

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

22733

QUELQUES ASPECTS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
CHEZ LES MIGRANTS

Rapport d'études

par

Dr France Donnay^a et Mme Elke Thoss^b
Sous services contractuels avec l'OMS

^a Gynécologue-obstétricienne, Bruxelles (Belgique)

^b Sociologue, Francfort-sur-le-Main (République fédérale d'Allemagne)

Note

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation ou traduction sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Introduction	1
2. Histoire des migrations en Europe	2
3. Migration et fertilité	3
3.1 Le processus de la migration	3
3.2 Changements au pays d'origine	4
4. Planification familiale et migration	4
5. Enquêtes	5
5.1 La planification familiale chez les femmes marocaines immigrées en Belgique	5
5.2 Enquête sur l'avortement chez les femmes immigrées turques.	11
6. Services	19
6.1 Introduction	19
6.2 L'hôpital	19
6.3 Les centres de planning familial	20
6.4 Consultations avec un interprète	21
6.5 Initiatives "extra-muros"	23
6.6 Besoins des hommes immigrés	24
7. Conclusions et recommandations	25
7.1 Conclusions générales	25
7.2 Recherche	26
7.3 Formation	26
7.4 Matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC)	27
7.5 Services	27
7.6 Premier contact avec une nouvelle clientèle	28
Bibliographie	29

1. Introduction

Au moment où, dans la plupart des pays d'Europe, on s'inquiète du nombre réduit de naissances et où, au niveau politique, un débat s'engage sur les moyens de stimuler la natalité, il nous paraît nécessaire de dire quelques mots du concept de planification familiale. Cela est d'autant plus important que notre propos concerne la planification familiale. Cela est d'autant plus important que notre propos concerne la planification familiale chez les migrants.

L'accroissement du chômage en Europe entraîne dans les pays d'accueil une hostilité grandissante à l'égard des migrants. Les arguments comme "ils sont trop nombreux" ne sont pas rares. En fait, la planification familiale chez les immigrants est l'enjeu d'un débat politique.

Si ce rapport traite des besoins des migrants en matière de planification familiale, nous désirons insister sur le fait que nous adhérons à une conception du planning familial qui respecte le droit des hommes et des femmes de décider eux-mêmes du nombre d'enfants qu'ils désirent avoir et de choisir le moment de leur naissance. La tâche du personnel des services de planification familiale est dès lors de garantir ce droit, pour les autochtones comme pour les migrants.

Bien que nous sachions peu de choses sur les besoins des migrants en matière de planification familiale et de sexualité, nous avons essayé d'en donner un aperçu à travers les deux enquêtes rapportées ici. Nous n'avons pas l'intention d'identifier un nouveau groupe "à risque", mais de faire quelques remarques sur la façon dont on pourrait améliorer les services de santé, pour que la population migrante puisse mieux en bénéficier.

Cette entreprise n'a pas été facile. Dans ce domaine, les recherches sont peu abondantes et sont souvent entachées d'erreurs conceptuelles.

D'après un groupe de recherche de l'Institut de Médecine sociale de l'Université de la Ruhr, à Bochum^a, il est faux de parler des problèmes de santé des migrants. En effet, d'après ces chercheurs, ces problèmes n'existent pas en tant que tels; de plus, une approche globalisante ignore les différences entre les nationalités et aussi entre les divers groupes de migrants.

Après avoir analysé plus de 300 publications, principalement en allemand, portant sur la santé des migrants, cette équipe est convaincue que le défaut fondamental de ces travaux est que la question de base - existe-t-il réellement une différence entre les problèmes des migrants et des autochtones - est complètement occultée. Les travaux considèrent souvent les problèmes socio-médicaux des migrants comme spécifiquement liés à la migration, sans savoir si cela est vrai ou non.

La réflexion sur la santé des migrants est à la recherche d'une approche appropriée. Elle semble osciller entre deux pôles : les problèmes de santé sont analysés soit en termes culturels, soit en termes sociaux. Les deux points de vue recèlent une part de vérité, mais ils ont leurs limites. Tous deux ignorent le fait que nous ne pouvons distinguer les problèmes spécifiques des migrants des problèmes sociaux globaux, aussi longtemps que nous ne disposons pas d'études comparatives sur la santé des migrants et des autochtones.

En résumé, on peut dire qu'il existe peu de données disponibles pour définir des projets politiques, sociaux ou sanitaires. A première vue, la situation est difficile, mais cela peut aussi avoir un effet positif. Chaque fois que nous sommes confrontés avec les résultats des recherches sur les problèmes spécifiques des migrants, nous devons nous poser les questions suivantes : ces données sont-elles réellement différentes de celles établies pour les autochtones ? Dans quelle mesure sont-elles réellement "spécifiques" ?

Ce rapport reflète le travail entrepris à la requête de Mlle Wadad Haddad, fonctionnaire régional pour la planification familiale, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'introduction rappelle brièvement l'évolution historique des migrations en Europe. Nous analysons ensuite les interrelations entre fertilité et migration, en faisant référence à la migration comme processus, comme phénomène dynamique et aux changements qui se produisent également dans les pays d'origine. Le chapitre "Planification familiale et migration" est destiné à préciser l'impact de la migration sur les comportements en matière de planification familiale. Les deux enquêtes présentées ensuite abordent les questions de planification familiale selon deux optiques différentes : l'enquête réalisée en Belgique porte sur les attitudes des femmes immigrées en matière de planning

^a Land, Hövelmann, Neumann & Dietzel-Papakyriakou. Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien - ein Literaturbericht. Bochum, Studienverlag Dr N. Brockmeyer, 1982.

familial, alors que celle effectuée en République fédérale d'Allemagne s'intéresse aux "échecs" des pratiques contraceptives. L'enquête belge a été conduite en collaboration avec Martine Dal, qui a réalisé les interviews. La partie de ce rapport qui relate l'enquête allemande a été rédigée en collaboration avec Christine Holste, qui a également effectué la recherche. Le chapitre "services" décrit et remet en question les orientations dominantes des services de santé destinés aux migrants. Les potentialités et les limites des services "extra-muros", comme les visites à domicile et les groupes de femmes, sont discutées. Les besoins des hommes migrants en matière de planification familiale sont envisagés ensuite, en fonction de la structure familiale propre aux populations immigrées. Les conclusions et recommandations s'adressent principalement aux professionnels de santé qui travaillent effectivement avec les familles migrantes.

2. Histoire des migrations en Europe

Au cours de l'histoire de l'humanité, des peuples ont émigré pour de multiples raisons, notamment économiques, politiques et religieuses. Ainsi, la migration n'est pas un phénomène nouveau mais a pris des formes diverses, en divers lieux, à différentes époques.

En Europe, les mouvements migratoires amorcés avant la deuxième guerre mondiale, se sont accentués après celle-ci et ont fortement augmenté à partir de 1960, dans un contexte de croissance économique; ils ont pris rapidement un caractère structurel.

D'une manière générale, on peut distinguer deux grandes vagues migratoires : la première, venue d'Italie et d'Espagne, puis du Portugal et de Grèce, a commencé en 1945; la deuxième date de 1961 environ et est partie des pays du Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie), de Yougoslavie et de Turquie.

Ces groupes se superposent à une émigration ancienne constituée de ressortissants de pays de l'est ainsi qu'à une migration de type colonial, originaire des pays d'Afrique centrale, d'Asie, des Antilles et qui se retrouve surtout en Grande-Bretagne, en France et aux Pays-Bas.

Le tableau suivant illustre l'importance des flux migratoires en Europe.

Tableau 1. Migrations en Europe occidentale

Pays	Population totale en 1982 ^a	Résidents étrangers en 1982 ^b
République fédérale d'Allemagne	61 638 000	4 667 000
Belgique	9 848 000 ^c	885 720
France	54 219 000	3 680 100
Luxembourg	366 000 ^c	95 789 ^c
Pays-Bas	14 286 000 ^c	537 571
Royaume-Uni	55 742 000 ^c	2 137 000
Suède	8 327 000	405 475 ^d

^a Abrégé des statistiques sanitaires en Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1984.

^b Eurostat, Statistiques démographiques, 1984.

^c Eurostat, Statistiques démographiques, 1981.

^d Folkmängd 1983, Statistiques officielles suédoises, 1984.

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.

A l'origine, le recrutement d'une main d'oeuvre étrangère était fondé sur la conviction que les travailleurs étrangers séjourneraient pendant un temps limité dans les pays d'accueil et retourneraient ensuite dans leurs propres pays. C'est l'inverse qui s'est produit. Les travailleurs migrants ne désiraient pas rentrer au pays après quelques années et se sont installés. Par exemple, en 1983, presque 35% des migrants vivaient depuis 10 à 15 ans en République fédérale d'Allemagne et presque 20% depuis plus de 15 ans.

Dès le début des années 70, quand les conséquences de la crise économique ont commencé à se faire sentir, on a cherché à prévenir un "envahissement" du marché du travail, en limitant les flux migratoires. Jusqu'à présent, ces tentatives ont partiellement échoué. Par exemple, en République fédérale d'Allemagne, le coup d'arrêt donné au recrutement de la main-d'oeuvre étrangère a contribué à renforcer la tendance à l'allongement de la durée de séjour.

Depuis 20 ans, la présence des immigrés se stabilise et s'impose désormais comme un fait social définitif^a. Cependant, le sort des immigrés a beaucoup changé depuis les années 60 : aujourd'hui ils sont bien davantage frappés par le chômage et leur situation devient critique, devant les difficultés d'emploi que connaissent également les autochtones.

3. Migration et fertilité

La fertilité des populations migrantes, élevée en apparence, a fait l'objet de nombreuses discussions et de multiples théories. Si l'on étudie de près les taux de natalité chez les femmes immigrées dans différents pays d'accueil, des changements importants apparaissent.

3.1 Le processus de la migration

Au cours du temps, le nombre des naissances chez les étrangères séjournant en République fédérale d'Allemagne a diminué et s'est rapproché du taux de natalité observé dans la population allemande. La seule différence significative distingue les allemandes des turques, mais cela aussi est en train de changer.

D'après le Bureau national allemand des statistiques, 100 femmes allemandes donnent naissance, en moyenne, à 140 enfants. Pour 100 femmes turques, la moyenne était de 428 enfants en 1975 et est tombée à 357 en 1980. On observe aussi des changements significatifs chez les autres femmes immigrées.

Tableau 2. Nombre moyen d'enfants pour 100 femmes

Nationalité	Nombre moyen d'enfants pour 100 femmes en 1975	Nombre moyen d'enfants pour 100 femmes en 1980
espagnole	180	140
grecque	276	168
italienne	223	192
portugaise	215	153
yougoslave	195	175

Source : BIB Mitteilungen 2, Wiesbaden, 1982.

Pour maintenir la stabilité d'une population, il faut en moyenne 210 enfants pour 100 femmes.

Les causes de cette diminution du taux de natalité sont très complexes. Rappelons d'abord que la migration est un processus, c'est-à-dire un phénomène dynamique, dans le temps et dans l'espace. Elle implique un déplacement, d'un lieu vers un autre lieu et d'un temps vers un autre temps, car le monde d'origine et celui d'arrivée sont si différents, que non seulement l'espace a changé, mais le temps ne coule plus de la même façon.

La migration entraîne une confrontation des normes et des valeurs des pays d'origine avec celles des pays d'accueil. Cela signifie qu'elle est aussi un processus d'apprentissage individuel, au cours duquel le migrant doit décider dans quelle mesure il/elle adoptera de nouvelles valeurs, de nouveaux comportements (par exemple en ce qui concerne la fertilité).

La migration est aussi une expérience économique, dont l'impact est grand sur les relations conjugales et familiales. Une attitude caractéristique des migrants, qu'on appelle la "double planification de la vie", consiste à épargner à la fois pour assurer l'avenir des enfants et pour

^a Demain les immigrés. La revue Nouvelle, N° 9. Bruxelles, Casterman, 1980.

préparer le retour au pays après une vie de travail. Les migrants font très vite l'expérience de ce qu'il en coûte de vivre avec ce concept de la "double vie". Leurs projets sont compromis par la crise économique et l'accroissement du chômage qui les obligent à une réorientation de leurs objectifs, notamment dans le sens d'une réduction du nombre d'enfants souhaités.

Enfin, la migration est aussi un processus de socialisation, particulièrement pour beaucoup de femmes qui sont confrontées pour la première fois avec le monde du travail industriel. L'activité professionnelle croissante des femmes immigrées modifie leur image traditionnelle, liée à la maternité et ouvre la voie à d'autres rôles.

Ces phénomènes, qui expliquent les modifications de la fécondité chez les migrants, évoluent progressivement et sont intriqués de façon complexe, à différents niveaux.

