



**HAL**  
open science

# Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France

Louise Virole

► **To cite this version:**

Louise Virole. Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. Genre, sexualité & société, 2016, Maternités, 16, 10.4000/gss.3862 . hal-04190358

**HAL Id: hal-04190358**

**<https://hal.science/hal-04190358>**

Submitted on 8 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Genre, sexualité & société

16 | Automne 2016 :

Maternités

Dossier

Articles

---

## Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France

« *Becoming Mother* », « *Becoming Subject* »? *Pregnant undocumented women in France*

LOUISE VIROLE-ZAJDE

---

### **Résumés**

Français English

Cet article analyse les processus de subjectivation des femmes sans-papiers quand elles deviennent mères en France. Alors que la grossesse fragilise les conditions de vie déjà très précaires des femmes en situation irrégulière, le suivi de grossesse permet à ces femmes d'accéder à un certain nombre de droits et à une reconnaissance en tant que sujets. Ces processus de subjectivation sont toutefois conditionnés au fait d'être enceinte et de devenir mère. Ce phénomène de légitimité du corps enceint enferme ces femmes dans un modèle naturalisé, genré et racialisé de la maternité. Certaines femmes s'approprient cette injonction à la maternité et mobilisent leur corps enceint comme ultime ressource pour devenir sujet. La résistance des sujets est souvent vaine face à un contrôle des institutions et des professionnelles qui se renforce et accentue les inégalités de sexe, de race et de classe. Les résultats mis en évidence dans cet article sont issus d'observations ethnographiques dans des structures prenant en charge le suivi de grossesse des femmes en Ile-de-France (maternités, PMI, associations, réseau de santé), ainsi que d'entretiens semi-directifs avec des professionnelles de la périnatalité et des femmes en situation irrégulière enceintes, ou ayant récemment été enceintes en Ile-de-France.

This article analyses the process of becoming a mother when you are undocumented in France. It shows that pregnancy can be a source of subjectivation for these women. When they enter health and social care they are recognized as subjects. However, this process of political recognition depends on their pregnancy statute. Undocumented women in France are confined in a naturalized and racialized vision of maternity. Aware of this phenomenon, several women use their pregnant body as an ultimate resource to be recognized as a subject. Resistance of subjects suffers from an increasing power which stresses sex, race and class inequalities. Results are based on a qualitative study based on ethnographic observations (maternities, PMI, associations, health network) and on interviews with perinatal professionals and undocumented pregnant – or just given birth – women in Ile-de-France.

---

## Entrées d'index

**Mots-clés :** maternité, grossesse, subjectivation, sans-papiers, migrantes

**Keywords :** maternity, pregnancy, subjectivation, undocumented, migrants

---

## Texte intégral

# Introduction

- 1 Les femmes étrangères en situation irrégulière en France vivent dans des conditions de précarité, voire d'exclusion sociale. Sans titre de séjour, elles sont privées du droit de disposer d'un travail légal ou d'un logement à soi (Lesselier, 2004). Souvent issues de migrations récentes et dites primo-arrivantes<sup>1</sup>, ces « sujets précaires » (Butler 2009) sont au cœur de dominations multiples et intersectionnelles de sexe, de classe et de « race »<sup>2</sup> (Catarino, Morokvasic, 2005 ; Cossée et al., 2012). Une grossesse en France bouleverse toutefois les conditions dans lesquelles ces femmes vivent, et ce de façon paradoxale. Alors que l'annonce de la grossesse est souvent synonyme de ruptures conjugales, familiales ou résidentielles, le suivi de grossesse favorise leur accès à des droits qui vont améliorer considérablement leurs conditions de vie. Les accompagnements médico-sociaux des femmes enceintes mis en place dans les maternités, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI)<sup>3</sup> et les associations permettent à ces femmes d'augmenter leurs capacités d'action et d'être reconnues en tant que sujets aux yeux des professionnelles<sup>4</sup> de santé, des institutions de soins et de l'État, à condition toutefois qu'elles soient et restent enceintes.
- 2 À partir de l'étude des parcours de soins des femmes enceintes en situation irrégulière en France, cet article analyse les processus de *fabrique*, la *reconnaissance* et la *résistance* du sujet.
- 3 Loin d'une vision émancipatrice du sujet, la théorie foucauldienne de la *fabrique* du sujet postule que ce dernier est assujéti et objectivé par des dispositifs de pouvoir (Foucault, 1975, 1976 ; Revel 2009). Cet article se situe dans la continuité de cette approche tout en s'inspirant des études féministes postcoloniales, qui montrent que ces sujets sont par ailleurs inscrits dans des rapports intersectionnels de genre, de classe, de race et de colonialité (Benelli et al., 2006 ; Guénif-Souilamas, 2007 ; Cervulle et Testenoire, 2012). Le domaine de la santé n'est pas épargné, au contraire, par ces rapports de pouvoir (Cognet, 2001 ; Cagnet, Hoyez, Poiret, 2012 ; Fassin, Dozon, 2001). Alors que la majorité de nos enquêtées a migré de pays anciennement colonisés par la France (15 sur 20 enquêtées), analyser l'accueil des femmes enceintes en situation irrégulière ne peut se faire sans questionner le contexte postcolonial français<sup>5</sup>. Nous montrerons que les discours des professionnelles contribuent à forger le « discours occidental » (Saïd, 2005) sur « l'Autre colonisé-e ou racisé-e » (Benelli et al., 2006). Mais si les corps racisés incarnent l'altérité, que se passe-t-il quand, avec la grossesse, les corps se transforment ? Comment la grossesse reconfigure-t-elle l'imbrication des rapports de genre, de race et de classe pour les femmes sans-papiers ?
- 4 Le suivi de grossesse des femmes en situation irrégulière a des effets considérables sur leur *reconnaissance* en tant que sujet politique. Dans le contexte actuel, les femmes en situation irrégulière peuvent passer de « sujets précaires » non reconnus par le système (Butler 2009), à sujets de droits grâce à leur grossesse en France. La maternité est historiquement un enjeu de reconnaissance marqué par des luttes politiques qui ont divisé socialement et racialement les femmes (Dorlin, 2007). Nous nous focaliserons ici sur un aspect de cette division raciale trop peu documenté : le statut légal. Être reconnue comme citoyenne ou non en France, tel est l'enjeu ici de la maternité des femmes en situation irrégulière. Car si l'État reconnaît, il peut aussi dénier l'existence des sujets : « le déni de

reconnaissance réside dans l'existence manifeste, publique et vérifiable d'obstacles à la jouissance du statut de membres à part entière de la société pour certaines personnes » (Fraser, 2005, 58). Cet article vise à décrire les conditions d'accès, restrictives, à cette reconnaissance pour les femmes enceintes sans-papiers.

