

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 110 (2012)  
**Heft:** 9

**Artikel:** Une préparation à la naissance pour femmes migrantes allophones  
**Autor:** Borel Radeff, Fabienne  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-949392>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 05.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## Editorial



Bienvenue aux femmes migrantes!  
Bravo aux sages-femmes concernées!

Ce numéro fait l'état des lieux de la prise en charge des femmes migrantes pendant la maternité. C'est l'occasion de saluer celles qui, avec ou sans enfants, non seulement reproduisent la population suisse à croissance étiquée, mais encore prennent en charge nos enfants, nos handicapés, nos personnes âgées. Face à elles (et eux), l'Etat répond par un durcissement de la loi sur l'asile, les mesures de contraintes ou une l'indifférence qui lui permet de faire de grandes économies.

Même dans cette ambiance hostile, les femmes migrantes se retrouvent enceintes, parfois de bon et parfois de mauvais gré. Leur prise en charge a été d'abord totalement extra-institutionnelle dans les années 80, puis partiellement institutionnelle cette dernière décennie. Payées ou non, mal payées toujours pour le travail effectué, des sages-femmes se sont mises à disposition de ces femmes depuis longtemps.

S'il est vrai que la sage-femme qui travaille avec les femmes migrantes doit connaître le réseau social, savoir s'en servir et parfois résister aux retards et aux refus de ce réseau, elle doit surtout avoir pour qualité principale celle de garder un optimisme indéfectible dans des situations parfois hallucinantes (on parle de situations «complexes»).

Surprise: les femmes migrantes «en ayant vu d'autres» sont elles-mêmes souvent d'une humeur positive. Alors qu'une assistante sociale se lamentait devant une femme enceinte d'une situation particulièrement difficile, c'est la femme qui lui répondit: «Ne vous faites pas de souci, ça va aller!»

Les sages-femmes aux côtés des femmes migrantes font partie du tableau qui s'appelle: «Bienvenue au pays de l'asile». Merci à elles toutes.

Viviane Luisier

«Enceinte à Genève»

# Une préparation à la naiss...

**Chaque jour, lors de leurs visites à domicile, des sages-femmes genevoises rencontraient des femmes isolées, manquant de repères et devant faire face à des difficultés d'ordre financier, statutaire, conjugal et communicationnel.**

**Un état de fait d'autant plus problématique que c'est souvent sur les femmes que repose la responsabilité de gérer la santé et l'éducation des enfants. D'un tel constat est né en 2006 le programme «Enceinte à Genève».**

**Fabienne Borel Radeff**

Sage-femme

À côté des études réalisées dans le cadre (voir ci-contre) de la «Stratégie migration et santé», d'autres études<sup>1</sup> révèlent une prévalence de l'anxiété et de la dépression du post-partum deux à trois fois plus élevée dans la population migrante, qui s'explique notamment par le surcroît de stress occasionné par la migration ainsi que par l'absence du groupe de référence capable de transmettre les savoir-faire en lien avec la maternité.

Genève compte une proportion élevée d'étrangers (40% de migrants)<sup>2</sup>. Ainsi, quotidiennement, nous rencontrons des femmes sans repères, confrontées à la barrière de la langue et à de multiples problèmes sociaux. Une situation d'autant plus problématique, qu'il leur revient d'assumer la responsabilité de la santé et de l'éducation des enfants.

Fortes de ces constats, les associations Appartenances-Genève, centre de prévention et de soins psychologiques pour migrants, et l'Arcade sages-femmes ont décidé de mettre leurs ressources en commun pour développer une offre de prévention destinée aux femmes migrantes allophones sous la forme de groupes de préparation à la naissance<sup>3</sup>.

## Le programme «Enceinte à Genève»

Depuis 2006, le programme «Enceinte à Genève» se déroule dans les locaux de l'Arcade sages-femmes, une structure associative qui offre de nombreuses activités de santé publique à bas seuil. Il propose quatre cycles de rencontres par an. Les groupes, toujours multiculturels, sont animés par deux sages-femmes et par les interprètes interculturelles. Le prix

du cours correspond au montant forfaitaire de Fr.100.- alloué dans le cadre de la LAMal. Les femmes sans assurances sociales sont aussi admises sans contribution. Afin qu'un maximum de femmes puissent y participer sans dépendre d'un tiers, il a été décidé que les rencontres auraient lieu l'après-midi, durant les horaires scolaires.

