

SEXUALITÉ ET EXCLUSION

PAR E. FONTANA ET M.-D. BÉRAN

RÉSUMÉ

Ce titre évoque un débat très ouvert sur toutes les formes d'exclusion dans la sexualité. Nous nous limiterons à évoquer l'expérience d'une recherche-action menée dans la communauté portugaise. Cette journée n'était pas centrée sur l'immigration mais l'exclusion. Toutefois, l'originalité d'une recherche-action dans un monde d'immigration, donc d'exclusion autour du sujet de l'interruption de grossesse qui est en lui-même tabou, a retenu l'intérêt des organisateurs. Ce travail a été mené par des femmes portugaises en collaboration avec des professionnels de la santé. Il a abouti à la création d'une permanence téléphonique et d'accueil en langue portugaise. Des activités de prévention sont menées en parallèle au sein des associations portugaises dans le canton de Vaud.

INTRODUCTION

Bien que quatre fois moins nombreuses que les femmes suisses, les étrangères représentent, en 1990, 50,1% du collectif des demandes d'interruptions de grossesse du Département de gynécologie-obstétrique du CHUV (1). A l'hôpital d'Aigle elles en représentaient, en 1988, 58,7% dont environ 40% de portugaises (2). Dans le cadre des demandes d'avis conformes présentées à la Commission cantonale consultative et de recours du Service de la santé publique pour obtenir l'interruption de grossesse, le pourcentage de la communauté portugaise est identique à celui de Grob avec une particularité: 76,5% des femmes sont clandestines. Les nouvelles femmes arrivées (saisonnnières, clandestines, par exemple) ne font appel aux institutions de planning

familial qu'en situation de crise (grossesse non désirée, par exemple). Cette difficulté est commune à toutes les nouvelles migrantes, mais les ressortissantes portugaises en constituent la communauté la plus importante (3), raison pour laquelle nous nous sommes particulièrement intéressées à elles. Il s'agit là d'une véritable préoccupation de santé publique car derrière la grossesse non désirée se profile le SIDA.

STATUT MATRIMONIAL ET SOCIO-PROFESSIONNEL DES REQUÉRANTES

Les motifs aboutissant à une demande d'interruption de grossesse, ceci indépendamment du fait que les requérantes soient étrangères ou suisses, se répartissent en trois catégories:

- Les facteurs de micro-équilibre, personnel et familial, déstabilisants et hétérogènes: fragilité de la relation de couple, immaturité de la mère, enfants à venir dénués de sens parce que la relation de couple en est également dépourvue, volonté d'assurer à l'enfant toutes les conditions de bonheur, solitude, difficulté d'accepter un contrôle préventif stable, insuffisance de l'information contraceptive, relation jugée insatisfaisante. Les quatre derniers facteurs prédominent chez les célibataires.
- Les raisons de santé au sens somatique ou psychiatrique.
- La marginalité socio-économique.

D'un point de vue socio-professionnel, les personnes non qualifiées sont une sous-population qui présente un taux d'interruption de grossesse plus élevé. Le comportement contraceptif des récidivistes est caractérisé par une plus grande difficulté d'accepter un contrôle préventif stable, montrant par là l'insuffisance, dans certains cas, de l'information contraceptive (4).

DÉFINITIONS DE LA SITUATION INTERCULTURELLE

L'immigré parle une autre langue, communique avec d'autres gestes. Il est issu d'une couche sociale diffé-

rente et doit adopter une fonction qui n'est pas la sienne dans sa société d'origine. Ses représentations et ses attitudes dans le domaine de la santé et de la maladie s'intègrent souvent mal au «modèle sanitaire» du pays d'accueil. Dans son pays, le système de soins fonctionne d'une manière différente qui conditionne des interactions spécifiques avec les médecins et le personnel soignant (5).

