



ETUDE LONGITUDINALE DU STRESS PERINATAL DES FEMMES MIGRANTES ALLOPHONES

Rapport final

Juillet 2014

Betty Goguikian Ratcliff*, PhD, betty.goguikian@unige.ch

Catarina Pereira**, catarina.pereira@unige.ch

Anna Sharapova*, anna.sharapova@unige.ch

Nathalie Grimard***, nathalie.grimard@appartenances-ge.ch

Fabienne Borel Radeff**, fab@akademia.ch

Anne Moratti***, anne.moratti@appartenances-ge.ch

*Unité de psychologie clinique interculturelle, Université de Genève, FPSE

**Arcades des sages-femmes, Genève

***Appartenances-Genève

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'Office fédéral de la santé publique et l'Office des migrations pour le soutien financier accordé à la présente étude.

Nos remerciements vont également à l'Etat et à la Ville de Genève qui financent et soutiennent depuis de nombreuses années le programme *Enceinte à Genève*.

Résumé

Il existe peu d'études portant sur la dépression et les complications périnatales chez les migrantes en Suisse, qui prennent en compte de manière prospective l'état psychologique des femmes depuis le pré-partum jusqu'au post-partum. Cette recherche évalue la prévalence du stress périnatal dans une population de migrantes allophones inscrites à un programme de préparation à la naissance avec interprète, à Genève. Elle considère différents patterns d'évolution favorables et défavorables du stress périnatal et dégage les facteurs psychosociaux associés à un niveau de stress élevé ou à la présence de complications périnatales. *Méthode* : Vingt-et-une femmes enceintes âgées de 20 ans et plus, d'origines ethniques et sociales diverses, dont près de la moitié disposent d'un statut légal précaire, ont été évaluées au dernier trimestre de la grossesse et au premier trimestre après l'accouchement en répondant à un questionnaire de dépistage de la dépression périnatale l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), et en participant à un entretien postnatal, évaluant les complications périnatales, la nature des difficultés, les besoins exprimés, les stratégies mises en place pour y faire face et les ressources à disposition. Une échelle de sensibilité maternelle a également été remplie par la psychologue à l'issue de la visite à domicile. *Résultats* : La prévalence de la dépression prénatale est de 52% et celle de la dépression postnatale est de 33%. Près d'une femme sur cinq (19%) présente d'importants symptômes de dépression aussi bien à la fin de la grossesse qu'au premier trimestre après l'accouchement. Certains facteurs de risque associés à la dépression sont non-spécifiques la migration (être célibataire, absence de soutien conjugal), alors que d'autres sont liés à la situation migratoire (être primo-arrivante, et devoir faire face à un cumul de difficultés légales, économiques et sociales). Près de la moitié des femmes présentent des complications périnatales, mais le taux de césariennes pratiquées n'est pas supérieur à celui de la population générale. Aucune association n'a été trouvée entre la présence d'une dépression pré ou postnatale et la survenue de complications périnatales. *Conclusion* : Les primo-arrivantes allophones semblent constituer une population à haut risque de développer un stress périnatal. Une pratique systématique de dépistage du stress périnatal dès la grossesse, et dans l'année qui suit l'accouchement s'avère particulièrement indiquée, tout comme la mise en place d'actions préventives et culturellement sensibles, visant à réduire l'isolement, et à

soutenir des pratiques de maternage métissées. La possibilité d'offrir à ces femmes une continuité dans les soins tout au long de cette période de grande vulnérabilité émotionnelle, semble être un élément-clé de l'instauration d'une bonne alliance.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Table des matières	5
Liste des annexes.....	7
Préface.....	9
1. INTRODUCTION	10
1.1 Rappel de la problématique	10
1.1.1 Santé reproductive des migrantes	10
1.1.2 Le stress périnatal.....	12
1.1.3 La dépression périnatale	13
1.1.4 Le rôle clé des facteurs de risque psychosociaux chez les migrantes enceintes	16
1.2 Objectifs de l'étude	17
2. MÉTHODE	18
2.1 Participantes.....	18
2.2 Procédure	18
2.3 Instruments et questionnaires	19
2.4 Données récoltées et définition des variables principales.....	21
2.5 Analyse des données	22
3. RÉSULTATS.....	23
3.1 Profil sociodémographique des participantes.....	23
3.1.1 Comparaison des profils sociodémographiques en fonction du statut légal.....	24
3.2 Scores EPDS au prénatal et au postnatal	24
3.3 Scores EPDS et profils sociodémographiques	25
3.4 Stabilité des scores EPDS entre prénatal et postnatal	25
3.5 Patterns d'évolution et définition de 4 profils de femmes	26
3.6 Evolutions favorables et défavorables	26
3.7 Complications périnatales	27
3.7.1 Santé des bébés à la naissance.....	27
3.8 Relation entre l'EPDS et les autres variables.....	28
3.8.1 Facteurs de risque obstétricaux chez les femmes présentant un score EPDS clinique au post-partum.....	28
3.8.2 Sensibilité maternelle et scores EPDS au post-partum	28

3.9 Analyse des entretiens	28
3.9.1 Utilité du cours de préparation à la naissance	29
3.9.2 Vécu de la grossesse	29
3.9.3 Départ à la Maternité	30
3.9.4 Vécu de l'accouchement	30
3.9.5 Satisfaction par rapport aux soins à la Maternité	31
3.9.6 Informations reçues et difficultés de communication	31
3.9.8 Rencontre avec le bébé	32
3.9.9 Choix du prénom	32
3.9.10 Retour à domicile et soutien conjugal/familial	33
3.9.11 Contact avec la famille restée au pays	34
3.9.12 Santé actuelle des bébés et les pratiques de maternage.....	35
3.9.13 Lien précoce mère-enfant	36
3.10 Comparaison des femmes présentant des évolutions favorables et défavorables : difficultés et ressources.....	37
4. DISCUSSION DES RÉSULTATS	37
4.1 Recommandations pour la pratique clinique	47
4.2 Limites de l'étude	48
BIBLIOGRAPHIE.....	51

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe I : **TABLEAUX ET FIGURES**

Figure 1 : Calendrier des phases de la récolte de données

Tableau 1 : Échantillon des femmes ayant participé à l'étude

Tableau 2 : Profils sociodémographiques des participantes, en fonction du statut légal

Tableau 3 : Comparaison des scores EPDS entre T1 et T2

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques en fonction des scores EPDS

Tableau 5 : Stabilité des scores EPDS entre T1 et T2

Figure 2 : Régression linéaire score EPDS prénatal * nombre de mois en Suisse

Figure 3 : Quatre profils de femmes en fonction de l'évolution des scores EPDS entre T1 et T2

Tableau 6 : Facteurs de risque obstétricaux en fonction du score EPDS postnatal

Tableau 7 : Sensibilité maternelle en fonction du score EPDS postnatal

Tableau 8 : Synthèse des réponses à l'entretien postnatal

Préface

Enceinte à Genève est un programme mis sur pied en 2006 par deux associations genevoises, l'Arcade des sages-femmes et Appartenances-Genève, avec le soutien de la Ville et du Canton de Genève. Il a pour but d'offrir des cours de préparation à la naissance à des femmes non-francophones de manière culturellement sensible (pour plus de détails, voir Borel, 2012). Le programme propose cinq séances de rencontres prénatales qui se déroulent en groupe multiculturel composé uniquement de femmes enceintes. Il offre également une séance en couple, ainsi qu'une séance concernant les questions de contraception, organisée par le Planing familial (HUG). Enfin, une rencontre postnatale a lieu en présence de tous les bébés. Les séances sont animées par des sages-femmes assistées par des interprètes communautaires.

Nous présentons ci-après, en préambule, un aperçu des résultats issus de deux études pilotes successives sur la population ayant fréquenté les cours de préparation à la naissance durant la période de 2006 à 2013. La première étude avait pour but de dresser le profil sociodémographique de ces femmes (Goguikian Ratcliff, Borel, Suardi et Sharapova, 2011). Les résultats mettent en évidence une grande hétérogénéité dans les profils des participantes. Il est toutefois à retenir que plus de la moitié avaient un statut légal précaire (requérantes d'asile, sans papiers ou permis de séjour valable pour moins d'une année). A partir de 2011 et jusqu'en 2013, nous avons introduit, pendant les cours de préparation à la naissance, une procédure de dépistage de la dépression prénatale. Un questionnaire, l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (ci-après EPDS, voir section Méthode) a été administré. Nous avons également relevé pour chaque participante les complications obstétricales périnatales. De nombreuses femmes présentaient un cumul de facteurs de risque psychosociaux depuis le début de la grossesse, donnant lieu à des manifestations de stress et d'anxiété, souvent associées à une humeur dépressive. Plus d'un tiers des femmes évaluées présentaient des symptômes de dépression prénatale. Ces dernières avaient plus de probabilité d'être célibataires, de ne pas avoir de soutien conjugal, d'avoir un statut légal précaire et de cumuler plusieurs difficultés. En ce qui concerne la présence de complications périnatales, un tiers des participantes ont rencontré des difficultés durant la grossesse ou l'accouchement. Aucune différence significative n'a été constatée entre les femmes ayant un statut légal précaire et non précaire. Les femmes devant faire face à un cumul de facteurs de risque psychosociaux

étaient plus à risque de présenter également des complications périnatales (Goguikian Ratcliff, Sharapova, Gakuba et Borel, *à paraître* ; Goguikian Ratcliff, Sharapova, Suardi et Borel, *soumis*).

Les observations susmentionnées étaient inquiétantes. Elles mettaient en évidence un besoin urgent de suivre l'évolution de l'état psychologique des participantes après l'accouchement, par la mise en place d'une procédure de dépistage et d'évaluation approfondie et individualisée au cours du premier trimestre après l'accouchement, période pic de l'apparition d'une éventuelle dépression du post-partum. Ces constats ont été à l'origine de la seconde phase de la recherche, faisant l'objet du présent rapport.

1. INTRODUCTION

1.1 Rappel de la problématique

Les migrants, et en particulier les plus précaires d'entre eux, sont soumis à différentes sources de stress au quotidien susceptibles de porter atteinte, à la longue, à leur santé physique et mentale. Afin d'expliquer cette vulnérabilité, les événements de vie pré-migratoires ont longtemps occupé une place centrale dans la recherche. Il s'agit d'événements négatifs majeurs, souvent de nature traumatique, susceptibles d'entraver les capacités de résilience de cette population. Plus récemment, on envisage que la migration en elle-même, ainsi que les conditions de vie post-migratoires, puissent être des facteurs générateurs de stress. L'hypothèse ici, au niveau psychologique, est que l'accumulation de changements majeurs auxquels s'ajoutent de petites tracasseries quotidiennes (daily hassels) (obstacles, refus, discriminations, démarches administratives, contraintes, etc.), ont un effet de désorganisation et dépassent les possibilités d'adaptation du sujet.

1.1.1 Santé reproductive des migrantes

A une époque où la migration féminine, en particulier de femmes en âge de procréer, est en pleine expansion en Suisse comme ailleurs dans le monde (Office fédéral de la statistique [OFS], 2012 ; United Nations Population Fund [UNFPA], 2013), la question de la santé périnatale devient prioritaire dans plusieurs pays occidentaux. Un réseau international de recherche en santé reproductive des migrantes (Reproductive

Outcomes and Migration: an International Research Collaboration, ROAM) a conduit une méta-analyse portant sur 133 études menées sur le sujet dans différents pays occidentaux durant la période 1995-2008 (Gagnon, Zimbeck et Zeitlin, 2009). Les résultats montrent que globalement, dans plus de 50% des cas, les femmes migrantes ne présentent pas davantage de complications périnatales (naissances prématurées, petit poids de naissance, pratiques de maternage inadéquates) que les femmes autochtones. Toutefois, la grande hétérogénéité des designs expérimentaux, le nombre important de variables confondues et l'hétérogénéité des populations étudiées limite la portée des conclusions de cette méta-analyse. Les statuts légaux, le nombre d'années de résidence dans le pays d'accueil et la connaissance de la langue locale sont rarement pris en considération. Par conséquent, la généralisation et l'interprétation de ces résultats doit se faire avec prudence du fait que les politiques migratoires varient d'un pays à un autre. Certains pays (comme le Canada, par exemple) pratiquent une politique d'admission sélective qui risque d'introduire un biais de sélection en excluant des analyses les femmes dont la santé est la plus fragile. Une étude comparative internationale plus récente, sur la base de données échangées entre six pays occidentaux (Australie, Canada, Danemark, Espagne, USA et Suède) met en évidence que les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne, d'Amérique Latine et des Caraïbes ont besoin d'une surveillance accrue pendant la grossesse dû au risque élevé de présenter des complications obstétricales du type pré-éclampsie ou éclampsie (Urquia et al., 2014).

En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique a mandaté deux études sur la santé reproductive des femmes étrangères, en 2006 et en 2010. Ces études mettent en évidence l'existence de disparités en matière de santé reproductive, en dépit des excellentes prestations en matière de santé dont disposent tous les résidents en Suisse. Comparées aux suissesses, les femmes étrangères présentent en moyenne¹ un risque accru de complications périnatales (césarienne, prématurité, bébé avec faible poids de naissance, soins intensifs en néonatalité), et des taux plus élevés de mortalité périnatale maternelle ou infantile (Bollini, Fall et Wanner, 2010 ; Bollini et Wanner, 2006). En effet, alors que le taux de mortalité maternelle² a nettement reculé depuis le début des années 1970 chez les suissesses (de 19,2 pour la période 1969-1975, à 2,9 pour la

¹ Des variations existent en fonction des pays d'origine des mères, que nous ne développerons pas ici.

² Le taux de mortalité maternelle ou maternal mortality rate (MMR) correspond au nombre de décès maternels sur 100 000 accouchements.

période 2000-2006), il a quasiment stagné chez les migrantes, puisqu'il est passé de 15,0 à 12,7 durant les mêmes périodes (Bollini et Wanner, 2006). Afin d'expliquer ces résultats, les auteurs mettent en avant une interaction de facteurs socioéconomiques et biologiques, mais questionnent également, ce qui est plus rare, la facilité d'accès aux soins et la qualité des interactions des migrantes, en particulier des primo-arrivantes allophones, avec le système de santé en Suisse. En effet, sur les 20'000 femmes étrangères qui accouchent en Suisse chaque année dans les hôpitaux universitaires, la moitié ne maîtrise pas du tout, ou pas suffisamment, une des langues nationales (français, italien ou allemand) (Bollini et Wanner, 2006).

1.1.2 Le stress périnatal

Depuis une dizaine d'années, les publications scientifiques sur la santé périnatale des femmes migrantes ne se focalisent plus uniquement sur des indicateurs liés à l'accouchement et aux pratiques obstétricales, mais s'intéressent également au climat psychologique qui entoure la grossesse. Le stress périnatal est une notion qui a été étudiée chez les femmes enceintes, et plus récemment chez les migrantes, dans l'optique d'identifier les effets du stress sur les difficultés rencontrées par la mère pendant la grossesse, et ultérieurement par l'enfant dans son développement. Les études existantes se centrent sur l'impact du stress prénatal sur la présence de complications périnatales ainsi que sur l'identification des facteurs de risque susceptibles d'exacerber les effets du stress prénatal.

Il est actuellement admis qu'au-delà d'un certain seuil, le stress périnatal peut avoir des conséquences néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant. L'exposition du fœtus ou du nouveau-né au stress maternel est associée à des altérations neurologiques et développementales, ainsi qu'à des problèmes socio-émotionnels, cognitifs et comportementaux, qui impactent plus tard la réussite scolaire (Luoma et al., 2001 ; Roegiers et Molénat, 2011). Le stress intense vécu par la mère se manifeste sous forme de symptômes anxio-dépressifs pouvant perdurer bien au-delà du retour à domicile. L'équipe de De Weerth, van Hees et Buitelaar (2003) a évalué les niveaux biologiques de stress maternel, par des recueils de cortisol en fin de grossesse. Ils ont constaté que les enfants du groupe de mères ayant un niveau de cortisol élevé en fin de grossesse pleuraient davantage, présentaient plus d'expressions faciales négatives et avaient plus

de difficultés de régulation émotionnelle. Cette souffrance parentale peut également avoir une incidence sur la qualité des relations précoces mère-enfant au cours de la première année de vie de l'enfant (Borghini et al., 2009 ; Poinso et al., 2001 ; Roegiers et Molénat, 2011 ; Zerkowitz et Papageorgiou, 2005). Ce type d'études montre à quel point le niveau de stress prénatal impacte le développement de l'enfant sur un plan tant physique que psychologique. Les facteurs environnementaux semblent être impliqués dans la régulation des réponses physiologiques face au stress. Des travaux récents montrent que la qualité de l'entourage familial et affectif modère les effets négatifs du stress sur le développement de l'enfant.

Le stress prénatal et l'anxiété prénatale sont souvent associés dans la littérature. Les deux notions sont difficiles à distinguer sur le plan clinique, même si l'on peut suivre Glover (1999) lorsqu'il dit que l'anxiété se rapporte à des anticipations anxieuses d'événements négatifs futurs, alors que le stress dénote un état actuel de débordement. Dans le cadre des recherches sur le stress prénatal, la plupart des auteurs ont recours, de fait, à des instruments mesurant l'anxiété ou les événements de vie stressants (Graignic-Philippe et al., 2005). Par ailleurs, la dépression et l'anxiété sont souvent associées chez les femmes enceintes. Par exemple, l'étude de Da Costa, Larouche, Drista et Brender (2000) montre que les femmes déprimées pendant la grossesse présentent un niveau d'anxiété plus élevé que les femmes ne souffrant pas de dépression prénatale.

