

Les parturientes « africaines » en France et la césarienne
Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec
les équipes hospitalières

C-Section among African Migrants in France
Sociological Analysis of a 40 Years Conflict

Las parturientes « africanas » en Francia y la cesárea
Análisis sociológico de un conflicto extendido durante cuatro
decenas con los equipos hospitalarios

Priscille Sauvegrain

Ethnographies hospitalières : l'hôpital et ses terrains
Hospital Ethnography : The Hospital and Its Landscapes
Etnografías hospitalarias : El hospital y sus investigaciones de campo
Volume 37, Number 3, 2013

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1024082ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1024082ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (print)
1703-7921 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37 (3), 119–137.
<https://doi.org/10.7202/1024082ar>

Article abstract

This article documents the very high C-sections rate of African women in France, except for the 1980 decade. Although the global context of their immigration in France, living conditions and health status are in constant evolution, they are still considered as a homogenous group of « Africans » for the medical staff. C-section as a cure is a recurrent source of conflicts, showing part of the social context in France. If a guideline has allowed the C-section rate to decline in the 80s, its recommendations are not followed any more. Both a qualitative research (interviews of care providers acting in maternities, interviews of patients, and time of participant observation) and a quantitative research (statistics about 2 200 deliveries in a Parisian maternity in 2006), have been used. A cross perspective is adopted, facing the construction of otherness by medical staffs and the perception of discrimination expressed by the women. Then, from the sociological analysis through the concepts of ethnic and racial categorizations, ways to improve the quality of care for these migrants' women are emerging.

LES PARTURIENTES «AFRICAINES» EN FRANCE ET LA CÉSARIENNE

*Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies
avec les équipes hospitalières*

Priscille Sauvegrain



Introduction

Les premières données de l'INSÉE sur le nombre de ressortissantes d'un des pays de l'Afrique (hors Algérie, Maroc et Tunisie) ayant donné naissance à un enfant vivant en France datent de 1977. Elles étaient alors 3854, ce qui représentait 0,5 % des accouchements. Ce chiffre, après avoir doublé en cinq ans, n'a cessé d'augmenter. En 2002, elles représentaient 2,5 % des accouchées, soit environ 20 000 femmes¹ et, selon l'Enquête nationale périnatale de 2010, 2,8 % (Blondel et Kermarrec 2011). Ces quelques chiffres correspondent à l'histoire de l'immigration en France : les femmes des travailleurs africains sont arrivées dans les années 1970, et, depuis, différentes vagues d'immigration se sont succédé. Les années 2000 sont marquées par l'immigration de femmes seules pour répondre à l'offre d'emplois dans le secteur des soins à la personne. Si les études portant sur la santé maternelle des femmes originaires de l'Afrique subsaharienne ont souvent montré des taux de césarienne plus élevés que pour la population générale (ce qui sera détaillé plus bas), les autres indicateurs les concernant n'étaient pas défavorables. Or, depuis 2008, plusieurs études pointent au contraire un état de santé périnatal particulièrement alarmant pour les ressortissantes d'un des pays de l'Afrique subsaharienne (seules les études par nationalité de la mère étaient autorisées en France).

Ainsi, l'étude nationale confidentielle sur la mortalité maternelle qui s'intéresse pour la première fois en 2008 au risque de décéder d'une grossesse ou d'un accouchement par nationalité révèle que ce risque est deux fois plus élevé pour les femmes de nationalité étrangère, et cinq fois plus pour celles

1. À l'échelle nationale, un tableau « Enfants nés vivants par nationalité de la mère » est disponible sur la page « Données détaillées des statistiques d'état civil sur les naissances en 2007 » du site Internet de l'INSÉE (http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=irsd20071), consulté le 30 mai 2013.

originaires de l'Afrique subsaharienne (Philibert *et al.* 2008)². De plus, toutes femmes étrangères confondues, les décès sont associés à une qualité de soins «non optimale» dans 78 % des cas (*vs* 56 % pour les Françaises), la mauvaise observance des recommandations médicales n'étant retenue que pour 3 % des décès. Ces chiffres sont conformes aux résultats d'études réalisées dans les pays à faible taux de mortalité maternelle qui montrent de fortes disparités selon la nationalité de la mère (Essén *et al.* 2002 ; Cacciani *et al.* 2011). L'Enquête nationale périnatale de 2010 montre, elle aussi, que les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne et de nationalité étrangère représentent la population à plus haut risque périnatal : ce sont des femmes plus âgées, avec un plus grand nombre d'enfants, un niveau d'étude plus faible et des ressources issues d'une activité professionnelle plus basses. En plus de ces variables sociodémographiques défavorables, elles présentent des particularités sur le plan obstétrical : un moins bon suivi prénatal en dépit de pathologies plus nombreuses, un risque beaucoup plus élevé de césariennes (35 % *vs* 19,9 % pour les Françaises), et de mortalité, de prématurité et de faible poids de naissance chez leurs nouveau-nés (Saurel-Cubizolles *et al.* 2012). C'est dire qu'il existe là une marge de manœuvre pour les cliniciens français qui doit passer, comme le recommandent les auteurs, par un ensemble d'attentions plus ciblées autour de la santé périnatale des femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne.

Cela peut être mis en parallèle avec le fait que pendant des décennies, en France comme ailleurs, les migrants venus dans le cadre de migrations de travail ont présenté un état de santé meilleur que celui de la population autochtone³ (Mizrahi *et al.* 1993 ; Wanner *et al.* 1997). Récemment, des études démontrent et des intervenants constatent que l'état de santé des migrants s'altère au fur et à mesure du temps passé en France (INED-INSÉE 2008 ; BEH 2012). Les causes et processus de ces phénomènes sont encore peu étudiés.

Dans le cadre d'une recherche doctorale en sociologie des relations interethniques, j'ai étudié les processus de catégorisation que les soignants de périnatalité appliquent à leurs patientes «Africaines». Cette catégorie n'est pas la seule à émerger des discours tenus dans les services de soins. Ainsi, d'autres femmes sont «Chinoises», «Maghrébines», «Françaises», ou, selon d'autres critères «primis» pour primipares (femmes attendant puis ayant leur premier enfant), «multis» pour multipares, «instits» pour institutrices (catégorisation regroupant des femmes «angoissées et poseuses de questions», selon les soignants), etc. Globalement, les «Africaines» sont appréciées comme étant des patientes «pour lesquelles la grossesse n'est pas une maladie», «qui accouchent bien» et «qui s'occupent naturellement bien»⁴ de leur bébé. Ce sont les patientes

-
2. Deux principales causes de décès sont mises en évidence : les complications d'une hypertension liée à la grossesse (première cause de décès dans cette population) et les infections (cause rare).
 3. L'*healthy migrant effect* est d'ailleurs retrouvé dans la littérature internationale.
 4. Ces petites phrases sont mises entre guillemets car elles sont très souvent entendues dans les services, et retrouvées dans la majorité voire, la totalité de nos entretiens.