3.2 Changements au pays d'origine

Les migrants n'arrivent pas chez nous sans aucun bagage. Leurs pays d'origine vivent d'énormes transformations. Ainsi, le comportement reproducteur des migrants doit être analysé en tenant compte, de façon dialectique, de la modernisation en cours dans leurs pays d'origine et des conséquences de la migration sur leurs existences personnelles.

Nous avons insisté sur la distance entre les modèles familiaux des pays d'accueil et des pays d'origine. Dans ceux-ci, on considère la famille élargie comme la structure familiale dominante. Actuellement, surtout dans les centres urbains en expansion, mais aussi dans les campagnes, on assiste au passage progressif d'un modèle familial à l'autre, spécialement chez les jeunes, influencés par les médias, qui diffusent d'autres normes culturelles. On observe ainsi l'émergence du couple comme figure affective et non plus seulement fonctionnelle, l'émergence d'un projet de vie, de l'individu ou du couple, qui n'est plus lié au sort de la grande famille.

4. Planification familiale et migration

Les attitudes en matière de planification familiale sont influencées par de multiples facteurs :

- économiques : mode de production prédominante (agricole, industriel), fonction économique de la famille;
- sociaux : rôle social de la famille, statut de la femme, statut de l'enfant, prescriptions religieuses, organisation de l'espace (rural ou urbain), libéralisation de la contraception et de l'avortement;
- sanitaires : mortalité infantile;
- individuels : projet de vie personnel, pour soi et ses enfants, jeu du pouvoir à l'intérieur du couple, rêves, désirs, amour.

La migration intervient dans ce processus non comme un facteur en soi, mais en modulant ces différents éléments. Les migrants sont en effet confrontés à deux représentations sociales de la procréation, généralement très différentes.

En ce qui concerne les migrations européennes, nationales ou internationales, on sait que les sociétés d'origine valorisent plutôt la famille élargie, indispensable dans une économie essentiellement rurale, alors que dans les sociétés d'accueil, beaucoup plus industrialisées, la constellation familiale est réduite à la famille nucléaire, seule organisation familiale possible dans un monde urbanisé. Cependant, à cette confrontation entre deux conceptions de la famille, famille nucléaire et famille élargie, s'ajoute l'opposition entre deux modes de formation de la famille. Alors que dans beaucoup de pays européens, la naissance du premier enfant est de plus en plus tardive, les jeunes couples migrants choisissent d'avoir des enfants pendant les premières années de leur mariage.

Ces attitudes différentes requièrent des pratiques contraceptives différentes. Dans le premier cas, la femme doit utiliser une méthode contraceptive puisqu'elle souhaite retarder la naissance de son premier enfant. La jeune femme immigrée qui désire avoir des enfants dès son mariage n'en a pas besoin. Ainsi, l'absence de planification familiale chez les migrantes peut être le résultat d'un choix rationnel, à certains moments de leur vie et non l'expression d'une incapacité à planifier. La connaissance de ces différents modes de formation de la famille est donc d'une grande importance pour les travailleurs de santé des pays d'accueil.

Chez les migrants, on assiste à un glissement progressif des valeurs et des comportements, d'un modèle à l'autre. Cette évolution se fait très lentement, car elle met en jeu des représentations sociales profondément ancrées : celles qui désignent la famille, la sexualité, la procréation. C'est ainsi que se mêlent, dans les désirs et les pratiques, les valeurs traditionnelles et nouvelles, l'influence du monde occidental et le poids de la tradition, ou l'attachement à la culture d'origine. La plupart des études consacrées à ce sujet montrent qu'en général, le nombre d'enfants souhaités par les migrants de la "deuxième génération" est inférieur au nombre d'enfants que leurs parents désiraient avoir.

En matière de planification familiale, il faut distinguer trois niveaux de décision :

- la démarche contraceptive;
- le choix d'une méthode;
- l'utilisation de cette méthode.

A chacune de ces étapes, les éléments que nous avons cités entrent en jeu, s'inscrivant les uns par rapport aux autres dans une constellation mouvante, un équilibre fragile.

Plus grand sera le degré d'acceptation du modèle familial ouest-européen :

- plus forte sera la tendance à planifier et/ou espacer les naissances;
- plus poussée sera la recherche d'informations sur les méthodes contraceptives modernes;
- meilleure sera leur utilisation.

La transition d'un modèle à l'autre ne se fait pas sans difficultés, sans hésitations, sans revirements. Elle s'accompagne en effet d'un sentiment de transgression, par rapport à la tradition, à la source dont on provient soi-même.

Elle entraîne aussi un bouleversement des rapports de pouvoir dans le couple, puisque c'est à la femme que revient la responsabilité de l'usage des méthodes contraceptives modernes. Celles-ci ne permettent plus le "contrôle" de la sexualité féminine.

Dans la démarche contraceptive, le plus difficile est de dépasser la contradiction entre la nécessité rationnelle, objective, de planifier et l'irrationalité du désir sexuel. Cela vaut pour les migrants comme pour les "nationaux". Chaque femme et chaque couple vit ces difficultés d'une façon qui lui est propre, en fonction d'un trajet personnel inscrit au sein d'une histoire familiale.

5. Enquêtes

5.1 La planification familiale chez les femmes marocaines immigrées en Belgique

Enquête auprès des consultantes marocaines d'un centre de planning familial à Bruxelles.

5.1.1 Objectifs

Nous avons abordé ce sujet à partir d'une pratique, celle d'un centre de planning familial situé au coeur d'un quartier populaire de Bruxelles, où vivent de nombreuses familles immigrées, surtout marocaines et turques.

En premier lieu, nous avons donné la parole aux femmes, au cours d'entretiens individuels menés selon un "guide d'interview".

Les informations recueillies ont fait l'objet d'une analyse, certes qualitative et non quantitative, mais qui nous a paru très instructive.

Ensuite, nous avons fait un bilan critique de l'activité d'un tel centre, pour vérifier notamment dans quelle mesure l'institution est ouverte à l'expression de la dynamique apparue à travers ces récits.

Enfin, la réflexion menée à partir de ce dialogue avec les femmes et l'analyse d'une pratique médicale, psychologique et sociale, nous ont conduit à une remise en cause de la notion de besoins et de services appropriés.

5.1.2 Présentation du Planning Josaphat

a) Le "quartier Josaphat"

L'agglomération de Bruxelles se divise en 19 communes. Chaque commune constitue évidemment une entité hétérogène et les familles immigrées se regroupent au sein de certains quartiers. Dans la commune de Schaerbeek, dont fait partie le quartier Josaphat, les immigrés représentent 33,3% de la population (19,8% en 1970). Parmi eux, 30% viennent du Maroc. Dans le quartier Josaphat, 70% des habitants sont immigrés. La répartition en classes d'âge est très différente dans la population belge et dans les populations immigrées, dont les taux de natalité sont beaucoup plus élevés. A Schaerbeek, par exemple, un jeune de moins de 15 ans sur deux est immigré.

b) Le Planning Josaphat

En 1975, trois médecins généralistes s'installent rue Josaphat, dans un quartier populaire de Bruxelles où vivent de nombreuses familles immigrées, marocaines et turques. C'est le "groupe santé Josaphat", centre de médecine générale et de planning familial.

Au fil du temps, la consultation gynécologique prend de plus en plus d'importance, car la demande s'accroît. Les médecins généralistes s'installent dans des locaux voisins et le centre devient le "Planning Josaphat".

L'équipe s'est agrandie à la mesure des besoins et se compose actuellement de :

- 2 gynécologues;
- 1 infirmière sociale;
- 2 kinésithérapeutes;
- 1 assistante sociale;
- 1 psychologue;
- 1 avocate.

Il s'agit d'une équipe entièrement féminine.

L'assistante sociale est d'origine marocaine. Activités du centre : accueil, consultations médicales, entretiens individuels (problèmes sociaux, psychologiques), conseils juridiques, groupes d'éducation à la santé, groupes de gymnastique.

Le Planning Josaphat a développé des contacts avec les services de santé du quartier : hôpitaux, centres de santé maternelle et infantile, médecins généralistes, centres de santé mentale, associations de femmes immigrées, écoles.

5.1.3 Méthodologie

L'enquête a été réalisée de juin 1982 à mai 1983, avec la collaboration d'une sociologue, qui avait déjà travaillé avec des familles migrantes et qui a fait les interviews.

a) Constitution de l'échantillon

Tous les dossiers médicaux des consultantes de nationalité marocaine ont été mis à la disposition de la recherche. Nous avons ensuite limité le choix de l'échantillon aux clientes dont la dernière consultation remontait à moins d'un an et nous avons ainsi rassemblé 100 dossiers. La taille de l'échantillon a été fixée à 1/3 des dossiers, soit 30 sujets.

Au cours de la formation de l'échantillon, nous nous sommes heurtées à de nombreux obstacles, principalement d'origine culturelle et ces difficultés, qui constituent elles-mêmes matière à analyse, nous ont amené à poursuivre des démarches complémentaires.

Nous avons rencontré des consultantes du Planning, après leur accouchement, à la clinique "César De Paepe" où travaille une gynécologue de l'équipe. Le dialogue entre ces femmes qui connaissent le Planning Josaphat et les autres accouchées d'origine marocaine qui ne fréquentaient que l'hôpital, et l'analyse comparative de ces deux situations, se sont révélés pleins d'intérêt.

D'autre part, nous avons eu l'occasion d'interroger collectivement cinq femmes marocaines, qui suivent le même cours de promotion sociale organisé par une association d'immigrés "le Piment". L'enseignante, marocaine elle aussi, a d'abord été interviewée et a sensibilisé les autres femmes à l'intérêt de cet entretien.

Notre échantillon est donc composé comme suit :

- 23 femmes interrogées au Planning Josaphat;
- 5 femmes interrogées à la Clinique César De Paepe;
- 5 femmes interrogées ensemble à l'Association le Piment.

Soit 33 femmes, 33 "récits de vie".

b) Déroulement des interviews

Nous avons opté pour une prise de contact directe et verbale. Dans certains cas, plusieurs contacts successifs furent nécessaires avant que la consultante accepte l'idée de l'entretien. L'équipe servait souvent d'intermédiaire entre la cliente et la sociologue chargée de l'enquête, afin de combattre les préjugés et les craintes à propos des enquêtes sociologiques.

Certaines femmes, qui pourtant s'exprimaient bien en français, avaient tendance à se réfugier derrière des difficultés linguistiques pour éviter un entretien individuel et demandaient à être aidées par leur mari. Nous avons essayé - et souvent réussi - de les convaincre de l'importance d'un contact personnel et nous avons insisté sur le caractère anonyme de ces entretiens. D'autres, au contraire, souhaitaient d'emblée éviter l'intervention de leur mari, ou d'un autre membre de la famille.

L'intervention d'une interprète ne fut jamais nécessaire, ni souhaitée. Presque tous les interviews ont eu lieu au Planning, dans une pièce réservée aux entretiens individuels, calme et accueillante. Quelques-unes se sont déroulées à domicile, par commodité, notamment parce que certaines femmes enceintes étaient au repos complet, mais toujours en tête-à-tête.

A la Clinique, la prise de contact était facilitée par la situation des femmes, récemment accouchées et fières de raconter leur expérience, sécurisées par la présence des autres femmes, dans la chambre commune, heureuses de parler de sujets qui leur tiennent à coeur. Par contre la durée des entretiens était plus limitée et la conversation souvent interrompue par les interventions du personnel soignant.

c) Description de l'échantillon

Age

de 15 à 19 ans	2
de 20 à 24 ans	9
de 25 à 29 ans	16
de 30 à 35 ans	6
	<u>33</u>

Etat civil

mariées	28
séparées	1
célibataires	2
veuves	2
	<u>33</u>

Niveau d'études

études primaires	10
études secondaires	8 (1er degré)
	3 (2ème degré)
études supérieures	5
aucune scolarité	2
inconnu	5
	<u>33</u>

Occupation actuelle

étudiante	2
travail à l'extérieur	8
chômage	13
travail à la maison	10
	<u>33</u>

Parmi les huit femmes qui travaillent, six ont fait des études supérieures : une secrétaire, une infirmière, deux assistantes sociales, une pharmacienne, une comédienne.

Professions du père et de la mère

Neuf couples parentaux résident au Maroc. Parmi les autres, qui résident tous en Belgique :

Père

ouvrier	9
employé	1
chômeur	9
pensionné	4
malade ou invalide	2
inconnu	8
	<u>33</u>

Mère

ménagère	23
invalide	1
décédée	1
inconnu	8
	<u>33</u>

Origine des deux parents

rurale	10
urbaine	18
non précisé	5
	<u>33</u>

Age à l'arrivée en Belgique

0-5 ans	3
6-10 ans	7
11-15 ans	9
16-20 ans	4
plus de 20 ans	5
inconnu	5
	<u>33</u>

Composition de la famille à l'arrivée en Belgique

Presque toujours, le père arrive seul et si la situation est favorable, il fait venir sa femme et ses enfants, environ un an plus tard. D'autres enfants naissent en Belgique.