1.1.3 La dépression périnatale

L'humeur dépressive constitue une variable primordiale à prendre en considération. Durant la grossesse, ou dans l'année qui suit la naissance d'un enfant, la dépression touche une femme sur huit (Nanzer, 2009). Il est donc particulièrement important d'identifier les premiers signes de dépression et de la traiter de manière précoce. La littérature s'est initialement centrée sur l'étude de la dépression du post-partum (ou postnatale) de par ses implications sur le développement de l'enfant. En effet, la dépression affecte les capacités de coping³ de la mère et la rend plus vulnérable au stress et moins disponible sur le plan psychique pour répondre aux besoins de l'enfant (Nanzer, 2009 ; Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet et Manzano,

³ Le coping correspond à l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus et Folkman, 1984).

1998). Contrairement au baby-blues qui se déclare dans le post-partum immédiat et ne dure que quelques jours, la dépression du post-partum est de durée variable allant de quelques semaines à plusieurs années, et apparaît dans l'année qui suit l'accouchement mais connaît un pic au cours des 3 premiers mois. Non traitée, cette dépression qui touche 10 à 15% des femmes selon les études (Murray et Cox, 1990) risque de se chroniciser et d'affecter durablement les interactions mère-enfant et le comportement de l'enfant. Chez les migrantes, la prévalence de l'anxiété et de la dépression postnatale est deux à trois fois plus élevée (Ahmed, Stewart, Teng, Wahoush et Gagnon, 2008 ; Zerkowitz, 2007 ; Zerkowitz et al., 2004). Les auteurs s'accordent à souligner son association avec des facteurs de risque psychosociaux et des événements de vie stressants. Toutefois, certaines études sur des femmes migrantes d'un bon niveau socio-économique (Zerkowitz, 2007 ; Zerkowitz et al., 2004) suggèrent que la migration en soi, et le manque d'étayage familial et culturel qu'elle implique, dans un moment de vie très chargé sur le plan émotionnel, jouent également un rôle.

Après avoir été longtemps négligée par les chercheurs, la dépression prénatale⁴ fait actuellement l'objet d'un intérêt croissant. Les auteurs s'accordent à rapporter des taux de dépression prénatale égaux voire supérieurs aux taux de dépression postnatale touchant 12% à 25% de femmes (Alberque, Epiney, Bianchi-Demicheli, Irion et Andreoli, 2008 ; Green et Murray, 1994 ; Sancho Rossignol et Nanzer, 2010 ; Zerkowitz et al., 2004). La femme se sent coupable de ne pas être heureuse pendant cette période, et ne s'estime pas à la hauteur de la tâche qui l'attend. Ce trouble peut également atteindre des parents qui ont déjà un enfant (Nanzer, 2009). Même si la grossesse en soi n'explique pas le développement d'une dépression prénatale, une grossesse involontaire, un suivi tardif et inadéquat, des conditions de vie difficiles et/ou des inquiétudes au sujet de la santé du fœtus, amplifient considérablement le risque de développer une dépression prénatale (Green, 1998). La dépression prénatale tend à décliner après l'accouchement, et cela indépendamment du soutien psychosocial disponible (Alberque et al., 2008; Da Silva, Moares-Santos, Carvalho, Martins et Teixeira, 1998). La dépression prénatale reste toutefois importante à dépister car elle est le

⁴ Green (1998) considère comme excessif l'usage du terme de dépression prénatale et préfère parler de dysphorie ou d'un état de vulnérabilité émotionnelle. Nous garderons toutefois le terme de dépression prénatale car c'est le plus utilisé dans la littérature et qu'il rend bien l'idée, que nous cherchons à tester, d'un continuum de l'humeur négative sur toute la période périnatale.

meilleur prédicteur de la dépression postnatale. En effet, elle prédit la dépression postnatale dans 50% des cas (Rich-Edwards et al., 2006 ; Stowe, Hostetter et Newport, 2005). Les femmes migrantes ou celles issues de milieux socialement défavorisés présentent des taux très élevés (entre 25 et 50% selon les études) de dépression prénatale. Les auteurs concordent à souligner l'importance de son association avec des facteurs de risque psychosociaux et les événements de vie stressants (Adouard, Glangeaud-Freudenthal et Golse, 2005 ; Da Silva et al., 1998 ; Kitamura, Sugawara, Sugawara, Toda et Shima, 1996 ; Le Strat, Dubertet et Le Foll, 2011 ; Saucier, Bernazzani, Borgeat et David, 1995 ; Zelkowitz et al., 2004). Signalons enfin que la dépression prénatale serait associée à des complications pré et périnatales, telles que des taux plus importants d'anomalies placentaires, de pré-éclampsie et d'avortement spontanés (Field, Hernandez-Reif et Diego, 2006). Il apparaît également que les femmes déprimées pendant la grossesse accoucheraient plus prématurément que les autres et que leurs bébés nécessiteraient plus de soins intensifs du fait de complications postnatales (Field et al., 2006). Quant à l'effet de la dépression prénatale sur la santé du bébé et son tempérament, il s'agit d'un sujet encore controversé (Davis et al., 2007).

Plusieurs auteurs se sont intéressés au lien entre dépression prénatale et postnatale. En effet, la mise en évidence d'une continuité de l'humeur dépressive sur toute la période périnatale permettrait de prédire, dès la grossesse, l'apparition d'une dépression du post-partum. En l'absence d'une telle continuité, la dépression prénatale et postnatale seraient des phénomènes indépendants, et différents d'un point de vue étiologique (Green, 1998). La littérature récente semble pencher en faveur de la première hypothèse, étant donné que la dépression prénatale s'est avérée être un important prédicteur de la dépression postnatale. Toutefois, les résultats de Green (1998) montrent qu'il ne s'agit pas là d'une règle absolue, et qu'il existe différentes trajectoires possibles du trouble, ou profils de femmes. En effet, dans cette étude, 45% des femmes présentant une dépression prénatale étaient toujours déprimées 6 semaines après l'accouchement, mais certaines femmes présentaient des symptômes dépressifs à une seule occasion, avant ou après l'accouchement, suggérant une réaction plus ponctuelle aux conditions dans lesquelles se déroulent la grossesse, la naissance, ou les semaines qui suivent l'accouchement. Il existe peu d'études longitudinales sur la

dépression périnatale chez des populations socialement défavorisées et culturellement diverses (Alberque et al., 2008).

1.1.4 Le rôle clé des facteurs de risque psychosociaux chez les migrantes enceintes

Outre le stress potentiel que peuvent susciter les remaniements physiques et psychiques qu'implique une grossesse chez toute femme, les migrantes enceintes doivent souvent faire face à un cumul de facteurs de risque psychosociaux qui interagissent entre eux, et exacerbent le stress éprouvé durant la grossesse. Il s'agit de facteurs liés à leur trajectoire de vie et à leur condition de migrantes (événements de vie stressants, violences conjugales, peu de soutien social, difficultés de logement, précarité socioéconomique, statut légal précaire, suivi gynécologique tardif, barrières linguistiques et décalage culturel). Les études qui traitent de la santé périnatale 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 4,3. Chez celles qui ne disposent pas d'une couverture sociale, ce risque serait multiplié par 200 (Roegiers et Molénat, 2011). 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 conjugale durant la période prénatale (Wolff et al., 2008).

De plus, les migrantes enceintes se retrouvent souvent loin de leur famille, coupées du soutien, des savoirs-faire et de la transmission autour des pratiques culturelles (Bina, 2008 ; Fortin et Le Gall, 2007) que peut apporter l'expérience des femmes plus âgées (mère, grands-mères, tante, soeur, belle-soeur). Or, ce soutien est primordial lors de la transition à la parentalité car il permet d'inscrire la mère et l'enfant dans une filiation et une appartenance culturelle. En situation migratoire, les femmes se voient limitées aux interactions avec les professionnels de la santé du pays d'accueil qui ont recours à des pratiques médicales pouvant être ressenties comme intrusives, voire honteuses, et parfois même vécues sur un mode traumatique (Moro et Drain, 2009).

Parmi les femmes migrantes, celles qui ont un statut légal précaire (réfugiées,

requérantes d'asile ou sans-papiers) font partie des plus vulnérables. Les migrantes en procédure d'asile peuvent avoir vécu des événements traumatiques graves avant la migration comme la torture, le viol, le décès ou la disparition d'un conjoint ou d'autres membres importants de la famille. Il n'est pas rare qu'elles présentent déjà, au moment de tomber enceintes, un syndrome de stress post-traumatique, associé à une dépression, souvent non traités (Gagnon et al., 2006 ; Pottie et al., 2011).

1.2 Objectifs de l'étude

La présente étude a pour but de contribuer à combler un manque relevé dans la littérature au sujet du stress périnatal des migrantes, en particulier chez les primo-arrivantes qui ne maîtrisent pas encore la langue locale. Elle vise à évaluer cet état de stress de manière prospective et longitudinale, durant la période allant du dernier trimestre de la grossesse au premier trimestre après l'accouchement. En effet, il existe peu d'études portant sur l'anxiété et la dépression périnatales chez les migrantes qui prennent en compte l'état psychologique des femmes à la fois dans le pré-partum et le post partum. De manière générale, l'étude de la dépression prénatale est plus récente et moins importante que celle de la dépression postnatale, en particulier chez les femmes migrantes. Pourtant, étant donné l'importante prévalence de la dépression prénatale chez elles [de 25% à 50% selon les études], et la possibilité de continuité entre les deux, il semble primordial de ne pas se limiter au dépistage de la dépression du post-partum. Nous parlerons de stress périnatal pour désigner les symptômes anxio-dépressifs éprouvés par les femmes durant cette période de transition à la parentalité.

Les objectifs de l'étude sont 1) d'évaluer la prévalence de la dépression (et de l'anxiété) prénatale et postnatale chez des migrantes allophones à Genève, 2) d'identifier les facteurs de risque psychosociaux et obstétricaux associés à cet état de stress, 3) d'identifier différents profils de femmes à risque de présenter un stress important durant la période périnatale, et 4) de mieux comprendre les sources de stress perçu, les besoins, ainsi que les attentes exprimées en vue d'éventuels programmes de prévention et d'intervention.

2. MÉTHODE

Pour atteindre les objectifs de notre étude nous avons mis en place une méthodologie mixte, alliant méthodes quantitatives et qualitatives (Creswell et Piano Clark, 2007). En effet, les méthodes quantitatives, le plus souvent utilisées dans la littérature sur la santé périnatale, ont leurs limites dans les études interculturelles et posent souvent des problèmes de validité culturelle (Schweitzer, Greenslade et Kagee, 2007). Une investigation plus approfondie et compréhensive grâce à des entretiens individuels permet d'adopter le point de vue des participantes et de mieux comprendre la manière dont les migrantes vivent cette période et les stratégies qu'elles mettent en place pour surmonter le stress éventuel ressenti. Ces deux types de données ont donc été récoltés et intégrés dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

2.1 Participantes

Les participantes étaient des femmes enceintes non-francophones, de nationalités différentes, résidant à Genève et ayant été adressées à l'Arcade des sages-femmes pour y suivre un cours de préparation à la naissance avec un interprète (*Programme Enceinte à Genève*), au cours de l'année 2013. Toutes les femmes étaient admises à ces cours, y compris celles ayant déjà des enfants, et celles sans couverture d'assurance médicale. Les voies d'adressage étaient très variées (Hôpitaux Universitaires de Genève, gynécologues en pratique privée, réseau communautaire, associations travaillant avec des migrants, interprètes).

Les critères d'exclusion concernaient les femmes ayant un suivi psychiatrique en cours. Nous avons également exclu des analyses les femmes ayant assisté à 2 séances ou moins sur les sept qui constituent l'ensemble du programme.

2.2 Procédure

La participation à l'étude a été proposée par la sage-femme au moment de l'inscription. Lors de la première séance, en présence de l'interprète, le consentement écrit a été demandé après la lecture de la Feuille d'informations aux participantes.

La récolte des données s'est effectuée en deux temps : une première fois durant le dernier trimestre de la grossesse (T1) et une seconde fois durant le premier trimestre suivant la naissance de l'enfant (T2) (Figure 1, en annexe). La première phase de la

récolte de données s'est déroulée entre janvier et décembre 2013 (un groupe de préparation à la naissance par trimestre). La sage-femme responsable du cours ainsi qu'une stagiaire psychologue étaient chargées de veiller à la distribution des questionnaires. Ceux-ci ont été complétés par les participantes avec l'aide des interprètes, juste avant ou pendant les cours. La deuxième phase s'est déroulée d'avril 2013 à mars 2014. Elle consistait en une visite à domicile d'une durée de 1h30 environ, dans les 8 à 12 semaines suivant l'accouchement, par une psychologue diplômée, accompagnée de l'interprète déjà présente pendant les cours de préparation à la naissance.

2.3 Instruments et questionnaires

- *Questionnaire d'informations générales* : Il s'agit d'un questionnaire sociodémographique comprenant une vingtaine d'items (âge, nationalité, religion, état civil, parité, terme prévu de l'accouchement, langue(s) parlées(s), date d'arrivée en Suisse, type de logement actuel, type de permis de séjour, niveau d'éducation, activité professionnelle, présence d'autres membres de la famille à Genève, réseau social à Genève, assurance médicale).

- *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS ; Cox, Holden et Sagovsky, 1987 ; traduction française par Guedeney et Fermanian, 1998)*. L'EPDS est un outil de dépistage de la dépression pré ou post-partum, et non un outil diagnostique. Il peut être administré par tout professionnel de la santé périnatale. Les femmes se situant au-dessus d'un certain seuil, sont considérées à risque et doivent faire l'objet d'une évaluation diagnostique plus complète par un professionnel de la santé mentale. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 10 questions, évaluant l'intensité des symptômes dépressifs au cours des derniers 7 jours. Chaque item est mesuré sur une échelle de Likert en 4 points allant de 0 à 3 ; le score global est compris entre 0 et 30 points. Selon Phillips, Charles, Sharpe et Matthey (2009), l'EPDS est composé de deux sous-échelles : une sous-échelle évaluant l'humeur dépressive (7 items) et une sous-échelle évaluant l'anxiété (3 items). Son administration facile et rapide (environ 10-15 minutes) en font un outil de dépistage largement utilisé de par le monde et traduit en différentes langues.

Le seuil clinique défini par les auteurs est de 14/30 points ou plus. Toutefois, en accord avec d'autres études (Gaillard, Le Strat, Mandelbrot, Keïta et Dubertet, 2014 ; Hanlon et al., 2008 ; Poinso et al., 2001) portant sur des populations vulnérables de femmes migrantes et non-migrantes, nous avons décidé de choisir un seuil plus bas, fixé à 12/30 points ou plus. Ainsi, une femme qui obtient un score ≥ 12 points sera considérée comme faisant partie du groupe « clinique », c'est-à-dire présentant d'importants symptômes de dépression au moment de la passation⁵. Nous avons administré ce questionnaire aux deux temps de l'étude. En présence de femmes illettrées, les items de l'EPDS ont été lus par l'interprète. Les interprètes appelées à intervenir au sein du Programme *Enceinte à Genève* ont reçu 4 heures de formation sur le stress périnatal et l'administration de l'EPDS.

- *Echelle de sensibilité maternelle d'Ainsworth* (Ainsworth, 1969). Cette échelle consiste en une grille d'observation des interactions précoces mère-nourrisson permettant à un(e) psychologue clinicien(ne) d'évaluer la sensibilité maternelle, c'est-à-dire l'adéquation des réponses de la mère aux signaux du bébé, dans les semaines qui suivent la naissance. L'échelle propose une description de conduites maternelles allant de la plus ajustée à la moins sensible. Elle situe les réponses de la mère sur un continuum allant de 1 à 9 (la note de 9 représentant une mère très sensible). Cette échelle a été remplie par la psychologue à l'issue de la visite à domicile.

- *Entretien postnatal* : Il s'agit d'un entretien semi-structuré élaboré par nos soins pour les besoins de l'étude. Il comporte 26 questions ouvertes autour des thèmes suivants : le vécu de la grossesse et de l'accouchement ; l'utilité et la satisfaction par rapport au cours de préparation à la naissance, et par rapport à la prise en charge de l'équipe soignante à la Maternité ; les difficultés de communication ; la rencontre avec le bébé ; le retour à domicile ; le support conjugal et familial actuel ; la santé du bébé ; la relation actuelle avec le bébé ; les souhaits et peurs concernant l'avenir avec le bébé.

⁵ Dans un souci d'alléger le texte, nous parlerons de femmes « cliniques » ou de femmes « déprimées », sans qu'il s'agisse pour autant d'un diagnostic psychiatrique, mais d'un état émotionnel durant la période périnatale.