« idéales » des sages-femmes rencontrées dans les maternités franciliennes, et ces représentations favorables étaient aussi les miennes au début de mon troisième cycle de sociologie.

Tous lieux d'études confondus, une grande homogénéité a été notée dans les discours à propos des femmes que les soignants catégorisent comme « Africaines », c'est-à-dire des femmes noires repérées à des signes phénotypiques, des habitudes culturelles, et, puisque l'on interroge les pratiques professionnelles, des facilités ou des difficultés au cours de leurs trajectoires de soins. Ce sont donc des perceptions de différences qui s'appuient sur des origines géographiques réelles ou supposées, des attributions ethniques ou raciales, qui permettent de construire cette catégorie, entre autres. Ainsi, des guillemets seront ajoutés lorsque les discours feront appel à cette catégorisation. En face d'elles, le « Nous, les soignants » est très opérant, adopté même par des soignants appartenant à des groupes ethniques minoritaires. Il est certain qu'un autre sujet aurait fait saillir beaucoup plus de différences entre les soignants, par profession, par genre, etc.

Sur le plan méthodologique, les approches qualitatives et quantitatives ont été combinées. Les données empiriques ont été collectées dans plusieurs maternités publiques de décembre 2006 à janvier 2008, en Île-de-France, car c'est dans cette région incluant la capitale que se rassemblent la majorité des immigrés de l'Afrique subsaharienne, avec des répartitions différentes selon les départements et les communes. Ainsi, dans notre principal lieu d'étude, en 2006, 49 % des femmes qui accouchent sont immigrées, dont 40 % d'un des pays de l'Afrique subsaharienne. Nous avons mené 56 entretiens approfondis dits « de conversation » (Olivier de Sardan 1995) avec des soignants représentant les différentes professions exercées en périnatalité. Nous avons également mené deux types d'entretiens auprès de femmes catégorisées par les soignants et se déclarant elles-mêmes « Africaines » : un récit de vie – entretien de plus de quatre heures en plusieurs échanges –, et une seconde analyse d'entretiens réalisés antérieurement (Sauvegrain 2011) avec six femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne. Ces données ont été analysées de façon thématique (Strauss 1992 [1966]) et complétées par des phases d'observation participante (Peneff 1992) lors de l'exercice clinique de sage-femme, ce qui a permis d'observer les interactions soignants-soignés, ces derniers n'étant pas informés de l'observation en consultation prénatale, en salle d'accouchement et dans les services de suites de couches. Sur le plan quantitatif, les données concernant tous les accouchements (2 148) qui se sont déroulés en 2006 dans une maternité parisienne ont été analysées.

Dans cet article seront présentés seulement les résultats autour de la césarienne. Les concepts d'ethnicisation et de racisation seront mobilisés. Ces deux modes d'altérisation ne convoquent pas les mêmes registres : les premiers ancrent le processus dans la différence de culture des femmes ou des couples alors que les seconds puisent dans des stéréotypes appelant une différence biologisée des femmes les unes par rapport aux autres, et cette différence supposée est indépassable.

La première partie présentera les résultats en documentant la bibliographie française sur les taux de césarienne des femmes originaires de l'Afrique subsaharienne et en montrant ce qu'elle a de particulier. Puis les représentations que se font les soignants de la mauvaise acceptation de la césarienne par leurs patientes «Africaines» seront mises en évidence. On verra qu'elles ne correspondent pas du tout aux discours des femmes interrogées et observées, qui pour leur part se sentent plutôt mal traitées, voire maltraitées, par des médecins français qui les césariseraient trop souvent, ce qui fera l'objet du dernier point. Une analyse de ces trois types de résultats suivra, lesquels seront mis en perspective avec les processus de racisation des patientes qui, tel que montré par les résultats quantitatifs dans un article précédent (Sauvegrain 2012), expliquent pour partie ces taux élevés de césarienne.

Les résultats des recherches bibliographiques et qualitatives

L'originalité de la bibliographie française⁵ concernant les césariennes des femmes originaires de l'Afrique subsaharienne

Les équipes médicales françaises, et surtout franciliennes, se trouvent au milieu des années 1970 responsables du suivi obstétrical d'un nombre croissant de femmes immigrées d'Afrique subsaharienne. Le taux de césarienne s'est rapidement élevé pour ces patientes, majoritairement immigrées du Mali et du Sénégal: 23 % vs 13 % pour toutes les autres femmes (Pigné *et al.* 1984, 1985). Ce taux était source de conflits entre les couples et les équipes hospitalières et conduisait certaines à se rabattre sur l'accouchement à domicile en cas de césarienne programmée. Ces conflits, relayés par des associations (Poiret 1996; Quiminal communication personnelle) mais aussi par des autorités diplomatiques (Sauvegrain 2010), ont conduit la ministre de la santé Georgina Dufoix et le comité médicosocial pour la santé des migrants à organiser en juin 1984 une réunion pluripartite ayant pour objectif de «faire un bilan des problèmes posés par et aux femmes africaines noires à l'occasion de leur grossesse et proposer des solutions à court et moyen termes»⁶.

Lors de cette journée, plusieurs intervenants ont expliqué pourquoi les femmes africaines refusaient les césariennes: parce qu'elles risquaient de ne pas pouvoir accéder à ce soin ultérieurement si elles retournaient en Afrique ou pour des raisons culturelles multiples allant de l'importance qu'elles accordent à la maternité à la peur de mauvais esprits pouvant à cette occasion pénétrer leur ventre (Diakité 1985; Kermadec et Ciraru-Vigner 1985; Mabé 1985).

5. Nous ne référencerons que des articles français sur le sujet puisqu'en l'état actuel de nos recherches, l'abaissement du taux de césarienne, particulièrement élevé, d'une seule partie de la population, est unique.

6. Huraux-Rendu (1985: 3), dans l'Éditorial du numéro 44 de *Migrations santé*, 3^e trimestre 1985, entièrement consacré à cette journée.

Cette réunion a aussi permis la diffusion d'une étude menée par l'équipe parisienne qui, ayant à son tour trouvé le taux de 23 % susmentionné pour ses patientes africaines, a décidé de le réduire. Ainsi, les intervenants ont décidé de ne plus césariser systématiquement les femmes africaines dont le bassin était considéré comme trop petit et de laisser durer plus longtemps le travail (phase de contractions utérines qui précèdent l'accouchement) car, décrivent-ils, les têtes des fœtus sont plus petites, plus malléables, et que la position qu'elles adoptent dans le bassin est différente. Les résultats sont immédiats : l'année suivante, le taux de césarienne pour les parturientes africaines est descendu à 13 % (deux fois moins de césariennes en cours de travail, quatre fois moins de césariennes programmées) (Pigné *et al.* 1984, 1985).

