

Devenir mère en terre étrangère

La mise en place d'un programme de préparation à la naissance pour femmes migrantes, "Enceinte à Genève", ouvre l'accès aux soins à une population vulnérable, difficilement accessible par le système de santé publique et sujette au risque de dépression anténatale et *postpartum*.

La migration féminine en Suisse est en forte progression et les femmes représentent actuellement 50,8 % des étrangers¹. Il arrive que les femmes migrantes deviennent mères peu de temps après leur arrivée en Suisse alors qu'elles ne sont pas encore bien établies, ont un réseau social restreint et ignorent tout du fonctionnement des institutions médicosociales.

Le niveau d'éducation, la connaissance de la langue et les motifs de migration de ces femmes sont hétérogènes et influencent l'accès aux informations sur le fonctionnement du pays d'accueil. Or, cette frange de population risque particulièrement de développer une dépression anténatale et/ou *postpartum*. Elle ne bénéficie à Genève d'aucun suivi spécifique durant la grossesse. Des projets doivent donc être développés pour répondre aux besoins particuliers de ces femmes. Cet article se propose de rendre compte du développement d'un programme de préparation à la naissance pour migrantes non francophones, intitulé "Enceinte à Genève".

Dimension culturelle de la maternité en exil

Dans nos sociétés occidentales comme dans d'autres cultures, le passage à la parentalité figure parmi les transitions de vie majeures. La grossesse est une période de profonds remaniements psychiques et de changements importants au niveau identitaire et social, qui induit un stress prénatal chez les femmes enceintes².

En moyenne, 15 % des femmes enceintes et 13 % des femmes accouchées souffrent de dépression³. Chez celles "venues d'ailleurs", vient s'ajouter le facteur "migration" induisant un stress supplémentaire, d'intensité variable, lié à la différence culturelle et à la nécessité de s'adapter à un contexte nouveau. La prévalence de l'anxiété et de la dépression *postpartum* est deux à trois fois plus élevée chez les migrantes⁴. La confrontation à un monde étranger peut avoir un impact d'autant plus important qu'elles ne peuvent

se référer à un groupe de femmes proches (mère, grand-mère, sœur, etc.) capables de leur transmettre des rituels de protection et un savoir-faire lié à la maternité. De plus, et surtout chez les femmes provenant de milieux ruraux, les pratiques médicales occidentales peuvent être ressenties comme intrusives, impudiques et vécues sur le mode de l'effraction déclenchant des symptômes anxieux, voire traumatiques⁵.

Difficultés d'adaptation et accès aux soins

Outre le manque d'étayages culturels, la littérature empirique met en avant des facteurs psychosociaux pour expliquer cette forte prévalence. En effet, les femmes migrantes sont confrontées à différentes sources de stress en lien avec l'immigration : elles doivent faire face au manque de repères, aux difficultés à communiquer, aux préoccupations financières, à l'instabilité découlant d'un statut légal parfois incertain, aux difficultés de logement et à l'isolement social. À cela s'ajoute une mauvaise connaissance du réseau de soin, rendant son accès difficile, surtout en l'absence d'assurance maladie.

Les études qui traitent de la périnatalité en situation migratoire montrent que les migrantes enceintes vivant dans une situation de précarité sociale consultent en général plus tard que les autochtones et ne sont pas suivies assez régulièrement. Chez les femmes étrangères, au bénéfice d'une couverture sociale, le risque de soins non optimaux est multiplié par 4,3⁶. Pour celles qui ne disposent pas d'une couverture sociale, ce risque serait multiplié par 200⁶. Une étude genevoise auprès de migrantes clandestines sans assurance maladie met en évidence que la première visite chez le gynécologue s'effectue un mois plus tard que chez les femmes de la population générale. Les clandestines utilisent moins de moyens de contraception, ont plus de grossesses involontaires et sont plus exposées à la violence durant la période prénatale⁷.

