

L'injustice obstétricale

*Une approche intersectionnelle
des violences obstétricales*

Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello¹

Résumé

À partir de recherches sur les violences obstétricales menées en Europe (France, Italie) et en Amérique latine (Mexique, Guatemala) auprès de femmes migrantes, pauvres, ou racisées, nous proposons de mettre ces violences en perspective, au regard de mécanismes globaux de domination (exil, racisme, pauvreté). Nous situons nos recherches dans le champ des études sur l'intersectionnalité et la justice reproductive, et proposons le cadre d'analyse de « l'injustice obstétricale » qui permet de dépasser certains des clivages de la catégorie de violences obstétricales en articulant les violences obstétricales à d'autres formes de violence vécues par ces femmes au cours de leur vie.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE – ITALIE – GUATEMALA – INTER-SECTIONNALITÉ – VIOLATION DU CONSENTEMENT

¹ Le nom des autrices apparaissent dans l'ordre alphabétique. L'élaboration de cet article s'est faite en collaboration.

Depuis le milieu des années 2010, le terme « violences obstétricales » a fait irruption dans le champ politique et médical. De l’Afrique du Sud (Chadwick 2017) à l’Inde (Chattopadhyay, Mishra et Jacob 2018), en passant par les États-Unis (Diaz-Tello 2016) ou la France (Cascales et Negrié 2016, Lahaye 2018), de nombreux écrits universitaires, institutionnels et médiatiques se sont penchés sur le sujet. Définies comme une articulation entre violence institutionnelle et violence de genre, les violences obstétricales s’exercent sur le corps des femmes². Pour certaines d’entre elles, l’imbrication avec d’autres facteurs de discriminations (grossophobie, racisme, classisme, etc.) fait résonner la violence vécue dans le parcours de grossesse ou d’accouchement de manière spécifique : en l’amplifiant (Davis 2019) ou en la normalisant comme une violence supplémentaire (El Kotni 2018b) dans une vie déjà constituée de ce que l’anthropologue Shannon Speed a nommé, partant de l’expérience de femmes indigènes migrantes d’Amérique latine, une « mosaïque de violence » (Speed 2014).

Surpassant à des moments où les femmes sont vulnérables – enceintes ou nues, face à des personnes détentrices d’autorité – nous interrogeons ce que produit l’articulation des violences obstétricales avec d’autres facteurs sociaux comme la classe ou la race. Dans cet article, nous partons de nos recherches sur les violences obstétricales auprès de femmes pauvres, racisées ou migrantes afin de mettre en perspective cette violence comme un rapport de pouvoir ancré dans des mécanismes plus globaux de domination (parcours d’exil, racisme structurel, relations postcoloniales). Afin de rendre compte de cette articulation, nous positionnons nos recherches sur les violences obstétricales dans le champ de la justice reproductive, et proposons le cadre d’analyse de « l’injustice obstétricale ». Celui-ci présente deux avantages analytiques : d’abord, il permet de dépasser la dimension « micro » ou interpersonnelle des violences au profit d’une analyse mettant en avant leur aspect « macro » ou systémique ; ensuite, ce cadre

² Nous faisons référence aux femmes cisgenres, mais les violences s’exercent également, parfois de façon encore plus marquée sur les personnes trans et non binaires.

met en avant la façon dont les violences, y compris celles de même nature, touchent différemment les patientes en fonction de leur parcours de vie. Ainsi, l'injustice obstétricale permet de dépasser la tendance universaliste des catégories de « violences » et « femmes » en mettant en avant la question de justice sociale présente dans les interactions médicales, où influent les rapports de classe, de race et de genre.

Nous situerons dans un premier temps nos travaux au sein des études sur les violences obstétricales ; nous proposerons d'y intégrer une analyse intersectionnelle que nous détaillerons dans un second temps, à partir d'appuis théoriques sur le contexte des femmes noires aux États-Unis et le racisme obstétrical, de nos recherches auprès de femmes indigènes au Mexique et au Guatemala sur l'accès aux soins et le contrôle des naissances, ainsi que de nos travaux sur le parcours migratoire de femmes d'Afrique subsaharienne en Europe. Dans un troisième temps, et afin de tenir compte des différents aspects qui s'entremêlent dans les violences obstétricales, nous présenterons les apports d'une approche en termes de justice reproductive et de la catégorie d'injustice obstétricale. Nous montrerons comment la race et la classe s'articulent pour produire des oppressions spécifiques pour les femmes non blanches ou pauvres, qui peuvent être invisibilisées dans la notion de violences obstétricales. Ainsi, l'injustice obstétricale permet de montrer comment des actes *a priori* isolés (césariennes non nécessaires, stérilisations forcées) sont réalisés de manière plus ou moins systématique en fonction du profil socio-racial des patientes. Elle est également un outil pour interroger les stéréotypes derrière des actes qui ne sont pas violents, voire même qui sont bienveillants, mais qui constituent une discrimination (par exemple proposer un accouchement non médicalisé à une parturiente noire).

