

QUAND LA GROSSESSE RÉVÈLE LA SÉROPOSITIVITÉ

Futures mères entre désespoir et espoir

Avant 1994, l'interruption de grossesse était bien souvent la réponse à une découverte de séropositivité chez une femme enceinte. La réduction de la transmission mère-enfant par l'AZT, puis sa diminution spectaculaire grâce aux trithérapies ont totalement changé le regard des médecins sur ces grossesses qui, aujourd'hui, dans la plupart des cas, du point de vue médical, se déroulent normalement.

Au début de l'épidémie, une découverte de séropositivité pendant la grossesse marquait un double drame : une annonce de mort non seulement pour la future mère mais également pour l'enfant qu'elle portait. Dans les années 80, beaucoup de médecins avançaient alors un risque de transmission de la mère à l'enfant (TME) de 50%. Absence de tout traitement, risque élevé de transmission, jugement des médecins, des associations, de l'entourage : dans ce contexte, la femme prenait la plupart du temps la décision d'interrompre sa grossesse. Un changement s'est toutefois opéré avant même l'arrivée des premières solutions thérapeutiques. Dès le début des années 90, l'estimation de la transmission mère enfant était réévalué à 20%. De nombreux médecins se sont, en outre, aperçus que les femmes qui avaient eu une première interruption de grossesse due à leur séropositivité revenaient de nouveau enceintes une année ou deux plus tard, décidées cette fois à mener, coûte que coûte et malgré les risques, leur grossesse à terme. L'interruption

n'a donc plus été aussi systématiquement prônée. L'arrivée de l'AZT en 1994, a accentué encore plus cette tendance puisque la prise de ce traitement lors d'une découverte de séropositivité pendant la grossesse diminuait considérablement la transmission mère-enfant : d'un risque de 20% à 6%. « Les médecins ont alors beaucoup moins poussé à l'avortement puisqu'ils avaient désormais un traitement à proposer pour éviter la TME, se souvient le professeur Laurent Mandelbrot, gynécologue-obstétricien à l'hôpital Louis Mourier, mais, en revanche, l'espérance de vie de la mère n'était toujours pas très bonne. »

Nouvelle époque pour les bébés

L'arrivée des trithérapies a totalement changé la perspective des médecins et des femmes. Aujourd'hui, la découverte d'une séropositivité pendant la grossesse n'est plus une raison médicale d'interruption puisqu'une bonne prise en charge peut réduire à 0,4% – lorsque la charge virale à l'accouchement est





inférieure à 50 cp/ml – le risque de TME. Selon les derniers chiffres de l'enquête périnatale française⁽¹⁾, le taux de TME est passé de 17% avant 1994 à 1,6 entre 1997 et 2004. Mais pour assurer ces bons résultats, il faut que la prise en charge soit faite au plus tôt dans la grossesse et qu'elle soit bien faite. A la maternité de Port Royal, Ghislaine Firtion, pédiatre, se réjouit qu'il y ait de moins en moins de bébés contaminés. Toutefois, elle se heurte encore à des situations de TME qui, avec un meilleur accompagnement, auraient pu être évitées. *« La dernière contamination concerne une femme qui est arrivée pour accoucher à Port Royal. Elle était suivie par un autre hôpital parisien. L'annonce de sa séropositivité pendant sa grossesse l'a tellement sidérée qu'elle n'a pas pris ses traitements. A ses yeux, sa vie était finie, peut-être n'a-t-on pas, dans son cas, assez pris le temps de bien lui expliquer les choses »,* pense Ghislaine Firtion. Pourtant, sa séropositivité a été découverte au premier trimestre, à temps pour que le traitement soit

Le bon suivi prénatal français et son accessibilité, même pour les femmes en situation irrégulière, encouragent une prise en charge précoce. Toutefois, il reste des femmes dépistées tardivement.

efficace. *« Lorsque je lui ai annoncé que son enfant était contaminé, je lui ai expliqué qu'il fallait le traiter parce qu'elle pourrait alors un jour être grand-mère. Nous nous sommes projetées dans l'avenir et à partir de ce moment elle a accepté les traitements pour elle et son bébé »,* ajoute la pédiatre. Ce douloureux exemple démontre la nécessité d'un soutien accru de la femme enceinte qui découvre sa séropositivité. Une situation qui n'est pas si exceptionnelle.

