

DERRIÈRE FOULARDS ET GRANDES ROBES : LE VÉCU DE LA MATERNITÉ CHEZ LES FEMMES TURQUES EN FRANCE

Monique Dray

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2001/3 Volume 2 | pages 551 à 561

ISSN 1626-5378

ISBN 2859191739

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2001-3-page-551.htm>

Pour citer cet article :

Monique Dray, « Derrière foulards et grandes robes : le vécu de la maternité chez les femmes turques en France », *L'Autre* 2001/3 (Volume 2), p. 551-561.
DOI 10.3917/lautr.006.0551

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Derrière foulards et grandes robes :

le vécu de la maternité chez les femmes turques en France

Monique Dray*

Au cours d'une recherche-action entreprise au sein du Groupe Migrants Santé de Clermont-Ferrand concernant la maternité chez les femmes migrantes, j'ai rencontré des femmes turques pour recueillir leurs témoignages. Lors des premières entrevues, en groupe, nos relations se sont très vite établies sur le mode de l'échange entre leurs témoignages et les informations et conseils que je pouvais leur donner. Un travail à long terme, en liaison avec celui des travailleurs sociaux, m'a permis ensuite d'avoir des entretiens individuels avec quelques-unes d'entre elles à leur domicile.

Cela a été l'occasion de réexaminer le rôle des professionnels, les demandes et les besoins des femmes, les possibilités qui leur sont offertes de s'exprimer et d'être entendues, et aussi de définir les représentations en présence : celles des femmes turques au sujet de leur place dans la société, de l'importance de la maternité dans leur vie, des enfants venant s'inscrire dans l'histoire passée et présente de la famille, enfin du système de soins en France ; celles des soignants relatives à leur rôle dans l'accompagnement des femmes en maternité et l'accueil du bébé, et celles concernant les femmes turques qu'elles rencontrent dans leur travail.

En étayant notre réflexion sur la place des représentations culturelles (Moro, 1994a), des représentations sociales, dans notre travail nous pouvons, prendre en compte la migration, source de «...*changement culturel (qui) peut avoir une incidence sur les modèles de pensée et de conduite qui modifient profondément, par la médiation des représentations, les expériences* » (Jodelet, 1994). Après une présentation des acteurs en présence, je donnerai une synthèse des entretiens collectifs et de deux entretiens individuels.

La sage-femme

Elle occupe certainement une place particulière, tant par son rôle que par l'image que l'on a d'elle. Être sage-femme c'est détenir un savoir : savoir

* Sage-femme, Fontcrépon, 63270 Yronde et Buron, e-mail : moniquedray@wanadoo.fr

technique indispensable mais ne devant pas nous faire oublier le savoir de celle qui accompagne la future mère et l'aide à accueillir son bébé. C. Revault d'Allones (1996) nous rappelle qu'« *accoucher, enfanter, devenir parent est bien une aventure (...) En tant que telle, elle (la mère) a souvent besoin de passeurs, (...) qui puissent aider à mettre du sens, à mettre en sens, avec toute la discrétion et le savoir-faire nécessaires, sans jamais l'imposer* ». C'est aussi être femme, comme celles dont elle s'occupe, femme représentant la « bonne mère », celle qui lui permet et l'aide à devenir mère à son tour, ou la « mauvaise » qui perpétue la dépendance, lui fait payer le prix de devenir mère par la soumission à son autorité, à son pouvoir. Enfin, la sage-femme est là pour accompagner la femme dans ce moment de partage entre le temps de la grossesse, de l'enfant imaginaire, du corps entier, contenant et celui du corps qui s'ouvre, de la parturiente, pour donner vie à l'enfant réel hors de soi, différent de soi (Lemoine – Luccioni, 1976). La place de la sage-femme se construit dans une sorte d'entre-deux, entre son rôle de professionnel et sa place de femme, entre le savoir et le ressenti, entre le rationnel et l'émotion.

Les femmes turques

Rappelons d'abord quelques points d'histoire concernant les femmes, la santé et la maternité. La République turque, instaurée en 1923, état laïc, s'est dotée d'institutions modernes inspirées du modèle européen – éducation publique, système de santé d'État. Des campagnes de lutte contre la mortalité infantile et maternelle ont été organisées pour permettre la surveillance de la grossesse, favoriser l'hygiène lors de l'accouchement et des soins aux nouveauX-nés, développer les vaccinations. Plus tard, les moyens contraceptifs ont été diffusés et rappelons que l'interruption volontaire de grossesse est autorisée en Turquie.

