
2. Sur notre terrain, la moxibustion et le *qigong* (une pratique corporelle) sont également prisés par certaines femmes enceintes, mais souvent d’origines asiatiques. Sur le développement de la médecine chinoise en France et son appropriation, voir entre autres : Candelise, 2008 ; Guilloux, 2008 ; Parent, 2019.
3. Dans cet article, nous utilisons le terme de « médecine clinique occidentale » au lieu de celui de « biomédecine » parce que ce dernier, largement discutable, est une construction de la seconde moitié du XX^e siècle (Gaudillière, 2002).
4. Sur les pratiques de santé des personnes d’origine chinoise vivant dans d’autres contextes nationaux européens, voir par exemple les offres de soins de médecine chinoise en Suisse (Lieber, 2012).
5. Voir www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
6. Voir entre autres Blanc & Monnais, 2007 ; Cheung, 1997 ; Papet, 2005 ; Chang *et al.*, 2018 ; Lam *et al.*, 2012.
7. Le terme « stratégie » n’est pas utilisé ici dans son usage courant de « tactique », mais au sens de Pierre Bourdieu (1994). Selon lui, ce concept désigne les ensembles d’actions ordonnées en vue d’objectifs à plus ou moins long terme et non nécessairement posés comme tels qui sont produits par les membres d’un collectif tel que la maisonnée.

8. La ville de Wenzhou et les villes environnantes de Rui'an, Qingtian et Leqing, dont sont originaires de nombreux migrants, sont situées au sud de la province méridionale chinoise du Zhejiang. Partageant le même dialecte, ces migrants sont collectivement désignés sous le nom de « Wenzhous », le nom de la ville principale.
9. Sur l'histoire migratoire des Chinois dans l'Hexagone, voir entre autres Ma Mung, 2000 et Wang, 2017a.
10. Ce sont souvent les enquêtées les plus qualifiées qui forment des couples extra-ethniques, voir Wang, 2017b.
11. Dans cette étude, nous ne disposons pas de données sur la manière dont le personnel de la PMI perçoit l'absence de la mère à la première consultation. Néanmoins, lors de notre précédente enquête ethnographique en milieux psychiatrique et pédopsychiatrique sur la prise en charge en santé mentale de la population chinoise en région parisienne (voir Wang, 2017a), plusieurs familles chinoises ont été orientées vers les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) par les PMI, dont les motifs de suivi renvoient à l'absence de la mère dès le plus jeune âge de l'enfant. Lors de nos échanges de débriefing avec des pédopsychiatres à l'issue des consultations que nous menions ensemble, le phénomène de repos post-partum chez des femmes chinoises interpelle les professionnels de santé rencontrés, qui observent dans leurs pratiques cliniques les relations « assez, voire très détachées » (terme d'un pédopsychiatre ayant travaillé dans un CMPP dans le 4^e arrondissement de Paris) entre mère et nourrisson dans des familles chinoises venant en consultations.
12. Voir les travaux sur les pratiques diététiques en médecine chinoise susmentionnés. Faute de place, nous ne citons pas ici les travaux plus généraux portant sur les normes de soins par l'alimentation.
13. À titre d'exemple, une enquêtée, primo-arrivante qualifiée, 35 ans, financière de profession, mère de deux enfants nés à Paris, mariée à un descendant originaire de Hong Kong, recourt de façon hybride à plusieurs médecines – médecine clinique occidentale comme médecines dites « alternatives », notamment ayurvédique et chinoise – durant la périnatalité. Durant l'entretien, elle évoque aisément plusieurs méthodes d'accouchement, mentionnant les différentes positions de travail, mais également le fait que certaines de ses copines chinoises vivant à Londres ont accouché à domicile.
14. Son vécu fait écho aux conclusions d'une étude menée dans trois régions chinoises, qui estimait la consommation moyenne journalière d'œufs des femmes entre 160 g en ville et 365 g à la campagne, soit en moyenne entre 2,5 et 6 œufs par jour pendant le mois suivant l'accouchement (Liu *et al.*, 2006).
15. Extrait d'entretien mené en chinois, traduit en français par l'auteure, novembre 2017, Paris 11^e arrondissement.
16. Extrait d'entretien mené en chinois, traduit en français par l'auteure, décembre 2017, Paris 3^e arrondissement.
17. Il s'agit de l'écoulement utérin durant les deux à trois semaines suivant l'accouchement.
18. Propos d'une gynécologue au sujet du régime alimentaire d'une enquêtée que l'auteure a accompagnée en tant qu'interprète lors d'une consultation postnatale dans un hôpital parisien en septembre 2017.

RÉSUMÉS

Cet article analyse deux pratiques de santé périnatale – le régime alimentaire et le repos post-partum – de mères d'origine chinoise à Paris, qui naviguent entre différents registres de soins et de normes médicales et paramédicales. À travers une enquête qualitative menée entre 2016 et 2018 auprès d'une trentaine de femmes d'origine chinoise, et dans certains cas également auprès de leur entourage familial (conjointes et parents), l'article met en relief les logiques sous-tendant leurs pratiques de santé périnatale qui relèvent de la médecine chinoise en contexte migratoire. Les matériaux empiriques montrent que les recours à un pluralisme médical dans le contexte français, pendant la période périnatale, peuvent être appréhendés par ces femmes comme une façon de s'émanciper, au moins de manière ponctuelle et limitée, de la domination des normes cliniques occidentales et des violences institutionnelles d'une part, et des rapports de force à l'intérieur du foyer et de la famille élargie d'autre part.

This article analyzes two perinatal health practices – feeding practices and post-partum rest – of mothers of Chinese origin in Paris, who navigate between different registers of care and medical and paramedical standards. Through a qualitative study carried out between 2016 and 2018 among some thirty women of Chinese origin, and in some cases also among their family circle (spouses and parents), the article highlights the logic underlying their perinatal health practices which are based on Chinese medicine in a migratory context. The empirical material shows that the use of medical pluralism in the French context, during the perinatal period, can be understood by these women as a way of emancipation, at least in a punctual and limited manner, on the one hand from the domination of Western clinical norms and institutional violence ; and on the other hand, from power relations within the home and the extended family.

INDEX

Mots-clés : santé périnatale, médecine chinoise, migration chinoise, genre, émancipation, pluralisme médical

Keywords : perinatal health, Chinese medicine, Chinese migration, gender, emancipation, medical pluralism

AUTEUR

SIMENG WANG

CNRS, CERMES3 et ICM, 7 rue Guy Môquet, 94800 Villejuif (France), simeng.wang@cnrs.fr