Les troubles psychiques en centre maternel

Rapport de recherche pour la DASES, Département de Paris

N° SERD – 2004 / 07 / T du 13 septembre 2004

Recherche-action visant à l'évaluation de la prévalence des troubles psychiques dans la population des femmes accueillies en centre maternel

Rapport de recherche

Laboratoire de recherche de
l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche

Version du 14 avril 2006[a]

[a] *La troisième partie de ce rapport, le Plan d'action en santé mentale (Module C), est présentée ici de façon provisoire. Ces propositions feront l'objet d'un débat critique avec les responsables des établissements et la tutelle, notamment en termes de faisabilité.*

Comité de pilotage de l'étude

- La Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives (SDAFE),
- Le Bureau des Etablissements Départementaux (et/ou un représentant des centres maternels départementaux),
- Le Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance et la Cellule ADEMIE (Aide départementale aux Mères isolées avec enfant),
- Le Bureau des Actions Educatives (et/ou un représentant des centres maternels associatifs)
- La Cellule-Santé,
- Le Bureau des Etudes et de l'Informatique,
- Le Service des Etudes, des Recherches et de la Documentation (SERD),

- L'équipe de recherche de l'EPS Maison Blanche.

Conseil scientifique de l'étude

- Docteur Dominique **BRENGARD** (responsable médicale de la recherche)
  médecin pédopsychiatre,
  chef de service du 3e secteur infanto-juvénile de Paris
- Tim **GREACEN**,
  docteur en psychologie,
  directeur du laboratoire de recherche de l'EPS Maison-Blanche
- Lucien **HOUNKPATIN,**
  docteur en psychologie,
  ethnopsychologue, directeur du Centre Georges Devereux
- Professeur Michel **LEJOYEUX,**
  professeur des universités, médecin psychiatre,
  chef de service du 22e secteur de psychiatrie de Paris
- Docteur Pascale **LELOHER**,
  médecin pédopsychiatre, 9e secteur infanto-juvénile de Paris

Equipe de recherche

Responsable
Tim **GREACEN**, docteur en psychologie, directeur du laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche.

Chef de projet
Thomas **SAÏAS**, psychologue chargé de recherche, laboratoire de recherche de l'EPS Maison-Blanche.

Stagiaires psychologues
Christelle **GOLDNER**, Ecole de Psychologues Praticiens.
Pascale **TESSIER**, Ecole de Psychologues Praticiens.

TABLE DES MATIERES

Demande initiale du département de Paris 5
Contexte de la recherche 8
Les centres maternels 8
Les caractéristiques des personnes accueillies dans les centres maternels 9
Le personnel des centres maternels 9
Périnatalité et psychiatrie 10
Périnatalité et ethnopsychiatrie 13
La psychiatrie en mégapole 14
Implications méthodologiques du contexte 15
Etude de faisabilité 17
Déroulement de la recherche 18
METHODOLOGIE ET RESULTATS DE LA RECHERCHE 21
MODULE A PROTOCOLE QUALITATIF AUPRES DES INSTITUTIONS 22
Entretiens avec l'encadrement et les équipes 23
Questionnaire anonyme aux professionnels sur la santé mentale en centre maternel 26
Focus groupes auprès des équipes 41
MODULE B PROTOCOLE EPIDEMIOLOGIQUE ET QUALITATIF AUPRES DES RESIDENTES 55
Enquête préliminaire et adaptation des outils de recherche 56
Protocole épidémiologique 59
Méthodologie 59
Résultats 63
Réponses au Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI) 69
Réponses à la fiche complémentaire du MINI 78
Résultats à l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) 81
MODULE C : PLAN D'ACTION EN SANTE MENTALE 84
I : La santé mentale des résidentes : un enjeu crucial pour les centres maternels 85
II : Un décalage culturel entre résidentes et personnel : créer des ponts franchissables entre les cultures 87
III : Les ressources et les moyens des centres maternels compétences en psychologie et en santé mentale 88
IV : Le repérage des troubles psychiques en centre maternel : stratégies de gestion et de prise en charge en interne 89
V : Prévention et prise en charge des troubles psychiques : collaboration centres maternels / partenaires extérieurs 91
VI : Prise en compte des résidentes en tant qu'acteurs à part entière dans les centres maternels 94
VII : Une politique de promotion de la santé mentale 96
VIII : Partage des pratiques, supervision, démarche qualité 97
Synthèse des recommandations 98
BIBLIOGRAPHIE 99

Demande initiale du département de Paris

Selon le Cahier des clauses techniques particulières, ***N° SERD – 2004 / 07 / T du 13 septembre 2004***

Article 1.- Contexte

Le Département de Paris accueille en centre maternel, au titre du dispositif de protection de l'enfance, une population de l'ordre de 300 femmes, dont environ 150 sont reçues dans les centres départementaux. Il s'agit de femmes enceintes et / ou de mères isolées accompagnées d'enfants de moins de 3 ans.

Ces structures ont une double mission, de prévention et de protection de l'enfance, centrée sur la qualité de la relation mère/enfant et le soutien des mères dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, et d'accompagnement des femmes accueillies, dans une optique d'insertion socio-professionnelle et d'autonomie familiale.

Depuis quelques années, ces structures observent un relatif accroissement des troubles psychiques, voire psychiatriques, parmi les femmes accueillies. Aucune évaluation de la prévalence de ces troubles n'a pu être effectuée jusqu'ici.

Article 2.- Problématique et enjeux

L'accueil en centre maternel peut être fortement mis en difficulté si surviennent des troubles psychiques, et ce d'autant plus en l'absence de prévention. La volonté des centres maternels de mettre en place une prise en charge satisfaisante se heurte à des obstacles de plusieurs ordres :

Les centres maternels sont peu médicalisés, et sont confrontés à des difficultés aussi bien dans la prévention et le repérage de troubles éventuels que dans leur prise en charge, alors que la santé psychique joue un rôle majeur dans la qualité du lien mère-enfant. Dans certains cas critiques, ces troubles peuvent parfois conduire à l'éviction d'une (future) mère, et au placement d'un enfant en pouponnière.

Le recours aux ressources extérieures s'avère difficile, pour diverses raisons, les secteurs de pédopsychiatrie étant de plus en plus sollicités avec des moyens insuffisants pour répondre rapidement aux demandes, et les CMP adultes renvoyant le plus souvent ces femmes sur les CMP infanto-juvénile, en principe plus adaptés à cette problématique mère-enfant.

En donnant aux professionnels des centres maternels les moyens de pouvoir repérer, en amont des situations avérées, des signes de dépressivité ou d'autres troubles psychiques, en lien avec des structures de soin partenaires, une véritable prévention pourrait être instaurée.

Il apparaît ainsi nécessaire d'évaluer la prévalence des troubles psychiques pouvant survenir au sein de la population accueillie en centre maternel, sur le plan qualitatif et quantitatif, et de mieux prendre la mesure de l'ampleur des besoins de prise en charge spécialisée.

L'étude envisagée tendra également à élaborer des réponses mieux ajustées à ces problématiques et impliquera notamment de :

construire les bases d'un repérage de ces troubles, si possible en amont des situations de crise, pour contribuer à une meilleure évaluation / orientation ;

sensibiliser / former les professionnels des centres maternels à cette démarche, les soutenir davantage en lien avec des structures de soin, les impliquer dans l'étude pour dégager avec eux des recommandations ;

définir des pratiques et filières de prise en charge devant permettre aux femmes présentant des troubles psychiques de trouver une solution plus rapide et mieux adaptée à l'évaluation de leur situation, que ce soit dans l'institution (par adaptation des moyens internes) ou dans les structures, secteurs et réseaux déjà existants (par élargissement du partenariat).

Article 3.- Objectifs décisionnels

L'étude confiée au prestataire devra :

- *évaluer la prévalence et le type de troubles psychiques présentés par des femmes accueillies en centre maternel, en termes qualitatifs et quantitatifs ;*
- *faire participer les professionnels des centres maternels au repérage de ces troubles et caractériser le soutien à leur apporter pour répondre à leur attente d'accompagnement et à leur besoin de formation sur ce point, compte tenu de leurs pratiques actuelles.*

Selon ses résultats, elle pourra, le cas échéant, l'amener à faire des observations sur une adaptation éventuelle des possibilités d'accueil, voire de prise en charge spécialisée complémentaire dans les centres maternels, ainsi que sur l'efficacité des partenariats avec les structures de soin (formation et soutien des professionnels) et sur

l'opportunité de réactualiser le champ des responsabilités conventionnelles (suivi en interne et / ou en externe des femmes concernées).

Article 4.- Méthode et attendus

Le prestataire exécutera la prestation selon la méthodologie, le calendrier de travail, et la décomposition du coût global forfaitaire spécifié dans l'offre, en fonction des phases techniques ci-dessous décrites.

- *La prestation*

La prestation consiste en une recherche-action devant réaliser une analyse à la fois quantitative et qualitative.
L'étude sera conduite sous forme d'entretiens individuels menés sur la base d'un questionnaire d'évaluation des troubles psychiques des femmes concernées (grille de repérage à proposer, tester, faire valider). Elle donnera lieu à un recueil de données et à une exploitation épidémiologique ainsi qu'à un rapport final et des recommandations.

- *Le prestataire*

Le prestataire recherché devra encadrer la conduite de l'étude sur un double plan :
clinique (compétence nécessaire en psychiatrie périnatale)
épidémiologique.
(L'expérience préalable de travail qu'il pourrait avoir acquise en lien avec les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance constituerait un atout appréciable, notamment pour favoriser l'implication des professionnels socio-éducatifs).
Le prestataire prendra à sa charge la totalité des actions figurant dans la prestation décrite ci-dessus. Il constituera et supervisera l'équipe qui lui paraîtra nécessaire (collaboration utile d'un partenaire, psychologue ou psychiatre) notamment pour réaliser les entretiens individuels et apporter un soutien aux professionnels les plus impliqués.
<u>Le Comité de pilotage</u>
L' étude sera lancée et son avancement sera suivi, sur un rythme au moins semestriel, par un "Comité de Pilotage" réunissant autour du prestataire les représentants des établissements et services départementaux concernés de la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) :
La Sous-direction des Actions Familiales et Educatives (SDAFE / DASES)
Le Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance et la Cellule ADEMIE
Le Bureau des Etablissements (et/ou un représentant des centres maternels départementaux)
Le Bureau des Actions Educatives (et/ou un représentant des centres maternels associatifs)
La Cellule-Santé
Le Bureau des Etudes et de l'Informatique,
Le Service des Etudes, des Recherches et de la Documentation (SERD / DASES)

Organisation technique de l'étude
Taille de la population et critères d'inclusion:

L'étude tendra à inclure un effectif de 100 femmes, sélectionnées dans le contexte et les conditions ci-après:
La population potentielle à étudier est celle qui relève des 4 centres maternels "départementaux", ainsi que des seuls centres "associatifs" qui en accepteront le principe(liste indicative présentée en annexe du présent CCTP).
Sur ces bases, l'effectif théorique pourrait atteindre au moins 150 femmes. Toutefois, pour assurer la démarche, les critères de situations à retenir devront être fixés par le
"comité de pilotage", en fonction de la méthodologie finale retenue (femmes enceintes et / ou femmes venant d'accoucher et / ou femmes ayant accouché depuis moins d'un an). En toute hypothèse, la liberté de participation individuelle des femmes concernées sera préservée et leur accord sollicité pour toute inclusion personnelle dans l'étude. (Le lien sera assuré par le Département, en collaboration avec le prestataire)
Durée et déroulement de l'étude:
L'étude se déroulera en deux phases techniques sur une durée maximale de 15 mois selon les délais d'exécution proposés par le prestataire dans la limite des délais indiqués à l'article 4 du CCAP.
Dès son démarrage, le prestataire (psychiatre encadrant) prendra les dispositions utiles pour impliquer directement ou indirectement dans l'étude les directeurs des centres maternels concernés ainsi que les professionnels de ces centres (présentation de l'étude ; soutien et formation des professionnels les plus impliqués, le cas échéant avec l'aide d'un partenaire identifié - psychologue ou psychiatre)
Il proposera l'utilisation d'un instrument d'évaluation adéquat (protocole d'enquête à construire, ou le cas échéant déjà existant - du "type EPDS", testé il y a plusieurs années dans les centres de Protection Maternelle et Infantile de Paris) qu'il soumettra à la validation (Comité de pilotage) Il aura préalablement sélectionné, adapté et testé cet outil pour la population ciblée, de sorte qu'il puisse servir de grille de repérage des troubles psychiques des femmes enceintes ou ayant accouché récemment

Afin que ce questionnaire puisse être mis en œuvre conformément à la réglementation (protection des données nominatives et médicales), et que le recueil de données puisse commencer dans le trimestre suivant la notification, il préparera préalablement le dossier de déclaration devant permettre au Département de Paris de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).
Les entretiens à réaliser avec chacune des femmes incluses dans l'étude seront menés, sur la base d'1 ou 2 entretiens individuels, par un professionnel interne ou externe à l'établissement, formé à cet effet. La conduite de ces échanges s'effectuera sous le contrôle scientifique du prestataire conduisant l'étude.
Les informations collectées feront l'objet d'une analyse de résultats et d'une exploitation épidémiologique dont les conclusions seront rendues dans un rapport final, assorties de recommandations argumentées.
En toute hypothèse, les femmes pour lesquelles des troubles psychiques seraient mis en évidence dans le cadre de l'étude devront bénéficier d'une consultation spécialisée.
L'ensemble de l'étude devra être achevé dans les 18 mois suivant la notification (exploitation des données, rédaction des conclusions et recommandations, délais de réception compris) Les données demeureront propriété du Département de Paris.

Article 5. Mise en œuvre

Le Département de Paris est le promoteur de l'étude au titre de l'aide sociale à l'enfance.
La prestation demandée couvrira, autour de deux phases techniques, l'ensemble des prescriptions suivantes
(1ère Phase technique)

- *Recherche / exploitation des matériaux bibliographiques et documentaires :*
- *Cadrage méthodologique / supervision scientifique*
- *Présentation de l'étude et sensibilisation des professionnels (engagement d'un travail interactif)*
- *Participation au Comité de Pilotage*
- *Mise au point du protocole d'enquête et test du questionnaire*
- *Préparation du dossier CNIL*

(2ème Phase technique)

- *Information / formation des professionnels des centres maternels / analyse des pratiques*
- *Rencontre avec médecins et structures médicales (observation des pratiques, liens en réseaux, stratégies)*
- *Demande d'accord des femmes concernées*
- *Entretiens avec les femmes concernées volontaires / recueil des informations individuelles*
- *Dépouillement / saisie*
- *Exploitation épidémiologique*
    - *Rédaction d'un rapport (trentaine de pages, en 3 exemplaires) de conclusions et recommandations (+ synthèse des propositions d'améliorations relevant du Département de Paris)*

Contexte de la recherche

Les centres maternels[a]

Il existe une centaine de centres maternels en France, dont dix à Paris.