Toutefois, il faut souligner que de grands écarts existent entre la médecine en ville et la situation dans les campagnes. La possibilité de choisir son médecin, souvent limitée par des facteurs économiques ou d'éloignement, est souvent perçue comme l'accession à un meilleur statut social. La notion de médecine préventive est assez nouvelle pour ces populations qui longtemps ne consultaient le médecin que lors de maladie. Dans la migration, les familles turques se sont familiarisées avec la prévention, en particulier au travers des services de la PMI et de la surveillance périnatale.

Les femmes turques vivant en France viennent souvent de zones rurales. Ici leur situation matérielle est plutôt meilleure : niveau de vie, accès aux soins et à l'éducation. Par contre, elles disent souvent qu'elles ont moins de liberté qu'au pays dans les actes de la vie quotidienne. Par exemple, le port du foulard, pratique culturelle des paysannes en Turquie, devient ici une marque identitaire revêtant un caractère religieux qu'il n'avait pas. Mais cela traduit sûrement le besoin, nouveau, d'affirmer leur identité dans la migration, souligné par O. Reveyrand-Coulon (1993) : « *Dans la migration les sentiments d'appartenance groupale deviennent pour une bonne part conscients. Les identités s'élargissent à de nouveaux*

champs. L'inconnu, l'hostilité réelle ou imaginaire du monde extérieur activent le besoin de se re-connaître en d'autres, semblables, afin que ressurgisse un sentiment d'unité rassurant ». Ce besoin d'affirmer son identité, de retrouver des valeurs, du sens aux événements vécus devient plus présent lorsque l'on va devenir mère; dans « Parents en exil », M. R. Moro rappelle que « *Même lorsqu'on croyait les avoir oubliées, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques* ».

En Turquie, le mariage est très souvent décidé par la famille, le mari est choisi parmi les hommes originaires du village ou de la région et même parfois dans la famille; souvent, ces jeunes femmes, une fois mariées, vivent chez leurs beaux-parents; cette situation peut être source de conflit, comme le souligne P. Hukum (1998) « *ces jeunes femmes aspirent à une nouvelle vie plus moderne que ce qu'elles ont connu en Turquie et rencontrent une belle-famille dont les modes de vie se sont figés dans le temps de la migration* ».

Les entretiens collectifs

Plusieurs éléments récurrents se retrouvent, souvent communs à toutes les femmes, parfois plus spécifiques aux femmes immigrées. C'est plutôt dans la manière d'expliquer certaines situations et d'y réagir que l'on peut trouver chez les femmes turques des caractères plus spécifiques.

Leur histoire personnelle

Les femmes parlent peu des circonstances de leur mariage, de leur arrivée en France. Cette réserve peut s'expliquer par la pudeur concernant la vie privée, l'intimité, que peuvent renforcer les principes de l'Islam établissant une séparation fondamentale entre le domaine du privé et celui du public. La maternité est à la frontière entre ces deux domaines; le respect de l'identité des personnes soignées, la connaissance des éléments culturels, parfois même la présence de médiateurs turques, ne peuvent que faciliter la communication et l'efficacité des interventions (Petek-Salom, 1993).

La grossesse et l'accouchement

Même si les femmes m'ont parlé de leurs traditions et croyances, elles savent bien que, dans la société où elles vivent aujourd'hui, et encore plus à l'hôpital, leur expression est le plus souvent difficile, voire impossible. M. R. Moro (1994b) nous rappelle que « *Ces éléments de l'ordre du privé dans l'exil (ils ne sont pas partagés par la société) vont parfois s'opposer aux logiques extérieures médicales, psychologiques, sociales et culturelles* ».

Pour protéger la femme enceinte, seules les prières et la volonté d'Allah sont présentées comme recours possibles. Cependant elles disent que tous les actes, toutes les pensées de la future mère peuvent avoir des conséquences sur son enfant; elles citent les prescriptions alimentaires, l'évitement de tout ce qui touche à la mort, des endroits réputés abriter

des esprits. Les examens et traitements pratiqués pendant l'accouchement sont subis comme étant nécessaires mais ne sont pas toujours compris. L'une raconte « ... *je ne supporte pas l'appareil qui mesure les contractions, je préfère rester debout, donc, dès qu'il n'y avait personne dans la pièce, je me mettais debout* ». Et souvent, elles restent chez elles le plus longtemps possible pour échapper aux contraintes de la médicalisation.