Or, un faible suivi durant la grossesse peut avoir de lourdes conséquences néonatales. Le taux de mortalité infantile est multiplié par cinq parmi les femmes ayant consulté moins de trois fois durant la grossesse. Quand la grossesse a été mal suivie, le taux de prématurité est quatre fois supérieur à celui des femmes suivies régulièrement ; on retrouve trois fois plus de bébés transférés en réanimation, et 22 % d'entre eux pèsent moins de 2,5 kg à la naissance⁸. L'exposition prénatale du bébé au stress maternel, la prématurité ou un faible poids de naissance sont des facteurs associés à des difficultés dans le développement ultérieur du bébé dans différents domaines : capacités de régulation émotionnelle, coordination motrice, développement cognitif, problèmes de concentration, retard de langage, difficultés scolaires, etc.⁹ La dépression et l'anxiété anténatales sont les principaux facteurs "prédicteurs" de la dépression *postpartum*, et leur fréquence est élevée¹⁰. Les *primo*-arrivantes ne maîtrisant pas encore la langue du pays d'accueil, vivant sans grand réseau social et ayant parfois laissé des enfants en bas âge au pays, présentent un risque particulièrement élevé de développer une dépression dans l'année qui suit la naissance du bébé¹¹.

Le cas extrême des réfugiées

Vu le cumul de facteurs de risque qu'elles présentent, les migrantes réfugiées sont parmi les plus vulnérables. Elles peuvent avoir vécu des événements traumatiques "prémigratoires" graves dont la torture, le viol, le décès ou la disparition d'un conjoint, d'un enfant ou d'autres membres de la famille. Elles ont souvent été déplacées dans des camps de réfugiés où règnent une grande promiscuité, des abus et des violences sexuelles. Une fois arrivées, leur situation est précaire et leur statut légal incertain.

Elles souffrent souvent de problèmes somatiques et d'un syndrome de stress post-traumatique associé ou non à une dépression, souvent non traitée.

Les obstacles à un accompagnement médico-social optimal

Il existe trois sortes d'obstacles entravant ou retardant l'accès aux soins chez les migrantes enceintes.

◆ **En premier lieu**, la méconnaissance des ressources du pays d'accueil et du réseau, à laquelle s'ajoute la difficulté à appréhender le fonctionnement du système de soins du pays d'accueil. Prenons, à titre d'exemple, les groupes de préparation à la naissance qui visent à préparer les femmes et leurs compagnons à l'accouchement et à expliquer les phénomènes qui se déroulent durant la grossesse. Ailleurs, ces groupes n'existent pas et ce type d'information fait l'objet d'une transmission informelle par des femmes de l'entourage.

Dès lors, certaines migrantes enceintes n'ont pas spontanément l'idée de rechercher à participer à un tel groupe.

◆ **Le deuxième obstacle est de nature financière ou administrative**. Dans le cas des clandestines, ne pas disposer d'une couverture d'assurance ou la peur d'être dénoncées aux autorités joue un rôle dissuasif important.

◆ **Enfin, dans le cas de difficultés d'ordre psychologique ou interpersonnel**, on observe des résistances des femmes elles-mêmes à demander de l'aide, soit par méconnaissance des troubles développés (dépression, stress post-traumatique), soit par peur de parler de leurs problèmes de couple ou de violences conjugales.

La parentalité en exil constitue donc une importante problématique de santé publique qui nécessite plus qu'un suivi gynécologique. La multiplicité des facteurs de risque et des obstacles pour un suivi adéquat montre qu'il est nécessaire d'établir des programmes de prévention et d'intervention ciblés offrant à ces femmes une écoute et un accueil spécifiques les aidant à vivre au mieux la période périnatale.

Le programme "Enceinte à Genève"

À la lumière de ces constats, les associations Appartenances-Genève¹², engagée dans la santé communautaire des migrants, et l'Arcade des sages-femmes¹³, collectif de sages-femmes indépendantes développant des prestations de santé publique dans le domaine de la périnatalité, ont mis sur pied en 2006, un programme de préparation à la

naissance pour femmes migrantes enceintes, maîtrisant peu ou pas le français. Celui-ci est subventionné par le canton de Genève.

◆ **Le programme** se déroule dans les locaux de l'Arcade des sages-femmes – une structure extra-institutionnelle, facile d'accès, de taille humaine et non médicalisée. Il propose un cycle de rencontres prénatales en groupe multiculturel, de six séances chacun.

Le groupe est animé par deux sages-femmes, relayées par des interprètes. "Enceinte à Genève" propose ainsi quatre cycles de préparation à la naissance par année.

