

11370

Meeting on the Development of Teaching
Modules on Various Aspects of
Family Planning

ICP/MCH/025/8
UNFPA RMI/79/P05
16 May 1983

EURO, 7-9 June 1983

BESOINS SPECIFIQUES DES MIGRANTS
EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE
ET D'EDUCATION SEXUELLE

par

France Donnay¹



¹ Groupe Santé Josaphat, 70 rue Royale Sainte Marie, Bruxelles, Belgique

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation du personnel de santé en planification familiale, il est nécessaire de consacrer un chapitre aux besoins spécifiques des migrants en matière de planning familial et d'éducation sexuelle.

C'est le but de ce module d'enseignement.

Il s'agit d'un sujet vaste et complexe, aussi ce texte sera-t-il nécessairement incomplet. Nous le considérons comme une introduction; qui peut-être suscitera chez le lecteur le désir d'en savoir plus.

Bien entendu, ces " besoins spécifiques " diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, et même d'une région à l'autre.

Ils dépendent aussi de la position sociale du consultant, de son sexe, de son origine familiale, de ses ressources économiques.

Nous avons centré notre travail sur les femmes, en particulier les migrantes d'origine maghrépine, pour limiter notre propos, et aussi parce que c'est elles que nous connaissons le mieux.

A QUI CE MODULE EST-IL DESTINE ?

Au personnel de santé, au sens large : médecins, personnel infirmier, assistantes sociales, ... des hôpitaux, des centres de santé maternelle et infantile (consultations prénatales, consultations de nourrissons), des centres de planning familial.

Mais nous pensons qu'il s'adresse aussi à tous ceux que leur profession amène à accueillir les travailleurs migrants et leurs familles, notamment

① - le personnel enseignant

des écoles primaires et secondaires : en effet, dans la plupart des pays d'accueil, on observe une très forte concentration des familles immigrées dans certains quartiers des grandes villes, où certaines écoles comptent près de 90 % d'enfants d'immigrés; les enseignants peuvent jouer là un rôle essentiel de soutien et de conseil, surtout vis-à-vis des adolescents et adolescentes.

② - le personnel de l'enseignement destiné aux adultes : il existe des cours du soir, des cours d'alphabétisation, des cours de formation permanente, où différents aspects de la vie familiale sont régulièrement abordés.

③ - les animateurs et animatrices de centres d'accueil, foyers culturels, services sociaux et juridiques auxquels s'adressent les migrants.

OBJECTIFS

Etudier les besoins spécifiques des migrants en matière de planification familiale et d'éducation sexuelle.

En pratique, l'utilisateur de ce module devrait être capable de :

I) conduire un entretien, de manière non directive, avec une femme immigrée d'origine maghrébine, pour l'aider à définir clairement ses besoins en matière de planification familiale et d'éducation sexuelle

II) donner à cette "consultante" une information et une éducation

-sur les implications pour sa propre santé et celle de sa famille, de la planification familiale (intérêt sanitaire de l'espacement des naissances)

-sur les moyens contraceptifs, leurs avantages et inconvénients, et les services où ils sont dispensés (éviter les naissances non désirées)

-sur la surveillance prénatale, de l'accouchement et post-natale, et sur l'allaitement (favoriser les naissances désirées)

-sur l'infertilité (causes principales, méthodes de diagnostic et de traitement)

-sur les problèmes sexuels: anatomie et physiologie des organes génitaux, premières relations sexuelles, difficultés sexuelles...

III) à tout moment de l'entretien, replacer cette écoute et cette information dans le contexte social et culturel où a vécu cette consultante, en le confrontant à celui du pays d'accueil

IV) la demande étant clairement établie, et l'information donnée en fonction du niveau de connaissance de la consultante, l'aider enfin à faire des choix adaptés à ses besoins.

METHODE

Au-delà de l'étude de ce module, nous conseillons à l'utilisateur, pour compléter sa formation :

- la lecture d'ouvrages de référence (voir bibliographie)
- l'étude de cas, par des discussions de groupe, des jeux de rôles, des enregistrements vidéographiques...
- la visite de centres de santé (notamment les services de planning familial) où un effort particulier est fait en ce qui concerne l'accueil des populations migrantes, et éventuellement des stages pratiques dans ces centres.