Les recommandations cliniques de Pigné ont été suivies par d'autres équipes hospitalières, expériences qui ont été publiées. Au Havre, entre 1976 et 1986, le taux de césarienne pour la population africaine a diminué de 9,3 % à 7,5 %, *vs* une augmentation de 4,5 à 9,5 % pour la population générale (Col 1989). Une autre étude rapporte une baisse importante des taux de césarienne de femmes africaines dans la région sud de Paris, de 18,8 % à 5,6 % entre 1981 et 1984, sans augmentation de la morbidité maternelle ou néonatale (Pambou *et al.* 1996). L'équipe de Col tente de comprendre les causes des variations de tailles de bassins et avance plusieurs hypothèses : la nutrition, les variations hormonales, les facteurs dits environnementaux (incluant l'obligation de porter des charges lourdes), et les facteurs génétiques (Col 1989). Pambou et ses collaborateurs décrivent pour leur part le « caractère du bassin qui présente une forme androïde » (Pambou, Kongo *et al.* 1996), ce qui renvoie à une classification des bassins humains selon leurs tailles et formes proposée par Caldwell et Moloy en 1938⁷.

En revanche, dix ans plus tard, entre 1988 et 1994, une équipe de recherche toulousaine relève à nouveau un taux de césarienne très supérieur pour les femmes originaires d'Afrique noire : 34 % *vs* 19 % pour la population générale (Gayral-Taminh *et al.* 1999), sans disparités de poids des nouveau-nés, et sans indiquer de suivre les recommandations de Pigné. Des études plus récentes continuent à montrer des taux de césarienne très supérieurs pour les femmes étrangères et immigrées de l'Afrique subsaharienne (Benoît 2004 ; Sauvegrain 2010 ; Saurel-Cubizolles *et al.* 2012).

Enfin, il faut spécifier que dans les années 1990 les femmes séropositives pour le VIH-Sida ont été systématiquement césarisées, en France comme ailleurs dans le monde, dans le but d'éviter la transmission materno-fœtale⁸.

-
7. Les femmes d'Afrique subsaharienne auraient majoritairement des bassins ovales ou « anthropoïdes », avec pour certaines d'entre elles des bassins « androïdes », triangulaires et plus semblables à ceux des hommes, donc ne permettant pas un accouchement voie basse (Caldwell-Moloy 1938).
 8. La transmission mère-enfant (aussi appelée transmission verticale) peut avoir lieu à trois stades : au dernier trimestre de la grossesse, lors de l'accouchement et lors de l'allaitement.

Les statistiques révélant parmi elles la part des femmes originaires de l'Afrique subsaharienne ne sont pas concordantes : le comité d'experts en charge de la diffusion des recommandations pour les soins aux patients séropositifs⁹ signale au début des années 1990 que 80 % des femmes séropositives sont françaises (Dormont 1996). La décennie 1990 aurait été marquée par une augmentation progressive de la proportion des femmes originaires d'Afrique subsaharienne en métropole (Delfraissy 1999), et depuis 1999, une femme malade sur trois est originaire d'Afrique subsaharienne, une sur deux en région parisienne (Delfraissy 2002). *A contrario*, une étude menée en région parisienne entre 1994 et 1999 montre déjà une séroprévalence quatre fois plus élevée pour les femmes africaines que pour les Françaises (Fassin 2001). Les césariennes ne sont plus pratiquées systématiquement depuis l'introduction des médicaments antirétroviraux (Delfraissy 1999), mais restent recommandées pour les femmes présentant une charge virale détectable au moment de l'accouchement.

Il existe donc un ensemble de références bibliographiques françaises qui relatent des taux plus élevés de césarienne pour les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne et étrangères, avec une expérience (à notre connaissance) unique de réduction de ces taux, très contrôlés médicalement, et dont les données ont été diffusées en France dans le but de généraliser ces pratiques, lesquelles semblent, au vu des dernières études, ne pas avoir perduré. Qu'en disent les soignants en périnatalité dans les années 2000?

Les résultats des enquêtes qualitatives auprès des soignants

Des différences de « mécanique obstétricale »¹⁰

Tous les médecins de plus de 15 ans d'expérience nous ont relaté des différences de taille et de forme de bassin des «Africaines» ayant une influence sur le déroulement du travail :

Comme elles ont des bassins androgynes, il y a plus de variété postérieure avec un temps de traversée de la filière pelvienne très augmenté. Surtout par la position obstétricale utilisée dans les maternités françaises, alors que cette particularité du bassin est compensée par la position traditionnelle africaine [accroupie], qui met beaucoup mieux le bassin dans son axe et permet beaucoup mieux la rotation.

Obstétricien, chef de service retraité

Parmi les plus jeunes, la majorité tient compte de cette particularité :

9. Ce comité a été instauré en 1990 par le ministère de la Santé.

10. Terme qui regroupe l'adaptation entre le fœtus et le bassin maternel aux différentes phases du travail et de l'accouchement.

Moi j'ai tendance à être plus cool sur les bassins de femmes africaines parce que j'ai déjà eu des surprises de bassins qui nous paraissaient très pathologiques avec en fait des femmes qui avaient déjà accouché de bébés de 3 kg 500. Et puis en plus elles souhaitent [essayer d'accoucher par voie basse] donc je vais dans le même sens.

Obstétricienne, 10 années d'expérience

Des tailles différentes de tête fœtale sont aussi rapportées :

À l'échographie on retrouve beaucoup de microcéphales. La nature est bien faite. Je pense qu'il faut les laisser en travail très longtemps.

Sage-femme, 30 années d'expérience

Chaque fois que ces arguments étaient avancés, nous en interrogeons les causes. Une croissance incomplète des os du bassin à la suite de maternités précoces, ou encore la malnutrition sont des raisons parfois évoquées, mais pour la majorité des soignants interrogés, c'est une caractéristique génétique :

La fille française dont la mère est africaine, elle va avoir hérité du bassin de sa mère et vous n'allez pas pouvoir la retrouver dans les dossiers.

Obstétricienne, chef de service, 30 années d'expérience

Je ne pense pas que les femmes aient changé leur bassin en une génération !

Sage-femme, 30 années d'expérience

Dans de très rares cas (deux entretiens) des différences entre les femmes africaines en fonction de leurs pays d'origine ou de leur génération ont été évoquées.