Les femmes turques ignorent ce qu'il advient de leur placenta et on ne le leur montre quasiment jamais. Traditionnellement, le placenta a beaucoup d'importance ; selon M. Torum (1994) il est « *le double du nouveau-né, son compagnon* » et le « *can* », force vitale y est contenu. En général, la grand-mère maternelle l'enterre dans un endroit « *non foulé aux pieds, profondément pour que les chiens ne le déterrent pas, sinon le lait de l'accouchée se tarit* », ou « *près du mur d'une grande école pour que son petit-fils devienne un instruit...* ».

Le maternage

Les explications concernant les examens ou les traitements du bébé, ne sont pas toujours comprises ; l'une d'elles m'a dit « *elle amène ton bébé tu sais pas pourquoi. Après il revient avec un pansement, alors tu penses qu'il a eu la prise de sang* ». L'allaitement maternel est très fréquent et se passe souvent sans problème ; les soignants interviennent peu car « *...en général les mamans se débrouillent très bien seules* ». Toutefois, quand une difficulté apparaît, les conseils parfois contradictoires entre soignants et famille peuvent désorienter une jeune mère peu expérimentée.

De nombreuses pratiques, destinées à protéger l'enfant et la jeune mère pendant les quarante jours suivant la naissance, m'ont été rapportées. Durant toute cette période, le bébé ne doit pas être laissé seul, il faut éviter les visites de personnes étrangères ou risquant d'être préjudiciables au bébé. Des objets protecteurs sont placés sur ses vêtements ou dans son berceau pour le protéger du mauvais œil, des *djins*, de la femme écarlate « *Al* » : des amulettes appelées « *muska* », une petite perle blanche et bleue appelée « œil bleu », un couteau ou des ciseaux, glissés sous l'oreiller de la femme ou le matelas du bébé (Nicolas, 1972).

Les difficultés de communication

La langue est bien sûr très souvent mentionnée mais avec une certaine amertume due à l'impression que les efforts doivent toujours venir d'elles pour se faire comprendre. Elles évoquent la difficulté de trouver une personne de confiance pour servir d'interprète quand leur mari est absent, une personne qui gardera le secret des choses dites relatives à leur intimité.

Ce qu'elles ressentent, qu'elles essaient d'exprimer ou voudraient faire, se heurte à un système parfois rigide dans lequel elles ont du mal à trouver une place satisfaisante. Leurs capacités à se prendre en charge, à comprendre et à faire face aux difficultés, sont parfois niées par un discours infantilisant (cf. récits d'Irmak et de Cevinç). D'autres ont exprimé le sentiment de ne pas exister dans des moments difficiles « *il y a beau-*

coup de monde dans la salle d'accouchement ... Je les voyais aller, venir, parler entre eux et moi je ne pouvais rien dire, seulement les regarder ».

En suite de couches, les douleurs ressenties, la fatigue sont souvent ignorées. On leur demande très vite d'assumer tous les soins du bébé alors qu'elles voudraient pouvoir se reposer. Si l'on pense à la prise en charge dont bénéficie une nouvelle accouchée par ses « commères » en Turquie, on comprend mieux leurs difficultés ici.

Les représentations

En général, on sait ce dont les femmes ont besoin sans s'interroger ni les questionner à ce sujet. Par exemple, la préparation à l'accouchement est exceptionnellement proposée car non nécessaire « ...elles n'en ont pas besoin, elles savent accoucher naturellement... », ni adaptée à ce public. Les femmes en retirent un sentiment d'exclusion, de négation de leurs droits et de leurs capacités. Du côté des sages-femmes se pose la question des objectifs visés lors des préparations à l'accouchement, de la transmission de l'information.

A propos de la pudeur, les femmes accordent plus d'importance au respect de l'intimité lors des soins qu'au sexe des intervenants, même si elles préfèrent en général avoir à faire à des femmes.

