



HAL
open science

Genre, race et classe en éducation pour la santé périnatale

Louise Virole

► **To cite this version:**

Louise Virole. Genre, race et classe en éducation pour la santé périnatale. Recherches sociologiques et anthropologiques, 2022, 53-1, pp.1-25. 10.4000/rsa.5198 . hal-04190384

HAL Id: hal-04190384

<https://hal.science/hal-04190384>

Submitted on 29 Aug 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, race et classe en éducation pour la santé périnatale

Enquête sociologique au sein de dispositifs d'éducation pour la santé
dédiés aux femmes enceintes étrangères en France

*Gender, race and class in perinatal health education. A sociological study of
health education programmes for foreign pregnant women in France*

Louise Virole



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rsa/5198>

DOI : 10.4000/rsa.5198

ISSN : 2033-7485

Éditeur

Unité d'anthropologie et de sociologie de l'Université catholique de Louvain

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2022

Pagination : 1-25

ISSN : 1782-1592

Ce document vous est offert par Aix-Marseille Université (AMU)



Référence électronique

Louise Virole, « Genre, race et classe en éducation pour la santé périnatale », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 53-1 | 2022, mis en ligne le 01 novembre 2022, consulté le 19 décembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/rsa/5198> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rsa.5198>



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International
- CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Genre, race et classe en éducation pour la santé périnatale Enquête sociologique au sein de dispositifs d'éducation pour la santé dédiés aux femmes enceintes étrangères en France

Louise Virole*

À partir d'une enquête sociologique au sein de dispositifs d'éducation pour la santé périnatale dédiés aux femmes enceintes étrangères en France, l'article interroge la manière dont les discours éducatifs des professionnelles de santé reproduisent des rapports de domination de genre, de race et de classe. Au cours des séances collectives, les soignantes éduquent les participantes aux bonnes pratiques maternelles en mobilisant un registre de l'altérisation culturelle, renvoyant les femmes étrangères à une culture d'origine doublement archaïque : du point de vue médical et de l'égalité des sexes. Ces procédés d'altérisation culturelle participent à renforcer les rapports de domination de genre, de race et de classe, tout en s'inscrivant dans la continuité de l'histoire des dispositifs d'éducation en santé des mères et futures mères de classe populaire et racisées.

Mots-clés : éducation en santé, éducation pour la santé périnatale, intersectionnalité, migration, genre, race, classe, étrangères, grossesse.

I. Introduction

Dès la fin du XIX^{ème} siècle et la naissance de l'éducation sanitaire, les professionnel·le·s de santé français·es ont joué un rôle dans la lutte contre les "mauvaises" pratiques des mères – potentielles ou réalisées –, en les éduquant aux "bonnes" pratiques de puériculture légitimées par le savoir médical occidental (Boltanski, 1969). Toutes les femmes n'étaient pas visées par ces interventions éducatives : celles-ci s'adressaient en premier lieu aux femmes de classe populaire en métropole et aux femmes indigènes dans les colonies (Burguet, 2014 ; Fredj, 2015). Les médecins français les considéraient particulièrement «inaptes à faire de bonnes mères» car «engluées

* Docteure en sociologie, chercheure en postdoctorat au SESSTIM, Aix-Marseille Université. Mail : louise.virole@sciencespo.fr.

dans leurs croyances» (Hugon, 2020 :264). Poursuivant un objectif hygiéniste, l'éducation sanitaire s'est déployée comme dispositif biopolitique de promotion de la modernité médicale française (Foucault, 1963 ; Klein, 2010), stigmatisant au passage les pratiques des populations dominées du fait de leur position sociale de genre, de classe et/ou de race¹. Depuis les années 1970, le caractère prescriptif et normatif de l'éducation sanitaire a été fortement critiqué et de nouveaux modèles éducatifs sont apparus, laissant plus de place à la liberté de choix et à l'autonomie des personnes (Billon-Descarpentries, 2000 ; Lecorps, 2010 ; Pétré *et al.*, 2019)². A l'heure actuelle, dans le champ de la santé périnatale la désormais nommée "éducation pour la santé en périnatalité (EPSP)"³ prend la forme de séances collectives de préparation à la naissance et à la parentalité intégrées aux parcours de soins des femmes enceintes (Haute Autorité de Santé, 2005). La mission officielle des "soignantes-éducatrices"⁴ est de transmettre des compétences et des informations aux femmes enceintes afin qu'elles adoptent un «style de vie sain», tout en respectant leur liberté de choix (Bernard/Eymard, 2012 :286).

Si la plupart des dispositifs d'EPSP s'adressent à l'ensemble des femmes enceintes, certaines professionnelles de santé ont mis en place ces dernières années des interventions éducatives ciblées destinées aux femmes étrangères afin d'atteindre un public dont elles constatent la sous-représentation en séance d'EPSP (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012 ; Sauvegrain, 2008). Ces séances collectives dédiées aux femmes étrangères ont lieu au sein de structures de soin (maternités, centres de protection maternelle et infantile, centres de planification et d'éducation familiale...) (Davoudian, 2007 ; Eguillon, 2008), tandis que d'autres sortent du système de santé pour se rendre dans des espaces qui accueillent des femmes étrangères ; en hôtel social et en accueil de jour pour les femmes sans-domicile⁵, ou dans des associations d'aide aux migrant·e·s (Andro/Eberhard/Gelly, 2020 ; Imbert *et al.*, 2013).

¹ Le concept de "race" renvoie, comme celui de genre et de classe, à une catégorisation sociale et non à une catégorie biologique. La "race" est entendue ici en tant que rapport de domination lié à la couleur de peau, l'ethnicité, la nationalité et le statut légal (FALQUET J., KIAN A., 2015, v.e).

² Dans ces nouveaux modèles, la désormais nommée éducation à la santé, la posture du "soignant-éducateur" change : désormais celui-ci pourrait «reconnaître le patient comme capable de faire des choix de santé et d'agir pour sa santé» (PETRE B. *et al.*, 2019, p.3), même si ces choix s'opposent aux choix qu'il promeut.

³ Les termes pour désigner les interventions éducatives visant l'amélioration de la santé des populations sont multiples : éducation sanitaire, éducation à la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à la santé familiale... Chaque concept renvoie à une pluralité de définitions selon «les buts visés, les épistémologies assumées, les idéologies présumées» (KLEIN A., 2010, p.48). Dans cet article, nous ne reviendrons pas sur les débats lexicographiques et les enjeux théoriques qui les sous-tendent. Sur ce sujet, se référer aux travaux de Billon-Descarpentries (BILLON J., 2000 ; DESCARPENTRIES J., 2016).

⁴ Féminisation du concept de "soignant-éducateur" développé par Pétré (PETRE B. *et al.*, 2019). La quasi-totalité des animatrices des séances d'EPSP dans le champ périnatal étant des femmes, nous avons choisi d'utiliser le féminin pluriel pour les désigner.

⁵ En Ile-de-France, les femmes migrantes sont surreprésentées dans la population hébergée en hôtel social. Source : OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS, 2014.

Au regard de l'histoire particulière de l'éducation sanitaire des futures mères de classe populaire et racisées⁶, ces dispositifs d'EPSP dédiés posent question. À partir d'une enquête ethnographique menée au sein de plusieurs interventions éducatives animées par des professionnelles de santé⁷ dédiées aux femmes enceintes étrangères en France, cet article analyse les formes contemporaines des rapports de domination de genre, de race et de classe traversant ces espaces collectifs.

Les conseils et mises en garde donnés par les soignantes-éducatrices auprès des futures mères révèlent «l'expression d'un système de valeurs sociales» (Delaisi De Parseval/Lallemant, 1980 :16). Loin de transmettre un savoir neutre, les soignantes diffusent un «savoir situé» (Hill Collins, 2016) ancré dans un contexte socio-culturel spécifique. Comme l'ont montré de nombreux travaux socio-anthropologiques, en France les professionnel·le·s de la périnatalité sont imprégnées de représentations ethno-raciales qui influent sur leur manière d'interagir avec leurs patientes. Au nom de la différence culturelle présumée de patientes identifiées comme «Africaines», «Magrébines» ou «Roms», certain·e·s soignant·e·s opèrent des «traitements différentiels», dégradant la qualité du soin offerte à ces patientes (Cognet, 2017 ; Nacu, 2011 ; Prud'homme, 2016 ; Sauvegrain, 2012 ; Kotni/Racioppi/Sauvegrain, 2022). Si cet «argumentaire de la différence culturelle» (Crenn/Kotobi, 2012 :188) se décline en consultation obstétrique ou lors de l'accouchement, il est aussi présent dans les discours des professionnelles de santé lors des séances d'EPSP dédiées aux femmes étrangères, pour la plupart provenant de pays anciennement colonisés par la France⁸. L'altérisation culturelle à l'œuvre dans ces interventions éducatives participe à (re)produire des frontières symboliques (Juteau, 1999) entre les sujets inclus et les sujets exclus de la «modernité nationale» (Jaunait/Le Renard/Marteu, 2013). En accord avec Colette Guillaumin et d'autres théoricien·ne·s critiques de la «race», l'article soutient que le renvoi systématique à l'altérité culturelle des immigré·e·s et de leurs descendant·e·s est le signe d'une nouvelle forme de «racisme sans races» (Guillaumin, 1992 ; Balibar, 2007 ; Bessone, 2013 ; Fassin/Fassin, 2008). L'article s'appuie dès lors sur le cadre théorique développé par la sociologie des rapports sociaux (Falquet, 2009 ; Kergoat, 2009) pour analyser l'imbrication dynamique des rapports de domination de genre, de classe et de race au sein de ces *espaces frontières*. Il vise à éclairer comment ces rapports de domination influent

⁶ Le terme «racisé·e» renvoie aux personnes subissant un processus d'assignation racialisante, consistant à «essentialiser une origine réelle ou supposée, à en radicaliser l'altérité et à la minoriser, c'est-à-dire à la soumettre à un rapport de pouvoir» (MAZOUZ S., 2020, p.50).

