



**HAL**  
open science

# Porter et faire naître un enfant loin de chez soi. Une population de jeunes mères immigrées en augmentation.

Jacques Barou

► **To cite this version:**

Jacques Barou. Porter et faire naître un enfant loin de chez soi. Une population de jeunes mères immigrées en augmentation.. L'école des parents, 2021. hal-03533446

**HAL Id: hal-03533446**

**<https://hal.science/hal-03533446>**

Submitted on 18 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Porter et faire naître un enfant loin de chez soi**

### **Une population de jeunes mères immigrées en augmentation**

Depuis la fin du XXe siècle, la proportion de femmes dans la population immigrée en France est devenue nettement supérieure à celle des hommes : En 2019, 51,5 % des immigrés sont des femmes, contre 44 % en 1975 et 45 % en 1946.<sup>1</sup> 55% d'entre elles vivent en couples et 54,4% d'entre elles appartient aux classes d'âge de 15 à 45 ans contre 35,7% chez les non immigrées. Cela signifie que les situations de grossesses et de maternités ont de fortes chances d'être nombreuses parmi elles. En 2017, leur contribution à la natalité était de 19% des naissances enregistrées, contre 16 % en 2009<sup>2</sup>. Derrière ces chiffres se cachent des vécus que l'on peut supposer différents de ceux des femmes «natives». Comment vit-on sa grossesse et sa maternité quand on est loin de chez soi et comment les proches, le conjoint ou les autres membres de la famille, quand ils sont là, accompagnent ils les jeunes mères dans un contexte qui a souvent peu à voir avec ce qu'il est dans le pays d'origine. En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, le suivi de la grossesse et l'accouchement ont connu un processus de médicalisation croissante avec une intervention de plus en plus forte des professionnels de santé avant qu'apparaissent quelques réactions vis-à-vis de ce « tout médicalisé ». Ces réactions se sont traduites par des initiatives visant à rendre davantage les femmes actrices de leur maternité et en y associant leurs proches, en particulier leurs conjoints. Ceux-ci sont de plus en plus nombreux à suivre des séances de préparation à la venue de l'enfant et à participer à l'accouchement<sup>3</sup>. Il est ainsi possible de «devenir parents», de façon active et étroitement associés entre conjoints, tout en restant sous la rassurante protection des professionnels de santé. Certains couples immigrés pourront se trouver à l'aise face à une telle offre de participation au vécu de la grossesse et de l'accouchement, d'autres non. Cela est moins lié au niveau de médicalisation de la maternité dans le pays d'origine qu'à des représentations culturelles des différentes phases du processus de fécondité : conception, gestation, accouchement, appropriation affective et sociale du nouveau-né par les parents et leurs proches. Ces «représentations» fondées sur des connaissances non scientifiques, impliquent la réalisation d'un certain nombre de rites et le respect d'un certain nombre d'interdits, si l'on veut que tout se passe bien. Elles ont donc un rôle à jouer pour rassurer les futurs parents et leur permettre de donner sens à leur nouveau statut et assumer leurs nouvelles responsabilités. Si elles entrent en contradiction avec ce qui est prévu dans le processus actuellement dominant de suivi de la maternité et d'association du père, il est préférable de chercher un compromis avec elles plutôt que de les rejeter et de les stigmatiser.

Les pays d'origine des femmes immigrées qui accouchent pour la première fois en France sont très inégalement dotés de structures dédiées au suivi des maternités. Même à l'intérieur d'un même pays, les conditions de prise en charge des grossesses et des accouchements peuvent être très différentes selon que l'on est en milieu rural ou urbain, que l'on appartienne aux couches sociales privilégiées ou aux milieux populaires. Si l'on prend le cas de l'Afrique

---

<sup>1</sup> INSEE L'essentiel sur les immigrés et les étrangers : chiffres clés paru le 20/07/2020.

<sup>2</sup> S.Volant, G.Pison et F.Héran, *Population et société* n°568, INED, juillet/août 2019.

