

## Revue des sciences sociales n° 76/2026

### Appel à contributions

### La sanitarisisation de la naissance

Coordination du dossier :

Elsa BOULET [elsa.boulet@univ-rouen.fr](mailto:elsa.boulet@univ-rouen.fr)

Chercheuse en sociologie, DySoLab, Université de Rouen Normandie & Centre nantais de sociologie, Nantes Université

Ronald GUILLOUX [ronald.guilloux@univ-lyon1.fr](mailto:ronald.guilloux@univ-lyon1.fr)

Maître de conférences en sociologie, Laboratoire S2HEP, Université Lyon 1

Cet appel à proposition interroge les dynamiques de sanitarisisation autour de la naissance, dans une période allant « de la maturation d'un projet, aux premiers mois de la vie de l'enfant » (Charrier, Clavandier 2013 : 11), c'est-à-dire comprenant l'anticipation d'une conception, la grossesse, l'accouchement et la très petite enfance. La sanitarisisation repose sur deux mouvements indissociables : une extension « des questionnements de santé à tous les niveaux de la vie quotidienne (alimentation, activité physique, etc.) » (El Kotni et Faya Robles, 2018 : 69) et une moralisation des comportements (Conrad, 1992). En poussant « la quête de santé au-delà des priorités médicales » (Crawford, 1980), la sanitarisisation a pu être considérée comme une « médicalisation sans médecin » (Turrini, 2015) ou « comme la forme la plus achevée de la médicalisation » (Fassin, 1998). La sanitarisisation repose sur un double processus : la vie quotidienne fait l'objet d'une surveillance et d'intervention de la part des professionnel·le·s de santé (examens, préconisations) et des institutions sanitaires (réalisation d'enquêtes régulières, campagnes de prévention, création de dispositifs d'éducation à la santé), et dans le même temps les patient·e·s sont incité·e·s à l'autonomie et à l'auto-régulation (Génolini et Clément, 2010). Si la médicalisation de la naissance a donné lieu à de nombreux travaux (par exemple Gélis, 1984 ; Oakley, 1984), sa sanitarisisation a été moins étudiée alors même que la préparation d'une grossesse, le déroulement de celle-ci et la période du post-partum font l'objet d'une multitude de préconisations sur la vie quotidienne qui peuvent être interprétées comme autant de moyen d'évaluer le degré de « responsabilité » des (futurs) parents, en particulier des mères (Burton-Jeangros, 2011 ; Copelton, 2007).

Dans le domaine de la santé maternelle et infantile, la sanitarisisation s'appuie sur la notion de « périnatalité » qui postule un continuum entre l'avant et l'après-naissance, et qui fait du temps prénatal « un processus téléologique » de développement fœtal, qui condense « la durée de vie entière de la future personne adulte » (Sänger 2015 : 107). La préoccupation étatique et médicale pour la « qualité » de la population a donné lieu depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle à des mesures de surveillance des grossesses et de la croissance des très jeunes enfants (Cahen, 2014 ; Rollet, 2005) selon une logique de prévention des risques pouvant affecter les corps sains (Armstrong, 1995). La série d'examens biologiques et cliniques, obligatoires ou fortement recommandés dès les premières semaines de la grossesse en sont un exemple.

Si la surveillance médicale des grossesses et l'amélioration des conditions d'hospitalisation pendant les accouchements ont permis de faire régresser la mortalité et la morbidité infantile et maternelle dans le monde – avec des disparités qui persistent en fonction des régions – le passage de la naissance dans le domaine d'expertise et d'intervention médicales s'est accompagné d'incitations à recourir aux professionnel·les de santé et d'une multiplication des

recommandations sanitaire. Des campagnes de santé publique visent à faire adopter les « bons » comportements aux parents et futurs parents, à l’instar d’une campagne Santé publique France promouvant la consommation de vitamine B9 avant même le début d’une grossesse<sup>1</sup>, ou encore d’une campagne de l’ANSM enjoignant les personnes enceintes à ne pas recourir « n’importe comment<sup>2</sup> » aux médicaments.