⁷ Si la plupart des animatrices sont des sages-femmes, d'autres professionnelles de santé animent aussi des séances d'EPSP : gynécologues, médecins PMI, psychologues, puéricultrices, etc.

⁸ Les origines nationales des participantes sont indiquées dans la partie méthodologie.

sur le contenu du savoir véhiculé ainsi que sur la posture éducative des animatrices. À l'aide d'une perspective socio-historique, il interroge les discours éducatifs et les postures éducatives des soignantes d'aujourd'hui face aux patientes étrangères à l'aune des rapports de domination structurels aux fondements de ces dispositifs biopolitiques.

Dans une première partie, l'article montre que les soignantes éduquent les participantes aux "bonnes" pratiques maternelles en mobilisant un registre de l'altérisation culturelle, renvoyant les femmes étrangères à une culture d'origine doublement archaïque : du point de vue médical et de l'égalité des sexes (III). Dans une seconde partie, l'article révèle que ces procédés d'altérisation culturelle participent à renforcer les rapports de domination de genre, de race et de classe, tout en s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de l'éducation en santé⁹ (Klein, 2010) des mères et futures mères de classe populaire et racisées (IV).

II. Méthodologie

Cet article s'appuie sur les données issues d'une enquête ethnographique multi-située menée entre 2013 et 2015 auprès de huit interventions d'éducation pour la santé périnatale à destination de femmes étrangères à Paris, en Seine-Saint-Denis et en Gironde (Virole, 2018). L'enquête ethnographique est composée d'observations participantes¹⁰ de séances collectives et d'entretiens semi-directifs avec les animatrices (Encadré 1.).

Encadré 1. A la recherche des interventions d'EPSP dédiés aux femmes enceintes étrangères : une ethnographie multi-située

A l'occasion d'une enquête en 2013 au sein d'une maternité parisienne, je découvre l'existence d'un groupe de préparation à la naissance dédié aux femmes "africaines" animé par une gynécologue-obstétricienne et une sage-femme. Je mène une observation participante de trois séances d'affilée et j'interroge en entretien les animatrices pour comprendre les raisons qui les ont poussé à créer et animer ce groupe depuis une dizaine d'années (Groupe 1). Intriguée par ce dispositif dédié et les enjeux qu'il suscite, je m'attèle à rechercher d'autres interventions éducatives destinées aux femmes enceintes étrangères en France. Je découvre qu'un groupe de parole en PMI¹¹ à destination des femmes enceintes "sans-papiers" a existé en Seine-Saint-Denis pendant six années animé par une médecin PMI et une sage-femme PMI, mais s'est arrêté en 2008. Je rencontre l'ancienne animatrice de ce groupe, qui me mis à disposition le film d'une des séances du groupe datant de novembre 2005 (Bagoë-Diane, 2006), vidéo que je retranscrirai afin d'analyser les échanges (Groupe 2). Mes recherches me

⁹ Le choix d'utiliser ici le concept d' "éducation en santé" développé par KLEIN A. (2010) permet d'englober l'ensemble les dispositifs médicaux visant à éduquer les futures mères.

¹⁰ Au début des séances, après m'être présentée et avoir présenté ma recherche, je demandais systématiquement aux participantes leur consentement pour observer et pour enregistrer la séance. En cas de réponse positive (je n'ai jamais reçu de réponse négative), je me plaçais dans un coin de la pièce et prenais des notes sur le nombre de participantes, la disposition de la salle, les modes d'interactions et les discours des unes et des autres. Je ne participais pas aux échanges et restais silencieuse tout au long de la séance.

¹¹ Protection maternelle et infantile.

mènent en Gironde, où je réalise en 2014 une observation de deux séances de groupes : l'un dans une association à destination des femmes "migrantes" animée par une puéricultrice et une sage-femme PMI (Groupe 3) et le second dans un centre d'hébergement animé par une psychologue et une sage-femme (Groupe 4). De retour en Ile-de-France, j'observe une séance de groupe mené par une sage-femme dans un accueil de jour à destination des femmes sans-domicile en Seine-Saint-Denis (Groupe 5). J'observe à trois reprises un groupe de parole animé par une sage-femme dans les locaux d'une association d'immigré·e·s chinois·e·s dans l'Est de Paris (Groupe 6). En 2015, j'observe un groupe animé par une gynécologue-obstétricienne dans le sous-sol d'un planning familial parisien (Groupe 7). Enfin, j'observe une séance d'EPSP dans un centre d'hébergement pour femmes en sorties de maternité en Seine-Saint-Denis animé par une gynécologue-obstétricienne (Groupe 8).

Le nombre de participantes aux groupes observés pouvait varier d'une personne¹² à trente personnes en fonction des séances (voir tableau récapitulatif des groupes observés en Annexe). Certains groupes avaient lieu toutes les semaines, tous les mois, d'autres n'ont eu lieu qu'une fois. La moitié de ces groupes était destinée explicitement aux femmes "migrantes", les autres groupes étaient destinés aux femmes "isolées" ou "sans-domicile". Au-delà de leur ciblage officiel, l'observation de ces groupes montre qu'ils étaient composés majoritairement voire exclusivement de femmes étrangères enceintes ou mères de jeunes enfants (Virole, 2022). Les participantes des groupes étaient originaires essentiellement de pays d'Afrique subsaharienne francophone¹³. D'autres origines nationales étaient représentées bien qu'en plus faible proportion : Algérie (n=4), Roumanie (n=4), Chine (n=4), ainsi qu'une participante originaire d'Afrique subsaharienne anglophone dont le nom du pays origine n'a pas été mentionné lors de la séance. Cinq entretiens avec des participantes ont été menés (Groupes 1, 3, 4 et 8). Toutefois, cet article se focalisant sur les discours éducatifs diffusés par les animatrices, les entretiens avec les participantes ne seront pas mobilisés ici¹⁴.

Ces observations ont été complétées par dix entretiens semi-directifs avec les animatrices : deux gynécologues-obstétriciennes, un médecin PMI, cinq sages-femmes, une psychologue et une puéricultrice. Les animatrices

¹² Lors d'une séance d'un groupe ayant lieu dans un foyer maternel, une seule patiente est venue participer au "groupe". En revanche, les animatrices étaient nombreuses : une psychologue, une stagiaire psychologue, une sage-femme et une traductrice. En incluant ma présence en tant qu'observatrice, le groupe comptait donc six personnes mais seulement une bénéficiaire.

¹³ Les pays d'origine des participantes n'étant pas systématiquement mentionnés pendant la séance – certaines utilisaient le terme englobant d' "Afrique" –, les informations recueillies sur les pays d'origine des participantes sont hélas parcellaires. Les pays d'Afrique subsaharienne francophone mentionnés étaient : le Mali, le Burkina Faso, le Cameroun, le Gabon, les Comores et le Sénégal.

¹⁴ Pour plus d'éléments sur la subjectivité des participantes, voire VIROLE L., 2020.

étaient des femmes françaises et blanches¹⁵. Au moment de l'enquête, cinq avaient entre 50 et 62 ans, trois entre 40 et 50 ans, deux entre 25 et 35 ans. Certains groupes étaient co-animés par une interprète et/ou d'une médiatrice : en langue arabe (Groupe 3 et 4) et en chinois (Groupe 6). Dans un des groupes l'animatrice gynécologue-obstétricienne a alterné français et anglais tout au long de la séance (Groupe 8).

III. Éduquer aux “bonnes” pratiques maternelles par l'altérisation culturelle

Un des objectifs de l'EPSP est d'accompagner les usagères à faire les “bons choix” (Kivits/Virole, 2020) concernant leur santé. Lors des interventions éducatives dédiées aux femmes enceintes étrangères, les professionnelles de santé transmettent un ensemble de normes médicales ; elles leur conseillent des “bonnes” pratiques et les mettent en garde contre les “mauvaises” pratiques à éviter en matière de comportement alimentaire, au moment de l'accouchement ou de l'allaitement. Si les professionnelles de l'EPSP disposent d'un certain nombre d'outils pédagogiques pour convaincre leur auditoire (Piperini, 2016), l'observation de ces séances dédiées révèle qu'un des procédés mobilisés par les animatrices pour convaincre les usagères est de se référer à leur différence culturelle présumée. Les soignantes établissent un lien de causalité entre les “mauvaises” pratiques des participantes et leur culture d'origine doublement archaïque : tant sur le plan médical qu'en matière de droit des femmes.