Violences obstétricales : un phénomène global

Développé en 2007 par les militantes féministes vénézuéliennes, le concept de « *violencia obstétrica* » a officiellement été reconnu en 2019 par le Conseil des droits humains des Nations unies comme une violation des droits des femmes

qui accouchent. Les nombreux témoignages qui ont afflué sur les réseaux sociaux en Europe et aux États-Unis dans le milieu des années 2010 ont contribué à alerter l'opinion publique et les professions médicales sur ce phénomène (Brouze 2017 ; *Improving Birth* 2014 ; OVO Italia 2016). De son côté, l'Organisation mondiale de la santé publiait une revue de la littérature sur les maltraitements pendant l'accouchement et leur prévention (OMS 2014). Pourtant, ce que recouvrent les « violences obstétricales » varie selon les contextes (relations historiques à la médecine, perception de la technologie) et les points de vue des parties impliquées (législateur·rices, parturientes, personnel médical). Elles englobent ainsi autant de procédures spécifiques comme la césarienne (Montilla *et al.* 2020), l'épisiotomie (Diniz et Chacham 2004) ou les stérilisations forcées (Quiroz 2020) que des actes médicaux réalisés sans le consentement des patient·es (El Kotni 2018a). Dans certains contextes, les violences obstétricales font aussi référence à des facteurs systémiques comme la gestion du personnel hospitalier (Quagliariello et Topçu 2021).

Malgré la pluralité des situations prises en compte, l'une des principales limites de la catégorie de violences obstétricales est, à notre avis, la cristallisation d'un certain nombre de tensions dans les rencontres médecin/patiente qui ont souvent conduit à des accusations de maltraitance mutuelle. Dans nos différents contextes de recherche, par exemple, certains membres du personnel médical ont déclaré être elles et eux aussi victimes de violences à la fois de la part de patient·e·s (maltraitements verbales) et de l'organisation hospitalière elle-même (travail stressant, manque de ressources médicales, etc.). De plus, l'analyse des violences obstétricales comme des violences faites aux femmes, bien qu'elle mette en avant l'aspect sexiste de celles-là, peut contribuer à effacer la diversité des expériences des femmes, marquées dans leurs interactions avec le personnel médical par d'autres caractéristiques sociales comme leur origine de classe ou de race.

Partant de ce constat, nous proposons d'analyser les expériences de violences obstétricales de femmes marginalisées comme l'une des expressions de la violence systémique qu'elles vivent dans les autres aspects de leur vie. Pour cela, nous avons

croisé les données issues de nos différentes recherches au long cours en Europe et en Amérique latine.

Méthodologie : les résonances internationales d'expériences locales

Depuis une dizaine d'années (2009 pour l'une et 2013 pour l'autre), nous travaillons sur la thématique de la santé reproductive (totalisant près de quatre années d'enquête). Au cours de nos recherches, nous avons à nous deux interrogé près de 200 personnes (personnel médical, sages-femmes professionnelles et traditionnelles, patientes, militant·e·s) sur la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans quatre pays : en France et en Italie auprès de personnel médical et de femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire, Nigéria) (Quagliariello 2018 ; Quagliariello 2019)³ ; dans le sud du Mexique et au Guatemala auprès de sages-femmes traditionnelles mayas et de leurs patientes, et auprès du personnel de centres de santé (El Kotni et Faya Robles 2018 ; El Kotni 2019).⁴

³ Le travail de Chiara Quagliariello s'est concentré dans un premier temps (2009-2013) sur les expériences des femmes sénégalaises qui accouchent en Italie, dans un deuxième temps (2016-2017) sur les parcours d'enfantement des femmes originaires du Nigéria qui arrivent enceintes en Italie suite à la traversée de la Méditerranée, et dans un troisième temps (2018-2019) sur les expériences d'accouchement des femmes issues d'Afrique sub-saharienne en Île-de-France. Les méthodes de recherche déployées incluent l'observation participante de l'interaction entre médecins et patientes au cours des consultations prénatales, des accouchements et du suivi post-partum dans les maternités publiques des deux pays. Elle a également mené des entretiens avec 67 professionnelles et 78 femmes migrantes primo-arrivantes originaires d'Afrique sub-saharienne.

⁴ Au cours de ses recherches, principalement dans le Chiapas mais également dans la municipalité de Todos Santos Cuchumatán au Guatemala, Mounia El Kotni a mené des entretiens avec 42 sages-femmes traditionnelles et professionnelles, 23 femmes, 29 employé·e·s du secteur médical et 26 employé·e·s d'organisations non gouvernementales. Elle a observé dans le Chiapas trois formations pour sages-femmes traditionnelles et deux formations pour le personnel biomédical. Elle a participé à cinq ateliers de l'Organisation des Médecins Indigènes du Chiapas (OMIECH) pour les sages-femmes traditionnelles. Au Guatemala, elle a observé et participé à deux

Nous avons chacune publié nos analyses des violences obstétricales issues de nos terrains respectifs. Ainsi, Mounia El Kotni a analysé les violences obstétricales comme une violation du consentement (El Kotni 2018a), qui, pour les femmes indigènes, s'inscrit dans la continuité de l'exploitation de leur corps par le colonialisme et le patriarcat (El Kotni 2018b). Chiara Quagliariello a pour sa part démontré que cette violence s'inscrit dans un *continuum* de rapports de domination (Quagliariello 2018) et mis en lumière les relations ambivalentes qu'entretiennent les femmes avec la technologie obstétricale qui peut être un instrument de violences (Quagliariello 2019). À chacune, le terme de « violences obstétricales » a semblé insuffisant pour analyser les expériences de ces femmes, pour qui ces violences ne semblaient pas vécues de façon isolée mais s'inscrivaient en continuité de la violence systémique vécue à l'intersection de la classe, de la race et du genre.