La grossesse : propice à une découverte

L'enquête périnatale française montre que la proportion de femmes découvrant leur séropositivité pendant la grossesse diminue chez les femmes primipares originaires d'Afrique subsaharienne, mais concerne encore 51% de ces femmes tandis qu'elle reste stable aux alentours de 15% chez les femmes primipares originaires de France métropolitaine. Le dépistage réalisé pratiquement systématiquement au premier trimestre de la grossesse explique ces découvertes. Le bon suivi prénatal français et son

Un dépistage essentiel

En France, selon la loi du 27 janvier 1993 : *« A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est proposé à la femme enceinte »*. Le test n'est pas obligatoire, d'où la nécessité d'obtenir avant test le consentement de la femme. Pourtant, de nombreuses femmes ignorent qu'elles ont été dépistées, soit parce que le médecin lui a simplement tendu une ordonnance avec divers bilans à faire, soit parce que l'information a été mal comprise ou mal faite. En principe, un livret d'information explicatif est, à cette occasion, remis à la femme. Il est actuellement en cours de réimpression. Une information essentielle en cas d'annonce de séropositivité. En effet, une femme qui estime qu'elle n'a pas été informée du dépistage vivra beaucoup plus mal cette annonce qu'une autre qui l'aura acceptée en toute conscience. Faudrait-il rendre le test obligatoire? Non, pensent la plupart des médecins, car il est, en général, très bien suivi. *« Contraindre au dépistage pourrait avoir l'effet pervers de repousser des femmes hors des soins »,* pense Laurent Mandelbrot. Or, le nombre de transmission du virus à l'enfant dû à un refus de dépistage est

rare. Reste que face à un refus, le médecin ne doit pas baisser les bras : il faut réexpliquer sans cesse son bénéfice pour convaincre. *« Une femme qui refuse le dépistage doit nous interroger, pense Nadine Trocmé, il faut être particulièrement vigilant avec elle et lui proposer à plusieurs reprises le test »*. Il arrive encore que, souvent dans le cadre de suivi privé, le médecin oublie ou, par peur de vexer sa cliente, ne lui propose pas le test initial de dépistage. Mais le piège le plus dangereux est la séroconversion pendant la grossesse. Pour éviter ce type de situation, selon le rapport Yéni, un dépistage doit être de nouveau proposé au sixième mois lorsque le partenaire est infecté par le VIH, la prise en charge de la grossesse est tardive, le dépistage initial a été refusé, la femme a des partenaires multiples ou enfin lorsque le partenaire n'a pas été dépisté au cours de la grossesse. Dans ce dernier cas, la sécurité sociale prévoit, pourtant, au quatrième mois de grossesse, un bilan sanguin pour le père qui comprend le dépistage du VIH. Un bilan qui doit être proposé par la maternité directement au père ou par le biais de la mère. Il semble que cela ne soit pas encore une pratique systématique. M.L. ■

accessibilité, même pour les femmes en situation irrégulière, encouragent une prise en charge précoce. Toutefois, il reste encore des situations où les femmes sont dépistées tardivement. Depuis 1997, selon l'enquête périnatale, le dépistage au troisième trimestre de la grossesse touche 12 à 14% des femmes et est un peu plus fréquent chez les femmes d'origine subsaharienne. «*Les femmes qui consultent plus tardivement ont souvent de lourdes difficultés personnelles, sociales, psychologiques, vivent parfois dans une grande précarité voire même craignent de consulter par crainte d'être renvoyées dans leur pays d'origine*», explique Laurent Mandlebrot. Cette consultation tardive qui peut même aller jusqu'à une découverte de la séropositivité juste avant l'accouchement, en salle de travail, est un des facteurs de risque de transmission du virus à l'enfant. Il n'est pas le seul.