A. Des mauvaises pratiques pendant la grossesse et suite à l'accouchement : la faute à la culture d'origine

En séance, les animatrices soulignent que les “mauvaises” pratiques des femmes étrangères lors de leur grossesse et suite à leur accouchement seraient liées à leur culture d'origine, pétrie de «fausses croyances» (Adeline¹⁶, Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis). Dans plusieurs des groupes observés, les animatrices dévalorisent les pratiques maternelles des participantes ; elles sont renvoyées au registre de l'irrationnel, à des croyances sans fondement scientifique. Lors d'une séance dans un accueil de jour animé par Adeline, celle-ci choisit de focaliser son intervention éducative sur les comportements vis-à-vis de l'alcool pendant la grossesse et lors de l'allaitement. Elle pose la question aux participantes et Sophie, qui vient d'accoucher, répond qu'elle n'a «pas osé» boire pendant la grossesse, mais qu'elle a bu de la bière pendant qu'elle allaitait. À ce moment, une autre participante, Samia, prend la parole pour souligner que boire de la bière

¹⁵ Le terme “blanc” renvoie à une catégorie ethno- raciale construite socialement. Ce terme est employé ici car il permet de comprendre la position située des professionnelles de santé, qui, du fait de leur “blanchité” (CERVILLE M., 2012) exercent une position dominante sur le plan racial vis-à-vis de leurs patientes racisées.

¹⁶ Les prénoms ont été changés afin de garantir l'anonymat des enquêtées.

peut faire «marcher» l'allaitement. L'animatrice intervient pour dire que malgré «ce qu'on nous dit», «ce n'est pas vrai». À l'encontre de ce que «l'on entend», la sage-femme entreprend alors d'expliquer aux participantes, en mobilisant un registre médical, comment la «bière passe dans le lait maternel» et peut s'avérer dangereuse pour la santé du nourrisson allaité. Lors de cet échange, la professionnelle de santé identifie à la fois les “mauvaises” pratiques tout en promouvant une “bonne” pratique : l'arrêt de l'alcool pendant la grossesse et l'allaitement. Samia souligne le décalage entre ce qu'«on lui a dit» et le discours médical, sans préciser qui lui a transmis ce savoir (Encadré 2.).

Encadré 2. «C'est ce qu'on nous dit, mais ce n'est pas vrai, d'accord ?»

Observation d'une séance dans un accueil de jour en Seine-Saint-Denis animée par Adeline, sage-femme, avec 5 participantes (Groupe 5).

- SF : Alors on va voir d'abord l'alcool. Est-ce que vous consommez de l'alcool en dehors de la grossesse ? Un petit peu ?

- Sophie : Moi je vais dire vrai, il y a des moments où au début de temps en temps j'achetais une bière. Mais c'est après deux semaines après... surtout quand j'ai la tête pleine. Quand on a la tête bourrée il faut soulager [rires]. Même ici au début je m'achète. Parce que les petites 1664 là ! [rires] Et le soir j'en prends un petit peu. Mais après quand je me réveille j'ai des maux de tête. Après ça me soulage vraiment. Mais j'ai arrêté.

- SF : Et ça c'était quand vous étiez enceinte ou c'était avant ?

- Sophie : Non pendant la grossesse je n'ai pas osé.

- SF : D'accord.

- Sophie : Mais quand j'allaitais si. Ça me trottait dans la tête. Parfois le soir je prends deux petites 1664 là et puis je m'endors bien. [rires]

- Samia : Normalement ça marche si on est sage. Pour le bébé.

- SF : De quoi boire de la bière ça aide pour avoir du lait c'est ça ?

- Samia : Oui c'est ce qu'on nous dit.

- SF : C'est ce qu'on nous dit, mais ce n'est pas vrai, d'accord ?

- Samia : Ce n'est pas vrai ? ça ne marche pas ?

- SF : C'est pour ça que c'est important on va voir la grossesse et l'allaitement parce que c'est vrai que ça on l'entend. De dire boire surtout de la bière ça aide. Non c'est pas vrai, d'accord. Il faut vraiment éviter, même pendant l'allaitement de boire parce qu'en fait on va voir que la bière passe dans le lait maternel. Du coup on va voir un petit peu tout ça.

- Sophie : Après moi j'avais envie de boire !

- SF : Oui quand on a l'habitude de boire un petit peu, pas beaucoup, mais régulièrement, et bien ça manque.

- Sophie : Ah oui ça m'a manqué.

- Chaïma : Moi j'ai jamais consommé l'alcool.

- SF : C'est vrai qu'il faut vraiment éviter de boire quand on est enceinte. Je vais vous expliquer pourquoi. L'alcool c'est vraiment des molécules d'éthanol qui sont contenues dans plein d'alcools, des alcools forts, dans le vin, dans la bière, dans vraiment tous...[...].

Suite à cette séance, en entretien la sage-femme déclare que cet échange révèle les «fausses croyances qu'on leur a dites au pays» (Adeline, Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis). Adeline donne plusieurs exemples de «fausses croyances» des femmes étrangères qu'elle a pu observer lors de ses interventions éducatives : boire de la bière après l'accouchement pour favoriser l'allaitement, ne pas utiliser le premier lait car il est mauvais pour le nourrisson, utiliser un sachet de thé comme moyen de contraception ou éviter les piments pendant la grossesse pour limiter les accouchements prématurés. Dans tous les cas, Adeline dit «travailler sur les représentations autour de la santé», pour changer ces croyances et les pratiques reproductives qui en découlent. Elle souhaite inciter les femmes étrangères à mettre de côté leurs «croyances», «ce qu'elles ont appris de leur famille» pour assimiler la «médecine moderne». Cette sage-femme développe une approche que l'on peut qualifier d'*assimilationniste*. Les animatrices se positionnant dans cette approche opposent la modernité de la médecine occidentale aux pratiques traditionnelles archaïques des participantes ; elles demandent aux usagères de rejeter ces pratiques et d'assimiler les pratiques qu'elles promeuvent. Les participantes sont dès lors renvoyées une altérité culturelle radicale incompatible avec la «culture de la santé publique» (Fassin/Dozon 2001 :8). Si plusieurs animatrices rencontrées partagent cette approche *assimilationniste*, la plupart des soignantes-éducatrices s'inscrivent plutôt dans une approche dite *interculturelle*.

A l'encontre de l'approche *assimilationniste*, les professionnelles de santé à l'approche *interculturelle* pensent qu'il est possible et souhaitable que les femmes «combinent leur culture d'origine» avec le savoir médical français (Martine, sage-femme PMI, Groupe 1, Paris). Ainsi, afin de «convaincre» les femmes étrangères de prendre une contraception, Martine, animatrice d'un groupe dans une maternité parisienne, souligne qu'il est plus efficace de ne pas opposer la pilule aux «gris-gris» :

dans certains endroits on propose des gris-gris, ici on propose la pilule [...] donc il y a le fait de mettre sur le même plan ce qu'on vit ici et ce qu'on vit là-bas. Et de ne pas dire que leur interprétation à elles elle est nulle, de leur dire que ça ne marche pas. Si la dame elle croit à son gri-gri il vaut mieux la convaincre de prendre la pilule et le gri-gri.

Se plaçant dans une approche *interculturelle*, cette sage-femme dit ne pas vouloir faire disparaître les «mauvaises pratiques», mais d'aider les femmes à combiner leurs pratiques «culturelles» avec les pratiques «scientifiques». Lors des séances, les professionnelles de santé négocient avec les femmes

étrangères, parfois longuement, afin de les convaincre de changer leur comportement tout en «respectant leurs pratiques culturelles» (Françoise, gynécologue, Groupe 1, Paris). Ainsi, au cours d'une séance éducative ayant lieu dans un centre d'hébergement, quatre animatrices – une psychologue, une stagiaire psychologue, une sage-femme et une traductrice en langue arabe – tentent de convaincre l'unique participante, Inès, enceinte de 8 mois et originaire d'Algérie, de faire le “bon choix” (Kivits/Virole, 2020). Chacune leur tour, les animatrices mobilisent des arguments afin d'inciter Inès à renoncer à faire le ramadan. Alors que la sage-femme s'appuie sur des arguments médicaux – le jeûne pourrait nuire à la santé du fœtus –, les autres animatrices ajoutent des arguments religieux tirés de leur interprétation du Coran et de l'expérience de l'animatrice stagiaire-psychologue du ramadan dans son pays d'origine¹⁷ (Encadré 3.).