Les entretiens individuels

Irmak est une jeune femme dynamique, qui parle bien français, s'exprime de manière volontaire, elle porte le foulard depuis son mariage et sur un vêtement de sport, une grande robe beige. Née en Turquie, elle arrive en France à l'âge de deux ans, se marie à dix-sept ans avec un homme arrivé de Turquie depuis peu de temps et ils vivent près de sa belle famille Sa première grossesse débute très rapidement après son mariage et se passe sans problème. Quand elle arrive à l'hôpital pour accoucher, la situation devient vite conflictuelle : le travail avait débuté mais on lui dit alors que son bébé se présentant par le siège, elle ne peut pas accoucher vu son jeune âge et qu'il faut lui faire une césarienne. Elle n'en veut pas et demande qu'on lui fasse une anesthésie péridurale. Le médecin contacte alors ses parents par téléphone, pour avoir leur autorisation alors qu'elle est mariée ! Sa belle-mère présente en salle d'accouchement, l'incite à accepter la césarienne. Le médecin lui fait signer un papier dont elle ne comprend pas bien le sens sur le moment. Et il insiste sur le fait qu'elle n'y arrivera pas, qu'elle est trop jeune. Finalement, elle a eu une anesthésie péridurale et a accouché normalement d'un bébé qui allait très bien.

Sur cette première partie du récit, on peut dire que, même si la situation purement obstétricale pouvait comporter des difficultés pour l'équipe, les arguments avancés étaient loin de pouvoir convaincre cette jeune femme : son âge et non pas les risques possibles de l'accouchement par le siège, son incapacité à faire face à la situation et non pas ce que l'on pourrait faire pour l'aider. L'appel à ses parents pour une autorisation alors qu'elle est mariée et sait très bien s'exprimer, relève de pratiques

d'intimidation, de pression peu compatibles avec le respect dû à toute personne. De plus, dans ces discussions avec le médecin alors qu'elle refusait l'argument « *t'as pas l'âge pour accoucher* », celui-ci ajoute « *alors remplace-moi si tu sais* » ce à quoi elle rétorque « *d'accord, je le fais* ». Et elle commente « *Mais je l'ai mal pris, ça m'a fait du mal alors j'ai mal répondu* ». Cette impression d'être poussée à bout pour se faire entendre, d'être obligée d'enfreindre les règles de communication normales entre patients et médecins, augmente encore ses difficultés, d'autant plus qu'elle n'est pas soutenue par la seule personne de son entourage présente, sa belle-mère.

Lors de sa deuxième grossesse, elle se rend à l'hôpital pour la dernière consultation et là on lui dit qu'elle doit rester car le travail risque de commencer. Elle refuse, rentre chez elle et attend le dernier moment pour repartir. Elle veut pouvoir marcher car elle sent que « *ça lui fait du bien* », elle ajoute « *je ne veux pas qu'on m'embête car à chaque fois, y'a plein de stagiaires pour examiner* ».

Dans cette deuxième partie, deux éléments sont exprimés que d'autres femmes ont souvent soulignés : pour pouvoir « *faire comme on veut* », elles sont obligées de ne pas dire tout ce qu'elles ressentent, même si cela peut leur faire prendre des risques. Cette fois Irmak a préféré éviter l'affrontement ! Le deuxième point est le sentiment de toujours servir de cobaye aux étudiants, aux stagiaires car elles ne peuvent rien dire ; certaines le ressentent comme étant une attitude systématique, ce qui peut expliquer leur gêne, parfois leur colère.

Pendant son séjour en suite de couches, Irmak se trouve face à un double discours sur les soins du bébé, en particulier après son second accouchement « *ils ne voulaient pas s'en occuper. J'étais pas très forte mais ils voulaient pas* » ; mais lorsqu'elle faisait les soins à son idée – par exemple pour coucher son bébé - au lieu de lui expliquer pourquoi on les couche sur le dos maintenant, « *on me dit : c'est comme ça* ». Elle ajoute « *quand on dit quelque chose, ils écoutent pas, c'est eux qui savent, y'a rien à dire* » puis « *y'a des gens qui savent des choses, je peux pas dire que c'est que moi qui sais...mais je peux apprendre* ».

Cette femme exprime la difficulté d'établir un véritable dialogue dans lequel sa parole a la même valeur que celle du soignant, de faire reconnaître ses capacités à s'occuper de son bébé mais également celles à comprendre et apprendre.