Ce numéro thématique vise à explorer le déploiement concret de la sanitarisaiton de la naissance, ses effets sur les individus et les formes de résistances, contournements ou réappropriation auxquelles elle donne lieu. Les auteur.e.s sont invité.e.s à inscrire leurs propositions dans un de ces trois axes.

## **1. La sanitarisaiton du quotidien des (futurs) parents et des nouveau-nés**

L’accroissement du suivi médical des grossesses au cours du 20<sup>e</sup> siècle est allé de pair avec la diffusion de normes sanitaires comme le contrôle de l’alimentation, l’incitation au repos ou la préconisation d’une activité physique adaptée. La sanitarisaiton concerne aussi la santé mentale : la psychologisation de la naissance depuis les années 1980 en France a donné lieu à « la loi réformant la protection de l’enfance du 5 mars 2007 faisant de la « prévention précoce » un impératif et de « l’entretien prénatal précoce » un de ses instruments » (Vozari, 2015 : 154). L’arrivée d’un enfant est alors considérée comme un risque physique (qui justifie une médicalisation importante) mais aussi psychique, d’où la nécessité d’assurer la sécurité émotionnelle de la mère pour préserver le « lien mère-enfant ». Plus récemment, le programme des 1000 premiers jours est un cas paradigmatique de l’expansionnisme sanitaire puisque les dimensions considérées comme déterminantes pour la santé future du bébé vont de l’alimentation, au jeu, à l’aération du logement, aux interactions verbales (Commission des 1000 premiers jours, 2020)<sup>3</sup> jusqu’à la préoccupation pour une éventuelle « malnutrition culturelle » des tout-petits (Marinopoulos, 2019). Ainsi, les préconisations adressées aux parents, formulées en termes de risques et de bénéfices sanitaires, semblent englober toute la diversité des sphères de la vie, des interactions et des activités humaines.

Il s’agit alors de questionner la sanitarisaiton comme une extension des préoccupations sanitaires en dehors des institutions de santé et comme une focalisation sur les modes de vie des individus. Quels sont les domaines, les agents, les médiations, les dispositifs, ou encore les temporalités de cette extension du sanitaire autour de la naissance ? Quelles sont les conditions sociales, politiques, économiques, qui rendent possible cette extension du sanitaire ? Qu’en est-il des préoccupations pour la santé et pour le bon déroulement de la naissance dans des contextes où la médicalisation est relativement faible, où les institutions de soin et de santé publique sont relativement peu présentes ?

## **2. Les effets de la sanitarisaiton sur les individus**

Des représentations courantes mais aussi des discours experts dépeignent les personnes qui se soucient de leur santé comme responsables et rationnelles, tandis que des comportements

---

<sup>1</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/depliant-flyer/je-pense-bebe.-je-pense-b9.-la-vitamine-b9-le-bon-reflexe-pour-bien-preparer-votre-grossesse>, consulté le 14/01/2025.

<sup>2</sup> <https://ansm.sante.fr/page/enceinte-les-medicaments-cest-pas-nimporte-comment?>, consulté le 14/01/2025.

<sup>3</sup> <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr> consulté le 12/11/2024.

dénoncés comme malsains (fumer, manger gras par exemple) sont censés révéler un caractère faible et irresponsable (Peretti-Watel, 2017). Dans le domaine de la santé reproductive, l'étude menée par L. Schuft et ses collègues montre que les sages-femmes et médecins associent le surpoids à un manque de volonté des femmes enceintes et un désintérêt pour leur santé, et qu'ils et elles tendent ainsi à préconiser l'activité physique davantage aux femmes en surpoids qu'aux autres patientes (Schuft, Sauvegrain et Delotte, 2023). Plus largement, l'encadrement médical de la grossesse assigne aux femmes la responsabilité individualisée de garantir la santé du fœtus, renforçant l'assignation des femmes au *care* (Boulet, 2022 ; Fournier et Jarty, 2019). Selon une même logique de responsabilité individuelle, des femmes inscrites dans des réseaux de promotion de la « naissance naturelle » peuvent se sentir stigmatisées, voire marginalisées si elles acceptent ou demandent une intervention médicale (Westfall et Benoit, 2004). Les jugements moraux opérés par les professionnel·le·s façonnent leurs pratiques en matière de diffusion de normes sanitaires, des normes qui sont aussi véhiculées par l'entourage (Hammer et Burton-Jeangros, 2013). Les parents ou futurs parents cherchent de leur côté à éviter le stigmate et à justifier des comportements qui dérogent aux préconisations sanitaires (Copelton, 2007).