- *Complications périnatales* : Ce relevé a été effectué à partir des informations communiquées par la sage-femme et par les participantes. Il comporte des informations sur :

- les complications obstétricales ou psychologiques durant la grossesse (malformation du fœtus, hospitalisation de la mère, diabète gestationnel, hypertension, infection, anémie, menace accouchement prématuré) ;
- les complications durant l'accouchement (prématurité, césarienne, provocation, accouchement par voie basse instrumenté, accouchement très long, péridurale sans effet sur la douleur, hémorragie de la délivrance, pré-éclampsie) ;
- les complications du post-partum immédiat (durant le séjour à la Maternité) (complication cicatrice césarienne, infection, dépression) ;
- les complications néonatales en lien avec la santé du bébé (bébé conduit en soins intensifs, détresse respiratoire, infection, retard de croissance intra-utérin).

2.4 Données récoltées et définition des variables principales

Les questionnaires ont été administrés aux participantes dans un ordre constant.

- Au T1, les données sociodémographiques ont été récoltées lors de la 1^{ère} séance, et l'EPDS a été administré lors de la 3^{ème} séance du programme, consacrée à l'état émotionnel de la femme pendant la grossesse.

- Au T2, ont eu lieu l'entretien postnatal, puis la passation de l'EPDS. L'échelle de sensibilité maternelle était remplie par la psychologue juste après la visite.

Les variables dépendantes étaient :

- Les scores EPDS globaux, prénatal et postnatal, ainsi que les scores aux sous-échelles anxiété et dépression ;
- Le score de sensibilité maternelle ;
- La présence ou absence de complications périnatales.

Les principales variables indépendantes que nous avons retenues sont : l'âge, la durée du séjour en Suisse (en mois), la parité, le logement (habite en foyer ou en appartement individuel), le statut légal (précaire : valable <1 an ; ou non-précaire : valable >1 an), et l'absence de support conjugal.

Afin de rendre compte du fait que certaines femmes doivent faire face simultanément à plusieurs sources d'inquiétude ou de difficultés, nous avons créé un « **indice de cumul de facteurs de risque** ». Cette variable tient compte du statut légal précaire, des conditions de logement inadaptées et du manque de support conjugal ; elle donne lieu à un score allant de 0 à 3. Plus le score est élevé, plus la femme est confrontée à un cumul de situations adverses.

La variable « absence de support conjugal » a été inférée à partir de plusieurs informations : le statut marital (célibataire/vivant seule ou mariée/en couple) ; la présence ou non du père de l'enfant en Suisse ; et sur base d'information obtenues lors de l'entretien à domicile (est-ce que le partenaire habite avec la femme, est-ce qu'il était présent lors de l'accouchement et est-ce que la femme peut compter sur lui dans les soins à donner à l'enfant ?). Nous avons créé un score permettant de mesurer cette variable (2 = partenaire absent ; 1 = partiellement absent/peu impliqué ; 0 = partenaire présent/impliqué).

2.5 Analyse des données

Nous présenterons d'abord les données sociodémographiques générales des femmes de notre échantillon. Les profils des femmes précaires et non-précaires seront comparés.

Nous présenterons ensuite les scores EPDS globaux en T1 et T2, ainsi que les scores aux sous-échelles anxiété et dépression. Nous comparerons les femmes cliniques et non-cliniques du point de vue de leur profil sociodémographique, de l'indice de cumul de facteurs de risque, des complications obstétricales rencontrées, et du score à l'échelle de sensibilité maternelle.

En un deuxième temps, des analyses par sujet nous permettront d'étudier le lien entre dépression prénatale et postnatale en vue d'identifier différents patterns ou sous-groupes de femmes à risque. Enfin, nous contrasterons les réponses aux questions ouvertes des femmes connaissant une évolution favorable (score EPDS non-clinique au postnatal) à celles présentant une évolution défavorable (Score EPDS clinique au postnatal).

3. RÉSULTATS

Trente-neuf femmes ont été adressées au programme *Enceinte à Genève* en 2013. Parmi elles, 34 se sont inscrites aux cours, et 32 ont été prises en compte dans nos analyses. Une femme a refusé de participer et une autre a été exclue de la recherche car elle présentait un trouble psychopathologique avéré et avait un suivi psychiatrique en cours.

Parmi les 32 femmes évaluées en T1, 24 ont été revues à domicile 8-12 semaines après l'accouchement (T2), soit un taux de participation s'élevant à 75% par rapport au T1. Huit femmes n'ont pas pu être évaluées en T2, soit en raison d'une perte de contact (N=5)⁶, soit parce qu'elles n'ont pas désiré nous rencontrer après la naissance du bébé (N=3) (Tableau 1, en annexe). Parmi les refus, une femme se situait au-dessus du seuil clinique en T1.

3.1 Profil sociodémographique des participantes⁷

La moyenne d'âge des participantes est de 29 ans (min 20 ; max 39). La grande majorité d'entre elles (81%) est primipare. Ces femmes enceintes sont donc en train de vivre leur transition à la parentalité dans un contexte de migration. Pour toutes celles qui sont déjà mères, il s'agit de leur premier accouchement à Genève. La majorité des femmes viennent d'Afrique subsaharienne (28%) (Nigeria, Rwanda, Erythrée, Éthiopie, Maroc, Algérie, Angola) ou d'Amérique Latine (28%) (Pérou, Brésil, Argentine, Bolivie, Paraguay, Honduras). Un quart des femmes viennent d'Asie (25%) (Afghanistan, Pakistan, Sri Lanka, Chine, Mongolie, Tibet) et le reste est originaire d'un pays européen (Europe Centrale et de l'Est 13% [Pologne, Kosovo, Serbie, Albanie] ; Europe de l'Ouest 6% [Portugal, Espagne]). Les niveaux d'éducation sont très hétérogènes : 44% des participantes ont un faible niveau d'éducation et 47% ont un niveau d'éducation élevé.

Quant à la durée d'établissement en Suisse, 59% des participantes sont arrivées dans ce pays il y a moins de 2 ans et 37% depuis plus de 2 ans. Dans 56% des cas, elles ont un permis de séjour stable (permis B ou Corps Diplomatique), tandis que dans 44% des cas leur statut légal est précaire (permis N, NEM, ou sans statut légal). Signalons

⁶ Le contact avec une participante était considéré comme perdu après 5 tentatives de reprise de contact infructueuses.

⁷ Il est utile de rappeler que la récolte des données s'est déroulée durant le cours de préparation à la naissance et non dans des locaux de recherche. Par conséquent, nos données sont tributaires de la présence des femmes aux différentes séances. Malgré tous les efforts consentis pour interroger l'ensemble des participantes, il subsiste parfois des données manquantes.

enfin que près d'un tiers des femmes (31 %) cumulent deux facteurs de risque ou plus (statut légal précaire, des conditions de logement inadaptées et un manque de support conjugal).

3.1.1 Comparaison des profils sociodémographiques en fonction du statut légal

Lorsque l'on compare les caractéristiques des participantes sur base de leur statut légal, précaire ou non précaire, on observe une différence significative uniquement en ce qui concerne le statut civil et l'absence de support conjugal. Presque toutes les femmes (94%) ayant un statut légal non-précaire sont mariées ou en couple, contre seulement 50% des femmes ayant un statut légal précaire. Ces dernières ont significativement moins de soutien conjugal (43% vs 6%, $p < .05$) ; l'entretien postnatal montre que même quand le partenaire est présent, il n'est pas toujours disponible (voir infra) (Tableau 2, en annexe).

Plusieurs autres tendances se dégagent en défaveur des femmes ayant un statut légal précaire. Elles sont dans l'ensemble plus jeunes (en moyenne 27,5 ans vs 30 ans) ; leurs conditions de logement sont généralement moins propices à l'accueil d'un enfant (50% vivent en foyer vs 6% des non-précaires). La majorité d'entre elles ont un faible niveau d'éducation (57% vs 33%) et proviennent d'un pays d'Amérique latine (43%) ou d'Afrique (29%), alors que les femmes avec statut légal non-précaire ont des origines plus diversifiées ; plus d'un quart d'entre elles (28%) provient d'un pays européen. Autre tendance à relever, les participantes au bénéfice d'un statut légal précaire sont établies en moyenne en Suisse depuis plus longtemps que celles ayant un permis de résidence stable (33 mois vs 23 mois) (Tableau 2, en annexe). Ces différences n'atteignent pas le seuil de significativité statistique, probablement dû à la petite taille de l'échantillon.

3.2 Scores EPDS au prénatal et au postnatal

Dans notre échantillon, 28 femmes ont répondu à l'EPDS au T1 et 24 femmes au T2 ; 21 femmes ont passé l'EPDS en prénatal et en postnatal. Le score moyen global à l'EPDS est de 10.76 au prénatal et de 9.48 au postnatal. Ces scores moyens se situent en-dessous du seuil clinique tant au T1 qu'au T2⁸. Les scores moyens de la sous-échelle dépression sont de 6.52 au prénatal et de 5.95 au postnatal. Le score moyen de la sous-

⁸ Pour rappel, dans notre étude, le seuil clinique est fixé à un score ≥ 12 pts.

échelle anxiété est de 4.24 au prénatal et de 3.52 au postnatal. On note donc une diminution significative du score global, tout comme des scores à chacune des sous-échelles, entre T1 et T2 (Tableau 3, en annexe). Il est cependant important de noter qu'on observe une grande dispersion des scores allant de 0 à 24 points, ce qui nous oblige à considérer ces moyennes avec prudence.

De fait, on observe un nombre important de femmes qui se situent au-dessus du seuil clinique, aussi bien en prénatal qu'en postnatal. Au T1, près d'une femme sur deux (52%) présente un score ≥ 12 . En outre, deux femmes obtiennent un score entre 10 et 12, ce qui les situe dans une zone « à risque », à la limite du seuil clinique (Hannah, Adams, Lee, Glover et Sandler, 1992). Au T2, on constate une nette diminution avec tout de même un tiers des participantes (33 %) qui se situe au-dessus du seuil clinique.

3.3 Scores EPDS et profils sociodémographiques

Les profils sociodémographiques des femmes déprimées ne se différencient pas de ceux des femmes non-cliniques. Le seul indicateur qui différencie les deux sous-groupes est la durée de séjour en Suisse. Les femmes arrivées en Suisse depuis moins de 2 ans ont des scores à l'EPDS prénatal significativement plus élevés que celles arrivées depuis plus longtemps. Pour toutes les autres variables (âge, parité, niveau d'éducation, statut légal, logement), aucune différence significative n'a été mise en évidence (Tableau 4, en annexe). Autrement dit, le fait de résider en Suisse depuis moins de 2 ans, chez des femmes qui ont une connaissance insuffisante de la langue locale (et probablement des institutions, et de la culture de manière plus générale) constitue un facteur de risque pour le développement de symptômes dépressifs et anxieux pendant la grossesse. Ce résultat est illustré par la figure 2 (en annexe).

3.4 Stabilité des scores EPDS entre prénatal et postnatal

Concernant la stabilité des scores entre prénatal et postnatal, nous avons considéré qu'une variation de plus ou moins 3 points était acceptable, sur la base d'autres études analogues (p. ex., Green, 1998). On relève alors que 9 femmes (43%) présentent un score EPDS stable entre T1 et T2 ; 7 femmes (33%) voient leur score diminuer et cinq femmes (24%) présentent un score plus élevé après l'accouchement qu'en prénatal. Parmi ces dernières, seulement deux obtiennent des scores dépassant le

seuil clinique (Tableau 5, en annexe). Une corrélation positive entre les scores globaux obtenus à l'EPDS en prénatal et en postnatal ($r = .515$, $p < .01$) a été observée. Cette corrélation est également significative pour les sous-échelles de dépression ($r = .631$, $p < .01$) et d'anxiété ($r = .528$, $p < .05$). Cela indique que le score EPDS au prénatal est un bon prédicteur du score EPDS postnatal.

3.5 Patterns d'évolution et définition de 4 profils de femmes

Quatre femmes, soit près d'une femme sur cinq (19%), sont déprimées au prénatal et au postnatal. Afin de décrire les patterns d'évolution des symptômes de dépression entre T1 et T2, une analyse par sujet nous a permis de constituer 4 sous-groupes (figure 3, en annexe):

GROUPE 1 : les femmes déprimées en T1 et T2 (Pré ET Post) ;

GROUPE 2 : les femmes déprimées en prénatal mais pas en post natal (PRÉ) ;

GROUPE 3 : les femmes déprimées après l'accouchement mais pas avant (POST) ;

GROUPE 4 : les femmes pas déprimées ni en pré ni en postnatal (NI Pré-NI Post).

3.6 Evolutions favorables et défavorables

Étant donné que la dépression prénatale tend généralement à diminuer après l'accouchement, les femmes des groupes 1 et 3, dont les scores EPDS se situent au-dessus du seuil clinique 8 à 12 semaines après l'accouchement, seront considérées comme un groupe à risque, présentant une **évolution défavorable**. Les femmes des groupes 2 et 4, manifestant peu ou pas de symptômes dépressifs au moment de l'entretien seront, à l'inverse, considérées comme présentant une **évolution favorable**, même si leur score EPDS se situait au-dessus du seuil clinique en prénatal.

Évolutions favorables : Au total, quatorze (67%) des femmes de notre échantillon présentent une évolution favorable (trajectoires indiquées en vert, figure3). Sept d'entre elles, présentant un score EPDS clinique en prénatal, voient leur état émotionnel s'améliorer après la naissance de l'enfant (Groupe PRÉ). Autrement dit, la dépression prénatale décline spontanément dans 64% des cas. Par ailleurs, sept autres femmes, non-déprimées durant la grossesse, ne le sont pas non plus après l'accouchement (Groupe Ni-Ni). Ainsi, l'absence de stress durant la grossesse prédit, dans 70% des cas, une bonne santé psychique après la naissance de l'enfant.

Évolutions défavorables : Sept femmes de notre échantillon (33%) connaissent une évolution défavorable (figure 3, trajectoires indiquées en rouge). Quatre femmes présentant une dépression prénatale voient leurs symptômes se maintenir après l'accouchement (Groupe Pré ET Post). Autrement dit, la dépression prénatale se maintient dans 36% des cas jusque dans le post-partum. En outre, trois femmes se situant en-deça du seuil clinique en prénatal, développent un état dépressif après la naissance de l'enfant (Groupe POST). Parmi elles, deux femmes pouvaient déjà être considérées comme « à risque »⁹ au T1. Ainsi, la dépression postnatale, sans signes précurseurs (ou à bas bruit) durant la grossesse, survient dans 30% des cas.

3.7 Complications périnatales

Toutes les grossesses ont été menées à terme, une seule femme a accouché prématurément, à 34 semaines. Huit femmes (33%) ont accouché par césarienne, dont sept césariennes en urgence. Les 16 femmes (67%) restantes ont accouché par voie basse, dont 4 ont eu un accouchement instrumenté et 6 ont eu un accouchement par provocation. Vingt femmes ont eu recours à la péridurale, et malgré cela, douze femmes décrivent un accouchement long et très pénible. Trois femmes ont dû être hospitalisées pendant la grossesse pour diverses raisons : infection à la jambe [205] ; nausées, vomissements, état anxieux [310] ; décollement placentaire, saignements [404].

Au total, 15 femmes (62.5%) ont connu des complications périnatales. Nous avons considéré la péridurale comme une complication uniquement dans le cas où elle n'a pas eu d'effet sur la pénibilité de l'accouchement.

3.7.1 Santé des bébés à la naissance

La plupart des bébés sont nés en bonne santé et avaient un poids normal à la naissance, allant de 2.4 kg à 4 kg. A signaler toutefois qu'un tiers d'entre eux présentait différents problèmes plus ou moins graves. Un bébé est né avec des problèmes cardiaques détectés en début de grossesse qui ont nécessité deux interventions chirurgicales dans les semaines qui ont suivi la naissance. Un bébé est né avec des problèmes respiratoires qui ont nécessité un séjour de 24 heures en néonatalogie. Deux

⁹ Score EPDS se situant entre 10 et 12 points

bébés sont nés avec des malformations congénitales (6^{ème} doigt ; appareil génital) et un autre a subi des investigations pour risque d'hydrocéphalie. Trois bébés ont été mis en couveuse pour jaunisse du nourrisson.

3.8 Relation entre l'EPDS et les autres variables

3.8.1 Facteurs de risque obstétricaux chez les femmes présentant un score EPDS clinique au post-partum

Aucune corrélation n'a été trouvée entre les facteurs de risque obstétricaux et les scores EPDS tant au prénatal qu'au postnatal. Cela signifie qu'un accouchement avec complications ne donne pas forcément lieu à des symptômes dépressifs dans le trimestre qui suit la naissance. De même, une anxiété élevée dans le prénatal n'est pas prédictive d'un accouchement avec complications. Les femmes déprimées ne se différencient pas des non-déprimées en terme de parité, d'hospitalisation durant la grossesse et elles ne subissent pas davantage d'accouchements provoqués. On relève une tendance chez les femmes déprimées à avoir moins recours à la péridurale et à vivre leur accouchement de manière plus pénible, mais ces résultats ne sont pas significatifs (Tableau 6, en annexe).

3.8.2 Sensibilité maternelle et scores EPDS au post-partum

La grande majorité des femmes de notre échantillon (82%) font preuve d'une bonne sensibilité maternelle, et 18% font état d'une sensibilité moyenne ou inconsistante ; aucune mère ne se montre insensible aux signaux de l'enfant. Nous présentons des résultats plus détaillés des pratiques maternelles sous le point 3.9.