Néanmoins, seule une sage-femme (25 années d'expérience) a spontanément mentionné que les femmes africaines étaient plus souvent césarisées que les autres, parce qu'elles étaient en moins bonne santé (en plus de ceux qui en ont parlé pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH). Lorsque nous avons demandé aux soignants s'ils savaient que les taux de césarienne étaient plus élevés pour les femmes « africaines » immigrées, les plus âgés ont évoqué les taux élevés des années 1980 (l'enquête de terrain est antérieure aux études citées en introduction). Les soignants interrogés parlent plutôt à propos des « Africaines » de femmes qui savent bien pousser et accoucher.

« Je me souviens de l'histoire d'une femme enlevée par son mari avant la césarienne »¹¹

Toutes les sages-femmes et tous les obstétriciens et interrogés nous ont raconté que les « Africaines » acceptaient mal les césariennes, que ce soit à travers un ou plusieurs exemples précis, ou en général :

11. Sage-femme, 25 années d'expérience.

Pendant longtemps, on n'a pas compris pourquoi les femmes refusaient la césarienne. C'est un peu spécifique des femmes de la corne de l'Afrique de l'Ouest, mais là-bas ça veut dire que les femmes sont des mauvaises femmes et qu'elles ont le mauvais œil. Donc il est possible de les répudier. Pour la femme c'est une catastrophe, et pour le mari aussi car ça veut dire qu'il doit la renvoyer au pays et prendre une autre épouse. Ils n'avaient pas engrangé que ça pouvait sauver la mère et l'enfant.

Sage-femme, 25 années d'expérience

Je suis sage-femme depuis presque trente ans et au début c'était surtout difficile pour une deuxième césarienne car ça voulait dire que si la femme repartait au pays et y avait une autre grossesse, elle mourrait.

Cadre sage-femme, 30 années d'expérience

Des affrontements très violents ont eu lieu entre des couples et des équipes médicales, surtout dans les années 1980. Les «histoires de guerre» sont nombreuses, et continuent à être relatées, ici pour les entretiens, mais aussi lors des gardes :

Une femme est descendue par les gouttières le jour de sa césarienne et a disparu de l'hôpital, mais l'histoire a dix-sept ou dix-huit ans.

Psychologue, 25 années d'expérience

Je me souviens de l'histoire d'une femme enlevée par son mari avant la césarienne. Il y a carrément eu déblocage du plan rouge. Puis elle s'est pointée aux urgences de l'hôpital d'à côté avec son bébé dans les bras.

Sage-femme, 25 années d'expérience

On a vu alors arriver des femmes avec des utérus cicatriciels et leurs bébés dans les bras, comme pour nous dire : «Votre médecine occidentale, on s'en fiche!»

Sage-femme, 30 années d'expérience

Je pense que c'est quelque chose qui n'existe plus mais la négociation «hard» en salle de travail avec le mari qui ne veut pas de la césarienne et le marabout qu'on est obligé de faire intervenir, on y a été confrontés.

Obstétricienne, 30 années d'expérience

Ces faits sont dits, à de rares exceptions près, d'une autre époque :

Les femmes africaines ont beaucoup moins l'angoisse de la césarienne. L'évolution s'est faite dans les deux sens.

Sage-femme, 30 années d'expérience

Le fait de ne pas repartir a changé la vision de la césarienne dans la tête des jeunes femmes.

Sage-femme, 25 années d'expérience

Cependant, l'indication de la césarienne fait varier son acceptation :

Les Africaines ne supportent pas les césariennes systématiques. Je l'ai vu à Q. où il y a beaucoup de patientes africaines. Tu as des chances, si tu poses une indication de césarienne systématique, de les voir arriver en fin de travail pour expulser. Pareil pour les stagnations mais je crois qu'il ne faut pas se précipiter. On a toujours le temps de se donner une heure de plus pour voir si la situation ne va pas se débloquer. Par contre quand ce sont des césariennes pour souffrance fœtale, je n'ai jamais eu de cas où elles étaient refusées.

Obstétricienne, 10 années d'expérience

L'explication de la césarienne est donc très importante, et sans doute plus spécifiquement pour les femmes qui n'ont pas eu d'informations à son propos :

- Pour une césarienne, j'aurais tendance à donner beaucoup plus d'informations à une femme immigrée qu'à une femme française.
- Pourquoi ?
- La Française a été en cours de préparation et elle sait qu'il y a beaucoup de césar, que ce n'est pas grave. Elle aura tendance à dire : «Faites ce qu'il faut pour sauver le bébé». Pour une femme immigrée, je sais que c'est plus l'inconnu et j'ai envie de lui expliquer que ce n'est pas grave, qu'elle pourra avoir d'autres enfants après, qu'elle pourra accoucher normalement, etc. Je parle tout de suite de l'anesthésie qui va rester la même... que ce n'est pas «césarienne un jour, césarienne toujours», je ne parle pas des mêmes choses.

Sage-femme, 5 années d'expérience

Les résultats des enquêtes qualitatives auprès des femmes

C'est donc toute modelée de ces mêmes représentations qu'en tant que sage-femme clinicienne je suis allée recueillir les réactions des femmes à propos de ce soin. Si peu d'entretiens avec des femmes s'auto-définissant comme «Africaines» ont été réalisés (seulement 6, plus un récit de vie), de très nombreuses notes de terrain ont été consignées. Cela permet de dégager des tendances : d'une manière générale les femmes acceptent mal la césarienne en cours de travail pour une indication maternelle (fièvre, stagnation de la dilatation du col, etc.) car elle leur semble décevante à la suite de plusieurs heures de présence en salle d'accouchement. En revanche, si l'indication est fœtale (anomalies du rythme cardiaque, liquide amniotique teinté, etc.) l'acte chirurgical est mieux accepté. De plus, si la négociation est possible pour une césarienne programmée, elle ne l'est que rarement en cours de travail. Par ailleurs, si les femmes «africaines» ne sont pas les seules à tenter de négocier une indication de césarienne, ce sont les seules à l'ériger parfois en revendication collective. Fatoumata M., dont nous avons recueilli le récit de vie, revient à plusieurs reprises sur la césarienne

et formule l'avis de membres de son entourage. Même si ces informations ne sont pas généralisables, elles n'en fournissent pas moins plusieurs éléments de compréhension. Selon elle, la première question posée aux femmes qui téléphonent à leurs familles résidant dans leur pays d'origine est celle du mode d'accouchement. De plus, les femmes se sentent réduites dans leur féminité quand elles sont césariées. Plus tard dans l'entretien surgit, timidement, sur le ton de la confiance ou pour expliquer ce que pense une amie, un thème plus problématique : les femmes « africaines » trouvent qu'on les césarise plus que les femmes « blanches ». Et certaines pensent que cela permet à la médecine française de maîtriser leur fécondité.