- 5 Enfin, puisque le sujet est toujours « simultanément assujéti et excédant le contrôle disciplinaire » (Cervulle, Testenoire, 2012), nous révélerons les techniques de *résistance* du sujet face à ces tentatives d'assignation (Foucault, 1984). Les études féministes et postcoloniales ont montré qu'il existe une multiplicité de façons d'exister en tant que sujets<sup>6</sup> (Rebughini, 2014). Nous nous intéresserons ici à une forme spécifique de résistance du sujet : celle qui passe par le corps, le corps enceint. Même si le sujet est démuné, il lui reste son corps, qu'il peut mobiliser de manière créative « pour répondre aux différentes dimensions de domination qui s'intersectionnent » (Rebughini, 2014). Nous montrerons comment les femmes en situation irrégulière « s'approprient ou se réapproprient » leur « rapport à soi » (Revel, 2009, 99) en mobilisant leur corps enceint pour lutter contre, et avec, l'assignation à la maternité que suppose le cadre légal d'accès à la maternité.
- 6 L'analyse de l'expérience de grossesse des femmes sans-papiers en France et de leur rencontre avec les institutions de santé périnatale nous permettra de révéler ces processus de subjectivation. Alors que le suivi de grossesse leur permet d'être reconnues en tant que sujets (i), nous questionnerons les conditions de cette reconnaissance que représentent la grossesse et la maternité<sup>7</sup> (ii). Nous verrons que certaines femmes mobilisent leur corps enceint pour résister aux dominations multiples qu'elles subissent (iii). La résistance des sujets est toutefois souvent vaine face à un contrôle des institutions et des professionnelles qui se renforce et qui accentue les inégalités de sexe, de race et de classe (iv).

## Méthode

Cet article se base sur des observations ethnographiques de structures qui prennent en charge le suivi de grossesse des femmes en Ile-de-France : trois maternités, cinq PMI (Protection Maternelle et Infantile), trois associations, le réseau de santé Solipam (réseau régional dédié aux femmes enceintes en situation de grande précarité). J'y ai mené des observations de consultations obstétriques (200), de cours de préparation à l'accouchement (8), d'entretiens sociaux (10), d'entretiens d'inclusion dans le réseau Solipam (15), de visites à domicile (4) et de staffs de la coordination médico-sociale de Solipam (8).

Ces observations ont été complétées par 25 entretiens semi-directifs avec des professionnelles de la périnatalité (gynécologues, sages-femmes, médecins PMI, assistantes sociales, responsables associatives). J'ai par ailleurs mené des entretiens avec des femmes migrantes enceintes ou ayant accouché récemment en Ile-de-France, dont 17 sont en situation régulière et 20 en situation irrégulière. Ces dernières ont été recrutées dans plusieurs structures à Paris et à Saint-Denis : maternités (7), PMI (5), coordination de Solipam (8).

Les enquêtées en situation irrégulière sont en majorité originaires d'Afrique : Afrique de l'Ouest (Côte-d'Ivoire, Guinée, Sénégal, Mali, n=11), Centrale (Congo n=1) et du Maghreb (Algérie, Tunisie, n=4). Elles sont toutes arrivées depuis moins de cinq ans en France, dont cinq dans l'année de leur grossesse (2013-2014). Les femmes rencontrées originaires d'Algérie et de Tunisie ne parlaient pas français. Elles ont une moyenne d'âge de 27 ans. La moitié d'entre elles sont venues seules en France, les autres sont venues en couple ou pour rejoindre un conjoint. Au moment de l'enquête, la plupart des femmes est hébergée dans une chambre du Samu Social, en foyer ou en centre d'hébergement et d'insertion sociale (CHRS). Deux enquêtées habitent chez un tiers, une autre dispose d'un hébergement privé. Elles ont peu fait d'études dans leur pays d'origine et elles n'ont pas ou peu de ressources financières. La moitié d'entre elles sont primipares. Elles font leur suivi de grossesse à Paris, à Saint-Denis, à Villeneuve Saint-Georges et dans les Yvelines.

# Du sujet précaire au sujet de droit

7 Être enceinte en situation irrégulière en France bouscule les conditions de vie des femmes et engendre de multiples ruptures conjugales, familiales et résidentielles. À l'annonce de la grossesse, la plupart des femmes rencontrées connaît une rupture conjugale car leur conjoint ne voulait pas de cet enfant. Quand elles sont hébergées par un membre de leur famille ou une connaissance, elles sont poussées à quitter le domicile pendant la grossesse ou suite à l'accouchement. Arrivées récemment en France, les femmes primo-arrivantes manquent de réseau social et par conséquent de solutions d'hébergement. Nombreuses sont celles qui se retrouvent sans abri. Les dispositifs d'hébergement d'urgence étant saturés, elles font des passages à la rue ou se retrouvent à être déplacées d'hôtels en hôtels<sup>8</sup> sur toute l'Ile-de-France sans savoir, d'un jour à l'autre, où elles seront le lendemain.

« Vous savez quand on est en Afrique on vous dit qu'ici c'est le paradis et depuis que je suis arrivée je suis là un jour, à un autre endroit le lendemain... En Afrique on est à un seul endroit. » (Awa).

8 Ces parcours d'errance subis rendent la période de la grossesse d'autant plus épuisante pour ces femmes. Que ce soit chez un tiers ou à l'hôtel, leurs conditions d'hébergement sont précaires et difficiles (Mezouar, 2014). L'imbrication du manque de capitaux économiques, sociaux et juridiques complexifie l'accès au suivi de grossesse. Sans ressources économiques, une consultation, une échographie ou une prise de sang sont inabordables. Sans réseau social, il est difficile de naviguer dans le système de soins français, connaître les bonnes adresses de médecins, savoir qu'il existe une couverture médicale à laquelle elles ont droit<sup>9</sup>, trouver où et comment l'obtenir. Une fois entrées dans les institutions de soins, l'errance complexifie l'accès à un suivi de grossesse régulier. Comment se déplacer et être à l'heure à un rendez-vous de suivi quand on ne dispose pas de ressources financières pour acheter un ticket de métro et qu'on doit changer d'hôtel tous les deux jours ? Les parcours de soins des femmes sans-papiers sont jalonnés d'obstacles : se rendre en consultation chez une gynécologue ou une sage-femme, s'inscrire à la maternité, faire suivre sa grossesse, accéder à des cours de préparation à l'accouchement, accoucher, et enfin rentrer chez soi avec son nourrisson.

9 Les études épidémiologiques montrent ainsi que les femmes étrangères<sup>10</sup> – et particulièrement les femmes originaires d'Afrique subsaharienne – sont les plus exposées aux risques périnataux. Ces femmes suivraient moins de consultations en prénatal, feraient d'avantage l'objet d'hospitalisations, avec des taux de césarienne, de prématurité et de morbidité maternelle et infantile plus élevés que chez les femmes françaises (Blondel, Lelong, Saurel-Cubizolles, 2009 ; Saurel-Cubizolles et al., 2012). À la question de la migration s'imbrique la question de la précarité sociale. Les femmes sans domicile auraient plus de risque d'avoir une césarienne et d'être hospitalisées (Observatoire du Samu social de Paris, 2014). Les femmes identifiées par les soignants comme « africaines » seraient en outre plus césarisées que les autres (Sauvegrain, 2012) et cibles de remarques culturalistes de la part des soignants (Nacu, 2011). Enfin, au sein de la relation de soin, les femmes migrantes, notamment non francophones, peuvent difficilement communiquer avec les professionnelles de santé, qui ont peu recours aux dispositifs d'interprétariat et de médiation<sup>11</sup>.

