



HAL
open science

La mobilité : sésame d'un accouchement sur mesure pour les élites économiques ?

Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet, Paula Cristofalo, Maud Gelly

► To cite this version:

Anne-Cécile Hoyez, Clelia Gasquet, Paula Cristofalo, Maud Gelly. La mobilité : sésame d'un accouchement sur mesure pour les élites économiques ?. Revue francophone sur la santé et les territoires, 2023, 10.4000/rfst.1818 . halshs-04380222

HAL Id: halshs-04380222

<https://shs.hal.science/halshs-04380222v1>

Submitted on 10 Jan 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License



Revue francophone sur la santé et les territoires

Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement | 2023

La mobilité : sésame d'un accouchement sur mesure pour les élites économiques ?

Anne-Cécile Hoyez, Clélia Gasquet-Blanchard, Paula Cristofalo et Maud Gelly



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rfst/1818>

DOI : 10.4000/rfst.1818

ISSN : 2492-3672

Traduction(s) :

In search of the ideal maternity: Mobility, key to childbirth dreamed of by economic elites? - URL : <https://journals.openedition.org/rfst/1830> [en]

Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Ce document vous est offert par Université Rennes 2



Référence électronique

Anne-Cécile Hoyez, Clélia Gasquet-Blanchard, Paula Cristofalo et Maud Gelly, « La mobilité : sésame d'un accouchement sur mesure pour les élites économiques ? », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement, mis en ligne le 29 août 2023, consulté le 08 janvier 2024. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/1818> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.1818>

Ce document a été généré automatiquement le 29 septembre 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

La mobilité : sésame d'un accouchement sur mesure pour les élites économiques ?

Anne-Cécile Hoyez, Clélia Gasquet-Blanchard, Paula Cristofalo et Maud Gelly

Introduction

- 1 Les travaux récents sur la différenciation sociale des soins en périnatalité (Sauvegrain & al., 2022) explorent souvent la question des rapports sociaux de domination, sous l'angle de la racialisation. Peu de travaux ont appréhendé cette question en explorant les rapports des professionnel·les de santé aux classes supérieures. Nous avons récemment traité cette question d'un point de vue sociologique (Cristofalo & al., 2019 ; Gelly & al., 2021). Nous souhaitons ici aborder cette thématique du point de vue de la géographie sociale critique. Cette approche vise à alimenter les recherches et la discussion sur les inégalités sociales de santé qui mettent peu en lumière les liens entre les pratiques sociales, culturelles, résidentielles et matrimoniales des différentes classes sociales pour en montrer les spécificités, mais aussi les similitudes. Cet éclairage s'opère en étudiant le rapport à la mobilité de femmes détentrices d'un capital économique conséquent qui, une fois mobilisé, a des incidences sur les dynamiques sociales et spatiales à l'œuvre dans les lieux de soins.
- 2 Cet article porte sur les rapports à l'accouchement de femmes issues des élites¹ internationalement mobiles et accouchant dans une maternité privée en France. L'analyse conduite s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche sur les trajectoires et rapports sociaux en périnatalité (voir infra) et ouvre à des réflexions sur les mobilités, les circulations et les migrations dans le champ de la santé. Alors que nous travaillons habituellement auprès de personnes « en migration » pour des raisons économiques (recherche de travail ou de meilleures conditions de vie) et/ou politiques (persécutions, violences), cette enquête nous confronte à des femmes issues tant de la bourgeoisie

française que des élites internationales, plutôt « mobiles » que « migrantes ». Ces femmes présentent un profil de mobilité spécifique, dans la mesure où leurs mobilités résultent non pas de contraintes économiques ou politiques, mais de choix professionnels ou résidentiels (Wagner, 2005).

- 3 Dès lors, après avoir présenté notre cadre théorique puis le terrain et les méthodes, nous proposons ici une discussion sur les registres de mobilité, de circulation et de migration de ces femmes dans le continuum spatial qu'elles pratiquent pour saisir tant les migrations internationales professionnelles que domestiques. La mobilité apparaît comme un moyen pour accéder à des maternités, érigées en lieux spécifiques, qui offrent un service « sur mesure », adapté aux modes de vie des familles et aux attentes sociales des proches.
- 4 Ensuite, nous investiguons les rapports sociaux qui structurent les relations entre ces femmes et les professionnel·les de santé dans le contexte de la grossesse.
- 5 In fine, nous cherchons à montrer comment la grossesse et l'accouchement, pour ces femmes et les professionnel·les qu'elles rencontrent, reconfigurent des agencements spatiaux et temporels spécifiques, en délimitant leurs espaces de circulation transnationale, orientant le choix de l'établissement dans lequel elles accouchent et normant leur corporéité. Comment, dans l'étape particulière de la vie que représente la grossesse et l'accouchement, cette géographie se construit et fait sens pour ces femmes ?

Qualifier les pratiques spatiales chez les élites ?

- 6 Nous nous intéressons aux rapports sociaux qui structurent les relations entre patientes et professionnel·les de santé, entre des femmes issues des élites mobiles internationales (et leurs proches) et des professionnel·les de santé qui s'intéressent à la « captation de clientèle migratoire accompagnant la réalisation de carrières professionnelles » (Clément & al., 2019).
- 7 Aussi, à la croisée entre circulations transnationales (des individus, des pratiques et des savoirs) et trajectoires migratoires des femmes et de leurs familles, cette partie propose une discussion sur les termes et concepts à mobiliser pour qualifier et comprendre les mobilités de ces femmes, et inscrit l'analyse des circulations des élites dans des pratiques décrites dans la littérature scientifique allant du transnationalisme aux *lifestyle migrations*, en passant par le tourisme médical et le « capitalisme sanitaire » (Batifoulier, 2015).
- 8 Pouvant être lues comme des mobilités transnationales, les trajectoires des femmes rencontrées donnent à voir des « *pratiques de circulation, formes d'appartenance et champs relationnels dépassant les frontières nationales, modes de vie ancrés dans deux pays voire dans un espace complexe d'une communauté dispersée qui ne peut être contenue et réduite aux Etats-Nations d'origine et d'installation* » (Schmoll, 2021). Dès lors, parce que ces mobilités sont possibles pour nos enquêtées, elles nous permettent aussi d'envisager la circulation des individus à l'aune des organisations collectives, notamment autour de la famille (Razy & Baby-Collin, 2011). Sur notre terrain, ces circulations transnationales visent la recherche de soins et de lieux jugés mieux ajustés au bien-être des femmes et de leur entourage (loin d'un modèle « push and pull » de circulations transnationales résultant de contraintes économiques ou politiques).

- 9 En cela, ces mobilités font écho aux travaux sur les « *lifestyle migrations* » (Benson & O'Reilly, 2009), qui décrivent et analysent les mobilités spatiales d'individus aisés, toutes catégories d'âge confondues, qui se déplacent à court, moyen, long terme dans différents lieux qui font sens parce qu'ils représentent potentiellement l'accès à une meilleure qualité de vie². Par extension, les travaux sur les *lifestyle migrations* interrogent les « *geographies of meaning* » (Benson & O'Reilly, 2009). De plus, le prisme des *lifestyle migrations* nous permet, via son assise théorique, d'interroger une certaine « *pursuit of the individual good life* » décrite par Z. Bauman (1998) et l'hypothèse de Giddens (1991) d'une réflexivité accrue des personnes sur leur choix dans le cadre de la société de consommation.
- 10 Pour autant, si ces circulations transnationales semblent s'inscrire dans un mouvement de globalisation de l'accès aux soins dans le monde néolibéral³, le concept de tourisme médical, souvent mobilisé pour décrire les mobilités ciblées autour de la santé et des soins, apparaît impropre à caractériser les mobilités des femmes que nous avons rencontrées, et ne suffit pas à expliquer la complexité des situations qui se sont présentées à nous. Dans la critique qu'elle fait de la notion, Virginie Chasles (2011) a montré que les patientes se distinguent, « *outré leur origine géographique (...), par leur classe sociale. Ceux qui appartiennent à des classes sociales aisées recherchent des soins de qualité et n'hésitent pas à parcourir de longues distances* ». Les raisons de ces mobilités sont multiples : faible coût, liste d'attente, mais surtout qualité des soins (Le Borgne, 2007). Les mobilités et circulations transnationales des femmes que nous avons rencontrées ne coïncident pas avec la fréquentation et l'utilisation d'infrastructures et aménités touristiques (hôtels par exemple) ; elles se déploient principalement autour des liens et ressources intra-familiales (multi-résidences, habitudes de visites) et des motifs professionnels (des femmes, de leurs conjoints, de leurs familles). En effet, comme nous le reverrons plus loin, les choix des maternités par les femmes et les familles, fonctionne « *en articulation avec de puissants ancrages résidentiels et urbains* » (Wagner, 2017). Par ailleurs, du côté des professionnel·les, ces femmes ne sont pas perçues comme des « touristes médicales » mais plutôt comme des patientes de l'élite dont la présence participe à justifier et financer offre médicale spécifique.
- 11 Dès lors, ces mobilités sont plutôt à étudier à l'aune des « mobilités thérapeutiques » même si, dans sa forme physiologique, la grossesse n'est pas une maladie. En effet, pour ces élites internationales, la grossesse est surinvestie d'un point de vue médical. Ces mobilités vers une maternité dans un pays étranger font écho aux travaux de Pian (2016) et de Kaspar, Walton-Roberts et Bochaton (2019) car elles s'inscrivent bien dans un espace social multi-scalaire (transnational, national, local) dans lequel un ensemble d'acteurs se structurent, de façon formelle ou informelle, autour du soin, et dans lequel les informations sur le soin, les lieux de soin, les lieux de vie circulent et se renouvellent activement.
- 12 Pour qualifier et comprendre les mobilités de ces élites, nous prêtons donc attention aux pratiques sociales qui se jouent dans les lieux de soins (les maternités), et entre ces lieux et les lieux de vie des femmes (résidence principale, résidences secondaires ou familiales). C'est la combinaison entre ces processus sociaux et spatiaux qui guident les choix des femmes pour « élire » leur lieu d'accouchement. Le processus de sélection du lieu d'accouchement est ici complexe car, d'une part, ces choix s'accompagnent de mobilités de longue distance, inscrites dans le fonctionnement routinier des élites transnationales (Wagner, 2005), et, d'autre part, l'investissement important de la