Logement

vit en couple	17
vit en couple et avec sa famille	8
célibataire, vit avec sa famille	2
vit seule (avec ses enfants)	2 (veuves)
inconnu	4
	<u>33</u>

Cette question évoque le problème de "l'espace", notion sur laquelle nous reviendrons.

C'est d'ailleurs un sujet que la plupart des personnes interviewées ont abordé spontanément. On peut poser comme hypothèse que le mode de logement choisi, en couple ou en famille, est un des indices du degré d'autonomie par rapport au modèle traditionnel.

5.1.4 Résultats

A partir de ces entretiens, nous avons essayé de dégager les éléments moteurs de la démarche et de la pratique contraceptive, les attitudes à l'égard de l'éducation sexuelle et l'impact de la migration sur ces comportements.

L'impression marquante qui se dégage de tous ces récits est l'image que ces femmes ont et donnent d'elles-mêmes : elles ne se définissent pas d'une manière individuelle, comme des entités séparées, avec une trajectoire et un projet personnel, mais comme le centre de forces qui s'entrecroisent.

La femme marocaine transplantée dans la société belge doit trouver un équilibre entre les différents modèles qui lui sont proposés. L'effort d'évaluation qu'elle en fait, qu'il aboutisse au rejet ou au désir d'adaptation, est trop difficile, requiert trop d'énergie pour qu'elle puisse trouver son identité dans un projet individuel. Elle est placée devant un choix : ou bien elle s'isole, s'enferme chez elle, défend le mode de vie traditionnel, se replie sur elle-même et perd tout contact non seulement avec le monde qui l'entoure, mais avec ses propres enfants, ou bien elle s'adapte peu à peu, dans un effort constant, et souvent au prix d'un affrontement avec sa famille ou son mari.

Tous les témoignages que nous avons recueillis sont traversés par ces contradictions, vécues par chaque femme d'une manière qui lui est propre. Elles s'expriment d'une façon exemplaire dans leurs attitudes par rapport à la planification familiale et à l'éducation sexuelle.

Une analyse plus précise du matériel rassemblé nous a conduit à répartir ces consultantes en trois groupes :

- les femmes qui fréquentent le Planning;
- à travers elles, comme "en filigrane", leurs mères;
- les femmes qui fréquentent l'hôpital.

Cette classification a évidemment une valeur relative. Elle prend comme critère (il s'est imposé à travers les récits) la notion d'espace, de réseau de communication entendue au niveau sociologique comme élément significatif d'un comportement, d'une "manière d'être au monde".

Ce critère, dans notre travail, s'est exprimé à travers le mode de résolution d'un problème : celui de la planification familiale, problème essentiellement culturel, accessoirement médical (lieu où on va chercher l'information, ce qu'on en fait, etc.).

a) Les femmes qui fréquentent le Planning Josaphat

Elles sont jeunes (entre 20 et 30 ans). Elles ont en commun le fait d'avoir eu de nombreux contacts avec la société belge :

- elles sont nées en Belgique, ou y sont arrivées très jeunes, c'est-à-dire qu'elles y ont vécu la plus grande partie de leur scolarité;
- ou elles sont arrivées plus récemment mais ont bénéficié d'une ambiance familiale particulièrement favorable;
- ou elles ont une personnalité forte, ce qui leur a permis d'affronter les conflits avec leurs parents ou leur mari (puisqu'elles sont toujours placées sous l'autorité des uns ou la protection de l'autre);
- ou leur mari est lui-même très ouvert, désireux de les aider à s'épanouir.

Quoiqu'il en soit, cela aboutit à une meilleure connaissance et à une meilleure compréhension de l'espace où elles vivent, à une meilleure intégration dans la société belge.

Elles connaissent le Planning le plus souvent par des amies et choisissent d'y revenir parce qu'elles y trouvent un accueil chaleureux, une information détaillée, une discussion ouverte sur les problèmes qui les préoccupent et qu'elles ont à ce point de vue une certaine exigence.

En même temps, la référence à l'image maternelle est constante dans leur discours et apparaît comme un élément très important de la formation de leur personnalité.

D'une génération à l'autre, on observe une tendance nette à réduire la taille de la famille : les femmes qui forment notre échantillon souhaitent trois ou quatre enfants (leurs maris également, d'après elles), alors que leurs mères en ont eu en moyenne six à sept.

Cette attitude est plus compatible avec leur désir de ne pas vivre confinées à la maison comme leur mère et d'avoir une vie professionnelle.

D'autre part, la situation économique renforce leur décision de limiter les naissances, d'autant qu'elles expriment souvent le souhait de donner à chaque enfant de meilleures chances d'accéder à un statut social supérieur. Pilule et dispositif intra-utérin (DIU) sont les seuls moyens utilisés le plus souvent en alternance.

La pilule est considérée par toutes celles qui répondent comme la méthode la plus efficace et est bien utilisée. Cependant de nombreux effets secondaires sont décrits, qui expriment une résistance qui reste vive.

Résistance qui n'est évidemment pas due à un défaut de compréhension, ni dans le cas des femmes que nous avons interrogées au Planning, à un manque d'information, mais aux conflits qui se jouent en elles entre des tendances contradictoires : désir et refus d'enfant, valorisation traditionnelle de la fertilité et remise en question du statut de la femme. Par exemple, leurs plaintes à propos de la pilule (maux de tête, fatigue, vertiges) traduisent une angoisse très profonde, liée à la signification imaginaire du médicament : stérilité, rupture avec la mère...

Le DIU est bien accepté et ne subit aucune critique, une fois l'idée d'un "corps étranger" acceptée, une fois dépassée la peur d'une altération des organes de la reproduction.

La piqûre trimestrielle, connue mais non utilisée parce qu'elle entraîne une prise de poids et qu'en supprimant les règles, elle crée un état assimilé à celui de la ménopause et de la non-fertilité. C'était pourtant, d'après elles, le moyen le plus utilisé par leurs mères, mais lorsque celles-ci ne voulaient plus d'enfants et non comme moyen d'espacer les naissances.

Les méthodes mécaniques (diaphragme, cape cervicale) nécessitent une manipulation des organes génitaux qui n'est pas acceptée.

Nous avons essayé de savoir d'où venait l'information, si elle leur paraissait suffisante ou non, et qui faisait le choix de la méthode contraceptive (elles-mêmes, leurs maris ou les deux ensemble). Nous avons aussi interrogé ces femmes sur la place de la religion. Celle-ci ne nous est pas apparue comme une variable en tant que telle. L'argument religieux est utilisé pour retrouver une cohérence perdue, pour justifier une attitude (par exemple, la peur de la stérilité, de la contraception, de la sexualité). Par contre, quand il y a accord dans le couple, la transgression se fait aisément, par exemple à propos d'une démarche contraceptive : "on est bien obligés, on ne peut pas faire autrement". Toutes se plaignent de l'indigence de leur éducation sexuelle. Pour presque toutes, cette éducation, succincte et souvent inexacte, trouve sa source dans des conversations avec des amies ou des soeurs plus âgées (deux fois, une tante un peu plus âgée), c'est-à-dire des femmes de la même génération. La mère est souvent explicitement exclue, parce que peu informée elle-même; il lui est souvent reproché d'être dure avec ses filles, de les tenir à l'écart de toute information. En général, les femmes interrogées n'ont pas confiance en leurs mères dans ce domaine. On peut s'interroger sur l'impact de la migration sur ce conflit de génération. Il semble qu'au Maroc, les mêmes attitudes des mères envers leurs filles soient retrouvées. Là-bas comme ici, les femmes plus jeunes revendiquent le droit à une meilleure éducation sexuelle et considèrent l'harmonie sexuelle du couple comme un élément important de son équilibre. Les femmes interrogées souhaitent aussi établir un dialogue avec leurs enfants, leur donner une certaine éducation sexuelle et comptent aussi sur l'école pour cela.

b) Caractéristiques des mères

Elles sont présentes, pour la plupart, à travers les récits de leurs filles. Presque toujours, la mère joue le rôle que lui attribue traditionnellement la société musulmane : elle vit à la maison, au milieu des autres femmes, a très peu de contacts avec l'extérieur, n'apprend par la langue du pays d'accueil, en rejette les habitudes.

Son comportement au point de vue de la planification familiale est déterminé par les facteurs qui influençaient et influencent encore les femmes du même âge restées au pays : bas niveau socio-économique, statut de la femme, valorisation de la fertilité, mortalité infantile élevée. Sa vie est rythmée par des maternités successives et tout entière consacrée à l'éducation des petits enfants. Elle ne reçoit aucune éducation sexuelle.

Cependant, ces femmes plus âgées qui ont fait la preuve de leur fertilité, ont acquis par là un statut nouveau. L'âge, en même temps qu'il leur ôte le pouvoir de procréer, leur donne une autorité nouvelle et une liberté de parole et d'allure, une indépendance, dont ne jouissent pas les femmes plus jeunes.

Bien entendu, la migration joue là un rôle défavorable, puisqu'elle rompt cet équilibre. La migration, c'est la perte de la puissance féminine cachée, née des relations tissées entre les maisons et les ruelles de la vieille ville. C'est aussi la perte de l'autorité exercée sur les enfants, sur la famille.

c) Caractéristiques des femmes qui fréquentent l'hôpital

Elles forment un autre groupe et bien qu'ayant le même âge que les femmes qui consultent le Planning, elles s'en différencient tout-à-fait :

- souvent elles sont arrivées plus récemment en Belgique;
- elles ont plus d'enfants;
- elles sont très isolées.

Dans la ville où elles se déplacent rarement seules, elles suivent des chemins connus entre différents lieux qui, reliés l'un à l'autre, forment un espace clos : la maison, l'hôpital, le centre administratif (commune, chômage), l'école, l'épicerie.

On retrouve ici une corrélation entre les variables suivantes : espace limité/contacts réduits, insertion difficile/comportement traditionnel/méconnaissance des moyens contraceptifs, absence de planification familiale, absence d'éducation sexuelle, grossesses précoces et rapprochées, nombre élevé d'enfants, ce qui renforce l'isolement.

Devant un problème de santé, elles réagissent de la façon la plus immédiate et la plus simple, en allant à l'hôpital. Elles ne connaissent pas autre chose. Nous n'avons interrogé qu'un petit nombre de ces femmes, mais il serait passionnant de les écouter davantage, d'autant que ce sont elles qui ont certainement le plus besoin d'être soutenues dans leur effort d'adaptation.

5.2 Enquête sur l'avortement chez les femmes immigrées turques

5.2.1 Remarques préliminaires

Dans les consultations de planning familial, il faut tenir compte de l'influence des facteurs sociaux sur la sexualité, la grossesse, l'avortement. Derrière les barrières de langue se cachent souvent une évaluation différente des problèmes de santé, un autre type de rapports familiaux et cette "double planification de la vie" spécifique aux migrants. Ainsi la planification familiale, la grossesse et l'avortement sont vécus dans un double contexte et dans une approche culturelle différente des problèmes familiaux et sanitaires.

La petite enquête sur l'avortement chez les femmes turques, réalisée à Berlin (Ouest) en 1982, a essayé de répondre aux questions suivantes :

- 1) Quelle est la cause des grossesses non planifiées chez les femmes turques et lesquelles aboutissent à un avortement ?
- 2) En quoi les femmes turques se sentent-elles concernées par les aspects légaux de l'avortement et quel peut être l'apport des structures d'accueil en cette matière ?
- 3) Que signifie l'avortement pour les femmes turques et comment utilisentelles le système de santé, dans ce cas ?
- 4) A partir de l'expérience de l'avortement, peut-on sensibiliser ces femmes au planning familial ?

L'enquête a consisté en l'analyse statistique des observations de 29 femmes turques, admises dans un hôpital public de Berlin (Ouest) situé dans un quartier à haute densité de migrants.

En même temps, la situation des structures de conseil où les renseignements ont été recueillis a été étudiée et évaluée. Comme la loi allemande prévoit que la femme qui souhaite un avortement doit obligatoirement se présenter dans un de ces centres d'accueil, nous avons pensé qu'en observant et en analysant la consultation, nous pourrions percevoir dans toute leur complexité les causes des grossesses non désirées et le processus de décision conduisant à l'avortement.

Ce type de recherche est nécessairement limité, puisque le recours aux structures d'accueil est obligatoire; le recrutement n'est donc pas basé sur une adhésion volontaire. C'est pourquoi, en plus de ces 29 femmes nous avons interrogé à domicile 12 femmes migrantes qui ont accepté de participer à la recherche.