Des enfants encore contaminés

Plus la durée du traitement pendant la grossesse est raccourcie, plus le risque de transmission à l'enfant est élevé. La découverte tardive est donc un facteur de risque mais l'arrivée prématurée d'un enfant l'est également. La mauvaise observance des traitements qui entraîne un mauvais contrôle de la charge virale à l'accouchement, voire l'apparition de résistances est également responsable de TME. Enfin, le refus de tout traitement par la femme est aussi à l'origine de contaminations de l'enfant. Là encore, le contexte social, les difficultés psychologiques, le choc de l'annonce, la crise que peut alors subir le couple parental compliquent une bonne observance. Il faut tout de même relativiser ces situations puisque, en France, chaque année, seuls une vingtaine d'enfants sont contaminés à la naissance. Vingt de trop certes, surtout lorsque la contamination aurait pu facilement être évitée. Nadine Trocmé, psychologue clinicienne à l'hôpital Trousseau, analyse la situation de 20 femmes dont l'enfant a été contaminé : «*Huit n'étaient pas suivies pendant leur grossesse, soit parce qu'elles ont refusé le test de dépistage, soit parce qu'elles étaient hors circuit de soin jusqu'à l'accouchement. Sept femmes ont découvert leur séropositivité pendant la grossesse, l'une souffrait d'une psychose, chez une autre l'annonce a provoqué une grave crise dans son couple et elle n'a pas pris le traitement, une troisième a été contaminée en cours de grossesse et n'a pas été redépistée, une femme ne s'est pas vue proposer de test et une dernière était*

Stratégies thérapeutiques

Le traitement de la femme enceinte chez qui est découverte une séropositivité diverge selon le stade de la grossesse au moment du dépistage et l'état de santé de la future mère. En général, un dépistage qui se révèle positif pendant la grossesse intervient souvent chez une femme asymptomatique, peu immunodéprimée car, dans le cas contraire, les consultations médicales voire l'hospitalisation ont pu entraîner un dépistage avant la grossesse. Dans le cas de la découverte de la séropositivité pendant la grossesse deux stratégies thérapeutiques sont évoquées dans le rapport Yéni 2006 : la patiente ne nécessite pas de traitement. Ce dernier sera débuté en cours de grossesse pour prévenir la transmission mère-enfant (TME). La patiente doit commencer un traitement antirétroviral : il faut alors choisir les molécules les plus compatibles avec une grossesse. Dans le premier cas, le traitement pour éviter une TME doit débuter à la fin du 2^e trimestre (6 mois), en l'absence de risque d'accouchement prématuré ou de charge virale élevée ; dès le début du 2^e trimestre (4 mois) s'il y a un risque d'accouchement prématuré ou si la charge virale de la mère est élevée. L'objectif, dans tous les cas, est d'obtenir une charge virale indétectable au moment de l'accouchement. Les molécules les plus habituellement utilisées sont la zidovudine et la lamivudine associées à un IP (lopinavir, nelfinavir, saquinavir). Si le traitement s'est bien passé, le nouveau-né reçoit de la zidovudine pendant un mois, un mois et demi. Lorsque le dépistage est tardif et intervient au 8^e-9^e mois voire dans la salle d'accouchement où un test rapide est encore possible, le risque de transmission de la mère à l'enfant est, bien sûr, fortement majoré. Mais il existe encore quelques «*jokers*» pour tenter de réduire ce risque, précise Laurent Mandlebrot. Le premier joker est de faire une césarienne, le second est de renforcer le traitement chez le nouveau-né. Il existe enfin un dernier joker qui est heureusement rarement utilisé en France lors d'une découverte de séropositivité en salle d'accouchement : l'administration de Viramune® pendant l'accouchement en tout dernier recours. **M.L. ■**

sûre qu'en priant Dieu, elle ne serait pas contaminée. Enfin, les cinq dernières femmes se savaient séropositives mais avaient une mauvaise observance du traitement dû souvent à un déni ou à d'importants problèmes psychologiques». Cette petite proportion de grossesses qui posent problème et préoccupent particulièrement les médecins ne doit toutefois pas occulter le fait, qu'aujourd'hui, la majorité des femmes «*sont très observantes*», souligne Laurent Mandlebrot, est que leur grossesse se termine heureusement par la naissance d'un bébé en bonne santé. ■

(1) BEH n°14-15 du 8 avril 2008.