◆ **Les objectifs du programme** visent à permettre aux femmes :

- d'exprimer dans leur langue leurs questions et inquiétudes concernant la grossesse, l'accouchement, la vie avec un nouveau-né ;
- d'évoquer les pratiques lors de la grossesse, de l'accouchement et du maternage qui ont cours dans leur pays d'origine ;
- de recevoir une information approfondie en matière de santé sexuelle et reproductive dans leur langue et avec du matériel adapté ;
- d'accroître leur autonomie en matière de santé, mais aussi leur intégration (mobilité géographique, meilleure connaissance des offres du réseau médico-social, accès à la langue locale) ;
- de rencontrer d'autres femmes dans un lieu sécurisant, de partager leurs expériences et, par ce biais, de prévenir l'isolement social.

Population cible du programme

Le programme s'adresse à toute femme allophone enceinte, intéressée à suivre un cours de préparation à la naissance, indépendamment de son statut légal, de sa couverture d'assurance, de son état civil ou du nombre d'années de résidence en Suisse. Que la femme ait déjà donné naissance à un enfant, dans son pays ou en Suisse, est également indifférent.

À l'origine, il n'était pas question d'exclure les futurs pères du groupe. Cependant, la forte représentation de femmes musulmanes, la présence de mères célibataires, tout comme celle de femmes avec enfants en bas âge, ont incité l'équipe à fixer les cours l'après-midi, durant les heures d'école. Cela a rendu la présence des hommes problématique. Il a donc été décidé que les cours seraient destinés exclusivement aux femmes. Une séance spéciale organisée en soirée propose d'accueillir les futurs pères qui le désirent. Ce moment permet aux hommes de poser des questions et de recevoir des informations sur

le rôle prépondérant d'accompagnement et de soutien qu'ils seront appelés à jouer au moment de la naissance et durant la période postnatale.

Cette solution présente l'avantage de permettre aux mères ayant des enfants scolarisés de pouvoir se libérer. Elle a, en revanche, l'inconvénient d'exclure les femmes enceintes qui travaillent en journée.

Fonctionnement du groupe

◆ **Le cycle de rencontres** en groupe de préparation à la naissance comprend cinq séances de 2 h 30 pendant la grossesse, et une séance après l'accouchement en présence des bébés. La durée des séances est plus longue que lors d'un cours de préparation à la naissance "classique" puisqu'un large temps est dévolu à la traduction. Il est fréquent que quatre ou cinq langues soient représentées simultanément dans le groupe (par exemple l'espagnol, le tigrinia, le turc, le farsi et l'albanais). La langue commune au groupe est le français.

◆ **Le contenu des rencontres** s'articule entre des temps d'information et d'échange autour de la grossesse et des temps de travail corporel. Dans la partie informative, on tente de répondre de manière accessible à des questions telles que « *Comment le bébé est arrivé là où il est ?* » ou « *Comment fait-il pour vivre et se développer ?* ». C'est l'occasion pour les sages-femmes de parler de l'anatomie des organes reproducteurs, du cycle menstruel, de la fécondation, de l'influence hormonale, etc. Les thèmes suivants sont aussi abordés successivement durant le cycle : la croissance et la vie du fœtus, les modifications psychologiques durant la grossesse, les signes du début de l'accouchement, le déroulement de l'accouchement, la prise en charge de celui-ci à Genève, l'allaitement, les étapes de la période postnatale, la reprise des rapports sexuels et la contraception.

◆ **Les informations sont illustrées** avec des supports visuels, à l'aide de dessins (parfois élaborés par les femmes elles-mêmes), de schémas et de matériel en trois dimensions. Les femmes profitent de ces moments pour poser les questions qui les préoccupent et qui concernent par exemple : la détermination du sexe du bébé, le risque de mortalité maternelle par hémorragie, le déroulement de l'accouchement lorsque l'on a été excisée ou infibulée.

◆ **Une séance entière est consacrée aux modifications psychologiques** durant la

grossesse. Au cours de celle-ci, un support de type "photolangage[®]" permet à chaque femme d'exprimer la manière dont elle vit le moment présent et comment elle se projette dans l'avenir. C'est un moment d'échange important, souvent émouvant, qui permet au groupe de gagner en cohésion. Pendant cette séance, la question générale des besoins de la femme enceinte et accouchée est abordée. Une évaluation des aménagements possibles dans chaque situation afin de garantir un maximum de sécurité émotionnelle et affective dans la période qui suit l'accouchement, est effectuée. Enfin, durant cette séance, la dépression du *postpartum* et ses manifestations sont évoquées.