On observe une corrélation négative entre score EPDS post et sensibilité maternelle ($p < .05$ $r = -.47$) indiquant que plus le score EPDS est élevé, plus la sensibilité maternelle est faible. Toutefois, un score clinique à l'EPDS n'implique pas nécessairement une sensibilité maternelle inconsistante (Tableau 7, en annexe).

3.9 Analyse des entretiens

Les retranscriptions de l'entretien postnatal pour toutes les participantes se trouve en annexe II. Afin de voir si le ressenti ou les thématiques évoquées par les femmes déprimées au postnatal divergent sensiblement de ce qu'expriment des femmes non-déprimées, le numéro de code des premières sera surligné en bleu.

3.9.1 Utilité du cours de préparation à la naissance

Plusieurs participantes [105, 109, 204, 302, 306] mentionnent que l'aspect informatif prodigué dans un cadre convivial et multiculturel apporte un réconfort et un important soutien psychologique. De manière générale, les objectifs poursuivis par le programme EAG semblent avoir été atteints. Les participantes sont unanimement satisfaites du cours de préparation à la naissance, qui semble leur avoir été utile à plusieurs niveaux :

- pour les informations dispensées en termes de reproduction, de contraception, et sur les différents types d'accouchement (« je ne savais rien » ; « au pays on ne parle pas ouvertement de ces choses-là ») ;

- pour les techniques et les conseils concernant la marche à suivre lors des premiers signes de l'accouchement (reconnaître les contractions, prendre une douche à la maison, ne pas se précipiter, boire une tisane..) ;

- pour les techniques concernant la gestion de la douleur (péridurale, respiration, exercices avec ballon gonflable) ;

- pour le peer support amené par le groupe qui permet de sortir de l'isolement et partager un moment convivial (« je me suis fait des amis, je ne me sentais pas seule » ; « en partant de chez moi j'étais mal et après le cours j'allais beaucoup mieux ; c'était comme un voyage ! » ; « être avec d'autres mamans et entendre comment ça se passe ailleurs » ; « le cours était une occasion de sortir du foyer ») ;

- pour l'information sur les bonnes pratiques de maternage, et qu'est-ce qui est normal ou pas (l'allaitement, le bain, pleurs du bébé le soir, ...).

Une participante regrette que le cours ne se poursuive pas après la naissance des bébés, sur ce thème.

3.9.2 Vécu de la grossesse

Sur l'ensemble de l'échantillon, quinze femmes (62%) [107, 111, 112, 201, 204, 205, 207, 302, 303, 306, 307, 309, 310, 402, 404], déclarent avoir rencontré des difficultés durant la grossesse ou l'accouchement.

Pour la plupart des femmes, ces difficultés étaient d'ordre **somatique**, parfois **banales** (nausées, vomissements, fatigue, difficultés de sommeil, ou d'alimentation,

vertiges), parfois plus **graves** (infection à la jambe, décollement placentaire) ayant nécessité une hospitalisation [205, 404], ou encore un arrêt de travail durant le dernier trimestre de la grossesse [309]. Quatre femmes décrivent **un état mixte de difficultés à la fois physiques et psychologiques** ; une femme [204] a vécu le deuil de sa mère à 6 mois de grossesse, accompagné à la fois de sentiments de tristesse, d'anxiété pour sa propre vie « j'ai eu peur de mourir comme ma mère », et de sentiments négatifs à l'égard de ses proches « j'en ai voulu à ma fille [fœtus], à mon fils et à mon mari ». Deux femmes [112, 404] rapportent des anticipations anxieuses quant à la santé du bébé à la naissance « j'ai été surprise de voir que mon bébé était en bonne santé », et une autre [310] décrit une anxiété intense se traduisant par des attaques de panique ayant nécessité une semaine d'hospitalisation.

3.9.3 Départ à la Maternité

La plupart des femmes, bien que primipares, se sont comportées de manière adéquate et ont su reconnaître les signes qui annoncent le travail d'accouchement (perte des eaux, contractions rapprochées). Elles décrivent un départ à la Maternité sans précipitation ni trop de débordement anxieux. En cas de doutes, certaines femmes ont déclaré avoir appelé des personnes ressources : la sage-femme, l'interprète, l'infirmière du Foyer ou même le gardien du Foyer pour appeler une ambulance. Dans 50% des cas, elles étaient accompagnées de leur mari ou de leur compagnon.

3.9.4 Vécu de l'accouchement

Pour 9/24 femmes (38%), l'accouchement s'est avéré plus facile que ce qu'elles avaient imaginé [103, 104, 105, 109, 111, 306, 309, 310, 404]. Elles font état d'anticipations anxieuses (« j'avais peur du pire » ; « j'avais un peu peur » « je m'attendais à avoir très mal ») et attribuent le bon déroulement au fait d'avoir suivi le cours (« j'étais préparée à la douleur », « mon mari me rappelait comment bien respirer »), et au fait d'avoir eu recours à la péridurale.

Cela étant, les femmes qui ont dû subir une césarienne en urgence, qui ont eu un accouchement avec assistance instrumentale, ou un travail qui a duré très longtemps, ou encore dont le bébé est né avec un problème, se disent tristes, déçues, voire

traumatisées, « choquées » [112, 202, 306, 402] par cette expérience. Un mari [201] a même fait un malaise pendant l'accouchement quand on a utilisé la ventouse.

3.9.5 Satisfaction par rapport aux soins à la Maternité

La plupart des participantes (19/24 ; 79%) se disent totalement satisfaites du suivi durant l'accouchement et l'ensemble du séjour à la Maternité. Elles déclarent s'être senties soutenues, aidées et en sécurité. Deux femmes [202 et 405] ont, à l'inverse, émis des appréciations très négatives à ce sujet ; on remarque que la mauvaise impression et la mauvaise alliance thérapeutique avec les équipes soignantes commence déjà au moment de l'accouchement, mais semble indépendante de la présence de complications. En effet, parmi les huit femmes qui ont eu un accouchement par césarienne, la plupart se disent satisfaites des soins reçus durant leur séjour à la Maternité. L'alliance thérapeutique médiocre semblerait plutôt en lien avec la présence d'un niveau élevé de stress prénatal¹⁰.

3.9.6 Informations reçues et difficultés de communication

Dans la majorité des situations, et en particulier lorsque l'accouchement se passe sans complications, la question de la communication n'est pas signalée en tant que problème. Soit la mère parlait bien ou assez bien le français, soit elle avait une langue commune avec le personnel soignant. A noter, cependant, que dans cinq cas, soit près d'une fois sur quatre, la traduction a été assurée par le mari ou des proches. Trois participantes ont bénéficié des services d'un interprète durant l'accouchement, souvent de manière ponctuelle. De même, durant le séjour à la Maternité, la plupart des mères se disent satisfaites des informations reçues, en dépit de la barrière linguistique. Une mère (202) dit « la gentille infirmière a su me redonner confiance et m'a aidée à dépasser ma peur de manipuler le bébé durant le bain. Elle m'a montré plusieurs fois comment faire ».

La question de la barrière linguistique devient en revanche critique lorsque des décisions médicales sont prises très rapidement (césarienne en urgence, par exemple) et que la mère ne parvient plus à suivre ce qui se passe, faute de comprendre la langue. Deux mères [112] qui ont été séparées de leur bébé, placé en soins intensifs, rapportent

¹⁰ Cette hypothèse se vérifie chez le sujet 405, mais cette donnée est manquante chez le sujet 202.

n'avoir reçu aucune explication concernant la nécessité de cet acte médical. Dans ces situations, le manque de compréhension et d'explications de la part de l'équipe soignante est vécu de manière très anxiogène. Autre exemple, « je me suis inquiétée quand il n'a pas pleuré tout de suite. Ils l'ont mis pendant 3 jours sous une lampe. Je me suis dit que peut-être c'est une coutume ici. Je ne sais pas s'il est prématuré. Il était jaune » [111]. Par contraste une autre mère dit : « il n'a pas pleuré tout de suite. Les soignants me l'ont mis sur le ventre quelques instants, puis l'ont emmené. On m'a expliqué que la jaunisse ça arrivait fréquemment et qu'il ne fallait pas que je m'inquiète. J'étais très contente que l'interprète soit présente à ce moment-là » [307].

3.9.8 Rencontre avec le bébé

La grande majorité des mères décrit une très forte émotion lors de la première rencontre avec le bébé, suscitée par l'émerveillement face à la beauté de l'enfant (« il était magnifique » ; « elle était parfaite » ; « je n'arrivais pas à croire que j'aie fait un bébé si beau ! » ; « c'est un ange ») et par l'accomplissement d'être devenues mères (« je me suis dit que j'ai créé une vie » ; « il n'y a pas de mots pour expliquer cela, j'en ai oublié toute la douleur. Cela a vraiment valu la peine »). Elles sont nombreuses à trouver que le bébé ressemble soit au père, soit à un enfant plus âgé, soit à elles-mêmes. En règle générale, le lien précoce d'attachement commence à s'établir dès les premiers instants ou dès le lendemain de l'accouchement (« je me suis dit qu'il était mi amorcito » ; « elle a commencé à téter tout de suite, comme si elle avait trop faim »). Deux mères expriment le fait d'avoir eu une difficulté à « s'approprier le bébé » ou à l'inscrire d'emblée dans un lien de filiation (« il ne ressemblait à personne » [304] ; « quand j'étais enceinte je détestais ce bébé, et je trouvais normal qu'elle ne ressemble à personne car je ne l'avais pas aimée. Mais le lendemain durant l'allaitement, je me suis dit : c'est ma fille ! » [204]).

3.9.9 Choix du prénom

Dans la plupart des cas, lorsque les deux parents sont présents, le choix du prénom s'est effectué suite à une discussion entre les partenaires ; ou alors l'un des partenaires a laissé le choix à l'autre parent ; ou on a opté pour deux prénoms (ou un prénom combiné) pour tenir compte de la préférence de chacun. Dans un cas [304], le

prénom de l'enfant est le fruit d'une création du couple : le prénom de l'enfant résulte de la contraction des prénoms du père et de la mère (Luis et Thais donnant Lais), comme pour mieux l'inscrire dans cette double filiation. Parfois, certains membres de la famille ont été consultés et la décision a été prise par tirage au sort [103] ; ou encore le choix a été fait après consultation d'un guide spirituel « le maître tibétain a choisi d'appeler le bébé « Chose précieuse » [302]! Plusieurs mères déclarent avoir trouvé un prénom grâce à Internet, ou à un film. Enfin, trois femmes racontent que le choix du prénom est en lien avec les circonstances parfois exceptionnelles de l'accouchement [306, 307, 202]. Par exemple, une femme ayant eu une césarienne d'urgence a appelé son fils Tavian qui signifie « destin », « car c'est le Destin qui a voulu que le bébé naisse vivant ». On note ici l'idée de s'en remettre à une force spirituelle supérieure, qui veille sur la mère et sur l'enfant.

3.9.10 Retour à domicile et soutien conjugal/familial

Plus de la moitié des mères (12/21, 57%) décrivent le retour à domicile comme ayant été difficile. Elles déclarent s'être senties seules avec le bébé, sans personne à leurs côtés [104, 102, 309] ; avoir beaucoup pleuré [102, 202] ; avoir eu peur de manipuler le bébé [207] parce qu'il pleurerait tout le temps [105, 107, 112] ou avoir été inquiètes quant à l'avenir en Suisse étant en situation illégale [304]. Certaines ont éprouvé des symptômes somatiques « j'avais tout le temps la tête qui tourne » [104], ou une grande fatigue [107, 205, 304, 306]. Même lorsque ces femmes sont mariées ou vient en couple, -et *a fortiori* lorsqu'elles sont seules- elles déclarent spontanément ne pouvoir compter sur personne pour les aider avec le bébé [102, 104, 112, 202, 204, 205, 207, 302, 306, 307, 310, 401]. Elles ont l'impression de devoir se débrouiller seules, soit parce que le mari travaille beaucoup et rentre tard et fatigué, soit parce qu'il n'est pas habitué à manipuler un bébé. Le savoir-faire des pères avec le bébé est variable : certains osent à peine prendre le bébé dans les bras, alors que d'autres donnent le bain, se lèvent la nuit, changent les couches, et aident dans les tâches ménagères. Certaines femmes ont bénéficié de la présence de membres de la belle-famille, mais celle-ci a parfois été ressentie comme envahissante plutôt qu'aidante. Notons que deux femmes [307, 302] ont subi une séparation forcée du mari, requérant d'asile attribué à un canton différent, et deux autres femmes [310, 107] n'ont plus aucun contact avec le père du

bébé. En cas d'absence de soutien conjugal et de réseau social les femmes se sont tournées vers les infirmières du foyer, les sages-femmes, l'assistante sociale ou des voisines du foyer pour demander conseil et réconfort.

A l'inverse, un autre sous-groupe de femmes (9/21, 43%) ne décrit pas de débordement et a vécu le retour à domicile de manière plus sereine [109, 111, 303, 402, 404, 405, 201, 303, 405]. Ces femmes déclarent avoir pu « se reposer à la maison » [405] et disposent pour la plupart de la présence d'un mari participant aux tâches ménagères ou aux soins du bébé et d'un réseau familial ou social. Elles ont pu mettre à profit cette période périnatale pour « s'amuser avec le bébé » [109] ou pour se faire à cette « toute nouvelle adaptation » [303].

Interrogées sur le fait d'avoir gardé, ou non, une période de retraite (ou de quarantaine) comme l'exige la coutume, la plupart des femmes déclarent avoir entendu parler de cet usage¹¹. Néanmoins, elles ne sont que neuf à avoir pu s'y plier totalement ou partiellement [107, 109, 111, 201, 303, 304, 306, 309, 405]. Elles sont nombreuses à déclarer qu'ici cela n'a pas été possible car elles étaient convoquées chez le pédiatre ou à l'Office cantonal de la population, dès leur sortie de la Maternité, ou tout simplement car elles étaient seules, sans aide, et étaient obligées de sortir faire les courses, etc. Les participantes qui ne l'ont pas fait, se plaignent surtout de la fatigue et de l'isolement, plus que d'avoir enfreint la tradition. Deux mères [102, 103] disent : « ce n'est pas grave » manifestant ainsi une certaine souplesse vis-à-vis des pratiques traditionnelles et se montrant prêtes à s'accommoder des possibilités qu'offre la vie en Suisse dans leur nouveau mode de parentalité.

3.9.11 Contact avec la famille restée au pays

La plupart des participantes qui en ont la possibilité ont des contacts fréquents et réguliers (tous les jours, ou tous les week-ends) avec leur famille restée au pays, et en particulier avec leur mère [102, 103, 104, 109, 111, 112, 201, 202, 207, 303, 304, 306, 309, 402, 405]. Ces contacts s'effectuent par téléphone ou par Skype. Malgré cela, elles sont plusieurs à relever que « c'est quand même difficile », « à distance ce n'est pas la même chose », « malgré cela je me sens un peu seule ». Certaines femmes

¹¹ En effet, dans certaines sociétés non-occidentales, la femme accouchée reste confinée chez elle pendant une période de 30 ou 40 jours après l'accouchement pour se reposer et se consacrer à l'allaitement.

entretiennent également des contacts réguliers avec des membres de la famille présents en Suisse (sœurs, belle-sœur, cousine) plus à même de leur transmettre dans leur langue comment les choses se font ici, où aller, qui consulter, etc. Là-aussi, plusieurs participantes soulignent que leurs pratiques de maternage s'inscrivent d'emblée dans une double référence culturelle. L'une d'elles [109] dit : « ma mère me donne beaucoup de conseils au téléphone toutes les semaines, mais quand j'ai des doutes je préfère demander au pédiatre, car je préfère savoir comment les choses se font ici. »

Sept femmes semblent dans l'impossibilité de faire appel à leur mère lorsqu'elles en éprouvent l'envie [404, 401, 107, 302, 310, 204, 112], soit parce que les liens avec leurs parents sont rompus pour cause de conflit familial, soit parce que les communications téléphoniques risquent de mettre la famille en danger pour des raisons politiques, soit par manque de réseau de télécommunication dans le village reculé de la mère. Parmi elles, cinq ont des scores EPDS postnatal dépassant le seuil clinique et font partie du groupe Evolution défavorable.

3.9.12 Santé actuelle des bébés et les pratiques de maternage

Tous les bébés se portent bien au moment de l'entretien, et leur prise de poids est normale. Deux bébés ont eu à subir des interventions chirurgicales l'un pour malformation cardiaque congénitale et l'autre pour cause d'hernie inguinale. La plupart des bébés sont suivis par un pédiatre en privé, qui parfois même, parle la langue de la mère. Cinq participantes ne semblent pas avoir de pédiatre attiré et se rendent en pédiatrie à l'Hôpital cantonal en cas de problème. Une femme [402] parle de médecine douce, et dit que son bébé va mieux depuis qu'elle a consulté un ostéopathe. Deux femmes [107, 302] continuent à solliciter l'avis de la sage-femme qui les a suivies pendant le cours de préparation à la naissance en cas de problèmes de santé du bébé.