Encadré 3. Autour du ramadan, «vous pouvez être en danger»

Observation d'une séance animée par une psychologue, une sage-femme, une traductrice et une stagiaire psychologue dans un centre d'hébergement, une participante Inès, originaire d'Algérie (Groupe 4).

- SF : Je reviens au ramadan [rires]. Il va commencer avant que le bébé va naître. Est-ce que vous pensez que vous allez le faire dès le 28 juin ?

- Inès : Oui

- SF : Oui ? D'accord. Alors il faut quand même savoir que comme vous êtes enceinte il y a quand même des précautions à prendre. Surtout s'il fait très très chaud. Les jours où il va faire très très chaud, ce sera peut-être plus prudent de ne pas faire le ramadan ce jour-là. Parce qu'il fait très chaud, vous allez avoir besoin de boire de l'eau dans la journée. Pour vous. C'est pas trop pour le bébé. Parce que le bébé, même si vous êtes fatiguée il va trouver ce dont il a besoin dans votre corps. Mais vous, avez la grossesse, il faut que les reins, vous savez c'est les organes qui font les urines, il faut qu'ils fonctionnent. Et on sait que quand il fait très chaud, si on ne boit pas assez, ils ne fonctionnent pas bien. Et donc vous pouvez être en danger.

- Inès : Alors je vais essayer ça va dépendre du temps.

- SF : Alors au mois de juillet on peut avoir un temps comme ça, il pleut, mais il peut faire 40. Et puis on peut avoir le lundi comme ça, le mardi 28 et le mercredi 36. La température bouge très vite [rires].

- Psy : En une semaine ?!

- SF : C'est pour ça que je précise s'il y a des jours où il fait très chaud. Parce que je sais aussi que c'est plus facile de faire le ramadan en même temps que tout le monde que d'avoir à le refaire plus tard toute seule.

- Psy : Si elle boit, elle ne jeûne pas.

- SF : C'est pour ça que je parle des jours où il fait très chaud.

¹⁷ La stagiaire psychologue ne précise pas le nom de son pays d'origine.

- Psy : Mais si je ne me trompe pas, dans le Coran c'est bien écrit, faudrait voir avec un imam, mais les personnes en situation de fragilité, quand elles sont malades et les femmes enceintes sont, enfin j'aime pas ce mot exemptée, mais...
- Stagiaire : En fait elle rattrape plus tard. Il faut faire attention à ne pas se mettre en situation...
- Trad : Ce qui est dit dans le Coran c'est que la femme qui allaite doit manger, la femme qui accouche doit manger, mais pas la femme enceinte, c'est différent. Mais c'est toléré.
- Stagiaire : C'est en fonction. Il y a des femmes enceintes qui sont en bonne santé et tout se passe bien donc elles peuvent jeûner. Ce qui faut faire aussi attention c'est qu'en France c'est quand même 17 h de jeûne. Ce ne sera pas, par exemple chez moi on jeûne 11 h parce que le soleil se couche à 19 h au plus tard. Ici c'est quand même très tôt le matin à 4 h jusqu'à 22 h. Donc effectivement il y a des jours où il se peut que ça soit plus difficile que d'autres. En plus le fait de mettre l'enfant à risque ce n'est pas conseillé. Après il y a aussi la personne qui ne peut pas jeûner elle donne à manger à quelqu'un d'autre. Je ne sais pas si ça a un nom. Elle donne à un nombre de personnes à manger ou tous les jours le repas du soir pendant le mois du ramadan.
- Inès : Soit je donne à 60 personnes, soit tous les jours je donne.
- Stagiaire : Effectivement c'est ça. Après c'est en fonction d'elle, si elle pense qu'elle peut jeûner. Mais comme elle va être en fin de grossesse, faut voir en fonction.
- Inès : Je vais essayer et si je n'y arrive pas...
- Stagiaire : Si vous voyez qu'en milieu de journée ça ne va pas du tout... Le ramadan l'hiver en France c'est mieux! [rires]
- SF : Il faudra attendre quelques années!

La plupart des animatrices rencontrées développant une approche *inter-culturelle* ont, au cours de leur carrière, tissé des liens avec la psychologie transculturelle et l'ethnopsychanalyse (Gioan/Mestre, 2010 ; Moro, 2003). L' "influence" de ces théories étant très forte dans les années 1990-2000 (Fassin, 1999), on la retrouve comme référentiel chez les animatrices entre 45 et 62 ans¹⁸ et beaucoup moins chez les plus jeunes animatrices. Les approches des animatrices ne sont toutefois pas figées et évoluent au fur et à mesure du déroulement des groupes et des trajectoires professionnelles des animatrices. Par exemple, Chantal, médecin PMI animant un groupe en PMI en Seine-Saint-Denis (Groupe 2) raconte qu'à la création du groupe en 2002 elle était fortement influencée par les «théories ethnopsy». Constatant leurs dérives culturalistes, elle prend progressivement ses distances et évolue vers une vision plus «politique» du groupe, qu'elle conçoit comme un espace de lutte contre l'exclusion «des femmes sans-papiers» (Chantal, Médecin PMI,

¹⁸ Françoise (62 ans), Martine (55 ans), Chantal (55 ans) et Nicole (45 ans) ont toutes été formées à ces approches.

Groupe 2, Seine-Saint-Denis). Ainsi, bien que l'ensemble des animatrices à l'approche *interculturelle* partagent la même vision de respect des pratiques culturelles (Tison, 2007), celles-ci s'inscrivent dans différents courants parfois en tension.

En outre, les approches *interculturelles* et *assimilationnistes* se retrouvent autant chez les gynécologues, les sages-femmes ou les puéricultrices rencontrées lors de l'enquête. A l'exception des psychologues – exclusivement à l'approche *interculturelle*¹⁹ –, le type d'approche développé par les animatrices ne semble pas dépendre du groupe professionnel auquel appartient l'animatrice. Tout se passe comme si la construction des femmes étrangères en tant que groupe altérisé participait à l'unification du champ de la santé périnatale, pourtant traversé historiquement par des enjeux de pouvoir importants, principalement entre gynécologues et sages-femmes (Carricaburu, 2005 ; Kniebiehler, 2007). En définitive, bien que les professionnelles de santé diffèrent dans leur positionnement vis-à-vis de la culture d'origine des participantes – plutôt *assimilationniste* ou *interculturel* –, l'ensemble des animatrices ont en commun de mobiliser le registre de la différence culturelle pour convaincre les femmes d'adopter le comportement de santé qu'elles promeuvent.

B. Des “mauvaises” pratiques liées à une culture d'origine patriarcale

Les “mauvaises” pratiques pointées par les professionnelles de santé au cours des séances éducatives ne se limitent pas aux pratiques liées à la grossesse et aux soins du nourrisson. En séance, les animatrices abordent plus généralement des questions liées à la condition féminine, tout en soulignant la différence culturelle des participantes, enfermées selon elles dans une culture d'origine patriarcale. Lors d'une intervention éducative ayant lieu dans le local d'une association d'aide aux migrantes, l'animatrice puéricultrice demande à trois participantes, par le biais de la traductrice en langue arabe, si elles sont «obligées par leur mari» de faire le ramadan (Patricia, puéricultrice, Groupe 3, Gironde). La traductrice s'adresse aux trois femmes, et c'est Inès, dont on a vu qu'elle a fait l'objet d'une âpre négociation lors d'une autre intervention éducative (Encadré 3.), qui répond que c'est «elle qui oblige son mari» à faire le ramadan, et non l'inverse. Dans plusieurs groupes observés, les soignantes abordent entre autres les thématiques de la polygamie ou des mutilations génitales féminines. Dans le

¹⁹ Un seul groupe observé est animé par une psychologue (Céline) mais d'autres animatrices ont une formation complémentaire en psychologie (Françoise, Martine, Chantal, Nicole). N'ayant observé qu'un groupe animé par une psychologue à l'approche *interculturelle*, il n'a pas été possible de comparer avec d'autres psychologues. Toutefois, au vu de la littérature abondante en ethno-psychanalyse, en psychologie interculturelle et transculturelle (MORO M.R., 2003, 2015), nous pouvons faire l'hypothèse que les psychologues choisissant d'animer des séances dédiées auront plus tendance à se placer dans une approche *interculturelle* plutôt que dans une approche *assimilationniste*.

Groupe 1, alors que la conversation dérive sur la polygamie et les coépouses, les animatrices demandent aux participantes si elles sont «prêtes à accepter» cela et semblent rassurées d'entendre que toutes ont répondu qu'elles rejettent cette pratique. Dans une séance animée par Dominique, gynécologue, celle-ci aborde la question de l'excision, en soulignant qu'il s'agit d'une «tradition» «inscrite dans la culture», culture dont il est «difficile de s'en départir». Dominique incite alors les participantes à faire «bouger ces traditions» (Encadré 4).

Encadré 4. «Ce n'est pas facile d'enlever cette culture»

Observation d'une séance dans un planning familial, animé par Dominique, gynécologue-obstétricienne, avec 30 participantes (Groupe 7).