PLAN DU MODULE

- I. L'entretien non directif (bref rappel)
- II. Notions sur l'immigration, la femme dans l'immigration, la femme au Maghreb.
- III. Comment mener à bien cet entretien ?
- IV. Conclusion.

PREREQUIS

- I. Rôle de la planification familiale dans la santé de la famille.
- II. Méthodes contraceptives.
- III. Notions d'éducation sexuelle : aspects physiologiques
aspects psychologiques.

PRETEST

- I. Citez les caractéristiques principales d'un entretien de type clinique, ou non directif.
- II. Expliquez la situation de la femme maghrébine par rapport à la fertilité.
- III. Quel peut être à votre avis le rôle d'un interprète dans cet entretien ?

I. L'ENTRETIEN NON DIRECTIF

A. LE BUT DE CE TYPE D'ENTRETIEN EST DE PERMETTRE AU SUJET D'EXPRIMER LIBREMENT ET COMPLÈTEMENT SES OPINIONS ET SES ATTITUDES A PROPOS DU PROBLEME TRAITE.

"L'art du clinicien consiste non à faire répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer ..." (Piaget)

Pour cela, il lui faut être chaleureux, compréhensif, tolérant.

Donc, au point de vue méthodologique, il faut laisser le sujet aborder le thème comme il veut :

- s'il s'exprime facilement, laisser parler, écouter attentivement
- s'il parle peu : poser des questions précises et objectives, qui l'encouragerons à continuer, éventuellement reformuler les sentiments ou opinions qui viennent d'être exprimés, en demandant au sujet de développer sa pensée

- ne jamais exprimer ni surprise, ni désapprobation, ne jamais proposer une explication ou une solution

- s'observer soi-même, en contrôlant strictement ses propres réactions, et en s'interdisant les interprétations hâtives

- cette attitude compréhensive s'exprime aussi par le ton de la voix, l'expression du visage et la position corporelle elle-même.

B. CETTE ATTITUDE "NON-DIRECTIVE" N'EXCLUT PAS LA PRÉCISION :
IL NE FAUT JAMAIS PERDRE DE VUE LE BUT DE L'ENTRETIEN, QUI EST D'
AIDER LE SUJET A CLARIFIER SES DESIRS DANS UN DOMAINE PRÉCIS.

Il faut garder à l'esprit une vue générale des différents points à aborder, tout en suivant les tendances spontanées du sujet.

Il faut en particulier surveiller les transitions dont le sujet prend l'initiative, car elles sont souvent révélatrices (on a touché un point important).

Dans ce cas ou chaque fois que l'on aborde un point difficile ou douloureux, il n'est pas nécessaire d'approfondir immédiatement, il faut au contraire "suivre la ligne de moindre résistance" en passant rapidement, quitte à revenir par la suite sur les points qui n'ont pu être examinés.

C. Il est souvent nécessaire d'expliquer de façon simple et concise le CADRE dans lequel se déroule l'entretien, les caractéristiques de l'ORGANISME auquel on appartient, et le RÔLE qu'on y joue soi-même.

D. Les dispositions matérielles de l'entretien ont peu d'importance, du moment qu'on lui assure un CARACTÈRE PRIVÉ.

EN RESUME, IL FAUT CREER UNE ATMOSPHERE DE SECURITE ET D'OBJECTIVITE, QUI PERMETTE AU CONSULTANT DE CLARIFIER SON POINT DE VUE SUR LE PROBLEME, ET D'ABOUTIR AUX SOLUTIONS QUI LUI CONVIENNENT.

"Non-directif dans ses interventions, non-directif dans son attitude, le travailleur de santé sera aussi non-directif par rapport au problème qui se pose au sujet. Il sera là non pour proposer une explication ou une solution, mais pour permettre au sujet d'en trouver une lui-même.

L'initiative au cours de l'entretien appartient au sujet, qui juge de ses sentiments comme des idées ou des faits qu'il apporte. Cette prise de responsabilité permet la prise de conscience, et donc la recherche active d'une solution. Et cela est possible parce que le sujet, accepté en tant que personne mûre et responsable, transforme en conséquence ses attitudes et résoud ses conflits."