Les objectifs du programme sont triples. Ils visent à permettre aux femmes:

- d'exprimer et de partager leurs interrogations et leurs pratiques, ainsi que de recevoir des informations sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum à Genève;
- d'accroître leur autonomie en matière de santé mais aussi leur intégration, (accès à la langue locale, mobilité géographique, meilleure connaissance du réseau);
- de trouver soutien social et repères grâce à l'étayage du groupe.

Le programme s'adresse à toute femme migrante enceinte, quels que soient sa parité, son statut légal, et le nombre d'années qu'elle a passé en Suisse. Les femmes peuvent venir avec leurs enfants en âge préscolaire, ou accompagnées de leur mère ou d'une amie. A l'origine, il n'était pas question d'exclure les futurs pères des groupes. Toutefois, la forte représentation de femmes musulmanes, la présence de femmes seules et les horaires choisis, ont rendu la présence des hommes problématique. Une séance spéciale est organisée pour eux en soirée. Elle leur permet de poser leurs questions et de recevoir des informations sur le rôle d'accompagnement et de soutien qu'ils seront appelés à jouer en l'absence de réseau social, au moment de la naissance et durant la période post-natale.

Le cycle de rencontres comprend six séances de 2h30 chacune pendant la



# ice pour femmes migrantes allophones

«Stratégie migration et santé»

## Pas d'égalité des chances en matière de bonheur familial

L'Office fédéral de la santé publique a chargé Paola Bollini, Philippe Wanner, Sandro Pampallona et Sarah Fall de mener, en 2006 et 2010, deux projets de recherche sur la santé reproductive chez les migrants. Le dernier rapport confirme les résultats du premier: certaines communautés migrantes vivant en Suisse sont exposées à des risques accrus en matière de santé reproductive.

### Moins bon départ dans la vie

Les chercheurs l'avaient déjà constaté en 2006, l'issue de la grossesse chez les femmes migrantes est plus précaire que chez les femmes suisses. De ce fait, certaines nationalités recueillent une mauvaise appréciation pour la plupart des indicateurs disponibles sur la santé des nouveau-nés. C'est ainsi que le pourcentage de bébés avec un faible poids à la naissance (< 2500 grammes) est d'environ 7,1% parmi les nouveau-nés portugais et espagnols, de 8,1% parmi les nouveau-nés originaires du Sri-Lanka et de Somalie et de 10,1% pour les nouveau-nés d'Angola. En comparaison, la part de bébés avec un faible poids à la naissance est d'environ 6,5% parmi les nouveau-nés suisses (moyenne pour la période 2001–2007).

Le taux de mortalité infantile affiche des disparités similaires. Alors qu'il est de 5,19 pour mille pour les enfants suisses (durant la période 1987–2007), il est de 5,59 pour ceux d'ex-Yougoslavie, de 5,56 pour les Espagnols, de 7,19 pour les enfants turcs, de 8,18 pour les Vietnamiens et de 8,37 pour les Somaliens. Ces divergences res-

sent également de l'analyse de la base de données «Baby Friendly Health Facilities» qui couvre un tiers de toutes les naissances en Suisse. Ces données autorisent en outre des analyses statistiques d'accouchements prématurés, de césariennes et d'admissions à des unités de soins intensifs néonataux. Ces analyses confirment un recours significativement plus élevé à la césarienne parmi les femmes africaines, latino-américaines et asiatiques ainsi que d'autres pays européens. Le transfert de nouveau-nés dans des unités de soins intensifs est plus élevé chez les enfants de femmes africaines, asiatiques et originaires des Balkans et de Turquie.

### Mortalité maternelle plus élevée

Une analyse des données de l'état civil couvrant la période 2000–2006 montre que le risque de décès est significativement plus élevé pour les mères étrangères que pour les Suissesses. Le taux de mortalité maternelle (Maternal mortality ratio, MMR) était, pendant cette période, de 2,9 pour les femmes suisses. Cela signifie que 2,9 accouchements sur 100 000 ont eu une issue fatale pour la mère. Pendant la même période, le MMR était de 12,7 chez les femmes étrangères. L'écart MMR entre les Suissesses et les migrantes a considérablement augmenté au cours des 40 dernières années. Alors qu'il baissait régulièrement chez les Suissesses pour passer de 19,2 (1969–1979) à 2,9 (2000–2006), son évolution chez les migrantes était plus irrégulière, passant de 15,0 (1969–1979)

à 8,3 (1990–1999) pour remonter à 12,7 (2000–2006).