Selon les textes[b], la mission des ces centres est :

- de rompre l'isolement des femmes enceintes et des jeunes mères
- de mettre les jeunes femmes en mesure d'exprimer le plus librement possible un choix quant à leur souhait de conduire ou non leur grossesse à son terme et, dans l'affirmative, de les préparer à l'accouchement en vue soit d'une maternité, soit d'un consentement à l'adoption
- d'apporter aux jeunes mères l'aide matérielle dont elles ont besoin
- d'aider les jeunes mères sur un plan éducatif et psychologique en vue de leur réinsertion sociale.

Les femmes accueillies sont -en théorie- des femmes enceintes d'au moins 7 mois ou des mères isolées avec des enfants de moins de trois ans. La durée de la prise en charge est de 6 mois renouvelables (maximum 3 ans) L'hébergement au centre permet aux mères de bénéficier pendant leur séjour d'une formation professionnelle adaptée, de rechercher ou d'exercer un emploi (Monteil et al. 2003). Le département de Paris a récemment réaffirmé sa mission de soutien des femmes enceintes et des mères isolées avec leur enfant de moins de trois ans lorsqu'elles sont en difficulté au plan matériel et/ou psychologique[c].

Il existe dix centres maternels départementaux et associatifs à Paris, avec une capacité théorique d'accueil totale de 257 places.

---

[a] Les centres maternels sont des structures dépendant des conseils généraux. Ils se sont substitués, en 1981, aux maisons et hôtels maternels, et sont régis par la circulaire du 23 janvier 1981. Ils regroupent désormais les fonctions des maisons maternelles (hébergement prénatal et durant les trois mois suivant l'accouchement) et des hôtels maternels (hébergement durant les trois premières années de vie de l'enfant).

- Les maisons maternelles, au nombre d'une par département (art 98 du CF du 29 juillet 1939) avaient pour rôle de fournie de bonnes conditions de vie à la mère pendant les quelques mois ou semaines précédant la naissance, à elle-même et à son enfant durant les trois mois qui la suivent (Thévenet, 1986).
- Les hôtels maternels, quant à eux ont vu leur rôle reconnu par la circulaire du 26 juin 1956. « *Recevant les jeunes mères démunies avec leur enfant, dès la fin du congé de maternité, les hôtels maternels offrent à celles-ci un logement dans des conditions économiques, une crèche pour l'accueil des enfants, ainsi que différentes facilités pour la mise au travail professionnel des mères ou la reprise de leur formation scolaire* » (Thévenet, 1986).

[b] Selon l'article 46 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, « les femmes enceintes et les mères isolées avec leur enfant de moins de trois ans, qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, peuvent être pris en charge par le service d'Aide Sociale à l'Enfance » (Loi 86-17 du 6 janvier 1986, et circulaire d'application du 18 février 1986). La mission des centres maternels a été définie par la circulaire 81/5 du 23 janvier 1981. La modification du Code de l'Action sociale et des Familles (loi n°2005-706 du 27 juin 2005), et en particulier l'article L222-5, réaffirme la mission de soutien matériel et psychologique.

[c] http://www.paris.fr/fr/solidarites/petite_enfance_et_familles/aide_sociale_enfance.asp

Les caractéristiques des personnes accueillies dans les centres maternels

Selon Monteil et al. (2003), les personnes accueillies en centre maternel sont très majoritairement déjà mères lors de l'accueil. 94% des mères sont accueillies directement avec leurs enfants. En ce qui concerne les autres personnes accueillies, 5% sont des femmes enceintes et 1% des hommes isolés avec leur enfant.

✧ Elles sont jeunes

- 59% ont moins de 25 ans, 21% ont moins de 20 ans.[a]

✧ Elles sont isolées et en situation de précarité sociale

- 76% d'entre elles vivaient dans un **logement précaire** (hébergement par des tiers, hébergement social, d'urgence ou de fortune) avant d'accéder au centre.
- 77% sont **sans travail.**

✧ Elles sont majoritairement nées à l'étranger.

- Déjà en 1999 plus de deux personnes sur trois sont nées à l'étranger

Tableau 1 : Lieu de naissance des femmes vivant en centre maternel (Donati et al. 1999)

Afrique sub-saharienne	29%
France métropolitaine	27%
Maghreb	16%
DOM	15%
Haïti	3%
Union Européenne	1,5%
autres	8,5%

Depuis 1999, on remarque une augmentation progressive du nombre de femmes nées en Afrique sub-saharienne.

✧ Les données sur leur santé sont peu connues.

- A notre connaissance, aucune donnée relative à la santé mentale des mères accueillies n'a été publiée à ce jour.

Le personnel des centres maternels

✧ Les professionnels des centres maternels ont majoritairement une formation socio-éducative ou administrative.

En 1998, les professionnels de la psychologie ou de la psychiatrie travaillant en centre maternel représentaient 2% de l'ensemble du personnel.

[a] En 2002, l'âge moyen des primipares à Paris était de 31 ans (Source : Cellule des certificats de santé PMI, DASES, 2002)

Tableau 2 : Catégories professionnelles du personnel des centres maternels parisiens en 1998 en pourcentage équivalents temps pleins (ETP) de l'ensemble du personnel (d'après Monteil et al. 2003) (en gras les professionnels de santé mentale)

	% des ETP
Personnel éducatif, pédagogique et social, diplômé et non-diplômé	35.7%
Personnel de direction, gestion et administration	34.6%
Personnel para-médical	22.2%
Personnel d'encadrement	3.5%
Psychologues	**1.9%**
Personnel non-statutaire	1.4%
Personnel médical (hors psychiatres)	0.5%
Psychiatres	**0.1%**

✧ Le nombre de psychologues va en augmentant et le nombre de médecins somaticiens décroît

Alors que le nombre de personnels ETP a augmenté de 38,6% entre 1988 et 1998 (Donati et al. 1999) et la capacité d'accueil en termes de nombre de places de 50%, le nombre de psychologues a augmenté de plus de 70% dans cette même période, passant de 22,6 à 38,9 ETP. En revanche, le nombre de médecins somaticiens a diminué de 47 %

Tableau 3 : Evolution de 1988 à 1998 du nombre de personnel ETP par catégorie professionnelle

	1988	1998	Evolution
Personnel non-statutaire	9.3	27.8	+ 300.5%
Personnel d'encadrement	34.7	70.4	+ 103.1%
Psychologues	**22.6**	**38.9**	**+ 72.5%**
Personnel éducatif, pédagogique et social, diplômé et non-diplômé	490.5	721.3	+ 47.1%
Personnel de direction, gestion et administration	526.7	699.9	+ 32.9%
Personnel para-médical	351.4	450.6	+ 28.2%
Psychiatres	3.3	3.1	- 5.5%
Personnel médical	**20.3**	**9.2**	**- 47.8%**
TOTAL	1458.8	2021.2	+38.6%

Cette évolution est un indicateur clair de la volonté de mieux prendre en charge les troubles psychologiques. Même si leur présence n'est pas encore systématique dans les centres (Donati et al. 1999), les psychologues sont de plus en plus présents parmi les équipes. Cette donnée montre l'intérêt porté par les centres maternels et la tutelle pour améliorer la prise en charge psychologique des femmes enceintes et des jeunes mères, mais aussi l'accompagnement des professionnels dans leur fonction soignante ou éducative.

Périnatalité et psychiatrie

✧ Grossesse et post-partum constituent une période à risque psychologique et psychiatrique.

La grossesse et la naissance sont considérées comme une "crise", une période de mutation, qui nécessite des capacités de réorganisation et d'adaptation interpersonnelles et intrapsychiques (Fossey et al. 1997; Dethieux et al. 2000). Le "risque relatif"[a] pour une

[a] *risque relatif* = risque d'être malade quand exposé/risque d'être malade sans exposition

femme d'être hospitalisée en milieu psychiatrique dans les deux ans qui suivent une naissance est de 1,6 - c'est-à-dire que le risque est de 60% plus élevé que chez une femme du même profil psychosocial mais qui n'a pas accouché dans les deux ans précédents (Kendell et al. 1981). Si la grossesse semble protéger contre les épisodes psychiatriques graves tels qu'une décompensation psychotique, elle ne protège pas de la dépression non délirante, dite "névrotique", tout au moins au cours du premier semestre de la grossesse. La période du post-partum est, quant à elle, à haut risque (risque 22 fois supérieur aux 2 années précédant la grossesse) de décompensation délirante (psychoses puerpérales) mais également de dépression non-délirante.
Si les pathologies délirantes ne posent que peu de difficultés diagnostiques, la pathologie dépressive périnatale est souvent plus sournoise. D'après N.Guédeney, seules 3% des cas de dépression postnatale seraient repérés et traitées efficacement (Guédeney 1998). Non repérée, elle peut poser des problèmes importants non seulement pour la mère et son entourage mais aussi pour le développement psychologique de l'enfant (Spitz 1946; Tronick et al. 1978; Murray et Trevarthen 1986).
Enfin, l'évolution des troubles anxieux en période gravido-puerpérale reste encore peu explorée.
Dans le cadre des troubles psychiques de la grossesse et du post-partum, le diagnostic n'est pas sans complexité. Il ne faut jamais occulter la possible gravité :

- d'un trouble du sommeil, qu'il soit de fin de grossesse ou dans les mois qui suivent la naissance,
- d'inquiétudes disproportionnées concernant la grossesse ou le bébé,
- de comportements inhabituels attribués à l'état de grossesse et de suites de couche mais qui rendent difficile le repérage de symptômes révélateurs d'une pathologie psychique à part entière.

Les pathologies spécifiques au post-partum les plus fréquemment rencontrées chez les mères sont :

- la dépression postnatale (environ 12,6% des naissances (O'Hara 1996),
- la psychose du post-partum (0,2%) relevant le plus souvent de troubles de l'humeur avec une forme symptomatique particulière (Missonnier 1998),
- les troubles anxieux, dont la prévalence n'est pas encore bien identifiée,
- les troubles psychotiques. Les études épidémiologiques récentes montrent que, dans le post-partum précoce (jusqu'à 6 mois), ces troubles psychotiques seraient pour 70 à 80% d'entre eux des épisodes de troubles bipolaires de l'humeur (Verdoux et Bourgeois 1990).

✧ De très nombreuses études existent sur les conséquences négatives multiples de la psychopathologie postnatale chez la mère

- sur la qualité des relations mère-bébé (Tronick et al. 1978),
- sur le développement cognitivo-affectif du nourrisson, avec une fréquence importante d'affects dépressifs et de retards dans le développement émotionnel, cognitif ou affectif (Spitz 1946; Weinberg et Tronick 1998),
- sur le risque de sévices liés à la problématique relationnelle, que ce soit en termes des suites psychologiques pour l'enfant que des suites physiques dans le contexte de passages à l'acte agressifs. Le syndrome du « bébé secoué », par exemple, avec des lésions neurologiques et/ou ophtalmiques souvent à vie, peut également aboutir à l'infanticide. Pour Emery & Taylor, 10% des morts

« subites » du nourrisson seraient la conséquence d'un étouffement délibéré (Taylor et Emery 1990).

L'importance des conséquences des maltraitances sur les nourrissons, tant sur leur développement que sur la constitution même de leur personnalité, invite à une réflexion sur les possibilités d'une prévention précoce. La prévention dépend des capacités des intervenants à considérer ce que Brengard (1998) définit comme "une clinique de situation" et une "clinique de la "non demande". Les parents en situation d'exclusion ne pourraient, dans un premier temps, formuler une souffrance psychique. La démarche préventive consisterait ainsi à leur permettre d'abord d'accéder à, et d'accepter, la démarche de soins psychologiques.

✧ **De très nombreuses études existent sur les conséquences négatives multiples des addictions et utilisations nocives de substances**

Si l'utilisation des produits est en général interdite dans les centres maternels, cet interdit est souvent difficile à appliquer. La question des substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) est de plus en plus sensible.

Alcool

De nombreuses recherches ont montré le lien entre la consommation d'alcool chez la mère et divers problèmes de santé pour elle comme pour le fœtus pendant la grossesse et pour le développement de l'enfant par la suite. Les résultats essentiels portent :

- sur les conséquences psychiques pour la mère (Pihl et al. 1998),
- sur la médiocrité des compétences parentales (Pihl et al. 1998),
- sur les conséquences somatiques pour le nourrisson (syndrome du fœtus alcoolisé, effets néfastes de l'alcool sur le fœtus (Steissguth et al. 1980),
- sur les conséquences psychologiques pour le nourrisson, puis le jeune enfant (Pihl et al. 1998).

Tabac

Le tabagisme pendant la grossesse est responsable, avec une relation dose-dépendante, de (Baldacchino et al. 2003) :

- Grossesse extra-utérine,
- Fausses couches spontanées
- Saignements et métrorragies
- Décollement prématuré du placenta
- Hématome rétroplacentaire
- Rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré
- Retard de croissance in utero avec un poids de naissance moyen plus faible du bébé
- Augmentation des complications à l'accouchement pour le bébé et la maman
- Probabilité accrue de mort subite du nourrisson (Sasco 1993; Guegen et al. 1995).

Autres drogues

On estime que 500 à 2500 grossesses de femmes toxicomanes sont menées à terme chaque année en France. Les risques obstétriques liés à la consommation des produits psychoactifs et sur les effets sur le fœtus et le nouveau-né (malformations, troubles du comportement, allaitement) sont aujourd'hui reconnus. Ils sont majorés en cas de polytoxicomanie. Selon la revue de littérature de Franchitto et coll., les risques pour l'enfant en cas d'héroïnomanie de la mère seraient liés davantage au mode de vie et l'environnement de la mère qu'avec l'intoxication opiacée in utero (Franchitto et al. 2005). Ils évoquent notamment :

« - le mode de vie chaotique de ces femmes, lié souvent à l'absence de prise en charge de leur toxicomanie ;
- le syndrome de sevrage néonatal excessivement culpabilisant pour la mère qui connaît ainsi une souffrance physique ;
- les représentations négatives voire stigmatisantes autour de cette grossesse et de cet enfant, notamment au sein des services de maternité et de néonatalogie. »

Périnatalité et ethnopsychiatrie

✧ **Un risque accru de psychopathologies lié à la migration et à la précarité sociale**
Une étude en 1999 a révélé que 73% des femmes accueillies en centres maternels sont d'origine culturelle étrangère (Donati et al. 1999). En situation migratoire, la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont des périodes de vulnérabilité psychologique dont les manifestations somatiques et psychiatriques s'expriment d'une façon très variable d'une culture à l'autre. Dans ces moments, l'étayage culturel de la mère est concrétisé par un réseau social féminin garant d'un soutien culturel de parentalité. Dans les sociétés traditionnelles africaines et nord-africaines, le caractère délicat de ce passage est pris en compte et le couple mère-enfant fait l'objet d'un accompagnement à la mesure des enjeux. Ainsi, dès sa naissance, l'enfant trouve deux systèmes de soutien : celui de sa mère qui le protège et celui du groupe de femmes, voire du groupe social qui va aider à protéger la mère[a]. Comme le décrit J. Odongo (1990) *: « En situation transculturelle, il arrive souvent que la mère ne bénéficie pas de ce soutien. Elle ne peut donc plus à son tour assurer correctement le rôle de contenant pour elle-même et pour son bébé. Ne trouvant plus les repères extérieurs nécessaires pour diminuer son désordre entre monde interne et externe, la mère est exposée à la confusion et à la dépressivité. »* (in Khelalfa-Foucault et al. 2003).