Un accompagnement indispensable

L'annonce de la séropositivité pendant la grossesse est d'autant plus traumatisante qu'elle est vécue comme mettant en question l'existence de la mère et de son enfant à naître. Un accompagnement psychologique est nécessaire pour aider les futures mères à surmonter leurs angoisses et à préparer l'arrivée de leur enfant.



que ce serait l'occasion pour ces mères d'exprimer leurs angoisses par rapport à la contamination du bébé et de parler de la relation à leur enfant. Mais lorsqu'elles ont découvert leur séropositivité pendant la grossesse, ce n'est pas cela que ces femmes abordent. « *Quand je leur demande depuis quand elles sont contaminées, elles se mettent à pleurer et à parler de l'annonce récente de leur séropositivité, raconte la psychologue. Elles ne parlent que de ça dans un premier temps. C'est tellement énorme.* »

Donner la vie, donner la mort

Une annonce de séropositivité est traumatisante. Mais pendant la grossesse, il y a comme un surplus de traumatisme. Ces femmes qui pensaient donner la vie – qu'elles l'aient souhaité ou pas – découvrent quelque chose qui a à voir avec la mort. « *Même si on est en 2008, avec toutes les avancées thérapeutiques que l'on sait, les femmes qui apprennent leur séropositivité ont l'impression qu'elles sont foutues et qu'elles vont contaminer leur bébé. Elles ne sont souvent pas au courant des perspectives de soins* », explique Béatrice Martin-Chabot, psychologue à l'association Dessine-moi un mouton. « *Les futures mères demandent souvent si elles vont mourir à l'accouchement et surtout si elles verront grandir leur enfant* », renchérit Marie-Christine Gazeau, infirmière à l'association. Très vite après l'annonce, certaines femmes avortent. D'autres racontent qu'elles y ont pensé très fort ou qu'elles ont envisagé de se suicider avec l'enfant dans leur ventre. Une perspective qui demeure parfois après l'arrivée du bébé : « *Certaines femmes disent que si leur enfant est séropositif, elles se suicideront avec lui* », relate Nadine Trocmé. Heureusement, les contaminations sont rares et les passages à l'acte des mères encore plus. Mais ces propos témoignent bien de l'effondrement de ces femmes qui

Photo : iStockphoto.

L Le nourrisson a quatre jours. Sa mère connaît sa sérologie au VIH dans trois mois. Cet après-midi, elle vient rencontrer pour la première fois Nadine Trocmé, psychologue clinicienne pour le VIH du service d'hématologie de l'hôpital Trousseau. Un suivi régulier lui sera proposé, en parallèle des consultations pour son enfant avec le pédiatre. La mère est encore totalement sidérée. Elle n'est pas la seule à arriver avec ce regard perdu. Les premières fois où elle a reçu des accouchées, Nadine Trocmé s'était dit

n'ont pas encore eu le temps d'assimiler l'annonce de leur séropositivité.

Accompagner au plus tôt

« Nous venons de rencontrer une femme qui a pris tellement peur à l'annonce de sa séropositivité qu'elle s'est enfermée chez elle et n'a bénéficié d'aucun suivi pendant sa grossesse, signale Béatrice Martin-Chabot. Son enfant est maintenant contaminé. C'est vraiment dommage qu'on ne l'ait pas connue avant ». La psychologue insiste: plus les futures mères sont suivies rapidement, mieux c'est, car le travail d'élaboration autour du traumatisme peut commencer au plus vite.

Il semble pourtant que ce soutien psychologique soit rare. A l'hôpital Trousseau, Nadine Trocmé s'est rendue compte que la majorité des femmes accueillies à la naissance de l'enfant n'en avait pas bénéficié pendant la grossesse. Elle se réjouit donc qu'un partenariat soit en train de se mettre en place entre la nouvelle maternité de l'hôpital Trousseau et le service dans lequel elle exerce. « Cela va permettre aux femmes de mettre des mots sur ce qu'elles vivent et de mieux se préparer à l'accueil de l'enfant », analyse-t-elle. Cet accompagnement doit être fait de préférence, selon elle, par un psychologue spécialisé dans le VIH, qui connaît mieux les angoisses des futures mères séropositives. A l'association Dessine-moi un mouton, où ce suivi prénatal est bien rodé, les femmes enceintes sont d'abord reçues par le binôme « santé/psy » formé par Béatrice Martin-Chabot et Marie-Christine Gazeau, puis par cette dernière et l'assistante sociale de l'association, car ces futures mères vivent souvent dans une grande précarité. Ce sont les personnels des maternités parisiennes qui les envoient. « Elles n'arrivent souvent pas avant cinq mois de grossesse. Le temps qu'elles soient dépistées et qu'elles réagissent... », note Marie-Christine Gazeau. Ensuite, le suivi alterne entre entretiens individuels et ateliers, pour explorer de différentes manières les questions qui les touchent.