mobilité pour cette classe sociale nous renseigne sur l'aisance à se déplacer vers et entre une multiplicité de lieux, que ce soit pour ces femmes ou pour leurs familles.

- 13 L'analyse des mobilités des élites, à travers une offre internationale de soins périnataux, permet d'analyser les rapports de classe et de domination dans le champ de la santé, ainsi que le rapport des élites économiques à l'Etat à l'organisation du système de santé (public et privé), éclairant les logiques et processus du capitalisme sanitaire dans sa forme néolibérale. Le capitalisme sanitaire est marqué par une évolution des systèmes de santé dans la mondialisation des économies néolibérales, dans lesquelles l'orthodoxie économique permet l'ouverture de nouveaux débouchés dans des secteurs d'intérêt collectif comme la santé : « *le capitalisme néolibéral se développe vers des secteurs qui ne s'inscrivent pas spontanément dans la logique du capitalisme comme la santé* » (Batifoulier, 2015). Il s'agit notamment de trouver des façons de tirer des profits du secteur de la santé peu ou pas couvert par les États (assurances santé, privatisation de la santé et développement d'une médecine à orienter vers les voies libérales, l'industrialisation des produits de santé, l'investissement et la financiarisation de nouveaux secteurs du soin). Le corollaire du capitalisme dans sa forme néolibérale, c'est l'épreuve financière qui va peser sur les patient·es des classes dominées.
- 14 Avant de présenter et discuter le terrain, la méthode et les résultats de l'enquête de terrain, il convient de rappeler que ce que nous avons observé dans cette maternité relève de pratiques à l'œuvre dans une frange très réduite numériquement mais très puissante financièrement : les élites internationales. Les résultats présentés ne représentent pas une norme quant aux dynamiques des circulations transnationales autour du soin et de la périnatalité. Ils nous permettent cependant, en explorant les pratiques de ces élites internationales, de compléter les analyses des processus sociaux et spatiaux sous-jacents aux choix effectués par les femmes et les familles dans un système de santé caractérisé par la dualisation de l'offre publique et privée.

Terrain & Méthodes

- 15 Nous analysons dans cet article un seul des terrains (le terrain « pionnier ») du programme TRASOPER, qui s'avère, pour les chercheuses du projet, être le plus original. Celui-ci nous permet de renouveler nos questionnements théoriques et épistémologiques.
- 16 Le projet TRASOPER (« Trajectoires et rapports sociaux en périnatalité »), financé par la MSHB/Université Rennes 2/EHESP est un projet associant sociologues et géographes citriques de la santé. Il vise à prolonger les recherches sur la différenciation sociale des soins interrogeant comment l'environnement de vie, la socialisation de genre, de classe, produisent un certain rapport au corps, à la santé, au milieu médical et comment les professionnel·les impliqué·es en périnatalité différencient leurs pratiques selon leurs propres origines et trajectoires sociales. In fine nous cherchons les spécificités des structures de soins investiguées selon leur statut administratif (privé, public, lucratif, non lucratif) et leur inscription dans les territoires (département, ville, quartier).
- 17 Ce projet pluridisciplinaire articule la sociologie des rapports sociaux, l'exploration sociologique et géographique des enjeux de santé. Il vise aussi à explorer ces questions théoriques à la croisée entre géographie et sociologie, en observant ces processus à une

double échelle : celle de l'organisation des services de soins (lieux de soins, salle d'attente, chambre, cabinet, salle d'examen, etc.), et celle plus large (mobilités transnationales des soignant.es, des patient.es) des espaces de sociabilité et d'enjeux sociaux et politiques.

- 18 La méthodologie de l'enquête est de type ethnographique. Les femmes ont été rencontrées dans l'une des maternités investiguées, caractérisée comme suit. Cette petite maternité privée à but non lucratif, non conventionnée, de type 1 (c'est à dire prenant en charge les grossesses physiologiques, non pathologiques), se situe en région parisienne au sein d'un territoire dont le bassin de population correspond à des classes supérieures détentrices d'un fort capital économique. Elle accueille un public de femmes de classes socio-économiques en général élevées et réalise en moyenne 750 accouchements par an. Entre juin 2018 et mai 2019 nous avons réalisé 33 entretiens semi-directifs avec des femmes au cours de l'hospitalisation en service de maternité qui suit ou précède leur accouchement, 12 entretiens avec des obstétricien-nnes, sages-femmes, puéricultrices, psychologue et secrétaire, l'observation de 60 consultations médicales, de 5 *staffs* et réunions de service. Les entretiens ont été retranscrits et anonymisés. Les thèmes investigués dans les entretiens auprès des femmes se centrent sur la trajectoire sociale, l'histoire de la grossesse, l'histoire conjugale et la socialisation médicale. Concernant les entretiens auprès des professionnel·les, ils traitent des parcours professionnels et trajectoires sociales, des modes d'exercices, des types d'emplois et spécificités de l'établissement et de la patientèle, des modalités du travail en équipe au sein du service et des pratiques professionnelles, des rapports aux patientes et à leur entourage. Les notes d'observations sont retranscrites et resituées dans leur contexte puis discutées au sein de l'équipe. L'analyse est ensuite thématique et conduite par un codage par l'ensemble de l'équipe. Le traitement et l'analyse des différents thèmes sont discutés collectivement.
- 19 La maternité dispose d'une quinzaine de chambres, dont plusieurs suites, qui comprennent une entrée, une salle de bain, une chambre et un séjour d'accueil en vue de pouvoir recevoir les proches en préservant l'intimité des patientes. On y entre par un accès sécurisé, après avoir sonné à un interphone.
- 20 Les médecins gynécologues/obstétricien-nnes y ont un exercice libéral, notamment pour l'accouchement des patientes qu'ils et elles suivent au sein de la maternité ou bien dans leur cabinet en ville. Ils et elles bénéficient des locaux de la maternité pour réaliser consultations, accouchements et visites postpartum ainsi que d'une équipe médicale et paramédicale : secrétaire du service, cadre du service (infirmière), puéricultrices et aides-puéricultrices et sages-femmes. Celles-ci sont salariées et ne pratiquent pas d'accouchements. L'équipe est par ailleurs contrainte à des normes vestimentaires en vue de ne pas heurter les patientes (pas de jupes trop courtes, pas de chaussures à talons, pas de décolletés et d'épaules nues, etc.), comme nous l'avons montré dans un précédent article (Gelly & al., 2020).
- 21 Cette maternité a un taux élevé de césarienne (par rapport aux « normes » et à la moyenne de 20% en France) : 52 % en 2017, environ 40 % en 2018. Sur les 33 femmes interviewées : 11 ont accouché par césarienne programmée et 8 ont eu une césarienne en urgence. Si ces éléments n'ont aucune valeur d'échantillonnage, ces données permettent d'explorer les logiques de prescription médicale en matière d'accouchement.