◆ **Quant au travail corporel**, sa nécessité s'est imposée dès le début. En effet, les participantes sont souvent raides, peu mobiles, comme figées. Une majorité d'entre elles souffre de dorsalgies et vit dans des conditions offrant peu de possibilités de détente ou de repos. Le travail corporel proposé à chaque séance permet aux femmes d'expérimenter des moyens simples (positions, respiration) qui peuvent amener détente et soulagement pour les douleurs actuelles et celles de l'accouchement. Des moments de chant ou de danse sont intégrés, permettant un partage de traditions en lien avec le maternage dans les différents pays et cultures représentés. Les interprètes et les sages-femmes effectuent les exercices au même titre que les participantes. C'est alors un grand groupe de femmes qui bouge, danse, chante, rit et se meut de concert. Une période de relaxation intervient généralement en fin de séance, durant lequel il est fréquent que les femmes s'endorment.

Bilan de cinq années de fonctionnement 2006/2010

Le nombre de participantes n'a cessé de croître et s'est multiplié par 5 en cinq ans, passant de 9 participantes en 2006 à 45 en 2010. Une augmentation importante a été observée entre 2009 et 2010. Elle est sans doute liée à l'impression d'un dépliant en différentes langues en 2009 et à une campagne d'information grand public dans les médias en 2010.

On relève très peu de désistements dans ce programme. En 5 ans, sur un total de 120 femmes inscrites, seules 8 d'entre elles n'ont pas donné suite. Les femmes sont donc réceptives à ce type de prestation.

"Voies d'adressage"

Le réseau professionnel médical constitue la principale "voie d'adressage", mais pas la seule :

- 35 % des participantes ont été adressées par différents services rattachés aux hôpitaux universitaires de Genève (le service de maternité, l'unité mobile de soins communautaires, le planning familial, le Programme santé migrants - PSM) ;
- 31 % l'ont été par le réseau communautaire ;
- 26 % par des associations pour migrants ;
- 7 % par leur médecin privé.

Profil sociodémographique des participantes

Toutes les femmes étaient âgées d'au moins 18 ans et avaient immigré en Suisse à l'âge adulte. Le programme "Enceinte à Genève" semble toucher aussi bien des femmes relativement jeunes que des femmes plus âgées (de 21 ans à 43 ans). La répartition par groupes d'âge montre que 27 % des participantes avaient entre 20 et 25 ans ; 23 % entre 26 et 30 ans ; et 50 % avaient plus de 31 ans.

◆ **Le programme a fonctionné en 24 langues différentes.** Les langues les plus représentées étaient l'arabe, l'albanais, l'espagnol, le tigrigna et le kurde. La provenance des participantes a été très diversifiée. La plupart proviennent d'un pays d'Afrique subsaharienne (27 %), les autres sont originaires de l'Europe de l'Est (Turquie, Kosovo, Bosnie-Herzégovine, Arménie) et du Moyen-Orient (Iran, Irak, Kurdistan), pour 20 % respectivement. Dans des proportions similaires, les pays d'Amérique latine, d'Afrique du Nord ou d'Asie) sont représentés (respectivement 12 %, 11 %, et 10 %).

◆ **Les participantes présentent une grande hétérogénéité** du point de vue de leur niveau d'éducation. La majorité d'entre elles a un bon niveau d'éducation : 38 % ont suivi l'école secondaire, et 22 % ont atteint un niveau d'études universitaire. À l'opposé, 40 % des femmes présentent un niveau d'éducation très bas (17 % n'ont jamais été scolarisées, et 23 % n'ont suivi que l'école primaire). Cela montre que certaines femmes proviennent de milieux ruraux très reculés ou de milieux socioculturels très défavorisés. La mixité sociale et d'éducation n'a jamais posé problème dans le groupe. Il n'était pas rare que les femmes analphabètes, souvent multipares, vivent leur grossesse de façon plus "naturelle" que d'autres plus instruites, et

présentent moins d'anxiété. Elles ont joué alors un rôle sécurisant dans le groupe.

◆ **La grande majorité des femmes (89 %) résidaient en Suisse** depuis moins de 5 ans et plus de la moitié (54 %) vivait en Suisse depuis moins de 2 ans. Plus de la moitié (55 %) des participantes disposait d'un statut légal précaire. 44 % d'entre elles étaient entrées en Suisse en tant que demandeuses d'asile et 8 % clandestinement. Plus du tiers des femmes (35 %) vivaient en foyer pour demandeurs d'asile.