La plupart des bébés dorment bien la nuit avec un ou deux réveils nocturnes pour téter ou boire un biberon. Toutes les participantes semblent se sentir en mesure d'interpréter les signaux émis par le bébé lorsqu'il pleure (faim, sommeil, coliques). Elles semblent avoir développé des stratégies efficaces pour calmer leur bébé (allaiter, prendre dans les bras, bercer, chanter, parler, porter sur l'épaule, porter dans le dos, mettre le bébé sur le ventre, faire écouter de la musique ou allumer la TV, masser, sortir).

3.9.13 Lien précoce mère-enfant

La grande majorité des mères décrivent leur enfant avec des attributs positifs. Elles donnent l'impression de vivre une « lune de miel » et d'être émerveillées par leur enfant. L'expression « bébé facile » est celle qui revient le plus souvent dans la bouche des participantes (11 occurrences). Les adjectifs se rapportant au caractère de l'enfant tels que « calme », « sage », « gentil », « en paix » et « cadeau de Dieu » apparaissent 9 fois dans leur discours. Viennent ensuite les bébés perçus comme « rigolo », « marrant », « joyeuse », « nerveux, excité mais très sympathique et très beau », « très attentif quand on lui parle », « mange bien » (6 occurrences). Parmi ce premier groupe de mères, sept avaient un score EPDS élevé au prénatal mais six d'entre elles ont vu celui-ci descendre en-dessous du seuil clinique au postnatal [109, 205, 306, 307, 401, 405]. Deux participantes (204, 207), ont un score EPDS prénatal et postnatal élevé (Groupe Évolution défavorable) sans que cela n'affecte apparemment l'émergence du lien précoce mère-enfant.

Les appréciations sont parfois plus nuancées, mais les mères [105, 303, 304] donnent l'impression d'être en mesure de décoder les demandes de l'enfant et de « gérer » sans débordement. Elles trouvent leur bébé « plutôt facile, mais en ce moment il pleure car il est constipé », « calme et parfois agité, cela dépend des jours », « heureux, mais quand il a faim il réclame beaucoup, comme son père, et il pleure », « facile, mais quand elle a mal au ventre elle peut pleurer beaucoup, beaucoup », « calme, parfois agité », « calme mais déterminé ; quand il veut quelque chose il le veut vraiment ! ». Par ailleurs, trois femmes [104, 107, 112] décrivent des bébés avec un tempérament « facile et difficile, 50/50 », « difficile », voire « très difficile ». L'une d'elles [107] dit : « elle pleurait tout le temps, je ne savais plus quoi faire. Si j'allais dans un bus elle se mettait à pleurer, les gens me regardaient comme si j'étais une mauvaise mère, alors je sortais du bus et continuais à pied. J'ai arrêté de sortir avec elle, je reste enfermée dans ma chambre. Au foyer, j'ai peur de déranger les voisins de chambre. » Ces trois mères présentent des scores EPDS élevés au pré-partum et au post-partum, associés à des circonstances de vie difficiles. Pour l'une d'elles [107], le contact avec sa propre mère est impossible ; un suivi psychothérapeutique mère-enfant a été mis sur pied. Pour l'autre [112], la naissance s'est effectuée par une césarienne en urgence

vécue de manière assez traumatique, et le bébé a déjà dû subir deux interventions chirurgicales ; l'annonce durant la grossesse de la malformation cardiaque du bébé a été très anxiogène. La dernière [104], est une mère célibataire d'Afrique sub-saharienne, sans support conjugal, avec un statut légal de requérante d'asile.

3.10 Comparaison des femmes présentant des évolutions favorables et défavorables : difficultés et ressources

Le Tableau 8 synthétise les réponses des participantes à l'entretien postnatal et fournit également des informations d'ordre socio-démographique. Il tente de contraster les difficultés rencontrées et les ressources disponibles des femmes de chacun des groupes présentant une évolution favorable et défavorable. Il ressort de cette analyse que les femmes de ces deux sous-groupes ne se différencient pas en termes de complications périnatales. Autrement dit, comme nous l'avons relevé sous le point 3.7, il n'y a pas de relation directe entre la présence de symptômes dépressifs dans le post-partum et le vécu de complications durant la grossesse ou l'accouchement. Il en va de même en ce qui concerne la santé du bébé, puisqu'en général dans notre échantillon, la grande majorité des bébés se porte plutôt bien 12 semaines après la naissance. La satisfaction par rapport à la prise en charge à la Maternité ne différencie pas davantage les mères de deux sous-groupes. Soulignons enfin, que le statut légal précaire ou non-précaire, de même que les événements de vie négatifs se retrouvent aussi bien chez les mères des deux sous-groupes. Les seules variables qui semblent différencier les femmes du groupe Evolution Favorable de celles du groupe Evolution Défavorable semblent être le soutien conjugal et familial/social. De fait, 71% (5/7) des femmes ayant connu une évolution défavorable rapportent une rupture du lien, volontaire ou involontaire, avec leur mère et leur famille restée au pays. A l'inverse, 86% (12/14) des femmes présentant une évolution favorable déclarent avoir des contacts réguliers avec leur famille (leur mère) au pays et/ou en Suisse, ainsi qu'un mari sur lequel elles peuvent compter.

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'interprétation des résultats doit tenir compte du fait que nous avons recruté les participantes au sein d'un programme de préparation à la naissance pour migrantes allophones. De ce fait, nos résultats ne sont sans doute pas extrapolables à l'ensemble

de la population migrante de Genève. La population d'accouchées de ce programme présente en effet des caractéristiques particulières et présente une grande hétérogénéité à la fois ethnique et sociale.

Les **profils sociodémographiques** des participantes indiquent que la grande majorité d'entre elles étaient primipares et 59% vivaient en Suisse depuis moins de deux ans, suggérant qu'elles étaient en train de vivre simultanément des transitions multiples, à la fois une transition développementale (accès à la parentalité) et une transition socioculturelle (processus d'acculturation). D'autre part, près de la moitié des participantes avaient un statut légal précaire, ce qui montre que le programme de préparation à la naissance « Enceinte à Genève » touche une population très spécifique de migrantes primo-arrivantes avec une sur-représentation de femmes de milieux défavorisés. En effet, selon l'OFS, seulement 7% de migrants en Suisse ont un statut légal précaire (OFS, 2010). Ce type de statut légal surdétermine fortement la condition socio-économique des personnes concernées. Ainsi, bien que nous n'ayons pas d'informations précises sur le revenu financier des participantes, nous pouvons avancer que notre échantillon est constitué à parts quasiment égales de deux sous-groupes : l'un de classe moyenne à aisée, et l'autre de classe défavorisée. Cela contraste avec l'échantillonnage d'autres recherches sur la dépression périnatale où la classe moyenne est souvent fortement sur-représentée, comme le soulignent Saucier et ses collaborateurs (1995). En effet, il arrive fréquemment que les femmes de milieux défavorisés, et *a fortiori* les migrantes allophones, refusent de participer ou soient exclues des études en raison de la barrière linguistique.

Il est également important de noter qu'un tiers des participantes sont confrontées à un cumul de facteurs de vulnérabilité, tels qu'un statut légal précaire, des conditions de logement inadaptées et un manque de support conjugal. De fait, lorsque l'on compare les caractéristiques socio-démographiques des participantes en fonction de leur statut légal, on constate que ces deux sous-groupes se différencient uniquement en ce qui concerne l'état civil et l'absence de support conjugal. La moitié seulement des femmes précaires vit en couple et elles sont seulement 43% à pouvoir compter sur la présence et le soutien émotionnel de leur compagnon. Bien que non-significatives, plusieurs autres tendances se dégagent en défaveur des femmes ayant un statut légal précaire en termes d'âge (plus jeunes, 27,5 ans en moyenne), de logement (plus souvent

en foyer), de niveau d'éducation (moins élevé), et de pays d'origine (essentiellement Afrique et Amérique-Latine). Dans une étude avec des migrantes sans papiers réalisée à Genève, comportant un groupe contrôle de femmes tout-venant, Wolff et al. (2008) rapportent également d'importantes différences dans les profils socio-démographiques des deux groupes. Dans leur échantillon, les clandestines enceintes étaient plus jeunes (29,4 ans en moyenne), plus souvent célibataires (71%), avaient un niveau inférieur de scolarisation, vivaient dans des logements moins adaptés, avaient un réseau de soutien peu nombreux, et 9% d'entre elles indiquaient, parmi leurs principales difficultés, la méconnaissance du français.

En ce qui concerne la **prévalence de la dépression périnatale**, 52% des femmes se situent au-dessus du seuil clinique de l'EPDS durant la grossesse et 33% après l'accouchement. Ce résultat est au moins deux fois plus élevé que les prévalences estimées dans des études communautaires où des taux allant de 7.2% à 25% ont été rapportés pour la dépression prénatale (Alberque et al., 2008 ; Gaillard et al., 2014; Sancho Rossignol et Nanzer, 2010), et des taux allant de 10% à 15% pour la dépression postnatale (Da-Silva et al., 1998 ; Poinso et al., 2001 ; Righetti-Veltéma, Conne-Perreard, Bousquet et Manzano, 2006 ; Sancho Rossignol et Nanzer, 2010). Nos résultats confirment que la dépression prénatale est au moins aussi fréquente que la dépression postnatale et doit être prise en considération, comme le constatent d'autres études (Green, 1998 ; Da Costa et al., 2000). L'ampleur de la dépression périnatale dans notre échantillon va dans le sens des résultats rapportés par Zerkowitz et al. (2004), à partir d'un échantillon composé de deux-tiers de primo-arrivantes (arrivées au Canada depuis moins de 5 ans), en situation régulière. Les auteurs rapportent un taux de 42% des femmes se situant au-dessus du seuil clinique à l'EPDS au pré-partum, et 38% au post-partum. Ce taux se rapproche également de celui obtenu dans d'autres recherches sur des populations à risque ou issues de milieux défavorisés. Par exemple, une étude de Da Silva et al. (1998) portant sur une population de femmes précaires au Brésil, rapporte un taux de 38% de femmes se situant au-dessus du seuil clinique à l'EPDS au prénatal et 43% au postnatal. Toutefois, la comparaison en termes de prévalence avec d'autres travaux doit se faire avec prudence du fait de caractéristiques sociodémographiques différentes entre les échantillons et de valeurs seuil à l'EPDS divergentes. Par exemple, l'étude de Poinso et al. (2001) fait état de prévalences bien moindres au post-partum

dans une population très hétérogène de femmes accouchées à Marseille, comportant un pourcentage élevé de migrantes défavorisées en situation irrégulière. Les auteurs rapportent un taux de 13% de femmes déprimées six semaines après l'accouchement, ce qui est bien inférieur au taux de 33% que nous constatons. Cette discrédance peut en partie être expliquée par le fait que nous avons opté pour le seuil clinique de 12 ou plus, en accord avec d'autres auteurs travaillant sur la santé périnatale de populations rurales ou à risque (Adouard et al., 2005 ; Gaillard et al., 2014 ; Hanlon et al., 2008 ; Zekowitz et al., 2004), alors que le seuil retenu par Poinso et al. (2001), tout comme Da Silva et al. (1998) était de 13 ou plus.

Cela dit, en admettant que la valeur prédictive de l'EPDS est de 50% comme l'indiquent Zekowitz et al. (2004), on peut estimer qu'au moins un quart des femmes de notre échantillon auraient rempli les critères d'une dépression prénatale si elles avaient été évaluées cliniquement. Les prévalences très élevées que nous observons appellent à la vigilance et à quelques remarques méthodologiques quant à l'utilisation de l'EPDS avec des femmes migrantes de backgrounds très hétérogènes, probablement peu habituées à ce genre de questionnaire centré sur les manifestations anxieuses et dépressives. En premier lieu, même si cet outil est utilisé mondialement, la question de la validité culturelle, c'est-à-dire de l'expression culturelle de manifestations propres à la sphère affective, comme la dépression périnatale, reste ici centrale (Lopez Nahas, Hillege et Amasheh, 1999). Dans une étude sur la dépression postnatale en Ethiopie, Hanlon et al. (2008) questionnent la validité de l'EPDS en tant qu'instrument de dépistage. Ce questionnaire s'avère plus adapté aux femmes scolarisées vivant en région urbaine ; les auteurs soulignent que les items de l'EPDS sont souvent mal compris, étant donné que les femmes expriment leur détresse psychologique principalement par des manifestations somatiques. Signalons en outre que, pour les femmes illétrées de notre échantillon, les items ont dû être lus et parfois reformulés par les interprètes, ce qui nous éloigne de la procédure standardisée et introduit des éventuels biais de passation. En dépit de ces réserves méthodologiques, notre échantillon de primo-arrivantes allophones semble constituer une population de femmes à haut risque. Nous pouvons suivre Poinso et al. (2001) lorsqu'ils suggèrent que les réponses à une auto-évaluation telle que l'EPDS peuvent être un « cri d'alarme » de la femme enceinte ou une manière de saisir l'occasion de formuler une demande de soutien. Cette remarque s'applique

particulièrement à des migrantes primo-arrivantes en situation irrégulière ou instable qui peuvent se sentir inquiètes quant à l'avenir avec le bébé et ne savent pas forcément vers qui se tourner pour demander de l'aide.

On observe **une diminution des scores moyens globaux à L'EPDS entre le pré-partum et le post-partum**, corroborant les données rapportées dans d'autres études sur des populations générales (Alberque et al., 2008; Da Silva et al., 1998). Cette diminution s'observe également à chacune des sous-échelles anxiété et dépression, indiquant la forte association (ou comorbidité) entre ces deux entités, largement relevée dans la littérature (Heron, O'Connor, Evans, Golding et Glover, 2004 ; Skouteris, Wertheim, Rallis, Milgrom et Paxton, 2009). Il eût été souhaitable, dans une visée clinique, d'évaluer séparément l'anxiété et la dépression, mais cela dépassait le spectre de cette recherche. En effet, dans une très vaste étude communautaire aux Etats-Unis, cherchant à identifier les précurseurs de la dépression majeure, Le Strat et al. (2011) soulignent que la dépression prénatale, bien qu'étant un important prédicteur de la dépression postnatale, est souvent non reconnue et non traitée chez les femmes enceintes, qui admettent plus facilement se sentir anxieuses. Les auteurs relèvent que l'EPDS est très sensible à l'anxiété et recommandent pour les femmes se situant au-dessus du seuil clinique à l'EPDS, de doubler la procédure de dépistage par un entretien clinique visant à diagnostiquer autant la dépression que l'anxiété prénatales. Dans le même esprit, dans une étude prospective et longitudinale sur des femmes enceintes, Heron et al. (2004) mettent en évidence que l'anxiété prénatale accroît le risque de développer une dépression postnatale, et doit donc faire l'objet d'une attention particulière et d'un suivi dès la grossesse. Les résultats de Skouteris et al. (2008) plaident en faveur d'un modèle bidirectionnel entre anxiété et dépression évaluées séparément durant la période périnatale : chacun de ces états, anxieux ou dépressif, augmenterait la probabilité d'apparition de l'autre.

Néanmoins, comme le soulignent Roegiers et Molénat (2011) l'anxiété est un phénomène courant chez les femmes enceintes, en particulier chez les primipares, et cela indépendamment du facteur migration. Elle est liée à la transition à la parentalité et ne doit pas être pathologisée, car le plus souvent elle s'estompe après la naissance de l'enfant. Les antécédents de troubles psychiques, en particulier la dépression tout au long la vie (Graignic-Philippe et Tordjman, 2009 ; Luoma et al., 2001), et notamment

dans l'année qui précède la grossesse (Le Strat et al., 2011), jouent un rôle important dans le développement d'une dépression prénatale et postnatale. En outre, il apparaît important, dans les recherches sur le stress prénatal, de différencier, d'une part, les femmes présentant un stress chronique, appelé également anxiété-trait (trait de personnalité) et, d'autre part, celles présentant un stress aigu ponctuel, réactionnel à la transition à la parentalité, appelé anxiété-état. En effet, Graignic-Philippe et Tordjman (2009) soulignent que la chronicité du stress (et des troubles anxieux) entraîne plus souvent une continuité entre les périodes prénatale et postatale et rend difficile l'attribution des effets négatifs du stress, à la seule grossesse. Une telle évaluation au prénatal pourrait faciliter l'identification précoce des femmes à risque de présenter une anxiété durable qui s'étendrait du pré-partum au post-partum. Ces facteurs de risque liés aux prédispositions personnelles, ou antécédents de troubles anxio-dépressifs, sont communs à toutes les femmes enceintes et **non-spécifiques à la migration**. En revanche, les expériences traumatiques pré-migratoires (Zelkowitz et al., 2004) ainsi que le vécu de violences conjugales actuelles ou passées (Wolff et al., 2008), sont des **facteurs de risque spécifiques à la migration**. L'investigation de ces aspects dépassait malheureusement le cadre de cette étude, mais dans une optique de prévention et d'intervention précoces, ils devraient faire partie du recueil d'informations anamnestiques de la part des intervenants.