- Gynéco : Il y a parfois des choses qui sont importantes, puisqu'on parle du culturel et je ne vais pas le taire parce que c'est important, c'est tout ce qui à avoir avec les mutilations sexuelles. Donc Mesdames ça il faut que vous soyez extrêmement vigilantes. Attention. Maintenant dans le monde entier c'est considéré comme un crime passible de prison tout ce qui a à voir avec l'excision et puis, c'est considéré en France, mais pas qu'en France, dans la majorité des pays qui ont signé la Charte des Droits de l'Enfant, comme un crime. Est-ce que vous savez de quoi je parle ? Vous savez l'histoire de l'excision... Est-ce que tout le monde sait de quoi je parle quand je parle d'excision ? Il y a un silence... Voilà dans la majorité des pays c'est tout à fait interdit. Il n'en reste pas moins vrai qu'il y a des pratiques qui perdurent. Sachez que toute manière là pour le coup c'est du ressort de la justice. C'est très important. Et même si on pense qu'on peut envoyer son enfant à l'étranger et revenir avec son enfant excisée, sachez que les parents encourent une peine de prison.

- Fatou : Si la femme ne fait pas l'excision, tu es comme un garçon.

- Gynéco: Oui je sais. Ça c'est important que vous le dites.

- Fatou : Comme un garçon. Tu n'es plus une fille.

- Gynéco : Ça c'est les traditions. Mais mesdames les traditions elles sont toujours progressé grâce aux femmes. C'est de vous que ça dépend ces traditions. Sachez ça mesdames. La tradition ne peut changer, ne bouger sans les femmes. C'est les femmes qui font bouger les traditions, pas les hommes. Voyez ce que vous dites madame c'est important. Vous dites «mais moi si je ne fais pas excisée ma fille, comment elle va pouvoir se marier ?». Elle va être considérée comme un homme. Mais est-ce que c'est vrai ça ?

- Salle : Non [trois personnes]

- Gynéco : Donc voilà. C'est juste pas vrai. Et pourtant c'est encore bien inscrit dans la culture. Et c'est difficile de se départir, d'enlever cette culture, ce n'est pas facile de l'enlever. Il a fallu lutter contre ça. Vous savez que vous luttez. Et bien oui, ce n'est pas facile. Et bien c'est de la responsabilité de chacune d'entre vous, de la mienne aussi, mais de la vôtre aussi, de faire évoluer ces pratiques. C'est notre responsabilité. Et nous à chaque fois on est en responsabilité, de nos enfants. [...].

Dans cet échange, l'animatrice finit par souligner une «responsabilité» commune à elle et aux participantes, celle «de nos enfants» (Dominique, Gynécologue, Groupe 7, Paris). Cette tentative de création d'un lien avec les participantes via la commune identification en tant que femme et mère n'est pas le seul fait de cette animatrice (Virole, 2018 :341). L'ensemble des groupes observés étaient en non-mixité féminine²⁰ et plusieurs animatrices abordent délibérément leur «vécu de femmes» au cours de la séance (Françoise, Gynécologue, Groupe 1, Paris). Dans le Groupe 1, les deux animatrices mentionnent leur expérience d'accouchement... sans péridurale. Le choix d'incorporer des éléments de leur vie personnelle a été pensé comme moyen «de construire une relation plus symétrique» (Martine, Sage-femme PMI, Groupe 1, Paris) avec les participantes, permettant par ailleurs de les amener à adhérer plus facilement aux conseils promulgués.

Ainsi, dans le discours des animatrices les participantes étrangères sont renvoyées à une culture d'origine archaïque tant sur le plan médical qu'en matière de droits des femmes. Cette altérisation culturelle sert d'instrument pour normer les comportements des femmes étrangères, non seulement leur comportement en tant que *patiente*, mais aussi plus largement leurs comportements en tant que *femme*.

IV. Des rapports de domination structurels et intersectionnels aux fondements de l'éducation en santé des futures mères

La référence quasi-systématique à la culture archaïque des participantes étrangères dans les discours des animatrices est révélatrice des rapports de domination de genre, de race et classe structurels au sein du champ de l'éducation pour la santé périnatale. Ces rapports de domination ne sont pas nouveaux ; ils sont ancrés dans les fondements mêmes des dispositifs d'éducation en santé (Klein, 2010) destinés aux futures mères en France.

A. La mission civilisatrice de l'éducation en santé des futures mères

Dès ses débuts à la fin du XIX^{ème} siècle, l'éducation sanitaire a eu pour objectif de lutter contre «l'impéritie des mères» (Hugon, 2020 :241). Deux catégories de mères étaient particulièrement ciblées par l'éducation sanitaire : les mères de classe populaire en métropole et les mères indigènes dans les colonies. Au début des années 1900, les femmes françaises de classes populaires ont été la cible de programmes d'éducation à la puériculture (Boltanski, 1969). Luc Boltanski révèle que les médecins de l'époque avaient pour objectif de lutter contre les “mauvaises pratiques” de puériculture des classes populaires, selon eux pétries d'ignorance et de préjugés. L'éducation sanitaire représentait une «entreprise de colonisation» des esprits des nouveaux «barbares de l'intérieur», les ouvriers des villes, dont les

²⁰ Le Groupe 2 a été brièvement animé par un homme (psychologue), mais celui-ci est parti au bout de quelques séances suite à des désaccords avec les autres animatrices.

médecins estimaient qu'ils avaient besoin d'être «civilisés» (Boltanski, 1969 :27). Cette tentative de «domestication des classes populaires» cible avant tout par les «femmes du peuple», car elles sont pensées «du côté de la nature : elles s'abandonnent trop souvent aux seuls commandements de l'instinct», mais aussi car elles vont servir à leur tour de «missionnaires» auprès de leur «mari et de leur fils» (*Ibid.* :22). Cette injonction à l'assimilation de la modernité médicale française fait écho à la mission civilisatrice de la médecine coloniale auprès des femmes indigènes (Fredj, 2015). Anne Hugon souligne les parallèles dans les représentations des médecins de la fin du XIX^{ème} siècle au sujet des femmes «des milieux populaires européens» et des femmes «africaines» :

à l'instar des milieux populaires européens, dont les femmes étaient perçues comme ignorantes et incapables de maintenir en vie et en bonne santé les enfants qu'elles mettaient au monde, la majorité des africaines apparaissaient, à la fois aux yeux des autorités médicales et des élites locales, comme inaptes à faire de bonnes mères (Hugon, 2020 :241).

Entre 1920 et 1950, de nombreux dispositifs éducatifs fleurissent pour enseigner aux femmes colonisées «les savoirs, usages, gestes et pratiques qui feront d'elles des mères efficaces» (Hugon, 2020 :244).

La mission civilisatrice de l'éducation en santé des futures mères par les professionnel·le·s de santé ne s'arrête pas avec la fin de la colonisation. En contexte postcolonial, elle continue de représenter une forme de dispositif biopolitique (Klein, 2010), assurant à la fois un «contrôle social et moral» (Parizot, 2003 :1) des femmes de classe populaire et immigrées, tout en servant d'outil de promotion de la modernité nationale (Jaunait/Le Renard/Marteu, 2013). Lors des séances d'EPSP observées, les professionnelles de santé mettent en avant la modernité de la France en matière de savoir médical, mais aussi d'égalité des sexes. Dans plusieurs séances, les animatrices soulignent que la France serait en avance par rapport aux pays d'origine des participantes. Dans le Groupe 7, la gynécologue animatrice affirme que la France et «l'Occident» sont en avance sur l'accès aux méthodes de contraception par rapport à «certains coins du monde» (Dominique, Gynécologue, Groupe 7, Paris). Les professionnelles de santé diffusent ce que Nasima Moujoud appelle un «argumentaire évolutionniste» (Moujoud, 2008 :58) : la France serait un pays plus évolué sur ces questions, notamment sur la question de l'émancipation des femmes. La «culture française», respectueuse des femmes et de leurs droits, est alors présentée en tant que culture «supérieure» qu'il faudrait «substituer» à la culture d'origine des participantes (Ouassak, 2015 :45). À cette condition, les femmes étrangères montreraient leur bonne volonté d'intégration dans la société d'accueil et seraient dès lors reconnues et incluses dans la catégorie des femmes modernes et émancipées.

En opposant la modernité des unes à l'archaïsme des autres, les discours éducatifs transforment les dispositifs d'EPSP dédiés aux femmes enceintes étrangères en *espaces frontières*. Du *mauvais côté* de la frontière sont renvoyées les femmes étrangères, définies par leur culture d'origine archaïque et oppressive. Du *bon côté* de la frontière se placent les professionnelles de santé, ancrées dans la modernité, dans «un “nous” valorisé et progressiste» (Jaunait/Le Renard/Marteu, 2013 :12).