10 Les politiques périnatales commencent à identifier les femmes en situation irrégulière en tant que public particulièrement vulnérable dès 1994<sup>12</sup>. Depuis, le dernier Plan de périnatalité 2005-2007 a réaffirmé la nécessité de cibler les femmes en situation irrégulière<sup>13</sup>. Il a légitimé la mise en place ou le renforcement d'accompagnements médico-sociaux spécifiques afin que ces femmes aient accès à un suivi de grossesse conforme aux normes de la Haute Autorité de Santé. Au sein des maternités, des PMI ou hors des murs des institutions de santé, des dispositifs s'adressent ainsi aux femmes sans titre de séjour. Ils visent à améliorer l'accès *primaire* (entrée dans le soin, accès à une couverture

médicale) et l'accès *secondaire* aux soins (qualité du suivi) (Cognet, Gabarro, Adam-Vezina, 2009).

11 La plupart du temps, le premier soignant que les femmes étrangères consultent en France est une sage-femme rencontrée dans une permanence PMI à côté de chez elles ou dans leur maternité<sup>14</sup>. Une fois la porte de la maternité passée, elles sont prises en charge par des professionnelles de santé et du social qui vont sensiblement les aider à améliorer leurs conditions de vie, leur situation administrative, économique ou psychique. L'assistante sociale de maternité et de la Permanence d'accès aux soins (PASS)<sup>15</sup> sont des actrices clefs de leur parcours ; elles lancent des démarches pour l'accès à une couverture médicale<sup>16</sup> et garantissent l'accès gratuit à l'ensemble du suivi dans la maternité grâce aux bons PASS<sup>17</sup>. Elles vont soutenir leur demande d'hébergement d'urgence, faire des orientations alimentaires et leur faire connaître leurs droits. Les assistantes sociales peuvent par ailleurs contacter la coordination du réseau de santé Solipam<sup>18</sup> qui va, entre autres, rencontrer les femmes et les soutenir dans leur parcours, notamment en envoyant des mails à la plateforme du Samu Social (115) pour soutenir une demande de stabilisation d'hébergement ou proposer aux femmes de les inscrire dans une maternité plus proche de leur lieu d'hébergement. Un dispositif d'appui peut assurer un suivi social en transition vers un suivi social de droit commun<sup>19</sup>. Par ailleurs, s'il y a une possibilité de régularisation (titre de séjour pour vie privée et familiale, pour soins, droit d'asile, etc.), les assistantes sociales peuvent débiter les démarches pour obtenir un titre de séjour.

12 « Fenêtre d'opportunité d'accès au système de soins » (Responsable SIAO, Seine-Saint-Denis), la grossesse permet aux femmes sans-papiers d'accéder à un suivi médical et social, à une visibilité, à des droits. « C'est une chance cette grossesse, ça les rend visibles ! » témoigne une gynécologue exerçant à Paris.

## Une reconnaissance du sujet sous conditions

13 Cet accès est toutefois conditionné à la grossesse. Ce phénomène est d'autant plus tragiquement illustré quand les femmes perdent leur statut de femme enceinte ou de femme avec enfant. Par exemple, dans le cas d'une fausse couche, ces femmes n'ont plus accès au service social de la maternité<sup>20</sup>, perdent le rattachement au « pôle famille » du 115<sup>21</sup> et leur stabilisation dans un lieu d'hébergement.

14 Lors d'une réunion de l'équipe médico-sociale de la coordination de Solipam, la situation de Marie, enceinte de triplés, est présentée. Grâce au soutien de la coordination de Solipam, celle-ci obtient une stabilisation d'hébergement dans un hôtel social. Après plusieurs fausses couches tardives, la grossesse de Marie s'interrompt à nouveau. N'étant plus enceinte, elle n'entre plus dans la catégorie administrative des « familles 115 ». Elle devra déménager dans un autre lieu d'hébergement lié à son nouveau statut de personne isolée. Le même phénomène a été observé dans le cas de femmes ayant eu recours à l'IVG. Lors d'un entretien du dispositif d'appui de Solipam, Myriam, en situation irrégulière, en couple, explique qu'elle a finalement choisi d'avorter. Bien que Myriam demeure suivie par le dispositif d'appui de Solipam pendant trois mois après l'avortement, l'assistante sociale ne semble plus avoir de marge de manœuvre pour lui trouver un hébergement stable.

15 Ce traitement différencié des femmes enceintes questionne. Que se passe-t-il pour que la transformation du corps de ces femmes par la grossesse change de façon si radicale leur position de sujet ? Cette légitimité liée à la grossesse peut être expliquée par plusieurs phénomènes concomitants et imbriqués qui renvoient à des normes de santé, de genre et de race.

## Biolégitimité du corps enceint

16 En premier lieu, il semble que le caractère moral et consensuel de la santé publique confère à cette population une légitimité d'être sur le territoire français et de bénéficier des structures médico-sociales. Ce phénomène renvoie à une forme spécifique de la « biolégitimité » décrite par Didier Fassin, pour qui l'introduction d'une question de santé publique permet de légitimer la présence de publics, qui, sinon, sont stigmatisés dans la société française (Fassin, 2005). Alors que la maladie abîme le corps, et rend le sujet moins productif, l'entrée dans le système de soins permettrait une re-valorisation du sujet par l'attention donnée au corps malade : « en reconnaissant la maladie du sujet, l'institution le reconnaîtra également en tant que citoyen (Carretero, 1993, 49), et pour quelques jours ou quelques semaines, le sous-prolétaire deviendra digne de l'intérêt des professionnels de la médecine qui l'opéreront, le soigneront, le rééduqueront, lui redonneront une forme d'identité sociale "transitoire". » (Lanzarini, 2000, 199). Le cas des femmes sans-papiers est très similaire. Leur grossesse leur confère un « capital corporel » ou un « corps-capital-malade » (Lanzarini, 2000) aux yeux des professionnelles et des institutions de soins, du moins pendant le temps de la prise en charge.

17 Cette « biolégitimité » se renforce si la femme enceinte souffre d'une pathologie. Ces femmes bénéficient d'un accès facilité et d'un accompagnement plus personnalisé. Elles peuvent par exemple s'inscrire plus facilement en maternité. Si elles, ou leur enfant, ont une pathologie, elles restent plus longtemps en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) après leur accouchement. Elles ont par ailleurs la possibilité, « sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont [elles sont] originaires »<sup>22</sup>, de demander un titre de séjour pour soins, à condition toutefois, selon la directrice du CHRS d'Aubervilliers, d'avoir un médecin « très impliqué derrière ».

18 Les professionnelles savent que dans un contexte de pénurie d'hébergement, le Samu Social priorise en fonction de critères de santé publique, conjuguant grossesse et pathologie. Quand la légitimité du corps enceint ne suffit pas, certaines soignantes soulignent alors la nécessité médicale d'une stabilisation d'hébergement. Elles argumentent que la grossesse n'est pas réellement pathologique, mais qu'elle pourrait le devenir, faute d'hébergement pérenne :

« Il faut leur dire que ça va pas le faire niveau médical. Même si c'est faux. Il faut trouver un endroit où elles peuvent rester le jour aussi. Anticiper la trêve hivernale pour éviter que Madame soit à la rue. Dire qu'elle risque d'accoucher prématurément même si c'est pas vrai. » (Gynécologue, Paris).

## « Les femmes et les bébés d'abord »

19 Être enceinte confère par ailleurs une autre légitimité : celle de porter un enfant. Que ce soit lors de la grossesse ou avec un nourrisson dans les bras, les femmes témoignent d'un changement dans le « regard des gens » (Awa). De parias invisibilisées, elles se sentent devenir la cible d'attentions compassionnelles et de regards bienveillants. Originaire du Sénégal, Awa dit à ce propos :

« Ici dans le 16ème, les gens me regardaient mal. Quand je demandais quelque chose les gens prenaient leur sac. Depuis que j'ai accouché ça ne me le fait plus, ou peut-être que c'est parce que je me suis habituée. » (Awa).