Protéger le bébé

« Malgré le discours médical qu'elles ont entendu, les femmes enceintes reposent continuellement les mêmes questions sur la contamination de l'enfant. Comme si elles n'entendaient pas. Il faut répéter et

Plus les futures mères sont suivies rapidement, mieux c'est, car le travail d'élaboration autour du traumatisme peut commencer au plus vite. Il semble pourtant que ce soutien psychologique soit rare.

répéter qu'il est possible de réduire considérablement les risques », poursuit Marie-Christine Gazeau. L'anxiété demeure tout au long de la grossesse et jusqu'à l'annonce de la sérologie définitive. Elle est sans cesse réactivée par la prise des médicaments. Un accompagnement est donc réalisé autour du risque materno-fœtal. L'infirmière s'assure longuement que le protocole de soins présenté à l'hôpital par le médecin et

la sage-femme a bien été intégré: les bilans biologiques à faire, les traitements à prendre, la charge virale à surveiller, la césarienne à envisager si nécessaire, et surtout, pas d'allaitement par la suite. « Les femmes sont toujours d'accord pour protéger leur bébé », constate l'infirmière. Il faut aussi prendre le temps de



L'allaitement en question

« Aucune mère n'a envie de mettre son enfant en danger, mais il y a le poids communautaire », insiste Marie-Christine Gazeau, infirmière à Dessine-moi un mouton. Beaucoup de femmes craignent ainsi les questions de leur entourage sur leur « choix » d'allaiter: « Pourquoi achètes-tu du lait, quand tu n'as pas l'argent pour te nourrir correctement? Pourquoi est-ce que tu veux faire comme les blancs? ». Béatrice Martin-Chabot, psychologue à l'association, se souvient de cette femme qui lui a fait part, a posteriori, du malaise qu'elle avait ressenti de n'avoir pas pu donner le sein. Elle répondait aux questions par: « je ne veux pas », mais elle avait le sentiment de mentir. « Je lui ai proposé de réfléchir à ce qu'elle ne voulait pas et elle s'est rendue compte qu'elle n'avait pas menti: elle n'avait simplement pas terminé sa phrase, puisqu'elle ne voulait pas contaminer l'enfant ». S'en rendre compte lui a fait du bien », rapporte la psychologue. Cette question est spécifiquement reprise une fois par mois à Dessine-moi un mouton, dans le cadre d'un atelier de préparation à la naissance. On y parle essentiellement de la préparation du biberon et de la manière dont les femmes vont s'organiser pour y mettre le traitement de l'enfant. « Lorsque la question du "comment dire" émerge, on leur conseille de répondre: "C'est bien pour mon bébé" ou "C'est pour qu'il aille bien" », relate l'infirmière. Elle et la psychologue stagiaire qui co-anime l'atelier utilisent aussi beaucoup l'expérience d'autres jeunes mamans: « ça aide les futures mères à se projeter et à apaiser leurs angoisses ».

L.D. ■



Gare aux bébés « réveil » !

Elle était sur le point de se suicider avec l'enfant dans son ventre, quand elle l'a senti bouger. Elle l'a appelé Emmanuel, parce qu' « il l'a sauvée ». Psychologue clinicienne dans le service d'hématologie de l'hôpital Trousseau, Nadine Trocmé note que les femmes qui apprennent leur séropositivité pendant la grossesse donnent souvent « des noms bizarres » à leur enfant. Des noms liés à la maladie, à la survie, à la santé... « Souvent, ces bébés portent un poids : celui d'être le bébé qui stimule, qui va permettre aux mères de se raccrocher à la vie », renchérit Béatrice Martin-Chabot, psychologue à Dessine-moi un mouton, qui se questionne sur l'investissement dont ces enfants font ensuite l'objet. D'autant qu'elle remarque un rapport parfois ambivalent des mères séropositives à l'enfant qui vient de naître. « Au moindre pleur, certaines accusent leur enfant de ne pas être gentil », souligne-elle. Nadine Trocmé évoque, elle, cette femme qui lui a dit être obligée de faire pleurer son bébé pour lui faire prendre son traitement : ça lui permettait de le lui mettre plus facilement dans la bouche... Ces bébés n'auraient peut-être pas été davantage considérés pour eux-mêmes si ces mères n'avaient pas été séropositives, mais Béatrice Martin-Chabot estime que la proportion d'enfants désinvestis en tant que tels ou faits pour les mères est particulièrement importante dans cette population. « C'est vrai aussi de certaines femmes séropositives qui ont programmé leur grossesse », ajoute-t-elle. Tout un travail reste donc à faire après la naissance de l'enfant pour aider ce dernier à trouver sa place comme individu singulier. L.D. ■

Témoignage

« Elle était folle de joie d'attendre cet enfant avec l'homme qu'elle aimait »

Nadine Trocmé, psychologue clinicienne dans le service d'hématologie de l'hôpital Trousseau, évoque un parcours de vie entendu en consultation.