Les **profils sociodémographiques des femmes déprimées et non déprimées** ne se différencient pas en ce qui concerne l'âge, la parité, le niveau d'éducation, le statut légal et le type de logement. Le seul indicateur qui différencie les femmes déprimées des non déprimées est la durée de séjour en Suisse : les femmes arrivées en Suisse depuis moins de 2 ans ont obtenu des scores à l'EPDS prénatal significativement plus élevés que celles arrivées depuis plus longtemps. Cela va dans le sens des résultats de Dennis et al. (2004), qui, dans une étude communautaire sur les facteurs de risque de la dépression postnatale réalisée à Vancouver, ont trouvé que les femmes immigrées au Canada depuis moins de 5 ans avaient cinq fois plus de chances de présenter une symptomatologie dépressive que les femmes autochtones. Les auteurs en concluent que le fait d'être primo-arrivante est le prédicteur le plus important de la dépression postnatale parmi les facteurs de risque psychosociaux. Cet effet de récence dans le pays d'accueil pourrait s'expliquer par la présence de stressseurs potentiels comme la

mauvaise maîtrise de la langue locale, la nécessité de s'adapter à la culture locale, la méconnaissance du fonctionnement des services de soins, ainsi qu'au manque du réseau familial et social, qui viennent s'ajouter au stress « normal » éprouvé durant la grossesse. Ces données suggèrent que les capacités de coping chez les migrants augmentent avec le degré d'acculturation (Kuo, 2014). Il est donc primordial de tenir compte des indicateurs d'acculturation tels que la connaissance de la langue, et la date d'arrivée dans le pays de résidence à des fins d'identification de groupes à risque et de prévention.

De plus, nos résultats montrent que les femmes présentant un **cumul de facteurs de risque psychosociaux** (statut légal précaire, logement inadéquat et absence de soutien conjugal) **obtiennent des scores significativement plus élevés à l'EPDS**. Cela va dans le sens d'autres études qui mettent en évidence que la grossesse, en particulier chez des femmes primipares, est un moment de grande vulnérabilité aux stressors environnementaux. Le fait de cumuler plusieurs facteurs de risque psychosociaux associés à une absence du support marital, rend la grossesse plus éprouvante et augmente la probabilité de développer des symptômes d'anxiété et de dépression (Adouard et al., 2005 ; Da Costa et al., 2000 ; Goguikian et al., soumis; Kitamura et al., 1996 ; Poinso et al., 2001 ; Saucier et al., 1995 ; Zerkowitz et al., 2004). Ainsi, nos résultats plaident en faveur d'un modèle de stress cumulatif, actuellement admis dans la littérature sur la psychopathologie des migrants de manière générale (Castro et Murray, 2010 ; Cervantes et Castro, 1985 ; Goguikian Ratcliff, 2009; Westermeyer, 1989). Il semblerait que les effets négatifs des stressors multiples sont décuplés durant la grossesse, en particulier chez les primo-arrivantes.

Pour ce qui est de **la stabilité des scores EPDS entre le pré-partum et le post-partum**, 43% des femmes présentent un score EPDS similaire ou stable (dans une fourchette de plus ou moins 3 points), 33% des femmes voient leur score EPDS diminuer, alors que 24% des femmes présentent un score plus élevé après l'accouchement que pendant la grossesse. Ces résultats divergent de ceux rapportés par Green (1998) dans une large étude communautaire menée en Angleterre dans laquelle 72% des femmes obtiennent un score EPDS stable (± 3 points) entre prénatal et postnatal. On pourrait formuler l'hypothèse que l'instabilité externe, en termes de stressors potentiels liés à la migration, crée une plus grande labilité de l'humeur chez les femmes migrantes de notre

échantillon. Néanmoins, on observe une corrélation significative entre les scores pré- et postnataux ; cela confirme que le score à l'EPDS prénatal est un bon prédicteur du score à l'EPDS postnatal, comme il a été montré dans des études selon lesquelles la dépression prénatale prédit la dépression postnatale dans environ 50% des cas (Rich-Edwards et al., 2006 ; Stowe et al., 2005).

Près d'une femme sur cinq (19%) de notre échantillon présente des symptômes dépressifs autant dans le pré- que dans le post-partum, soit près de trois fois plus que le taux de 7.2% rapporté par Gaillard et al. (2014) chez une population tout-venant en France. Les différents patterns d'évolution de la symptomatologie dépressive nous ont permis de créer 4 profils de femmes : celles présentant d'importants symptômes dépressifs pendant la grossesse et après l'accouchement ; celles déprimées uniquement après l'accouchement ; celles ayant été déprimées uniquement durant la grossesse ; et celles n'ayant été déprimées ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement. Au total, 33% des femmes de notre échantillon présentent une évolution défavorable, soit d'importants symptômes de dépression au premier trimestre du post-partum. Ce pourcentage de femmes présentant une issue défavorable en terme de santé mentale est plus de deux fois supérieur à celui de 14% rapporté par Green (1998). Par ailleurs, la dépression prénatale décline spontanément dans 64% des cas (groupe PRE), et la dépression postnatale, sans signes précurseurs durant la grossesse, survient dans 30% des cas (Groupe POST). Ces résultats mettent en évidence que chez les migrantes primo-arrivantes le dépistage de la dépression prénatale est nécessaire mais non suffisant pour prévenir la dépression postnatale ; le dépistage après l'accouchement s'avère également d'une grande importance, et la continuité entre les deux n'est pas rare.

Les seuls facteurs qui différencient les femmes du groupe Évolution Favorable de celles du groupe Évolution Défavorable sont l'absence de soutien conjugal et familial. De fait, 71% des femmes ayant connu une évolution défavorable rapportent une rupture du lien, volontaire ou involontaire, avec leur mère et leur famille restée au pays. A l'inverse, 86% des femmes présentant une évolution favorable déclarent avoir des contacts réguliers avec leur famille (leur mère) au pays et/ou en Suisse, ainsi qu'un mari sur lequel elles peuvent compter. Ce besoin de rapprochement avec la famille d'origine montre à quel point la naissance d'un enfant met en jeu les processus de filiation et d'affiliation (Moro et Drain, 2009 ; Von Overbeck Ottino, 2011).

Les mères se situant au-dessus du seuil clinique à l'EPDS postnatal ont des scores significativement plus bas à **l'échelle de sensibilité maternelle**. Ce résultat se retrouve largement dans des études à grande échelle (Murray, Fiori-Cowley, Hooper et Cooper, 1996; Nanzer, 2009 ; Righetti-Veltema, Nanzer, Palacio-Espasa, Conne-Perréard et Manzano, 2007). Cependant, notons que lors de la visite à domicile, toutes les femmes ont fait état de bonnes capacités d'interpréter les signaux émis par le bébé et d'y répondre. La plupart des mères décrivent une joie immense lors de la rencontre avec le bébé, et semblent avoir instauré un bon lien avec lui, à l'exception de quelques mères déprimées qui trouvent leur enfant difficile et avouent ne pas comprendre ses besoins.

En ce qui concerne **les complications obstétricales**, près de deux tiers des femmes (62.5 %) présentent des complications durant la grossesse et/ou l'accouchement. Cependant, le taux de césariennes (33%) est similaire au taux moyen de césariennes pratiquées en Suisse (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2010). Quant au taux de naissances prématurées, il s'élève à 4% dans notre cohorte, alors qu'il est de 8% dans la population générale (OFS, 2007) et de 7.2% dans une cohorte de femmes tout venant en France (Gaillard et al., 2014). Presque toutes les femmes ont eu recours à la péridurale, mais près de la moitié d'entre elles décrivent néanmoins un accouchement très long et pénible. Signalons toutefois que la plupart des bébés sont nés en bonne santé et avaient un poids normal à la naissance.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre la présence de complications obstétricales et les scores EPDS tant au prénatal qu'au postnatal. Ce résultat n'est pas répliqué par des études communautaires. En effet, Le Strat et al. (2011) et Field et al. (2006) rapportent une relation entre une dépression prénatale et des complications durant la grossesse ou l'accouchement. De leur côté, Gaillard et al. (2014) relèvent une relation entre des complications dans le post-partum et une dépression postnatale. Le lien entre dépression périnatale et des complications obstétricales devrait faire l'objet de plus amples investigations sur une cohorte plus importante de femmes migrantes.

Lors de complications néonatales, la **présence d'un interprète** s'avère d'un grand réconfort et permet de réduire l'anxiété. Or, les entretiens ont permis de mettre en évidence que cette présence fait cruellement défaut dans les moments critiques lorsque les mères ont le plus besoin de comprendre ce qui se passe.

La visite à domicile avec un interprète a été acceptée et appréciée par la plupart des femmes, y compris celles en situation irrégulière ou habitant en foyer. En effet, nos taux de participation avoisinant les 100% au prénatal et de 75% au premier trimestre post-partum, sont bien supérieurs au taux de 50% rapportés par Poinso et al. (2001). Les participantes nous ont non seulement accueillies chez elles, mais certaines ont exprimé le souhait de garder un contact avec la psychologue à l'issue de l'entretien. Cette bonne « alliance » s'inscrit dans la continuité du mouvement empathique qu'a permis le cours de préparation à la naissance. En effet, la plupart des femmes ont trouvé le cours de préparation à la naissance utile, notamment pour la transmission des informations obstétricales et des conseils sur les pratiques de maternage. Elles affirment que ce cadre convivial et multiculturel leur a permis de sortir de l'isolement et leur a apporté un soutien psychologique. Une participante regrette que le cours ne se poursuive pas après la naissance des bébés. Par ailleurs, la plupart des participantes ont été également satisfaites du suivi durant l'ensemble du séjour à la Maternité et disent s'être débrouillées pour communiquer, grâce à des interprètes de proximité (mari ou professionnel de la santé).

Ainsi, la continuité du suivi sur la période périnatale apparaît comme un élément-clé. En effet, les sages-femmes mais aussi la psychologue-chercheuse semblent avoir été identifiées comme des personnes ressource, prodiguant écoute, conseil et soutien autour de la maternité et non pas venant les juger dans leurs capacités maternelles ou les « éduquer » lors d'une intrusion à domicile. On voit donc que ces mères encore peu acculturées sont prêtes à accepter une occasion de soutien, mais ne sauraient probablement pas vers qui se tourner pour solliciter de l'aide.

Plus de la moitié des mères décrivent le **retour à domicile** comme ayant été difficile. Certaines ont éprouvé des symptômes somatiques, ou une grande fatigue, et déclarent avoir le sentiment de ne pouvoir compter sur personne. Il est fort probable que dans leur pays ces femmes auraient eu d'autres femmes autour d'elles en mesure de les aider et de les rassurer. Cette attente d'aide, souvent insatisfaite, est ici reportée sur le mari, parfois lui-même débordé par ses horaires de travail et vivant un sentiment d'incompétence pour s'occuper d'un bébé ou pour effectuer des tâches ménagères. La présence de la mère semble être celle qui fait le plus défaut à ces femmes accouchées, même chez celles entretenant un contact téléphonique régulier avec leurs familles.

Cependant, certaines femmes ont su identifier dans le réseau d'intervenants ou l'entourage des personnes ressources (infirmières du foyer, sages-femmes, assistante sociale, voisine). Enfin, il est intéressant de noter que les femmes migrantes de notre échantillon se sont montrées créatives et ouvertes, évitant de vivre sur un mode conflictuel les différences culturelles en matière de maternage. Au contraire, elles ont souvent mis en place des pratiques métissées, alliant les pratiques de leur pays d'origine avec les pratiques en vigueur en Suisse véhiculées par les sages-femmes et les pédiatres.

4.1 Recommandations pour la pratique clinique

Les intervenants en périnatalité doivent garder à l'esprit que la **dépression et l'anxiété périnatales sont fréquentes** chez les femmes migrantes. Le dépistage de la dépression et de l'anxiété devraient être fait de manière systématique lors des visites de routine chez le gynécologue ou la sage-femme, et cela non seulement pendant la grossesse mais également après l'accouchement.

Notre étude confirme également l'importance de la **prise en compte des facteurs de risque psychosociaux** largement reconnus et non spécifiques (conditions de logement, support social et marital) et des facteurs de risque liés à la migration (durée du séjour dans le pays d'accueil, connaissance de la langue locale, statut légal) pour la prévention de la symptomatologie dépressive. Il nous semble primordial d'inclure ces questions dans le dossier médical lors de la récolte de données anamnestiques. En effet, à ce jour, certains éléments sont peu investigués car considérés comme peu pertinents, comme par exemple la durée de séjour dans le pays d'accueil, la fluidité dans la langue locale, le niveau d'éducation ou la provenance urbaine ou rurale (Gagnon et al., 2009).

Il nous semble important **d'encourager le recours au service d'interprétariat communautaire**, à la fois pour traduire et pour laisser la place à des représentations culturelles de la maternité et du parentage (Fassaert et al., 2011; Naser et al., 2012). Nous avons relevé que les participantes sont ouvertes à intégrer les pratiques locales dans leur pratiques de maternage ; il s'agit donc de développer une ouverture et une tolérance également de la part des soignants. Les savoirs culturels, les normes et les pratiques sont perméables et la rencontre clinique doit donner lieu sinon à une renégociation, du moins à une conciliation des positions de chaque acteur social, et non

à une sanction de conduites jugées inadéquates (Fortin et Le Gall, 2007). Il est important de noter que les femmes migrantes ne sont pas toujours au courant de la possibilité de demander le recours à un interprète, et il semble primordial que les soignants se préoccupent de cet aspect (Foss, Andjukenda et Hendrickson, 2004).

La continuité dans la relation avec les intervenants semble conduire à une bonne collaboration et alliance avec le réseau de soins. Dans le même esprit, les **groupes de parole interculturels** semblent être un bon moyen de faire face à l'isolement. Il a été montré par plusieurs études que ce type d'intervention réduit le risque de développer une dépression postnatale en cas d'absence de réseau social et de support familial (Cox and Holden, 1994; Gardner, Bunton, Edge et Wittkowski, 2013).

En conclusion, nos résultats soulignent l'importance du dépistage du stress périnatal dès la grossesse ainsi que de la mise en place d'actions préventives et culturellement sensibles de soutien des mères durant la période périnatale. Donner naissance à un enfant en situation migratoire constitue, pour les mères, à la fois un challenge et une opportunité. Il appartient aux intervenants de la périnatalité d'être conscients des enjeux et des conditions qui augmentent la vulnérabilité des femmes pendant cette période de vie. Il semblerait utile d'instaurer un suivi spécifique de la population de migrantes primo-arrivantes, et de développer des programmes multidimensionnels qui regroupent un suivi médical et les interventions psychosociales et administratives.

4.2 Limites de l'étude

La taille réduite de l'échantillon et sa particularité restreint la portée de nos résultats.

Nous n'avons pu récolter aucune information sur les antécédents des participantes en termes de dépression, d'événements de vie stressants, d'abus ou de violences subies. De telles données seraient utiles dans une prochaine étude afin de mieux caractériser les différents profils de femmes et d'expliquer les trajectoires ou l'évolution des symptômes dépressifs entre le pré- et le post-partum.

Le support marital n'a pas été mesuré à l'aide d'une échelle, mais a été inféré à partir des données sociodémographiques. Les données concernant les complications

durant la grossesse ou l'accouchement ou le post-partum sont certainement sous-évaluées. Une demande d'autorisation à la Commission d'éthique cantonale est en cours pour obtenir ces données dans le cadre d'une collaboration avec le service de gynécologie de la Maternité.

Cette recherche présente néanmoins deux atouts importants : sa nature prospective et longitudinale, et sa méthodologie alliant méthode quantitative et qualitative.

En termes de perspective de recherches futures, il aurait été intéressant d'effectuer une 3^{ème} évaluation vers la fin de la première année de l'enfant. Cela permettrait d'étudier à plus long terme le stress périnatal et ses conséquences sur le développement cognitif et comportemental des enfants nés en Suisse d'une mère étrangère.