(L'entretien psychologique. C. Nahoum)

II. NOTIONS GENERALES SUR L'IMMIGRATION

L'immigration venue des pays entourant la Méditerranée vers les pays industrialisés d'Europe occidentale a commencé après la deuxième guerre mondiale, a fortement augmenté à partir de 1964-65, dans un contexte de croissance économique, et a pris rapidement un caractère structural.

C'est un mouvement de population d'une très grande ampleur, puisqu'il concerne 12 à 15 millions de personnes, sans compter les clandestins. Il s'agit d'abord de travailleurs migrants isolés, ensuite on assiste au regroupement des familles.

C'est à partir de 1974, quand les effets de la crise économique commencent à se faire sentir, que l'on cherche à tarir les flux migratoires, sans y parvenir réellement.

DEPUIS 20 ANS (1960-1980), LA PRESENCE DES IMMIGRÉS SE STABILISE ET S'IMPOSE DESORMAIS COMME UN FAIT SOCIAL DEFINITIF.

Il faut d'ailleurs souligner que malgré l'accroissement du chômage, le rôle des immigrés ne tend pas à disparaître, car ils occupent des postes qui ont été désertés par les travailleurs autochtones.

Il devient évident que dans leur très grande majorité ces familles "d'étrangers" sont installées de manière définitive, et chacun des pays d'accueil doit s'organiser comme une société fondée sur un pluralisme ethnique et culturel.

Dans la plupart de ces pays, il est urgent que des mesures soient prises pour favoriser l'insertion sociale, culturelle, scolaire et professionnelle de cette population.

LA FEMME AU MAGHREB

LA STRUCTURE DE BASE DE LA SOCIETE RURALE TRADITIONNELLE
EST LA FAMILLE ELARGIE.

Chaque individu n'existe que par rapport au groupe familial dont il porte le nom, et à la place qu'il y occupe selon son âge et son sexe.

Les mariages sont réglés entre chefs de famille, de manière à maintenir les alliances ou l'unité du groupe familial. Hors de la famille, il n'y a pas de vie possible.

La femme est en perpétuelle tutelle: elle passe de sa famille à sa belle-famille, de l'autorité de son père à celle de son mari.

Il existe une séparation absolue entre le monde des hommes (l'extérieur), et celui des femmes (l'intérieur): l'entretien de la maison, l'éducation des jeunes enfants reviennent à la femme.

Un univers des femmes se constitue face à celui des hommes: au sein de l'espace clos des maisons, des cours intérieures, des hammams, circulent les paroles et les savoirs des femmes.

(extraits de "Contraception et migration" M. Fellous)

CETTE SOCIÉTÉ PATRIARCALE EST FORTEMENT IMPRÉGNÉE PAR LA RELIGION ISLAMIQUE, QUI ASSIGNE À LA FEMME UN RÔLE SUBALTERNE.

La vie de l'homme musulman est entièrement soumise à Dieu, elle ne trouve son sens que dans la relation avec lui.

De la même façon, selon une hiérarchie immuable, la femme comme l'enfant dépendent entièrement de l'homme.

Dans l'inconscient musulman, il existe une imagerie très puissante décrivant la femme tentatrice, dont la sexualité dévorante ne peut jamais être assouvie.

Le discours de l'Islam orthodoxe est destiné à annihiler cette force féminine, porteuse de subversion et de plaisir, pour lui substituer la toute-puissance divine et réduire la femme au silence, à l'immobilité, à la passivité.

(" La Femme dans l'Inconscient musulman " Fatna Ait Sabbah)

Notons qu'on retrouve un phénomène analogue dans d'autres religions : par exemple, dans la religion judéo-chrétienne, c'est la femme qui est responsable de la séparation d'avec Dieu, et de la perte du paradis.

QUELLE PEUT ETRE ALORS LA PLACE DE LA FEMME DANS LA FAMILLE,
DANS LA SOCIETE ?

LA VIE DE LA FEMME MAGHREBINE EST CONSTITUEE AUTOUR DE LA
MATERNITE / SA FECONDITE EST SA SEULE RICHESSE.

En effet, une descendance nombreuse est pour son mari signe
de virilité, manière d'assurer ses ressources et son influence
familiale et sociale, garantie pour la vieillesse.

Les garçons surtout sont les bienvenus. Le sexe des enfants
est toujours attribué à la femme, comme une stérilité éventuelle,
qui peut entraîner la répudiation.