◆ **La majorité des femmes (64 %) attendaient leur premier bébé** et accédaient donc au statut de mère en dehors de leur pays d'origine. Par ailleurs, un quart des participantes étaient déjà mères avant d'arriver en Suisse, mais accouchaient pour la première fois à Genève. Sept femmes (8 %) déclarent avoir migré en laissant un ou plusieurs enfants au pays d'origine. À relever enfin que 11 % des participantes a déjà accouché précédemment à Genève.

◆ **La grande majorité des femmes étaient mariées** (82 %) ou vivaient en couple (11 %). Seules 7 % étaient célibataires. A noter toutefois, qu'il est rare que des femmes qui se déclarent mariées vivent seules à Genève, le mari étant resté au pays ou ayant été retenu en chemin dans un autre pays ou canton, pendant le périple migratoire. La grande majorité des femmes n'exerçait aucune activité professionnelle. Près de la moitié (42 %) des participantes ont déclaré n'avoir ni amis, ni connaissances, ni famille à Genève à part leur compagnon. Si on ajoute à cela le fait qu'elles ne parlaient pas le français et qu'elles résidaient, pour la plupart, depuis moins de 2 ans en Suisse, on imagine leur degré d'isolement social.

Difficultés et complications observées

Au cours des cinq années de fonctionnement du programme, 39 femmes (36 %) n'ont présenté aucune complication pendant ou après l'accouchement. En revanche, 33 % des participantes ont présenté des difficultés d'ordre psychologique ou interpersonnel (dépression pré ou postpartum, hospitalisation, problèmes de couple, violence conjugale) ; 19 % des difficultés d'ordre psychosocial (isolement, précarité, logement) et 6 % des difficultés d'ordre médical (prématurité, mort in utero, infection utérine, diabète gestationnel).

Une analyse plus détaillée montre que les femmes avec un statut légal précaire ont eu

plus de complications que celles avec un statut légal non précaire (62 % vs 30 %). Les incertitudes liées à l'avenir et les conditions actuelles et passées difficiles semblent donc avoir un impact négatif sur l'évolution de la grossesse.

Discussion

À ce jour, le programme "Enceinte à Genève" a atteint l'objectif principal pour lequel il avait été conçu : permettre l'accès aux soins d'une population difficilement accessible par le système de santé publique. Le bilan des cinq premières années de fonctionnement montre que le programme remplit une fonction de prévention transdisciplinaire à l'interface du médical, du psychologique, du social et du culturel. Il touche une frange particulière de migrantes, à savoir des femmes *primo*-arrivantes, mais il accueille aussi des femmes qui résident en Suisse depuis plus de cinq ans présentant un faible degré d'acculturation. La plupart des femmes sont primipares, ou vivent leur premier accouchement à Genève dans une situation d'isolement social. La barrière de la langue, cumulée à l'obstacle, pour la majorité d'entre elles, d'un statut légal précaire, pourrait expliquer le fait d'un déficit d'intégration.

◆ **La spécificité d'"Enceinte à Genève"** semble se dessiner autour de la santé communautaire et de la prévention périnatale chez des femmes migrantes précaires et peu acculturées, ce qui n'était pas clairement un objectif de départ. En effet, les difficultés psychologiques engendrées par la gestation en situation migratoire sont très nettement aggravées par les conditions de vie et le contexte psychosocial. Le faible taux de désistement montre que ce dispositif répond bien à une demande d'information et d'encadrement des femmes migrantes non francophones. Il est évident que l'accent mis sur les aspects culturels et psychosociaux constitue un plus, "autour" du suivi obstétrical.

◆ **L'accès à la population cible a été rendu possible grâce au réseau de professionnels** qui constitue la principale voie d'adressage. Ceci indique que le réseau est sensibilisé à la question de la précarité sociale ou de la différence culturelle en tant qu'éléments anxigènes et facteurs de risque potentiels chez la femme enceinte, mais ne se sent pas toujours outillé pour tenir compte de ces dimensions. En plus, dès 2009, un dépliant a été largement diffusé dans des milieux

extra médicaux en contact avec des migrants incitant ces derniers à référer des femmes enceintes non francophones. "Enceinte à Genève" est ainsi parvenu à toucher un groupe de migrantes disposant d'un faible niveau d'éducation et souvent difficile à atteindre dans des projets de prévention par le biais de supports écrits, même traduits dans des langues étrangères. La formation des intervenants médicosociaux en périnatalité devrait permettre de développer la compétence transculturelle liée à la maternité.