Afin de prendre en compte la spécificité des enjeux ethnopsychologiques des populations accueillies dans les centres maternels, nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle intégratif de J. de Jong (Université d'Amsterdam, 2002) qui recommande pour les études épidémiologies transculturelles (De Jong et VanOmmeren 2002) d'associer le recueil de données qualitatives et quantitatives (voir Méthodologie, ci-dessous)

✧ **Une prise en compte des questions psychologiques rendue plus complexe par la grande diversité culturelle des femmes accueillies (Romito 1990)**
L'impact des différences culturelles se manifeste :

- au niveau de l'expression psychopathologique[b],
- au niveau des recours aux systèmes de soins : en effet, bien que certains invariants semblent se dégager d'entre les cultures, les stratégies pour faire face à la maladie mentale sont très variables d'une culture à l'autre[c].

---

[a] On soulignera ici l'impact du raccourcissement du temps passé par les mères en maternité (aujourd'hui autour de 48h).

[b] Cf. par exemple, l'étude S*anté Mentale en Population Générale – Images et Réalités* (Roelandt et coll. 2004). En 2003-2004, le laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche a joué un rôle clef dans cette étude en menant une étude épidémiologique ainsi qu'une étude des représentations de la folie et du recours aux soins auprès d'un échantillon de plus de 1500 parisiens. La validation des données épidémiologiques recueillies en ce qui concerne l'importante minorité d'origine étrangère a constitué une étape incontournable dans l'analyse des résultats (Greacen et coll., en cours de publication).

[c] Roelandt, JL et coll. (2004) ont noté d'importantes différences d'une culture à l'autre entre les représentations non seulement de la maladie mentale mais aussi de l'offre de soins et des stratégies de guérison.

La psychiatrie en mégapole

✧ **La nécessité de prendre en compte une prévalence de psychopathologie et un taux de recours aux services d'urgence psychiatrique potentiellement plus élevés dans le contexte d'une mégapole**

Trois facteurs seraient en jeu ici :

- une demande accrue pour des soins psychiatriques dans des populations caractérisées par la précarité et l'exclusion sociale, associées à un niveau élevé de stress individuel et de tension sociale,
- la tendance chez les personnes ayant des troubles psychiatriques chroniques de se déplacer vers des zones urbaines offrant davantage de services sociaux et sanitaires,
- les effets de l'organisation complexe de l'offre locale de soins en milieu urbain, notamment le fonctionnement des réseaux formels et informels et l'accessibilité des différentes sortes de soins (les services de proximité dans des zones urbaines sont souvent surchargés voire moins bien organisés)

Dear et Wolch (1987) proposent un modèle complexe pour rendre compte des niveaux élevés de maladie mentale et de consommation de soins psychiatriques dans les zones pauvres des centres-villes. Ils suggèrent une combinaison d'effets "d'entraînement" où les conditions de travail et de vie des pauvres induisent ou exacerbent la maladie mentale et de phénomènes de "dérive" où des personnes de santé mentale fragile ont tendance à s'approcher des quartiers pauvres où les services sociaux et psychiatriques sont plus accessibles et le coût de la vie plus abordable. De plus, la stigmatisation sociale et l'exclusion dont sont victimes les personnes présentant des troubles psychiatriques seraient moins nettement organisées dans les zones urbaines caractérisées par la précarité et en marge de la politique urbaine.

Un nombre d'études dans des grandes villes en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, aux Pays-Bas et en Allemagne montrent que, dans des zones urbaines caractérisées par une précarité socioéconomique importante, l'utilisation des services d'urgence psychiatriques ajustée pour variation démographique est relativement élevée (Giggs 1973; Harvey et al. 1996).

La pauvreté n'est cependant pas la seule caractéristique qui présente une association avec la consommation de soins psychiatriques. Au moins quatre groupes de facteurs socio-démographiques présentent une association indépendante (bien qu'ils soient souvent corrélés entre eux) avec la variation observée dans la consommation de soins psychiatriques et tendent à être associés avec des taux plus élevés de consommation dans les zones urbaines défavorisées :

1) la morbidité psychiatrique et somatique ;
2) les conditions de vie précaires : chômage, taux de mortalité élevé, crime, migration…
3) "l'anomie", le poids de l'isolement social et de l'aliénation (par opposition à la solidarité sociale) que les individus rencontrent dans la communauté ;
4) la composition ethnique de la population – particulièrement le degré de concentration des groupes ethniques minoritaires.

La situation française n'est guère différente. En effet, les enquêtes menées dans la population française ont montré que d'une manière générale, les problèmes de santé mentale et en particulier la dépression, sont plus fréquents dans les populations pauvres, sans emploi ou sans domicile (Le Pape et Lecomte 1996; Bocognano et al. 1999). Il existe aussi des discussions dans la littérature française sur les facteurs qui peuvent expliquer ces liens entre

pauvreté, exclusion sociale et maladie mentale (Char 1997). Dans une revue importante de la littérature, Kovess et coll. concluent que « *toutes les études épidémiologiques citées ont montré que la plupart des problèmes de santé mentale sont liés à des variables sociales relativement simples : sexe, âge, emploi, statut social, statut matrimonial ou encore le fait de vivre seul.* » (Kovess et al. 2001).

L'examen du recours des centres maternels parisiens aux services d'urgence psychiatrique (SAU, CPOA, SOS Psychiatrie…) doit prendre en compte ces questions.

Implications méthodologiques du contexte

Dans un contexte de périnatalité liée à la **précarité** et à **l'exclusion** sociales, à la **rupture familiale**, à la **perte de repères et d'étayages culturels**, à l'inexpérience liée à la **jeunesse**, à **l'errance**, à la **peur d'être expulsée du pays** ou que son **enfant soit placé** par les autorités, tout un ensemble de facteurs de vulnérabilité psychologiques se trouvent réunis. De plus, d'éventuels troubles psychiatriques chez la mère auront quasi inévitablement un impact sur la santé mentale de l'enfant. Tout porte à croire que les troubles psychologiques des mères accueillies pourraient constituer une problématique majeure pour les centres maternels.

Une politique de prévention dans le domaine de la santé mentale dans ces établissements commencerait nécessairement par le **repérage des troubles**. Or, si le recrutement de psychologues semble aujourd'hui favorisé dans les centres maternels, c'est le **personnel socio-éducatif** qui est encore le plus souvent en première ligne face à l'émergence de troubles psychiques chez les femmes accueillies. La question se pose donc des besoins en termes de **formation de ce personnel**, leur permettant de **repérer précocement** la présence de facteurs de vulnérabilité et les indicateurs de troubles psychiques éventuels et ensuite **de savoir orienter** les dyades mères-bébés au plus près de leurs besoins et les **accompagner** dans ces démarches. En même temps, pour une politique de santé mentale efficace, le rôle de l'ensemble des professionnels en ce qui concerne la mise en œuvre d'une **promotion de la santé mentale** devra s'explorer. Il s'agirait, en s'appuyant sur les programmes existant de promotion de la santé et des compétences de parentalité, de comprendre comment renforcer les stratégies de promotion de la santé mentale en veillant à leur adaptation aux caractéristiques psychosociales et culturelles de la population accueillie.

✧ Une recherche-action au profit non seulement des femmes accueillies mais aussi au profit des professionnels.
Un objectif principal de cette recherche sera donc de mobiliser le personnel autour de ces problématiques, en mettant à leur disposition sur le long terme des possibilités de soutien face à ces enjeux.

Il s'agit donc d'entreprendre non seulement *une recherche* mais en même temps une **recherche-action**, c'est-à-dire, dans le domaine de la santé, un « processus dynamique conduisant à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'une action ou d'un ensemble d'actions, dans un but de préservation et/ou d'amélioration de la santé » (Rumeau-Rouquette, Spira et Lebovici, 1989).

Dans cet objectif, nous avons donc choisi de ne retenir pour ce protocole que des outils faciles d'utilisation, standardisés et dont l'utilisation par des professionnels de santé ou du médico-

social hors du champ psychiatrique ou psychologique mais formés à cette utilisation est envisageable.
Nous souhaitions ainsi

a) sensibiliser les professionnels « non-psys » aux problématiques de santé mentale et
b) faciliter le processus de repérage de troubles psychologiques de manière précoce, afin de pouvoir adapter la prise en charge au plus vite.

✧ Un protocole épidémiologique qui prend en compte la nécessaire adaptation des outils épidémiologiques aux enjeux culturels et ethnopsychiatriques

Si la folie est universelle, comme la culture, ses manifestations concrètes sont variables : «*Tout phénomène humain doit être interprété dans le cadre de plusieurs systèmes de référence à la fois.* » (Devereux 1983). Les centres maternels de la ville de Paris reçoivent des familles en grande précarité sociale. Une proportion importante (73%) de ces familles est d'origine culturelle étrangère, souvent non-européenne. Il a donc fallu se poser très tôt la question de l'adaptabilité du protocole de recherche, standardisé, et validé pour une population de femmes française, à ces femmes d'origine, de culture et de tradition différentes, sans, sous ce prétexte, abandonner les outils standardisés en se contentant d'évaluations cliniques qualitatives. Nous avons donc choisi donc de favoriser une démarche adaptative, « ethnologique », en prenant en considération les différentes origines culturelles de notre population d'étude, notamment à travers les entretiens qualitatifs. Un soutien méthodologique ethnopsychiatrique semblait essentiel pour ce genre de projet. A ce titre, nous avons donc demandé à M. Lucien Hounkpatin, directeur du Centre Georges Devereux, d'accepter d'être membre du comité scientifique, en charge de la supervision du protocole d'un point de vue ethnographique. Par ailleurs, afin de prendre en compte la spécificité de ces enjeux psychologiques - mais aussi des enjeux liés à la périnatalité - et face à la difficulté croissante de repérage des pathologies psychiatriques selon le contexte culturel, nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle intégratif de J. de Jong (Université d'Amsterdam, 2002) (De Jong et VanOmmeren 2002) qui recommande pour les études épidémiologies transculturelles d'associer le recueil de données qualitatives et quantitatives. Ce modèle se décline en quatre étapes :

1- Identifier les problèmes chez les sous-groupes culturels par la mise en place de focus groupes. Ces groupes de discussion sont destinés à recueillir les points de vue des responsables de structures, des cliniciens et des professionnels « front-line » sur l'expression de la psychopathologie, et sa prise en charge.
2- Etudier les individus lors d'études de cas. Ces entretiens qualitatifs sont construits pour évaluer la sensibilité des critères diagnostics occidentaux à l'expression de sous-groupes culturels.
3- Préparer l'étude épidémiologique, en traduisant, adaptant ou validant les outils choisis initialement.
4- Réaliser l'étude épidémiologique.

Etude de faisabilité

Afin de finaliser le protocole de recherche, une pré-étude a été menée en octobre 2004 afin de mieux connaître les structures parisiennes. En effet, si la DREES a publié des données nationales concernant les centres maternels, les données régionales n'ont pas été traitées[a]. Il a paru important d'identifier précocement, par un nombre limité d'entretiens avec des professionnels des centres mais aussi avec d'autres professionnels des réseaux de périnatalité, d'éventuelles spécificités du contexte parisien et de la politique locale de prise en charge pouvant avoir un impact sur la mise en place et le déroulement de la recherche. Cette pré-enquête a permis de constater que :

- Aucun des centres contactés n'accueille des femmes souffrant de troubles psychiques manifestes (repérés lors de l'entretien d'admission).
- Aucune action de dépistage précoce ne semble être menée.
- La représentation, chez les équipes, des troubles psychiques des mères semblerait souvent se limiter à d'éventuels décompensations ou passages à l'acte.
- Lorsque ceux-ci surviennent, la prise en charge tendrait à être déléguée aux services d'urgence : SAU, CPOA ou SOS Psychiatrie
- Les cliniciens contactés se désolent du peu de fonctionnement en réseau des centres maternels d'une part entre eux et, d'autre part, avec les services de psychiatrie publique. Ils se sentent ainsi isolés lorsqu'ils doivent prendre en charge une situation psychopathologique. En revanche, on note que le réseau de prise en charge somatique (soins VIH notamment) existe et semble fonctionnel.
- La mission et le fonctionnement des centres maternels semblent relativement peu connus par le reste du réseau sanitaire et social.[b]
- Les personnels avaient tendance à considérer leur mission et leurs besoins en formation davantage en termes de repérage des troubles de la relation mère-bébé que par rapport aux questions de dépistage des troubles psychiques chez les mères.
- Certains disent être régulièrement confrontés à des accès de violence chez les jeunes mères accueillies. Par exemple, le climat d'un centre a été décrit comme « souvent tendu, comme une cocotte-minute ».
- Une éducatrice a rapporté avoir assisté à une journée de rencontres avec l'intersecteur de psychiatrie. Son avis sur la démarche était très positif, elle-même s'attendant à devoir faire face à une émergence de troubles psychopathologiques à l'avenir.
- Les centres contactés n'ont pas de référent psychiatrique leur facilitant la prise en charge des troubles psychiques ou le lien avec le réseau de soins médico-psychologiques.

[a] Selon le service statistique de la DRASS Ile-de-France (entretien téléphonique, oct. 2004)

[b] Un cadre de secteur pédo-psychiatrique interviewé n'avait pas connaissance de l'existence des deux centres maternels de son quartier – et cela malgré cinq ans de travail sur ce secteur.

Déroulement de la recherche

La recherche s'est organisée en trois modules : le module A correspondant à la recherche auprès des institutions, le module B à la recherche auprès des résidentes des centres maternels et le module C à la synthèse des données et aux propositions pour un plan de santé mentale.

Module A

✧ Une **évaluation** chez les personnels des centres maternels **des connaissances et des compétences** en psychopathologie, en prévention et en promotion de la santé mentale, de leurs attentes en termes de **formation** et de leur connaissance des réseaux sanitaires et sociaux dans le domaine de la santé mentale.