Le chercheur a retenu de la situation interculturelle les définitions suivantes:

1. La situation interculturelle se définit comme l'interaction de deux identités qui se donnent mutuellement un sens, c'est-à-dire un processus dynamique et ontologique entre deux acteurs ou deux groupes. Ces deux groupes s'adaptent l'un à l'autre dans des cadres institutionnels précis et dans des situations de vie quotidienne, en un rapport qui n'est pas égalitaire, où la relation majoritaire-minoritaire est toujours présente et les systèmes de valeurs ne coïncident pas (6).
2. Les mouvements migratoires demandent des ajustements à tous les niveaux. *L'anamnèse culturelle du clinicien est aussi importante que celle du patient.* Ce n'est pas que la seule pathologie qui doit être l'objet d'une étude transculturelle, mais aussi le concept de la santé et celui des systèmes de médecine. Il est préférable de parler de pathologie associée à la migration que de pathologie de la migration, formule réductionniste qui suggère que seul le système de santé peut résoudre les problèmes associés à la migration. Tout aussi réductionniste est le fait de parler de pathologie de l'exil, car dans ce cas la migration est amputée de son partenaire en interaction. On ne considère que ceux qui sont partis. On néglige ceux qui ne

partent pas, ainsi que ceux qui vivent dans le pays qui reçoit. Or c'est bien par le choc d'acculturation que se remettent en question les identités des populations en présence (7).

LA RECHERCHE-ACTION DANS LA COMMUNAUTÉ PORTUGAISE

Respecter la dynamique proposée ci-dessus conduit le chercheur à s'intéresser à ce qui se passe au Portugal et à retenir que la loi sur l'éducation à l'école y a subi une réforme en 1984; ainsi différents thèmes tels l'écologie, la famille, l'éducation sexuelle et la planification familiale y sont abordés. Soulignons qu'au Portugal 62% des femmes utilisent une contraception (8).

Dès lors la question des grossesses non désirées ne peut se réduire à la seule méconnaissance par les ressortissantes étrangères des questions relatives à la sexualité, au désir de grossesse, à l'impossibilité concrète d'accueillir un enfant, à la communication entre les partenaires de l'acte sexuel et à l'acceptation profonde de l'idée de planification des naissances. Elle doit également tenir compte d'autres facteurs tels que la clandestinité et l'accès aux soins.

L'objectif du chercheur vise alors à réunir les conditions qui permettraient de prévenir les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles, dont le SIDA, pour permettre aux membres de la communauté de mieux faire face à ces questions.

Il utilise comme méthode de travail le concept de recherche-action pour s'insérer dans la réalité communautaire, qui, dans notre propos, est la communauté portugaise. En plus des activités traditionnelles de recherche (accumuler des connaissances sur un domaine particulier) la recherche-action vise à transformer

la situation initiale des acteurs. Pour produire ce changement — ici viser à l'autonomisation des Portugaises pour leur permettre de mieux gérer leur vie affective et sexuelle — chercheurs et acteurs de terrain collaborent étroitement (9).

LE TRAVAIL DANS LE TERRAIN

Un noyau de base formé de compatriotes issues de milieux très différents (serveuses, infirmière, comédienne, étudiante en français moderne, coursière dans un laboratoire d'analyse, etc.) ont acquis des compétences auprès des différentes institutions (formation assurée par le Planning familial du Département de gynécologie-obstétrique du CHUV, Appartenances, le Service de la Santé publique, colloques divers). Ces femmes se sont senties de ce fait prêtes à partager ce savoir dans les communautés portugaises du canton de Vaud. Elles sont devenues le moteur du changement.

La mise en place d'une permanence téléphonique et d'un lieu d'accueil assure la continuité de leur travail accompli au sein de la communauté. Les femmes peuvent ainsi faire appel à des compatriotes quand elles se trouvent confrontées à des problèmes de sexualité, de contraception, d'interruption de grossesse ou de relations sexuelles risquées.

LA RECHERCHE-ACTION ET LES PROFESSIONNELS

La majorité des interruptions de grossesses de la ville de Lausanne se font dans le Service de gynécologie-obstétrique du CHUV où les conseillères en planning familial se sentaient impuissantes devant la répétition des situations évoquées à longueur de semaines. En collaborant à cette recherche-action, les conseillères en planning ont pu évaluer l'envie de leurs patientes de se prendre en charge. De ce fait, les conseillères

peuvent les motiver à contacter leur communauté par le biais de la permanence téléphonique. Le sentiment d'impuissance des professionnels a ainsi diminué pour faire place à la conviction d'une action éducative et préventive plus cohérente.