- 22 Les 33 femmes que nous avons rencontrées ont entre 23 et 47 ans. Leurs conjoint·es ont en général deux à cinq ans de plus, et ont entre 25 et 51 ans. Quatorze femmes sont françaises. Parmi elles, deux ont une double nationalité. Treize femmes sont étrangères : américaine, tunisienne, algérienne, marocaine, ivoiro-bénoise, saoudienne, pakistanaise, chinoise, japonaise, russe, espagnole, brésilienne, polonaise. Deux d'entre elles ont un conjoint français. La nationalité des six autres femmes n'est pas mentionnée au cours des entretiens.
- 23 Elles ont fait, en France et/ou à l'étranger, des études de droit, de commerce, de sciences économiques ou de comptabilité, jusqu'à un niveau bac+5 pour la plupart. Leurs parents occupent des professions libérales (médecins, avocats), sont chefs d'entreprise ou cadres dans des entreprises privées. Peu de mères ne travaillent pas.
- 24 Les femmes que nous avons rencontrées occupent des postes d'encadrement (directrice des ressources humaines, cheffe d'entreprise, ingénieures dans des grandes entreprises), exercent des professions libérales (avocate, pharmacienne), et travaillent dans le secteur privé, souvent dans la finance ou le luxe, de même que leurs conjointes. Cinq femmes n'ont jamais travaillé ou ont cessé de travailler avant d'avoir des enfants. Les couples se sont formés pendant les études ou au début de la vie professionnelle, et les conjoint·es travaillent dans la même entreprise pour six d'entre eux.
- 25 Ils résident pour la plupart dans les beaux quartiers de Paris et les communes bourgeoises des Hauts-de-Seine. Ils passent leurs vacances dans des lieux de distinction sociale de la bourgeoisie française également investis par les élites transnationales (La Baule, Biarritz). Leurs lieux de loisirs sont tout autant chargés symboliquement (pratique du golf à Londres - accompagné du regret de ne pouvoir le faire à Paris, ville décrite comme moins « *green and spacious* »), illustrant une logique de « *quest for a better way of life* » (Benson, O'Reilly, 2009) que nous discuterons plus loin. Certains sont expatriés, ou vivent entre deux pays : entre la France et le Japon, l'Arabie Saoudite, l'Israël, l'Algérie, le Tchad.
- 26 Les origines sociales, les capitaux scolaires, les professions et le secteur d'emploi de ces femmes ainsi que ceux de leurs conjoint·es, de même que leurs lieux de résidence et de villégiature, les situent au sein des élites économiques fortement mobiles à l'échelle internationale.

Des choix inscrits dans des espaces-temps complexes.

Rapport au temps et aux lieux des élites internationales: des dispositions au contrôle de toutes les échelles de leur existence

- 27 “*La grossesse comme événement social dans le contexte de la migration [permet] d’interroger comment s’articulent les dimensions spatiales, sociales, administratives et temporelles des trajectoires*” (Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2020), mais aussi familiales. Pour les femmes ici enquêtées, circuler avec un nouveau-né à l'échelle internationale n'apparaît pas comme une contrainte, puisque cette échelle de circulation fait partie des pratiques ordinaires de cette catégorie sociale. Si l'organisation logistique est possible, circuler avec un nouveau-né ne sera donc pas un frein à la mobilité.

“On s’est mariés jeunes. L’année dernière [...] Civilement en France et religieusement [à Tel-Aviv]. (...) Mes beaux-parents habitent là-bas. Ma mère habite ici. Mais elle fait des allers-retours assez régulièrement. Il y a toujours de la famille. Je suis très attachée à la France. Je reviens très régulièrement. Une fois tous les mois et demi, deux mois. Avec un bébé, je ne sais pas comment ça va se passer, mais bon, si je peux le faire, on le fera”.
(Femme israélienne de 24 ans, vit entre Israël et la France)

- 28 Cette capacité à la circulation transnationale permet que les femmes élèvent leurs enfants dans une vision transnationale de l’espace-monde propre à leur famille, qui est le produit de pratiques de classe. Ces logiques sont cohérentes avec le paradigme des *lifestyle mobilities*, qui permet une compréhension plus large de la fluidité croissante entre les voyages, les loisirs et la migration, pouvant aussi rendre cette mobilité enviable par mimétisme au sein d’autres classes sociales, car encouragée et valorisée chez les élites internationales. Les pratiques observées relèvent plus d’un style de vie que d’un tourisme médical appliqué à la périnatalité, dans la mesure où la consommation de services à l’échelle internationale, ne concerne pas que la santé, mais tous les aspects de l’existence. Par exemple, la stratégie d’une femme tunisienne rappelle bien les aspects très communs des mobilités transnationales dans les familles riches. En effet, sa fille aînée part aux Etats-Unis pour faire des études de médecine, et la scolarisation de ses autres enfants se fait dans une école prestigieuse d’Ile-de-France. Pour cela elle renonce à vivre avec son conjoint et habite dans les Hauts de Seine, dans un appartement payé par son beau-père. Le père se rend en France quand il le peut, et la famille le rejoint l’été en Tunisie.
- 29 Les contraintes imposées par les Etats, notamment à travers le contrôle migratoire, n’ont qu’un très faible impact sur la circulation de ces femmes. On constate en effet dans les discours une mise à distance des enjeux administratifs, notamment autour de la nationalité française, parfois déjà acquise ou bien parce que la nationalité d’origine ne se pose pas comme un obstacle à la circulation internationale. Nonobstant l’obtention de papiers (droits au séjour, couverture maladie), les enjeux administratifs d’un accouchement en France (facilitant à terme l’obtention de la nationalité française) n’entrent pas en ligne de compte : les couples affichent peu d’intérêt pour l’idée selon laquelle la nationalité française serait un atout dans la vie de leur enfant. Autrement dit, la nationalité de leur pays associée à un capital économique suffit à positionner leur enfant en haut de l’échelle sociale. Dans le cadre de cette enquête, les seules personnes pour qui les aspects administratifs ont pu poser problème sont deux femmes américaines vivant en couple qui, en raison de l’absence du terme de co-parent dans le formulaire de déclaration à l’état civil, craignent de ne pouvoir déclarer deux mères comme détentrices de l’autorité parentale. Pour d’autres, échapper à certaines lois nationales sur l’âge limite pour la procréation médicalement assistée constitue un facteur de mobilité. Ce fut le cas par exemple pour un couple japonais que nous rencontrons et qui choisit de se rendre dans une clinique en Espagne pour réaliser une fécondation in vitro, puis de venir réaliser son suivi de grossesse en France pour y accoucher.

Des logiques de consommation de biens de santé ancrées dans l'espace social familial transnational : à la recherche du « meilleur » système de santé ?

- 30 Bien que le système de santé français souffre d'une crise sans précédent, il reste représenté au moment de l'enquête, en 2018, comme l'un des meilleurs systèmes pour ces élites internationales. Cette représentation se nourrit de témoignage de proches, et plus généralement de discours, notamment alimentés par les sites internet des maternités privées et de leur service de communication. Car, comme nous l'avons souligné plus haut, la connaissance du système de santé français par les enquêtées se limite à l'expérience de cette clinique privée, financée de leur propre poche par les familles ou par un système assurantiel privé. Cette représentation positive du système de santé français participe à l'attrait de cette maternité. Nous remarquons dans notre corpus une représentation positive des élites transnationales sur le système de santé français. La grande qualité perçue suscite des mobilités :

« Je savais déjà qu'étant américaine évidemment la santé en France... Je pense que si on demande aux Français, ils vont peut-être se plaindre que c'est de pire en pire, mais en tant qu'américaine franchement je trouve le système incroyable. »

(Femme américaine, 31 ans, cadre en relations publiques d'un grand groupe)

- 31 La vision très positive de système de santé française, cela chez des femmes rencontrées de différentes nationalités, participent dans leurs interrelations à la description d'un système perçu comme « meilleur » qua dans leur pays d'origine ne permettant pas de doute sur le lieu de leur accouchement.
- 32 Nous pouvons identifier dans les pratiques de ces élites des formes de consommation spécifiques au champ de la santé :
- Valorisant le système de santé français pour son organisation par les institutions d'Etat (Sécurité sociale, hospitalisation publique), mais valorisant surtout les institutions privées de ce système, qui permettent un confort et une prise en charge médicale jugée mieux ajustée que l'offre publique ;
 - Valorisant la formation médicale en France par rapport à celle du pays d'origine, où le système de santé est jugé moins performant et entravant la pratique des professionnelles, notamment les médecins difficilement incriminables.
- 33 Le choix de la maternité s'inscrit dans celui d'un système de santé décrit comme « incroyable », dans un pays à la politique nataliste, impliquant une prise en charge des questions périnatales jugée meilleure qu'ailleurs par les enquêtées et leur famille, au terme d'une comparaison de différents systèmes nationaux de santé et de prise en charge de la naissance. Il apparaît également comme une pratique distinctive prenant, dans deux cas de notre corpus, la forme d'un « cadeau » des parents, ou d'un mari à sa femme méritant le « meilleur », pour elle et leur enfant à naître.
- 34 Mais c'est aussi le réseau familial intergénérationnel qui apparaît comme un puissant facteur de mobilité. On choisit cet hôpital car toute sa famille y a son suivi médical comme c'est le cas d'une femme algérienne de 26 ans pour qui, en matière de santé, elle

fait « *confiance à la France (...) c'est le pays de référence côté médecine* ». Elle ajoute que « *sa mère également est satisfaite* », signifiant qu'il s'agit d'un choix familial transgénérationnel valide. Elle souligne par ailleurs que, sans pour autant remettre en cause la médecine de son pays, elle préfère un suivi en France car elle peut se le permettre. En effet, elle a réalisé tout son suivi dans cette maternité française grâce à des allers-retours réguliers entre l'Algérie et la France. À chaque fois elle obtient des rendez-vous rapides, la disponibilité des équipes visant à faciliter la circulation de la patientèle en prenant en considération ses contraintes organisationnelles. Elle explique pouvoir bénéficier des techniques médicales développées au sein de cet hôpital.