Les objectifs :

- Evaluer avec les professionnels
  - leurs **formations et connaissances** en psychopathologie ainsi qu'en prévention et en promotion de la santé mentale
  - les besoins et attentes en termes de formation.
- Evaluer **l'inscription des centres maternels dans les systèmes et réseaux sanitaires** et sociaux environnants, notamment en termes
  - d'accessibilité et de l'utilisation des services de psychiatrie infantile et adulte
  - d'identification d'autres sources potentielles de collaboration et de soutien (réseaux de médecins généralistes, associations ethno-psychologiques, associations culturelles…)

Module B

✧ Une **étude épidémiologique** des troubles psychiques chez les personnes accueillies dans les centres maternels, en faisant participer les professionnels afin de les sensibiliser aux enjeux.

Les objectifs :

- Identifier des outils adaptés permettant **la participation des personnels de première ligne (éducateurs, puéricultrices…) au repérage précoce** de ces troubles mentaux et, le cas échéant, à l'orientation vers des professionnels de la psychiatrie en interne comme en externe.
- **Tester la faisabilité** de cette stratégie de dépistage sur des sites volontaires
- Avec l'aide des professionnels des centres maternels parisiens, **évaluer la prévalence et le type des troubles mentaux** chez un échantillon randomisé de femmes accueillies, **en tenant compte des spécificités liées à la périnatalité et à la diversité culturelle**.

Module C

✧ Des recommandations sous la forme d'un **plan d'action santé mentale** visant à optimiser la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychologiques, à partir d'une évaluation de la « distance » entre A) et B) (c'est-à-dire évaluer si les compétences réunies dans les équipes et les ressources à leur disposition dans les quartiers sont suffisantes pour répondre aux besoins de la population accueillie sur le plan de la santé mentale).

Les objectifs :

- A partir d'une analyse des correspondances et des décalages éventuels entre les besoins identifiés et les compétences disponibles, et en lien avec les responsables des établissements et la tutelle, proposer **un plan d'action santé mentale** incluant notamment des recommandations en termes de
  - formation pour le personnel,
  - outils de prévention, de repérage et de suivi adaptés
  - stratégies d'évaluation, de monitoring et de pérennisation
  - mécanismes de soutien aux professionnels sur ces questions sur le long terme.

- **Veiller au suivi du plan d'action santé mentale** au niveau du département en identifiant notamment d'éventuels obstacles à sa pérennisation.

RESUME DES TROIS MODULES

Sensibilisation, formation et soutien aux professionnels
MODULE A

Participation des professionnels socio-éducatifs au repérage de ces troubles, caractérisation du soutien à leur apporter et réponse à leurs attentes d'accompagnement et de formation

Evaluation Epidémiologique

MODULE B

Evaluation de la prévalence et du type de troubles psychiques présentés par les femmes accueillies en centre maternel

Plan d'action en santé mentale
MODULE C

En s'appuyant sur les résultats d'A et de B, faire des recommandations pour une meilleure prise en compte de la santé mentale dans les centres maternels

METHODOLOGIE ET RESULTATS DE LA RECHERCHE

MODULE A
PROTOCOLE QUALITATIF AUPRES DES INSTITUTIONS

Module A, l'enquête auprès des institutions, a été essentiellement axée sur la collecte d'informations qualitatives, notamment par le biais

- d'entretiens initiaux avec l'encadrement et les équipes
- d'un questionnaire anonyme à destination des professionnels, sur la santé mentale en centre maternel
- de focus groupes auprès des équipes.

Entretiens avec l'encadrement et les équipes

Un premier entretien avec l'ensemble des directeurs et chefs de service des centres maternels a été réalisé afin d'explorer la volonté de chaque centre de s'investir dans l'étude, et d'explorer avec eux les modalités de déroulement de l'étude.

Dix entretiens d'une heure et demie à trois heures ont ainsi eu lieu :

- Le 11 janvier avec l'équipe du CM Mission Maternelle
- Le 12 janvier avec MM. Petit et Vignol, au CM Marie Becquet de Vienne
- Le 13 janvier avec M. Tuauden et Mme Braun, au CM Nationale
- Le 17 janvier avec Mme Brutinot, au CM Les Lilas
- Le 20 janvier avec Mr Poulain et Mme Wiest, au CM Michelet
- Le 24 janvier avec M. Tchang, au CM Ledru-Rollin
- Le 25 janvier avec l'équipe du CM Les Acacias
- Le 7 mars, avec l'équipe du centre Jonas
- Le 22 mars avec l'équipe du centre SESAME
- Le 20 avril, avec Mme Pradier, du CM Maison de la mère et de l'enfant.

Ces entretiens ont été guidés par une grille d'entretien semi-structurée (voir Annexe 1) visant à présenter la recherche de manière systématique, à recueillir des informations précises sur la structure du centre et son insertion dans les systèmes sanitaires et sociaux.

Si le premier rendez-vous n'avait été programmé qu'avec les cadres de l'institution, une seconde rencontre fut organisée afin de présenter la recherche aux équipes socio-éducatives. Ces présentations d'équipe ont eu lieu :

- le 1er février au CM Marie Becquet de Vienne
- le 10 février au CM Michelet
- le 29 mars au CM Nationale
- le 18 avril au CM Ledru-Rollin
- le 28 juillet au CM Les Lilas
- le 25 octobre au CM Maison de la mère et de l'enfant

Suite à ces premiers entretiens, un centre associatif[a] nous a fait part de sa décision de ne pas participer à la recherche. Cette décision fut précisée dans une lettre rédigée à l'attention du laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche par la psychologue et la directrice de l'établissement.

[a] Les Acacias

Ainsi, si les données collectées lors de ces entretiens initiaux et les résultats présentés portent sur l'ensemble des 10 centres, les données de la suite de l'étude ne concernent donc que 9 des 10 centres du Département de Paris.

Données principales recueillies durant les entretiens avec les directeurs, chefs de service et équipes des centres maternels

Il était demandé aux cadres de la structure de décrire leur institution (nombre de places, contrat, règlement…), leur personnel (présence ou non de psychologues, notamment), leur positionnement par rapport à la problématique (historique de troubles liés à la santé mentale) et, le cas échéant, les recours (en interne ou en externe) utilisés pour prendre en charge les résidentes en souffrance psychique

Tableau 4 : Résumé des entretiens avec la direction ou en réunion d'équipe sur les troubles psychiques et leur prise en charge

Centre	Nombre de places	Présence de psychologues	Utilisation protocole CPOA[a] (hors urgences)	Troubles psychologiques dans l'institution	Supervision institution-nelle	Inscription dans le réseau de santé mentale de proximité
Marie Becquet de Vienne	39	1 au centre, 1 à la crèche	non	Oui, notamment une situation de grande violence	arrêtée	3 ou 4 résidentes suivies. Liens satisfaisants mais délais longs
Michelet	35	Un mi-temps	non	La situation est « problématique » pour certaines résidentes. L'équipe éducative parfois « maltraitante » à l'égard de mères « institution-nalisées »	non	Difficulté d'orientation sur les CMP. Travail avec l'unité de soins du XIIIe
Nationale	48	2,5 temps plein	non	Enquête interne : 37% peuvent avoir de « troubles psy », problématiques anxieuses ou violentes.	arrêtée	Difficulté due au manque d'adhésion des mères
Ledru-Rollin	18	1 temps plein	non	Se traduit par des difficultés dans la prise en charge de la résidente.	non	Correct hors urgences. Difficulté due au manque d'adhésion des mères
Les Lilas	37	1 temps plein	non	Troubles dans la relation avec leur enfant (spécificité du centre)	non	Peu de contacts avec le secteur psychiatrique. Majoritairement en libéral
Mission	19	1 temps plein	non	Parfois, dans la	4 heures par	Pas de lien avec le

[a] Un protocole signé conjointement entre la DASES et le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil prévoyait de faciliter l'accès des centres maternels aux professionnels du centre pour l'accueil des résidentes, mais aussi pour le conseil en santé mentale, par téléphone (voir annexe 4). C'est de ce protocole particulier dont il s'agira, dans ce rapport, sous le terme « protocole CPOA ».

maternelle				relation mère-bébé	semaine	CMP
Maison de la mère et de l'enfant	33	non	non	Les mères présentes au centre ont échoué dans leur rôle. Le centre doit les recadrer.	2 psychanalystes interviennent régulièrement	SOS psychiatrie pour les urgences
Les Acacias	28	1 temps plein	Oui, pour accélérer la prise en charge en CMP	Oui, il y a un « relatif accroissement » des troubles dans l'institution.	oui	Le CMP refuse de voir les résidentes. Partenariats avec médecins et associations. Lien avec l'hôpital du Vésinet.
SESAME (en appart.)	10	1 temps plein	non		non	La prise en charge en CMPP ou PMI peut exister lorsqu'elle est initiée par les écoles.
Jonas Ecoute (mères mineures)	10	1.75 temps plein (« faisant fonction d'éducateurs »)	non	7/10 auraient des troubles	2 heures par mois	Travaille de manière satisfaisante avec les CMP et CMPP

Synthèse des principaux thèmes issus des entretiens initiaux

<u>Les problèmes de santé mentale dans les Centres</u>

➔ La santé mentale des femmes accueillies en centre maternel constitue un enjeu majeur pour les institutions. Les professionnels soulignent les situations où le comportement de la mère est dangereux pour autrui (violence) ou pour la psychologie de l'enfant (lien mère-enfant perturbé).

➔ La difficile adhésion des mères à une prise en charge psychologique constitue un obstacle important.

<u>Les ressources psychologiques à la disposition des Centres</u>

➔ Huit centres sur neuf ont des postes de psychologue. S'il y a en moyenne environ un équivalent temps plein par centre, le temps de psychologue par résidente peut varier considérablement : un centre travaille avec 2,5 équivalents temps plein pour 48 femmes accueillies, un autre avec 3 ETP pour 10 femmes accueillies.

➔ Le recours à la psychiatrie de secteur est en général difficile et rarement structuré. Huit centres n'ont pas ou peu de liens avec les structures de santé mentale de secteur. Deux y orientent leurs résidentes, mais avec difficulté.

➔ 1 seul centre a utilisé le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil du Centre hospitalier Sainte-Anne (CPOA) dans le cadre du protocole CPOA-DASES

➔ Les personnels de quatre centres bénéficient de supervisions institutionnelles. Six n'y ont pas recours, deux y ont eu recours antérieurement et ont arrêté cette démarche.

Questionnaire anonyme aux professionnels sur la santé mentale en centre maternel

Ce questionnaire sur les « besoins et attentes des personnels face aux éventuels troubles de santé mentale chez les femmes accueillies » visait à recueillir des informations sur la formation initiale et continue du personnel des centres maternels, sur leurs besoins et attentes en termes de compétences, de soutien et de formation relatifs aux stratégies à observer face à l'émergence d'éventuels troubles psychiatriques dans la population accueillie et à la promotion de la santé mentale.
Afin de permettre une comparabilité des données avec celles d'autres études et de s'appuyer sur des méthodes d'enquête déjà validées, certaines questions choisies s'inspiraient de celles de l'étude *Santé Mentale en Population Générale : Images et réalité* (Bellamy et al. 2004), étude dont l'objectif, entre autres, était d'interroger les représentations d'une population tout-venant sur la santé mentale. L'EPS Maison-Blanche était un des partenaires de cette recherche.

Méthodologie

Les questionnaires, non-nominatifs, ont été adressés aux directeurs d'établissement en leur demandant de les distribuer à « l'ensemble du personnel de l'institution côtoyant les résidentes du centre maternel ». Cette étape correspondait à la première « intervention » sur le terrain, après les rencontres avec les directeurs et les réunions d'information sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour commencer la diffusion des questionnaires. Au total, 205 questionnaires ont été diffusés aux 9 centres ayant accepté de participer à l'étude. Les directeurs/chefs de service ont informé le personnel de l'intérêt de la démarche. Dans 6 centres, les questionnaires ont été distribués par les directeurs/chefs de service durant l'une des réunions institutionnelles habituelles ; trois directeurs ont préféré déposer les questionnaires directement dans les boîtes à lettres individuelles du personnel. La raison évoquée par ces trois responsables était d'éviter de s'impliquer, en tant que cadres, dans une procédure d'évaluation indépendante des besoins de leurs équipes et donc de prendre le risque d'influencer les résultats[a]. A chaque questionnaire était jointe une enveloppe de retour libellée à l'adresse du chef du projet au Laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche.

L'organisation des centres et les prestations proposées peuvent influencer le type de personnel répondant au questionnaire. En effet, 6 centres ont une crèche intégrée dans leurs locaux, un 7^{e} centre a une crèche indépendante, ouverte sur la ville, située à quelques dizaines de mètres et les 2 autres centres sont « éclatés » et gèrent un réseau d'appartements en ville pour l'un et de familles d'accueil pour l'autre, accueillant des femmes mineures. Ces deux derniers centres n'ont pas de crèche intégrée. Dans certains cas, les crèches des établissements participant à l'étude ont été contactées par le directeur ou le chef de service du centre maternel afin que les membres du personnel reçoivent eux aussi le questionnaire, dans d'autres cas aucune réponse n'est parvenue du personnel de la crèche.

Afin d'assurer un taux de réponses convenable, six semaines environ après l'envoi des questionnaires, une lettre de relance a été adressée à l'attention des directeurs et/ou chefs de service. Un centre a demandé à recevoir de nouveaux questionnaires suite à cette relance. 54 questionnaires ont été reçus après l'envoi de la lettre de relance.

[a] Il est donc important de préciser qu'on ne note pas de différence de taux de réponse en fonction du mode de distribution choisi dans chacun des centres.

En tout, 205 questionnaires ont été distribués aux 9 centres maternels entre le 15 mars et le 21 avril 2005.

Résultats

La participation à ce questionnaire anonyme étant basée sur le volontariat et la confidentialité, nous nous attendions à ce que les répondants soient majoritairement des personnes ayant un intérêt personnel ou professionnel pour cette thématique, une expérience à partager autour de la thématique de la santé mentale et maîtrisant suffisamment la langue française par écrit. En effet, des réponses souvent longues, remplissant largement l'espace prévu à cet effet, ont montré un fort intérêt de la majorité des répondants pour les questions qui leur étaient posées. On ne note pas de différence dans la longueur des réponses fournies en fonction de la profession des répondants.

Les réunions de présentation de l'étude épidémiologique ayant eu lieu dans les mois ayant suivi la distribution des questionnaires, les professionnels ont alors eu l'occasion de faire un retour oral sur l'outil aux chercheurs. Ils ont fait part :

- de l'intérêt du propos, et de la difficulté qu'ils ont rencontrée pour répondre à certaines questions à leur satisfaction,
- de la réflexion individuelle suscitée par cette interrogation sur la santé mentale, et plus particulièrement sur la notion de « bonne santé mentale ».