20 De la même manière, au nom des droits de l'enfant, les professionnelles développent un registre discursif paternaliste, insistant sur la nécessité de protéger les mères et les enfants : « C'est des besoins primaires vitaux. Les femmes et les bébés d'abord. C'est un problème éthique. » (Gynécologue, Paris). Femmes et enfants ne font qu'un. C'est alors, et avant tout, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant que les actions auprès de ces femmes sont menées. Il faudrait ainsi aider ces femmes, non pas parce qu'elles sont des sujets en soi, mais parce qu'elles portent en elles un sujet à naître. Nicole-Claude Mathieu dénonçait déjà ce phénomène dans les années 1970 : « Dans l'état actuel de l'analyse, le véritable

sujet social de la maternité est l'enfant, non la femme. À focaliser sur la mère comme lieu psycho-biologique pour l'enfant, on a toute chance d'oublier la femme comme sujet social : elle est en fait pensée plus comme objet que comme sujet de la maternité. » (Mathieu, 1977, 65).

## Grossesse et citoyenneté

- 21 Cette légitimité opère différemment selon l'origine ethnique, la religion réelle ou supposée des femmes et/ou leur statut administratif. Dans un contexte de restriction du droit d'asile, il est aujourd'hui de plus en plus difficile d'obtenir un titre de séjour. Une des possibilités d'obtention d'un titre de séjour pour ces femmes passe par le mariage (Lesselier, 2004) ou par l'enfantement. Si le père de leur enfant à naître est citoyen français et qu'il reconnaît son enfant, la migrante pourra demander un titre de séjour pour vie privée et familiale. C'est ainsi par leur corps enceint que les femmes sans-papiers deviennent sujets citoyens en France (Balibar, 2011) à condition, cependant, qu'elles portent en elles un futur citoyen français.
- 22 Dans son ouvrage *Gender and Nation*, Yuval-Davis (1997) montre comment la nation s'est construite en appelant les femmes à (re)produire des citoyens : « If the Woman does not want to be Mother, Nation is on its way to die »<sup>23</sup>. Dans le contexte actuel, les corps des femmes sans-papiers sont mobilisés comme des « organismes reproductifs » utiles aux générations futures (Farris, 2013). Le fait que la reconnaissance politique des femmes sans-papiers dépend de leur identité « maternelle » renforce des inégalités sexistes et racistes (Dorlin, 2007). La citoyenneté telle qu'elle est ainsi construite et pensée devient un privilège<sup>24</sup>, instrument du racisme structurel et politique. Car si pour devenir citoyenne en France, il faut devenir mère, dans quelle mesure les femmes sans-papiers ont-elles, au même titre que toutes les femmes, le choix de disposer de leur propre corps ?

## Le corps enceint comme ultime ressource du sujet

- 23 En devenant sujets de droit, ces femmes peuvent agir sur les conditions qui les empêchaient d'accéder à un logement, à un travail, à une citoyenneté (Davoudian, 2012). Leur visibilité permet à ces femmes d'obtenir des droits et une reconnaissance qui bouleversent les conditions dans lesquelles elles vivent et augmentent leurs capacités d'action (agency). Comme le décrivent Maxime Cervulle et Armelle Testenoire (2012, 9), la capacité d'agir porte à la fois sur les conditions matérielles qui permettent d'agir mais aussi sur la logique de l'action « micro-politique », située au niveau de « ces pratiques de soi par lesquelles se reproduit le sujet ». L'augmentation des capacités d'agir nourrit alors la marge de manœuvre pour s'opposer, désobéir, résister aux normes et aux rapports de domination, mais aussi, comme le développe Saba Mahmood, viser « la continuité, la stabilité et la reproduction sociale » (Cervulle, Testenoire, 2012, 9).
- 24 Conscientes que leur accès à des droits ou à la citoyenneté dépend de leur grossesse, certaines femmes sans-papiers s'approprient cette assignation à la maternité et utilisent leur corps enceint pour négocier avec les institutions et lutter contre les maltraitances institutionnelles. Pour ce faire, elles développent des « tactiques »<sup>25</sup> (De Certeau, 1990) individuelles « de mise à distance de l'oppression » (Veron, 2010). Ces tactiques, qui sont souvent de l'ordre de la survie, sont incorporées (*embodied strategies*) : « Dans cette situation, le corps est en partie autonomisé, et devient (...) le seul moyen d'interpeller l'extérieur » (Lanzarini, 2000, 170). Le corps devient le rempart ultime, la « dernière matérialité opposable aux contraintes externes » (Lanzarini, 2000, 169).



- 25 Une tactique consiste à mobiliser leur corps enceint pour contourner les obstacles institutionnels qui les empêchent de régulariser leur situation administrative.
- 26 Fanta, originaire de Guinée et déboutée du droit d’asile, aurait souhaité mobiliser les dispositifs de protection de l’enfant. Elle me dit en entretien qu’elle aurait voulu avoir une fille car elle-même a été excisée : « j’ai eu un petit garçon, je voulais une fille. J’ai été excisée, ça aurait facilité les choses pour la régularisation » (Fanta). Fanta sait que les femmes qui demandent l’asile peuvent faire une demande spécifique, appelée « protection subsidiaire », si elles attendent une fille et que le retour dans leur pays d’origine pourrait entraîner une excision forcée de leur enfant<sup>26</sup>.
- 27 De son côté, Noura se saisit de la reconnaissance paternelle. Arrivée de Côte-d’Ivoire illégalement sur le territoire, elle a été quittée par son conjoint à l’annonce de sa grossesse. Sans emploi ni logement à elle, elle raconte que la seule solution pour accéder à un titre de séjour passe par la reconnaissance de son enfant par son ex-conjoint. Afin d’obtenir cette reconnaissance, elle tente de faire pression sur celui-ci. Le père, « ce fugitif » (Noura) finit par venir signer les papiers, le lendemain de son accouchement. Une fois le titre de séjour obtenu, Noura accède en outre à la possibilité de se projeter dans une formation et de devenir autonome financièrement : « Je veux faire une formation oui, mais une formation pour n’importe quoi, pourvu que j’arrive à subvenir à mes propres besoins et puis ne pas tout le temps tendre la main. » (Noura).
- 28 D’autres tactiques passent par la menace de mise en danger de ce corps enceint pour obtenir des conditions dignes d’hébergement. Mariama, enceinte de 8 mois, sans-papiers et sans domicile, arrivée en France de Guinée depuis un an, est prise en charge par la coordination de Solipam et son service social, qui l’aide à avoir une chambre d’hôtel au 115 dans la Seine-et-Marne. Mariama refuse d’aller dans ce département car elle estime qu’il est trop éloigné de Paris, de ses repères habituels et de ses connaissances. Elle décide donc de quitter la chambre d’hôtel et de dormir dehors. Elle demande à l’assistante sociale du dispositif d’appui de Solipam une chambre d’hôtel à Paris, faute de quoi elle annonce qu’elle restera à la rue volontairement. Mariama a compris que sa grossesse constitue un moyen de pression sur les professionnelles et les institutions, et une ressource pour négocier. Elle est donc prête à se mettre en danger pour accéder à des conditions matérielles qu’elle trouve dignes. Après être restée plus d’une semaine dans la rue, elle obtient une place dans un centre d’hébergement.
- 29 Quant au récit d’Ana, il illustre ce dernier recours qu’est le corps enceint pour lutter pour de meilleures conditions de vie. Fatiguée de devoir se déplacer d’hôtel en hôtel durant sa grossesse – son conjoint et elle ont dû changer sept fois d’hôtels –, Ana menace les professionnelles de santé d’accoucher dans sa chambre d’hôtel si elle n’obtient pas une stabilisation d’hébergement, « pour faire chier le 115 » (Assistante sociale, Paris).
- 30 Ces femmes sont prêtes à mettre leur intégrité corporelle en danger afin d’accéder à un hébergement convenable. Ces tactiques individuelles relèvent de tentatives d’instrumentalisation du corps enceint, ultime ressource afin d’être reconnues en tant que sujets et de résister contre les mécanismes d’exclusion.