En chiffres absolus, cela signifie que 204 Suissesses et 75 migrantes sont décédées en Suisse entre 1969 et 2006 pendant ou juste après l'accouchement. Par rapport à des pays d'Afrique et d'Asie, ces chiffres sont très bas et témoignent d'un bon état de santé général de la population et d'un bon accès aux prestations de santé dans les pays industrialisés. Pour autant, un taux de mortalité maternelle bas et un bon déroulement de la grossesse sont des acquis importants à préserver impérativement. L'augmentation du MMR chez les migrantes et l'état de santé moins bon d'une manière générale des nouveau-nés de femmes étrangères en Suisse sont préoccupants. Notamment parce que le taux de mortalité maternelle est considéré comme un indicateur important pour la qualité de l'ensemble du système de santé. Il est donc nécessaire de prendre des mesures visant à réduire les risques de santé pour les populations migrantes.

Karin Gasser, responsable de projet Recherche, Programme national Migration et santé, [karin.gasser-gp@bag.admin.ch](mailto:karin.gasser-gp@bag.admin.ch)

Pour en savoir davantage:

- Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse (Paola Bollini, Sarah Fall, Philippe Wanner 2010).
- Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention (Paola Bollini, Philippe Wanner, 2006).
- Sur internet: [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch) > Recherche > Projets > Santé reproductive des personnes migrantes.

grossesse, une séance avec les pères, et une séance après l'accouchement en présence des bébés. La durée des séances tient compte du temps nécessaire à la traduction puisqu'il est fréquent que quatre ou cinq langues soient représentées simultanément (p.ex: espagnol, tigrinia, kurde, farsi et albanais).

Le contenu des rencontres suit la chronologie de la grossesse et s'articule entre moments d'échange et temps de travail corporel. Les informations sont illustrées à l'aide du matériel usuel utilisé en prépa-

ration à la naissance auquel s'ajoutent des dessins élaborés par les femmes elles-mêmes et certaines planches traduites tirées du CD élaboré par la FSSF<sup>4</sup>. Les questions et récits des participantes guident l'intervention. La peur de l'hémorragie de la délivrance, de la mort du bébé «étranglé» par son cordon, les interdits culturels sont souvent évoqués. Mais le grand souci des participantes d'«Enceinte à Genève» se situe dans l'anticipation du moment du retour à domicile, seule avec le bébé.

La question des modifications psychologiques durant la grossesse occupe une séance en milieu de cycle quand le groupe se connaît bien. A l'aide d'une image, chacune (femme enceinte, sage-femme, interprète) raconte comment elle vit le moment présent et comment elle se représente l'avenir. C'est un moment d'échange important qui permet au groupe de gagner en cohésion et de faire apparaître ce qui nous rassemble. Dans leurs récits, les participantes font souvent le lien entre leur pays d'origine et



d'accueil, leur état de grossesse et leurs représentations du bébé. Les interprètes, anciennes migrantes, livrent des moments de leur vie dans des messages forts et positifs.

Quant à nous, nous partageons un bout de nos vies de femmes d'ici. Pendant cette séance, nous abordons aussi le sujet des besoins de la femme enceinte et de la jeune mère. Nous discutons ensemble des aménagements possibles dans chaque situation, afin de garantir un maximum de sécurité émotionnelle et affective durant la période périnatale. Finalement, nous abordons inévitablement la problématique de la dépression du post-partum qui est évoquée à nouveau lors de la séance avec les futurs pères.

Quant au travail corporel, sa nécessité s'impose dès le début, lorsque nous constatons que les femmes sont souvent peu mobiles, comme figées. Une majorité d'entre elles souffre de dorsalgies et vit dans des conditions de promiscuité offrant peu de possibilités de détente ou de repos. Les exercices de mouvements et de relaxation proposés visent à leur transmettre des moyens simples à intégrer dans leur vie quotidienne. Une place est laissée pour des moments de jeu, de chant et de danse qui permettent aussi un partage des traditions en lien avec le maternage dans les différents pays ou 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 danse, chante et rit.

## Bilan des cinq premières années

Depuis 2006, «Enceinte à Genève» a progressivement pris son essor, passant de neuf participantes en 2006, à 45 en 2011. Dès la mise en œuvre du programme, nous avons souhaité savoir qui étaient les femmes qui participaient au groupe et avons conçu à cet effet un questionnaire remis lors de la première séance. Les données recueillies entre 2006 et 2010 ont été analysées par l'Unité de psychologie clinique interculturelle de l'Université de Genève. Les résultats publiés en 2011<sup>5</sup> montrent qu'«Enceinte à Genève» a touché prioritairement des femmes:

- récemment arrivées en Suisse (depuis moins de deux ans pour plus 50%)
- vivant dans des conditions précaires du point de vue social et/ou du statut (55%)
- provenant de pays ou cultures très divers (le programme a fonctionné en 24 langues différentes)

- ayant un bon niveau d'éducation (60% ont suivi l'école secondaire ou l'université)
- ayant un niveau d'éducation très bas (40% n'ont fréquenté que l'école primaire ou n'ont pas été scolarisées)
- attendant leur premier enfant ou vivant leur premier accouchement à Genève (64%).