B. La posture maternaliste des éducatrices

Les soignantes jouent un rôle déterminant dans ces *espaces frontières* : ce sont elles qui ont pour fonction de «fabriquer des sujets améliorés» (Dupuy/Roux, 2018 :3), aptes à s'intégrer dans la communauté nationale (Juteau, 1999). Face aux patientes étrangères, les professionnelles de santé développent alors une posture éducative particulièrement prescriptive : une posture maternaliste.

Dans le champ de l'éducation en santé, la posture éducative prédominante bien que critiquée consiste à transmettre «aux “profanes” des savoirs légitimés par le pouvoir scientifique», tout en demandant aux individus de changer de comportement afin d'améliorer leur santé (Billon-Descarpentries, 2000 :19). Comme l'ont montré les enquêtes sociologiques portant sur la relation de soin, cette posture prescriptive – appelée paternaliste ou dans sa version féminine, maternaliste – reste encore bien implantée en France, tout en étant plus représentée chez les soignant·e·s interagissant avec des patient·e·s de classe populaire et immigré·e·s (Bergeron, 2007 ; Fainzang, 2014 ; Jacques, 2007). Jérôme Camus révèle par exemple que les soignantes interagissent de manière plus prescriptive face aux parturientes «les plus modestes» (Camus, 2012 :86). Comme le disait Boltanski, quand les médecins «ne s'adressent plus aux femmes des classes supérieures, mais aux femmes des classes populaires, [...] ils ne prodiguent plus de conseils, ils donnent des ordres» (Boltanski, 1969 :50). À la question de la classe sociale s'imbriquent celles de la race et du genre : les professionnelles de santé s'adressent de manière particulièrement prescriptive car elles sont face à des femmes, de classe populaire et étrangères²¹.

La posture maternaliste des animatrices au sein des séances éducatives s'incarne en pratique dès le recrutement des participantes. Les processus de recrutement des groupes diffèrent selon les structures dans lesquels ils sont hébergés mais ont en commun d'être particulièrement dépendants de l'insistance des animatrices auprès des femmes étrangères. Après en avoir invitées certaines²² à venir participer à leur groupe, les animatrices n'hésitent

²¹ Maud Gelly *et al.* soulignent par exemple que le fait d'être une parturiente étrangère mais d'appartenir à la «bourgeoisie internationale» épargne en partie ce public des «coûts de la racialisation» au sein des maternités (GELLY M., CRISTOFALO P., GASQUET-BLANCHARD C., 2021, p.89).

²² Les critères de recrutement sont définis par les animatrices elles-mêmes. Sur ce sujet, lire (VIROLE L., 2020).

pas à les appeler un jour avant pour leur rappeler la date de la séance (Groupe 1), insistent le jour même si elles les croisent avant la séance (Groupe 5), vont aller les chercher en voiture au métro le plus proche (Groupe 2) et dans un groupe ayant lieu dans un centre d'hébergement sont même allées toquer à leur porte car elles étaient en retard (Groupe 8). Comme l'a montré Anne-Sophie Vozari en PMI, «l'invitation prend alors des allures d'injonction» (Vozari, 2011 :79). Une fois la séance débutée, la posture maternaliste des animatrices s'incarne dans la mise en avant de la vérité de leur savoir médical, tout en entravant toute contestation possible de la part des participantes. Dans le Groupe 7, alors qu'une des participantes, Fatou, souligne que l'excision permet de restreindre la libido des femmes, la gynécologue l'interroge sur l'origine de son savoir – «qui dit ça ?». Quand Fatou répond «les vieux», ancrant son savoir dans une transmission intra générationnelle, la gynécologue se positionne alors en tant que professionnelle de santé détentrice d'un savoir médical légitime : «moi qui suis gynécologue... moi qui sais comment ça fonctionne les femmes... c'est totalement faux» (Dominique, Gynécologue, Groupe 7, Paris). En démêlant le «vrai» et le «faux» la soignante assoit alors son pouvoir médical niant par la même le caractère fluctuant de son savoir. Or, comme ont pu montrer Parseval et Lallemand, les savoirs médicaux sont tout sauf immuables (Delaisi De Parseval/Lallemand, 1980). Pour exemple, les «fausses croyances» concernant l'allaitement et la consommation de bière dénoncées par la sage-femme du groupe présenté plus haut (Encadré 2.) ont pendant longtemps été des vérités médicales promues par les médecins français dans les manuels de puériculture²³.

Les observations de séances dédiées révèlent que cette posture prescriptive se retrouve particulièrement chez les professionnelles à l'approche *assimilationniste* décrite plus haut. À contre-courant, les animatrices à l'approche *interculturelle* soulignent l'importance de sortir de cette posture prescriptive. La gynécologue animatrice du Groupe 1 met en avant la nécessité de se «décentrer» en déconstruisant l'idée très ancrée chez les soignant·e·s que la médecine «c'est la vérité» (Françoise, Gynécologue, Groupe 1, Paris). Françoise refuse de faire un «cours» où les animatrices imposent la vision dominante de la «médecine occidentale». Au cours des séances observées, les professionnelles à l'approche *interculturelle* transmettent en effet beaucoup moins d'informations médicales que ne le font les soignantes à l'approche *assimilationniste*. Dans ces groupes, les animatrices s'assoient en cercle avec les participantes et n'utilisent pas de supports, alors que les animatrices à l'approche *assimilationniste* ont tendance

²³ Jusqu'aux années 1950, il était recommandé aux femmes de boire de la bière pendant la grossesse, puis la bière a fait l'objet d'autorisations restrictives pour finalement être aujourd'hui fortement déconseillée aux femmes enceintes ou allaitant leur enfant.

à se tenir debout toute la séance et à recourir à un tableau pour écrire et dessiner pour transmettre leurs messages.

Si l'on peut constater une surreprésentation de la posture maternaliste chez les professionnelles de santé à l'approche *assimilationniste* au sujet des questions médicales (recommandations et mises en gardes), on peut néanmoins constater chez l'ensemble des animatrices une posture maternaliste sur les questions de genre. Nicole, animatrice du Groupe 3, souligne en entretien qu'une des raisons qui l'ont poussée à animer ce groupe est pour que «les femmes migrantes ne dépendent plus de leur conjoint» (Nicole, Sage-femme, Groupe 3, Gironde). Le thème des violences conjugales faites aux femmes revient dans plusieurs groupes observés, et les professionnelles encouragent les participantes à mobiliser la loi française pour les protéger... des hommes de leur communauté. Chantal souligne par exemple qu'un des «sujets communs entre Africaines et femmes du Maghreb» est «la maltraitance par rapport aux hommes» (Chantal, Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis). L'observation de ces groupes met en lumière l'imprégnation chez les professionnelles de santé de représentations de la «femme musulmane», de la «femme africaine» et de la «femme maghrébine» soumises à des traditions patriarcales (Étiemble, 2018 :37). Ainsi, l'intervention éducative est pensée comme un espace d'émancipation des femmes étrangères, bien que peu ou pas de professionnelles de santé rencontrées se reconnaissent sous l'appellation «féministe» (Virole, 2022b). Dans ces «récit de sauvetage» (Farris, 2021), les soignantes libèrent, «peut-être même contre leur gré», les femmes immigrées enfermées dans des cultures et/ou des religions oppressives (Lépinard, 2005 :121). Ce phénomène d'infantilisation des femmes étrangères n'est pas propre au champ de la santé périnatale, mais se retrouve plus largement dans «la plupart des actions en direction des femmes issues de l'immigration post-coloniales» (Ouassak, 2015 :52). Dans leur enquête au sein de plusieurs centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) – où travaillent en parallèle plusieurs animatrices des groupes observés –, Aurore Dupuis et Sébastien Roux montrent que les professionnelles de santé diffusent :

un discours féministe institutionnel [...] à ambition universaliste (soutenir «toutes» les femmes), mais dont les actions et les jugements peinent à intégrer des pratiques et des croyances jugées trop extérieures à leur représentation «idéale» (et située) d'un sujet féminin réalisé (Dupuis/Roux, 2018 :13).

Ainsi, derrière la promotion de l'égalité des sexes véhiculée par les professionnel·le·s médico-sociaux/sociales se joue la diffusion d'un nationalisme sexuel français (Jaunait/Le Renard/Marteu, 2013).

V. Conclusion

L'enquête sociologique au sein d'interventions éducatives dédiées aux femmes étrangères dans le champ périnatal a mis en lumière le rôle de l'altérisation culturelle en tant que procédé employé par les professionnelles de santé pour convaincre les participantes d'adopter les "bons" comportements en matière de santé, pour elles et leur futur enfant. L'observation de séances éducatives révèle que les "bons choix" conseillés par les animatrices dépassent largement la thématique de la santé périnatale pour aborder ce qui constituent selon elles les comportements à adopter en tant que femme dite émancipée. Les professionnelles de santé incitent alors les femmes à se départir de leur culture d'origine patriarcale et à se conformer aux normes qu'elles promeuvent. Ces discours altérisants véhiculent des stéréotypes de genre, de race et de classe à l'encontre des femmes étrangères, représentées comme des femmes à la fois ignorantes, victimes et soumises.