Dans les régions rurales surtout mais aussi dans les faubourgs
des villes, les conditions sanitaires sont telles que la mortalité
infantile est encore élevée, malgré les efforts réalisés dans ce
domaine.

Enfin; la polygamie est assez répandue.

TOUT CELA EXPLIQUE ET JUSTIFIE LE DESIR DE CHAQUE FEMME
MAGHREBINE D'AVOIR DE NOMBREUX ENFANTS : AINSI, ELLE GARDERA
SA PLACE DANS LA FAMILLE ET SERA ASSUREE DE VIVRE UNE VIEILLESSE
PROTEGEE.

QU'EN EST-IL DE LA SEXUALITE ?

LA RELATION SEXUELLE DU COUPLE NE TROUVE SON SENS QUE DANS LA PROCREATION.

Vivre l'acte sexuel pour lui-même, c'est la ruine de la morale et de la religion.

Les pratiques contraceptives sont limitées aux relations extra-conjugales. Pour espacer les naissances, le Coran n'autorise que l'allaitement.

La sexualité semble conçue par et pour l'homme. Le plaisir féminin n'est pas pris en compte. Au contraire, une femme qui exprime sa jouissance ou revendique son plaisir est considérée comme une femme de mauvaises mœurs.

Le corps de la femme doit être caché, soustrait aux regards des hommes. L'apparition des règles, symbole d'accession à la féminité, signe la fin de l'enfance et de la liberté.

Il est impératif pour une femme de conserver sa virginité jusqu'au mariage.

" Reste la mère, qui du fait même de sa condition de femme qui n'a pas droit à la parole, du fait des silences qu'elle accumule et des désirs qu'elle refoule, a une forte présence dans la sphère affective de l'enfant, témoin impuissant de sa négation. La mère est "abolie" en tant que sujet qui parle, en tant que sujet qui formule un désir.

Sa parole est dans la procréation. "

(" La plus haute des solitudes " Tahar Ben Jelloun)

LA FEMME DANS L'IMMIGRATION

Comme on l'a vu, l'homme et la femme musulmans sont enfermés dans un carcan moral et religieux rigide, qui leur attribue des rôles bien définis. Individuellement et en couple, ils font partie d'un univers structuré, ~~rad~~durant, étayé par la religion, le sens de la famille, le respect des parents, l'amour de la terre où ils sont nés.

D'autre part, la valorisation de la fertilité, le statut de la femme, le bas-niveau socio-économique, la mortalité infantile élevée les conduisent à fonder de grandes familles.

Bien entendu, dans la réalité quotidienne, chaque couple construit un équilibre qui lui est propre, où certainement la femme prend une place et un pouvoir que l'homme ne lui refuse pas toujours.

Quoi qu'il en soit, là se trouvent leurs racines, et c'est de là qu'il faut partir pour comprendre à quel point la migration représente un bouleversement douloureux, et combien l'adaptation est difficile.

En effet, la distance est grande par rapport aux valeurs et aux normes admises dans les sociétés "d'accueil" : valorisation de l'épanouissement personnel, "libération" de la sexualité, contrôle des naissances, ...

IL FAUT POURTANT SE GARDER D'OPPOSER CES DEUX SOCIÉTÉS DE MANIÈRE SIMPLISTE : CHEZ LES JEUNES DES PAYS DU MAGHREB, ON ASSISTE ACTUELLEMENT A UN BOULEVERSEMENT DES VALEURS TRADITIONNELLES, COMME CHEZ LES JEUNES MIGRANTS (la deuxième génération, née après 1960, et bientôt la troisième).

Il s'agit donc d'un phénomène de génération, et non d'un phénomène directement lié à la migration.

Chez ces jeunes, on observe l'émergence du couple comme figure affective et non plus seulement fonctionnelle, l'émergence aussi d'un projet de vie, de l'individu ou du couple, qui n'est plus lié au sort de la grande famille.

Les hommes demandent aux femmes d'ajouter les qualités modernes aux comportements traditionnels, comme s'il était possible d'additionner les deux modèles.

Les femmes réagissent de façon ambiguë, en revendiquant à la fois une situation nouvelle et le maintien de leur ancienne condition.

Cette évolution est beaucoup plus sensible dans les villes, et chez les jeunes des milieux les plus favorisés, mais dans les trois pays du Maghreb, de façon différente, on procède à des réformes de la législation sur le mariage, le divorce, la contraception, l'avortement...