- 35 Outre sa santé, ses choix universitaires ont été orientés de manière internationale (« J'ai fait plein de villes différentes. Paris. Avant, à Nancy et avant à Rabat au Maroc. ») et s'inscrivent dans une logique similaire à ceux effectués pour son suivi de grossesse conseillé par des collègues de son père :

« Je n'ai jamais été hospitalisée et j'ai voulu avoir quelque chose où je me sente un peu à l'aise. Mon père m'a conseillé (ici) parce qu'il avait des collègues qui s'étaient fait soigner ici. C'est pour ça que j'ai fait ce choix. »

(Femme algérienne, 26 ans)

- 36 La mobilisation de l'entre-soi se réalise de manière intergénérationnelle et transnationale, via la mobilisation des milieux professionnels élargis de grandes entreprises implantées dans plusieurs pays, en vue d'accéder au système de santé considéré comme le plus performant. Un entretien avec une femme pakistanaise, arrivée en France en mai 2018 et enceinte de son troisième enfant, illustre également les stratégies distinctives de long terme et l'entretien du capital social des élites. Elle se dit très satisfaite de son suivi de grossesse en France et en parle comme d'une bonne expérience (au regard de sa première grossesse au Pakistan). Son mari travaille pour une grande entreprise française. La famille est installée dans un vaste appartement des Hauts de Seine. Les enfants sont scolarisés dans une école internationale. Sur les conseils de ses collègues, c'est son conjoint qui a choisi la maternité de suivi de sa femme.
- 37 Ces stratégies distinctives, visant à l'identification des meilleurs soins, s'inscrivent dans des pratiques d'entre soi appuyées et soutenues par les entreprises internationales dans lesquelles ils et elles travaillent comme cadres supérieures.

Logiques de négociation et de minimisation des risques

- 38 Les femmes enquêtées ont souligné certaines des spécificités obstétricales de la prise en charge française, comparativement à celle proposée dans leur pays d'origine, comme nous l'avons également observé dans l'ANR MIGSAN (Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2020). La comparaison des pratiques nationales par les femmes varie cependant avec leur position de classe. Du point de vue des classes sociales dominantes, la comparaison porte surtout sur les bénéfices de l'individualisation des soins comme gage de soins de meilleure qualité (et ce, même si, cela se joue au détriment de la sécurité des patientes) :

« J'habite à l'étranger. C'est complètement différent là-bas, là où j'habite. On accouche et au bout de 12

heures, on rentre chez soi. Il y a une sécurité qu'on trouve en France, que je n'avais pas dans mon pays. Comme j'ai la double nationalité, c'était plus facile pour moi de venir ici, parce qu'il y avait la famille, il y avait des médecins compétents. J'ai suivi l'avis de mon médecin de venir accoucher (ici). (...) Par exemple, quand je suis arrivée ici, que j'ai eu mes contractions, on m'a prise en charge tout de suite. J'étais dans une chambre toute seule. Après, on m'a mise dans la salle de travail. Je suis restée pendant 10 heures dans la salle de travail avant l'accouchement. Là-bas, c'est une salle avec 15 femmes qui sont là et qui attendent. »
(Femme israélienne, 23 ans, administratrice des ventes dans une société informatique)

- 39 L'exemple décrit par cette femme montre une autre face de la notion de qualité des soins. En effet, cette femme est porteuse d'une pathologie qui augmente les risques de l'accouchement. Selon la classification des maternités en France, elle aurait dû accoucher dans une maternité de type 3. Mais elle a demandé à accoucher dans cette maternité de type 1 et a imposé sa décision à l'équipe médicale, qui a fini par accepter collectivement une prise de risque, justifiée et guidée par une logique de satisfaction de la patiente. Cette prise de risque répond alors à une logique marchande, puisqu'elle représente un compromis entre les attentes de la patiente et les normes médicales, ce compromis impliquant des arrangements du côté des professionnels et nécessitant l'organisation d'un transfert possible en cas de complication.
- 40 Selon la triade « *voice, exit, loyalty* », proposée par Hirschman (1970) pour analyser les rapports entre un public et une institution, nous observons que ces femmes n'ont aucune difficulté à faire valoir leur voix et à changer de soignants, de structures, à trouver et mobiliser d'autres soignants satisfaisant leurs besoins, si elles ne sont pas entendues. En revanche, les soignants semblent ici, dans une logique différente des phénomènes souvent observés dans la prise en charge des classes populaires, faire primer la demande des femmes sur la rationalité médicale. Ce phénomène est beaucoup plus rarement identifié auprès des patientes des classes populaires à qui les normes médicales sont appliquées de façon différentielle selon la valeur sociale attribuée par les soignants à leur patients (Paillet, 2021). Les rapports de dominations propres aux situations de soin sont donc atténués dans la situation ici observée. Du point de vue des femmes que nous avons rencontrées, la négociation avec le corps médical n'apparaît pas comme une prise de risque dans la mesure où elles se représentent le système de santé français comme le meilleur, quelle que soit la structure. Mais leurs choix suivent aussi les conseils de leurs médecins dans leurs pays de résidence, qui leur recommandent parfois de se faire suivre en France, en raison d'une technicité et de compétences médicales permettant une sécurisation de l'accouchement. Cette circulation entre le pays d'origine et la maternité privée française marque les suivis de grossesse :

*« Vous avez eu combien d'échographies ?
Deux, mais ce n'est pas une obligation de les faire. C'est moi qui ai voulu les faire. La sécurité sociale là-bas, ce sont des centres de maladie. C'est gratuit. Ce sont des*

soins qui sont pris en charge, mais c'est très expéditif. J'ai fait le calcul de la clarté nucale, je suis restée 5 minutes dans la pièce. Je me suis dit : c'est pas possible, il n'y a pas tout ! C'est expéditif. Quand on paie, c'est comme partout, les soins privés, c'est cher mais c'est détaillé, ils prennent leur temps. Les soins publics, c'est un peu moins bien. »
(Femme israélienne de 24 ans, vit entre Israël et la France)

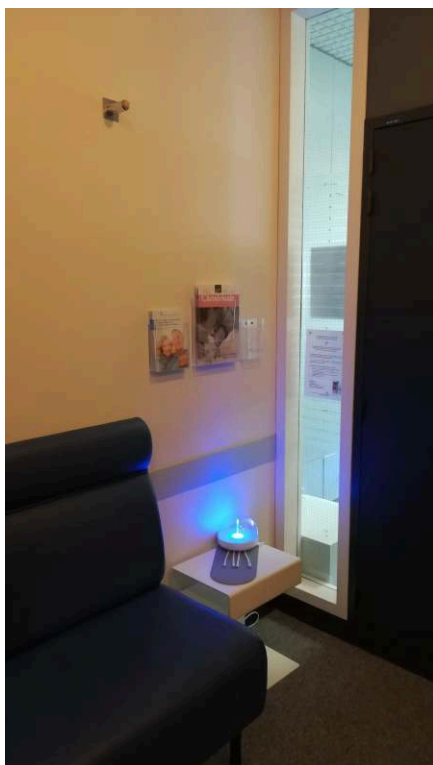
- 41 Cette circulation atteste aussi comme évoqué ci-dessus d'une représentation de la grande qualité du suivi en France, ici « évalué » par la patiente en terme du temps consacré à cette dernière. La recherche d'examen médicaux fiables justifie la mobilité entre les deux pays. La confiance dans le système de santé français autorise ces femmes à estimer la personnalisation comme pouvant être placée au premier plan dans le choix d'une structure où accoucher. Relativement au suivi de grossesse des femmes des élites transnationales, leur capital social à l'échelle internationale permet d'accéder par la mobilité à ce que ces femmes se représentent comme la meilleure offre de soins possible, au prix d'une surconsommation des soins, éventuellement risquée dans le cas de la césarienne. Par ailleurs, ce choix par les élites ne pratiquant que temporairement les lieux, participe à une méconnaissance, ou en tout cas une connaissance partielle, voire partielle collectée par internet et interconnaissance, de l'offre de santé existante sur le territoire national et régional comme local.
- 42 Cette maternité constitue donc un lieu sélectionné suivant des choix raisonnés évoquant deux figures entremêlées chez les femmes issues des élites économiques. Cette articulation mixte la figure de l'entrepreneuse (de son existence) se dirigeant vers une programmation pratique, voire utile, de son accouchement, tout en étant parfois accompagnée par l'entreprise qui l'emploie, elle ou son ou sa conjointe, ou l'un de leurs parents⁴. Cette figure, s'inscrit plus largement dans celle de « l'homoeconomicus néolibéral » dans sa forme anthropologique, sociale, économique et politique, évoqué par Frédéric Lordon lors d'une conférence⁵, qui consomme des biens de santé hi-tech et rares (tests génétiques comme fer de lance de la médecine capitaliste pour procréer le meilleur individu possible): le suivi de grossesse et l'accouchement s'inscrivent alors dans un marché comme les autres, autorisant une consommation dont la qualité revendiquée justifie le coût, comme l'ont montré Cousin et Lambert (2019) dans leur enquête sur les services personnels dédiés aux grandes fortunes. L'offre médicale est ici promue par une novlangue managériale ayant pénétré l'hôpital (Velut, 2020) (par exemple : « premium », « accompagnement global et personnalisé », « parcours sécurisé ») et par un vocabulaire techniciste, moderne et anglicisé (« one day test », « cellule ») réapproprié par les patientes et initialement utilisé par les équipes pour attirer des classes aisées autour d'une culture commune à cette élite internationale, participant à la « premiumisation » des services (Cousin & Lambert, 2019).
- 43 Sur le plan de la santé, les trajectoires de ces femmes révèlent la production de subjectivités genrées par la mobilité transnationale, analysée par Karine Duplan (2023) pour les femmes expatriées dans les pays du Nord. Nous montrons comment, par leurs pratiques spatialisées de santé, ces femmes perpétuent, dès la naissance, un accès aux lieux de l'élite allant de pair avec la reproduction sociale.