## Le contrôle du sujet

- 31 Ces tactiques de survie se retournent souvent contre les femmes sans-papiers. Les tentatives de résistance sont étouffées, voire utilisées contre le sujet : les femmes sont mises sur liste noire (« blacklistées »), surveillées, soupçonnées de mentir ou d’être « pilotées » par des réseaux.
- 32 Si elles refusent une place en hôtel 115, en CHRS, ou en CADA<sup>27</sup>, les femmes ne pourront plus demander une place si un jour elles en ont besoin. Dans un contexte de sévère pénurie d’hébergement, les dispositifs d’urgence et d’asile mettent en place des critères de priorisation des demandes qui débouchent sur du *blacklisting*<sup>28</sup>. Mariama a eu de la chance : son refus d’hôtel ne l’a pas pénalisée pour obtenir un centre d’hébergement.

Pourtant, c'est le cas de la plupart des femmes qui refusent un hébergement. Le « sujet précaire » (Butler, 2009) est mal vu s'il refuse une place qui « vaut de l'or » (Assistante sociale, Paris).

33 Salimatou est admise dans un CHRS, suite à une demande d'hébergement d'insertion instruite par le dispositif d'appui de Solipam, qui réussit à lui trouver une place alors qu'elle était à la rue. Elle y passe une nuit et décide de partir car elle a « un différend avec une voisine » (Assistante sociale, Paris). Elle se retrouve alors « blacklistée » (Assistante sociale, Paris) du 115 et ne se verra plus attribuer de place si elle rappelle le 115.

34 Le contrôle est particulièrement fort sur les femmes enceintes, d'abord vues comme porteuses d'un enfant à naître. Salimatou refuse de revenir sur sa décision de quitter le CHRS, malgré l'insistance de l'assistante sociale qui la prévient qu'elle ne pourra pas redemander une place en CHRS ni en hébergement d'urgence. « Elle m'a dit "je m'en fous je ne veux pas y retourner". Ça pose une question de protection de l'enfance » (Assistante sociale, Solipam). La protection de l'enfance peut aller à l'encontre des décisions des femmes enceintes et des mères car « la société est responsable de l'enfant. On ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants » (Gynécologue, Paris), ou les enfants à naître (Vozari et al., 2012).

35 Exclues, contrôlées, les femmes sans-papiers sont par ailleurs particulièrement soupçonnées de « mentir ». Certaines professionnelles deviennent méfiantes, et remettent en question la véracité de la parole des femmes. L'observation d'un échange téléphonique entre Binta et une sage-femme montre que la professionnelle de santé au téléphone est méfiante envers l'histoire de cette femme. Selon cette professionnelle de santé, cette femme ne serait pas « réellement » sans domicile, mais raconterait une histoire préconstruite par un réseau de trafic de clandestins.

Notes d'observations coordination de Solipam :

Binta appelle la coordination de Solipam. Elle dit qu'elle est à la rue, qu'elle vient d'aller à la maternité car elle a des vomissements (elle est enceinte de 7 semaines) et qu'elle a voulu s'inscrire à la maternité mais qu'on l'a refoulée parce qu'elle n'avait pas de couverture médicale. La sage-femme appelle la maternité en question pour vérifier l'histoire de la dame. « Ça permet d'avoir le degré d'autonomie des personnes d'avoir le second coup de cloche parce que parfois c'est franchement dissonant. » (Sage-femme). La sage-femme vérifie les informations car elle engage sa responsabilité en soutenant par mail la demande de la dame au 115. « Il y a des choses qui ne sont pas claires. Après nous on fait des appuis 115... » (Sage-femme). Les informations ne concordent pas. « Honnêtement je ne pense pas qu'elle ait dormi à la rue. Elle a dit qu'elle a fui le pays (Guinée) parce qu'elle était enceinte mais elle dit qu'elle est là depuis 6 mois alors qu'elle est enceinte de 7 semaines et demie. (...) Je vais appeler D. parce que c'est Joe la flûte. Cette dame est téléguidée. Personne ne lui a dit que c'était aux trois mois. (...) On ne peut pas travailler la réalité. Elle est pilotée. Elle dit qu'elle est à Gare du Nord mais elle n'y est pas. Il faut revenir vers D. pour savoir ce qu'il s'est passé. » (Sage-femme).

36 La parole est d'autant plus mise en doute, que la femme est racisée (ou soupçonnée de l'être). Selon cette sage-femme, « il n'y a que les blanches, celles qui veulent être enceintes, qui s'inscrivent aussi tôt. » (Sage-femme, Paris). Or, Binta, que la sage-femme suppose « non blanche », s'est inscrite très « tôt » dans sa grossesse. La sage-femme en conclut donc que Binta ment et qu'elle a été « téléguidée » par un réseau.

37 Ces réseaux soupçonnés de « piloter » les femmes sont régulièrement dénoncés par les professionnelles. Un exemple de trafic revient particulièrement au sujet des femmes enceintes sans-papiers : les trafics de paternité. « Il y a de plus en plus de régularisations par enfant français depuis des années, c'est exponentiel. On sait que majoritairement dans ces régularisations françaises, mais pas que, il y a une dissociation entre le père biologique et la reconnaissance de paternité. Même si elle n'est pas forcément verbalisée, ce qu'on comprend. » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Aucune des femmes enquêtées n'a abordé leur existence dans nos entretiens. Les professionnelles parlent cependant de sous-entendus de la part des femmes : « Mais elle ne va pas dire "je l'ai payé". Ça n'a jamais été

dit que ça a été monétarisé. (...) mais par contre "j'ai une solution". » (Directrice CHRS, Aubervilliers). À l'époque de notre enquête (2014-2015) plusieurs cas de trafics ont été relayés par des médias, repris par des sites internet d'extrême droite (Front National, Français de souche)<sup>29</sup>. Bien que la dissociation entre père biologique et père de la reconnaissance soit légale, la « paternité de convenance »<sup>30</sup> est quant à elle punissable par la loi de 15 000 euros d'amende et de cinq ans d'emprisonnement<sup>31</sup>. Suite aux découvertes de « trafics de paternité », le contrôle de la préfecture s'est accentué sur les femmes en situation irrégulière. Certaines préfectures demandent plus de pièces justificatives, notamment de la part du père, voire même des tests ADN.