- Et vous, vous avez dit : « Je ne veux pas de césarienne ». Vous aviez peur de la césarienne ?

- Oui, le déclenchement à la rigueur mais pas la césarienne. Avec tout ce qu'on dit sur la césarienne !

- Qu'est-ce qu'on dit sur la césarienne ?

- J'ai eu beaucoup de copines, de belles-sœurs, etc., qui disent que les hôpitaux préfèrent les césariennes parce que ça coûte plus cher et que la patiente reste au moins quinze jours à l'hôpital. Et puis qu'on oblige les femmes à faire des césariennes pour limiter les naissances.

- Ah ! C'est autre chose !

- Oui certaines me disaient pour limiter les naissances, d'autres pour faire rentrer l'argent à l'hôpital. [...]

- J'en ai discuté avec plein plein, je ne dirais pas des Européennes mais des Africaines, et c'est la même chose qu'elles me disaient. Après c'était la gynéco même qui leur disait de faire attention. Après on doit se limiter pour ses grossesses. Il faut en plus que la femme le dise à son conjoint parce que personne n'en discute avec son conjoint [...].

- Pour bien comprendre ce que vous dites à propos de la limitation des naissances, vous sentez plus que vous allez vous sentir limitée dans votre nombre d'accouchements, ou qu'une puissance extérieure va vous limiter ?

- Elle, ce qu'elle m'a dit ?

- Oui...

- Elle c'est la limitation faite par l'extérieur comme vous dites, elle c'est ce qu'elle a compris. Comme pour les Africaines tu peux avoir des familles très nombreuses, jusqu'à dix enfants parfois, ce qui est plus rare pour les Européennes. Et comme elle a remarqué qu'en Afrique il y a très peu de césariennes, ce que j'ai remarqué moi aussi. Elle dit que c'est surtout la population noire, c'est-à-dire la population africaine, qui accouche par césarienne. On les oblige.

- Pour limiter leur nombre de naissances ?

- Oui pour limiter leur nombre de naissances. Mais moi personnellement c'est pour que j'accouche normalement. Je l'aurais plus vécu comme une attaque personnelle. Que moi je n'ai pas été à la hauteur d'accoucher normal, comme une bonne femme, comme une bonne femme africaine, comme une bonne femme du monde... Mais pour les autres avec qui j'ai discuté c'est plus une obligation. [...]

Dans les dix Africaines que je connais cinq ou six ont accouché par césarienne. Et elles en parlent toujours comme un grand regret. J'ai une amie en Allemagne, c'est la première question qu'elle m'a posée, et ma mère aussi. C'est la première question qu'on te pose quand tu appelles en Afrique si tu as accouché par césarienne ou pas. Alors que si tu accouches là-bas on ne te demande pas.

Fatoumata M.

Analyse

Les résultats présentés ci-dessus permettent de développer une analyse en deux points : tout d'abord les processus de racisation permettent de penser les pratiques légitimes, sans pour autant identifier qu'elles ont des impacts en termes de taux de césarienne. Ensuite, les processus d'ethnicisation permettent de comprendre dans un seul sens les représentations que les patientes se font d'un soin qu'elles ne sont pourtant pas les seules à remettre en cause. Ces deux processus d'altérisation se combinent pour rendre à la fois invisible les taux de césarienne élevés et inaudible l'insatisfaction des femmes ainsi que la perception de discrimination qui en découle.

L'étude quantitative, dont les résultats sont développés dans un article précédent (Sauvegrain 2012), a permis de montrer, grâce à des tests de régression logistique multinomiale, que le facteur le plus explicatif des césariennes pour les femmes africaines immigrées sont les « pathologies maternelles du travail », à état de santé, parité, âge, pathologie fœtales du travail et état de santé du nouveau-né égaux, à hauteur de 20 fois plus (*odd ratio* = 19,87). Ces pathologies maternelles regroupent, d'une part, le fait d'être porteuse d'un utérus cicatriciel (16.8 % des femmes africaines immigrées vs 11 % de la population étudiée), ce qui interroge les pratiques médicales et ne se laisse qu'insuffisamment explorer car les indications de césariennes antérieures étaient rarement renseignées ; et, d'autre part, des anomalies du déroulement du travail comme : bassin trop petit (sans que des mesures exactes de ceux-ci ne soient forcément renseignées), stagnation de la dilatation (le col de l'utérus stagne à une certaine ouverture), suspicion de disproportions fœto-pelvienne ou disproportion avérée, et non engagement du fœtus dans le bassin maternel alors que le col est complètement dilaté. Comme ces différents éléments pouvaient être renseignés séparément ou conjointement, une restitution plus précise de chacun de ces critères n'est pas possible. Regroupées néanmoins sous la rubrique « pathologies maternelles du travail », avec la fièvre maternelle pendant le travail (qui elle n'est pas une donnée

significativement différente entre les groupes), ces pathologies sont retrouvées dans 30,9 % des cas pour les «Africaines immigrées» vs 20,3 % des cas pour les Françaises non migrantes.

Ce résultat recoupe donc l'impression clinique des soignants d'un déroulement moins physiologique du travail pour les femmes «africaines», à la nuance près que les entretiens ne différencient jamais les femmes immigrées des femmes nées en France de deux parents nés en Afrique subsaharienne. Or, si celles-ci sont le plus souvent catégorisées par les soignants comme «Africaines», il faut noter que, selon l'étude quantitative menée, elles ne présentent pas d'état de santé ni de mode d'accouchement différents des autres Françaises.

De plus, s'il semble que la situation renvoie à celle décrite dans les années 1980, le manque de données actuelles sur le sujet ne permet pas une correction des inégalités de mode d'accouchement. Très peu des soignants interrogés connaissent les études rapportées ci-dessus au point de les citer mais certains estiment adapter leurs pratiques selon l'origine de leur patiente. En l'absence de recommandations émanant des autorités sanitaires, ou des chefs de service, il leur est impossible d'adopter, individuellement, des conduites à tenir beaucoup plus attentistes que pour les autres femmes.