BIBLIOGRAPHIE

- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. C. et Golse, B. (2005). Validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 89-95.
- Ahmed, A., Stewart, D. E., Teng, L., Wahoush, O. et Gagnon, A. J. (2008). Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 295-303.
- Ainsworth, M. D. (1969). *Maternal Sensitivity Scales. The Baltimore longitudinal project (1969)*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Alberque, C., Epiney, M., Bianchi-Demicheli, F., Irion, O. et Andreoli, A. (2008). Dépression grave pendant la grossesse : que faire ? *Revue médicale suisse*, 4, 392-397.
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International*, 29, 568-592.
- Bollini, P. et Wanner, P. (2006). *Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention*. Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique.
- Bollini, P., Fall, S. et Wanner, P. (2010). *Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse*. Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique.
- Borel, F. (2012). « Enceinte à Genève » : une préparation à la naissance pour femmes migrantes allophones. *Sage-femme.ch*, 9, 30-32.
- Borghini, A., Habersaat, S., Pierrehumbert, B., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. et Muller-Nix, C. (2009). Intervention précoce en Guidance Interactive et modification de la réactivité neuroendocrinienne chez l'ancien grand prématuré âgé de 12 mois et sa mère. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(43), 117-149.
- Castro, F. G. et Murray, K. E. (2010). Cultural adaption and resilience: Controversies, issues, and emerging models. Dans J. W. Reich, J. J. Zautra et J. S. Hall (dir.), *Handbook of adult resilience* (p. 375-403). New York, NY: The Guildford Press.
- Cervantes, R. C. et Castro, F. G. (1985). Stress, coping and Mexican American mental health: A systematic review. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 7, 1-73.
- Cox, J. et Holden, J. (1994). *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal*

- Depression Scale*. London: The Royal College of Psychiatrists.
- Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Creswell, J. W. et Piano Clark, V. L. (2007). Designing and conducting mixed methods research. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(4), 388.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. et Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59, 31-40.
- Da Silva, V. A., Moares-Santos, A. R., Carvalho, M. S., Martins, M. L. P. et Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31, 799-804.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C., Chicz-Demet, A. et Sandman, C. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 737-746.
- De Weerth, C., van Hees, Y. et Buitelaar, J. K. (2003). Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early Human Development*, 74, 139-151.
- Dennis, C.-L. E., Janssen, P. A. et Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346.
- Fassaert, T., De Witt, M., Tuinebreijer, W.C., Knipscheer, J.W., Werhoeff, A., Beekman, A. et Dekker, J. (2011). Acculturation and psychological distress among non-Western Muslim migrants: a population-based survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 132-143.
- Field, T., Hernandez-Reif, M. et Diego, M. (2006). Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. *Infant Behaviour and Development*, 29, 169-174.
- Fortin, S. et Le Gall, J. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances, familles, générations*, 6, 16-37.
- Foss, G. F., Andjukenda, W.C. et Hendrickson, S. (2004). Maternal depression and anxiety

- and infant development: a comparison of foreign-born and native mothers. *Public Health Nursing* 21, 237-246.
- Gagnon, A. J., Wahoush, O., Dougherty, G., Saucier, J.-F., Dennis, C.-L., Merry, L., ...Stewart, D. E. (2006). The childbearing health and related service needs of newcomers (CHARSNN) study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6 (31).
- Gagnon, A. J., Zimbeck, M. et Zeitlin (2009). Migration to Western industrialized countries and perinatal health: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 69(6), 934-946.
- Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keïta, H. et Dubertet, C (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, 215(2), 341-346.
- Gardner, P. L., Bunton, P., Edge, D. et Wittkowski, A. (2013). The experience of postnatal depression in West African mothers living in the United Kingdom: A qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 756-763.
- Glover, V. (1999). Maternal stress or anxiety during pregnancy and the development of the baby. *The Practising Midwife*, 2(5), 20-22.
- Goguikian Ratcliff, B. (2009). Pour une clinique plus sociale du traumatisme de l'exil. Dans B. Goguikian Ratcliff et O. Strasser (dir.), *Clinique de l'exil: chroniques d'une pratique engagée* (p. 185-196). Genève : Georg Editeur.
- Goguikian Ratcliff, B., Borel, F., Suardi, F. et Sharapova, A. (2011). Devenir mère en terre étrangère. *Cahiers de la puéricultrice*, 252, 26-29.
- Goguikian Ratcliff, B., Sharapova, A., Gakuba, T. et Borel, F. (à paraître). Perinatal depression of immigrant women. A culturally sensitive prevention program of antenatal education in Switzerland. Dans N. Khanlou et B. Pilkington (dir.), *Women's mental health: International perspectives on resistance and resilience in community and society*.
- Goguikian Ratcliff, B., Sharapova, A., Suardi, F. et Borel, F. (submitted). Legal status as a risk factor for antenatal depression and anxiety in immigrant women.
- Graignic-Philippe, R. et Tordjman, S. (2009). Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 16(10), 1355-1363.
- Graignic-Philippe, R., Tordjman, S., Granier-Deferre, C., Ribeiro, A., Jacquet, A. Y., Cohen-Salmon, C., ...Gérardin, P. (2005). Le stress prénatal : état de la question et

- perspectives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(1-2), 54-61.
- Green, J. M. (1998). Postnatal depression or perinatal dysphoria? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 143-155.
- Green, J. M. et Murray, D. (1994). The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. Dans J. Cox et J. Holden (dir.), *Perinatal Psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (p. 180-198). London: Gaskell.
- Guedeney, N. et Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V. et Sandler, M. (1992). Links between early postpartum mood and postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 777-780.
- Hanlon, C., Medhin, G., Alem, A., Araya, M., Abdulahi, A., Hughes, M., ...Prince, M. (2008). Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: Validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, 108, 251-262.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J. et Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M. A. et Shima, S. (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 732-738.
- Kuo, B. (2014). Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: a theoretical and empirical review and synthesis of the literature. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 16-33.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le Strat, Y., Dubertet, C. et Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 135, 128-138.
- Lopez Nahas, V., Hillege, S. et Amasheh, N. (1999). Postpartum depression: The lived experiences of Middle Eastern migrant women in Australia. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 44(1), 65-74.

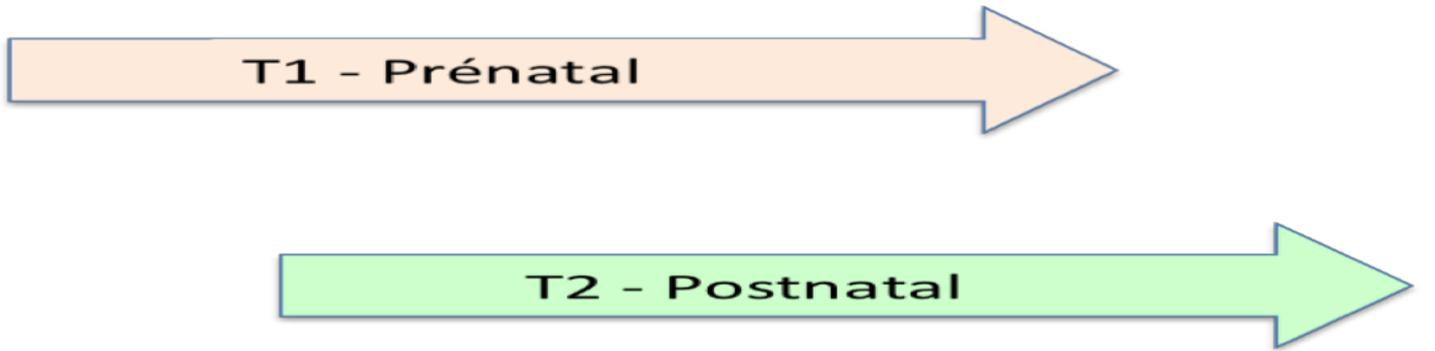
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R. et Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1367-1374.
- Moro, M.-R. et Drain, E. (2009). Parentalité en exil. *Soins pédiatrie*, 30, 16-19.
- Murray, D. et Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 2, 99-107.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. et Cooper, P. J. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale, sortir du silence*. Genève : Editions Favre.
- Naser, E., Mackey, S., Arthur, D., Klainin-Yobas, P., Chen, H. et Creedy, D.K. (2012). An exploratory study of traditional birthing practices of Chinese, Malay and Indian women in Singapore. *Midwifery*, 28, e865-e871.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2010). *Accouchements par césarienne en Suisse*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2007). *Santé des nouveaux-nés*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFS (2010). Population résidente permanente et non permanente étrangère selon la nationalité par le pays et le sexe. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- OFS (2012a). *La population étrangère en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Phillips, J., Charles, M., Sharpe, L. et Matthey, S. (2009). Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. *Journal of Affective Disorders*, 118, 101-112.
- Poinso, F., Samuëlian, J.-C., Delzenne, V., Huiart, L. et Sparrow, J. (2001). Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, 44, 379-413.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., ...Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 825-925.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H. et

- Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 221-227.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. et Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 167-180.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. et Manzano, J. (2006). Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression postnatale. *Psychiatrie de l'enfant*, 49, 513-541.
- Righetti-Veltema, M., Nanzer, N., Palacio-Espasa, F., Conne-Perréard, E. et Manzano, J. (2007). Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ? *Revue médicale suisse*, 3(110), 1200-1205.
- Roegiers, L. et Molénat, F. (dir.) (2011). *Stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque ?* Toulouse: Erès.
- Sancho Rossignol, A. et Nanzer, N. (2010). *L'entretien prénatal: un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité*. Récupéré [le 23.06.2014] de http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/Rapport-entretien_prenatal-14.06.10.pdf?ComponentId=kmelia1037etSourceFile=1276585452235.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/
- Saucier, J.-F., Bernazzani, O., Borgeat, F. et David, H. (1995). La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale. *Santé néonatale au Québec*, XX(2), 35-58.
- Schweitzer, R., Greenslade, J. et Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 282-288.
- Skouteris, H., Wertheim, E., Rallis, S., Milgrom, J. et Paxton, S. J. (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 303-308.
- Stowe, Z. N., Hostetter, A. L. et Newport, D. J. (2005). The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192, 522-526.

- United Nations Population Fund (UNFPA) (2013). *Migration: A world on the move*. Récupéré [le 23.06.2014] de <http://www.unfpa.org/pds/migration.html>
- Urquia, M. L., Glazier, R. H., Gagnon, A. J., Mortensen, L. H., Nybo Andersen, A.-M., Janevic, T., ...Hjern, A. (2014). Disparities in preeclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Récupéré [le 23.06.2014] de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12758/citedby>
- Von Overbeck Ottino, S. (2011). Tous parents, tous différents. Parentalités dans un monde en mouvement. *L'Autre*, 12, 304-315.
- Westermeyer, J. (1989). *Psychiatric care for migrants: A clinical guide (clinical practice)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A., Costanza, M., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., ...Irion, O. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8(93).
- Zelkowitz, P. et Papageorgiou, A. (2005). Maternal anxiety: An emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatrica*, 94(12), 1704-1705.
- Zelkowitz, P. (2007). La santé mentale des immigrantes enceintes. *Psychologie Québec*, 24, 22-23.
- Zelkowitz, P., Schinazy, J., Katofsky, L., Saucier, J.-F., Valenzuels, M., Westereich, R. et Dayan, J. (2004). Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural Psychiatry*, 41, 445-464.

ANNEXE I : Tableaux et figures

FIGURE 1 : Calendrier des phases de la récolte de données



Janv. 2013	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv. 2014	Févr.	Mars
---------------	-------	------	-------	-----	------	-------	------	-------	------	------	------	---------------	-------	------

TABLEAU 1 : Échantillon des femmes ayant participé à l'étude

Femmes adressées à Enceinte à Genève en 2013	N = 39	
Femmes ayant suivi les cours (venues \geq 2 fois)	N = 34	
Femmes ayant suivi les cours moins de 2 fois	N = 5	
	Prénatal	Postnatal
Femmes auxquelles la recherche a été proposée	34	32
Femmes n'ayant pas participé à la recherche	2	8
Refus de participation	1	3
Ne correspondant pas aux critères d'inclusion	1	-
Perte de contact	-	5
Nombre total de participantes	32	24

TABLEAU 2 : Profils sociodémographiques des participantes, en fonction du statut légal (précaire ou non précaire) (N = 32)

Caractéristiques	Statut légal précaire (N=14)	Statut légal non précaire (N=18)	P
Moyenne d'âge (SD)	27,50 (4,64)	30 (5,81)	ns
Femmes primipares (%)	85,7	77,8	ns
Femmes multipares (%)	14,3	22,2	ns
Première grossesse à Genève (%)	100	94,4	ns
Région d'origine (%)			ns
Afrique	28,6	27,8	
Amérique Latine	42,9	16,7	
Asie	21,4	27,8	
Europe Centrale et de l'Est	7,1	16,7	
Europe de l'ouest	0	11,1	
Nombre de mois en Suisse (SD)	32,7 (34,92)	23 (22,57)	ns
Statut Civil (%)			p < .05
Célibataire	50	5,6	
Mariée/en couple	50	94,4	
Niveau d'éducation (%)			ns
Faible	57,1	33,3	
Elevé	28,6	61,1	
Logement (%)			ns
Appartement	50	94,4	
Foyer	50	5,6	
Absence de support conjugal (%)	42,9	5,6	p < .05
Absence de support familial (%)	71,4	77,8	ns
Absence du support social (%)	50	55,6	ns
Sans activité professionnelle (%)	64,3	77,8	ns

TABLEAU 3 : Comparaison des scores EPDS entre T1 et T2

Scores moyens EPDS	EPDS prénatal (N= 28)	EPDS postnatal (N=24)	p
Global	10.76 (sd=6.47)	9.48 (sd=6.29)	< 0.01
Sous-échelle anxiété	4.24 (sd=2.72)	3.52 (sd=2.06)	< 0.05
Sous-échelle dépression	6.52 (sd=4.61)	5.95 (sd=4.96)	< 0.01

TABLEAU 4 : Caractéristiques sociodémographiques en fonction des scores EPDS

Caractéristiques sociodémographiques	Prénatal (N = 28)			Post-natal (N = 24)		
	EPDS clinique ≥12 (N = 14)	EPDS non clinique <12 (N = 14)	p	EPDS clinique ≥12 (N = 7)	EPDS non clinique <12 (N = 17)	p
Age moyen en années (SD)	27.93 (6.08)	29.43 (4.7)	ns	29.00 (5.6)	28.89 (4.7)	ns
Absence de support conjugal (%)	3 (21.4 %)	4 (28.6%)	ns	3 (42.9 %)	1 (5.9 %)	ns
Niveau d'éducation (%):			ns			ns
Bas ¹	6 (42.9%)	7 (50%)		3 (42.9%)	7 (41.2 %)	
Haut ²	7 (50%)	6 (42.9%)		4 (57.1%)	8 (47.1 %)	
Statut marital (%):			ns			ns
Mariée/en couple	10 (71.4%)	11 (78.6%)		3 (42.9 %)	14 (82.4 %)	
Célibataire	4 (28.6 %)	3 (21.4 %)		4 (57.1 %)	3 (17.6 %)	
Durée de séjour en Suisse en années (SD)	1.71 (1.94)	3.50 (2.47)	p < 0.05 F = 2.39	1.86 (1.46)	3.31 (2.76)	ns
Première grossesse (%)	11 (78.6 %)	11 (78.6%)	ns	6 (85.7 %)	14 (82.4 %)	ns
Nombre moyen d'enfants (SD)	1.21 (0.42)	1.14 (0.36)	ns	1.14 (0.38)	1.25 (0.46)	ns
Statut légal (%)			ns			ns
Précaire	7 (50%)	6 (42,9%)		4 (57,1%)	7 (41,2%)	
Non précaire	7 (50%)	8 (57,1%)		3 (42,9%)	10 (58,8%)	
Vivant en (%):			ns			ns
Appartement	8 (57.1 %)	12 (85.7%)		4 (57.1%)	13 (76.5 %)	
Foyer	5 (35.7 %)	2 (14.3%)		3 (42.9 %)	4 (23.5 %)	
Hôtel	1 (7.1%)					

TABLEAU 5 : Stabilité des scores EPDS entre T1 et T2

No code	Scores EPDS pré	Score EPDS post	Evolution score EPDS
2013109	16	4	-12
2013307	18	9	-9
2013405	14	5	-9
2013401	12	4	-8
2013306	15	8	-7
2013205	15	11	-4
2013111	4	0	-4
2013309	12	9	-3
2013102	3	0	-3
2013204	24	23	-1
2013104	18	17	-1
2013112	16	16	0
2013103	5	5	0
2013310	11	13	+ 2
2013302	10	12	+ 2
2013303	2	5	+ 3
2013402	1	5	+ 4
2013201	3	8	+ 5
2013107	15	21	+ 6
2013207	9	15	+ 6
2013304	3	9	+ 6

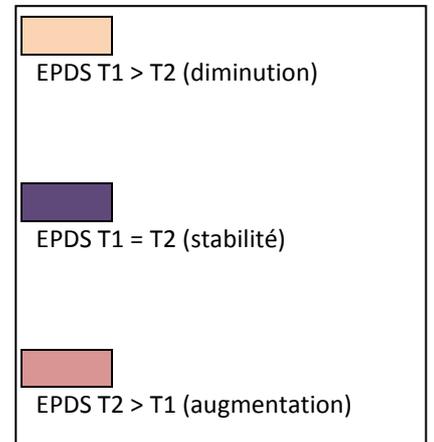


FIGURE 2 : Régression linéaire score EPDS prénatal * nombre de mois en Suisse

Scores EPDS prénatal

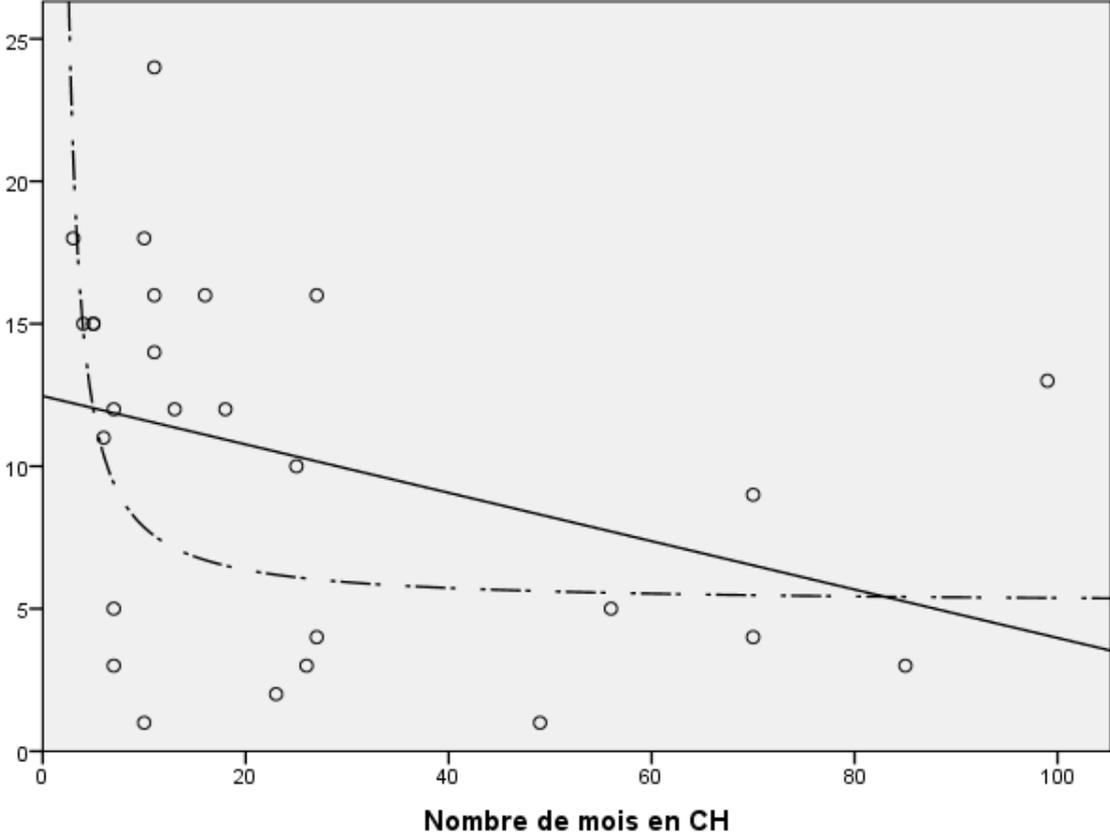


FIGURE 3 : Quatre profils de femmes en fonction de l'évolution des scores EPDS entre T1 et T2