QUE REPRESENTE LA MIGRATION ?

Ce n'est généralement pas un choix, mais une nécessité économique, et cela explique que le mythe du retour au pays soit resté si puissant, et entretienne le sentiment qui domine chez les migrants : l'ambivalence, ou la déchirure.

Ambivalence entre désir d'intégration et volonté d'affirmation de ses valeurs propres, entre mode de vie "européen" et mode de vie "traditionnel".

La femme, quant à elle, n'a pas pris part, en général, à la décision d'émigrer : elle a suivi sa famille, ou son mari.

ELLE SUBIT DONC TOUTE LA VIOLENCE DE CETTE CONTRADICTION.

A notre avis, pour la femme, le phénomène de génération prend une importance particulièrement grande.

Si elle a approximativement plus de 25-30 ans, elle reproduit le plus souvent les comportements traditionnels :
elle vit à la maison, au milieu des autres femmes, elle a très peu de contacts avec l'extérieur, elle n'apprend ni la langue ni les habitudes du pays d'accueil. .

Au point de vue de la planification familiale, on peut dire que pour ces femmes de la première génération d'émigrés, le comportement est déterminé par les facteurs qui influençaient et influencent encore les femmes du même âge restées au pays : niveau socio-économique, statut de la femme, valorisation de la fertilité, habitudes religieuses.

Comme elles sont d'origine modeste, puisque leur famille a dû se résoudre à émigrer, cela signifie des maternités successives, une sexualité non vécue par elle-même.

Si elle est plus jeune, elle est partagée entre le respect des valeurs traditionnelles, personnifiées par sa mère, dont elle se sent souvent très proche, à qui elle est toujours très attachée, et l'ambition d'une vie différente : études, vie professionnelle, répartition des rôles dans le couple, limitation du nombre d'enfants, recherche d'une harmonie sexuelle.

Son comportement au point de vue de la planification familiale est lié à ce projet de vie, et la réduction de la taille de la famille, dans le système social européen, permet de protéger les revenus du couple et de donner à chaque enfant, à travers la scolarité, de meilleures chances d'accéder à un statut social supérieur.

ON PEUT DIRE QUE DANS L'UN ET L'AUTRE CAS, LA DIFFUSION DE L'INFORMATION SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES JOUE UN ROLE SECONDAIRE, MEME S'IL EST IMPORTANT :

C'EST LA MOTIVATION QUI COMPTE.

Il est bien évident que ce qu'on appelle "la résistance des femmes migrantes à la contraception" provient essentiellement des ~~résistances~~ conflits qui se jouent en elles entre des tendances contradictoires.

Par exemple, leurs plaintes à propos des contraceptifs oraux (maux de tête, fatigue, vertiges, ...) traduisent une angoisse très profonde, liée à la signification imaginaire du médicament : stérilité, modifications du corps, rupture avec la mère, perte de sa place au foyer, ...

De même, les dispositifs intra-utérins, ou stérilets, sont rejetés parce qu'ils sont considérés comme des corps étrangers susceptibles d'altérer le fonctionnement des organes de la reproduction.

Les moyens mécaniques (diaphragme, cape cervicale) permettent un contrôle direct et constant de la contraception mais nécessitent une manipulation des organes génitaux qui n'est pas acceptée.

Les injections trimestrielles entraînent une aménorrhée et donc un état assimilé à celui de la ménopause ou de la non-fertilité.

La femme fertile doit voir le sang menstruel s'écouler chaque mois, sinon en s'accumulant il provoquera toutes sortes de maladies.

Il est difficile de faire comprendre et surtout de faire admettre qu'un fonctionnement différent du corps soit possible.

LA CONTRACEPTION EST UNE REMISE EN QUESTION DE L'IMAGE DE SOI, ET POUR LA FEMME MAGHREBINE CETTE IMAGE EST RYTHMÉE PAR L'ALTERNANCE DES REGLES ET DES GROSSESSES.

Les méthodes de stérilisation définitive sont souvent refusées pour les mêmes raisons.

Ajoutons qu'il n'y a pas toujours accord dans le couple et que la décision revient, en principe, au mari.

Par contre, quand un choix clair est fait, les problèmes sont les mêmes que pour toutes les femmes : un oubli est toujours possible, l'information n'est pas toujours bien faite, ni bien comprise,...