Sevinç parle très peu français et l'entretien a lieu avec l'interprète. Elle aussi est vêtue de manière traditionnelle, mais au cours de la rencontre, elle retire son foulard. C'est une jeune femme qui a vécu en Turquie jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Elle se marie alors et rejoint sa belle-famille qui vit en France. Sa première grossesse débute tout de suite après son arrivée ; vers le sixième mois elle est hospitalisée pour risque d'accouchement prématuré. Elle se sent très seule sans sa famille, et son mari, très jeune lui aussi, est peu présent. Elle dit « *je ne comprenais rien* » pas seulement à cause de la langue mais de tout ce qui lui arrivait. Au septième

mois, elle accouche malgré le traitement et, là encore, elle est toute seule, son mari étant reparti à la maison « *j'ai dû dépasser tous ces problèmes toute seule* » elle ajoute « *j'ai eu de la chance et Dieu était avec moi* ». Son bébé va plutôt bien pour le terme et elle commente « *chez nous on dit qu'un bébé, s'il naît à sept mois, il vivra, alors que s'il naît à huit, il ne vivra pas* ». Sa mère l'appelle de Turquie et tout en exprimant son regret de ne pas avoir été là pour l'aider, lui fait des recommandations « *j'ai dit que j'étais seule. Ma mère m'a conseillée de ne pas éteindre la lumière la nuit et j'ai bien suivi son conseil pendant les quarante jours* ». Au bout de quelques jours, « *comme je ne comprenais pas le français, je voulais pas rester, j'ai quitté l'hôpital* ». Elle récupère son bébé quelques temps après. Quand il a deux mois, elle le laisse à une amie pour aller en Turquie auprès de son père qui est malade. Deux ans après, elle a un autre enfant pour lequel la grossesse et l'accouchement se passent sans problème. L'année suivante, elle attend son troisième enfant et quand les contractions commencent, elle reste à la maison car après le deuxième accouchement « *je savais comment ça se passait* » me dit-elle, « *pendant qu'on attend on n'arrête pas de regarder l'utérus. Déjà ça fait très mal et pendant qu'on souffre, les autres viennent vous regarder par le bas, c'est très gênant* ». Alors cette fois, elle attend à la maison « *je suis allée aux w.c. ; là je sais que le bébé va naître. J'ai pris mes deux enfants et nous voilà partis à l'hôpital avec mon mari. Une infirmière me dit qu'un médecin allait venir m'examiner. J'ai dit que je ne pouvais pas attendre, que l'enfant allait naître. Mon mari et mes enfants étaient à côté, ils assistaient. J'avais tellement mal que je ne pouvais pas dire à mon mari d'éloigner les enfants dans une autre pièce.* ». « *C'est une sage-femme qui m'a accouchée, c'est plus rassurant* ». Puis Sevinç me parle des accouchements de sa mère qui a toujours accouché sans difficulté « *je me souviens de son accouchement pour mon petit frère, j'étais à côté de ma mère. Elle s'est assise sur un chiffon chaud et la chaleur l'a aidée pour accoucher. Ils ont mis de l'eau chaude et mon père lui a fait une piqûre ; il travaille à l'hôpital, il s'y connaît* ». Une femme présente à l'entretien commente ainsi « *toi, tu as vu l'accouchement de ta mère et tes enfants t'ont vue accoucher!* ».

Dans cet entretien, plusieurs éléments me semblent intéressants :

- cette jeune femme, timide, semblait gênée d'avoir à parler d'elle au début de l'entretien, elle s'est détendue, a retiré son foulard, montrant ainsi sa confiance.
- la solitude de cette jeune femme devant affronter des situations qu'elle comprend mal et ne maîtrise pas, en particulier lors de sa première grossesse, solitude par rapport à son mari et sa belle famille, solitude pendant son hospitalisation car elle ne comprend pas du tout le français. Mais aussi sa capacité à faire face aux problèmes, à décider ce qui est bon pour elle quand les circonstances le lui permettent ; elle demande seulement « *d'être accompagnée, d'avoir quelqu'un dans les moments difficiles pour être rassurée* ». Lors de son troisième accouchement, il aurait suffit

qu'on écoute ce qu'elle disait et qu'on ait un minimum d'attention pour comprendre que la présence de ses enfants pouvait la gêner.