Les femmes que nous avons rencontrées au cours de nos recherches avaient des parcours de vie extrêmement différents : certaines étaient natives du pays étudié, d'autres avaient vécu un parcours de migration ; les langues parlées, leur âge, leur religion variaient également. Pourtant nous avons trouvé dans nos recherches un point commun dans le traitement différencié (Fassin 2001) de ces femmes par l'institution médicale, en fonction de leurs caractéristiques sociales, économiques ou ethno-raciales : femmes africaines ou migrantes en Europe, femmes indigènes ou des milieux populaires en Amérique latine. Leurs expériences de grossesse et d'accouchement mettent en avant la façon dont nombre d'éléments qui entrent dans la catégorie de violences obstétricales (taux de césariennes élevés, moindre accès aux techniques de soulagement de la douleur, stérilisations forcées) s'imbriquent dans d'autres rapports de domination. C'est pourquoi nous proposons, à partir des théories de la justice reproductive, le concept d'injustice obstétricale, afin de prendre en compte à la fois les conditions

formations pour sages-femmes traditionnelles et un atelier pour les mères. La thématique des violences obstétricales traverse de nombreux entretiens ; celle d'injustice a émergé en analysant le contexte de vie des femmes indigènes ou pauvres.

matérielles d'accueil et de soins, les relations interpersonnelles entre patientes et soignant·e·s et les trajectoires de vie des patientes.

L'articulation des différentes formes de discriminations

Dès les années 1970, les féministes noires américaines ont mis en avant les oppressions spécifiques vécues par les femmes noires (Collins 1986) tandis qu'en Amérique latine, des mouvements de femmes, lesbiennes, noires ou indigènes, se sont organisées face au racisme, au sexisme et à la lesbophobie du système patriarcal (Falquet 2020). En France à la même époque, la sociologue Colette Guillaumin nomme « racisation » le processus qui attribue à certaines catégories de personne plus ou moins d'humanité (Guillaumin 1972)⁵. C'est au début des années 1990 que la juriste états-unienne Kimberlé Crenshaw nomme « intersectionnalité » l'expérience des femmes Afro-américaines, qui vivent des discriminations qui ne sont pas que la somme du racisme et du sexisme mais résultent de leur articulation (Crenshaw 2005 [1991]). Élargie depuis à d'autres aspects de l'identité sociale, l'intersectionnalité est un outil permettant d'analyser la manière dont les différents constituants de l'identité s'imbriquent pour former des expériences uniques d'oppression, sans pour autant mettre de côté l'impact de chacun de ces mécanismes dans la société.

Jusqu'à présent, en France, peu d'études se sont penchées sur la façon dont les discriminations vécues au sein du système de santé touchent les femmes différemment en fonction de leur origine ethnique et sociale. Dans le domaine de l'obstétrique, Priscille Sauvegrain a ainsi analysé les conséquences des préjugés racistes des soignant·e·s sur la prise en charge des femmes dites « africaines » (Sauvegrain 2012), tandis que Dorothee Prud'homme a mis en avant le traitement différencié des patientes identifiées comme roms dans les services de gynécologie-obstétrique (Prud'homme 2016).

⁵ Pour plus de détails sur la pensée de Guillaumin et son articulation avec le concept d'intersectionnalité, nous renvoyons vers Bentouhami-Molino et Guénif-Souilamas (2017).

Bien que pour ces femmes l'intersection de la maltraitance médicale avec les violences systémiques – comme la pauvreté ou les stéréotypes racistes partagés par certain·e·s professionnel·le·s – soit indissociable des violences vécues dans leurs expériences de la grossesse ou de l'accouchement, elles sont plus difficiles à mettre en avant. En France, le rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes sur les violences obstétricales paru en 2018 (Bousquet, Couraud et Collet 2018) fait brièvement mention des discriminations envers les femmes lesbiennes et des expériences de grossophobie ; mais les expériences des personnes transgenres, des femmes migrantes, noires ou musulmanes ne sont pas mentionnées (*ibid.*). Pourtant, le préjugé selon lequel les femmes racisées et étrangères, en particulier celles originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique sub-saharienne, seraient des patientes plus « difficiles », qui exagéreraient leur douleur, perdure⁶. Ces stéréotypes ont des conséquences sur leur santé et leur espérance de vie : elles se voient par exemple proposer moins de technologies (Quagliariello 2019) et moins d'antidouleurs que les femmes blanches (Davis 2019).

Un autre élément-clé dans la définition des violences obstétricales qui révèle des disparités, lorsqu'elles sont analysées sous l'angle de la race, sont les interventions non médicalement nécessaires réalisées sur le corps des femmes. Nos données et celles d'autres chercheur·se·s (Davis 2019 ; El Kotni 2018a ; Quagliariello 2018) montrent à quel point les femmes non blanches et les femmes pauvres sont les populations les plus exposées à ces interventions injustifiées. Ainsi, en Amérique latine, des campagnes de stérilisations forcées ont été menées sur les femmes indigènes (Quiroz 2020), une pratique qui a toujours cours aujourd'hui (Garcia 2018) même si elle n'est plus officiellement une politique d'État.