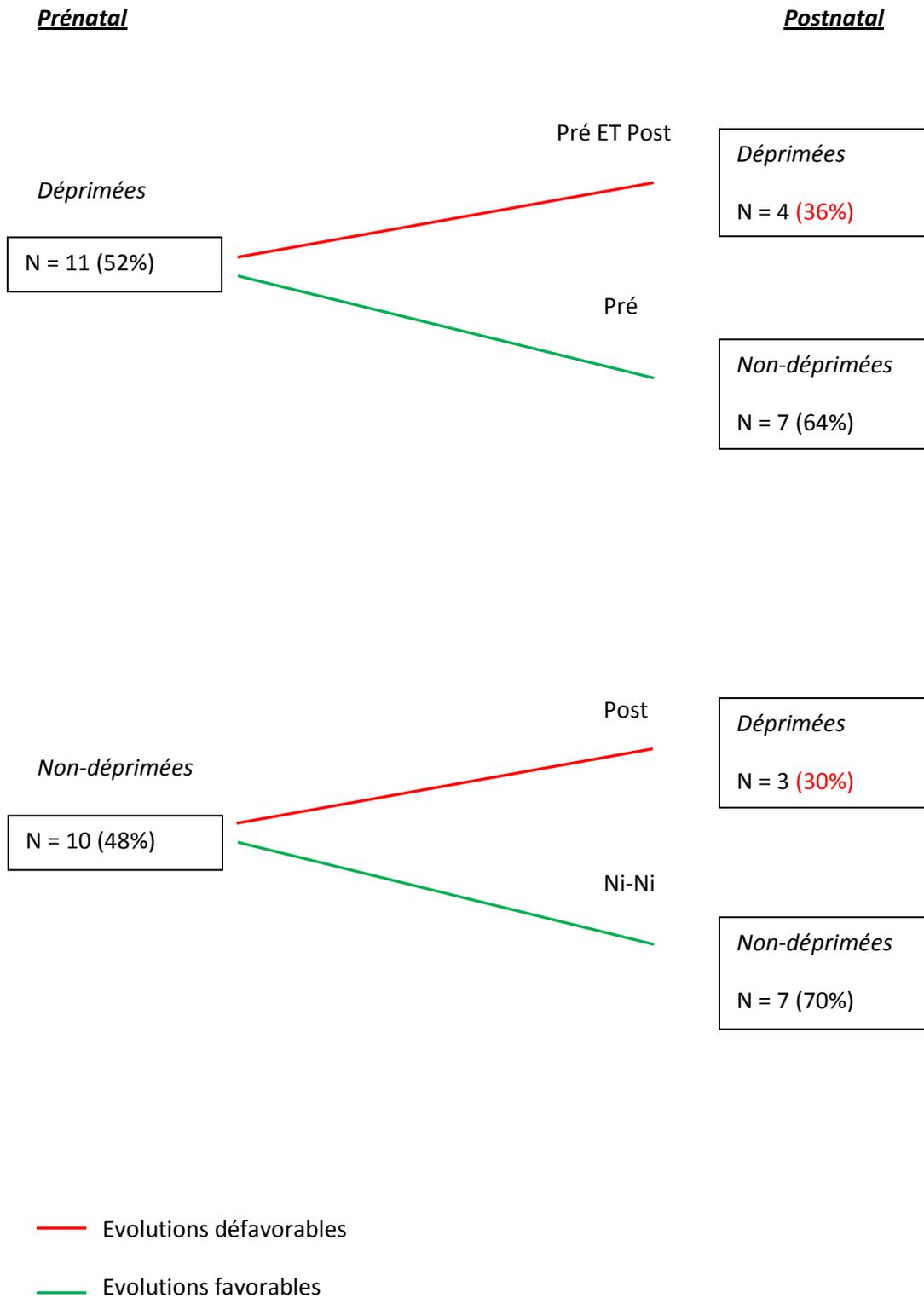


TABLEAU 6 : Facteurs de risque obstétricaux en fonction du score EPDS postnatal (femmes cliniques vs non-cliniques)

EPDS postnatal	EPDS clinique (N = 7)	EPDS non clinique (N = 17)	Total	p
Facteurs de risque obstétricaux				
Parité				ns
Primipares	6 (86%)	14 (82 %)	20	
Non primipares	1 (14%)	3 (18 %)	4	
Hospitalisation pendant la grossesse	1 (14%)	2 (12%)	3	ns
Type d'accouchement				ns
Voie basse	3 (43 %)	9 (53 %)	12	
Voie basse avec recours aux instruments	1 (14 %)	3 (18 %)	4	
Césarienne programmée	1 (14%)	0	1	
Césarienne en urgence	2 (29 %)	5 (29 %)	7	
Recours à la péridurale	5 (71%)	15 (88%)	20	ns
Accouchement provoqué	2 (29%)	4 (24%)	6	ns
Accouchement pénible (durée, douleur, urgence, notion de risque pour le bébé)	4 (57%)	8 (47%)	12	ns

TABLEAU 7 : Sensibilité maternelle (bonne, inconsistante ou faible) en fonction du score EPDS postnatal (clinique vs non clinique)

Scores sensibilité maternelle * Scores EPDS	EPDS Clinique	EPDS non-clinique	TOTAL	p
Bonne sensibilité (Score ≥ 7)	3	15	18	< .05
Sensibilité Inconsistante (Score 5-7)	3	1	4	ns
Faible sensibilité (Score < 5)	0	0	0	ns
TOTAL	6	16	22	

TABLEAU 8 : Synthèse des réponses à l'entretien postnatal

a) Groupe de femmes à évolution défavorable

	Grossesse et accouchement	Satisfaction prise en charge maternité + difficultés de communication	Rencontre avec bébé, santé du bébé, relation actuelle avec le bébé	Retour à domicile : support conjugal et familial actuel	Événements de vie négatifs	Support conjugal	Statut légal (Permis de séjour)
104	Accouchement naturel et pas de difficultés particulières durant la grossesse	Satisfaction de la prise en charge. Communication en anglais	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Retour au Foyer difficile, se sentait seule + tête qui tourne. Pas de mari et famille loin mais contacts téléphoniques réguliers avec ses parents et son frère.		Absent	Précaire (N)
107	Accouchement naturel, difficultés somatiques (nausées, vomissements, vertiges) durant la grossesse	Satisfaction de la prise en charge. Communication en français	Belle rencontre, a commencé à téter tout de suite, bébé en bonne santé, relations difficiles au début à cause des pleurs incessants.	Retour au Foyer difficile, avait peur car bébé n'arrêtait pas de pleurer, pas de mari, aucun contact avec la famille		Absent	Précaire(N)
112	Césarienne en urgence et inquiétudes +++	Insatisfaite de la prise en charge, bcp de temps d'attente et on ne lui donnait pas d'antidouleur. Communication en anglais	Rencontre brève, bébé malade et rapidement emmené en soins intensifs, a encore des problèmes cardiaques, relations parfois difficiles à cause des pleurs	A rencontré beaucoup de difficultés suite aux opérations que le bébé a dû subir. Le mari aide peu car travail très prenant. Famille à distance, contact téléphonique avec sa mère dès que possible.		Mari peu présent	Non-précaire (B)

204	Césarienne programmée et difficultés somatiques + inquiétudes	Satisfaction de la prise en charge. Communication en espagnol et français	A mis du temps à aimer sa fille et n'a commencé à se rendre compte que c'était son enfant que le lendemain de l'accouchement. Aujourd'hui bébé en bonne santé et entretient avec lui de bonnes relations	Retour difficile car devait aussi gérer son fils aîné et présence de la belle-mère. Peu de soutien de la part du mari et presque aucun contact avec la famille	Décès de sa mère à 6 mois de grossesse	Mari peu aidant	Non-précaire (B)
207	Accouchement voie basse instrumenté mais contractions régulières en fin de grossesse	Moyennement satisfaite de la prise en charge, sage-femme peu aimable. Communication en espagnol parfois difficile	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Le retour s'est bien passé mais peu de soutien du mari à cause de son travail. Par contre contacts fréquents + aide de ses sœurs et contacts téléphoniques avec le reste de la famille		Mari peu disponible	Précaire (sans) pendant la grossesse Non-précaire (B) après accouchement
302	Césarienne en urgence, grossesse sans difficulté excepté nausées dans les débuts	Satisfaction de la prise en charge. Communication en mauvais français	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Retour encadré par une sage-femme et présence de son mari revenu de Berne pour l'occasion. Peut compter sur lui lorsqu'il est présent, sinon doit se débrouiller seule, aucun contact avec la famille.		Compagnon aide parfois	Non-précaire (B)
310	Accouchement naturel provoqué et hospitalisation pendant la grossesse	Satisfaction de la prise en charge. Communication en français	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Le retour s'est bien passé, soutien des autres femmes du foyer mais pas de mari et aucun contact avec la famille		Absent	Précaire (sans)

b) Groupe de femmes à évolution favorable

	Grossesse et accouchement	Satisfaction prise en charge maternité + difficultés de communication	rencontre avec bébé, santé du bébé, relation actuelle avec le bébé	Retour à domicile : support conjugal et familial actuel	Événements de vie négatifs	Support conjugal	Statut légal (permis de séjour)
102	Pas de difficultés particulières durant la grossesse. Accouchement naturel	Très satisfaite de la prise en charge. Communication en français	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Retour difficile, a bcp pleuré, se sentait seule. La présence de son mari qui avait pris une semaine de congé puis de son frère et de sa sœur l'ont beaucoup aidé. Aujourd'hui, soutient du mari quand il ne travaille pas + contact skype quotidien avec sa mère		Mari peu disponible	Non-précaire (B)
103	Pas de difficultés particulières durant la grossesse. Accouchement naturel	Satisfaction de la prise en charge. Communication en français	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Retour avec soutien du mari et une tante à lui. Actuellement encore soutien du mari, d'une cousine, d'une nounou + contact hebdomadaire avec sa mère et sa belle-mère.		Mari aide beaucoup (coucher, bain, se lève la nuit)	Non-précaire (B)
109	Pas de difficultés particulières durant la grossesse. Accouchement naturel	Satisfaction de la prise en charge. Communication via interprète en portugais	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Impatiente du retour qui s'est très bien passé. Beaucoup de soutien de la part du mari + d'une amie et de son ex-patron. Reçoit beaucoup de conseils de la part de sa mère.		Compagnon aide beaucoup (joue avec bébé, le nourrit), sauf bain	Précaire (sans)
111	Vomissement dans les débuts de la grossesse. Accouchement naturel, nausées	Insatisfaite de la prise en charge, on ne lui donnait pas à manger. Communication par l'intermédiaire du mari	Belle rencontre mais 3 jours sous incubateur. Aujourd'hui, bébé en bonne santé, bonne relation	Le retour s'est très bien passé, beaucoup de soutien de la part du mari et contacts fréquents avec la famille		Mari aide en tout (cuisine, bain, s'occupe de l'aîné)	Non-précaire (B)

201	Nausées en début de grossesse. Accouchement voie basse avec recours aux instruments	Satisfaite de la prise en charge. Communication par l'intermédiaire du mari.	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Le retour s'est bien passé, elle a beaucoup de soutien du mari + d'amis. Contacts réguliers avec la famille qui est loin.		Mari aide en tout	Non-précaire (CD) pendant la grossesse Précaire (N) après accouchement
205	Nausées en début de grossesse + hospitalisation. Accouchement voie basse avec recours aux instruments	Satisfaite de la prise en charge. Communication à l'aide de gestes et qqes mots, parfois une interprète	Belle rencontre, juste un peu surprise par la forme de la tête à cause de la ventouse. Bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Bon retour mais fatigue. Soutien du mari qui a plus de temps que pour l'enfant précédent. Qques contacts avec le frère resté au pays		Mari aide, plus que pour l'enfant précédent	Précaire (N)
303	Pas de difficultés particulières durant la grossesse. Césarienne en urgence	Satisfaite de la prise en charge. Se débrouillait en français pour communiquer	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Le retour s'est bien passé, elle a le soutien de son mari et de sa belle-sœur + contacts téléphoniques réguliers avec la famille		Mari aide en tout	Précaire (sans)
304	Pas de difficultés particulières durant la grossesse. Accouchement naturel	Très satisfaite de la prise en charge. Communication en français	Belle rencontre, bébé en bonne santé, bonne relation avec le bébé	Bon retour mais fatigue et inquiétude quant à l'avenir. Soutien du mari et de la belle-mère venue du Brésil spécialement pour l'occasion + Présence de sa mère mais dit néanmoins se sentir seule.		Mari aide en tout	Précaire (sans)
306	Problèmes somatiques durant la grossesse (vertiges, problèmes d'alimentation). Césarienne en urgence	Très satisfaite de la prise en charge. Communication par l'intermédiaire du mari	Bébé placé dans les bras du mari le temps de finir l'opération, puis belle rencontre. Aujourd'hui en bonne santé et bonnes relations	Retour difficile car appartement envahi par la belle-mère et amis à elle. Reçoit un peu d'aide du mari et a des contacts quotidiens avec sa famille par skype mais c'est surtout sur elle qu'elle doit compter		Mari aide de temps en temps (bain, habillage, ...)	Non-précaire (B)

307	Nausées pendant la grossesse. Accouchement voie basse avec recours aux instruments	Satisfaite de la prise en charge (aide + soutien). Communication via interprète, parfois en anglais	Belle rencontre, en bonne santé mais un peu enrhumé. Bonnes relations	Le retour au foyer s'est bien passé avec son mari qui était venu passer 2 jours avec elle. Mari à Lausanne, aide seulement quand il est là. Contacts réguliers avec un oncle et une cousine également à Lausanne + dès que possible avec le reste de la famille, mais généralement très seule		Mari aide quand il est là, pour tout sauf bain	
309	Nausées et vomissement, décollement placentaire, rétrécissement du col de l'utérus pdt la grossesse. Accouchement naturel	Satisfaite de la prise en charge. Communication en français	Belle rencontre, soulagement. Aujourd'hui en très bonne santé. Bonnes relations	Retour difficile, se sentait étouffée par la famille du mari. Pas mal de soutien de la part du mari ainsi que d'une belle-sœur + contacts quotidiens avec sa mère et ses frères et sœurs, mais dit néanmoins se sentir seule		Mari peut aider en tout	Précaire (sans) pendant la grossesse Non-précaire (B) après accouchement
401	Pas de difficulté particulière durant la grossesse. Accouchement naturel	Satisfaite de la prise en charge. Communication en portugais dès que possible sinon se débrouillait en français	Belle rencontres, sensations incroyables. Aujourd'hui en bonne santé et bonnes relations	Retour difficile à cause des pleurs de sa fille qui avait des coliques. Pas de mari, père de sa fille peu présent. Plus de famille excepté une tante qui aide peu		Absent	

402	Enfant remis en siège après s'être déjà tourné. Césarienne en urgence	Satisfaite de la prise en charge (soutien en sécurité). Communication en français	En souci lors de la rencontre, ne sentait plus ses jambes, bébé rapidement remis entre les mains du pédiatre (faible poids + jaunisse). À 1 mois, bébé a eu problème au testicule + hernie, a été hospitalisé en urgence. Aujourd'hui il va bien. Bonnes relations	Le retour s'est très bien passé avec le soutien de ses parents venus spécialement d'Espagne 3 semaines. Soutien du mari + amis et voisine espagnole. Et maintenant quotidiennement en contact skype avec ses parents		Mari aide en tout	Non-précaire (B)
405	Pas de difficulté particulière durant la grossesse. Accouchement naturel	Satisfaite de la prise en charge sauf au moment de l'accouchement. Communication en anglais	Belle rencontre bien que très énervée contre la sage-femme. Bonne santé et bonnes relations	Le retour s'est bien passé. Beaucoup de soutien de la part de son mari et de certaines copines + contacts réguliers avec sa famille		Mari aide beaucoup (biberon, bain, la prend dans ses bras)	Non-précaire (B)