L'idée reste par ailleurs répandue que les «Africaines» sont culturellement opposées aux césariennes. Cela est d'ailleurs convoqué par les soignants pour expliquer le refus, par les femmes qu'ils catégorisent comme «Africaines», des tests de dépistage dans le cadre du diagnostic anténatal (ce serait dans leur culture d'accepter le handicap, elles seraient plus croyantes), pour expliquer leur taux élevé de diabète (leurs habitudes alimentaires sont culturelles, et rarement le reflet de difficultés socioéconomiques et les «Africaines» «mangent africain»), ou encore leur peu de motivation pour le suivi précoce de la grossesse (qui ne serait pas dans leur culture, alors même que les difficultés d'accès aux soins prénataux que certaines rencontrent ne sont jamais évoquées), etc. Ces résultats ont également été retrouvés par la sociologue française A. Nacu (2011) à partir de ses observations dans trois maternités franciliennes. La base de la connaissance des soignants sur ces thèmes a également été investiguée. Premièrement, tout enfermés que sont les soignants dans des représentations ethnicisantes de leurs patientes, ils réifient au fur et à mesure des rencontres avec des femmes, immigrées ou non, leurs préjugés et stéréotypes selon les origines réelles ou supposées des femmes. Sans même les interroger sur leurs refus de certains soins, ou leur réticence, ils pensent que ceux-ci sont normaux puisqu'ils cadrent parfaitement avec la représentation qu'ils s'en font avant même de proposer le soin. De plus, les cadences soutenues des consultations hospitalières, conjuguées au peu de temps à accorder à chacune aux différentes étapes de sa trajectoire de soins, ne laissent pas beaucoup de temps pour délivrer des informations extra-médicales, ce qui accentue le recours plus ou moins conscient aux catégories de patientes. Ensuite, les productions de l'ethnopsychiatrie autour de la maternité ont été très bien reçues par les soignants, qui offraient des explications simples, exotiques

et immédiates aux « problèmes » posés par certaines patientes (Fassin 1999 ; Bâ 2000 ; Moro 2002). Enfin, les formations autour de la maternité des femmes originaires de tel ou tel continent en France sont soit organisées par des soignants ayant des formations en ethnopsychiatrie, soit abordées sous l'angle unique de LA culture, indivisible, transmise telle quelle de génération en génération de patientes, ce qui rejoint les résultats d'autres études socioanthropologiques (Cognet et Montgomery 2007). Nous avons aussi noté une mauvaise connaissance de la part des femmes interrogées ou rencontrées autour de la césarienne, de ses enjeux, des suites opératoires, de la possibilité d'accoucher normalement la fois suivante, etc.

Outre le fait que l'explication est un temps essentiel du soin (Lartigau-Roussin 2004), nos entretiens avec les femmes et nos observations des séances de préparation à la naissance et à la parentalité montrent que les femmes ne sont pas toutes concernées par ces informations préalables, les femmes immigrées y étant fort peu représentées (Sauvegrain 2009). La prémédicalisation des patientes en maternité (Jacques 2007) n'est donc pas la même pour toutes. Pourtant, l'information des patientes quant à ces opérations est primordiale.

La remarque faite par Fatoumata sur la volonté attribuée aux médecins de réduire la fécondité des parturientes africaines a été rapportée, lors d'un entretien, au chef de service d'une maternité publique parisienne. Sa réponse a fusé : « Alors que les médecins blancs, eux, ne pensent pas à ça puisque, pour nous, quatre enfants sont déjà bien le maximum ! ». Or justement, ces femmes migrantes qui font face aux conditions de vie en Île-de-France (logements très petits, coût de la vie élevé) ne souhaitent pas nécessairement avoir des familles nombreuses. Mais elles souhaitent en avoir la possibilité. Cette peur pour les femmes africaines de voir réduite leur fertilité m'était inconnue avant de mener cette recherche, malgré plusieurs années d'expérience clinique. Même si j'avais entendu une fois ou deux une femme dire : « Vous en voulez au ventre des femmes noires », j'avais rapidement oublié cette phrase, sans mesurer la frustration qui pouvait l'accompagner. Pourtant, des travaux de sociologues relayaient, il y a plusieurs années déjà, cette dénonciation de la part des femmes :

Des interpellations directes de certains acteurs sociaux africains (individuels ou collectifs) peuvent attirer leur attention sur des questions pouvant apparaître comme spécifiques. Les conflits plus ou moins ouverts notamment autour de la pratique jugée systématique des césariennes entre les femmes africaines et certains services de maternité hospitaliers en sont un exemple. Ils se traduisent, dans certains cas, par une double réaction de croissance des accouchements à domicile et de plaintes auprès des équipes de PMI.

Poiret 1996 : 389

Depuis que je suis consciente de cette perception de discrimination ressentie par les femmes africaines, je l'entends continuellement, surtout en salle d'accouchement. C'est l'accompagnatrice de la parturiente – mère, sœur, tante ou amie – qui ne passe que quelques heures ou tout le temps du travail auprès d'elle, qui s'en charge le plus souvent. Les phrases allusives relevées sont :

«On sait ce qui se passe en France avec les césariennes».

«On sait ce que vous faites aux Africaines en France».

«On ne veut pas de césarienne car on sait comment ça se passe».

«Ne nous parlez pas de césariennes, chez nous il n'y en a pas (ou pas besoin)».

«De toutes les façons elle ne veut pas de césarienne».

Notes de terrain

Si cela est entendu comme un appel à la discussion autour de la césarienne, la perception d'un traitement commun et différentiel des «Africaines» est toujours présente. Avec la multiplication des forums de discussion sur Internet, ce type de propos peut être fréquemment relevé :

Mes observations sur la corrélation entre le statut des femmes dans la société et le respect de leurs besoins physiologiques lors de l'accouchement me fait craindre un sinistre déplacement d'interventions chez les femmes du Sud, ou des femmes qui ont le type physique qui fait croire, inconsciemment, aux médecins qu'ils se retrouvent face à quelqu'un de statut inférieur...

Échohumanist 2008: n.p.

On peut néanmoins noter sur les forums de discussion des sites médicalisés que les indications de césarienne et l'augmentation de leur taux durant les quatre décennies survolées dans cet article n'infirmant pas que les femmes «africaines», ou «blacks» sont celles qui s'insurgent contre ces pratiques, et veulent en discuter les indications.

Conclusion

La pratique de la césarienne en France est en constante augmentation depuis le milieu du XX^e siècle, avec des bienfaits certains en matière de réduction des taux de la mortalité maternelle et néonatale, et de la mortinatalité. En revanche, et ce n'est pas une donnée très connue dans les services de gynécologie-obstétrique, les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne sont, parmi l'ensemble des femmes accouchant en France, celles qui sont le plus césarisées. J'ai documenté un ensemble d'études qui présentent ce résultat, constant depuis les années 1980, en m'intéressant plus particulièrement à une étude menée dans une maternité parisienne et qui avait montré que le changement des pratiques médicales pouvait enrayer ces taux. Ces résultats avaient été initiés à la demande d'autorités sanitaires et diplomatiques. Depuis, les recommandations de cette équipe n'ont plus cours. Il se peut que l'état de santé moins bon des femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne justifie ce taux plus élevé de césarienne, mais aucune étude actuelle ne permet de l'affirmer. De plus, si l'on considère que l'OMS recommande toujours un taux de césarienne de 5 % pour sauver la vie de la mère ou de l'enfant, ou préserver leur santé, et dénonce qu'un taux supérieur à 15 % traduit un recours

excessif à cette pratique, on peut noter qu'en France le taux des femmes françaises concernées par cette opération s'en rapproche (19 %) quand celui des femmes africaines et étrangères est de plus du double (35 %). Et les quelques données quantitatives que nous avons établies sur le sujet montrent que ce sont surtout les pratiques médicales (césariennes antérieures) et les différences de «mécanique obstétricale» qui sont le plus explicatives de ces taux élevés de césariennes.