<sup>3</sup> Témoigne de cette tendance le succès de l'haptonomie méthode qui vise à apprendre au futur père à communiquer avec l'enfant en touchant le ventre de sa femme et à l'aider au moment des contractions.

subsaharienne, zone de provenance d'un nombre d'immigrés en croissance constante depuis quelques décennies, on peut y trouver des situations très différentes. Dès l'époque coloniale, les pouvoirs en place, effarés par l'importance de la mortalité infantile et de la mortalité périnatale avaient mis en place des processus de médicalisation de l'accouchement et du suivi des grossesses, en formant des sage femmes envoyés ensuite dans des dispensaires de brousse bien équipés. Cela a surtout touché les colonies les plus riches, comme l'Afrique du Sud ou le Ghana où les autorités s'inquiétaient de la baisse de la population des jeunes mères et de ses répercussions sur l'activité économique<sup>4</sup> Dans les pays plus pauvres, les systèmes de santé publique, souvent déjà peu développés, se sont parfois effondré après les indépendances, laissant subsister les systèmes traditionnels de prise en charge. Ceux-ci influencent encore les comportements des femmes pendant leur grossesse et leur accouchement ainsi que les rapports avec le père et l'éducation des très jeunes enfants.

### **Les systèmes de représentation traditionnels face à l'offre de suivi de la société d'accueil**

Les représentations naissent d'une tentative d'explication des faits constatés, non pas à partir d'analyses objectives mais à partir de la culture dans laquelle baignent les gens concernés par ces faits. Ainsi, le nombre élevé de fausses couches qui provient la plupart du temps de l'immaturation anatomique des primipares, en raison des pratiques de mariage précoce dans certaines populations, sera expliqué par des agressions en sorcellerie de la part de personnes jalouses ou d'ennemis du clan de la femme enceinte. Ceux-ci dépêchent des génies mangeurs d'âme qui pénètrent dans son utérus et dévorent l'âme du fœtus. L'hémorragie qui s'en suit est la preuve que, privé d'âme, le fœtus n'est plus qu'un reliquat informe expulsé du corps de la mère. Pour se protéger d'une telle mésaventure, il faut dissimuler son état et protéger les orifices de son corps. Ces pratiques ne sont guère compatibles avec l'offre de suivi gynécologique proposée dans le pays d'accueil qui implique de révéler de manière précoce sa grossesse et de se soumettre à des examens cliniques exigeant des touchers qui favorisent un risque d'intrusion des génies redoutés. De même l'échographie, en révélant l'identité du bébé peut provoquer des réactions qui expriment un mal être devant le fait de devenir parent. Dans certaines sociétés, il est fortement souhaité que le premier enfant soit un garçon. Le fait d'attendre une fille peut perturber la relation entre les futurs parents. Si le conjoint est déçu, il témoigne de la froideur, voire du mécontentement envers sa femme qui, du coup se sent quelque peu abandonnée pour vivre cette étape importante de sa vie. Alors que les évolutions, aussi bien médicales que socio culturelles poussent en France à encourager la participation du conjoint, dans nombre de sociétés d'origine, les hommes sont exclus du domaine de la reproduction. Les sociabilités masculines et féminines étant toujours séparées, les hommes se sentent mal à l'aise dans les consultations et a fortiori pendant l'accouchement. Si l'échographie annonce une naissance gémellaire, cela peut parfois provoquer une véritable panique chez les futurs parents. Les naissances multiples sont expliquées dans les pays d'origine par une intervention non humaine. Celle-ci peut être de nature bienveillante, comme en Afrique centrale, et dans ce cas, les jumeaux seront élevés comme de véritables petits

---

<sup>4</sup> A.Hugon, Historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne, *Clio, Histoire, femmes et sociétés*. N° 21, 2005, p 212 229

dieux<sup>5</sup>. Dans d'autres cas, comme dans certaines communautés malgaches, ils sont le fruit de l'intervention d'un esprit maléfique et on va jusqu'à organiser la mort de l'un des deux en l'abandonnant dans le parc aux zébus où il finira piétiné par les bêtes.

Pour les femmes qui vivent l'attente d'un premier enfant dans ce contexte où l'offre de suivi est souvent en contradiction par rapport aux pratiques traditionnelles, la période peut être particulièrement anxiogène. Le principal moyen de réduire cette angoisse qui aura des répercussions sur leur sentiment de devenir mère, est de s'appuyer sur leurs proches. Mais elles ne peuvent guère compter sur le conjoint qui, malgré sa bonne volonté, se sentira toujours mal à l'aise de devoir partager des instants de vie qui, dans sa société relèvent exclusivement de la sphère féminine.