Les contributions pourront interroger les conséquences de la sanitarisation sur les individus en termes d'autonomisation, de responsabilisation, mais aussi en termes de délégalisation des tâches (physiques, cognitives, émotionnelles) et de rapport au temps (anticipation, prévention etc.). Comment la sanitarisation affecte-t-elle l'expérience de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum ou des premiers mois de l'enfant ? Quels sont ses effets sur les interactions et les relations avec les proches, les professionnel·le de santé ? La sanitarisation se déploie-t-elle de la même manière selon les caractéristiques sociales des individus ?

### 3. Critiques et résistances à la sanitarisation

La quête de santé peut conduire à l'émergence de collectifs engagés dans une démarche critique vis-à-vis de la médecine qui proposent d'autres manières de se soucier de sa santé. Des mouvements critiques tels que le courant de « l'accouchement sans douleur » inspiré par des expérimentations soviétique ou britannique (Michaels, 2014), ou celui de des conditions de l'humanisation de la naissance qui a émergé au Brésil (Newnham, McKellar et Pincombe, 2018a) ont contesté la technicisation des accouchements et se sont étendus à de nombreux pays marqué par une biomédicalisation croissante de la naissance (Quagliariello et Ruault, 2017). Plus récemment, des mobilisations ont dénoncé, sous le terme de « violences gynécologiques et obstétricales », des mauvais traitements de la part des professionnel·les de santé (Schantz, Rozée et Molinier, 2021).

Les initiatives d'accouchement à domicile « n'émanent pas d'Amish technophobes » (Pruvost 2016 : 24), mais de femmes voulant avant tout « d'une maternité encapacitante » (idem : 24). Par ailleurs, les mouvements de *self-help* ou d'auto-gynécologie créent des espaces d'appropriation collective de connaissances et de gestes médicaux, tout en remettant en cause une lecture uniquement biomédicale des corps et des maladies (Quéré, 2023). Des collectifs féministes, tels que *Our bodies, Ourselves* (Boston Women's Health Course Collective, 1971), questionnent la logique du risque des savoirs médicaux, considérant à équivalence les savoirs savants issus du domaine médical et les savoirs expérientiels, et veulent rendre ces nouveaux savoirs en santé accessibles. La persistance même du mouvement depuis ses origines en 1970 à Boston jusqu'à ses déclinaisons internationales – c'est le cas en France avec le collectif *Notre corps, nous-mêmes* (Blézat et al., 2023) – montre une vivacité de la capacité d'un mouvement féministe à se réapproprier des savoirs médicaux.

Dans ce troisième axe, les articles pourront aborder les formes de critique, de résistance, de contournement ou de réappropriation des discours et des préconisations sanitaires. Quelles sont les tactiques de contournement ? Quels sont les discours de justification ? Quelles formes prennent les résistances ou les critiques en fonction des classes sociales, des juridictions nationales, des cultures, des régions du monde ?

### **Modalités de soumission et calendrier prévisionnel**

Les propositions pourront s'inscrire dans différentes disciplines des sciences sociales, elles pourront traiter de situations contemporaines ou historiques, et de toute aire géographique. Elles pourront traiter de la période pré-conceptionnelle, de la grossesse, de l'accouchement ou de la très petite enfance, ou les considérer ensemble pour questionner les formes de continuités/discontinuités entre ces moments. Elles pourront interroger les pratiques individuelles, les cadres institutionnels ou les dynamiques structurelles.