De plus, l'observation des interactions soignant-soigné et des entretiens avec des soignants mais aussi avec des parturientes ont montré un véritable décalage quant aux représentations des uns et des autres autour de la césarienne. S'il existe de la part des soignants une «connaissance» autour de la mauvaise acceptation que les femmes «africaines» ont de la césarienne, elle ne s'appuie pas pour autant sur une reconnaissance ou sur une connaissance du fait que ce sont les femmes les plus césarisées. Et si les explications avancées sont souvent d'ordre culturaliste, ce ne sont pas celles auxquelles recourent les femmes en premier lieu. Ainsi, c'est une perception de discrimination qui est mise de l'avant, avec l'idée sous-jacente qu'il y a là une volonté de contrôler leurs corps et leur fertilité. Si l'on considère la discrimination comme un traitement moins favorable (EUR-Lex 2000), il semble qu'une démarche à visée qualitative à propos du taux de césarienne des femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France est nécessaire. Si elle concluait à un taux trop élevé, elle viendrait confirmer la discrimination ressentie par les femmes.

Références

- BÂ M., 2000, «La dépression du ventre. Réactions dépressives après l'accouchement chez les femmes immigrées originaires d'Afrique de l'Ouest», *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 24: 59-72.
- BENOÎT A., 2004, *Maternité chez la femme d'Afrique noire au CHU de Rouen*. Mémoire non publié pour le D.E. de sage-femme, CHU de Rouen.
- BLONDEL B. et M. KERMARREC, 2011, «Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003», *DRESS, Études et résultats*, 775: 1-8.
- Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2012, Numéro thématique «Santé et recours aux soins des migrants en France», 2-3-4.
- CACCIANI L., S. ASOLE, A. POLO, F. FRANCO, R. LUCCHINI, M. DE CURTIS, D. DI LALLO et G. GUATICCHI, 2011, «Perinatal Outcomes among Immigrant Mothers over Two Periods in a Region of Central Italy», *BMC Public Health*, 11: 294.
- CALDWELL W.E. et H.C. MOLOY, 1938, «Anatomical Variations in the Female Pelvis: Their Classification and Obstetrical Significance (Section of Obstetrics and Gynecology)», *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 32: 1-30, consulté sur Internet (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1997320/pdf/procrsmed00673-0005.pdf>), le 25 mars 2013.
- COGNET M. et C. MONTGOMERY (dir.), 2007, *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

- COL J.-Y., 1989, «L'accouchement en France des patientes nées en Afrique noire», *Revue française de gynécologie obstétrique*, 84: 425-434.
- DELFRAISSY J.-F. (dir.), 1999, *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 1999. Recommandations du groupe d'experts*. Paris, Flammarion, Médecine-Sciences, consulté sur Internet (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/SIDA_-_rapport_1999_-_Delfraissy.pdf), le 25 mars 2013.
- , 2002, *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH: Recommandations du groupe d'experts – 2002*. Paris, Flammarion, Médecine-Sciences, consulté sur Internet (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000460/0000.pdf>), le 25 mars 2013.
- DIAKITÉ M., 1985, «Problèmes posés par les césariennes chez les femmes noires africaines», *Migrations santé*, 44: 35-37.
- DORMONT J. (dir.), 1996, *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH*. Paris, Éditions Flammarion, Médecine-Sciences, consulté sur Internet (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/964126100/0000.pdf>), le 25 mars 2013.
- ÉcOHUMANIST, 2008, «Coïncidence? Les femmes africaines ont trop de césariennes», consulté sur Internet (<http://ecohumanist.wordpress.com/2008/09/13/coincidence-les-femmes-africaines-ont-trop-de-cesariennes/>), le 15 mars 2012.
- ESSÉN B., B. BODKER, N.O. SJOLER, J. LANGHOFF-ROOS, G. GREISEN et S. GUNDMUNDSSON, 2002, «Are Some Perinatal Deaths in Immigrant Groups Linked to Suboptimal Perinatal Care Services?», *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109: 677-682, consulté sur Internet (doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.01077.x), le 25 mars 2013.
- EUR-LEX, 2000, «Directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique», consultée sur Internet (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0043:fr:HTML>), le 25 mars 2013.
- FASSIN D., 1999, «L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit», *Genèses*, 35: 146-171.
- , 2001, «L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration», *Revue européenne des migrations internationales*, 17-2: 139-151.
- GAYRAL-TAMINH M., C. ARNAUD, O. PARANT, A. FOURNIER, J.-M. RÈME et H. GRANDJEAN, 1999, «Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse», *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 28, 5: 462-471.
- HURAUX-RENDU C., 1985, «Éditorial», *Migrations santé*, 44, numéro spécial «Maternité chez les femmes africaines en France»: 3.
- INED-INSÉE, 2008, «Enquête trajectoires et origines», consulté sur Internet (<http://teo.site.ined.fr/>), le 25 janvier 2013.
- INSÉE, 2008, «Données détaillées des statistiques d'état civil sur les naissances en 2007», consulté sur Internet (http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-sd20071), le 30 mai 2013.