En Italie comme en France (Poncet *et al.* 2020 ; Quagliariello 2018), la disparité raciale se lit dans les taux d'accouchement

⁶ En 2018, suite au décès de Naomi Musenga, jeune femme noire dont le samu social de Strasbourg n'a pas pris au sérieux l'appel, les témoignages de patient·e·s et de soignant·e·s sur le « syndrome méditerranéen » ont été repris dans les médias (Campistron 2018).

par césarienne, plus élevés parmi les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne que parmi d'autres populations de patientes (Sauvegrain 2012 ; Sauvegrain *et al.* 2017). Tout d'abord, ce phénomène s'imbrique dans la vocation de la médecine à « sauver des vies ». La catégorie du « secours paradoxal » (*paradoxical saving*) qui souligne la façon dont les programmes humanitaires visant à sauver des vies humaines pouvaient se transformer en formes de violence contre les acteur·rice·s de ces programmes (Malkii 1996), apparaît particulièrement utile pour décrire ce qui se joue au sein des services de maternité. En effet, le recours à la césarienne répond dans certains cas à une intention positive de la part des professionnel·le·s : celle de réduire le risque de pathologies hypertensives et d'autres pathologies prénatales (par exemple le risque de pré-éclampsie, ou encore le risque de diabète gestationnel). C'est ainsi qu'afin de « sauver » la vie de ces femmes, une intervention médicale lourde, la césarienne, est réalisée sur leur corps. Deuxièmement, cette logique explique également la tendance des professionnel·les à proposer dans une moindre mesure un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) aux femmes migrantes d'origine subsaharienne (Edmonds, Hawkins et Cohen 2016). Cette forme de protection de la santé maternelle se traduit ainsi par une liberté de choix moindre, voire absente, pour les femmes d'origine subsaharienne ayant déjà vécu une césarienne.

Lorsque nous les avons interrogé·e·s sur cette tendance, les professionnel·le·s nous disaient être convaincu·e·s que ces patientes ne contesteraient pas la décision médicale. Cette affirmation est liée aux représentations des femmes d'origine subsaharienne comme une population de patientes particulièrement dociles et peu expérimentées sur le plan juridique. Enfin, le manque d'information sur le suivi médical préalable de certaines de ces patientes qui n'ont pas toujours la possibilité de réaliser l'ensemble de consultations prénatales pousse parfois certain·e·s professionnel·le·s à réaliser des césariennes « préventives » (Quagliariello 2018).

Au Mexique, si les taux de césariennes les plus élevés ont lieu dans les hôpitaux privés, ce qui correspond à un véritable marché sanitaire où les demandes des femmes les plus riches

rencontrent les intérêts économiques du secteur privé (Vega 2018), les recherches ont également mis en avant que les bénéficiaires de l'ex-programme de *cash-transfert* Prospera – des femmes pauvres, qui sont souvent aussi indigènes – avaient une plus forte probabilité d'accoucher par césarienne (Freyermuth, Muños et Ochoa 2017). Ainsi dans la maternité publique de San Cristóbal de las Casas au Chiapas, le taux de césariennes était-il de 50 %. Les facteurs qui jouent sur ce taux ne sont pas sans rappeler ceux développés ci-dessus pour les femmes migrantes en Europe : dossiers médicaux considérés comme incomplets (car les femmes réalisent leur suivi de grossesse auprès de sages-femmes traditionnelles⁷), des complications qui peuvent survenir dans les longues distances à parcourir avant d'atteindre les centres de santé, ainsi que des césariennes « d'opportunité » (lorsque les femmes se présentent en début de travail les médecins craignent qu'elles ne reviennent pas si elles sont renvoyées chez elles (Freyermuth, Muños et Ochoa 2017).

Le fait que les femmes noires et indigènes soient plus exposées à des actes médicaux – tels que la césarienne – nous semble mériter une réflexion critique : leur appartenance de classe, parfois leur moindre maîtrise de la langue dominante, et pour certaines leur statut migratoire, les rendent moins à mêmes de se défendre en cas d'abus, creusant ainsi l'inégalité de pouvoir entre ces patientes et le personnel médical.

Les expériences obstétricales au prisme de la mosaïque de violences

À partir de ses recherches auprès de femmes indigènes migrantes détenues à la frontière entre les États-Unis et le Mexique, Shannon Speed propose de penser les violences vécues par ces femmes comme une mosaïque « dans laquelle chacune des formes distinctes sont assemblées et l'image globale créée par leur juxtaposition ne peut être entièrement comprise qu'en les contemplant toutes ensemble » (Speed 2014,

⁷ Malgré la pression à réaliser ces suivis dans les centres de santé (El Kotni et Faya Robles 2018).

notre traduction). Nous analysons les actes obstétricaux non consentis ou non nécessaires vécus par les femmes racisées ou pauvres comme l'une des figures de la mosaïque de violences et maltraitements vécus dans d'autres aspects de leur vie. Sans nier la violence de ces actes, nous souhaitons souligner que leur analyse en miroir des parcours de vie fait ressortir l'injustice que ces derniers représentent pour ces femmes. Nous l'illustrons à travers trois facteurs : les barrières linguistiques, les possibilités d'accès aux soins, et le statut migratoire.