◆ **Dans ce programme, la sensibilité culturelle est véhiculée par l'attitude des sages-femmes et des interprètes.** En se montrant ouvertes à d'autres systèmes de pensée et de santé, tout en expliquant les pratiques locales, elles incarnent une attitude "non jugeante" qui soutient les femmes et les encourage à faire coexister des mondes parfois vécus sur le mode d'une forte opposition ou incompatibilité. Elle est aussi mise en actes par le choix de proposer des groupes composés uniquement de femmes (et non pas de couples), ce qui est conforme à la manière de vivre le passage à la maternité dans les sociétés plus traditionnelles. Après cinq ans d'expérience, il nous semble qu'un groupe exclusivement féminin offre certains avantages : il permet une plus grande liberté dans l'expression des sentiments, des émotions et des interrogations en lien avec la sexualité, ainsi qu'un travail corporel. Ce constat pourrait amener à repenser l'organisation des cours de préparation à la naissance destinés aux femmes autochtones.

Enfin, un des effets bénéfiques du programme semble être celui de favoriser la mixité sociale autant que la multiculturalité.

◆ **Le programme fait aujourd'hui face à de nouveaux défis.** Si le nombre des inscriptions ne cesse d'augmenter, les fonds disponibles pour rémunérer sages-femmes et interprètes ne permettent pas une augmentation du nombre de cycles proposés durant l'année. De même, ils ne permettent pas l'ouverture de cours spécifiques en soirée pour la population de femmes employées dans l'économie domestique et qui ne peuvent se rendre au groupe dans l'après-midi. Par ailleurs, la forte prévalence de troubles de type anxieux ou dépressif et le nombre important de situations de vulnérabilité sociale mériteraient qu'un suivi d'une année au cours de la période postnatale soit mis en place, ce qui constitue un objectif prioritaire.

Conclusion

Tout professionnel du domaine sanitaire et social ou éducatif devrait être sensibilisé à la problématique de l'accès à la parentalité en situation de précarité et d'isolement social. Dans ce cadre, le soutien à la parentalité doit constituer une mission prioritaire. ▽

Betty Goguikian Ratcliff,

psychologue, maître d'enseignement et de recherche, Unité de psychologie clinique interculturelle, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Genève, Appartenances-Genève, Genève, Suisse, betty.goguikian@unige.ch

Fabienne Borel,

sage-femme, Arcade des sages-femmes, Genève.

Francesca Suardi,

assistante-doctorante, Unité de psychologie clinique interculturelle, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Genève, Appartenances-Genève.

Anna Sharapova,

psychologue stagiaire, Unité de psychologie clinique interculturelle, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Genève.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Notes

- Office Fédéral de la Statistique, 2010.
- Roegiers L (dir.), Molénat F (dir.), Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? Toulouse : Érès, 2011.
- Marcus SM. Depression during pregnancy : rates, risks, and consequences - Mothenisk update 2008. *Canadian Journal of Pharmacology*. 2009;16(1):15-22.
- Zelkowitz P, Schinazy J, Katofsky L et al. Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural Psychiatry*. 2004;41(4):445-64.
- Moro MR, Drain E. Parentalité en exil. *Soins pédiatrie/puériculture*. 2009;250:16-9.
- Mahieu-Caputo D. Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale : quelle prise en charge ? In L. Roegiers (dir.), F. Molénat (dir.), Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? Érès, 2011.
- Wolff H, Épiney M, Lourenco AP et al. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8 : 93.
- Blondel B, Duthil P, Delour M, Uzan S. Poor antenatal care and pregnancy outcome. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1993;50:191-6.
- Van den Bergh B. L'exposition prénatale au stress maternel associée à des altérations neuro-développementales ? In Roegiers L, Molénat F (dir.), Stress et Grossesse : quelle prévention pour quel risque ? Érès, 2011.
- Gordon T et al. Universal perinatal depression screening in an Academic Medical center. *Obstet Gynecol*. 2006;107:342-7.
- 11; Saucier JF, Bernazzani O, Borgeat F, David H. La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale. *Santé mentale au Québec*. 1995;20(2) :35-58.
- Appartenances-Genève, 72 bd Saint-Georges 1205 Genève, Suisse ; www.appartenances-ge.ch
- L'Arcade des sages-femmes, 85 bd Carl Vogt, 1205, Genève, Suisse ; www.arcade-sages-femmes.ch