38 L'augmentation du contrôle de la préfecture aggrave la dépendance des femmes envers les hommes, et donc les inégalités de genre. En effet, une professionnelle de santé raconte qu'une femme a été accusée de faux et usage de faux et a perdu son titre de séjour ainsi que la carte d'identité française de son enfant car la justice a découvert que le père reconnaissait « vingt à trente enfants par mois » (Sage-femme, Paris). Le soupçon de « trafic de paternité » pénalise toutes les femmes sans-papiers qui veulent obtenir un titre de séjour pour vie privée et familiale. « Ce qui est un peu dégueulasse dans la fonction de contrôle, c'est qu'en fait on a une dame qui est en train de se faire contrôler alors que le père biologique est bien le père de la reconnaissance. Seulement ils ne sont plus ensemble » (Directrice CHRS, Aubervilliers). La femme évoquée ici doit retrouver le père biologique afin de faire un test ADN, sinon elle risque de ne pas obtenir son titre de séjour, voire d'être expulsée du territoire français. À travers ce genre de pratiques, les lois et la politique française « entérinent, voire aggravent des situations d'inégalité et de dépendance, et définissent la place des femmes dans le seul cadre familial, conçu de façon très traditionnelle et normative » (Lesselier, 2004, 48) autour d'un couple stable, cohabitant et hétérosexuel. Les politiques répressives contre l'immigration accentuent ainsi les conditions de vulnérabilité des femmes et les inégalités de genre<sup>32</sup>.

39 Ce contrôle s'opère particulièrement sur les femmes racisées, notamment les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Une professionnelle raconte qu'elle regarde la couleur de peau de l'enfant et qu'elle la compare avec celle du père, afin de savoir si le père est bien le père biologique : « on sait plus ou moins que le père biologique n'est pas forcément le père... on le voit aussi des fois très bêtement parce qu'on sait que le père biologique est blanc et que l'enfant n'est pas métissé ou au contraire voilà ça peut arriver. » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Le couple mixte – une femme noire, un homme blanc – est impensable, et souvent objet de soupçon.

40 Ainsi, par des mécanismes de contrôle des femmes sans-papiers, les institutions françaises marquent leur domination sur les sujets. Les professionnelles de santé et du social oscillent alors entre leur volonté d'aider les femmes à s'en sortir – en diffusant par exemple des informations pour obtenir un titre de séjour – et leurs pratiques de contrôle. Ce contrôle est particulièrement ciblé sur les femmes sans-papiers racisées.

## Conclusion

41 « Sujets précaires » (Butler, 2009) de la société française, les femmes en situation irrégulière sont à l'intersection d'une multitude de rapports de domination, de genre, de classe et de race. L'absence de titre de séjour est une entrave dans l'accès à l'emploi, à un logement, à des conditions de vie dignes. La grossesse reconfigure ces rapports sociaux. Symboliquement, elle change le regard que les professionnelles de santé portent sur ces femmes. Matériellement, ces femmes accèdent à des droits sociaux qui augmentent leurs capacités d'action. Juridiquement, ces femmes accèdent à des droits politiques. Les accompagnements médico-sociaux des femmes enceintes mis en place dans les maternités, les PMI mais aussi dans les associations, permettent à ces femmes d'être reconnues en tant que sujets aux yeux des professionnelles de santé, des institutions de soin et de l'État.

- 42 Pour ces femmes, l'accès au statut de sujet est toutefois conditionné à la grossesse. Si pour devenir sujet il faut devenir mère, alors cet article a questionné le caractère inégalitaire que représente cet accès à la reconnaissance par la maternité pour les femmes sans-papiers. Cet accès est ancré dans des normes de genre, de race et de classe qui encadrent ses conditions et en définissent les critères d'admission. En transformant le corps, la grossesse transforme le sujet, l'intègre, le dissout au corps national. On assiste ainsi à un phénomène d'assignation des femmes à la maternité, qui laisse à ces femmes peu de choix possibles pour disposer de leur propre corps. Le champ de la santé, ici de la périnatalité, devient un espace frontière qui détermine l'accès à ce statut de sujet pour ces populations.
- 43 Certaines femmes l'ont compris et tentent de résister en développant des tactiques de survie. Loin de toute vision essentialiste de la vulnérabilité maternelle, nous avons montré comment le corps enceint peut se transformer, selon certaines conditions, en ressource pour le sujet sans-papiers. Alors que le sujet se débat en s'appropriant son assignation à la maternité contre un système qui l'opprime, le pouvoir resserre ses liens à travers ses agents institutionnels. Ces derniers sont pris en étau entre leur travail d'aidant qui les pousse à diffuser certaines tactiques, et leur condamnation légale et morale. La loi et le droit s'adaptent et réaffirment leur contrôle, accentuant ainsi les inégalités de sexe, de classe et de race que connaissent ces femmes.
- 44 L'étude des prises en charge des grossesses de femmes en situation irrégulière nous a donc permis de questionner ces subjectivations sous conditions. Elle souligne l'urgence à revisiter l'étude de l'expérience de la maternité à l'aune des approches féministes intersectionnelles et postcoloniales.

---

## **Bibliographie**

- AGIER Michel, « Penser le sujet, observer la frontière. Le décentrement de l'anthropologie », *L'Homme*, 203-204, 2012, pp. 51-76.
- AHMED Leila, « Feminism, Colonialism and Islamophobia. Treacherous Sympathy with Muslim Women », *Quantara*, 2011: <https://en.qantara.de/content/feminism-colonialism-and-islamophobia-treacherous-sympathy-with-muslim-women>
- BALIBAR Étienne, *Citoyen sujet et autres essais d'anthropologie philosophique*, Paris, PUF, 2011.
- BALIBAR Étienne, WALLERSTEIN Immanuel, *Race, nation, classe. Les identités ambiguës*, Paris, La Découverte, 1988.
- BENELLI Natalie et al., « Les approches postcoloniales : apports pour un féminisme antiraciste », *Nouvelles questions féministes* 25(3), 2006, pp. 4-13.  
DOI : 10.3917/nqf.253.0004
- BLONDEL Béatrice, LELONG Nathalie, SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, *Les femmes en situation précaire en France : déroulement de la grossesse et santé périnatale*, 39<sup>èmes</sup> Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Angers, 2009.
- BUTLER Judith, *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil*, Paris, La Découverte, 2009.
- CATARINO Christine, MOROKVASIC Mirjana, « Femmes, genre, migration et mobilités », *Revue européenne des migrations internationales* 21(n° 1), 2005, pp. 7-27.  
DOI : 10.4000/remi.2534
- DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien. 1. L'art de faire*, Gallimard, 1990.
- CERVILLE Maxime, TESTENOIRE Armelle, « Du sujet collectif au sujet individuel, et retour Introduction », *Les cahiers du genre* 2(53), 2012, pp. 5-17.
- COGNET Marguerite. « Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital », *Hommes et migrations*, 1233(sept-octobre), 2001, pp. 101-107.
- COGNET Marguerite, GABARRO Céline, ADAM-VEZINA Emilie, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes et migrations*, 1282, 2009.  
DOI : 10.4000/hommesmigrations.443
- COGNET Marguerite, HOYEZ Anne-Cécile, POIRET Christian, « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations », *Revue européenne des migrations*

*internationales*, 28(2), 2012, pp. 7-10.