Dans le Chiapas, 42 % des femmes indigènes sont monolingues dans leur langue native qui n'est pas l'Espagnol⁸. Les difficultés de communication auxquelles elles sont confrontées dans les interactions quotidiennes avec les administrations se retrouvent dans leur relation avec le personnel médical, puisque la présence de traducteur-riche dans les maternités publiques relève de la volonté et de la possibilité budgétaire de chaque établissement. En outre, même lorsque les femmes indigènes parlent l'Espagnol, elles restent considérées comme des citoyennes de seconde zone (Eber et Kovic 2003). Dans les hôpitaux, leur consentement aux procédures médicales n'est pas toujours recueilli, comme l'a illustré le cas de Susana, une jeune femme Tsotsil décédée à la maternité publique de San Cristobal de las Casas en 2013 des suites d'une césarienne et d'une opération de la vésicule biliaire non consenties : son empreinte digitale avait été apposée *post-mortem* au formulaire de consentement, donnant lieu à une campagne nationale de demande de justice (GIRE 2015).

La question des barrières linguistiques que vivent les patientes émerge aussi en France et en Italie, où il existe encore peu d'investissement dans le service d'interprétariat des hôpitaux publics (Pian, Hoyez et Tersigni 2018). Il arrive alors régulièrement que, lors des consultations médicales, les traductions ne soient pas systématiquement garanties et soient effectuées par les accompagnant·e·s ou des femmes de ménage

⁸ Calcul réalisé à partir des données du recensement de la population en 2010, disponible sur le site de l'Institut National de Statistique, Géographie et Informatique (INEGI).

https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/#Datos_abiertos

de l'hôpital qui parlent la langue maternelle des patientes. Les femmes signent alors des formulaires de consentement sans avoir eu accès aux informations médicales.

Une autre facette de la mosaïque de violences vécues par les femmes migrantes ou pauvres est illustrée par les difficultés d'accès aux soins. En Europe, si l'accès aux consultations prénatales est gratuit, la plupart des femmes migrantes vivent dans des quartiers populaires faiblement équipés en structures de soins ou des hôtels sociaux relevant de l'hébergement d'urgence (pour les primo-arrivantes) éloignés des centres de santé. La distance à parcourir et la nécessité d'utiliser les transports publics limitent la liberté de mouvement de ces femmes, et a pour conséquence un faible taux de consultation pendant la grossesse (Grotti *et al.* 2018). C'est ainsi que, paradoxalement, les femmes d'origine subsaharienne qui auraient le plus besoin d'être accompagnées – à cause de la fréquence plus élevée d'accouchements prématurés et de pathologies prénatales (c'est-à-dire pré-éclampsie, diabète gestationnel, hypertension) – sont celles qui reçoivent moins de soins pendant la grossesse (Sauvegrain *et al.* 2017). Malgré la présence de lois qui garantissent l'accès universel à la santé avant, pendant et après l'accouchement, il existe donc un écart significatif entre ces lois et l'inégalité d'accès aux maternités (Virole-Zajde 2016).

Au Mexique et au Guatemala, les femmes des zones rurales vivent souvent à plusieurs heures de voiture de l'hôpital le plus proche. Même si l'accouchement dans les cliniques des capitales municipales est gratuit, le manque de matériel et de médicaments rend difficile la possibilité d'un soin de qualité et le coût du transport est un frein important à l'accès aux soins (Chary et Rohloff 2015). Dans les deux pays, les femmes sont fortement incitées, et parfois contraintes, à accoucher dans les centres de santé et les pratiques des sages-femmes traditionnelles qui accompagnent les accouchements à domicile sont hautement surveillées (El Kotni 2019 ; Garcia 2016). Enfin, dans certains cas au Mexique, en France et en Italie, des femmes migrantes sans-papiers nous ont confié craindre d'être remises à la police si elles accédaient aux services de santé. Ces

situations nourrissent un *continuum* d'injustices structurelles dans lesquelles viennent s'insérer les violences obstétricales.

De la dénonciation des violences à la quête de justice

Aux États-Unis, les féministes noires du Sistersong Collective ont développé le concept de « justice reproductive » (Luna 2020) pour souligner la façon dont les discriminations raciales ou économiques et les violences systémiques ont une incidence sur l'accès aux droits reproductifs des femmes les plus marginalisées – y compris le droit de choisir le lieu et le modèle d'accouchement souhaité. Comme pour la mosaïque de violences, la notion de justice reproductive met donc l'accent sur l'articulation des différents aspects de la vie des femmes qui ont un impact sur leur santé reproductive et leurs expériences d'accouchement. Ce cadre d'analyse a permis de faire émerger le « racisme obstétrical » (Davis 2019) à l'œuvre dans la prise en charge des patientes noires aux États-Unis. Ce phénomène contemporain est la conséquence d'une maltraitance de longue date des femmes noires et indigènes par l'obstétrique et la gynécologie, à travers entre autres : l'utilisation de leur corps dans le développement de la gynécologie occidentale pendant la période coloniale (Owens 2017 ; Roberts 1998) ; les politiques de contraception et de stérilisation forcée des femmes noires dans les Territoires d'Outre-Mer (Paris 2017) et des femmes autochtones au Canada (Stote 2015). Nos recherches montrent à quel point un certain nombre de stéréotypes racialisants jouent un rôle dans les modèles d'accouchement proposés ou refusés aux femmes indigènes et aux femmes migrantes (par exemple, l'accouchement à domicile et l'accouchement « naturel »), pour lesquelles ce qui constitue des pratiques de maltraitance ne coïncide pas toujours avec la définition des violences obstétricales.