- le recours aux traditions a pu l'aider dans ses difficultés : les conseils de sa mère pour être protégée dans la période suivant son accouchement. La référence aux croyances concernant le terme des naissances prématurées – croyances ayant longtemps existé également en France – lui a peut-être permis d'avoir confiance au sujet de la santé de son bébé. Le récit du dernier accouchement de sa mère qui a été aidée par les pratiques traditionnelles et par la présence active de son père, est évoqué comme un souvenir heureux ; pourtant cela contraste avec l'effacement de son propre mari, son inefficacité dans les situations difficiles l'obligeant à faire face seule aux contraintes imposées par les soignants à l'hôpital.

Synthèse des entretiens

Il faut noter tout d'abord que les jeunes femmes rencontrées ont déjà effectué une démarche d'ordre social qui a pu renforcer leurs capacités d'initiative et d'autonomie. Cela dit, quelques éléments sont à souligner : elles expriment le sentiment que l'on mésestime leurs capacités de comprendre, d'apprendre, celui d'être enfermées dans une image de femme peu évoluée, image qui ignore leur culture ou la réduit à des schémas dévalorisants. Lors de la maternité, l'image que la femme a d'elle-même est fragilisée, soumise à des modifications importantes pendant la grossesse et après la naissance. La façon dont elles perçoivent le regard des soignants qui, de plus, ont accès à leur intimité, peut être à l'origine de souffrances entraînant le repli sur soi et le manque de confiance en leurs capacités.

D'autre part, face à une image idéalisée du médecin « tout puissant », elles sont parfois confrontées à des discours contradictoires, peu explicites ; le doute, le sentiment d'être manipulées, peut entraîner des attitudes de méfiance envers les soignants ce qui ne contribue pas à apaiser leurs inquiétudes lors de leurs maternités.

Ces difficultés peuvent trouver une solution dans le cadre de la famille et du groupe social qui les confortent dans leur capacité à être mère et à élever leurs enfants. Par contre, si d'autres difficultés existent ou ont existé - vécu traumatique au pays, migration ayant eu lieu dans un contexte de conflit familial ou de violence sociale, isolement de la famille, difficultés d'ordre économique et social - les conflits peuvent être exacerbés, l'accouchement risque alors d'être vécu dans un contexte d'angoisse et de crainte, et la relation avec le bébé peut devenir difficile, voire pathologique.

Dans le groupe des femmes rencontrées, les liens sociaux sont restés assez forts mais, le groupe lui-même est assez isolé du reste de la population en général. Les accouchements ont lieu dans une petite maternité où l'ambiance est plutôt familiale, où elles retrouvent parfois d'autres femmes turques. Tout cela peut les rassurer mais ne va pas sans poser quelques problèmes : la crainte que ce qui les concerne puisse être rap-

porté à l'extérieur et particulièrement dans leur communauté, est très forte. Les actions envisagées doivent donc tenir compte de la complexité des situations et ne pas s'arrêter à des schémas pré-établis même s'ils reposent sur des idées généreuses.

Conclusion

Les difficultés rencontrées me semblent pouvoir être surmontées si l'on tient compte du désir et des capacités des femmes. Pour y arriver, nous devons utiliser tous les moyens disponibles, en inventer de nouveaux, si besoin. Par exemple, la participation des interprètes pourrait être plus fréquente, sollicitée en amont des problèmes et pas seulement dans l'urgence, quand la situation devient conflictuelle. Des groupes de rencontre autour de la grossesse, de l'accouchement et des bébés pourraient être organisés ; elles pourraient y acquérir des connaissances, échanger leurs expériences entre elles et avec d'autres femmes. Des rencontres avec les soignants pourraient être une autre manière d'envisager la « préparation à l'accouchement ». Dans ce travail d'accompagnement, la connaissance et la prise en compte de tout ce qui constitue l'univers des femmes, le décentrage permettant d'inventer d'autres manières de faire, peuvent nous aider à trouver les moyens de « ...permettre à la femme enceinte d'avoir une représentation culturellement acceptable de ce qui lui est fait. Ainsi, peut-elle se construire une stratégie individuelle de passage d'un univers à l'autre sans renoncer à ses propres représentations ». (Moro, 1994a). Nous pouvons y arriver si nous intégrons « ces logiques complexes dans nos dispositifs de prévention, de soins et dans nos théorisations (...) elles renouvellent nos manières de penser, nous obligent à nous décentrer, à complexifier nos modèles et à nous départir de nos jugements hâtifs » (Moro, 1994b).