Les dispositifs d'EPSP dédiés aux femmes étrangères jouent ainsi un rôle d'*espace frontière*, ayant pour fonction d'intégrer les sujets à la communauté nationale. Au sein de ces groupes, il ne s'agit pas d'éduquer des sujets désincarnés et universels, mais de fabriquer des futures femmes françaises. Les frontières nationales s'incarnent dans les discours des professionnelles de santé qui opposent un "nous" les femmes françaises émancipées, aux "autres", les femmes étrangères. Pour traverser du *bon côté* de la frontière, les animatrices attendent des participantes étrangères qu'elles assimilent les normes de genre, de race et de classe qu'elles promeuvent. Les professionnelles de santé jouent alors le rôle de gardes-frontières, se positionnant en tant que sauveuses des femmes étrangères qu'elles vont aider à émanciper par l'éducation. Ces discours éducatifs ne sont pas nouveaux et mettent en lumière le poids des rapports de domination structurels et intersectionnels aux fondements mêmes de l'histoire de l'éducation en santé des mères et futures mères en France.

Face aux discours des soignantes-éducatrices, les participantes ne restent pas sans voix. Au cours des séances collectives, les femmes étrangères posent des questions, témoignent de leur expérience et bousculent parfois la posture maternaliste des animatrices (Virole, 2022c). Alors même que la démarche participative fait consensus parmi les auteur·e·s du champ de l'éducation en santé (Piperini, 2016), les femmes étrangères demeurent toutefois exclues de la conception, de la gouvernance et l'évaluation des dispositifs éducatifs qui leur sont destinés (Virole, 2022a). Ces dispositifs d'EPSP se créent certes *pour* elles, mais toujours *sans* elles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANDRO A., EBERHARD M., GELLY M.,
2020 *DSAFHIR. Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées*, Rapport final.
- BALIBAR E.,
2007 “Le retour de la race”, *Mouvements*, 50, 2, p.162-171.
- BERGERON H.,
2007 “Les transformations du “colloque singulier” médecin/patient : quelques perspectives sociologiques”, *Colloque Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard*, Sciences Po, Paris, pp. 39-51.
- BERNARD M., EYMARD C.,
2012 “Éducation pour la santé en périnatalité : formation initiale des sages-femmes françaises”, *La Revue Sage-Femme*, 11, pp.33-39.
- BESSONE M.,
2013 *Sans distinction de race ? Une analyse critique du concept de race et de ses effets pratiques*, Paris, Librairie Philosophie J. Vrin.
- BILLON J.,
2000 “Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé”, *Revue de recherches en éducation*, 25, pp.17-30.
- BOLTANSKI L.,
1969 *Prime éducation et morale de classe*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- BURGUET D.,
2014 “Médecins Blancs et Sorciers en Pays Colonisé : Politiques de santé, modes d'influence et oppositions”, *Health, Culture and Society*, 7, 1, pp.38-53.
- CAMUS J.,
2012 “Chapitre 10. Une féminité instituée : tensions normatives et encadrement des femmes à la maternité”, in KNIBIEHLER Y., ARENA F., CID LOPEZ R. M. (dir.), *La maternité à l'épreuve du genre*, Rennes, Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique, pp.83-90.
- CARRICABURU D.,
2005 “De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public”, *Sociologie du Travail*, 47, 2, pp.245-262.
- CERVILLE M.,
2012 “La conscience dominante. Rapports sociaux de race et subjectivation”, *Cahiers du Genre*, 2, 53, pp.37-54.
- COGNET M.,
2017 “Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques”, *Les cahiers de la LCD*, 5, 3, pp.25-42.
- CRENN C., KOTOBI L.,
2012 *Du point de vue de l'ethnicité*, Paris, Armand Colin.
- DAVOUDIAN C.,
2007 “«Accoucher en terre étrangère». A propos d'un groupe de parole en PMI de femmes migrantes en grande précarité”, in DAVOUDIAN C. (dir), *Les écueils de la relation précoce mère-bébé*, Toulouse, ERES, pp.153-165.
- DELAISI DE PARSEVAL G., LALLEMAND S.,
1980 *L'art d'accueillir les bébés : 100 ans de recettes françaises de puériculture*, Paris, Seuil.

DESCARPENTERIES J.,

- 2016 “L’ utopique attitude critique d’une éducation à la santé émancipatrice”, *Recherches et éducations*, n° 16, pp. 123-139,
<https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.2535>.

DUPUY A., ROUX S.,

- 2018 “Sur le chemin de la sérénité. Politiques des sentiments dans la planification familiale”, *Sociologie*, 9, 3, pp.73-89.

EGUILLON C.,

- 2008 “L’arbre à palabres (Les Bleuets, Paris), un groupe entre prévention et soins”⁶,
in MORO M. R., NEUMAN D., REAL I. (dir.), *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, Grenoble, La Pensée Sauvage, pp.130-145.

ÉTIEMBLE A.,

- 2018 “Nuptialité et sexualité des «femmes de l’immigration» dans l’œil des majoritaires”, *Migrations Société*, 3, 173, pp.27-38.

FAINZANG S.,

- 2014 “Les inégalités au sein du colloque singulier l’accès à l’information”, *Les Tribunes de la santé*, 2, 43, pp.47-52.

FALQUET J.,

- 2009 “La règle du jeu. Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de «race» dans la mondialisation néolibérale”, *in* DORLIN E. (dir.), *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris, PUF, pp.177-193.

FALQUET J., KIAN A.,

- 2015 “Introduction : Intersectionnalité et colonialité”, *Les cahiers du CEDREF*, 20,
<https://journals.openedition.org/cedref/731>.

FARRIS S.R.,

- 2021 *Au nom des femmes. ‘Fémonationalisme’ Les instrumentalisations racistes du féminisme*, Paris, Syllepse.

FASSIN D.,

- 1999 “L’ethnopsychiatrie et ses réseaux. L’influence qui grandit”, *Genèses*, 35, 1,
pp.146-171.

FASSIN, D., DOZON, J.-P.

- 2001 *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, 362p.

FASSIN D., FASSIN E.,

- 2008 *De la question sociale à la question raciale*, La Découverte, Paris.

FREDJ C.,

- 2015 “Retrouver le patient colonisé. Les soins aux ‘indigènes’ dans l’Algérie coloniale (fin XIXe siècle-années 1930)”, *Histoire, médecine et santé*, 7, pp.37-50.

FOUCAULT M.,

- 1963 *La naissance de la clinique*, PUF, Paris.

GELLY M., CRISTOFALO P., GASQUET-BLANCHARD C.,

- 2021 “Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares”, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°236-237, 1,
pp.72-91.

- GIOAN E., MESTRE C.,
2010 “Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées”, *Enfances & Psy*, 48, 3, pp.33-44.
- GUILLAUMIN C.,
1992 “Usages théoriques et usages banals du terme race”, *Mots*, 33, 1, pp.59-65.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE,
2005 *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations pour la pratique clinique*, Rapport, Saint-Denis.
- HILL COLLINS P.,
2016 *La pensée féministe noire*, Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage.
- HUGON A.,
2020 *Être mère en situation coloniale*, Paris, Éditions de la Sorbonne.
- IMBERT C., BIDAULT E., GOUJON N., GOUDET B.,
2013 “Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom”, *Sante Publique*, 25, 2 suppl., pp.209-215.
- JACQUES B.,
2007 *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Puf.
- JAUNAIT A., LE RENARD A., MARTEU É.,
2013 “Nationalismes sexuels ?”, *Raisons politiques*, 49, 1, pp.5-23.
- JUTEAU D.,
1999 *L'ethnicité et ses frontières*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- KERGOAT D.,
2009 “Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux”, in DORLIN E. (dir.), *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris, PUF, pp.111-125.
- KIVITS J., VIROLE L.,
2022 “Faire les ‘bons’ choix en santé : les professionnels de l'éducation en santé face à l'agentivité des usagers”, in CASTRA M., RODRIGUEZ J., *La santé en délibération. Approche sociologique des choix de santé*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, à paraître.
- KLEIN A.,
2010 “Quel sujet pour l'éducation en santé ? Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique”, *Santé et Éducation*, 3, pp.47-75.
- KNIEBIEHLER Y.,
2007 *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du 20ème siècle*, Rennes, École nationale de santé publique.
- KOTNI M., RACIOPPI A., SAUVEGRAIN P.,
2022 “Soins différenciés en périnatalité”, *Anthropologie et Santé*, Numéro Spécial, 24, <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/11678>.
- LECORPS P.,
2010 “Du bon usage de la prévention dans la santé”, *Revue Projet*, 6, 319, pp.35-42.
- LEPINARD É.,
2005 “Malaise dans le concept”, *Cahiers du Genre*, 39, 2, p.107-135.

LESELBAUM N.,

1998 “«Éducation sanitaire», «Promotion», «Prévention», «Éducation à la santé»”, *Recherche & Formation*, 28, 1, pp.131-138.