En Europe, certaines des femmes migrantes que nous avons rencontrées ont perçu comme violentes des formes d'accompagnement à l'accouchement que les militantes pro-

accouchement « naturel »⁹ (Quagliariello 2017) interprètent, au contraire, comme des exemples de bienveillance de la part des professionnel·le·s. Alors que de nombreuses femmes en France comme en Italie remettent en cause l'hyper-technologisation de l'accouchement¹⁰, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France et en Italie peuvent interpréter la possibilité d'accoucher uniquement avec des sages-femmes, sans gynécologue ni pédiatre, dans un environnement dé-technicisé où l'on demande aux femmes de ne pas rester allongées, mais d'accoucher dans d'autres positions (par exemple, accroupies par terre), comme un « retour en arrière » (accoucher autrement que ce qui se fait dans un parcours hospitalier standard) ou encore comme une forme de discrimination due à leur condition d'étrangères (Quagliariello 2019). Pourtant, malgré les formes de résistance manifestées par ces femmes face à un modèle de soins qui ne correspond pas à leurs attentes hospitalières en Europe, la proposition de les faire accoucher selon ce modèle perdure. Ces attitudes montrent à quel point cette tendance, qui considère que les corps noirs sont plus proches de la nature, découle d'une perception racialisante des femmes originaires d'Afrique subsaharienne comme étant davantage capables d'enfanter sans technologie ni intervention médicale (Davis 2019 ; Quagliariello 2019 ; Sauvegrain 2012).

Dans d'autres régions du monde, le choix d'accoucher hors de l'institution hospitalière est toléré pour les femmes des classes moyennes et aisées, tandis qu'il est empêché pour les

⁹ Ce modèle d'accouchement, basé sur la figure de la sage-femme, l'absence des technologies obstétricales et la possibilité d'accoucher autrement que dans la position allongée sur le lit gynécologique, s'affirme en Europe dans la décennie 1970-1980 (Quagliariello 2017). Son objectif principal est de limiter la médicalisation croissante de l'accouchement au sein des services de maternité. Il connaît aujourd'hui un nouvel engouement pour faire face aux violences obstétricales.

¹⁰ En France, le débat autour des violences obstétricales de 2017 s'est focalisé autour de l'épisiotomie, une incision du périnée pratiquée durant la phase d'expulsion pour éviter les déchirures, et considérée comme non nécessaire par l'Organisation mondiale de la santé (OMS 1996). En Italie, la même année, la presse nationale a consacré des dizaines d'articles aux violences obstétricales, en particulier les épisiotomies et césariennes non nécessaires.

femmes indigènes pour lesquelles cela représente pourtant une pratique culturelle de longue date (Vega 2018). Ainsi, au Mexique, les femmes qui arrivent dans les hôpitaux et qui ont été suivies par des sages-femmes traditionnelles au cours de leur grossesse ou en début de travail sont rabrouées par le personnel médical (El Kotni 2019). Leur choix d'être suivies par une sage-femme traditionnelle est dénigré alors qu'il résulte souvent d'une préférence culturelle et d'une décision informée. Elles sont ainsi exposées aux remarques du personnel médical qui relèvent parfois de la maltraitance verbale (El Kotni 2018a), alors que leur venue à l'hôpital ne relève pas nécessairement d'un choix puisqu'elle est liée aux obligations des programmes d'aide gouvernementaux ciblant les familles pauvres (El Kotni et Faya Robles 2018).

* *

*

À partir de nos données de recherche recueillies depuis 2009 sur la thématique de la médicalisation de la santé reproductive dans plusieurs pays (France, Italie, Mexique, Guatemala), nous avons interrogé les violences obstétricales au croisement de la classe et de la race. Lorsque les femmes que nous avons rencontrées nous ont partagé leurs expériences d'accouchement, elles n'évoquaient pas toujours les maltraitances et les abus les plus médiatisés. Elles faisaient même référence à des situations loin du récit dominant autour des violences obstétricales, par exemple des situations liées à une perception racialisante des patientes noires comme plus résistantes à la douleur (moindre emploi des technologies obstétricales, proposition d'un accouchement hors du lit gynécologique). Ces récits nous ont poussées à analyser la violence sous-jacente à leur rencontre avec les professionnels·le·s de santé dans le contexte plus large de violences et d'injustices quotidiennes dont elles étaient victimes (racisme, violences économiques).

À partir d'une approche intersectionnelle, nous avons mis en avant l'imbrication des violences obstétricales dans la mosaïque de violences vécue par les femmes – migrantes, pauvres, ou racisées – tout au long de leur vie. Ainsi, le parcours de grossesses et d'accouchement est étroitement lié au statut migratoire, aux barrières structurelles d'accès aux soins (distance avec les hôpitaux, langue parlée différente de celle des médecins), ainsi qu'à des données interpersonnelles telles que les préjugés racialisants du personnel médical. Ce traitement différencié a parfois été une politique d'État, comme dans le cas des stérilisations forcées des femmes noires ou indigènes dans les Amériques et les territoires français ultramarins (Quiroz 2020 ; Paris 2017).

L'expérience multiforme des femmes racisées va donc au-delà de la violation de leurs droits (disparités appliquées aux procédures obstétricales, maltraitements verbales, processus d'information) et fait écho aux pratiques de longue date de discrimination et d'injustice. C'est pourquoi nous rattachons les interventions médicales et les maltraitements spécifiques vécues par les femmes noires et indigènes rencontrées au cours de nos recherches au concept de racisme obstétrical développé par Davis (2019), à l'intersection des violences obstétricales et du racisme médical (Hoberman 2012). Nous proposons ainsi la catégorie d'injustice obstétricale comme un concept pour réfléchir aux situations d'injustice spécifiquement vécues par les femmes marginalisées dans le domaine de la santé reproductive.