« Excisée à l'âge de 10 ans, promise à un homme qu'elle n'aimait pas, emmenée de force et violée en France... Et puis, un jour, elle retrouve sa liberté. Elle décide alors d'appeler l'homme qu'elle a aimé et qui vit encore au pays. Elle est folle de joie quand il la rejoint et qu'ils attendent leur premier enfant. Un premier test de séropositivité s'avère négatif. Mais le remplaçant de l'obstétricien, qui a changé en cours de grossesse, lui refait faire un test, cette fois positif. Lorsqu'elle annonce sa séropositivité à son compagnon, celui-ci répond : "Moi aussi, je suis séropositif, nous devons prier pour l'enfant." D'un coup, tous ses projets de couple sont remis en question. Elle ne sait plus très bien où elle en est, elle se sent trahie. Elle a très peur que le bébé soit contaminé et est très triste de ne pas pouvoir l'allaiter. C'est très important pour elle et y renoncer reste douloureux. Elle est aussi très angoissée à l'idée de ne pas vivre assez longtemps pour voir grandir son enfant, même si le service hospitalier lui a dit le contraire. "Parfois, je mets tout en doute", explique-t-elle. Elle se retrouve très seule face à son histoire, car elle n'a partagé le secret de sa séropositivité qu'avec son compagnon. » ■

Propos recueillis par L.D.

➤ ➤ ➤ distinguer les notions de séropositivité et de sida, pour répondre aux angoisses de mort des futures mères. Plus que les explications rationnelles, ce sont les démonstrations par l'exemple qui fonctionnent le mieux. Le mercredi après-midi, des adolescents nés de parents séropositifs se réunissent dans une pièce voisine ; sur la porte, il est écrit « Tague-le-mouton ». « On se sert du bruit que font ces jeunes pour expliquer aux femmes enceintes : "vous voyez, ces ados sont infectés ou non par le virus et ils vivent, ils ont toujours leurs parents". Et là, souvent, les mères se redressent. »

Comment dire ?

Des mères qui viennent généralement seules. Parfois, le géniteur est un homme qu'elles connaissent à peine, avec lequel elles n'ont pas de projet de couple. Il y a aussi les compagnons qui quittent leur femme en apprenant sa séropositivité. « Certains reviennent lorsque l'enfant naît », nuance Nadine Trocmé. Parfois, ce sont elles qui quittent un conjoint dont elles découvrent qu'il connaissait son statut sérologique. Grossesse ou pas, l'annonce de la contamination est en effet avant tout une crise de couple. Et puis, il y a les femmes qui ne disent rien, repoussant continuellement l'annonce, parce que c'est trop difficile, parce qu'elles ont peur d'être quittées.

A mesure que les mois passent, la culpabilité s'accroît. « Nous reparlons de prévention, comme cela a en principe été fait à l'hôpital et nous travaillons avec elles sur ce qui leur semble important de dire ou de ne pas dire à leur entourage. Nous leur expliquons que leur couple peut-être accueilli à l'association et à l'hôpital », souligne Béatrice Martin-Chabot. Comment dire la séropositivité à son conjoint ; comment la dire aussi à un(e) éventuel (le) parent(e) ou ami(e), pour ne pas rester trop seule avec son secret. La solitude est en effet le lot commun de ces femmes, souvent d'origine subsaharienne, dont la grossesse réveille la souffrance d'avoir laissé parfois d'autres enfants au pays, sous la responsabilité de leur propre mère ou d'une sœur. « Elles se retrouvent ici sans mère, sans tout l'univers féminin qui dans leur culture accompagne la grossesse et cela participe de leur dépression », note Nadine Trocmé.

Ecouter et rassurer : un accompagnement indispensable pour que ces mères puissent investir l'enfant à naître. ■

Laetitia Darmon