- JACQUES B., 2007, *Sociologie de l'accouchement*. Paris, Presses universitaires de France, Le Monde.
- KERMADEC S. et N. CIRARU-VIGNERON, 1985, «Les refus de césariennes», *Migrations santé*, 44: 35-36.
- LARTIGAU-ROUSSIN C., 2004, «De l'harmonie dans le soin», *Face à face*, 6: 59-69.
- MABÉ B., 1985, «Fécondité, grossesse, accouchement dans les sociétés négro-africaines, quelques points de repères anthropologiques», *Migrations santé*, 44: 7-15.
- MIZRAHI A., A. MIZRAHI et S. WAIT, 1993, *Accès aux soins et états de santé des populations immigrées en France*. Paris, CREDES.
- MORO M.-R., 2002, *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris, Éditions La Découverte.
- NACU A., 2011, «À quoi sert le culturalisme? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes», *Sociologie du travail*, 53: 109-130.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, «La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie», *Enquête*, 1: 71-112.
- PAMBOU O., P. KONGO et S. UZAN, 1996, «L'accouchement des noires africaines à la maternité Guy Le Lorier de l'hôpital Tenon. Étude rétrospective de 781 accouchements de 1989 à 1991», *Médecine d'Afrique noire*, 43-6: 371-377.
- PENEFF J., 1992, *La méthode biographique. De l'École de Chicago à l'histoire orale*. Paris, Armand Colin.
- PHILIBERT M., M.H. BOUVIER-COLLE et C. DENEUX-THARAUX, 2008, «Can Excess Maternal Mortality among Women of Foreign Nationality Be Explained by Suboptimal Obstetric Care?», *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115, 11: 1411-1418.
- PIGNÉ A., M. KLEIN, G. DIRATH et J. BARRAT, 1984, «L'accouchement de la femme d'Afrique noire en France. Un aspect particulier: la césarienne», *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 13, 7: 812-816.
- , 1985, «L'accouchement de la femme d'Afrique noire en France. Un aspect particulier: la césarienne», *Migrations santé*, 44: 31-34.
- POIRET C., 1996, *Familles africaines en France: ethnicisation, ségrégation et communalisation*. Paris, L'Harmattan.
- SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., M. SAUCEDO, N. DREWNIAC, B. BLONDEL, M.-H. BOUVIER-COLLE, 2012, «Santé périnatale des femmes étrangères en France», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4: 30-36.
- SAUVEGRAIN P., 2009, «Toutes les femmes ont-elles accès aux cours de préparation à la naissance?», *Spirale*, 47, «Préparation à la naissance»: 167-178.
- , 2010, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes «africaines» en maternité publique*. Thèse de doctorat non publiée, Sciences sociales, Université Paris Diderot-Paris 7.
- , 2011, «La migration influence-t-elle le rapport des parturientes à la maternité publique française?», *Migrations santé*, 142-143: 29-61.

—, 2012, «La santé maternelle des “Africaines” en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins», *Revue européenne des migrations internationales*, 28, 2: 81-100.

STRAUSS A., 1992 [1966], *La trame de négociation*. Paris, L'Harmattan.

WANNER P., C. BOUCHARDY et M. KHLAT, 1997, «Causes de décès des immigrés en France 1979-1985», *Migrations santé*, 91 : 9-38.

RÉSUMÉ – ABSTRACT – RESUMEN

Les parturientes «africaines» en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières

Dans cet article sont documentés les taux de césarienne constamment élevés, sauf dans les années 1980, des femmes nées en Afrique subsaharienne accouchant en France. Bien que leurs causes de migrations, conditions de vie en France et états de santé ne soient pas stables, elles représentent un groupe « homogène », réifié, dans les discours des soignants qui les catégorisent comme « Africaines ». Le choix d'étudier la césarienne est dû au fait que ce type de soins est une source de conflits entre les équipes hospitalières et les parturientes qui est révélatrice de phénomènes sociaux, et du fait qu'il a fait l'objet d'une littérature tant médicale qu'anthropologique et ethnopsychiatrique. Surtout, son étude sociologique dans le cadre d'une thèse m'a permis d'illustrer, en croisant méthodologies quantitative et qualitative, les processus d'ethnicisation et de racisation des patientes par les soignants de périnatalité. Est donc ici documenté en quoi l'usage de ces concepts permet une déconstruction du « bon sens » médical dont j'étais moi-même imprégnée dans ma pratique de sage-femme clinicienne. Grâce à cette approche, étayée d'une critique réflexive et enrichie des opinions de femmes interrogées, semblent se dessiner des possibilités d'amélioration de la qualité des soins à dispenser à ces femmes dans un contexte national où l'accouchement « normal » reste l'accouchement par les voies naturelles.

Mots clés : Sauvegrain, périnatalité, « Africaines », césariennes, ethnicisation, racisation, discrimination

C-Section among African Migrants in France : Sociological Analysis of a 40 Years Conflict

This article documents the very high C-sections rate of African women in France, except for the 1980 decade. Although the global context of their immigration in France, living conditions and health status are in constant evolution, they are still considered as a homogenous group of « Africans » for the medical staff. C-section as a cure is a recurrent source of conflicts, showing part of the social context in France. If a guideline has allowed the C-section rate to decline in the 80s, its recommendations are not followed any more. Both a qualitative research (interviews of care providers acting in maternities, interviews of patients, and time of participant observation) and a quantitative research (statistics about 2 200 deliveries in a Parisian maternity in 2006), have been used. A cross perspective is adopted, facing the construction of otherness by medical staffs and the perception of discrimination

expressed by the women. Then, from the sociological analysis through the concepts of ethnic and racial categorizations, ways to improve the quality of care for these migrants' women are emerging.

Keywords : Sauvegrain, Perinatality, Africans, C-Section, Ethnicity, Racial Category, Discrimination

Las parturientes «africanas» en Francia y la cesárea: análisis sociológico de un conflicto extendido durante cuatro decenas con los equipos hospitalarios

Documentaremos en este artículo la tasa de cesáreas en constante crecimiento, salvo durante los años 1980, de las mujeres nacidas en África subsahariana que dan a luz en Francia. Aunque las causas de la emigración, las condiciones de vida en Francia y los estados de salud no sean generalizables, esas mujeres representan un grupo «homogéneo» cosificado, en el discurso de los trabajadores de la salud que las catalogan como «africanas». Decidimos estudiar la cesárea ya que este tipo de intervención es una fuente de conflictos entre equipos hospitalarios y parturientas, que revela fenómenos sociales, y porque ha sido objeto de la literatura médica, antropológica y etnopsiquiátrica. Más aun, su estudio sociológico en el cuadro de una tesis, nos permitió ilustrar, mediante el cruce de métodos cuantitativos y cualitativos, los procesos de etnización y de racialización de los pacientes por los trabajadores de la salud perinatal. Aquí documentamos cómo el uso de dichos conceptos permite la deconstrucción del «sentido común» médico del cual nosotras mismas estábamos impregnadas en tanto que parteras clínicas. Gracia a esta óptica, apoyada por una crítica reflexiva y enriquecida por las opiniones de las mujeres interrogadas, se pueden percibir las posibilidades de mejoramiento de la calidad de la atención médica que se da a las mujeres en un contexto nacional en el cual el parto «normal» es un parto por vías naturales.

Palabras clave : Sauvegrain, perinatalidad, «Africanas», cesárea, etnización, racialización, discriminación

*Priscille Sauvegrain
Sage-femme hospitalière et sociologue
URMIS
U.F.R. Sciences Sociales
Casier 7027
Université Paris Diderot – Paris 7
75205 Paris Cedex 13
France
priscille.sauvegrain@gmail.com*