L'étude a également cherché à comparer les données concernant les femmes allemandes, venues pour avortement dans la même clinique et celles concernant les femmes turques. Bien que le statut socio-économique des allemandes soit légèrement différent, il semble qu'une comparaison prudente puisse être faite.

5.2.2 Caractéristiques des consultantes allemandes et turques souhaitant un avortement

En premier lieu, les différences d'âge sont frappantes. La majorité des turques qui sollicitent un avortement a entre 30 et 34 ans. Les allemandes sont en général beaucoup plus jeunes (21% entre 16 et 19 ans). Les deuxième et troisième groupes importants se situent entre 30-34 ans (19%) et 40-44 ans (19%).

Tableau 3. Age des clientes allemandes et turques

Groupe d'âge	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
16-19	10 (21%)	-
20-24	5 (10%)	4 (14%)
25-29	6 (12%)	6 (21%)
30-34	9 (19%)	11 (38%)
35-39	7 (15%)	5 (17%)
40-44	9 (19%)	2 (7%)
45-49	2 (4%)	1 (3%)
Total	48 (100%)	29 (100%)

La différence la plus importante entre les allemandes et les turques concerne leur situation familiale.

Parmi les allemandes, il y a presque autant de célibataires (35%), que de femmes mariées (44%). La situation est tout à fait différente chez les turques. Elles sont pratiquement toutes mariées (93%), ce qui indique que chez elles la vie sexuelle est vécue beaucoup plus souvent au sein du mariage que dans une autre forme de relation.

Tableau 4. Statut familial des clientes allemandes et turques

Statut familial	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
Célibataire	17 (35%)	1 (3,5%)
Mariée	21 (44%)	27 (93%)
Divorcée, séparée, veuve	10 (21%)	1 (3,5%)
Total	48 (100%)	29 (100%)

Le nombre différent d'enfants chez les allemandes et les turques est l'expression d'un style de vie différent, ainsi que d'une autre représentation culturelle de l'enfant. Mais nous avons déjà montré que le processus de la migration change les comportements en matière de reproduction. En majorité, les migrants modèlent leur style de vie, de plus en plus, sur celui de la population allemande, à l'exception des migrants turcs. Cependant leur fertilité est également en diminution. Parmi les femmes turques consultant pour avortement, on peut distinguer deux groupes à peu près égaux : a) les femmes qui ont 1 ou 2 enfants (31%); et b) celles qui en ont 3 ou 4 (38%).

Tableau 5. Nombre d'enfants des clientes allemandes et turques

Nombre d'enfants	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
0	20 (42%)	2 (7%)
1-2	25 (52%)	9 (31%)
3-4	3 (6%)	11 (38%)
5-6	-	5 (17%)
7-8	-	2 (7%)
Total	48 (100%)	29 (100%)

Quand on examine l'âge moyen des enfants des femmes allemandes et turques consultant pour avortement, on constate que dans les deux groupes, la majorité des femmes consultant quand leurs enfants ont entre cinq et neuf ans et que lorsque les enfants sont plus âgés, les allemandes continuent à solliciter un avortement et ce, assez fréquemment, alors que chez les turques, la demande décroît fortement.

Tableau 6. Age moyen des enfants des clientes allemandes et turques

Age moyen des enfants	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
0-4	3 (11%)	7 (26%)
5-9	8 (29%)	11 (41%)
10-14	6 (21%)	3 (11%)
15-19	6 (21%)	1 (4%)
0-24	2 (7%)	1 (4%)
Pas de réponse	3 (11%)	4 (15%)
Total	28 (100%)	27 (100%)

Enfin, le nombre de fausses couches et de mort-nés nous informe sur l'état de santé des allemandes et des turques. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé chez les turques. Une des causes de cette situation est le fait bien connu, encore que non systématiquement recherché, que les turques n'utilisent pas suffisamment pendant la grossesse les mesures préventives qui leur sont offertes.

Tableau 7. Nombre de fausses couches et de mort-nés chez les clientes allemandes et turques

Nombre de fausses couches et de mort-nés	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
0	42 (88%)	21 (73%)
1	2 (4%)	3 (10%)
2	1 (2%)	3 (10%)
3	-	-
inconnu	3 (6%)	2 (7%)
Total	48 (100%)	29 (100%)

5.2.3 Les problèmes de santé et l'information insuffisante sont deux facteurs qui conduisent fréquemment à une grossesse non désirée

Des problèmes de santé ainsi qu'une information insuffisante sont souvent des facteurs qui contribuent à des grossesses indésirées.

L'idée que la planification familiale doit être envisagée comme un processus discontinu prévaut dans les publications récentes^a. Ce point de vue est ici confirmé par les modes de comportement des migrantes, sans que ceux-ci soient nécessairement caractéristiques.

La pression extraordinaire que les femmes immigrées subissent à cause de leurs conditions de vie et de travail explique le fait qu'elles interrompent fréquemment leurs méthodes contraceptives. La majorité des turques, interrogées dans les six mois qui suivent leur avortement, avaient déjà pris la pilule pendant des années (celles qui n'emploient que des méthodes traditionnelles sont très peu nombreuses) et cependant un certain nombre d'entre elles se plaignent de sérieux problèmes de santé, comme dans le cas suivant :

"J'ai toujours eu l'habitude de travailler aux champs, jusqu'à la dernière semaine de grossesse. J'ai également beaucoup de choses à faire à la maison, mais là, on est beaucoup plus préoccupé de soi-même que d'autre chose. Je suis beaucoup plus à l'écoute de mes propres sensations que je ne l'étais à la maison. Ici, j'ai beaucoup plus de problèmes physiques que je n'en avais là-bas. Parfois, j'ai mal de la tête aux pieds..."

Sans aucun doute, les plaintes subjectives des femmes ont augmenté avec l'immigration; elles sont la conséquence de leurs multiples charges, (travail domestique, emploi, travail surnuméraire), aussi bien que de leur insécurité légale et sociale qui entraîne une angoisse additionnelle. Toutes les femmes interrogées ont un emploi, la plupart depuis l'immigration^b. Souvent ces femmes se plaignent de céphalée, de dépression, d'une sensation constante de malaise ("comme une sensation de vide, comme si je ne m'appartenais pas à moi-même"). Si ces symptômes persistent et se développent, ils sont considérés comme des effets secondaires de la pilule, qui alors, logiquement, est rejetée - signe que les femmes n'intègrent pas les instructions du médecin. Dans beaucoup de cas, elles reviennent aux méthodes qu'elles connaissent et que nous considérons comme non fiables (par exemple, le coït interrompu)^c. Le fait qu'elles ne consultent pas le médecin après avoir abandonné la pilule témoigne de leur confiance en des formes traditionnelles de contrôle des naissances.

Vraisemblablement, aussi longtemps que les méthodes traditionnelles paraissent suffisamment valables ("Cela a marché pendant un an et demi") il semble moins nécessaire de recourir à des moyens modernes comme la pilule ou le stérilet. Parfois, une information erronée est donnée au médecin quant à l'évolution d'une grossesse non désirée, soit par peur des commentaires discriminatoires, soit parce que ce que l'on sait de la contraception n'est simplement pas exposé au médecin.

Les médecins aussi sont responsables de grossesses non désirées. Cela a été mis en évidence récemment, dans la littérature portant sur l'avortement chez les femmes allemandes^d. Nous pouvons confirmer cela dans le cas des migrantes turques. Les femmes qui ont reçu une information insuffisante sur la façon de prendre la pilule, et qui ne peuvent lire les instructions écrites en turc inventent leur propre système - non médical - et prennent la pilule selon leurs besoins. L'éventail des modes d'utilisation de la pilule, quand l'information est inadéquate, peut ainsi prendre des proportions fantastiques, jusqu'à faire prendre la pilule par le mari.

^a Résumé dans : Oeter, K. & Wilken, M. Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Berlin (Ouest)/Stuttgart/Köln/Mainz, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1981, p. 317 (Schriftenreihe des Bundesministers).

^b Au moment des interviews, cinq femmes étaient employées en usine, trois dans une entreprise de nettoyage, une venait d'être licenciée et une travaillait dans un jardin.

^c Prenant l'exemple du coït interrompu, Langley note que l'indice de Pearl n'est pas la seule mesure de la fiabilité de cette méthode. Pour 50% des hommes, le coït interrompu peut être considéré comme fiable s'il est pratiqué avec succès pendant 5 à 10 ans. Voir Langley, L.L., Contraception. Pennsylvania, Dowden, Hutchinson & Ross, 1973, p. 13.

^d Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten Paragraph 218 StGB, Bd. 92/3. Berlin (Ouest)/Stuttgart/Köln/Mainz, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1982, p. 27-28 (Schriftenreihe des Bundesministers).

Qu'une femme étrangère décide ou non de suivre l'avis de son médecin dépend du temps consacré par celui-ci/celle-ci à donner des conseils et donc de son sens social. En dernière analyse, il ou elle doit savoir jusqu'à quel point ses conseils sont suivis, dans quelle mesure ils sont adaptés aux conceptions (santé, culture) et aux possibilités économiques de la cliente.

5.2.4 Conflits survenant pendant la grossesse

Puisque le système de valeur fondé sur la famille n'a pas du tout perdu sa validité chez les migrants turcs vivant dans notre pays, on peut affirmer que la décision d'avorter est, en principe, source de conflit. D'une part, le discours des femmes révèle des modèles familiaux véhiculés par leur culture et qui, réactivés, jouent un rôle dans le processus de décision où sont engagés les partenaires. D'autre part, la réalisation de tels modèles échoue en face des tensions ressenties dans le pays d'accueil.

Le point de référence peut être :

- la famille ("J'ai dit à mon mari : si nous pouvons élever deux enfants, nous pouvons également en élever trois");
- la preuve de sa propre fertilité ("Je lui ai dit : je ne suis pas capable d'avoir un fils, alors lui non plus n'est pas capable de faire un fils; ce n'est pas uniquement ma faute si nous ne pouvons avoir de fils");
- le sexe des enfants avec l'expérience des précédents ("Je n'ai jamais fait que des fils et le prochain serait un garçon également");
- ou le délai préférable entre les naissances ("Ma belle-fille et moi aurions des enfants à peu près en même temps; c'est impossible").

Il est bien entendu impossible de comprendre une demande d'avortement sans connaître le système de valeurs au sein duquel elle se situe.

Tableau 8. Nombre de grossesses précédentes
chez les clientes allemandes et turques

Nombre de grossesse	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
0	18 (38%)	1 (3%)
1	3 (6%)	1 (3%)
2	19 (40%)	2 (7%)
3	4 (8%)	8 (28%)
4	2 (4%)	3 (10%)
5	-	5 (17%)
6	-	3 (10%)
7	-	3 (10%)
8	-	2 (7%)
inconnu	2 (4%)	1 (3%)
Total	48 (100%)	29 (100%)

Il est également frappant de constater que la décision d'avortement n'est prise que lorsque la femme a donné naissance à plusieurs enfants et que la famille a atteint une certaine taille ("J'ai maintenant 33 ans et j'ai été enceinte six fois. Je pense que c'est assez"). C'est vrai aussi pour les allemandes, sur le plan national. La plupart sont mères d'un ou deux enfants. Pour les turques interrogées, l'argument d'une planification familiale "rétrospective" est souvent évident. La décision est évidemment fortement influencée par les contingences et les problèmes créés par l'arrivée d'un autre enfant.

La gamme des problèmes que rencontrent les familles immigrées est étonnamment constante. Problèmes financiers (dettes, crédits, financement de la construction d'une maison en Turquie), aide financière aux membres de la famille, soins aux enfants en âge préscolaire, nécessité du salaire complémentaire de la femme, qui peut manquer en cas de grossesse, manque d'espace vital^a; tous ces problèmes se posent, souvent simultanément et deviennent des facteurs déterminants de la décision. Au centre de nombreux conflits suscités par la grossesse, et entraînant un sentiment de culpabilité, on retrouve le fait que beaucoup de couples ont laissé grandir certains de leurs enfants en Turquie, simplement parce qu'ils n'avaient pas la possibilité de s'en occuper. Ainsi, moins de la moitié des familles interrogées s'étaient arrangées pour rassembler tous leurs enfants en Allemagne. Dans ces cas, l'avortement apparaît comme la seule solution ("C'est encore plus dur de donner naissance à des enfants puis de les envoyer en Turquie").

Contrairement à ce qui se passe dans les familles allemandes, les deux partenaires participent généralement à la décision^b. S'ils ont trouvé une solution qui préserve les projets d'avenir, alors un accord est possible. La décision fait toujours l'objet de controverses s'il y a désaccord quant au désir d'enfant.