Pour les adolescentes, la question se pose de manière encore plus aigüe.

Elles sont en effet confrontées à des normes de comportement tout-à-fait opposées :

- relations sexuelles avant le mariage / virginité
- contraception / peur de la stérilité
- corps dévoilé / corps caché

ce qui les mène parfois à une véritable scission de la personnalité, à une séparation totale entre la vie à l'école et les loisirs avec les autres jeunes, et la vie à la maison.

Le choc a lieu au moment du mariage, moment où il faut choisir, comme on l'a vu plus haut, entre deux modes d'existence, avec tous les compromis, toutes les hésitations qu'on peut imaginer.

La situation des jeunes immigrés a souvent été décrite.

Elle mérite une attention particulière par sa gravité :
étrangers dans leur propre pays, étrangers dans le pays d'accueil, entre une scolarité difficile et de très minces chances de trouver un emploi, ils sont parfois acculés à exprimer avec violence leur désarroi.

III. COMMENT MENER A BIEN CET ENTRETIEN ?

I. Il faut avant tout être capable d'énoncer et de critiquer ses propres conceptions sur la famille, le statut de la femme, la contraception,...

Il faut pouvoir contrôler la tentation éventuelle d'orienter l'interlocutrice vers telle ou telle attitude, jugée plus conforme aux normes admises dans notre société.

II. Pour chaque notion nouvelle apparaissant dans la discussion, (enfant, grossesse, vie sexuelle, ...), il faut se demander quelle en est la signification pour la consultante, en se rapportant au contexte culturel dans lequel elle a vécu.

Il faut se rappeler que même dans le pays d'accueil, cette femme vit souvent dans un flot où sont reproduits le décor, les habitudes de la vie quotidienne, les coutumes religieuses du pays d'origine ou de la région.

On sera ainsi capable de comprendre avec elle et comme elle de quoi elle parle, ce qu'elle veut dire, d'identifier sa demande et de la reformuler dans des termes qu'elle acceptera.

III. Il faut tenir compte de ce que représente pour la consultante la personne qu'elle rencontre : l'infirmière, le médecin, l'institutrice ou l'éducateur sont investis d'un pouvoir qu'ils ne possèdent pas toujours.

Elle projette aussi sur eux ses préjugés, ils symbolisent un monde qu'elle réprouve ou qui la fascine, auquel elle désire ou non s'intégrer.

IV. Chaque fois que cela est possible, il faut donner une explication, et lutter contre les idées fausses (pilule = stérilité, allaitement = moyen contraceptif sûr, ...)

Il faut parfois se contenter d'être un technicien, qui fournit l'information demandée, mais qui respecte l'attitude qui est finalement choisie.

Dans certains cas, avec les jeunes par exemple, un soutien plus actif est nécessaire.

V. Il faut être capable de tolérer l'ambiguïté des attitudes, les hésitations et les revirements.

On a vu plus haut comment cela s'explique.

Les choix en matière de planning familial et les problèmes sexuels ne sont d'ailleurs facilement résolus par personne.

La contradiction intime désir d'enfant / refus d'enfant est un sentiment que toute femme connaît. Tout homme aussi sans doute.

VI. Faut-il faire appel à un(e) interprète ?

A notre avis, non. Pourquoi ?

L'entretien est toujours plus facile et plus fructueux dans une situation de face-à face : c'est un dialogue de personne à personne.

L'interprète est une personne de la même nationalité, parfois de la même région, connue ou non de la personne qui consulte, mais dont la présence l'empêchera peut-être d'exprimer des idées ou des désirs qui ne sont pas admis dans leur monde culturel commun.

D'autant que la consultante ne peut pas toujours situer la personne de l'interprète : quel genre de vie mène-t-elle ? est-elle susceptible de raconter ailleurs ce qui s'est dit ? quelle confiance puis-je avoir en elle ?

Dans un monde où le contrôle social est très puissant, ces questions sont compréhensibles.

D'autre part, la présence de l'interprète n'incite pas la consultante à sortir de sa réserve pour tenter d'expliquer ce qu'elle désire : elle s'exprime par la voix de quelqu'un d'autre.