L'organisation et l'agencement des lieux pour une prise en charge à destination des élites

Des prestations distinctives marchandes

- 44 La maternité au sein de laquelle nous avons enquêté cultive cette image de luxe participant à la rendre attractive pour les élites transnationales en proposant des soins personnalisés. Dans nos enquêtes, le niveau bas de technicité de la maternité n'est pas apparu comme un problème pour les femmes.
- 45 La structure développe une organisation de l'espace du soin répondant et anticipant les besoins des élites transnationales. Outre l'espace personnel (chambres très soignées et possibilité d'être hospitalisée dans une suite), la maternité favorise le confort et la sensation de connaître les lieux par l'arrangement d'autres espaces et services. Un service de nurserie est mis à disposition des femmes, ainsi que la promotion d'une gamme de produits de luxe bio pour la mère et l'enfant, certifiés au label de la maternité. La communication autour de la structure et l'organisation de l'accès aux différents services sont pensées comme un « hub » : on y accède par différentes « portes » et l'on peut y patienter en toute sérénité (photo 1) et en toute sécurité (photo 2). Le service hôtelier et le service d'étage, ainsi que les repas « préparés par un chef », font partie de cette offre de service évoquant l'« hôtellerie de luxe », avec notamment un service VIP accompagnant les démarches administratives, notamment la contractualisation d'une assurance privée pour les femmes étrangères sans droits ouverts à la sécurité sociale ou encore la contractualisation d'une surcomplémentaire santé pour atténuer les frais de l'accouchement et du séjour à la maternité, ou encore un service voiturier pouvant aller chercher la famille à l'aéroport. L'organisation logistique extérieure aux soins participe à prendre en charge de manière privatisée (assurance, taxi, accueil, etc.) les potentielles contraintes auxquelles ces femmes pourraient être exposées.

Photo 1 : Salle d'attente de consultations



© Marielle Le Rumeur

On peut accrocher son manteau et recharger son iPhone ou sa tablette

Photo 2 : Espace d'attente à l'intérieur de la maternité par laquelle on entre après avoir appelé l'accueil par interphone



© Clélia Gasquet-Blanchard

On peut y patienter en attendant la visite de la maternité ou bien le cours de préparation à la naissance

- 46 L'hôpital a également mis en place des cellules d'interprétariat (par exemple les cellules « chinois », « japonais », « Moyen Orient », « Afrique ») et de médiation culturelle. On observe ici des phénomènes d'organisation et de prise en charge proches de ceux décrit par De Corbière (2008) en Allemagne, où sont développés « *des services de prise en charge du patient allant du transfert entre l'aéroport et l'hôpital au recrutement d'interprètes, en passant par la recherche de logement pour les membres de la famille du patient* ».
- 47 Cette prise en charge hôtelière sécurisée et contrôlée, proposée comme la plus personnalisée possible, attire (et est pensée pour) un public qui cherche, en plus de la qualité des soins, une formule « *all inclusive* », répondant au standing de sa classe sociale et auquel s'adosse une offre de soins ajustée.

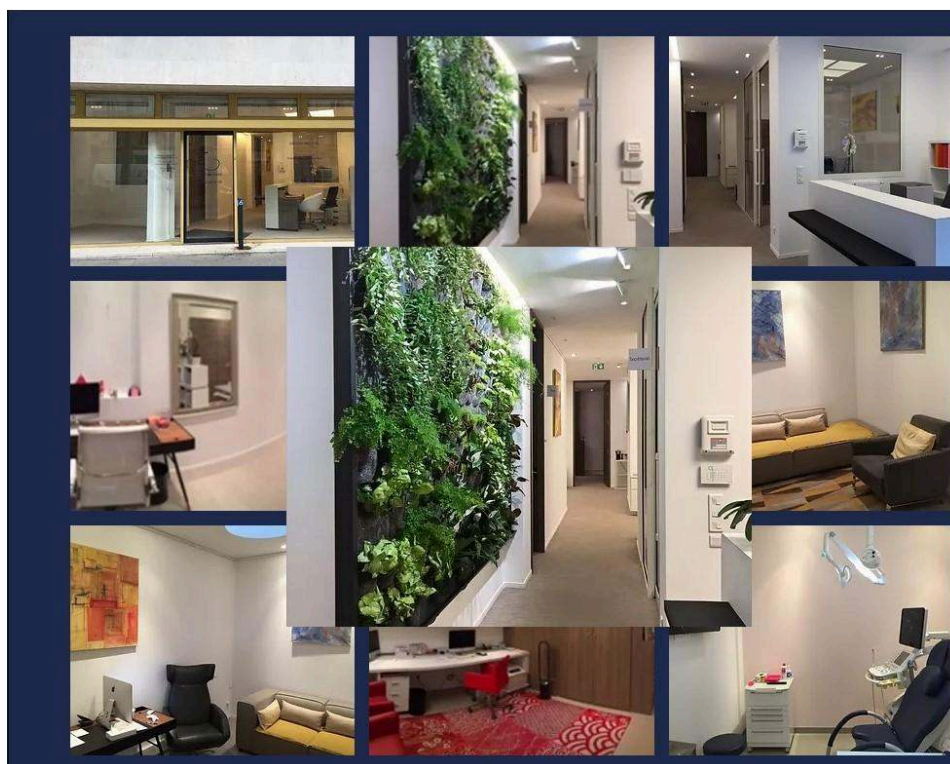
Offre ajustée à des pratiques de classe ou réponse à la demande optimisant le rendement du soin ?

- 48 La « césarienne sur demande » ou « césarienne programmée » s'intègre dans une offre médicale distinctive dans la mesure où elle est ajustée à des pratiques de classe caractérisées par un contrôle strict du corps féminin et du temps, et adaptée à la mobilité des élites transnationales (Gelly & al., 2019). Elle est justifiée et d'ailleurs parfois proposée au sein de l'un des cabinets libéraux dans lequel exerce l'un.e des obstétricien.ne.s de la maternité (photo 4). Cette pratique permet pour les professionnel.le.s et les femmes une gestion « optimisée » du temps (Gelly & al. 2020). Il semble important de souligner que cette pratique, qui n'est pas récente, est produite

par la demande des femmes, sous l'influence des médias et du conformisme social (Gamble & Creedy, 2001), mais aussi par l'offre des professionnel·les de santé, dans la mesure où *“Les obstétriciens participent directement ou indirectement au développement rapide de ces nouvelles tendances. [...] 31 % des femmes gynécologues-accoucheurs de Londres [...] dans le cas d'une grossesse à terme non compliquée, [...] choisiraient la césarienne programmée”* (Al-Mufti. et al., 1997). Intégrée dans le reste de l'hôpital, la maternité est directement reliée aux autres services si besoin : elle est associée à un Centre PMA et s'y adosse un service de diagnostic anténatal. L'hôpital base son offre de check-up selon les temporalités d'agenda de cette élite. Par exemple, le *« One Day Maternity Test »*, offre la possibilité d'une hospitalisation sur une journée en vue de faire tous les examens biologiques et échographiques recommandés au cours de la grossesse, et limiter ainsi les allers-retours entre le pays de résidence et la France. Cette offre est décrite par une gynécologue comme destinée à *« attirer plus »* de patientes et à distinguer cette maternité des *« maternités qui nous concurrencent »* et *« se positionner un peu différemment de l'hôpital public »*, c'est-à-dire selon une logique marchande.

- 49 Les médecins enquêtés acceptent de pratiquer des césariennes sans raison médicale, voire encouragent la pratique de la césarienne dans des situations non conformes aux recommandations médicales nationales.

Photo 3 : Captures d'écran du site internet, de la présentation du cabinet d'un.e des gynécologues exerçant dans cette maternité



Site internet consulté le 6 juin 2022

Dans ce cabinet privé, psychiatre, gynécologue obstétricienne, sage-femme accueillent au cœur du 7^e arrondissement dans cet espace de luxe (avec un mur végétal, un design et une déco épurée) les femmes enceintes qui pour la plupart accoucheront dans la maternité enquêtée. Café et thé haut de gamme sont à disposition dans la salle d'attente, ainsi que les ouvrages des médecins du cabinet.