D'habitude les amies, les voisines et les collègues de travail sont également impliquées, surtout sur le plan pratique (par exemple dans le choix d'un médecin, d'un hôpital, etc.) ("Mihriban, dit-elle, ce sera peut-être une fille; on ne peut compter que sur les filles; on ne peut rien attendre des fils, plus tard"). Cependant, elles ont rarement une influence directe sur la décision d'avorter. Il ne faut pas surestimer l'assistance ainsi apportée pour surmonter, sur le plan émotionnel, les effets de la décision.

5.2.5 Confirmation médicale de la grossesse, accès aux filières prévues par la loi

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, les étrangères sont peu informées des dispositions légales concernant l'avortement^c. Le manque d'information et une connaissance très rudimentaire de l'allemand les désavantagent si elles s'adressent aux circuits officiels.

Tableau 9. Profession des clientes allemandes et turques demandant un avortement

Profession	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
Employée	5 (10%)	- -
Employée à des tâches subalternes	22 (46%)	8 (28%)
Apprentie, stagiaire, étudiante	9 (19%)	- -
Ménagère	8 (17%)	7 (24%)
Ouvrière	2 (4%)	11 (28%)
Sans emploi	2 (4%)	3 (10%)
Total	48 (100%)	29 (100%)

Dans cette situation, le premier médecin qu'elles consultent joue un rôle "clé" car sa fonction est, pourrait-on dire, de tracer la voie. S'il aide la consultante en l'adressant au "Sozialberatungsstelle"^d ou à un hôpital, elle aura la possibilité de suivre la filière sans grande perte de temps.

^a Voir Materialien zum Bericht.

^b Materialien zum Bericht indique que 47% des allemandes prennent leur décision seules, et parmi les femmes mariées, 41%. Pour l'ensemble de l'échantillon (N=388), une femme sur trois prend la décision seule.

^c Voir aussi : Ausländerinnen in Hamburg, Gesundheitswissen-Gesundheitsverhalten, Hamburg, 1981, pp. 80ff.

^d Agence consultative sociale spécifique à Berlin (Ouest).

Les turques préfèrent consulter un médecin en qui elles ont confiance, dont elles connaissent la position par rapport à l'avortement. Quelquefois, elles obtiennent par des amies des adresses où on peut être reçue, par exemple "par une femme médecin qui provoque l'avortement avec une piqûre" - comme si elles cherchaient un traitement-miracle, qui alors s'avère illusoire. Quand elles voient le médecin, elles sont en général tout à fait sûres d'être enceintes et demandent un contrôle médical. A ce moment, la décision d'avorter est en général déjà très claire chez les turques^a. Dans un certain nombre des cas que nous avons enregistrés, la réaction du médecin semble avoir été neutre. Il n'a pas proposé d'aide sociale à court terme et n'a pas cherché à exercer une influence, positive ou négative, par des remarques d'ordre moral.

Les médecins réfèrent rarement leurs clients étrangers au "Bureau d'aide sociale"^b. En règle générale, les turques sont satisfaites des traitements médicaux. Elles n'attendent pas spécialement un avis, mais plutôt l'acceptation de leur propre décision. D'après notre enquête, il ne faut pas plus de temps aux turques qu'aux allemandes pour affirmer celle-ci clairement.

Tableau 10. Nombre d'avortements précédents chez les clientes allemandes et turques demandant un avortement

Nombre d'avortements	Nombre de femmes allemandes	Nombre de femmes turques
0	35 (73%)	13 (45%)
1	8 (17%)	9 (31%)
2	2 (4%)	3 (10%)
3	-	2 (7%)
4	-	-
5	-	1 (3,5%)
inconnu	3 (6%)	1 (3,5%)
Total	48 (100%)	29 (100%)

5.2.6 Hospitalisation

Un nombre considérable d'étrangères sont envoyées à l'hôpital par le médecin qui a confirmé la grossesse. Mais elles peuvent aussi y être adressées par le service social qu'elles ont consulté. Toutes les femmes que nous avons interrogées se sont rendues à l'hôpital de leur secteur et la moitié environ connaissait cet hôpital par leurs accouchements précédents. Celles qui avaient gardé un bon souvenir de leur séjour hospitalier étaient moins effrayées, mais celles qui ne connaissant par l'hôpital, en avaient entendu de la part de leurs amies des commentaires négatifs, s'y adressaient quand même, à cause de sa proximité.

Il est frappant de constater que ces femmes ne s'accordent jamais un temps de réflexion avant d'aller à la clinique. Dès qu'elles ont reçu leur "indication sociale", elles prennent contact avec l'hôpital et demandent leur admission, manifestement dans l'espoir que le dernier obstacle soit franchi.

"Finalement j'y suis allée, à dix heures du matin. J'avais pris toutes mes affaires, pensant qu'ils me garderaient là. En bas, l'infirmière a tout noté, numéro de téléphone, adresse, tout. Puis d'autres turques sont arrivées et encore d'autres. Et nous étions terriblement serrées."

^a D'après le questionnaire (N°380) du rapport cité plus haut, 85% des allemandes avaient pris la décision préalablement. (Comparer : Materialien zum Bericht, Bd 92/3, 1982, pp. 43 et 163).

^b A propos des conditions dans lesquelles les médecins donnent des conseils sociaux au moment de la confirmation de la grossesse : Die Anerkennung von Ärzten als Berater. Bundestag: Wahlperiode 8/3630 (31.1.80), 1980, p. 30 (Drucksache des Deutschen Bundestage).

Les clients n'ont pas seulement peur de l'anesthésie et de l'opération; ils sont également intimidés par la bureaucratie hospitalière, avec son système complexe de contrôles, de rapports et d'enregistrements. La solidarité entre clients est un moyen de maîtriser la situation et de retrouver un certain calme. C'est typique chez les femmes migrantes :

"Avec le temps, d'autres turques sont arrivées. Nous étions toutes effrayées, nous parlions toutes ensemble, des grossesses précédentes, des avortements et aussi de la stérilisation. Certaines souhaitaient être stérilisées, tellement elles en avaient assez."

Dans les hôpitaux qui n'emploient pas d'interprètes, les clients éprouvent le besoin de se faire accompagner d'un membre de leur famille, qui puisse traduire - demande parfois déraisonnable, dans ces circonstances :

"Elle (la fille aînée) est venue à l'hôpital avec moi et est restée pendant la consultation. Quand je suis sortie, elle m'a dit : "Maman, je pense que tu as un bébé dans ton ventre et que tu veux t'en défaire." J'ai dit : "Oui, c'est vrai." Alors elle s'est calmée."

La longue attente entre l'enregistrement et l'admission à l'hôpital est souvent un problème^a. D'un côté, elle aggrave le stress qui précède l'opération; de l'autre, les rapports médicaux montrent que les complications sont plus fréquentes entre la 8ème et la 12ème semaine de grossesse. A posteriori, les clientes sont généralement contentes que l'intervention ait été faite sous anesthésie ("je n'aurais jamais pensé que c'était déjà fini") et dans la plupart des cas, sont satisfaites des soins infirmiers. Elles apprécient également que leurs habitudes alimentaires soient respectées. Finalement, et c'est une pénible constatation, confirmée par les observations des médecins - les turques reçoivent beaucoup plus que les allemandes l'attention de leur famille, bien que l'avortement soit l'objet d'un tabou en Turquie autant qu'en Allemagne.

5.2.7 La période qui suit l'intervention est-elle favorable à l'instauration d'un contrôle correct des naissances ?

Les femmes qui ont avorté subissent, socialement, une forte incitation à reprendre une vie normale après l'opération. Cette pression est particulièrement forte dans les couches peu privilégiées de la population. Les turques, par exemple, veulent sortir au plus vite pour reprendre leurs responsabilités familiales; par exemple quand elles ont des petits enfants et que personne ne s'en occupe. A leur sortie de l'hôpital, elles retournent au travail immédiatement, de peur d'éveiller les soupçons de leurs collègues et de perdre leur emploi (une peur souvent fondée).

Il est évident que les problèmes de santé sont souvent le résultat de telles contraintes.

Les complications postopératoires racontées par certaines sont révoltantes :

"Cet avortement était si terrible. Je pense que je préférerais avoir encore dix enfants, plutôt que de revivre cela. Trois jours après l'avortement, je suis rentrée à la maison, après avoir signé une décharge. Quand j'ai quitté l'hôpital, ils ont dit que c'était à mes risques. Si quelque chose arrivait, c'était moi la responsable. C'était samedi. Lundi je suis retournée au travail. Alors ça a commencé : j'ai eu des hémorragies pendant trois mois. Parfois c'était si fort, je ne pouvais pas tenir debout. J'étais pleine de sang. Je me sentais si faible et comme inconsciente. J'avais tout le temps mal au ventre. Mais je savais que j'en serais quitte un jour. Alors subitement, après trois mois, d'un jour à l'autre le saignement s'est arrêté."

L'ampleur des complications postopératoires est très difficile à déterminer parce que beaucoup de femmes ne désirent pas retourner au même hôpital. Par conséquent les observations ne permettent pas une analyse valable. De plus, les effets psychologiques comme le vaginisme, témoin d'une rupture dans la vie relationnelle, passent souvent inaperçus. Les femmes consultent rarement pour ces raisons. Elles préfèrent parler de ces problèmes avec d'autres femmes, dans leur entourage.

Quels sont les changements d'attitude, en matière de planification familiale, après un avortement ? L'avortement n'est pas nécessairement, comme on pourrait idéalement l'imaginer, une occasion privilégiée pour acquérir une expérience des moyens contraceptifs modernes, d'autant que l'industrie sera toujours à même de développer les méthodes qui lui conviennent.

^a Deux-tiers des clientes interrogées ont dû attendre entre un et 14 jours. Ce délai semble supérieur au délai habituel. Dans Materialien zum Bericht, 33,8% ont attendu de un à trois jours, 35,5% entre quatre et huit jours et seulement 9,3% ont attendu plus longtemps. (Voir : Materialien zum Bericht, Bd. 92/3, 1982, p. 85).

Il semble qu'en planification familiale, la discontinuité soit un fait dont nous devons tenir compte, si nous ne voulons pas enfermer nos besoins psychosexuels dans un moule rigide.

En dépit des réactions émotionnelles reflétées dans les interviews par une réponse claire comme "Jamais plus" - réactions définissant l'avortement comme une solution d'urgence "une fois dans la vie" - différentes formes de comportement apparaissent avec le temps.

Les familles où la décision d'avortement a été prise en commun abordent plus facilement le contrôle ultérieur des naissances. Les femmes qui ont été entraînées dans des décisions ambivalentes ou contradictoires sont soumises à des risques plus grands (les femmes qui ont eu des complications post-opératoires n'appartiennent pas spécialement à ce dernier groupe). Pour elles, les problèmes existent avant l'avortement, comme la difficulté de prendre une décision, le manque d'information de la part du médecin, une ambivalence personnelle, des contingences défavorables, une surcharge de travaux domestiques et les obstacles matériels et psychologiques à la prise de contact avec le médecin. Tout cela contribue à prolonger les risques de grossesses non désirées.

En d'autres mots, l'avortement agit comme un facteur favorisant pour modifier la pratique de la planification familiale, dans certaines conditions. Beaucoup d'autres facteurs sont également en cause. Spécialement le souhait d'un autre enfant.

6. Services

6.1 Introduction

Bien qu'elles soient la cible de critiques de plus en plus virulentes, c'est toujours aux institutions traditionnelles - médecins et hôpitaux - que la majorité des gens s'adressent quand ils ont un problème de santé et non aux autres dispensateurs de soins. C'est également vrai pour les migrants.

D'une enquête réalisée à Bruxelles, par exemple, il ressort que la population étrangère tend à fréquenter certains établissements plutôt que d'autres, selon un double critère de choix : la proximité géographique et le caractère public de l'établissement. "Outre la concentration dans certaines institutions, des services comme la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique sont plus fortement sollicités par la clientèle étrangère. Cela tient à la forte proportion d'enfants et de femmes en âge de procréer, au taux élevé de fécondité de certains groupes nationaux comme les turques et les marocaines, à la difficulté de faire jouer la solidarité familiale pour garder les enfants malades en cas de travail de la mère, la famille étendue étant bien souvent restée au pays d'origine; cette carence n'est pas comblée par une infrastructure adéquate. Un constat de carence doit aussi être fait quant à l'organisation des institutions hospitalières par rapport à cette situation^a."