Les complications ou pathologies présentées par plus de 50% des femmes étaient majoritairement d'ordre psychologique ou interpersonnel (dépression pré ou post-partum, syndrome anxieux, problèmes de couple, violence conjugale) ou d'ordre psychosocial (isolement et précarité sociale). Seules 6% d'entre elles ont présenté des pathologies d'ordre médical (prématurité, mort in utero, infection, diabète gestationnel). On constate plus de complications chez les femmes avec un statut précaire.

Ces résultats semblent montrer qu'«Enceinte à Genève» atteint son objectif principal: permettre l'accès aux prestations de prévention à une population que les actions de santé publique peinent à atteindre. Le programme touche une frange particulière de migrantes, les femmes primo arrivantes, et constitue un complément au suivi médical en offrant un étayage social et en ouvrant l'accès à d'autres structures communautaires. Le réseau médico-social a largement contribué à ce résultat. En effet, sensibilisé à la question de la précarité sociale et de la différence culturelle en tant que facteurs de risque potentiels chez la femme enceinte, il a rapidement informé voire inscrit les femmes au programme.

Quant à la satisfaction des femmes, elle semble attestée par la régularité de la fréquentation ainsi que par le faible taux de désistement. La présence des interprètes souvent empathiques, ainsi que le fait que le groupe accueille chaque individualité de façon ouverte et sans jugement, contribue vraisemblablement à offrir aux femmes un espace qui permet de faire coexister des mondes vécus parfois comme incompatibles. L'exclusivité féminine du groupe, conforme à la façon dont est vécue la maternité dans certaines sociétés plus traditionnelles, semble en outre constituer un plus pour les participantes. D'autre part, les entretiens réalisés dans le post-partum montrent que la participation au programme a une incidence positive sur le vécu de la douleur et de l'accouchement. Un des principaux effets bénéfiques du programme réside, à notre sens, dans son action de médiation interculturelle.

## Perspectives aujourd'hui et demain

Depuis janvier 2012, le programme s'est ouvert à de nouvelles collaborations, proposant ainsi de nouvelles opportunités aux participantes. La maison de naissance «la Roseraie» offre au groupe l'hospitalité de ses murs et de son jardin. L'Unité de santé sexuelle et planning familial des HUG accueille désormais les participantes pour une séance supplémentaire dans ses locaux. Les femmes ont ainsi l'occasion d'établir un contact direct ante-partum avec les sages-femmes conseillères et avec un lieu d'accouchement dont elles peuvent bénéficier.

Aujourd'hui, «Enceinte à Genève» fait face à de nouveaux défis. Si les demandes parviennent toujours plus nombreuses, les fonds disponibles ne permettent pas d'augmenter l'offre. D'autre part, la forte prévalence des troubles de type anxieux ou dépressif et le nombre important de situations de vulnérabilité sociale mériteraient le développement d'interventions spécifiques de soutien à la parentalité en contexte migratoire. Nous restons persuadées que seule une politique migratoire favorisant l'intégration et accordant des conditions d'asile dignes et humaines permettrait d'améliorer sensiblement la santé des migrants et de leurs enfants. Le programme «Enceinte à Genève», à son échelle, s'inscrit dans cette perspective. En contribuant à renforcer la compétence interculturelle des un(e)s et des autres, il participe à construire la confiance nécessaire pour vivre ensemble. ◀

<sup>1</sup> P. Zolkowitz, J. Schinazi & L. Katofsky et al.: Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women Transcultural Psychiatry, 2004.

<sup>2</sup> Bureau d'Intégration des Etrangers (BIE) Genève.

<sup>3</sup> Pour construire ce projet, nous nous sommes largement inspirées de l'expérience de préparation à la naissance pour femmes allophones développée à Renens et Lausanne, PAN MILAR.

<sup>4</sup> CD-ROM Préparation à la naissance Matériel du cours dans 14 langues

<sup>5</sup> B. Goguikian Ratcliff, F. Borel Radeff, F. Suardi, et A. Sharapova: Devenir mère en terre étrangère. Cahier de la puéricultrice n. 252 décembre 2011. B. Goguikian Ratcliff et F. Borel Radeff: Preventing perinatal stress and pregnancy outcome difficulties in immigrants and refugees: a culturally sensitive program. In: Transcultural Psychiatry, à paraître.