Les résumés d'articles sont à envoyer au comité éditorial ainsi qu'aux coordinateur.ices du dossier d'ici au **15 mai 2025**, aux adresses suivantes :

- [rss@misha.fr](mailto:rss@misha.fr)

- [elsa.boulet@univ-rouen.fr](mailto:elsa.boulet@univ-rouen.fr)

- [ronald.guilloux@univ-lyon1.fr](mailto:ronald.guilloux@univ-lyon1.fr)

Le format attendu est une proposition de 4 000 signes maximum, espaces compris, précisant le titre de la proposition, le cadre théorique, le corpus, le terrain et la méthodologie. Le résumé doit comporter également une bibliographie (hors 4 000 signes) et une courte présentation des auteur·rices.

Les articles complets (40 000 signes maximum, espaces compris) seront à soumettre au plus tard le **15 octobre 2025**.

La publication du dossier (versions électronique et papier) est prévue fin 2026.

### **Références citées**

AKRICH M., PASVEER B., 1996, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.

ARMSTRONG D., 1995, « The rise of surveillance medicine », *Sociology of Health & Illness*, 17, 3, p. 393-404.

BLEZAT M., DESQUESNES N., EL KOTNI M., FAURE N., FOFANA N., DE GUNZBOURG H., KINSKI N., PERRET Y., 2023, *Notre corps, nous-mêmes [écrit par des femmes, pour les femmes]*, Édition entièrement réactualisée, Marseille, Hors d'Atteinte.

BOSTON WOMEN'S HEALTH COURSE COLLECTIVE, 1971, *Our Bodies, Ourselves*, New England Free, Boston, 136 p.

BOULET E., 2022, « 'C'est pour le bébé' : Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse », *Terrains/Théories*, 16.

BURTON-JEANGROS C., 2011, « Surveillance of risks in everyday life: The agency of pregnant women and its limitations », *Social Theory and Health*, 9, 4, p. 419-436.

- CAHEN F., 2014, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1, 7, p. 34-57.
- CARRICABURU D., 2008, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, 39, 1, p. 123-144.
- CARRICABURU D., 2009, « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles: les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », dans *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La découverte, Paris, p. 55-71.
- CHARRIER P., CLAVANDIER G., 2013, *Sociologie de la naissance*, Armand Colin.
- COMMISSION DES 1000 PREMIERS JOURS, 2020, « Les 1000 premiers jours. Là où tout commence », Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé.
- CONRAD P., 1992, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18, p. 209-232.
- COPELTON D.A., 2007, « “You are what you eat”: Nutritional norms, Maternal Deviance and neutralization of Women’s prenatal diets », *Deviant Behaviour*, 28, 5, p. 467-494.
- CRAWFORD R., 1980, « Healthism and the Medicalization of Everyday Life », *International Journal of Health Services*, 10, 3, p. 365-388.
- DAVIS-FLOYD R., 1992, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press.
- DELAGE P., ROCA I ESCODA M., 2018, « Deux processus de sanitarisations. L'action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse romande », *Sciences sociales et santé*, 36, 3, p. 37.
- DORLIN E., 2009, *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte (Poche).
- EL KOTNI M., FAYA ROBLES A., 2018, « Politiques de santé materno-infantile au Brésil et au Mexique », *Cahiers des Amériques latines*, 2-3, 88-89, p. 61-78.
- FASSIN D., 1998, « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation. », dans *L'ère de la médicalisation: ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos (Sociologiques), p. 1-13.
- FASSIN D., 2023a, *Faire de la santé publique*, 3e éd, Rennes, Hyg e  ditions (Débats santé social).
- FASSIN D., 2023b, *Faire de la santé publique*, 3e  d, Rennes, Hyg e  ditions (Débats santé social).
- FOURNIER T., JARTY J., 2019, « Gouverner les “mille premiers jours de vie” », *Revue des sciences sociales*, 61, p. 46-55.
- GABORIT  ., HASCHAR-NOE N., 2014, « Une entreprise de « sanitarisations » de l' cole. L'exemple de l'approche «  cole en santé » au Québec », *Sciences Sociales et Santé*, 32, 2, p. 33-36.
- GABORIT  ., NEYRAND G., 2022, « Responsabilisation précoce des enfants : prévention nutritionnelle en maternelle », *La revue internationale de l'éducation familiale*, 49, 1, p. 181-199.
- GELIS J., 1984, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne, XVI -XIX  siècles*, Paris, Fayard.
- GELIS J., 1988, *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie.*, Fayard.