Grottian^b étudie un autre aspect du mode d'utilisation par les migrants des services de santé. Une recherche est actuellement en cours sur les conditions de vie et de santé des immigrées turques. Les résultats préliminaires indiquent que toutes les femmes interrogées (80) sont actuellement, ou ont été, sous traitement médical. L'hypothèse de départ était que les femmes migrantes qui travaillent au-dehors et qui bénéficient donc de contacts sociaux plus nombreux et d'un meilleur accès à l'information, fréquentent davantage les consultations spécialisées. De façon étonnante, on a constaté que ces 80 femmes, indépendamment de leur âge, de la durée de leur séjour, de leur éducation, de leur origine urbaine ou rurale, de la densité des médecins dans leur quartier, s'étaient adressées aux institutions médicales générales.

6.2 L'hôpital

L'hôpital (public ou privé) est le symbole de la médecine occidentale, il impressionne par le déploiement de sa technologie. Il est accessible à n'importe quel moment (service de garde), et on y soigne tout "même si on a quelque chose de grave". Par contre, l'accueil y est souvent inexistant, les consultations sont rapides : on ne donne pas d'explications, les consultants n'ont pas le temps de s'exprimer. Ils sont souvent reçus par des personnes différentes.

^a Marques-Balsa, C. & Martins-Boudru, F. Besoins et aspirations des familles étrangères établies en Belgique, Vol. 2. Bruxelles, Services du Premier Ministre, 1978 (Programmation de la politique scientifique).

^b Grottian, G. Einige Aspekte zu Gesundheit und Lebensverhältnissen türkischer Frauen in Berlin (West). In: Geiger & Hamburger, ed. Krankheit in der Fremde. Berlin (Ouest), Express Edition, 1984, p. 42 (Materialien zur Gesundheitsarbeit).

Il est rare qu'une relation stable s'établisse dans ce climat. Bien sûr, il y a des exceptions : dans certains services, un effort particulier est fait pour améliorer l'accueil et la disponibilité du personnel soignant. D'autres emploient des interprètes.

6 . Les centres de planning familial

Avec l'expérience, le comportement des migrants change et leur démarche se diversifie : ils s'adressent à des institutions différentes, selon le moment, selon leurs plaintes (la maladie) et selon leurs aspirations (ce qu'ils attendent de l'institution). Ils fréquentent par exemple des centres spécialisés (centres de planning familial, consultations prénatales, consultations de nourrissons), de dimensions réduites, où l'accueil est plus chaleureux et personnalisé, ou des consultations privées. Ils ne vont plus à l'hôpital qu'en cas d'urgence, ou pour des examens qui réclament un appareillage perfectionné.

Cette démarche réclame une meilleure insertion dans la société d'arrivée. Elle suppose que la famille migrante sache où s'adresser, qu'elle ait une connaissance précise de son quartier, de sa commune, qu'elle pense à prendre rendez-vous.

Il lui faut l'assurance suffisante pour sortir du refuge de l'anonymat, pour établir avec les travailleurs de santé une relation qui ne soit plus seulement fonctionnelle. Ce choix s'accompagne d'une remise en question de la toute-puissance de la technologie médicale.

L'enquête réalisée par Marques-Balsa/Martins-Boudru montre une différence nette, à cet égard, entre les espagnols et les italiens, issus d'un mouvement migratoire déjà ancien, bien intégrés en Belgique, et les marocains et les turcs, dont l'arrivée en Belgique et beaucoup plus récente.

Enfin, une autre démarche est possible et parfois simultanée : lorsque les soins administrés à l'hôpital n'ont pas donné les résultats attendus, certains immigrants recourent à la médecine traditionnelle, dont il existe des représentants dans toutes les grandes villes européennes.

Analysons de plus près les réponses recueillies au cours de l'enquête du Planning Josaphat, à propos des services de santé.

Que trouvent-elles au centre de planning ?

- une ambiance sympathique, accueillante;
- des explications sur leurs problèmes éventuels et sur le traitement;
- la possibilité de poser des questions, de prendre du temps pour s'exprimer.

Comment connaissent-elles le Planning ?

- par ouï-dire;
- parce qu'une soeur ou une amie en a dit du bien;
- par une démarche raisonnée, un choix délibéré, d'ailleurs dirigé autant contre l'hôpital qu'en faveur du Planning (c'est le cas des cinq femmes qui ont fait des études supérieures);
- sur le conseil d'un médecin généraliste du quartier;
- à la suite d'une réunion d'information qui leur a permis de faire connaissance avec le Planning.

Pour quel motif consultent-elles ?

- grossesse, contraception, examen gynécologique régulier (pour les plus jeunes);
- ponctuellement, quand elles ont un problème (pour les plus âgées).

Que pensent-elles de l'hôpital ?

- 21 femmes sur 23 expriment une opinion défavorable;
- 2 femmes disent s'y sentir plus en sécurité qu'au Planning.

Pourquoi ce rejet de l'hôpital ?

- parce que les lieux sont moins accueillants;
- parce que l'accueil est souvent froid et anonyme;
- parce qu'on attend longtemps;
- parce qu'elles ne comprennent pas ce que les médecins disent;
- parce qu'on y subit trop de prises de sang;
- parce qu'on y voit souvent des médecins différents;
- parce qu'on y est pas écouté.

Cependant, elles continuent à y aller de temps en temps : "Ailleurs je serais perdue; je connais bien les couloirs, j'y vais souvent pour mes enfants : parce qu'on peut arriver n'importe quand, même si on doit attendre longtemps, on est soigné."

Ce refus de l'hôpital est donc motivé par un sentiment de non-communication avec le personnel soignant, d'incompréhension mutuelle et par un sentiment d'humiliation.

Un souvenir d'accouchement : "J'ai l'impression d'avoir accouché toute seule, les gens autour de moi ne me disaient rien, au Maroc j'ai eu moins mal."

Ce qu'elles voudraient

Tout en appréciant le Planning, elles désirent que le passage du Planning à l'hôpital pour un accouchement, une fausse couche, ou une intervention chirurgicale, soit facile, direct et sécurisant. (Au Planning Josaphat, le lien avec l'hôpital est assuré par la gynécologue et la kinésithérapeute).

6.4 Consultations avec un interprète

6.4.1 Interprètes officiels

En général, les migrants vivent et travaillent dans des pays dont ils ne parlent pas la langue, à leur arrivée du moins.

Cette barrière de langue représente un des principaux obstacles à l'intégration de la population migrante, particulièrement dans les pays où il n'existe que très peu de services spécifiques.

La méconnaissance de la langue du pays d'accueil peut être en soi un facteur de risque, en gênant le libre accès aux services de santé et en rendant l'information inaccessible.

Les institutions de soins réagissent de façon diverse aux difficultés linguistiques de la population immigrée. Elles les ignorent, ou essayent de les contourner soit en engageant des travailleurs de santé eux-mêmes étrangers, soit en travaillant avec des interprètes.

Cependant, l'intégration des interprètes est elle-même la source de nombreux problèmes, parfois énormes. La forme et le contenu de la situation d'entretien doivent être modifiés. La relation traditionnelle entre le client et le dispensateur de soins est élargie à un tiers, qui doit établir la communication entre eux. Cela peut être fait d'une manière très technique, ou par le biais d'une "médiation culturelle".

L'expérience l'a montré : pour que le travail avec les interprètes soit efficace, il faut non seulement que ceux-ci soient qualifiés sur le plan médical et psychosocial, mais encore qu'il leur soit permis de prendre part au déroulement de l'entretien. Ceci implique une extension de leur rôle : de techniciens, ils deviennent "médiateurs culturels".

Les professionnels de santé expriment parfois leurs difficultés à travailler avec des interprètes. C'est pourquoi nous désirons attirer l'attention sur ce que nous appelons "la relation de pouvoir"; cet aspect est souvent négligé dans les discussions sur le travail avec des interprètes. Or nous pensons que s'il n'est pas pris en compte, le travail risque de manquer son but, qui est d'améliorer la situation du migrant et la communication lors de l'entretien.

Les interprètes aussi ont beaucoup de critiques à formuler à l'égard des nationaux. Ils doivent suivre leurs instructions, sont rarement autorisés à donner à l'entretien un tour personnel. Ils ne peuvent accepter cela, alors qu'ils se sentent plus proches de leurs compatriotes que des travailleurs autochtones.

Le point essentiel est que, dans les institutions du pays d'accueil, les concepts de travail avec les migrants et de "médiation culturelle" soient discutés et définis. En aucun cas, les travailleurs autochtones et les interprètes ne sont à égalité. Tout d'abord, dans la plupart des cas, les interprètes doivent transmettre les instructions des travailleurs autochtones. Ceux-ci sont mieux payés, ils peuvent bénéficier de la formation dispensée par l'institution. Ils sont privilégiés par leur statut professionnel, leur revenu et leur formation. Enfin, ils sont chez eux.

L'inégalité objective entre le travailleur national et le médiateur culturel éclaire d'un jour nouveau les critiques formulées par ce dernier. L'un et l'autre envisagent leur rôle et leur fonction de façon différente. Leurs intérêts sont contradictoires. Si les partenaires ne parviennent pas à résoudre le conflit, ils s'engagent dans ce que l'on peut appeler un "jeu du pouvoir". Le pouvoir du médiateur culturel se fonde sur sa connaissance de la langue et sa "complicité" avec ses

compatriotes. Ces conflits se produisent plus fréquemment quand les fonctions ne sont pas définies. La victime en est certainement le client.

Le migrant placé dans cette situation triangulaire doit composer avec différentes formes d'autorité. Il est confronté, au cours de l'entretien, avec :

- la relation de pouvoir établie socialement et institutionnellement entre les autochtones et la population immigrée, au détriment de celle-ci;
- le rapport de pouvoir entre le conseiller et l'interprète, qui accentue le déséquilibre déjà présent;
- le pouvoir du milieu culturel majoritaire, auquel il doit s'adapter, ce qui entraîne une dévaluation de sa propre culture.

Le client immigré doit être capable d'exposer publiquement son problème personnel, selon un mode auquel il n'est pas accoutumé. Dans les différentes cultures, les problèmes intimes sont abordés et traités de façon différente. Dans notre culture, la socialisation aboutit souvent au besoin d'instaurer une relation de type bilatéral (cf, en psychanalyse, le concept de la dyade mère-enfant). Cela peut entraîner, dans la relation d'entretien triangulaire, un conflit entre les deux professionnels de santé et le client, qui tente de mettre un des interlocuteurs de son côté, d'en faire un partenaire. Dans cet enjeu, l'inégalité est présente entre les deux travailleurs d'une part, entre eux et le client d'autre part. Le travailleur autochtone a un statut professionnel supérieur à celui de l'interprète. Le client, quant à lui, désire gagner le soutien de ses interlocuteurs. Celui des trois dont le besoin d'instaurer une relation duelle est le plus intense essaiera d'infléchir la situation dans ce sens.

Ces trois niveaux de communication - qui impliquent des perceptions, des significations, des sentiments différents - compliquent les problèmes. L'interprète devra - et c'est un aspect important et difficile de sa fonction - établir une communication entre le travailleur et le migrant, non seulement au niveau du langage, mais aussi par la transmission de messages non verbaux.

Bien entendu, le contact est toujours plus facile et plus fructueux quand deux individus sont face à face : c'est une relation de personne à personne.

En résumé, il existe un préalable à la définition du contenu et des objectifs des entretiens, ainsi que des rôles du personnel autochtone et du médiateur culturel. Nous devons en effet admettre que :

- le travail en milieu migrant recèle un rapport de pouvoir plus ou moins masqué;
- le rôle du médiateur culturel est défini principalement par les institutions du pays d'accueil;
- il n'est pas possible pour les migrants de prendre part à cette relation de façon correcte, aussi longtemps qu'elle n'est pas construite sur une base égalitaire.

Pour aller plus loin dans l'analyse du "bon" travail en milieu immigré, nous devrions nous pencher sur les motivations des travailleurs et des interprètes. Pourquoi le personnel autochtone désire-t-il travailler en milieu migrant ? Pourquoi l'interprète souhaite-t-il instaurer cette médiation culturelle ? La question centrale sera : quel comportement considérons-nous comme normal, dans ce processus interculturel ?

Les consultations avec les interprètes sont difficiles et requièrent certainement une grande qualification des deux partenaires. Connaissant ces difficultés, nous pouvons affirmer qu'un entretien conduit par un professionnel de la santé issu du même pays que le migrant est toujours préférable à la situation triangulaire, inégalitaire, professionnellement et socialement hiérarchisée où sont impliqués le travailleur autochtone l'interprète et le migrant.

Le travail avec des interprètes peut aider à résoudre des problèmes aigus, mais n'encourage pas les immigrés à surmonter les barrières de langue, qui se superposent aux barrières socio-économiques.