Travailler avec l'injustice obstétricale permet alors de porter une plus grande attention à l'histoire de la gynécologie et de l'obstétrique, afin de montrer les continuités entre les violences obstétricales contemporaines et la longue histoire de maltraitance et d'abus que les femmes noires et indigènes ont subi de la part de la médecine hospitalière (Roberts 1998 ; Stote 2015). La catégorie d'injustice obstétricale englobe également les difficultés d'accès aux services de santé pour certaines femmes, le manque de structures de santé dans certaines zones géographiques, l'absence de matériel de soins ou encore les inégalités liées aux barrières linguistiques.

Au-delà de la possibilité de contribuer au débat actuel en prenant en compte la relation entre violences et injustice, la catégorie d'injustice obstétricale pourrait avoir des applications concrètes pour les différentes parties impliquées. Le terme d'injustice obstétricale pourrait ainsi favoriser une attitude plus réflexive de la part des professionnel·le·s de santé sur les mécanismes de domination en jeu dans l'interaction médecin/patiente. Plus spécifiquement, la catégorie d'injustice obstétricale permettrait d'éclairer les différentes natures de la violence dans les rencontres médicales, et de souligner la centralité des facteurs sociaux et raciaux en jeu dans la santé reproductive des femmes. Elle permettrait également aux militant·e·s des droits reproductifs de mieux prendre en compte la variabilité, et la dimension intersectionnelle, des expériences des femmes, et d'inclure une plus grande diversité de voix dans le débat sur les violences obstétricales.

Références

- Bentouhami-Molino Hourya, Guénif-Souilamas Nacira (2017). « Avec Colette Guillaumin : penser les rapports de sexe, race, classe. Les paradoxes de l'analogie ». *Cahiers du Genre* 63 (2) : 205-219.
- Bousquet Danielle, Couraud Geneviève, Collet Margaux (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*, Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Rapport n° 2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.
- Brouze Emilie (2017). « "Il faut arrêter l'omerta" : "Paye ton gynéco" dénonce les violences obstétricales », *Nouvel observateur*, 2 août 2017, consulté le 7 août 2017.
<http://tempsreel.nouvelobs.com/rue89/rue89-nos-vies-connectees/20170801.OBS2842/il-faut-arreter-l-omerta-paye-ton-gyneco-denonce-les-violences-obstetricales.html>
- Campistron Marie (2018). « "Elle en fait des tonnes !" : à l'hôpital, le cliché raciste du "syndrome méditerranéen" », *Nouvel observateur*, 24 mai 2018, consulté le 8 mai 2021.

<https://www.nouvelobs.com/sante/20180524.OBS7155/elle-en-fait-des-tonnes-a-l-hopital-le-cliche-raciste-du-syndrome-mediterraneen.html>

- Cascales Béatrice, Négrié Laëtita (2016). *L'accouchement est politique. Fécondité, femmes en travail et institutions*. Paris, L'Instant présent.
- Chadwick Rachele (2017). « Ambiguous Subjects: Obstetric Violence, Assemblage and South African Birth Narratives ». *Feminism and Psychology*, online : 1-21.
- Chary Anita, Rohloff Peter (2015). « Introduction ». In Chary Anita, Rohloff Peter (eds.), *Privatization and the New Medical Pluralism: Shifting Healthcare Landscapes in Maya Guatemala*. Lanham, Lexington Books : xiii-xxxi.
- Chattopadhyay Sreeparna, Mishra Arima, Jacob Suraj (2018). « “Safe”, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India », *Culture, Health & Sexuality*, 20 (7) : 815-829.
- Collins Patricia Hill (1986). « Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought », *Social Problems*, 33 : 514-532.
- Crenshaw Kimberlé Williams (2005). « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color ». *Cahiers du Genre*, 39 : 51-82.
- Davis Dána-Ain (2019). « Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing ». *Medical Anthropology*, 38 (7) : 560-573.
- Diaz-Tello Farah (2016). « Invisible Wounds: Obstetric Violence in The United States », *Reproductive Health Matters*, 24 (47) : 56-64.
- Diniz Simone G. et Chacham Alessandra S. (2004). « “The Cut Above” and “the Cut Below” : The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil ». *Reproductive Health Matters*, 12 (23) : 100-110.
- Eber Christine, Kovic Christine (2003). *Women of Chiapas: Making History in Times of Struggle and Hope*. Londres, Routledge.
- Edmonds Joyce K., Hawkins Summer Sherburne, Cohen Bruce B. (2016). « Variation in Vaginal Birth after Cesarean by Maternal Race and Detailed Ethnicity ». *Maternal and child health journal*, 20 (6) : 1114-1123.
- El Kotni Mounia (2018a). « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique ». *Autrepart*, 85 (2) : 39-55.