- 50 Enfin, administrateur·ices et médecins libéraux, s'organisent ensemble comme garantes de l'ordre en marche d'une maternité privée pour les élites internationales :

« Ici, j'ai de la patientèle de l'hôpital, que vous avez dû voir. C'est plutôt une patientèle soit française CSP +, soit étrangère. J'ai peut-être une surreprésentation de patientèle africaine, parce que j'aime bien l'Afrique pour des raisons autres qui sont la photographie. J'ai des liens assez forts en Afrique, (dans tel pays) notamment. Je collabore à l'œuvre de la Première dame, une fondation. Je prête main-forte pour organiser des événements là-bas, on va opérer des patientes. On va dire que j'ai plutôt un tropisme africain francophone. »

(Obstétricien libéral exerçant au sein de la maternité d'enquête depuis 20 ans)

- 51 Les médecins y ont des pratiques de « recrutement » des patientes « multi-échelles » s'inscrivant eux et elles même dans une pratique internationale de la mobilité. Dans un premier temps ils ont un exercice libéral dans les quartiers privilégiés de la capitale, et amènent leur patientèle à accoucher dans cette structure. Certains médecins sont étrangers et sont prisés par les patientes pour leur langue maternelle (notamment l'anglais), ou leur « culture » ; d'autres médecins se rendent régulièrement à l'étranger pour y réaliser des missions de soins et y développer des liens avec l'élite des pays où ils exercent temporairement, et alors y recruter des patientes.

Trouble dans la mobilité ? Articulation entre bien-être et négociations dans les rapports de genre

- 52 Si la recherche du bien-être quel que soit son prix semble rassembler les membres des couples et des familles, elle n'efface pas les rapports de genre : l'issue des arbitrages familiaux et conjugaux quant au choix de la maternité varie avec la position des femmes dans l'emploi.

À la recherche du bien-être : une maternité située au cœur d'un lieu de villégiature

- 53 La présence en France des femmes étrangères que nous avons rencontrées est généralement liée à la poursuite d'études ou à un changement de poste du conjoint, pour « affaire », pour leur mode de vie, voire pour leur sécurité, dans les pays instables géopolitiquement. D'autres se sont installées en France pour leur suivi de grossesse, leur accouchement et les premiers moments de vie de leur enfant. Elles disent circuler entre différents pays et parlent d'attachement à ces lieux.
- 54 Loin de ne viser qu'un soin ponctuel, ces circulations répondent à la recherche du bien-être et de la durabilité de la santé (Williams, 1999), comme l'illustrent par exemple les check-up proposés aux cadres des grandes entreprises ayant contractualisé ce type de prise en charge avec la structure. Il semble que l'on retrouve ici les traces d'un tourisme médical de confort tel que décrit par Menvielle et Menvielle (2010) : les élites

recherchent des lieux de bien-être qui rappellent les lieux de villégiature, bénéfiques à la santé, permettant de « profiter du climat tempéré français » en été (lorsque l'on vient d'un pays au climat plutôt désertique et chaud concernant l'entretien ci-dessous), ou de profiter de la « tranquillité » parisienne (à distance de sa famille élargie notamment), ou encore de profiter de la ville décrite comme paysage thérapeutique au sens de Gesler (1992) pour se promener au bois de Vincennes par exemple :

« Pourquoi vous avez choisi de venir dans cette maternité, en France ?

Pour nous, c'est juste très confortable. On a une maison ici, un appartement qu'on a acheté en 2014. On a fait nos études à l'université américaine de Paris, AUP. On parle un peu le français, on a acheté une maison ici. En 2015, on était entre Paris et l'Arabie saoudite. On s'est dit qu'à Paris, c'était mieux pour les médecins, etc. En Arabie saoudite, on a des bons médecins aussi, mais on s'est dit qu'ici, c'est plus tranquille. On a pris la décision d'être ici. En Arabie saoudite, quand il y a un accouchement, il y a peut-être 150 ou 200 visiteurs, toute la famille, tous les amis. Ici, c'est plus tranquille, seulement un peu de famille et c'est tout. (...) Je pense qu'ici, c'est plus facile parce que c'est plus international, les visites, les chambres... On a trouvé une suite, parce qu'il y a mes parents, ses parents, ses amies viennent dans deux jours, 4 amies, ses meilleures amies. On ne peut pas être dans le 16e, une petite chambre. Les visites sont très restreintes. Ici, c'est plus facile parce que c'est international. »

(Homme d'affaire saoudien, lors d'un entretien de couple avec sa conjointe saoudienne, de 32 ans, aujourd'hui femme au foyer)

- 55 Ces mobilités contemporaines permettent un contrôle des visites, alors choisies notamment pour les femmes ayant accouché par césarienne programmée. On retrouve les processus identifiés par Wagner (2007), qui signale que « Dans les plus hautes classes, le séjour à l'étranger est aussi une forme de retour chez soi, dans la famille élargie ou dans les propriétés de l'étranger. »

« (Mon conjoint) a fait des allers-retours. Quand j'allais voir le médecin, en fonction des nouvelles, en fonction de ce que j'avais, de comment était placé le bébé, de comment ça se passait, il est revenu. Il est revenu 10 jours avant l'accouchement. J'ai accouché. Il repartira. Et au mois de juillet, je pense qu'il referra des allers-retours pour travailler. »

Vous allez être entourée de votre famille ?

Oui. Ma famille, ma belle-famille, tout le monde. (...).

Ma belle-famille est partie là-bas. Mais avec les vacances, tout le monde est revenu en Europe, en France. Ils sont assez parisiens, on est très attachés à Paris et à la France. Donc, on revient très régulièrement.

A Paris, vous résidez dans quel quartier ?

J'habite dans le 94 [...] à côté du bois. C'est plus facile pour moi que partir en Israël où il fait 35-37°. C'est assez touristique, donc impossible de sortir. Donc, la question ne s'est pas posée en fait. Je n'avais pas du tout envie de rester enfermée chez moi pendant deux mois, de ne pas sortir, de ne pas en profiter. »
(Femme israélienne, 23 ans, administratrice des ventes dans une société informatique)

- 56 La mobilité dans la perspective de la recherche d'un mieux-être s'observe également chez les femmes cadres supérieures françaises en expatriation qui reviennent (avec une aide conséquente de leur employeur) accoucher en France, où elles retrouvent leur réseau familial et social. Ces pratiques font écho à l'idée de retour au pays pour se faire soigner (Gany & al., 2006). Si les femmes étrangères choisissent d'accoucher en France pour le climat, ou pour la résidence dans leur lieu de villégiature, les pratiques des femmes françaises expatriées sont similaires à celles des femmes étrangères, en termes de vie entre deux pays, de mobilisation de leur réseau social, et de leurs statuts socioéconomiques.
- 57 En effet, les femmes françaises expatriées peuvent aussi être considérées comme en circulation. Elles accouchent dans des structures où elles n'accoucheraient pas forcément si elles vivaient en France. Elles accèdent, par l'entreprise et le niveau de vie dont elles bénéficient grâce à l'expatriation, à un mode de vie s'apparentant à celui des élites internationales. Elles y retrouvent un système de prise en charge qu'elles estiment meilleur ou qui est payé par leur employeur alors qu'elles n'y auraient pas accès dans la même entreprise en situation de non-expatriation (du fait de primes de prise en charge sanitaire). Ainsi l'ensemble de ces pratiques relèvent moins du tourisme médical que de formes de circulation de chez soi en chez soi d'une classe sociale.
- 58 Ces logiques illustrent, comme l'ont montré A. Scott et al. (2015), des modèles de mobilité contemporains, axés sur le mode de vie, qui contribuent à une rupture des divisions binaires conventionnelles entre le travail et les loisirs, ainsi qu'à une déstabilisation des concepts de « maison » et de « loin ». Ces pratiques demandent par ailleurs des réagencements tant de construction identitaire, que d'appartenance et d'attachement à ces lieux, associés à cette mobilité soutenue. En effet, si ces femmes conçoivent de parcourir des centaines ou des milliers de kilomètres pour accoucher dans le meilleur lieu possible pour elles, leur famille et leur enfant, il en va de même pour les équipes médicales et administratives qui s'enorgueillissent et bénéficient de la venue de femmes étrangères dans leur établissement de santé, ennoblissant ce dernier aux yeux de l'élite internationale mobile.

- 59 De plus, l'investissement par les élites d'une multiplicité de lieux indique une facilité d'appropriation des espaces (faire de ces lieux accueillant du public un « chez soi ») et révèle une circulation qui induit la nécessité d'une contraction de l'espace-temps. Autrement dit : on prend ici l'avion presque comme on prendrait le métro pour se rendre à sa consultation de suivi de grossesse⁶. Cette logique permet un entre soi et un mode de vie distinctif déjà montré dans la littérature scientifique s'intéressant aux pratiques des élites (Pinçon & Pinçon-Charlot, 2000)⁷ qui, via leur capital international, ont « *la capacité d'être chez eux partout dans le monde* » (Wagner, 2017).