COSSEE Claire, MIRANDA Adelina, OUALI Nouria, SEHILI Djaouida, *Le genre au cœur des migrations*, Paris, Petra, 2012.

LE DEFENSEUR DES DROITS, *Les droits fondamentaux des étrangers en France – Synthèse*, 2016.

DORLIN Elsa, « Performe ton genre : performe ta race ! » in *Antisexisme ou antiracisme : un faux dilemme ?*, Les soirées de Sophia, 22 février 2007.

FARRIS Sarah R, « Les fondements politico-économiques du fémonationalisme », *Contretemps*, 2013.

FASSIN Didier, DOZON Jean-Pierre, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, 2001.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

FOUCAULT Michel, *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité, tome I*, Éditions Gallimard, 1976.

FOUCAULT Michel, *Le souci de soi. Histoire de la sexualité, tome III*, Éditions Gallimard, 1984.

FRASER Nancy, *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte, 2005.

GEERAERT Jeremy, « Une médecine de la précarité à l'hôpital Tensions et enjeux sur la conception du soin. Le cas des Permanences d'accès aux soins de santé », in PIERRE Thomas (dir.), *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologie*, Presses Universitaires de Nancy, 2014.

GUENIF-SOUILAMAS Nacira, « L'altérité de l'intérieur », in SMOUTS Marie-Claude (dir.), *La situation postcoloniale. Les postcolonial studies dans le débat français*. Presses de Sciences Po, 2007, pp. 344-352.

LANDRY Jean-Michel, « Repenser la norme, réinventer l'agencéité : entretien avec Saba Mahmood », *Anthropologie et Sociétés*, 34(1), 217, 2010.

LANZARINI Corinne, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Presses Universitaires de France, 2000.

DOI : 10.3917/puf.lanza.2000.01

LESSELIER Claudie, « Femmes migrantes en France », *Les cahiers du CEDREF*, 12, 2004, pp. 45-59.

MARTUCELLI Danilo, « Les trois voies de l'individu sociologique. », *Espaces Temps.net*, Travaux, 08.06.2005

<http://www.espacestems.net/articles/trois-voies-individu-sociologique/>

MATHIEU Nicole-Claude, « Paternité biologique, maternité sociale... De l'avortement et de l'infanticide comme signes non reconnus du caractère culturel de la maternité », in *Femmes, sexisme et sociétés*, Presses Universitaires de France, 1977, pp. 39-48.

MEZOUAR Sabrina, *Vie de famille à l'hôtel, une urgence qui s'éternise : quel retentissement sur la parentalité ?*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Assistant de Service Social, Paris, 2014.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité*, 2004.

MOUJOUR Nasima, *Migrantes, seules et sans droits, au Maroc et en France. Dominations imbriquées et résistances individuelles*, Thèse de Sociologie, Paris, École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007.

NACU Alexandra, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du Travail*, 53(1), 2011, pp. 109-30.

DOI : 10.1016/j.soctra.2010.12.003

OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS, *Enfants et familles sans logement, Rapport Enquête ENFAMS*, 2014.

REBUGHINI Paola, « Subject, subjectivity, subjectivation », *Sociopedia*, pp. 1-11, 2014.

REVEL Judith, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris, 2009.

SAID Edouard, *L'Orientalisme*, Paris, Seuil, 2005.

SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, SAUCEDO Monica, DREWNIAC Nicolas, BLONDEL Béatrice, BOUVIER-COLLE Marie-Hélène, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *BEH*, 2-3-4, 2012.

SAUVEGRAIN Priscille, « La santé maternelle des "Africaines" en Ile de France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 2012,

pp. 81-100.  
DOI : 10.4000/remi.5902

SMOUTS Marie-Claude, *La situation postcoloniale*, Presses de Sciences Po, 2007.

TOURAINÉ Alain, *La voix et le regard*, Seuil, 1978.

VERON Daniel, « Sans-papiers : d'un quotidien tactique à l'action collective », *Variations*, 13/14, 2010.

DOI : 10.4000/variations.182

VIROLE Louise, *Les femmes migrantes dans la relation gynéco-obstétrique. Etude de cas dans une maternité "alternative"*, Mémoire de recherche de Master 2, École doctorale de Sciences Po Paris, 2013.

VOZARI Anne-Sophie, KNIEBIELHER Yvonne, ARENA Francesca, LOPEZ Rosa María Cid, « Surveiller pour veiller en Protection Maternelle et Infantile », in *La maternité à l'épreuve du genre*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2012, pp. 109-116.

YUVAL-DAVIS Nira, *Gender and Nation*, SAGE Publications, 1997.

DOI : 10.1080/01419870.1993.9993800

---

## Notes

1 Lorsque nous utilisons le terme « primo-arrivante » nous faisons référence aux femmes d'origine étrangère qui ont connu une trajectoire de migration récente (depuis moins de 5 ans).

2 La question de la « race » comprend aussi les inégalités induites par le statut administratif, la xénophobie ou le nationalisme (Moujoud 2007). La question du racisme est en effet intrinsèquement liée au nationalisme (Balibar et Wallerstein 1988). Ce nationalisme est ancré dans des questions de genre et de sexualité (Jaunait, Le Renard, et Marteu 2013).

3 La PMI est un service gratuit du Conseil Départemental créé en 1945. Les centres PMI sont composés d'équipes pluridisciplinaires, et notamment de sages-femmes.

4 L'écrasante majorité des professionnels du champ périnatal (gynécologues, sages-femmes, assistantes sociales...) est composée de femmes. Dans cet article je choisis donc d'utiliser le terme « professionnelles » au féminin pluriel.

5 Le terme « postcolonial » renvoie à « une approche, une manière de poser les problèmes, une démarche critique qui s'intéresse aux conditions de la production culturelle des savoirs sur Soi et sur l'Autre, et à la capacité d'initiative et d'action des opprimés (agency) dans un contexte de domination hégémonique. (...) Le « post » ne renvoie pas une notion de séquence avec un « avant » et un « après ». Il englobe toutes les phases de la colonisation : le temps des empires, le temps des indépendances, la période qui a suivi ces indépendances, le temps d'aujourd'hui. Il exprime également un « au-delà » qui est à la fois une résistance, une visée et une espérance. » (Smouts 2007).

6 Ces subjectivations hybrides, plurielles et toujours incomplètes sont produites dans des rapports historicisés (Rebughini 2014). Elles permettent au sujet d'exister, de revendiquer des droits, de devenir acteur (Touraine 1978) et citoyen (Balibar 2011). Le sujet existe aussi dans la parole et l'espace qu'il prend pour exprimer sa subjectivité (Agier 2012).

7 La grossesse est un prélude – possible mais non automatique – à la maternité. On peut être enceinte sans se sentir mère, ni le devenir (IVG, fausse couche, accouchement sous x, etc.). On peut être mère sans avoir connu d'expérience de grossesse (adoption, familles homoparentales, recomposées, etc.).

8 La plateforme téléphonique du Samu social, le 115, oriente les femmes dans différents types hébergements individuels et collectifs.

9 Les personnes en situation irrégulière ont le droit à une couverture médicale, l'Aide Médicale d'État, mais sous plusieurs conditions. Elles doivent notamment prouver une présence de plus de trois mois sur le territoire français.