- El Kotni Mounia (2018b). « Between Cut and Consent: Indigenous Women's Experiences of Obstetric Violence in Mexico ». *American Indian Culture and Research Journal*, 42 (4) : 21-41.
- El Kotni Mounia (2019). « Regulating Traditional Mexican Midwifery: Practices of Control, Strategies of Resistance ». *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 38 (2) : 137-151.
- El Kotni Mounia et Faya Robles Alfonsina (2018). « Politiques de santé materno-infantile au Brésil et au Mexique ». *Cahiers des Amériques latines*, 88-89 : 61-78.
- Falquet Jules (2020). *Imbrication. Femmes, race et classe dans les mouvements sociaux*. Vulaines sur Seine, Editions du Croquant.
- Fassin Didier (2001). « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun ». In Dozon J.-P., et Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*. Paris, Balland : 181-208.
- Freyermuth María Graciela, Muñoz José Alberto, Ochoa María del Pilar (2017). « From Therapeutic to Elective Cesarean Deliveries : Factors Associated with the Increase in Cesarean Deliveries in Chiapas ». *International Journal of Equity in Health*, 16 (88) : 1-15.
- Garcia, Anaïs (2016). « Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala ». *Cahiers du Genre*, 60 : 39-60.
- Grotti Vanessa et al. (2018). « Shifting Vulnerabilities : Gender and Reproductive Care on the Migrant Trail to Europe ». *Comparative Migration Studies*, 6 (23) : 1-18.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. Mexico : GIRE.
- Guillaumin Colette (1972), *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*. La Haye, Mouton & co.
- Hoberman John (2012). *Black and Blue: The Origins and Consequences of Medical Racism*. Berkeley, University of California Press.
- Improving Birth (2014). *Caught on Video: Improving Birth Breaks the Silence on Abuse of Women in Maternity Care*, <https://improvingbirth.org/2014/08/vid/> , 28 août 2014, consulté le 9 mars 2021.
- Lahaye Marie-Hélène (2018). *Accouchement - Les femmes méritent mieux*. Paris, Michalon.

- Luna Zakiya (2020). *Reproductive Rights as Human Rights. Women of Color and the Fight for Reproductive Justice*. New York, New York University Press.
- Malkii Lisa (1996). « Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization ». *Cultural Anthropology*, 11 (3) : 377-404.
- Montilla Pilar, Merzagora Francesca, Scolaro Elisa, Requejo Jennifer, Ricciardi Walter, Meli Elena, Bazzi Adriana, Vittori Giorgio, Bustreo Flavia, Boldi Rosanna, Rizzoti Maria, Merialdi Mario et Betran Ana Pilar (2020). « Lessons from a Multidisciplinary Partnership Involving Women Parliamentarians to Address the Overuse of Caesarean Section in Italy ». *BMJ Global Health*, 5 (2) : p. e002025.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Genève, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. Genève, OMS.
- OVO Italia, (2016). #Bastatacere, <https://ovoitalia.wordpress.com/bastatacere/> 18 avril 2016, consulté le 9 mars 2021.
- Owens Deirdre Cooper (2017). *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens, GA, University of Georgia Press.
- Paris Myriam (2017). « Un féminisme anticolonial: l'Union des femmes de La Réunion (1946-1981) ». *Mouvements* 91 (3) : 141-149.
- Pian Anaïk, Hoyez Anne-Cécile, Tersigni Simona (2018). « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants ». *Revue européenne des migrations internationales*, 34 (2 et 3) : 55-78.
- Poncet Lorraine, Panjo Henri, Andro Armelle, Ringa Virginie (2020), « Caesarean delivery in a migration context: the role of prior delivery in the host country ». *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28, 1 (En ligne).
- Prud'homme Dorothée (2016). « Du "soin global" au traitement discriminatoire. La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien ». *Terrains & travaux*, 29 (2) : 85-104.

- Quagliariello Chiara (2017). « L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? Une étude de cas en Italie ». *Anthropologie & Santé*, 15 (En ligne),
- Quagliariello Chiara (2018). « Continuum de violence et agentivité dans la migration féminine du Nigeria vers l'Europe ». *Autrepart*, 85 (1) : 57-74.
- Quagliariello Chiara (2019). « Birth Models in And Between Italy and Senegal: A Cross-Cultural Inquiry on the Risks Related to Childbirth and Birth Technologies ». *Health, Risk & Society*, 21 (3-4) : 207-225.
- Quagliariello Chiara, Topçu Sezin (2021). « La péridurale, un non-choix ? Ethnographie des formes de résistance à une innovation "miracle" ». *Anthropologie et Santé*, 23 (En ligne).
- Quiroz Lissell (2020). « La maternité au croisement des oppressions ». *Revue d'histoire*, 146 (2) : 69-80.
- Roberts Dorothy (1998). *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*, 64864th edition. New York, Vintage.
- Sauvegrain Priscille (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.
- Sauvegrain Priscille *et al.* (2017). « Exploring the Hypothesis of Differential Care for African Immigrant and Native Women in France with Hypertensive Disorders during Pregnancy: A Qualitative Study », *BJOG*, 124 (12) : 1858-1865.
- Speed Shannon (2014). « A Dreadful Mosaic : Rethinking Gender Violence through the Lives of Indigenous Women Migrants ». In *Working Paper #304 Anthropological Approaches to Gender-based Violence and Human Rights*. East Lansing, MI, Center for Gender in Global Context : 78-94.
- Stote Karen (2015). *An Act of Genocide-Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*. Black Point, Nova Scotia ; Winnipeg, Manitoba, Fernwood Publishing.
- Vega Rosalynn A. (2018). *No Alternative Childbirth, Citizenship, and Indigenous Culture in Mexico*. Austin, University of Texas Press.
- Virole-Zajde Louise, 2016, « Devenir mère, devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France », *Genre, sexualité & société*, 16 (En ligne).