Questionnaires recueillis

Sur les 205 questionnaires distribués dans les centres maternels (125 aux 4 centres départementaux et 80 aux 5 centres associatifs), 95 ont été retournés (taux de réponse : 46%). Ce taux de réponse est très satisfaisant pour ce genre d'enquête d'autant plus que l'on aurait pu redouter un phénomène de méfiance souvent observé dans le milieu médico-social lorsque des personnes de l'extérieur enquêtent sur les pratiques, la crainte du jugement pouvant être forte (Diederich et Greacen 1996).

Au total, 49 (53%) des questionnaires renvoyés au laboratoire de recherche provenaient de centres départementaux et 43 (47%) de centres associatifs.[a] Trois répondants n'ont pas mentionné leur institution d'appartenance. Si le nombre de réponses par centre départemental (de 6 à 19) a été bien distribué, montrant une mobilisation générale du personnel autour du sujet, cette mobilisation a été plus variable pour les centres associatifs.[b]

Caractéristiques des répondants :

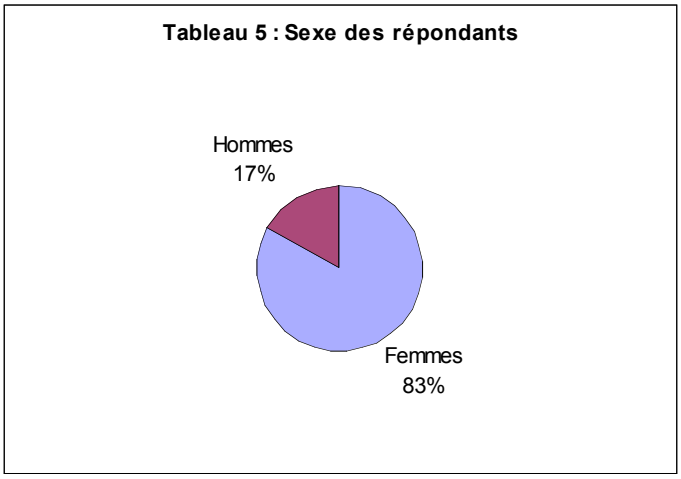
Le profil socio-démographique des répondants reflète le profil du personnel en son entier sauf pour une sur-représentation, comme on pouvait s'y attendre avec le mode de recrutement, du personnel directement en contact avec les mères (personnel socio-éducatif) et avec les mères en difficulté psychique (psychologues).

---

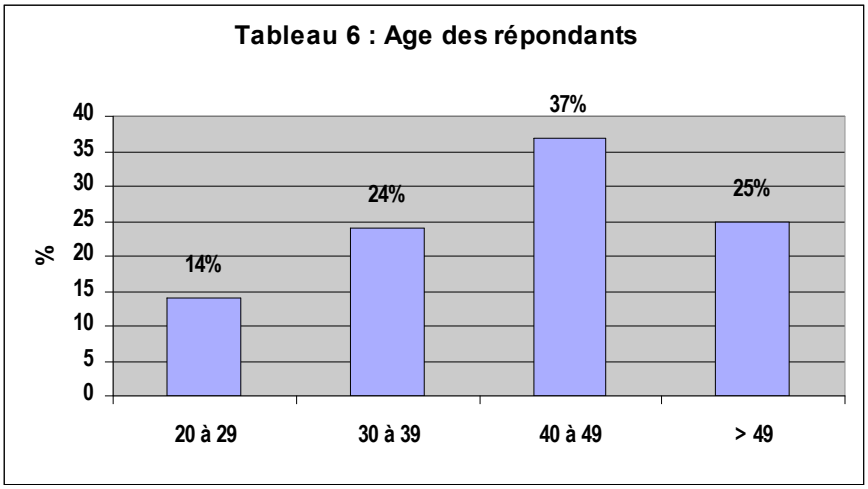
[a] Le taux de réponse des centres départementaux (39%) par rapport au nombre de questionnaires envoyés était inférieur à celui des centres associatifs (54%).

[b] En effet, un centre a compté pour 20 des 43 réponses associatives (47%), un autre pour 16 (37%) ; les responsables de ce dernier centre ayant en effet distribué les questionnaires lors d'une réunion institutionnelle avec la demande de les retourner au plus vite, les répondants ont choisi de remplir les questionnaires durant la réunion. Si les quatre autres centres associatifs comptent pour 7 réponses seulement, deux parmi ces quatre centres, ayant de toutes petites équipes (7 et 3 personnes), ont en réalité des taux de réponse de 43% et 66%. En revanche, les deux derniers centres associatifs n'ont guère participé.

Sexe
Plus de 4 répondants sur 5 sont des femmes.



Age
L'âge moyen des répondants est de 42 ans (21-60 ans).



Lieu de travail
Presque 7 répondants sur 10 travaillent dans la partie résidentielle des centres maternels (Tableau 7).

Tableau 7 : Lieu de travail du personnel répondant

Lieu de travail	%
Partie résidentielle[a]	69
Crèche	26
Les deux	1
NR	3

Durée de l'exercice professionnel et de leur emploi actuel

[a] Un centre maternel est composé d'une partie résidentielle, constituée des chambres/studios des femmes et de leurs enfants, et, le cas échéant, d'une crèche.

Les répondants exercent leur profession depuis 11,3 ans en moyenne et sont employés depuis 7,0 ans en moyenne dans leur centre actuel. 23 d'entre eux ont exercé un autre métier du champ sanitaire et social avant d'exercer leur fonction actuelle.

Catégories professionnelles des répondants
Le métier d'éducateur spécialisé (31%) et les métiers de la petite enfance (auxiliaires de puériculture, infirmières-puéricultrices, éducateurs de jeunes enfants, agents maternels de crèche) sont les plus représentés parmi les répondants.

Tableau 8 : Catégories professionnelles des répondants

N	catégorie professionnelle	%
29	éducateurs spécialisés	31%
12	auxiliaires de puériculture	13%
8	agents d'entretien ou de services	8%
8	infirmières-puéricultrices	8%
7	assistants sociaux	7%
7	éducateurs de jeunes enfants	7%
6	agents administratifs	6%
5	psychologues	5%
4	cadres socio-éducatifs (chefs de service)	4%
3	conseillers en économie sociale et familiale	3%
3	directeurs	3%
2	agents maternels de crèche	2%
1	médecin	1%

Dans quelle mesure le profil professionnel des répondants correspond-il à celui de l'ensemble des personnels des centres maternels parisiens ? La comparaison avec les chiffres de la DREES de 1998 (Monteil et al. 2003) – bien que ces deux mesures de la composition du personnel par catégorie professionnelle ne soient pas comparables *strictu sensu* du point de vue statistique - indique, comme nous pouvions nous y attendre, que les personnels en contact direct avec les mères (personnel socio-éducatif) et ceux directement concernés par les troubles psychiques (psychologues) sont davantage représentés dans l'échantillon actuel par rapport aux autres catégories professionnelles.

Tableau 9 : Comparaison de la composition des équipes des centres maternels parisiens en 1998 avec le profil professionnel de l'échantillon actuel.

Catégorie professionnelle	% d'ETP DREES 1998	Répondants CEMAT 2005 (en %)
Personnel éducatif, pédagogique et social, diplômé et non-diplômé	35.7	49
Personnel de direction, gestion et administration	34.6	19
Personnel para-médical	22.2	21
Personnel d'encadrement	3.5	4
Psychologues	1.9	6
Personnel non-statutaire	1.4	0
Personnel médical (hors psychiatres)	0.5	1
Psychiatres	0.1	0

Contenu des questionnaires et méthode d'analyse

Le questionnaire sur la santé mentale (voir annexe 2) interrogeait les professionnels des établissements maternels sur

- leur formation initiale : cursus, diplôme(s) obtenus, nombre d'années d'études
- la place plus spécifique des cours concernant la santé mentale dans leur cursus
- leur perception de la bonne/mauvaise santé mentale en centre maternel
- les problèmes liés à l'expression d'éventuels troubles chez les femmes accueillies
- leurs attentes en terme de formation et de soutien.

Le traitement des données qualitatives (réponses aux questions ouvertes) s'est déroulé par catégorisation[a] :

- recherche des thématiques principales définies par les hypothèses de recherche, l'étude de la littérature et les pré-enquêtes
- catégorisation des réponses des participants en fonction des thématiques identifiées
- redéfinition des catégories- si nécessaire en fonction des manques, des ajouts à effectuer et de leur pertinence aux réponses
- reclassement des réponses en fonction des nouvelles catégories.

Formation initiale

Parmi les 74 des 79 personnes qui ont répondu à cette question, 53 se déclarent diplômés de l'enseignement supérieur (Tableau 10).

Tableau 10 : Diplômes déclarés par catégorie professionnelle du répondant

Catégorie professionnelle	Diplômes
24 éducateurs spécialisés	19 ont le diplôme d'état d'éducateur spécialisé (DEES) dont 5 qui ont également un autre diplôme de l'enseignement supérieur (1 psychologue, 1 jardinière d'enfant, 1 éducateur de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), 1 moniteur-éducateur CAFME). 2 n'ont pas répondu.
8 auxiliaires de puériculture	Tous ont un CAP d'auxiliaire de puériculture.
8 agents d'entretien ou de services	3 n'ont pas de formation scolaire supérieure, 2 ont un CAP. 2 ont une formation spécifique à leur emploi actuel (ménage, accueil), 1 n'a pas répondu.
7 infirmières-puéricultrices	Tous ont une formation d'infirmière ; 1 une spécialisation en puériculture.
5 assistants sociaux	Tous ont une formation d'assistant de service social (3 ans)
6 éducateurs de jeunes enfants	5 ont un diplôme d'état d'éducateur de jeunes enfants, 1 un CAP d'auxiliaire de puériculture
5 psychologues	Tous ont un DESS de psychologie.
4 agents administratifs	3 ont une formation qualifiante en agent administratif, 1 a un BTS.
3 cadres socio-éducatifs (chefs de service)	2 ont une formation initiale d'éducateur spécialisé, 1 d'assistant de service social. 1 a en plus une licence et 1 un DEA.
3 conseillers en économie sociale et familiale	Tous ont un BTS en économie sociale et familiale.
3 directeurs	2 ont une formation initiale d'éducateur spécialisé, 1 de gestion. Les 3 ont validé un diplôme de direction de l'Ecole de Rennes.
2 agents maternels de crèche	Les 2 ont un CAP de petite enfance, 1 a en plus un BEP.
1 médecin	Une spécialisation en pédiatrie

[a] Seize questionnaires d'une structure sont arrivés très tardivement, au moment de la rédaction de ce rapport. Si les données quantitatives provenant de ces questionnaires ont pu être incluses ici, les données qualitatives n'ont pu être traitées. Ainsi, le traitement de ces dernières ne porte que sur 79 questionnaires.

Formation initiale dans le domaine de la santé mentale

58 personnes (73%) ont donc suivi des cours sur la santé mentale durant leur cursus.

Tableau 11 : Cours de santé mentale, de psychologie ou de psychiatrie suivis dans la formation initiale

Catégorie professionnelle du répondant	Non rép.	Non	Oui
agent administratif		3	
agent d'entretien ou de service	3	6	
agent maternel		2	
assistant social			5
auxiliaire de puériculture		5	3
cadre socio-éducatif			3
conseiller en économie sociale et familiale			3
directeur			3
éducateur spécialisé	1	1	22
éducateur de jeunes enfants			6
médecin			1
psychologue			5
puéricultrice			7

Seuls les agents d'entretien, les agents administratifs, les agents maternels et 5 des 8 auxiliaires de puériculture déclarent ne pas avoir eu de cours de psychologie. L'ensemble des autres personnels (à l'exception d'un éducateur spécialisé) disent avoir eu une formation à ce sujet.[a] Si nous devons rappeler que la méthodologie employée dans cette enquête (réponse volontaire et anonyme à un questionnaire écrit) risque d'introduire un biais vers un plus grand taux de réponse des personnes s'intéressant au sujet de l'enquête et donc s'inscrivant plus volontiers dans des formations à ce sujet, le pourcentage de personnes ayant reçu une formation sur la psychologie est néanmoins élevé et, dans le cas de plusieurs professions (psychologues mais aussi puéricultrices, assistants sociaux et éducatrices jeunes enfants), cette formation aurait été soutenue.

Lorsque la réponse « oui » est détaillée, il en ressort que :

- les cours suivis ont été
  - des cours de psychologie générale (psychologie sociale, psychopathologie, psychologie développementale…), en général quelques heures par semaine sur une période allant de quelques mois à 3 ans.
  - 26 professionnels rapportent avoir spécifiquement suivi des cours de psychologie de l'enfant (4 assistants sociaux, une auxiliaire de puériculture, 3 cadres socio-éducatifs, 6 éducateurs de jeunes enfants, 7 éducateurs spécialisés, 4 infirmières-puéricultrices, 1 psychologue).
  - 8 professionnels rapportent avoir suivi des cours de psychanalyse : une assistante sociale, 43 ans ; un cadre socio-éducatif, 44 ans ; 3 éducateurs de jeunes enfants, 28-33-44 ans ; 3 éducateurs spécialisés, 43-48-55 ans.
- Alors que cette question n'était pas posée spécifiquement, 6 professionnels soulignent spontanément le peu de pertinence de ces cours à leur pratique professionnelle actuelle (beaucoup parlent de « notions », d' « initiation »).
- Les répondants soulignent cependant l'importance de la formation moins formelle reçue « sur le tas » dans leur vie professionnelle.

[a] Il est à noter que les éducateurs spécialisés rapportent presque tous (22/24) avoir suivi de tels cours.

- 4 répondants font état d'une expérience professionnelle dans le champ de la psychiatrie.
- Aucune formation en prévention ou promotion de la santé mentale n'a été mentionnée.

✧ **Alors même que cela ne constitue pas leur champ d'expertise spécifique, le personnel social et paramédical des centres maternels et de leurs crèches répondant au questionnaire a reçu en grande partie (73%) une formation sur la psychologie. Un quart d'entre eux soulignent spontanément cependant que leur formation a été peu approfondie et peu pertinente à leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Aucun professionnel n'a fait état de formations sur la prévention ou la promotion de la santé mentale.**

La bonne santé mentale et la mauvaise santé mentale

69 des 79 répondants ont répondu à la question : « *Selon vous, comment peut-on définir la bonne santé mentale / la maladie mentale en centre maternel ?* » Des 10 personnes qui ne se sont pas exprimées, 3 étaient éducateurs spécialisés, 3 agents d'entretien ou de services, 2 agents administratifs, 1 infirmière-puéricultrice, 1 auxiliaire-puéricultrice.

En abordant non seulement la maladie mentale mais également la notion de bonne santé mentale[a], cette question cherchait à ouvrir la réflexion sur d'éventuelles missions positives du centre maternel dans ce domaine et à éviter des réponses stéréotypées tirées des connaissances psychopathologiques. Le nombre important de répondants qui ont proposé une définition de la bonne santé mentale en réponse à cette question ouverte montre l'intérêt qu'ont les professionnels des centres maternels pour ce sujet.