Par extrapolation on pourrait dire que ces situations se retrouvent certainement dans des cabinets médicaux où différents problèmes de santé sont évoqués. Le médecin pourrait utiliser la permanence afin d'éviter de se retrouver consultation après consultation avec la même patiente lui racontant la même histoire.

Lors de l'atelier auquel nous avons travaillé pendant cette journée, outre le problème de l'interruption de grossesse, le cas des femmes en âge de ménopause a été abordé. Ces femmes vivent une période de fragilité liée à la modification de leur image corporelle et de son implication sur la vie de couple et la sexualité. On retrouve dans cette situation la solitude et l'ignorance qui fait que souvent ces femmes ont des plaintes répétitives dans leur consultation gynécologique. Le moyen d'améliorer cette situation a été de créer des groupes dans lesquels elles reçoivent une information, posent des questions et échangent des expériences vécues. La participation à ces groupes leur donne une compétence qu'elles pourront partager avec d'autres et ainsi rompre l'engrenage de la plainte, de la somatisation et de la solitude.

CONCLUSION

En conclusion, le chercheur s'interroge et soumet au lecteur son hypothèse: peut-on se demander si la patiente, quelle que soit son origine culturelle, et le médecin ne reproduisent pas dans une «relation solitaire à deux» une forme d'exclusion et de solitude. Les expériences citées dans ces ateliers pourraient encourager le praticien à motiver sa patiente à sortir de ce mode relationnel en l'encourageant à s'ouvrir à d'autres formes de prise en charge.

NOTE

Groupe volontaire d'appui aux femmes de langue portugaise, rue Curtat 14, 1005 Lausanne. Permanence téléphonique et accueil le lundi et jeudi soir de 18 h. 00 à 20 h. 00, tél. 021/320 40 60.

Les groupes *Ménopause* sont organisés par les centres de planning familial de Suisse romande. Pour obtenir les différentes adresses, contacter le Centre de planning familial du Département de gynécologie-obstétrique du CHUV, Lausanne, tél. 021/314 27 18.

Mots-clés

Sexualité • interruption de grossesse • migrants • exclusion • Portugaises.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cornaz D.: *Problématique de 2400 cas d'IG pratiquées dans le Service de gynécologie-obstétrique du CHUV*, p. 75. Thèse, Faculté de médecine UNIL, Lausanne, 1991.

2. Grob D.: *1302 cas de demandes d'interruptions de grossesse pratiquées dans un hôpital de zone*, pp. 46 et 58. Thèse, Faculté de médecine UNIL, Lausanne, 1991.
3. Fontana E.: *Communauté portugaise et interruption de grossesse: une démarche de recherche-action dans le canton de Vaud*, p. 9. Mémoire, Faculté des sciences sociales et politiques, UNIL, Lausanne, 1994.
4. Kellerhals J., Pasini W.: *Le sens de l'avortement, étude psychosociologique*, p. 161. Genève, Georg, 1976.
5. Bolliger A.: *Santé et recours aux soins des étrangers établis en Suisse: résultat de l'enquête SOMIPOPS*, pp. 4, 9, 12, 13, 27, 31, 37. Thèse, Faculté de médecine UNIL, Lausanne, 1989.
6. Cohen-Emerique M.: *Représentations et attitudes de certains agents de socialisation (travailleurs sociaux) concernant l'identité des migrants et de leurs enfants: Socialisations et cultures*, 1989, p. 245. Actes du 1^{er} colloque de l'ARIP, Sèvres, 13-15 mars 1986, Presses universitaires du Mirail.
7. Arpin J.: *L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient: Santé mentale au Québec*. XVII 2: 99-112, 1992.
8. International planned parenthood federation, 1994: *Portugal: demographic/statistical data (1992)*: p. 3: 48% des femmes utilisent la pilule, 7% ont choisi comme contraception le stérilet, 6% le préservatif et 1% la stérilisation.
9. Vuille M.: *La recherche-action: une pratique nouvelle ou comment s'impliquer autrement dans une recherche sur les plans personnel, professionnel et institutionnel: Revue internationale d'action communautaire*, N° 5: 68-73, 1981.

Adresses:

E. Fontana, adjointe du médecin cantonal, Service de la Santé publique, Cité-Devant 11, 1014 Lausanne.
M.-D. Béran, conseillère en planning familial, Département de gynécologie-obstétrique, CHUV, Lausanne.