Enfin, la qualité de la traduction n'est pas toujours bonne, et des distorsions peuvent apparaître entre ce qui est exprimé et ce qui est traduit, malgré la bonne volonté de l'interprète.

Cependant de nombreuses femmes maghrébines n'apprennent pas ou peu la langue du pays d'accueil.

Dans ce cas, il est préférable que l'interprète soit une personne choisie par la consultante, même si c'est un enfant : elle s'exprimera plus librement.

D'autre part il est clair que dans une société pluriethnique, les migrants comme les autochtones doivent apprendre les rudiments de leurs langues respectives, et dans les pays d'accueil, les cours d'arabe, de turc, ... se multiplient.

IV. CONCLUSION

Les hommes et les femmes migrants se trouvent devant un dilemme :
d'une part, l'attachement à leur propre culture, qui entraîne le refus d'assimilation, renforcé par un sentiment de rejet de la part du pays "d'accueil"

-la femme en particulier vit souvent la migration comme un exil, et ne trouve son identité que dans l'affirmation des valeurs traditionnelles, dont la plus essentielle est la valorisation de la maternité-

d'autre part, le désir d'intégration dans une société nouvelle, seul moyen d'accéder à un statut social meilleur, pour soi-même ou pour ses enfants

-la femme en particulier est confrontée à une image féminine différente, qui est parfois totalement rejetée, mais qui pour les plus jeunes représente une ouverture vers un changement possible.

Le retour au pays reste un désir très ancré chez beaucoup d'adultes émigrés, alors qu'il est vécu par la plupart des jeunes comme un autre déracinement.

LES BESOINS SPECIFIQUES DES MIGRANTS EN MATIERE DE
PLANIFICATION FAMILIALE ET D'EDUCATION SEXUELLE PROCEDENT
DE CE CONFLIT.

ILS DEPENDENT POUR CHACUN D'ENTRE EUX DES CHOIX, DES PROJETS,
DE L'ORIENTATION QU'IL DESIRE DONNER A SA VIE.

C'EST UN EQUILIBRE DIFFICILE, ET FRAGILE.

A notre avis, il est essentiel d'éviter un écueil :
la création de services spécialement destinés aux migrants.

En les rejetant dans leur différence, cela reviendrait à
dresser des barrières supplémentaires à leur intégration.

L'accueil, dans les services qui existent, doit être évidemment
chaleureux et compréhensif, riche de la connaissance de l'autre,
respectueux des valeurs qui expriment l'appartenance à un monde
différent.

Il est peut-être préférable que certains services comprennent
des équipes entièrement féminines, par exemple.

S'IL Y A BIEN DES BESOINS SPECIFIQUES, QU'IL FAUT CONNAITRE,
IL NE S'AGIT PAS D'Y RERONDRE PAR DES ATTITUDES SPECIFIQUES,
QUI NE FERAIENT QUE RENDRE PLUS DIFFICILE LA CONSTRUCTION D'UNE
SOCIETE ENRICHIE D'APPORTS DIVERS.

BIBLIOGRAPHIE

- OMS : Learning with modules—An approach for nurse, midwife teachers. WHO, Division of Health Manpower Development, 1980.
- OMS, CIE, ULB, ENSP : Planification familiale, dossier pédagogique, 1981.
- Nahoum Ch. : L'entretien psychologique, P.U.F., 1963.
- Mucchielli R. : L'entretien de face à face, E.S.F., 1980.
- La Revue Nouvelle : Demain les immigrés, no 9, 1980, Casterman.
- Bastenier A. et Dassette F. : Elements pour une analyse des phénomènes migratoires contemporains en Europe occidentale, FERES, 1977.
- Hommes et Migrations : Migrants dans la Communauté Européenne, nos 855 et 856, 1974.
- Kayser B. et Baillet P. : Echange inégal des ressources humaines, migrations, croissance et crise en Europe, Hommes et Migrations, no 947, 1978.
- B.I.T., Genève : Main d'oeuvre et croissance démographique mondiale, 1974.
- Pollain-Widar A. : Problèmes spécifiques posés par les migrants de la deuxième génération, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1980.
- Cahiers JEB, Ministère de la Culture française, Bruxelles : Les adolescents migrants en crise d'intégration scolaire et sociale, 1980.
- ESF : Les enfants de travailleurs migrants en Europe—santé—scolarité—adaptation sociale, Paris, 1974.