6.4.2 Les "interprètes spontanés"

La présence d'un interprète "officiel" a des inconvénients. L'interprète est une personne connue ou non du consultant, mais qui vient du même pays, parfois de la même région. Sa présence l'empêchera peut-être d'exprimer des idées ou des souhaits qui ne sont pas admis dans leur monde

culturel commun. D'autant que le consultant 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 ? Peut-on lui faire confiance ?

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

Souvent, les immigrés viennent à la consultation avec des interprètes qu'ils ont eux-mêmes choisis : des enfants, d'autres membres de la famille, des amis. Nous les appelons des "interprètes spontanés".

Ils aident les clients à s'exprimer plus librement, mais ils constituent parfois un obstacle. Il est fréquent que des femmes immigrées éprouvent des difficultés, et même une certaine honte à parler de sexualité ou de planification familiale devant leurs enfants, ou à être examinées devant leur mari. Le personnel de santé doit se montrer accueillant à l'égard de ces interprètes spontanés, tout en étant attentif aux problèmes posés par leur présence.

6.5 Initiatives "extra-muros"

6.5.1 Visites à domicile

Ce n'est pas une manière nouvelle de prodiguer des soins, mais au contraire une ancienne pratique, notamment chez les personnes âgées. C'est en Angleterre, chez les migrants d'origine asiatique, qu'on les a utilisées pour la première fois pour la planification familiale.

Elphis Christopher, un médecin londonien qui a une grande expérience du planning familial à domicile, chez les femmes immigrées de différentes nationalités, suggère dans son livre "Sexualité et contrôle des naissances dans le travail social et communautaire" que c'est une bonne solution pour donner des conseils aux femmes qui sont trop pauvres ou trop intimidées pour fréquenter une clinique ou s'adresser à un médecin généraliste^a.

Il faut distinguer les visites à domicile des programmes "Community-Bases-Distribution" (CBD) instaurés surtout dans les pays en développement. Leur objectif est d'atteindre le plus grand nombre de femmes possible, par la distribution de moyens contraceptifs à domicile. L'aspect consultatif au sens large (non seulement à propos des méthodes contraceptives, mais aussi des problèmes psychosexuels qui y sont liés) est secondaire.

Un programme expérimental de visites à domicile chez les femmes turques vivant à Berlin (Ouest)^b, dont le but est d'informer et de conseiller ces femmes, réunies en petits groupes à leur domicile (sur la planification familiale, la grossesse, la relation de couple et la sexualité), a exploré les potentialités et les limites d'une telle approche. Actuellement, nous pouvons en conclure qu'on ne peut atteindre un groupe de femmes immigrées que par l'intermédiaire d'une "personne-clef", elle-même immigrée, qui accepte d'inviter chez elle les autres femmes, les travailleurs nationaux et l'interprète. Avant tout, les membres de l'équipe doivent accepter leur position d'invités au domicile des femmes migrantes.

Cette expérience a aussi montré que les besoins en matière de planification familiale et d'interruption de grossesse ne sont pas prioritaires. Les travailleurs de santé doivent être prêts à prendre en charge les problèmes de logement et d'emploi, qui sont beaucoup plus importants.

L'idéal serait bien entendu qu'une femme immigrée capable d'aborder les questions médicales et sociales fasse les visites elle-même. Néanmoins, un travailleur autochtone et un interprète peuvent les faire de façon acceptable. Et cela est plus réaliste. Dans ce projet, l'interprète ne se borne pas à traduire, mais il participe aussi à l'entretien. Le travailleur autochtone doit avoir une grande expérience du travail en milieu migrant; c'est un assistant social qui connaît les aspects médicaux de la planification familiale, ou un médecin compétent dans les questions sociales. Il n'est pas nécessaire d'être un spécialiste hautement qualifié. Il est beaucoup plus important d'être capable d'aider les migrants à s'orienter dans le réseau compliqué des centres de planning familial, des cabinets médicaux, des institutions sociales, gouvernementales, etc.

^a Freedman, P. Family planning services for ethnic minorities in the United Kingdom. In: Migrants and planned parenthood. Londres, IPPF Europe, 1984, p. 51.

^b Dietzmann, B. et al. Familienplanungsberatung bei türkischen Frauen in ihrer Wohnung. Jahresbericht 1981 zum Modellprojekt Familienplanungsberatung bei Ausländern. Frankfurt-am-Main, PRO FAMILIA Bundesverband, 1981.

Les visites à domicile requièrent un temps et une énergie considérable, mais elles prennent en compte de la façon la plus adéquate les conditions de vie et de travail des clients et les relations intra-familiales. Elles peuvent compléter utilement l'activité des services de planning familial, à condition qu'elles soient basées sur l'adhésion volontaire des clients.

Bien que les visites à domicile plaisent aux femmes immigrées, il subsiste un problème éthique. Ces visites représentent une intrusion dans la vie des clients et il est frappant de constater que nous n'ayons jamais pensé à en organiser chez des femmes appartenant à la classe moyenne. Les travailleurs sociaux et les travailleurs de santé semblent accorder à la notion d'intimité, de vie privée, un sens différent selon la classe sociale. Au bas de l'échelle sociale, les limites à leur intervention sont moins marquées.

6.5.2 Les groupes de femmes

De ces contacts répétés avec les femmes immigrées, émergent leur besoin/désir d'expression et leur besoin/désir d'information. Leur réseau familial traditionnel a été en partie détruit par l'émigration et elles doivent y trouver une substitut.

Les femmes migrantes vivent souvent retranchées dans un monde à part, un monde de femmes. Comme les autres femmes, elles sont responsables de la santé et du bien-être de la famille. La migration modifie leur vie quotidienne, notamment en ce qu'elle entraîne une dévaluation de leurs compétences dans le domaine de la santé, une remise en question de leurs pratiques traditionnelles par le système de santé du pays d'accueil.

Partout les associations d'immigrés organisent des activités culturelles, des cours de langue, des groupes d'éducation à la santé. Dans ces lieux d'expression et de communication, les femmes apprennent ensemble à affirmer leur identité de femmes, de mères, de travailleuses.

En matière de planification familiale, pour faire un choix qui soit en accord avec son désir profond, il est nécessaire d'être bien informé, pour que la réflexion soit dégagée des peurs et des préjugés. Il est indispensable aussi d'avoir un lieu pour s'exprimer.

Il est important de connaître les lieux d'animation de son secteur, leurs activités, la population à laquelle ils s'adressent de façon privilégiée. Le personnel de santé et les enseignants doivent travailler en collaboration avec ces groupes, en leur apportant un soutien technique.

Exemples :

- un groupe formé de jeunes filles marocaines vivant à Bruxelles, dans lequel elles discutent librement de leurs problèmes, dans une atmosphère sécurisante, pour tenter de les résoudre ensemble;
- des groupes créés à l'initiative des associations d'immigrés, qui organisent pour les chômeurs et les chômeuses des cours de formation sociale, d'éducation à la santé, en collaboration avec des centres de planning familial;
- des moments de "libre accès" aux cliniques de planning familial, où les femmes viennent avec leurs enfants pour rencontrer d'autres femmes.

6.6 Besoins des hommes immigrés

L'image traditionnelle de la femme immigrée - perdue dans l'inconnu - rejoint un autre cliché, celui de l'homme autoritaire, dont la seule préoccupation est d'affirmer sa virilité. Les deux enquêtes nous ont montré des aspects contradictoires du comportement masculin à propos de planification familiale, ou d'avortement. Certains hommes accompagnent leurs femmes aux consultations, les soutiennent et participent aux décisions, comme l'a révélé l'enquête berlinoise. Si le dialogue existe entre les deux membres du couple, le choix d'une méthode contraceptive est beaucoup moins problématique. Par contre, il est évident que dans d'autres cas la présence du mari est une source de malaise; elle peut aussi être perçue par la femme comme une forme de contrôle social.

L'émigration change les hommes, comme elle change les femmes. Les hommes s'aperçoivent qu'ils ne sont plus les seuls à assurer les revenus de la famille. La migration entraîne une dévaluation de leur statut, leur conception de la virilité est mise en question, leurs relations avec leur femme et leurs enfants sont modifiés.

Les services de santé doivent donner aux hommes comme aux femmes l'opportunité d'exprimer leurs désirs et leurs besoins en matière de planification familiale. La tendance à l'appréhension individuelle des problèmes familiaux, très nette en Europe occidentale, n'est pas aussi évidente dans certains groupes de migrants. Les services de planification familiale doivent considérer les problèmes des clients immigrés dans le cadre familial. Ainsi, les consultations conjugales et familiales peuvent être utiles.

Enfin, la situation des hommes immigrés ne diffère pas tellement de celle des autochtones. Leur choix en matière de contraception est limité et les uns comme les autres seront affectés par la transformation future des rôles sexuels.

7. Conclusions et recommandations

Dans cette partie de notre rapport, nous ferons référence aux données fournies par les deux enquêtes réalisées en Belgique et en République fédérale d'Allemagne et à notre analyse générale de la situation des migrants. Avec ces recommandations, nous désirons spécialement apporter une information et un soutien aux agents de la santé qui travaillent sur le terrain et qui sont souvent privés de ressources financières suffisantes, d'une formation adéquate, d'un appui institutionnel, par exemple pour affronter les difficultés de langue.

7.1 Conclusions générales

La migration n'est pas un phénomène nouveau. Au cours de l'histoire humaine, des hommes ont émigré pour diverses raisons, sociales, économiques, ou politiques. La migration restera une réalité et les services de santé doivent se préparer à poursuivre leur travail avec les migrants. Leurs programmes doivent donc tenir compte, dès leur conception, de cette réalité multinationale.

Au moment où la démographie en Europe subit des changements importants (baisse du taux de natalité, augmentation du nombre de personnes âgées), nous devons être attentifs aux interprétations politiques du phénomène migratoire, particulièrement en ce qui concerne la planification familiale et la sexualité.

Au lieu de définir la situation des migrants en termes de déficits, nous devrions reconnaître que leurs pays sont en pleine transformation, qu'ils apportent avec eux ces potentialités et garder à l'esprit la grande diversité des groupes de migrants et des individus également.

"Le premier problème des migrants est l'insécurité, conséquence des discriminations, des inégalités juridiques, des difficultés de langue, etc. En général, leur situation sociale et économique se dégrade. Leurs besoins primordiaux ne sont pas satisfaits. Dans ce contexte, la planification familiale n'est certainement pas une priorité. Les professionnels de santé qui travaillent en milieu migrant sont confrontés avec cette insécurité de base. Ils doivent tenir compte des besoins qui sont exprimés et qui dépassent le cadre de la planification familiale^a."

Le travail en milieu migrant est un processus complexe, en ce qu'il influence fortement l'identité culturelle du travailleur. Au début, on se contentait de "faire le travail". Actuellement, nous nous apercevons que nous avons souvent cherché à travailler dans la sécurité absolue : aucun aspect ne devait être négligé, aucune erreur ne devait être faite. Cette attitude hyperprotectrice, qui appartient à la tradition du travail social et sanitaire, consiste à définir les problèmes des clients en termes de dépendance, de besoins et les réponses en termes d'assistance. Cependant, ce besoin de sécurité n'est rien d'autre que l'expression de nos propres difficultés, de notre désir de certitudes. Ce qui est étranger doit rester sous contrôle.

Cela est aussi apparent au niveau théorique. La littérature sur la migration est devenue très abondante et voudrait être exhaustive. Les immigrés sont fichés, analysés, et leurs comportements sont ramenés à des stéréotypes. Cette explosion de publications s'explique en partie par notre propre insécurité culturelle et par le fait que les problèmes sociaux sont à la mode. Mais il manque un élément de contrôle essentiel : les migrants eux-mêmes. Ces études leur sont rarement accessibles, alors que le contrôle serait nécessaire pour prévenir la floraison de clichés qui deviennent la vérité et qui forment la base théorique incontestée du travail en milieu migrant.

Exemples de clichés :

- la femme immigrée perdue, isolée, mal informée, issue d'une région sous-développée, incapable de lire ni d'écrire;
- la fréquence plus élevée des maladies chez les immigrés.

^a Migrants and Planned Parenthood. Londres, IPPF Europe, 1984, p. 88.

Le travail en milieu immigré nous rend plus attentifs, à la théorie et à la pratique, et remet en question notre propre identité culturelle. Pourtant, il est aussi dangereux de vouloir s'intégrer tout à fait à cette culture étrangère, de vouloir tout comprendre, de "trop s'adapter". Aucune critique n'est plus possible et on y perd sa propre identité.

Ce champ d'étude et d'action est envahi par des spécialistes (logement et migration, santé et migration, femmes immigrées), et cette fragmentation empêche de considérer le problème de la migration d'un point de vue holistique.