Si rien dans la première partie du questionnaire n'indiquait que l'enquête s'intéressait plus particulièrement à la santé mentale des résidentes, compte tenu du fait que les répondants étaient en général au courant du déroulement imminent de l'enquête épidémiologique et qu'ils travaillent en moyenne depuis plus de 7 ans en centre maternel, nous pouvions nous attendre à ce que les réponses à cette question évoquent souvent la santé mentale des femmes hébergées. En effet, la plupart des répondants (62 sur 69) se sont positionnés dans les exemples qu'ils donnent uniquement par rapport à la santé mentale des usagers. Seuls 4 répondants se sont exprimés en évoquant aussi, de façon explicite, la santé mentale des professionnels (2 psychologues, 1 médecin, 1 éducateur spécialisé). Et, fait plutôt surprenant dans des établissements hébergeant autant d'enfants que d'adultes[b], seuls trois répondants ont évoqué aussi la santé mentale de l'enfant (1 éducateur de jeunes enfants, 1 auxiliaire de puériculture, 1 aide maternelle).

La bonne santé mentale : les thématiques abordées par les professionnels

Un nombre de thématiques générales ressortent dans la définition de la bonne santé mentale en centre maternel, proposée par les professionnels des centres.

---

[a] Selon l'Organisation mondiale de la santé (2001), la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».

[b] Mais peut-être est-ce l'influence de l'enquête épidémiologique sur la santé des femmes résidentes, imminente, qui a pu jouer ici.

En premier lieu, la bonne santé mentale, est un état psychologique interne, un état de bien-être, d'équilibre :
« La bonne santé mentale, c'est être équilibré. »
« La bonne santé mentale, c'est un état de bien-être. »

Cet équilibre est lié à sa capacité de gérer son comportement, ses difficultés et sa vie en général

▫ Savoir se contrôler (6% des répondants)
« La bonne santé mentale, ce sont les gens qui savent contrôler leur comportement. »

▫ Etre conscient de ses difficultés, et porter un regard objectif sur celles-ci (8%)
« C'est une capacité à repérer ses difficultés, à en comprendre le sens pour mieux les assumer. »

▫ Savoir identifier et gérer les difficultés de la vie, avoir de la résilience (15%)
« La bonne santé mentale, c'est être équilibré, pouvoir gérer les aléas de la vie. »
« C'est un positionnement face au réel, avec une capacité d'adaptation et de rebondissement. Malgré des moments douloureux, éprouvants, une envie de s'en sortir ou d'accepter ces moments, de les élaborer…d'échanger. »
« C'est une capacité à repérer ses difficultés, à en comprendre le sens pour mieux les assumer. »

▫ Etre capable de se projeter dans la vie de manière autonome (21%)
« La bonne santé mentale se manifeste par un bon positionnement en tant que personne en désir de relation, dans un projet humain personnel et professionnel. »
« La bonne santé mentale peut être définie selon moi comme un équilibre psychique de la maman que nous accueillons pour répondre aux besoins de son enfant et préparer une vie autonome à l'extérieur. »

La bonne santé mentale est liée aussi à sa capacité de se situer par rapport à autrui, la société, ses pairs, ses enfants :

▫ Savoir communiquer avec autrui
« C'est communiquer et agir de manière compréhensible par l'entourage et la société. »

Etre capable de fonctionner en société, de créer des liens (29%)
« La bonne santé mentale, c'est un état de bien-être permettant à l'individu d'être autonome socialement…c'est avoir la capacité de tisser des liens familiaux, amicaux, amoureux tout au long de la vie. »
« Pour moi, quelqu'un en général a une bonne santé mentale, c'est quelqu'un qui est bien équilibré, a de bonnes relations avec autrui, il sait accepter ses erreurs, sait prendre du recul et sait tenir le coup malgré l'adversité de la vie, etc. »

▫ Respecter le fonctionnement du centre maternel et développer une relation proche avec les éducateurs (12%)
« La bonne santé mentale serait une capacité suffisamment bonne d'adaptation au contrat d'accueil proposé et accepté par la résidente. »
« C'est pouvoir vivre en harmonie avec les autres résidentes et travailleurs sociaux…c'est malheureusement ne pas perturber l'ordre établi. »

▫ Savoir jouer son rôle de mère (21%).
« On peut repérer quand une mère est en bonne santé quand déjà la relation à son enfant est stable, sans excès de rejet ou d'exubérance affective. »
« J'ai vu des mères très atteintes tisser des liens très riches et forts avec l'enfant, et j'ai aussi vu des mères très « adaptées» et très « normées» avoir une relation détériorée ou détériorante avec l'enfant.»
« Pour moi, une bonne santé mentale c'est une jeune femme qui malgré ses difficultés réussit à voir les bons côtés de la vie. »

« …Continuer de faire confiance à la vie et aux autres malgré les difficultés rencontrées, de créer ou de recréer des liens, de pouvoir aussi demander de l'aide lorsque cela ne va pas, d'arriver à parler de sa souffrance, la déposer pour être disponible à autre chose. »

✧ **La bonne santé mentale, selon les professionnels répondants, se caractérise principalement par l'équilibre psychologique et interpersonnel et donc la qualité de l'insertion et d'autonomie de la personne dans un environnement social adéquat. C'est aussi lorsque la mère peut établir une relation de proximité avec son enfant. En somme, bonne santé mentale et mission du centre maternel tendent à se confondre. Ces représentations de la santé mentale selon les répondants s'avèrent aussi être proches de la définition de l'OMS (« *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* »), les professionnels mettant bien en valeur : le bien-être, la capacité à surmonter les crises et l'adaptation à la communauté.**

La maladie mentale en centre maternel

En ce qui concerne la maladie mentale en centre maternel, les réponses renvoient quasiment uniquement à celle des résidentes. Trois thèmes ressortent plus fréquemment : (1) violence et comportements bizarres (2) dépression et isolement et (3) maltraitance de l'enfant.[a]

1/ Les troubles du comportement (32%)

▫ Violences à l'égard d'autrui ou de soi-même

« L'excitation permanente comme moyen de défense, les comportements à risque : drogues, surconsommation de médicaments… »

▫ Comportement bizarre, délirant

« Selon son origine et sa forme, elle se caractérise par des troubles de la personnalité, du comportement ainsi qu'une altération des moyens de communication et d'une manière générale de la vie sociale. Elle rend « étrange » et dérange l'entourage et la société. »

« La maladie mentale se caractérise par des comportements, des attitudes qui ne sont pas en adéquation avec la situation donnée. »

« incohérence…exubérance. »

2/ La personne isolée, déprimée, dépendante, qui ressent un mal-être (26%)

« La maladie mentale serait selon moi cette espèce de dépendance des mères vis à vis du centre maternel… »

« Lorsque quelques mamans s'enferment dans leurs studios, comme ne voulant voir personne, se réfugiant dans la maladie ou le sommeil. »

3/ La mère qui menace l'intégrité de son enfant et/ou du lien mère-bébé (26%)

« Un comportement violent envers l'enfant, par un manque de soins permanent. »

« La maladie mentale est d'avoir des protections magiques omnipotentes contre les vécus persécutifs et dépressifs qui l'éloignent de la réalité du bébé. »

Parmi les thèmes moins fréquemment évoqués :

▫ menace la qualité du travail fait en centre maternel, voire menace directement l'institution et les professionnels (16%)

« La maladie mentale : soit profiter d'une manière abusive de sa situation…et pointer les défaillances de l'institution. »

« Une déconnexion trop forte avec la réalité et un refus d'accompagnement.»

[a] 50 personnes se sont exprimées. Le total des pourcentages est supérieur à 100% en raison des différentes définitions pouvant être données dans un questionnaire.

▫ <u>présente une pathologie psychiatrique (10%)</u>
« Une structure psychotique. »
« Anxiété, dépression, troubles de l'alimentation, troubles déficitaires de l'attention qui sont courants en centres maternels. »

▫ <u>n'est plus au contact du réel (6%)</u>
« enfermement dans un monde hors de la réalité.»

▫ <u>est dans le déni de ses troubles (4%)</u>
« une difficulté à être conscient de son propre état.»

Deux professionnels mentionnent également les troubles addictifs.

De manière générale, les professionnels distinguent « troubles psychologiques », qu'ils estiment davantage normaux[a], de « maladie mentale » et de « troubles psychiatriques » qui seraient moins fréquents en centre maternel. Ils mettent en premier lieu dans leur définition de « trouble psychologique » les mères qui s'isolent, se replient et se coupent de la vie en collectivité, cet isolement constituant un élément facile de repérage. Les « troubles relationnels » ou « non-respect des règles sociales » sont également des portes d'entrée pour repérer les femmes en souffrance.
« La "maladie" mentale se définit surtout lorsque l'on est "hors" réalité -voire délires, hallucinations. Je ne qualifierai pas les troubles dépressifs comme de la maladie mentale, mais plutôt comme des troubles psychologiques. »

La maladie mentale se mesure aussi par une trop grande dépendance des mères ou des enfants sur le personnel.
« La maladie mentale en centre maternel serait, selon moi, cette espèce de dépendance des mères vis-à-vis du personnel du centre maternel, mais aussi du personnel vis-à-vis de certaines mères. »
« La maladie mentale : un enfant qui reste seul, qui ne s'intègre pas au groupe ou qui reste collé à sa référente. »

- ✧ De manière générale, les troubles de santé mentale sont associés, pour les professionnels des centres maternels, à des comportements violents, des comportements étranges proches de la folie et aux affects dépressifs.
- ✧ Ils repèrent les troubles de santé mentale en fonction de comportements perturbant la relation mère-bébé, l'institution ou l'insertion professionnelle et sociale de la mère.
- ✧ La trop grande dépendance de la mère ou de l'enfant sur l'institution peut être un indicateur de difficultés psychologiques.
- ✧ Les problèmes de santé mentale courants dans notre société - troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, TOC…), comportements hypomanes[b], insomnie, suicide ou encore stress post-traumatique, troubles alimentaires - n'ont pas été évoqués.

<u>La santé mentale de l'enfant</u>
Les rares professionnels qui ont pris en considération la bonne santé mentale de l'enfant ont souligné que celui-ci pouvait être considéré en bonne santé mentale s'il s'intégrait bien au

[a] *« Je pense, comme le Docteur Knock, que tout homme bien portant est un malade qui s'ignore. Il en va de même dans le domaine psychiatrique. ».*
[b] Elévation de l'humeur caractéristique donnant lieu à des comportements d'agitation ou d'excitation inadaptés, caractéristique d'une dépression contre laquelle lutte la personne.

sein du groupe de pairs et s'il montrait une certaine indépendance par rapport à sa professionnelle référente à la crèche.

« La bonne santé mentale doit se voir sur la façon dont se comporte l'enfant, s'il parle bien, s'il n'est pas en retard par rapport à d'autres enfants du même âge. Maladie mentale : un enfant qui a beaucoup de mal à s'intégrer au groupe de copains, ou qui ne voit que par sa référente. »
« La bonne santé mentale : un enfant qui se sent bien avec lui-même et les autres, qui joue seul ou avec les autres. »
« Un enfant en bonne santé mentale est souple lorsqu'on le porte. Il ne se raidit pas, ni moue dans les bras, n'est pas tout le temps en train de pleurer, inconsolable, dans les bras. Plus grand, il a des activités où il se concentre quelques minutes. »

Mécanismes institutionnels pathogènes

Certains professionnels font remarquer l'effet parfois pathogène du contexte institutionnel sur des résidentes vulnérables.
« L'institution, par son cadre, ses règlements peut exacerber des processus pathologiques déjà présents antérieurement. »

Le jugement et le regard de l'autre dans un monde fermé ajoute à la pression.
« Le centre maternel est un lieu qui, sans être "fermé" n'est pas l'extérieur. Il peut être vécu par les résidentes comme "carcéral" ou "infantilisant" selon l'âge et le vécu. A cela se rajoute le problème que chaque résidente est sous le regard de l'autre, ainsi le concept de "bonne mère" ou "mauvaise mère" est vite repéré dans l'institution. »
« Le centre maternel ne va pas bien, par exemple, lorsque les éducateurs ont du mal à maintenir le cadre, à poser des limites, qui deviennent floues, quand certaines situations individuelles semblent se figer complètement, quand on retrouve le manque d'autonomie du côté du personnel n'ayant plus aucun recul par rapport aux résidentes. »

La supervision est essentielle à ces moments de perte de recul, pour aider à (re)trouver la bonne distance.
« Pour éviter cela, il est, je crois, crucial de maintenir des espaces communs de réflexion pour le personnel et de leur proposer une supervision ou une analyse des pratiques. »
« La bonne santé mentale dans un centre maternel concerne les usagers et également les professionnels. L'absence de pratique psychanalytique ou d'analyse des pratiques professionnelles ne peuvent pas permettre d'avoir une bonne distance entre les usagers et les professionnels, d'où des conflits et des difficultés dans l'accompagnement des mères. La bonne santé mentale dans un centre maternel nécessite un accompagnement des professionnels afin de mieux dépister les troubles psychologiques de certains usagers. »

Gérer la maladie mentale en centre maternel

« Est-il facile pour vous d'être au contact de résidentes présentant des difficultés psychologiques ? Comment le gérez-vous ? » 75 personnes (soit 95% des répondants) ont répondu à cette double question.