MAZOUZ S.,

2020 *Race*, Paris, Anamosa.

MORO M.R.,

2003 “Transmettre malgré tout. Migrer au féminin pluriel”, *Empan*, 2, 50, pp.96-105.

2015 “La nécessité transculturelle aujourd’hui pour une société ‘bonne’ pour tous”, *Le Carnet Psy*, 3, 188, pp.18-21.

MOUJOURD N.,

2008 “Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires”, *Les cahiers du CEDREF*, 16, pp.57-79.

NACU A.,

2011 “À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes «migrantes» dans trois maternités franciliennes”, *Sociologie du Travail*, 53, 1, pp.109-130.

OUASSAK F.,

2015 *Discriminations. Classe/Genre/Race. Repères pour comprendre et agir contre les discriminations que subissent les femmes issues de l’immigration post-coloniale*, Villeneuve d’Asq, Ifar.

OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS,

2014 *Enfants et familles sans logement*, Rapport Enquête ENFAMS, Paris.

PARIZOT I.,

2003 *Soigner les exclus*, Paris, PUF.

PETRE B., PEIGNOT A., REMI G., BERTIN E., ZIEGLER O., GUILLAUME M.,

2019 “La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l’éducation thérapeutique du patient!”, *ETP Journal*, 11, 15501, <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2019/01/tpe180015/tpe180015.html>

PIPERINI M.-C.,

2016 *L’éducation pour la santé. Théories, pratiques et méthodes d’évaluation*, De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve.

PRUD’HOMME D.,

2016 “Du «soin global» au traitement discriminatoire La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien”, *Terrains et travaux*, 2, 29, pp.85-104.

SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., SAUCEDO M., DREWNIAC N., BLONDEL B., BOUVIER-COLLE M.-H.,

2012 “Santé périnatale des femmes étrangères en France”, *BEH*, 2-3-4, pp.30-34.

SAUVEGRAIN P.,

2008 “Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance?”, *Spirale*, 47, 3, pp.167-178.

2012 “La santé maternelle des ‘Africaines’ en Ile de France : racisation des patientes et trajectoires de soins”, *Revue européenne des migrations internationales*, 28, 2, pp.81-100.

TISON B.,

2007 *Soins et cultures. Formation des soignants à l’approche interculturelle*, Elsevier, Paris.

VIROLE L.,

- 2018 *Grossesse et Reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France.*, Thèse de doctorat, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- 2020 “Dispositifs dédiés, effets ambivalents. La prise en charge spécifique des femmes enceintes primo-arrivantes dans le champ périnatal en France”, *Emulations*, pp.35-36,
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/virole>.
- 2022a “Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France”, *Anthropologie & Santé*, 24, <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/11224>.
- 2022b “Autonomie en éducation pour la santé périnatale. Les femmes enceintes étrangères face aux injonctions des professionnelles de santé”, in KIVITS J. (dir.), *Autonomie, soins et santé : approches interdisciplinaires*, Paris, Les Éditions de l'ILPEM, à paraître.
- 2022c “How to get on the Right Side of the Border : Perinatal Health Education for Foreign Pregnant Women in France”, in FREEDMAN J. (dir.), *Gender of Borders. Embodied Narratives of Migration, Violence and Agency*, Routledge, à paraître.

VOZARI A.-S.,

- 2011 *Les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles. La Protection Maternelle et Infantile entre “protection de l'enfance” et “soutien à la parentalité”*, Dossier d'études Allocations Familiales, n°136, Paris.

Annexe 1

Tableau 1 : Synthèse des groupes étudiés

Groupe	Lieu	Animatrices	Nbr particip.	Nbr séances observées / régularité	Date création groupe
1	Maternité, Paris	1. Françoise, Gynécologue-obstétricienne dans une maternité à Paris et dans centre de planning, 62 ans 2. Martine, SF PMI rattachée à maternité à Paris, 55 ans	1-6	3 / 1 séance par semaine	2004
2	PMI, Seine-Saint-Denis	3. Chantal, Médecin PMI rattachée à une maternité en Seine-Saint-Denis, 55 ans 4. Sylvie, SF PMI en Seine-Saint-Denis, 55 ans	6	1 sur vidéo /1 séance par semaine	2002-2008
3	Association aide migrantes, Gironde	5. Patricia, Puéricultrice en Gironde, 55 ans 6. Nicole, SF PMI en Gironde, 45 ans	10	1/ 1 séance par mois	2009
4	Centre d'hébergement, Gironde	7. Céline, Psychologue clinicienne dans association transculturelle et consultation en maternité en Gironde, 35 ans	1	1/ 1 séance par mois	2012
5	Accueil de jour, Seine-Saint-Denis	8. Adeline, Sage-femme dans maternité en Seine-Saint-Denis, 25 ans	5	1/ 1 séance par semaine	2014
6	Association aide migrant·e·s chinois·es, Paris	9. Sandrine, Sage-femme dans cabinet libéral en Seine-Saint-Denis, 46 ans	1-4	2/ 1 séance par mois	2011
7	Association aide migrant·e·s, Paris	10. Dominique, Gynécologue-obstétricienne dans planning familial à Paris, 60 ans	30	1/ Séance unique	2015
8	Centre d'hébergement, Seine-Saint-Denis	11. Isabelle, Gynécologue-obstétricienne dans centre de santé en Seine-Saint-Denis, 45 ans	7	1/ Séance unique	2015

Résumé structuré

Présentation : Les femmes issues de classes populaires et/ou racisées ont historiquement été la cible d'interventions éducatives ciblées, menées par des professionnel·le·s de santé afin de les éduquer à devenir des "bonnes" mères. Aujourd'hui, toutes les femmes enceintes ou venant d'accoucher peuvent bénéficier si elles le souhaitent d'interventions d'éducation pour la santé périnatale (EPSP). Si la plupart de ces dispositifs s'adressent à l'ensemble des femmes, certaines professionnelles de santé ont mis en place des interventions éducatives ciblées destinées aux femmes étrangères. Dans le cadre de cet article, nous analysons avec une perspective socio-historique les discours et les postures des soignantes-éducatrices d'aujourd'hui face aux patientes étrangères. Ce faisant, nous interrogeons en quoi ces interventions éducatives constituent des espaces frontières traversés par des rapports de domination de genre, de race et de classe.

Théorie : D'un point de vue théorique, nous nous appuyons d'une part sur les théories foucauldienne soulignant le rôle de l'éducation en santé en tant que dispositif biopolitique de contrôle social et moral des populations (Klein, 2010). Et d'autre part, sur la sociologie des rapports sociaux, analysant l'imbrication dynamique des rapports de domination de genre, de race et de classe au sein de ces dispositifs éducatifs (Falquet, 2009 ; Kergoat, 2009).

Méthodologie : Cet article s'appuie sur les données issues d'une enquête ethnographique multi-située menée entre 2013 et 2015 auprès de huit interventions d'EPSP à destination de femmes étrangères à Paris, en Seine-Saint-Denis et en Gironde. L'enquête est composée d'observations participantes de séances collectives et d'entretiens semi-directifs avec les animatrices. Animés par des professionnelles de santé (gynécologue, médecin PMI, sage-femme, psychologue, puéricultrice), ces groupes avaient lieu dans des structures de soin (maternité, PMI, CPEF), en centre d'hébergement et au sein d'associations d'aide aux migrant·e·s. Ils étaient composés essentiellement voire exclusivement de femmes étrangères, principalement originaires d'Afrique subsaharienne francophone.

Résultats : Cette étude met en lumière le rôle de l'altérisation culturelle en tant que procédé employé par les professionnelles de santé pour convaincre les participantes d'adopter les "bons" comportements en matière de santé, pour elles et leur futur enfant. L'observation de séances éducatives révèle que les "bons choix" conseillés par les animatrices dépassent largement la thématique de la santé périnatale pour aborder ce qui constituent selon elles les comportements à adopter en tant que femme dite émancipée. Les professionnelles de santé incitent alors les femmes à se départir de leur culture d'origine patriarcale et à se conformer aux normes qu'elles promeuvent. Ces discours altérisants véhiculent des stéréotypes de genre, de race et de classe à l'encontre des femmes étrangères, représentées comme des femmes à la fois ignorantes, victimes et soumises.

Discussion : Les dispositifs d'EPSP dédiés aux femmes étrangères jouent ainsi un rôle d'espace frontière, ayant pour fonction d'intégrer les sujets à la communauté nationale. Ces frontières s'incarnent dans les discours des professionnelles de santé qui opposent un "nous" les femmes françaises émancipées, aux "autres", les femmes étrangères. Pour traverser du bon côté de la frontière, les animatrices attendent des participantes étrangères qu'elles assimilent les normes de genre, de race et de classe qu'elles promeuvent. Ces discours éducatifs ne sont pas nouveaux et mettent en lumière le poids des rapports de domination structurels et intersectionnels aux fondements mêmes de l'histoire des dispositifs d'éducation en santé des futures mères en France.