Mobilité et reformulation des rapports de genre

- 60 Dans cette approche centrée sur une analyse des rapports de classe dans la mobilité, nous ouvrons une focale pour interroger aussi les rapports de genre. Il apparaît que l'observation des pratiques transnationales permet de mettre en lumière certains renoncements chez les femmes, même si elles appartiennent à l'élite économique. Des contraintes existent pour celles qui suivent souvent leur conjoint·e et dont les diplômes en France ne sont pas toujours utilisés, valorisés ou reconnus.
- 61 Ces mobilités peuvent induire un déracinement important pour les femmes, particulièrement si elles ne reprennent pas d'activité professionnelle dans le pays où travaille leur conjoint (Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2015). Ce phénomène n'est pas propre à la circulation des élites économiques, mais reste prégnant dans les discours des femmes, comme dans le cas de cette femme japonaise de 47 ans, ne parlant pas français, femme au foyer, dans une démarche de FIV avec son conjoint. Le couple finit par venir en Espagne, après 7 ans de démarche au Japon, pour une tentative de FIV qui fonctionne. Mais c'est pour des raisons principalement liées à la carrière professionnelle du conjoint que cette femme va accoucher en France :

« Pourquoi ce choix d'accoucher en France ?

C'était plus un choix parce que professionnellement, j'ai beaucoup de salons en France. Je travaille pour une société japonaise, mais je suis en charge de l'Europe. J'ai énormément d'activités à faire en Europe. Avant, je faisais des allers retours tous les mois. Mais dans ces conditions, ce n'était pas très bien, ce n'était pas une très bonne chose. Donc, j'ai emmené ma femme avec moi. (...) Mes parents sont (en banlieue parisienne), ce n'est pas très loin. Donc, on n'a pas trop de soucis à se faire là-dessus. A Tokyo, je n'aurais pas été là, ça aurait été compliqué. On a choisi de faire des voyages entre le Japon et la France. »

(Homme franco-japonais travaillant dans l'évènementiel international lors d'un entretien de couple, elle, japonaise également, a 47 ans et est femme au foyer)

- 62 Cette femme se retrouve coupée de son réseau social et familial et réside chez ses beaux-parents. Certaines rapportent des situations de « mise en pause » de leurs carrières professionnelles (cela indépendamment de la grossesse), voire parfois un

alourdissement des charges domestiques. Une femme franco-tchadienne décrit une situation de mal-être, de manque, regrettant l'absence de « Victoire » l'employée qui cuisinait et s'occupait de ses enfants au Tchad. Cette description s'associe à la plainte quant au travail domestique qui lui pèse, alors même qu'elle emploie en France une personne pour garder ses enfants et une femme de ménage, mais n'a plus de personnel domestique pour préparer le dîner ou gérer l'intendance lorsqu'elle reçoit. Certaines de ces femmes se retrouvent portant ce qu'elles se représentent comme un double fardeau : domestique et de renoncement à leur carrière ou leur activité, dans le contexte de ces migrations transnationales. Tantôt ces femmes renoncent à leur emploi, particulièrement pour fonder une famille, dans une quête à laquelle s'associent fréquemment un conjoint très présent et un parcours traumatique (FIV, fausse couche) ; tantôt inversement elles peuvent être amenées à développer des stratégies pour maintenir leur mode de vie antérieur (via notamment l'exploitation d'autres femmes).

- 63 Ces mobilités, bien que privilégiées pour les femmes rencontrées, sont pour certaines souvent la conséquence de contraintes : suivre leur conjoint, vivre à proximité de leur belle-famille. Dans ce contexte, nous devons souligner le biais de la temporalité d'entretiens conduits pendant la période de la grossesse, période où les femmes peuvent être amenées à certains renoncements, au moins de manière temporaire au moment de l'accueil du nouveau-né. L'arrivée d'un enfant pour ces familles mobiles réinterroge pour certaines des femmes la relation dans le couple notamment autour de l'exercice de leur profession (arrêt de la carrière), marquant l'entrée dans un processus de dépendance financière au conjoint. Néanmoins, si les femmes sont confrontées par la mobilité à un renforcement des assignations genrées à la sphère familiale, certaines réussissent à poursuivre leur carrière ou leurs objectifs, tout en performant leur hétéronormativité autour de leur rôle maternel, comme l'a déjà montré Karine Duplan (2016, 2023).

Conclusion : Que nous dit la quête de maternité des élites féminines de leurs pratiques transnationales ?

- 64 Nous avons montré dans cet article selon quelles logiques marchandes, sanitaire et circulatoires s'articulent les pratiques spatiales chez les élites autour de l'élection d'une maternité pour son suivi de grossesse et son accouchement. Ces choix s'inscrivent dans des espaces-temps complexes qui visent pour ces femmes à être maîtrisés. Cette maîtrise passe par la recherche du système de santé jugé le plus adéquat à leur grossesse. Leurs pratiques s'inscrivent également dans une possibilité de négociation importante avec le corps soignant, qui, main dans la main avec l'administration hospitalière met tout en œuvre pour agencer prise en soin et lieux en vue de répondre au mieux à cette patientèle de choix (pratique distinctive, offre ajustée). Néanmoins, ces mobilités ne sont pas sans conséquences pour ces femmes. A contrario des processus décrits par Nys (2010), ce corpus ne donne pas à voir des patientes aisées du « Nord » se déplaçant vers le « Sud » et des soignant·es du « Sud » se déplaçant vers le « Nord ». Nous observons bien une élite des pays du « Sud » (et/ou expatriée au « Sud ») qui investissent un hôpital au « Nord » ; et des soignants du « Nord » qui effectuent, au « Sud », des missions de soin en vue du « recrutement » d'une patientèle d'élite du « Sud », provoquant des mobilités liées au suivi de grossesse du « Sud » vers le « Nord ».

et participant à une homogénéisation des pratiques de distinction sociale entre l'élite internationale et la bourgeoisie autochtone. Nous observons également des pratiques différenciées en fonction des pays d'origine des élites.

- 65 Les rapports de classe et de genre structurent les logiques circulatoires en lien avec la périnatalité. L'offre médicale spécifique destinée aux élites internationales présente des caractéristiques du capitalisme sanitaire analysées par Philippe Batifoulier : privatisation de l'offre, dévoiement des médecins du public vers le privé, consommation de soins et technicité à tout prix, négociation individuelle des soins minorant les risques associés à certains soins. La volonté de satisfaire les plus fortunées contribue à une médicalisation différenciée de l'accouchement, ajustée aux normes corporelles des femmes des classes dominantes. Ces normes et assignations font lieu à différentes échelles : celle de leur existence et de leur corps, de l'espace familial nucléaire comme élargi et ce de manière transgénérationnel. En cela, les pratiques de mobilités analysées ici se distinguent de la notion de tourisme médical, puisque ces logiques de choix consuméristes sont ancrées dans des pratiques de distinction d'une classe usagère d'un espace transnational possible, facilement accessible. L'organisation de leur accueil dans les lieux, se travaille dès leur pays d'origine par une mobilité en amont des soignant· du « Nord » vers le « Sud » visant à recruter, en les triant sur le volet, ces patient·es d'élite.
- 66 Celles-ci sont soutenues par une localisation privilégiée adossée à une organisation et un agencement des lieux en faveur de la satisfaction de ce public, par la création d'une offre distinctive et nécessairement marchande, en raison de la solvabilité de ces femmes. Cette offre s'ajuste donc aux demandes de ces femmes, tout en tendant à une optimisation du soin sans amélioration de la qualité des soins, mais utilisant les promoteur·ices de ces logiques marchandes à vendre un système de santé française en crise profonde comme le « meilleur ».

BIBLIOGRAPHIE

- Al-Mufti, R., Mccarthy, A., Fisk N-M. (1997). Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 73 (1), 1 - 4.
- Batifoulier, P. (2015). Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire. *Revue de la régulation*, 17-1 <https://doi.org/10.4000/regulation.11196>
- Bauman, Z. (1998). *Globalization : The Human Consequences*. Cambridge: Polity.
- Benson, M., O'Reilly, K. (dir) (2009). *Lifestyle Migration. Expectations, Aspirations and Experiences*. London: Ashgate. 168 p.
- Blakely, E. J., & Snyder, M. G. (1997). *Fortress America, Gated Communities in the United States*. Brookings Institution Press & Lincoln Institute of Land Policy, Washington DC, Cambridge, M. A.