### **Les ressources familiales**

Dans plusieurs sociétés, il est courant que les primipares aillent vivre leur grossesse, leur accouchement et les premiers mois de leur vie avec l'enfant auprès de leur mère. Celle-ci ne peut être que bienveillante envers elle et connaissent assez de rituels de protection pour les rassurer. Nous avons connu le cas d'une jeune femme d'origine comorienne qui, une fois enceinte s'est empressée de démissionner du poste qu'elle occupait dans une association basée à Lyon pour aller s'installer chez sa mère à Marseille, laissant son conjoint derrière elle. Elle a pu ainsi devenir mère dans un contexte avec lequel elle se sentait en harmonie. Son statut de mère lui était reconnu par la communauté à laquelle elle appartenait. Elle prenait place dans une longue lignée de mères qui, de génération en génération se transmettaient les connaissances et les pratiques pour devenir pleinement mère. Du côté des hommes, même s'ils sont moins impliqués, c'est aussi l'appartenance au collectif familial qui fait vraiment d'eux des pères. C'est à eux que revient l'honneur de présenter leur enfant à la famille étendue. Aux Comores, il faut attendre deux mois pour que l'enfant puisse être ainsi montré à la communauté. Pour traduire le fait qu'ils deviennent parents, les conjoints changent de noms. Les hommes se font appeler : *mme* suivi du nom de leur premier enfant et les femmes *mshe* suivi du prénom de ce premier enfant, ce qui veut dire père ou mère de Un tel<sup>6</sup>. Dans ce contexte, ce sont les enfants qui font les parents et non l'inverse, d'un point de vue social bien sûr.

La préparation à la naissance, telle qu'elle est conçue dans le système de santé en France peut-elle contribuer à faire devenir parents des couples qui ont des références si différentes en ce qui concerne la place du père et les interprétations culturelles de la procréation ? Au fil du temps, dans certaines zones où la présence de familles immigrées est importante depuis déjà quelques décennies, l'offre s'est adaptée. La présence dans les établissements de santé de professionnels qualifiés issus de l'immigration a facilité la prise en compte des particularismes sans renoncer à inciter les parents à entrer dans une logique visant à les faire adhérer à leur nouveau statut avec tout ce que cela implique en matière de responsabilité et de lien entre les conjoints. Une enquête réalisée en 2015 en Belgique auprès de pères originaires d'Afrique centrale a montré que les hommes immigrés pouvaient évoluer vers des attitudes

---

<sup>5</sup> A. Adler, Les jumeaux sont rois, *L'Homme*, 1973, tome 13 n°1-2. pp. 167-192;

<sup>6</sup> S. Blanchy, Familles et parenté dans l'archipel des Comores, *Journal des Africanistes*, 1992, 62/1, p 7 53.

semblables à celles qui dominant aujourd'hui dans le monde occidental, en transgressant leurs tabous culturels<sup>7</sup>. Ces hommes étaient très conscients que dans leur société d'origine, ils ne se seraient jamais investis dans le suivi de la grossesse de leur épouse, n'auraient jamais assisté à l'accouchement et se ne seraient que très peu occupé du nouveau-né. Mais en immigration, en raison de l'absence de la famille étendue et du fait que leurs épouses étaient pour la plupart beaucoup plus investies qu'eux dans le monde du travail, ils ont été amenés à l'accompagner pour les échographies, ont pratiqué l'haptonomie et même assisté à l'accouchement. A l'issue de cette expérience inédite pour eux, ils disent avoir plus de respect et de reconnaissance pour leur femme et se sentir pères beaucoup plus fortement que s'ils n'avaient pas participé à ces différentes phases qui accompagnent la venue d'un enfant. On entre donc plus facilement dans la parentalité à deux que séparément.

Jacques Barou

CNRS UGA

---

<sup>7</sup> D.Cauchie, M. Bruyninckx et O. Cappalonga, 2015, Vécu de la paternité et implication dans les soins périnataux. Rencontre avec des hommes africains émigrés en Belgique, *Alterstice, Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 5 (1), pp 35- 44.