- GENOLINI J.-P., CLEMENT J.-P., 2010, « Lutter contre la sédentarité : l'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort », *Sciences sociales et sport*, 1, 3, p. 133-156.
- GILBERT C., HENRY E., BOURDEAUX I., 2009, « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », dans *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La Découverte, p. 7-33.
- GUEDENEY A., ALLILAIRE J.-F., 2001, *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, Masson (Collection Médecine et psychothérapie).
- HAMMER R.P., BURTON-JEANGROS C., 2013, « Tensions around risks in pregnancy: A typology of women's experiences of surveillance medicine », *Social Science & Medicine*, 93, p. 55-63.
- JACQUES B., 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses universitaires de France (Partage du Savoir).
- KNIBIEHLER Y., 2016, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- MAHI L., 2015, « Une sanitarisaton du pénal ? : La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie*, Vol. 56, 4, p. 697-733.
- MARINOPOULOS S., 2019, « Une stratégie nationale pour la Santé Culturelle. Promouvoir et pérenniser l'éveil culturel et artistique de l'enfant de la naissance à 3 ans dans le lien à son parent (ECA-LEP) », Rapport au ministre de la Culture Mission « Culture petite enfance et parentalité ».
- MICHAELS P.A., 2014, *Lamaze: An International History*, New York, Oxford University Press.
- NEWNHAM E., MCKELLAR L., PINCOMBE J., 2018, *Towards the Humanisation of Birth*, Cham, Springer International Publishing.
- OAKLEY A., 1980, *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford, Martin Robertson.
- OAKLEY A., 1984, *The Captured Womb. A history of the medical care of pregnant women*, Blackwell.
- PERETTI-WATEL P., 2017, « L'homo medicus, cible fictive de la prévention des conduites à risque », dans *Se doper pour travailler*, Toulouse, Erès (Clinique du travail), p. 45-58.
- PRUVOST G., 2016, « Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité et société*, 16.
- QUAGLIARIELLO C., RUAULT L., 2017, « Accoucher de manière "alternative" en France et en Italie: Sur des modalités du travail de mise au monde des enfants et leur portée féministe », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 53-74.
- QUERE L., 2023, *Un corps à nous: luttes féministes pour la réappropriation du corps*, Thèse de doctorat, Paris, Sciences po, les presses.
- ROLLET C., 2005, « Pour une histoire du carnet de santé de l'enfant : une affaire publique ou privée ? », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 131-156.
- SAGE PRANCHERE N., 2017, *L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel (France, 1786-1917)*, Tours, Presses universitaires François Rabelais.
- SÄNGER E., 2015, « Obstetrical care as a matter of time: ultrasound screening, temporality, and prevention », *History and philosophy of the life sciences*, 37, 1, p. 105-120.

SCHANTZ, C., ROZEE, V., MOLINIER, P. (dirs.), 2021, « Violences obstétricales », *Cahiers du Genre*, 71.

SCHUFT L., SAUVEGRAIN P., DELOTTE J., 2023, « Customizing Health Recommendations About Physical Activity During Pregnancy: A Qualitative Study Among Practitioners in France », *Qualitative Health Research*, 33, 6, p. 471-480.

ST-AMAN S., 2013, *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique, et praxis technomédicale*, thèse pour l'obtention du doctorat en sémiologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.

TURRINI M., 2015, « A genealogy of “healthism”: Healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control », . *ISSN*, 7.

VOZARI A.-S., 2015, « « Si maman va bien, bébé va bien. » La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, 12, 1, p. 153.

WESTFALL R.E., BENOIT C., 2004, « The rhetoric of “natural” in natural childbirth: childbearing women’s perspectives on prolonged pregnancy and induction of labour », *Social Science & Medicine*, 59, 7, p. 1397-1408.