- Busino, G. (1992). *Élite(s) et élitisme*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Chasles, V. (2011). Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde. Se déplacer pour se faire soigner : une mobilité en expansion, généralement appelée "tourisme médical", *Géoconfluences*. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/tourisme/TourScient2.htm>
- Clément, G., François, C., Gellerau, C. (2021). Les migrations des privilégié·e·s. *Métropolitiques*. <https://metropolitiques.eu/Les-migrations-des-privilegie-e-s.html>
- Cohen, I. G. (2013). *The Globalization of Health Care: Legal and Ethical Issues*. Online edition: Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199917907.001.0001>
- Cohen, S.A., Duncan, T., Thulemark, M. (2015). Lifestyle Mobilities: The Crossroads of Travel, Leisure and Migration, *Mobilities*, Volume 10, Issue 1, 2015, p. 155-172
- Cousin, B., Lambert, A. (2019). Grandes fortunes et services personnels. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 230. 4-11. <https://doi.org/10.3917/arss.230.0004>
- De Corbière, C. (2008). L'Allemagne "chasse" sans complexe les patients fortunés. *Le Figaro*, 05 août 2008.
- Duplan, K. (2016). Devenir 'expat'. Performances et pratiques de l'espace du quotidien de femmes en situation de mobilité internationale à Luxembourg. Thèse de doctorat en géographie. Sous la direction de Louis Dupont et de Philippe Gerber. Université Paris-Sorbonne. <https://theses.hal.science/tel-01342036>
- Duplan, K. (2023). 'She's a real expat': be(com)ing a woman expatriate in Luxembourg through everyday performances of heteronormativity. *Gender, Place & Culture*. 30:1, 1-27. DOI: 10.1080/0966369X.2021.1975099
- Gamble, J. A., & Creedy D. K. (2001). Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*. 28 (2), 101- 110.
- Gany, F., Herrera, A., Avallone, M., Changrani, J., (2006). Attitude, knowledge, and health-seeking behaviours of five immigrants minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach. *Ethnicity and Health*. 11. pp. 19-39, 2006
- Gasquet-Blanchard, C., & Hoyez, A-C. (2015). Parcours et trajectoires dans le domaine de la santé. Quelques réflexions issues de l'analyse d'entretiens effectués auprès de femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché dans la ville de Rennes. *ESO, travaux & documents*. 39 : 85-89.
- Gasquet-Blanchard C., Hoyez A. (2020). Les dimensions spatiales des relations familiales en migration : les enjeux autour de la grossesse en migration. *Noroi*. 257:7-20. <https://doi.org/10.4000/noroi.10448>
- Gatrell, A. (2011). *Mobilities and Health* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315595702>
- Gesler, W. (1992). Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science and Medicine*. 34: 735-746.
- Gelly, M., Cristofalo, P., Gasquet-Blanchard, C. (2021). Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1-2(236-237) : 72-91. DOI:10.3917/arss.236.0072
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity; Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge : Polity Press.

- Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge, MA, Harvard University Press. p.172
- Kaspar, H., Walton-Roberts, M., Bochaton, A. (2019). Therapeutic mobilities. *Mobilities*. 14:1, 1-19, doi : 10.1080/17450101.2019.1565305
- Le Borgne, C. (2007). Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner. *Sève*. 15:47-53.
- Menvielle, L., Menvielle, W. (2010). Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager. *Téoros*. 29 (1):109-119. <https://doi.org/10.7202/1024761ar>
- Nys, J. (2010). Les nouveaux flux de migrations médicales. *Revue internationale et stratégique*. 77(1):24-35. Doi :10.3917/ris.077.0024.
- Paillet, A. (2021). Valeur sociale des patient·es et différenciations des pratiques des médecins : Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 236-237:20-39. <https://doi.org/10.3917/arss.236.0020>
- Pian, A. (2016). Tourisme médical versus immigration thérapeutique : des catégories exogènes réductrices. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. <http://journals.openedition.org/rfst/646>
- Pinçon, M., Pinçon-Charlot, M. (2020). *Sociologie de la bourgeoisie*. Paris : La Découverte. Quatrième édition.
- Razy, É., Baby-Collin, V. (2011). La famille transnationale dans tous ses états. *Autrepart*. 57-58:7-22. DOI : 10.3917/autr.057.0007.
- 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.
- Sauvegrain, P., Azria, E., Chiesa-Dubruille, C., Deneux-Tharaux, C. (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.
- Sauvegrain, P., El Kotni, M., Racioppi, A. (2022). Comment étudier les discriminations en santé périnatale d'un point de vue socio-anthropologique ? *Anthropologie & Santé*. DOI:<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11615>
- Schmoll, C. (2021). L'approche transnationale dans les études migratoires. Retour sur 30 ans de travaux. *De facto*. <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2021/09/15/defacto-028-01>
- Velut, S. (2020). *L'hôpital, une nouvelle industrie : le langage comme symptôme*. Gallimard. Coll. Tracts (12).
- Wagner, A.-C. (1998). *Les nouvelles élites de la mondialisation. Une immigration dorée en France*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Sciences sociales et sociétés.
- Wagner, A.-C. (2005). Les élites managériales de la mondialisation : angles d'approche et catégories d'analyse. *Entreprises et histoire*. 41(4) : 15-23. DOI: 10.3917/eh.041.0015.
- Wagner, A.-C. (2007). La place du voyage dans la formation des élites. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 170 : 58-65.
- Wagner, A.-C., Clément, G., Gellereau, C., Steinmetz, H. (2017). Migrations et inégalités : l'importance des classes sociales. Entretien avec Anne-Catherine Wagner. *Métropolitiques*. <https://metropolitiques.eu/Migrations-et-inegalites-l-importance-des-classes-sociales-Entretien-avec-Anne.html>

Williams, A. (1999). *Therapeutic landscapes: the dynamic between place and wellness*, New York : University Press of America.

NOTES

1. Par souci d'homogénéité dans les propos, et pour être certaines de désigner les personnes concernées dans leur pluralité, nous utilisons le terme « élites » pour désigner « *les individus qui se trouvent au sommet de la hiérarchie sociale, y exercent des fonctions importantes, lesquelles sont valorisées et reconnues publiquement au travers de revenus importants, de différentes formes de privilèges, de prestige et autres avantages officiels ou officieux* » (Busino, 1996). Le terme recouvre d'autres catégories sociales que nous aurions pu utiliser pour désigner ces individus et groupes situés au sommet de la hiérarchie sociale (bourgeoise, classes supérieures, classes dominantes, expatriées), mais le profil international des personnes et des couples (binationaux) nous incite à préférer le terme « élites » qui permet « *d'englober toute une série de fractions dominantes différentes, comme les diplomates, les cadres du privé ou les journalistes* » (Wagner, 2017).
2. “*Lifestyle migration is the spatial mobility of relatively affluent individuals of all ages, moving either part-time or full-time to places that are meaningful because, for various reasons, they offer the potential of a better quality of life*” (Benson, O'Reilly, 2009).
3. Le fait que des patients circulent à l'échelle internationale est reconnu comme un phénomène de grande ampleur (Cohen, 2013), comme en témoignent les nombreuses publications qui explorent les mobilités pour soins esthétiques, dentaires, cardiaques, etc. (Kaspar, Wolton, Bochaton, 2019).
4. Les employées doivent rester productives et fidèles à l'entreprise (et déracinées), et celle-ci leur garantit un cadre accompagnant dans l'expatriation temporaire: contrôle des relations sociales par la promotion de l'entre soi (quartiers d'expatriées), de la famille (salaire permettant que le conjoint ou la conjointe n'ait pas à travailler; orientations possible par l'entreprise pour l'école des enfants), de la santé (check-up réguliers pour les cadres conventionnement avec des structures de soins privées).
5. « Abattre le capitalisme : conférence de Frédéric Lordon auprès de polytechniciens ». 14/02/2020. <https://www.youtube.com/watch?v=C0jRvi5JlMY>
6. Ceci rappelle la description faite par Z. Bauman des personnes “*who circulate close to the top of the global power pyramid, to whom space matters little and distance is not a bother; people at home in many places but in no one place in particular*”, reprise par de nombreux auteurs en sciences sociales lorsqu'ils veulent rappeler les hiérarchies et inégalités sociales qui structurent les mobilités à différentes échelles (Gatrell, 2011).
7. Comme nous le reverrons plus loin, ces pratiques vont de pair avec la création de territoires appropriés s'apparentant de plus en plus aux pratiques développées au sein des *gated communities*. D'après Blakely et Snyder (1997), ce terme *gated communities* désigne des quartiers résidentiels dont l'accès est contrôlé, interdit aux non-résidents, et dans lequel l'espace collectif (rues, trottoirs, parcs, terrains de jeu...) est privatisé.

RÉSUMÉS

Cet article porte sur les rapports à l'accouchement au sein d'une maternité privée recevant des patientes françaises et étrangères issues de classes sociales économiquement privilégiées, enquêtées dans le cadre du projet TRASOPER. Nous proposons une discussion portant d'une part sur les registres de mobilité, de circulation et de migration de ces femmes, et d'autre part sur les logiques animant les rapports sociaux entre femmes et personnels soignants autour de la grossesse. Nous montrons comment la grossesse et l'accouchement, pour ces femmes et les personnes qui les prennent en soin, reposent sur des agencements spatiaux et temporels qui produisent des pratiques de santé spécifiques chez les élites, aussi bien à l'échelle de leurs espaces de circulation transnationale, qu'au sein de l'établissement qu'elles ont sélectionné pour accoucher, et qu'à l'échelle de leur corps.

AUTEURS

ANNE-CÉCILE HOYEZ

Chargée de recherche CNRS, UMR 6590 Espaces et Sociétés.

CLÉLIA GASQUET-BLANCHARD

Maîtresse de conférences, EHESP, UMR 6590 Espaces et Sociétés.

PAULA CRISTOFALO

Maîtresse de conférences, EHESP.

MAUD GELLY

Chercheuse à l'APHP, CRESPPA-CSU CNRS