41 ont formulé un point de vue sur la première. Pour une large majorité de ces répondants (32 soit 78%), il n'est pas facile de gérer les contacts avec les résidentes souffrant de troubles psychologiques. Certains expriment un sentiment d'impuissance. (3, 10%)
« Je suis souvent très démunie pour répondre à des discours qui me semblent inadaptés. »

D'autres soulignent leur manque d'expérience pour répondre à ce type de demande (4,14%).
« C'est un problème dur à gérer, surtout pour une jeune diplômée. »

En revanche, une minorité de répondants (9 personnes dont 1 psychologue) trouvent que le travail auprès de cette population ne les met pas particulièrement en défaut.
« Oui, je n'ai pas de difficulté à être en contact avec des jeunes femmes présentant des difficultés psy. Mon expérience montre que nous avons le plus souvent à faire à des personnes déprimées. »

Les principales difficultés particulières décrites par les répondants en ce qui concerne l'accueil de femmes en souffrance psychologique (29 exprimés) sont les suivantes :

▫ Comportement violent (8,28%)
« Nous sommes confrontés à une véritable difficulté […] lorsqu'elles expriment de la violence verbale ou physique. »
« Je me sens démunie face à une résidente incohérente, irraisonnée ou en crise violente. Je perds assez vite patience quand le dialogue n'est pas possible. »

▫ Gestion des conséquences sur les autres résidentes
« Leurs symptômes en collectivité font dysfonctionner les groupes d'usagers »
« Je ne me sens plus démunie quand il y a une pathologie mentale, dans la mesure où la mesure n'est pas adaptée à ces situations et le fonctionnement ne facilitant pas toujours la prise en compte des symptômes, voire les accentuant…répercussion sur le quotidien des autres résidentes. »

▫ Comportements perturbateurs à caractère pathologique : provoquent des conflits, parfois même au sein des équipes, refus de respecter les règles de l'établissement…(6,21%)
« Par exemple, nous avons une mère qui ne supporte pas qu'on lui fixe des rendez-vous, qu'on lui impose des limites, des temps, des obligations, des échéances… »
« Ce qui est difficile, c'est les situations où les jeunes femmes pour éviter d'être confrontées à leur propre limite font jouer à l'équipe un rôle de "persécution", ou celles qui mettent les membres de l'équipe en opposition par des attitudes qui entraînent des conflits institutionnels. Dans ce cas là, le manque de supervision au sein de l'établissement se fait cruellement ressentir. »

▫ Le déni des troubles psychologique (4,14%)
« Nous sommes confrontés à une véritable difficulté lorsque ces personnes sont dans le déni de leurs problèmes. »
« Ce qui est le plus difficile, c'est leur déni de souffrance et le déni d'être différentes des autres résidentes et d'avoir besoin d'un accompagnement différent. »
« De plus, les réseaux du quartier qui pourraient prendre en charge les cas les plus lourds […] souvent demandent que la jeune femme soit "demandeuse". »

▫ L'inadéquation de la structure pour accueillir des femmes en souffrance psychologique (4,14%)
« Le centre n'est pas adapté à ces situations, le fonctionnement ne facilite pas toujours la prise en charge des symptômes. »

▫ Le repli des résidentes en souffrance (3,10%)
« Ce n'est pas toujours très évident, car certaines sont très repliées sur elles, donc le dialogue est plus difficile. »
« Non, c'est plutôt difficile, car les résidentes présentant des difficultés psychologiques remarquables sont souvent en rupture avec nous. »

Différentes modalités de gestion sont évoquées (58 exprimés) :

Des stratégies inter-professionnelles
▫ Le recours au travail intra-institutionnel : discussion en réunions d'équipe, avec la direction, travail en binôme sur une situation, supervision institutionnelle, lorsqu'elle existe (un seul centre) (48%)
« Je peux en discuter avec certains collègues pour faciliter la mise à distance. »
«[Il faut] travailler le plus possible avec les collègues pour effectuer des entretiens à deux, de manière à ce qu'il y ait du tiers. »

▫ Le recours au réseau de santé mentale extérieur à l'établissement (psychiatres libéraux, centres médico-psychologiques, associations) (17%)
« Il faut mettre en place un partenariat pour ne pas se retrouver seuls et avoir des regards extérieurs »

Même si se conformer aux demandes des partenaires du réseau n'est pas évident :
« ...les réseaux du quartier qui pourraient prendre en charge les cas les plus lourds ne sont pas toujours compatibles avec les horaires des jeunes femmes quand elles travaillent, et souvent demandent que la jeune femme soit "demandeuse". »

▫ Le recours aux psychologues de l'établissement (16%)
« Les experts doivent valider ou non notre travail d'écoute. »
« Diriger la résidente vers les professionnels concernés au sein de l'établissement… »

Des stratégies individuelles
▫ L'écoute de la résidente, sur le mode empathique, passif (22%)
« Elles ont besoin d'une écoute. »
« En étant le plus possible à l'écoute des mamans ; certaines sont très repliées, le dialogue est donc difficile. »

▫ Le dialogue, la gestion active des problèmes, le soutien actif (12%)
« J'essaie d'établir un lien authentique…de ne pas être intrusive…de privilégier la coopération plutôt qu'apporter mes propres solutions Ne pas faire à la place et valoriser les « progrès » dans la situation. »
« Etablir un lien authentique avec la personne, pour apparaître comme une personne ressource. »

▫ La formation professionnelle (10%)
« Je peux en parler aux collègues…et lors des formations proposées par la DASES. »
« Il est important de prendre du recul sur la maladie mentale et de participer pour cela à des formations traitant ce sujet. »

▫ Le travail analytique personnel (5%)
« Ca suppose de faire un travail sur soi et de comprendre ses propres limites. »

→ 78% des répondants trouvent qu'il n'est pas facile de travailler avec des résidentes présentant des troubles de santé mentale. Ces troubles, quels qu'ils soient, rendent la prise en charge plus difficile qu'avec les autres résidentes. Les principaux problèmes soulignés sont les comportements violents ou incohérents perturbant le fonctionnement institutionnel, les relations avec les autres résidentes, mais aussi la relation mère-bébé. Certains professionnels évoquent aussi la difficulté de faire prendre conscience à la mère de la nécessité de bénéficier d'une prise en charge adaptée. Les stratégies mises en place « en interne » s'appuient pour la moitié des répondants sur le travail institutionnel. Ils soulignent l'importance des réunions d'équipe, du travail en équipe autour d'une même résidente, de l'appui des psychologues et de la supervision institutionnelle. 17% des répondants évoquent également l'orientation sur des structures extérieures spécialisées en santé mentale comme recours supplémentaire souhaitable mais souvent problématique.

Besoins et attentes des personnels

71 personnes se sont exprimées (91%). Elles évoquent les attentes suivantes :

Une supervision d'équipe (55%). Les répondants soulignant les effets positifs lorsqu'une telle supervision est proposée dans l'établissement et regrettant son absence lorsque aucune supervision n'a été mise en place ou lorsqu'elle a été supprimée
« Besoin, à l'intérieur de l'établissement d'un psychiatre psychanalyste COMPETENT pour soutenir l'équipe. »
« Oui, nous bénéficions de supervisions, ce qui est très bien. Cela nous permet de discuter de certains problèmes rencontrés, de trouver des solutions en commun pour pouvoir mieux les gérer. »
« La supervision semble correspondre à mes besoins car elle permet d'échanger sur la pratique et de réfléchir à des stratégies d'actions auprès des personnes présentant des troubles psychologiques. »
« Nous avons suivi une supervision pendant deux ans à un rythme d'environ une séance par mois, ce que je trouve insuffisant, et ce après plusieurs formulations de cette demande. J'espère et je souhaite que nous puissions suivre une supervision régulière afin de nous AIDER et de nous SOUTENIR. »

« Lors des réunions de synthèse, nous travaillons avec une psychologue qui nous aide à nous décaler de la situation, car souvent nous manquons de recul. Une supervision pourrait être intéressante ponctuellement car peu de situations sont réellement ingérables. »

Une formation continue (52%). Les thèmes cités sont les suivants : La nosographie psychiatrique, les approches thérapeutiques, le lien mère-bébé, le repérage des troubles psychologiques et les outils du repérage, les « bonnes pratiques », les troubles de la personnalité, la psychologie sociale, les classifications psychiatriques, l'ethnopsychiatrie, le traumatisme, l'impact du trouble de la mère sur l'enfant, les troubles précoces de l'attachement, la dépression post-natale, la dépression du bébé.

« Un séminaire dans l'établissement concernant le repérage des difficultés psychologiques me paraît être une chose évidente, ainsi que des interventions ponctuelles (sortes de révision) sur les différents troubles de la personnalité et les maladies mentales proprement dites. »

« Ce qui me manque au CM, qui accueille à 90% des femmes d'Afrique noire, c'est une formation d'ethnopsychiatrie pour mieux comprendre la part culturelle dans le développement d'une personne. »

« Oui, en terme d'identification des problèmes, signes annonciateurs, diagnostic, orientation. »

« Avoir des connaissances des outils permettant de repérer plus aisément ce qu'il en est des troubles psychologiques, afin de ne pas l'occulter dans notre travail. »

« L'intervention ponctuelle d'ethnopsychiatres ou de marabouts serait formidable. Aller passer ses vacances sur le continent africain avec une famille serait tout à fait original et innovant. »

Un **développement du réseau avec la psychiatrie publique** (13%). Les professionnels ont exprimé ici leur sentiment d'isolement par rapport aux professionnels de la santé mentale. Ils souhaitent plus de lien avec la psychiatrie de secteur.

« Un réel partenariat/réseau avec le champ de la thérapie. »

« J'aimerais, dans mon travail avec les résidentes bénéficier d'un soutien presque technique de la part d'un psychiatre ou d'un psychologue (qu'on nous explique pourquoi une telle réagit de cette façon. etc.) Et aussi un partenariat officialisé avec les CMP. »

« J'attends un soutien de l'équipe au cas par cas par des professionnels : psychologues de l'établissement ou extérieurs qui connaissent la situation. »

Un **soutien individuel** (7%)

« Peut-être qu'une supervision individuelle serait bénéfique, également. »

« Un soutien personnel si une situation nous renvoie à des difficultés personnelles. »

✧ Deux attentes principales ressortent de l'enquête et sont exprimées par plus de la moitié des répondants.

- (55%) des répondants souhaitent la mise en place de supervisions institutionnelles (cette pratique existe dans certains centres ; dans d'autres, elle avait été mise en place puis supprimée). Les répondants soulignent la nécessité de bénéficier d'un lieu de parole pour travailler leur vécu d'une situation.

- 52% souhaitent bénéficier de formations continues sur des thématiques relatives à la santé mentale.

Synthèse des réponses au questionnaire

➔ Le personnel social et paramédical des centres maternels et de leurs crèches a reçu en grande partie (73%) une formation initiale sur la psychologie générale ou de l'enfant. Un quart d'entre eux soulignent cependant explicitement que leur formation a été peu approfondie et peu adaptée à leur travail actuel. Aucun professionnel n'a fait état de formation sur la prévention ou la promotion de la santé mentale.

➔ La bonne santé mentale, selon les professionnels répondants se caractérise d'une part par l'équilibre personnel et la qualité de l'insertion et l'autonomie de la mère dans un environnement social adéquat et, d'autre part, lorsque la mère peut établir une relation de proximité avec son enfant.

➔ De manière générale, les troubles de santé mentale sont associés, pour les professionnels des centres maternels, à des comportements violents, des comportements étranges proches de la folie, aux affects dépressifs et aux troubles de la relation mère-enfant. Ils repèrent les troubles de santé mentale chez les résidentes en fonction des comportements perturbant la relation avec le bébé ou l'institution, ou des difficultés d'insertion professionnelle et sociale. Les problèmes de santé mentale courants dans notre société - troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, TOC…), comportements hypomanes, insomnie, suicide ou encore stress post-traumatique - n'ont pas été évoqués.

➔ La représentation de la santé mentale selon les répondants est proche d'une part de la mission des centres maternels et d'autre part de la définition de l'OMS (« *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* »), les professionnels mettant bien en valeur le bien-être, la capacité à surmonter les crises et à s'adapter à la communauté.

➔ 78% des répondants trouvent qu'il n'est pas facile de travailler avec des résidentes présentant des troubles de santé mentale. Ces troubles, quels qu'ils soient, rendent la prise en charge plus difficile qu'avec les autres résidentes. Certains professionnels évoquent la difficulté de faire prendre conscience à la mère de la nécessité de bénéficier d'une prise en charge adaptée. Les stratégies mises en place « en interne » s'appuient pour la moitié des répondants sur le travail institutionnel : importance des réunions d'équipe, du travail en équipe autour d'une même résidente, de l'appui des psychologues et de la supervision institutionnelle. La gestion individuelle des résidentes présentant des troubles de santé mentale ne semble pas être une stratégie privilégiée par les répondants. 17% des répondants évoquent également l'orientation sur des structures extérieures spécialisées en santé mentale comme recours supplémentaire souhaitable.

➔ Deux attentes principales ressortent de l'enquête et sont exprimés par plus de la moitié des répondants.

- (55%) des répondants souhaitent la mise en place de supervisions institutionnelles. Les répondants soulignent la nécessité de bénéficier d'un lieu de parole pour travailler leur vécu d'une situation.
- 52% souhaitent bénéficier de formations continues supplémentaires sur des thématiques relatives à la santé mentale.

Focus groupes[a] *auprès des équipes*

Des focus groupes rassemblant des soignants de différentes professions et de différents centres ont été organisés afin de :

- favoriser le partage d'expériences face à des situations impliquant la santé mentale des résidentes,
- débattre des stratégies de prise en charge des troubles de santé mentale et des stratégies de promotion de la santé mentale,
- débattre des attentes et besoins en termes de formation.

Les neuf centres participant ont tous reçus une invitation à participer à un de ces groupes. Afin d'optimiser l'exhaustivité et la qualité des données (Simon 2002), quatre focus groupes ont eu lieu, réunissant en tout 19 professionnels. Le premier focus groupe, qui a servi à tester la grille d'entretien, a été réalisé avec les professionnels d'un premier centre[b]. Par la suite et afin de favoriser la discussion de fond et minimiser l'influence d'éventuels enjeux ponctuels intra-institutionnels, les rencontres ont été inter-institutionnelles. Il était alors demandé aux cadres des centres de déléguer deux professionnels de leur établissement pour participer à une réunion d'une heure et demie. Les invitations ont été organisées de telle manière que les groupes soient constitués de professionnels des deux types de centre : associatif et départemental. Les 2^{e} et 3^{e} focus groupes réunissaient des personnels socio-éducatifs, et le 4^{e} des psychologues, afin de donner un temps spécifique de parole aux professionnels de la santé mentale travaillant dans les centres.

Les rencontres ont été structurées par le biais d'une grille d'entretien semi-structurée abordant les thèmes suivants : les manifestations des troubles de santé mentale, les expériences de gestion des problèmes, le dépistage, les obstacles rencontrés, les désirs et besoins en termes de formation.

Deux représentants du laboratoire de recherche de l'EPS Maison-Blanche y participaient systématiquement en tant qu'animateur et de secrétaire de séance, assistés à deux reprises d'une stagiaire-psychologue. L'ensemble des focus groupes inter-institutionnels ont été enregistrés puis retranscrits (7 heures d'entretien correspondant à 28 heures de transcription) pour l'analyse des données.

En tout, 23 professionnels ont participé aux 4 focus groupes. Il est à noter que le personnel socio-éducatif des centres associatifs est sous-représenté dans l'échantillon pour cet aspect de la recherche, un seul centre associatif ayant répondu à l'invitation de participer.

---

[a] Le « focus groupe » est une méthode de recherche et d'évaluation qualitative qui réunit différentes personnes autour d'un sujet ou d'une question, et sélectionnées en fonction de critères d'expérience et d'expertise. Une recherche par focus groupe est en général structurée en plusieurs phases autour d'une grille d'entretien semi-structuré. Les participants sont invités à faire part de leurs réflexions à propos d'un thème donné, sur base de leur opinion et de leur expérience personnelle, chacun étant encouragé à se situer et à réagir par rapport aux avis des autres. Les focus groupes permettent d'obtenir une grande diversité de points de vue et de sentiments et sont donc utiles pour appréhender les différences de positions autour d'un sujet, donner la possibilité aux participants d'exposer et d'expliquer leurs demandes et déterminer le degré de consensus existant sur un sujet donné.