On peut certainement affirmer qu'il faudrait promouvoir :

- des recherches comparatives sur les besoins des migrants en matière de planification familiale et de sexualité;
- une formation pour tous les professionnels concernés;
- l'organisation de services plus nombreux, plus accessibles, plus adéquats, qui tiennent compte des conditions de vie des migrants;
- une meilleure coopération entre les différentes institutions de soins (médecins, hôpitaux, centres de planning familial);
- une plus grande sécurité sociale et économique pour les migrants, de telle sorte qu'ils puissent avoir les enfants qu'ils désirent.

7.2 Recherche

Sont recommandées :

- des études comparatives sur la santé, le planning familial et la sexualité chez les femmes migrantes et autochtones;
- des recherches sur la pathologie périnatale, apparemment plus important chez les femmes immigrées (fausses-couches, accouchements, avortements);
- des recherches sur les aspects somatiques et socio-culturels des effets secondaires de la pilule chez les femmes migrantes;
- une évaluation de la perception par les femmes immigrées de notre système de santé et de leur vécu dans des situations comme l'accouchement, l'avortement, une intervention chirurgicale;
- une étude sur les attitudes du personnel de santé vis-à-vis des immigrés;
- des recherches sur les conflits de générations dans les familles immigrées, à propos de planification familiale et de sexualité;
- des enquêtes sur les groupes d'hommes immigrés et sur leurs besoins en matière de planification familiale et de sexualité.

7.3 Formation

Tous les membres des services de planification familiale ont besoin d'une formation. Celle-ci doit porter sur la sexualité, le contrôle de la fertilité, les rôles sexuels, les échanges relationnels et les facteurs socioéconomiques de la planification familiale. Ceux qui travaillent en milieu migrant devraient recevoir une formation supplémentaire, qui devrait tenir compte du fait qu'ils ont à affronter les difficultés de la langue, qu'ils se trouvent en face de pratiques contraceptives inhabituelles et d'une autre conception de la santé. La confrontation avec les cultures différentes provoque souvent un sentiment d'insécurité personnelle. Il est essentiel que le personnel de santé analyse ses propres attitudes vis-à-vis de sa culture et des cultures étrangères.

La formation devrait aussi le rendre capable de vivre et de travailler au sein de différents systèmes culturels, au lieu d'essayer de les harmoniser à tout prix.

Puisque le personnel autochtone continuera à travailler avec des interprètes, la formation devrait attirer l'attention sur les difficultés rencontrées dans une situation triangulaire et elle devrait envisager les points ci-après.

- la définition claire de la fonction et du rôle de l'interprète dans le processus de communication;
- les différents modèles de collaboration avec un interprète (modèle technique, de médiation culturelle et d'intercession);
- les attitudes du personnel de santé vis-à-vis d'une tierce personne au cours de la consultation;
- la dynamique de l'entretien entre trois personnes de cultures différentes;
- le statut de l'interprète au cours de la consultation.

Il est recommandé de former séparément puis ensemble les travailleurs autochtones et les interprètes. La formation séparée sera orientée vers la fonction professionnelle spécifique. La formation conjointe portera sur la communication et la coopération entre le conseiller national, l'interprète et le client.

Les services de planification familiale devraient prévoir à l'intention des médecins généralistes, des gynécologues, des infirmières, des travailleurs sociaux et des enseignants une formation sur les aspects socio-culturels de la planification familiale et de la sexualité.

Cette formation devrait envisager la migration comme un processus dynamique, au cours duquel les migrants changent. Elle devrait aussi rappeler que de nouveaux groupes à risques peuvent apparaître (par exemple les immigrés clandestins).

7.4 Matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC)

Les deux enquêtes révèlent un manque d'information sur certains aspects de la planification familiale. En préparant le matériel didactique, nous devons garder à l'esprit que dans certains groupes de migrants la proportion d'analphabètes reste plus élevée que parmi les nationaux. Il faut donc produire différents types de matériel.

Nous recommandons la production d'un matériel d'information écrite ou audiovisuelle sur :

- les aspects principaux de la régulation des naissances;
- les différentes institutions offrant des services de planification familiale (sous forme d'un guide, par exemple);
- les aspects légaux de la planification familiale dans le pays d'accueil;
- les consultations de planning familial : que peut-on demander ? Que peut-on attendre du personnel de santé ?

Il faudrait également utiliser les canaux d'information qui existent, comme les programmes de radio et de télévision, ou les magazines qui s'adressent aux immigrés.

Les associations du planning familial des pays d'origine des migrants peuvent être les premiers producteurs de ce matériel d'information. Celui-ci peut être employé jusqu'à ce que les services du pays d'accueil aient développé leur propre matériel, par exemple en ce qui concerne les aspects légaux de la planification familiale (avortement, stérilisation).

La production et la traduction de ce matériel devraient être réalisées en commun par les représentants des services nationaux et ceux des organisations d'immigrés.

7.5 Services

1) Le processus migratoire comprend différents stades. Nous pensons que les attitudes des migrants à l'égard du système de santé évoluent parallèlement. Dans certains cas, il convient d'avoir des services spécialement destinés aux immigrés. Mais le plus souvent, les soins de santé devraient être organisés en un système intégré, accessible aux autochtones comme aux migrants.

2) Le type et la forme des services de santé sont principalement définis par le pays d'accueil, et dès lors ne tiennent pas suffisamment compte des besoins de santé des migrants. Il est nécessaire d'intégrer au processus de décision des représentants de tous les groupes ethniques vivant dans un pays.

3) Les services de santé sont moins accessibles aux migrants à cause des barrières linguistiques, de la ségrégation (logement, école), du surmenage (deux ou trois emplois à la fois) et d'une conception différente de la santé.

Pour rendre plus accessibles les services de santé, il faudrait :

- intégrer davantage les interprètes;
- enseigner au personnel autochtone, dans la langue des migrants, les termes qui désignent les aspects importants de la planification familiale;
- réorganiser les services d'accueil, en créant des lieux de communication et d'information où les immigrants comme les autochtones pourraient se familiariser avec les institutions de soins, grâce à un matériel audiovisuel et à une information personnelle;
- assurer des heures d'ouverture plus souples, qui tiennent compte des conditions de vie et de travail des migrants;
- rendre les soins financièrement abordables.

4) L'idéal serait que les services de santé emploient du personnel originaire des mêmes pays que les migrants. Comme cela est rarement le cas, les services de santé devraient disposer d'interprètes, chaque fois que cela est nécessaire. En même temps, ceux-ci devraient être formés aux activités de consultation, quand ils le désirent et en ont la capacité.

Il est conseillé de créer au niveau local ou régional un service d'interprétariat, qui puisse être utilisé par les institutions qui ne peuvent mettre sur pied leur propre système.

5) Quelquefois les migrants choisissent leurs propres interprètes, comme le conjoint ou les enfants. Ces "interprètes spontanés" peuvent apporter aux clients un soutien subjectif important et représenter en même temps un obstacle à l'expression de leurs besoins. Le personnel de santé ne devrait pas rejeter ces interprètes spontanés, mais devrait être attentif aux conséquences possibles de cette situation sur les relations familiales.

6) Les services de santé devraient proposer aux clients migrants comme aux autochtones le libre choix d'un personnel masculin ou féminin.

7) Le développement de services "extra-muros" peut être utile dans des circonstances particulières.

Par exemple :

- visites à domicile;
- groupes d'éducation à la santé;
- séances d'information organisées par les associations culturelles d'immigrés.

L'accès doit en être libre et spontané.

La création de groupes de femmes devrait être encouragée et le personnel de santé devrait leur apporter un soutien technique s'il y est sollicité. Ces groupes devraient garder un caractère informel et autonome.

8) Les communications devraient être faciles et directes entre différents services comme les hôpitaux, les centres de planning familial, les services prénataux et les services sociaux, puisque les problèmes de santé ne sont pas toujours prioritaires. Au niveau local, les représentants des divers services pourraient organiser des concertations régulières.

7.6 Premier contact avec une nouvelle clientèle

Les professionnels de santé qui sont confrontés pour la première fois avec le travail en milieu migrant devraient garder à l'esprit :

- qu'ils ne sont pas seuls à éprouver des difficultés, à souffrir du manque d'information; beaucoup de choses sont faites dans ce domaine; il n'est pas nécessaire de partir de rien, de tout refaire, il faut d'abord découvrir les sources d'information, le matériel déjà produit;
- que les experts en ces matières sont d'abord des migrants eux-mêmes; il faut les écouter et faire appel à eux;

- par exemple, des associations médicales locales peuvent indiquer des médecins étrangers, si le besoin s'en fait sentir;
- dans les pays où les immigrants sont nombreux, les syndicats ont souvent des représentants immigrants qui peuvent être contactés;
- les associations d'immigrés, très nombreuses en général, peuvent aider à entrer en contact avec les communautés immigrées, à mieux connaître leurs langues et leurs cultures et peuvent fournir des interprètes;
- les universités peuvent être consultées sur les données fournies par les recherches sur la migration;
- enfin, un matériel d'information peut être obtenu auprès de l'association nationale du planning familial, ou auprès des organisations des pays d'origine des migrants.

BIBLIOGRAPHIE

- Oeter, K. & Wilken, M. Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Berlin (Ouest)/Stuttgart/Köln/Mainz, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1981 (Schriftenreihe des Bundesministers).
- Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten Paragraph 218 StGB, Bd. 92/3. Berlin (Ouest)/Stuttgart/Köln/Mainz, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1982, pp. 27-28 (Schriftenreihe des Bundesministers).
- Land, Hövelmann, Neumann & Dietzel-Papakyriakou. Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien - Ein Literaturbericht. Bochum, Studienverlag Dr. N. Brockmeyer., 1982.
- Brandt, Hamdan, vom Scheidt & Fischer. Über den Einfluss des Sozialstatus auf die Häufigkeit geburtlicher Komplikationen bei deutschen und türkischen Frauen. Arch. Gynecol., 228: 113-114, (1979).
- Langley, L.L. Contraception. Pennsylvania, Dowden, Hutchinson & Ross, 1973.
- Bauer & Diessenbacher, ed. Organisierte Nächstenliebe. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1984.
- Geiger & Hamburger, ed. Krankheit in der Fremde. Berlin (Ouest), Express Edition, 1984 (Materialien zur Gesundheitsarbeit).
- Schmid, J. Bevölkerungsveränderungen in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Revolution auf leisen Sohlen. Stuttgart, Köln, Mainz, Verlag W. Kohlhammer, 1984.
- Dietzmann, B. et al. Familienplanungsberatung bei türkischen Frauen in ihrer Wohnung. Jahresbericht 1981 zum Modellprojekt Familienplanungsberatung bei Ausländern. Frankfurt-am-Main, PRO FAMILIA Bundesverband, 1981.
- Migrants and Planned Parenthood. Londres, IPPF Europe, 1984.
- BIB Mitteilungen 2, Wiesbaden, 1982.
- Kunert, D. & Rethemeier, A. Auf- und Ausbau der Ausländerberatung in der PRO FAMILIA. Frankfurt-am-Main, PRO FAMILIA Bundesverband, 1984.
- Marques-Balsa, C. et Martins-Boudru, F. Besoins et aspirations des familles étrangères établies en Belgique, Vol. 2. Bruxelles, Services du Premier Ministre, 1978 (Programmation de la politique scientifique).
- Demain les immigrants (La Revue Nouvelle, N° 9). Bruxelles, Casterman, 1980.
- Données démographiques de l'immigration à Bruxelles, établies sur base du recensement de 1981. Bruxelles, Comité socio-culturel des immigrants de Bruxelles, 1983.

Les adolescents migrants en crise d'intégration scolaire et sociale. Bruxelles, Ministère de la culture française, 1980 (Cahiers JEB).

La femme immigrée. Bruxelles, lire l'immigration, 1978.

Fatna Ait Sabbah. La femme dans l'inconscient musulman. Paris, Le Sycomore, 1982.

Fellous, M. Contraception et migration. Paris, Syros, 1982.

M'Rabet Fadela. La femme algérienne, suivi des algériennes. Paris, Maspero, 1969.

Blanc, B. & Merger C. Contraception chez la nord-africaine immigrée. Contraception-fertilité-sexualité, N° 5 (1982).

Les grossesses rapprochées, désirées ou subies. Bruxelles, Comité socio-médical pour la santé des immigrés, 1979.

Sebbar, L. Fatima ou les algériennes au square. Stock, 1981.

Young, I. Scènes de la vie privée de l'Islam. Alain Moreau, 1979.

Chauderlot M. Réflexions préalables à un projet d'information sur la contraception et le planning familial en milieu immigré, Bruxelles, 1984.

Jacques, A. Au coeur de l'Europe en crise, les défis posés par les immigrés, novembre 1982. Agenda culturel du centre socio-culturel des immigrés de Bruxelles, septembre 1983.