10 Les études ne précisent pas le statut administratif de la femme étrangère.

11 Il existe une grande variabilité de recours à l'interprétariat selon les professionnelles de santé et les structures de soin. Les maternités peuvent avoir recours à une plateforme de traduction, le plus souvent par téléphone (ISM). Toutefois, les restrictions budgétaires des hôpitaux ont un impact considérable sur le recours à l'interprétariat professionnel. Il est alors fortement conseillé aux patientes non francophones de venir en consultation avec une personne de confiance qui fait la traduction.

12 Les femmes en situation irrégulière avaient déjà été mentionnées dans le Plan de Périnatalité de 1994 (Haut comité de la santé publique 1994 :101).

13 « Notamment des femmes à la rue, des femmes en situation irrégulière, mais aussi parfois des femmes de foyers polygames, des femmes tsiganes, manouches, roms... des femmes détenues et des mineures » (Plan de périnatalité 2005-2007 :11).

14 Hors de Paris, les sages-femmes PMI suivent gratuitement la grossesse des femmes dans ces centres. À Paris, les sages-femmes PMI consultent uniquement à l'intérieur des maternités.

15 Les PASS ont été créées en 1998 suite à la loi contre l'exclusion. Elles ont pour mission de garantir l'accès aux soins de personnes sans couverture médicale. L'organisation des PASS diffère selon les établissements de santé (Geeraert 2014 ; Legros, Bauer, et Goyaux 2012).

16 Sans titre de séjour, les femmes ont le droit à une couverture médicale, l'Aide Médicale d'État (AME), mais sous certaines conditions. Il est nécessaire de transmettre des « preuves » de présence depuis plus de trois mois sur le territoire ainsi qu'une domiciliation. Plusieurs études ont démontré l'existence de discriminations dans les refus d'obtention d'AME (Cognet et al. 2009; Le Défenseur des Droits 2016).

17 Les bons PASS sont financés par l'enveloppe précarité (MIGPASS) distribuée par l'ARS aux établissements de santé (Geeraert 2014). Ils permettent d'accéder au suivi de grossesse en maternité : consultations, échographies, prises de sang, pharmacie de l'hôpital.

18 Solipam (Solidarité Paris Maman) est un réseau régional de santé fondé en 2006. Il coordonne les parcours de soins des femmes enceintes en situation de grande précarité sur l'Ile-de-France et ce jusqu'aux trois mois de l'enfant. La coordination de Solipam est composée d'une équipe médico-sociale (assistantes sociales et sages-femmes) dirigée par une gynécologue.

19 Le dispositif d'appui de Solipam est un projet expérimental financé par la Fondation Sanofi. Il offre un suivi social aux femmes enceintes (et jusqu'au troisième mois de l'enfant) qui n'ont pas le droit d'accéder à un suivi social de secteur (notamment car elles sont en errance).

20 Au même titre que les femmes ayant accouché et étant sorties de la maternité.

21 Le 115 considère comme « famille » une femme enceinte à partir de son troisième mois de grossesse.

22 Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Article L313-11 modifié par LOI n°2015-925 du 29 juillet 2015 - art. 6. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. (source : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00006070158&idArticle=LEGIARTI000024197223>)

23 Citation de Meznaric (1995 : 12) choisie par Yuval-Davis pour introduire son livre *Gender and Nation* (1997 : 1).

24 Voir « Ce soir ou jamais sur l'antiracisme », décryptage par H. Bouteldja, M. Soumahoro, N. Guénif (avril 2016) : <https://www.youtube.com/watch?v=joUMkHE49po>

25 « J'appelle "stratégie" le calcul des rapports de forces qui devient possible à partir du moment où un sujet de vouloir et de pouvoir est isolable d'un "environnement". [...] J'appelle au contraire "tactique" un calcul qui ne peut pas compter sur un propre, ni donc sur une frontière qui distingue l'autre comme une totalité visible. La tactique n'a pour lieu que celui de l'autre » (De Certeau, cité par Veron 2010).

26 « Les parents d'enfants exposés à des risques d'excision obtenaient généralement la protection subsidiaire pour eux-mêmes. Le Conseil d'État (21/12/12) a jugé qu'ils pouvaient eux-mêmes prétendre au statut de réfugié ou à la protection subsidiaire seulement s'il était établi qu'ils encourent personnellement un risque de persécutions ou de mauvais traitements dans leur pays d'origine du fait de leur opposition aux mutilations sexuelles. » (source : <http://www.info-droits-etrangers.org/index.php?page=2-4-1#asileB1>)

27 CADA : centres d'accueil pour demandeurs d'asile gérés par la CAFDA (coordination de l'accueil des familles de demandeurs d'asile).

28 « Le demandeur d'asile ayant refusé une proposition d'admission en CADA ou ne s'étant pas présenté au gestionnaire de ce CADA dans le délai imparti ne peut en principe sous réserve de circonstances exceptionnelles évoquées ci-dessus, bénéficier ni d'une nouvelle offre d'hébergement en CADA ni d'une prise en charge dans une structure d'urgence ou à l'hôtel. » (source : CIRCULAIRE N° DPM/CI3/2007 du 3 mai 2007 relative aux missions des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, aux modalités d'admission dans ces centres et de sortie de ces centres et au pilotage du dispositif national d'accueil.)

29 « Immigration : Explosion des fausses reconnaissances de paternité », 2 janvier 2015 (source : <http://www.fdesouche.com/549143-immigration-explosion-fausses-reconnaissances-paternite#> ); Communiqué de Presse de Nicolas Bay, Secrétaire général du Front National, Député français au Parlement européen « Fausses reconnaissances de paternité : l'urgence d'une politique antifraude ! », 5 janvier 2015 (source : <http://www.frontnational.com/2015/01/fausses-reconnaissances-de-paternite-lurgence-dune-politique-antifraude/>)

30 « La reconnaissance de convenance (la plus risquée) : reconnaître un enfant pour se faire octroyer des droits en qualité de père, par exemple pour obtenir un titre de séjour (...) La reconnaissance frauduleuse n'est pas en soi un délit, la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation dans un arrêt du 8 mars 1988 l'a précisé. Toutefois attention, il en va différemment si la reconnaissance a été faite pour bénéficier frauduleusement d'un droit (par exemple obtenir un titre de séjour), il y a alors une tentative de fraude à la loi et risque de poursuites pénales (variables en fonction de la fraude) » (source : Me Brigitte BOGUCKI, spécialiste en droit de la famille, des personnes et de leur patrimoine, Professionnel collaboratif. <http://www.village-justice.com/articles/Reconnaitre-enfant-autre-risques,17192.html#heKUVGh6e6M5UqjV.99>)

31 Article L623-1. Modifié par LOI n°2011-672 du 16 juin 2011 - art. 33.

32 Phénomène documenté par ailleurs dans les cas de « mariages blancs » qui rendent les femmes dépendantes de leur mari durant tout le temps des démarches administratives (Lesselier 2004).

---

## ***Pour citer cet article***

### *Référence électronique*

Louise Virole-Zajde, « Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 16 | Automne 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016, consulté le 25 octobre 2017. URL : <http://gss.revues.org/3862> ; DOI : 10.4000/gss.3862

---

## ***Auteur***

### **Louise Virole-Zajde**

Doctorante en sociologie, CADIS-EHESS  
[louise.virole@sciencespo.fr](mailto:louise.virole@sciencespo.fr),

---

## ***Droits d'auteur***



Genre, sexualité et société est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.