BIBLIOGRAPHIE

- Hukum P., « Les femmes entre repli et aspiration à l'émancipation » *Hommes et Migrations*, 1998, n° 1212 : 62-70.
- Jodelet D., Représentations sociales : phénomène, concept et théorie in : S. Moscovici (Ed.) *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984.
- Lemoine-Luccioni E., *Partage des femmes*, Paris, Le Seuil, 1976.
- Moro M.R. Les femmes migrantes abandonnent-elles leurs commères pour des chimères ? in : Yayhaoui A. (Ed.) *Destins de femmes, réalités de l'exil*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1994a : 97-109.
- Moro M.R., *Parents en exil, psychopathologie et migration*, Paris, PUF, 1994b (réédition 2001).
- Nicolas M., *Traditions populaires turques : les naissances*, Ed. Publications Orientalistes de France, 1972.
- Petek-Salom G., «Pratiques culturelles et pratiques de santé», *Migrations Santé*, 1993, n°75/76 : 31-44.
- Revault-d'Allonnes C., «Réflexions sur l'accouchement : tout change, rien ne bouge», *Champ Psychosomatique*, 1996, n° 8 : 17-28.

Reveyrand-Coulon O., La maternité dans la migration : éléments introductifs d'un fait psycho-culturel, in : O. Reveyrand-Coulon (Ed.) *Immigration et Maternité*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1993 : 15-19.

Torum M., « Malade-Maladie-Guérison dans certaines cultures de Turquie » *Migrations Santé*, 1994, n°81/82 : 191-201.

Autres ouvrages pouvant être consultés :

Dalkilic C., Croyances populaires en Turquie et dans la Migration, in : C. Mesmin (Ed.) *Cultures et thérapies*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1997 : 45-73.

Les turcs et leur santé, Rapport du Séminaire d'ELELE, 1997, 20 rue de la Pierre Levée 75011 Paris.

RÉSUMÉ

Derrière foulards et grandes robes : le vécu de la maternité chez un groupe de femmes turques en France

Lors d'entretiens avec des femmes turques portant sur leur vécu de la grossesse et de l'accouchement, certains problèmes sont apparus concernant leurs relations avec les institutions médicales. L'analyse de ces situations, basée sur une connaissance des éléments de la culture turque ayant trait à la maternité, sur les représentations que ces femmes ont du système médical en France et sur un décentrage indispensable pour appréhender tous les aspects des faits exposés, permet de mieux comprendre l'origine de leurs difficultés. En acceptant de réexaminer leurs pratiques, le personnel de ces institutions pourrait offrir aux femmes la possibilité de construire de nouvelles représentations, qui conjugueraient leur culture et la réalité qu'elles côtoient ici.

Mots clés

Culture turque, migration et maternité, représentations sociales et culturelles, compétences des femmes.

ABSTRACT

Behind shawls and long dresses : experience of pregnancy with a group of Turkish women in France

During interviews of Turkish women about their experience of pregnancy and birth giving, some problems emerged concerning their relations with medical institutions. Based on the knowledge of Turkish pregnancy customs and culture, on those women's representation of the French medical system, and also on the fact that decentralizing is necessary in order to take into account all of the aspects of those facts, the analysis of the different situations enables to better understand the origin of their difficulties. By accepting to reconsider their practice, medical staff could give those women the opportunity to build new representations which would put together their culture and the reality of their lives in France.

Key words

Turkish culture, migration and pregnancy, social and cultural representations, woman competences.

RESUMEN

Bajo los pañuelos y los vestidos largos : vivencia de la maternidad de un grupo de mujeres turcas en Francia

En curso de entrevistas con mujeres turcas sobre sus vivencias durante el embarazo y el

parto, aparecieron algunos problemas a propósito de sus relaciones con las instituciones. El análisis de esas situaciones, basandonos en el conocimiento de algunos elementos de la cultura turca y sus lazos con la maternidad, de las representaciones que tienen estas mujeres del sistema médico en Francia y de un descentraje indispensable para aprehender todos los aspectos de los hechos expuestos, nos permite de entender mejor el origen de estas dificultades. Si aceptaran de re-examinar sus prácticas, los personales de estas instituciones podrían dar a estas mujeres la posibilidad de construir nuevas representaciones, que conjuguen su cultura con las realidades que deben afrontar aquí. Se podría así evitar numerosos conflictos y resentimientos.

Palabras claves

Cultura turca, migración, maternidad, representaciones sociales y culturales, competencias de las mujeres.