[b] Nous tenons à exprimer nos remerciements ici à l'équipe du Centre Marie Becquet de Vienne, dont le directeur était aussi représentant des cadres des institutions dans le comité de pilotage de la recherche, pour avoir accepté de participer à cette phase initiale de l'enquête.

Focus Groupe 1 : Le 16 février 2005 dans un centre maternel départemental

Ce premier groupe, qui a servi de test pour la grille d'entretien, a été réalisé avec 8 professionnels d'un centre maternel départemental : 5 éducateurs spécialisés, 1 puéricultrice, 1 assistante sociale et 1 éducatrice de jeunes enfants étaient présents. Les discussions ont été notées à la main.

Les sujets abordés concernaient :

- le repérage des difficultés psychologiques

Les éducateurs soulignent la difficulté de repérage des troubles psychologiques en amont des situations de crise. Le temps de psychologue ne permet pas de faire un point précis sur la santé mentale des nouvelles résidentes candidates :
« *J'ai vu quatre pré-admissions et il n'y en a eu qu'une où la psychologue ait été présente.* »

- l'interaction santé mentale-précarité

L'ensemble de personnes présentes s'accordent à dire qu'une forte proportion des résidentes présentent des difficultés psychologiques :
« *Je trouve qu'il y a beaucoup de femmes carencées, déprimées. Elles ont des craintes par rapport à leur bébé, qui va avoir mal, dont elles ne vont pas savoir s'occuper…* »

Pour les professionnels, la situation de précarité, se superposant à la primiparité de la plupart des femmes, favoriserait une plus grande souffrance et un plus grand sentiment de désarroi chez ces femmes.
« *D'un point de vue sociologique, les mères sont de plus en plus isolées. Il n'y a plus de cellule familiale.* »

- le père souvent absent

Les éducateurs soulignent l'absence du père dans leur prise en charge socio-psychologique de la résidente et de son enfant. Selon eux, le « *système tend à évacuer la personne du père* », alors qu'il est important, sinon qu'il soit présent, « *qu'il soit là dans le discours, la parole de la mère* ». Ils expliquent que, historiquement, les centres maternels étaient destinés aux jeunes femmes isolées. Le fait d'être isolée étant encore aujourd'hui un critère d'admission - et ce critère serait souvent souligné par les travailleurs sociaux extérieurs - pour optimiser leurs chances d'être admises, les jeunes femmes éviteraient de parler du père de leur enfant, voire se présenteraient en situation de rupture par rapport à lui – et cela quelle que soit la réalité la situation réelle.
« *Dans le discours des travailleurs sociaux qui accompagnent la mère avant l'entrée au centre, le père est mis de côté. On leur dit de bien dire qu'elles sont seules, très isolées.* »

Une éducatrice déplore que dans certains cas, les relations de couple ne soient découvertes que plusieurs mois après l'admission. La puéricultrice souligne l'effet néfaste de l'absence du père sur la santé mentale du nourrisson :
« *Par rapport au bébé, le manque du tiers se fait ressentir ; les mères sont fragiles, se laissent happer et déborder par le bébé.* »

- les spécificités culturelles de la population accueillie

Le centre accueille entre 80 et 90 % de femmes africaines migrantes. Tout le groupe souligne la difficulté à établir un discours autour des questions psychologiques et psychopédagogiques qui puisse être entendu par les résidentes, un discours qui « fait sens. »

La place de l'enfant n'est pas la même selon la culture d'origine de chaque résidente. Et cette place et les modèles éducatifs en place dans les centres maternels n'y correspondent guère : « *Les codes sont très différents, le problème, c'est que nous, nous sommes très ethnocentrés. Nous sommes sûrs d'avoir raison. On est très marqués par Freud.* »

Le centre a récemment bénéficié d'une formation d'un organisme spécialisé dans la prise en charge des populations migrantes. Cependant, pour certains participants, cette formation, perçue comme très théorique et trop éloignée de leur vécu, n'a pu avoir que peu d'impact sur leur pratique quotidienne :
« *On parlait de l'Œdipe en Afrique. Je n'ai rien compris.* »

Un éducateur rapporte l'expérience d'une résidente, qui, très déprimée et en difficulté dans son rôle de mère, a pu « *guérir* » à la suite d'un voyage dans son pays natal. Il souligne la difficulté que représente l'écart culturel entre les professionnels et les résidentes, et comment il convient de les aider, si elles le demandent, à aller avec leur nouveau-né dans leur pays d'origine.

- les difficultés dans la prise en charge des personnes en souffrance psychique

    - les relations avec les psychologues

Le groupe rappelle que les temps de présence des psychologues dans l'établissement sont restreints et que l'équipe éducative craint de trop se reposer sur celles-ci, « *avec la crainte qu'elles ne soient pas présentes.* »

Un éducateur souhaiterait que les psychologues puissent libérer davantage de temps pour le travail institutionnel. Pour d'autres, le rôle du psychologue n'est pas toujours clair :
« *On leur demande autre chose que ce qu'elles [les psychologues] peuvent faire*.»

    - les relations avec les centres médico-psychologiques (CMP)

Les longs délais d'attente pour une résidente d'accéder à une consultation psychiatrique en CMP sont déplorés par les participants. Un éducateur souligne que cela est d'autant plus problématique en ce que les résidentes n'acceptent généralement que ponctuellement une proposition de soins et qu'il faut alors pouvoir y répondre à temps, au risque de voir cette demande disparaître et de devoir reprendre le processus depuis son début.

Le centre ne travaille que « *depuis un an ou deux* » avec la psychiatrie de secteur. Les participants estiment qu'un contact privilégié, un protocole, devrait être mis en place entre le Centre et les CMP. Actuellement, la prise de contact avec le système sanitaire pour un problème de santé mentale se fait plus facilement par le biais des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), prenant en charge la santé mentale de l'enfant. Les éducateurs jugent qu'il est plus facile pour la mère d'aller consulter pour son enfant que pour elle-même. Il est ensuite plus facile pour les parents d'enfants consultant en CMPP d'accéder aux CMP.

- la supervision d'équipe

Le Centre avait mis en place une supervision qui a été suspendue par la suite. Certains participants rapportent un sentiment « d'échec, de frustration » avec la supervision :
« *Il y a eu deux résidentes qui ont été exclues après une bagarre au couteau, on en a beaucoup parlé en supervision, mais ça ne nous a pas aidés ; une de ces deux résidentes est restée et l'équipe se sentait très menacée par rapport à elle.* »

Focus Groupes 2 et 3: les 12 et 19 mai 2005 à l'EPS Maison-Blanche

Un des objectifs du premier focus groupe était de tester l'efficacité de la méthodologie choisie en fonction de la grille d'entretien semi-structurée utilisée. Il a été constaté pendant ce premier groupe que le débat autour de situations exceptionnelles comme la gestion de crises psychiatriques avait tendance à s'attarder sur des enjeux intra-institutionnels, parfois au détriment de la synthèse dans l'argumentation. Il a ainsi été décidé pour la suite des focus groupes de réunir les professionnels de différents centres et dans un lieu neutre, afin de stimuler le partage d'expériences et de permettre davantage de synthèse.

Focus Groupe 2 a réuni 7 professionnels socio-éducatifs (dont un cadre), désignés par les cadres des centres ; 6 des 7 participants travaillaient dans des centres départementaux. Pour Focus Groupe 2, deux centres départementaux et deux centres associatifs avaient été invités mais seuls les centres départementaux ont répondu présents. L'analyse des données des focus groupes doit se lire dans ce contexte de sous-représentation des centres associatifs.

Les thématiques de ces deux groupes de professionnels socio-éducatifs sont présentés ensemble.

Cinq thèmes majeurs se dégagent de l'analyse des données :

1. les manifestations des troubles psychologiques et leur repérage
2. la gestion des troubles psychologiques
3. l'architecture et l'organisation des centres comme facteurs de soutien ou sources de stress
4. les besoins des personnels en termes de compétences et de formation
5. les stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale

- <u>Les manifestations des troubles psychologiques</u>

✧ les types de troubles présentés par les résidentes

Les éducateurs se disent parfois confrontés à des situations relevant de la psychiatrie, sans que les résidentes en en question soient suivies pour ces troubles par des professionnels par ailleurs. Ces troubles revêtent une dimension tantôt violente, tantôt « bizarre », qui génère un sentiment de désarroi lorsque la prise en charge extérieure ne peut être engagée immédiatement. Les éducateurs sont alors particulièrement inquiets par rapport aux risques encourus par l'enfant, surtout lorsque la mère présente des troubles de santé mentale importants. Se pose alors la question du placement de l'enfant, justifié aussi à titre « thérapeutique » pour la mère, qui peut alors envisager d'être accueillie dans une structure de soins.

« *Elle disait : « j'essaie de résister au fait de taper mon enfant, mais elle* [la voix] *m'oblige* » […] *son enfant a été placé et elle a pu être hospitalisée pendant un mois.* »

Mais, selon une autre participante, les troubles psychologiques graves peuvent aussi s'exprimer de manière « silencieuse » :
« Elle s'enfermait dans sa chambre, sa chambre c'était…je ne sais pas comment décrire sa chambre - c'était l'horreur ; d'ailleurs pour donner à manger à sa fille c'était par terre. Le lit de l'enfant c'était un truc rempli de linge, pas de place pour l'enfant. »
Ces crises évoluant à bas bruit constituent une grande menace pour l'enfant, rappelle-t-elle, au même titre que les crises violentes, ou délirantes.

✧ l'impact culturel

Les participants sont sensibles au fait que la bonne ou la mauvaise santé mentale s'exprime différemment selon la culture de chacun. L'expression de pratiques culturelles comme le maraboutage ou la sorcellerie peut être confondue avec des manifestations psychotiques (voir ou entendre des choses qui n'existent matériellement pas) au sens psychiatrique du terme : «*J'ai connu une antillaise enceinte qui se pensait ensorcelée, et qui se frappait le ventre. On a fait venir un curé. »*

Les participants se montrent très ouverts à ce que les mères dont la culture d'origine accepte ces pratiques en tirent profit pour prendre leur souffrance psychologique en charge :
« *Elle s'est fait soigner par des marabouts, elle nous a dit que c'était ce qui lui convenait le mieux, par ce qu'elle ne comprenait pas la médecine française. Maintenant, elle semble aller bien.* »

Les manifestations de « mauvaise santé mentale » s'exprimant en fonction de la culture d'origine des résidentes peuvent être particulièrement désarçonnantes pour des travailleurs sociaux d'une autre culture, comme le rapporte une éducatrice :
« Il y a toute une vie qui nous est vraiment fermée, des histoires entre elles, des choses qu'on découvre, à l'occasion d'une bagarre ou à l'occasion d'altercations, des petites choses, mais je pense qu'on ne connaît que le sommet de l'iceberg de la vie de ces femmes-là, intra-muros. Moi, j'en suis persuadée. C'est peut-être du fantasme, mais il y a forcément des règles parallèles qu'on ne connaît pas, il y a forcément des codes qu'on n'a pas. »

D'autres citent des exemples de situations où des résidentes exprimaient le sentiment d'être ensorcelées, maraboutées, et où la prise en charge a dû consister en un exorcisme par un prêtre ou un recours aux marabouts africains. Une participante souligne aussi que les différences culturelles entre les résidentes et l'ignorance par le personnel de ces codes sont souvent cause de stress et de conflits :
« Il y a des codes culturels : on doit le respect à quelqu'un de plus âgé, pour nous, elles ont le même âge ; après il y a certaines ethnies qui ne se supportent pas. Ca c'est des choses que l'on ne connaît pas et finalement on va mettre deux dames à côté alors que c'est deux ethnies qui ne se supportent pas. Il y a aussi toute la question du rapport Afrique/Maghreb ; nous, on est arrivé à notre étage à avoir les africaines contre les maghrébines. »

✧ usage et mésusage de substances psychotropes

Si les problématiques de drogues ou d'alcool, dont la consommation est systématiquement interdite et dans les centres représentés sanctionnée, l'usage et le mésusage de substances ne

semblent pas être perçus comme générateurs de problèmes. Une éducatrice remarque que les mères qui consomment du cannabis sont généralement repérées par d'autres résidentes, lorsque celles-ci remarquent que l'enfant est laissé à lui-même.

✧ l'impact de l'accueil en centre maternel sur la santé mentale des résidentes

La vie en collectivité peut soutenir les résidentes :
« *Il y en a qui se soutiennent, la collectivité les aide […] quand elles partent, c'est super difficile, parce qu'elles se rendent compte de tous les liens qu'elles ont créés.* »

Mais la collectivité peut aussi être une source de tensions : « *Il y avait une mère qui mettait une ambiance pourrie […] Le comportement de toutes les mères de l'étage a changé* » ; « *ça génère des tensions qu'il faut gérer au quotidien.* »

Un responsable de structure souligne ce rôle parfois pathogène de l'institution sur la santé mentale des résidentes :
« *Ces personnes sont en face de professionnels qui vont les regarder à la loupe […] de fait, ça risque de générer des choses qui sont liées à un certain nombre de facteurs de la collectivité […] Ce n'est pas elles qui génèrent ça, c'est aussi la partie que nous générons, nous aussi, malgré nous*. »

Deux éducatrices soulignent également le poids de l'institution sur la santé mentale des résidentes :
« Dans les centres maternels, il y a un besoin de réflexion sur l'impact des actions des équipes. Il y a les bons et les mauvais éducateurs. Toutes ces petites choses-là qu'on pourrait prendre pour du détail. Sur le fond, les petites choses qu'on additionne ça a un impact. » ; « On a vu que si le cadre était confus ou qu'il y avait des messages contradictoires ça renforçait les tensions, donc des explosions et là des violences collectives. »

✧ la violence

La violence, comme extension ou manifestation d'une souffrance psychologique ou d'un stress quotidien est une préoccupation centrale des professionnels des centres :
« Par exemple, une maman qui est rentrée de maternité ne supportait pas le moindre bruit. C'était par exemple sa voisine qui ouvrait la porte pour sortir ou quelqu'un qui passait dans le couloir devant sa chambre. C'était des bruits du quotidien. Et bien la maman a insulté l'autre maman, est allée frapper à sa porte. L'autre maman s'est emportée en lui disant « je n'ai pas fait de bruit, je suis rentrée chez moi, je n'ai rien fait. » Donc ça a démarré comme ça jusqu'à ce qu'elles se tapent dessus. C'était une maman qui ne supportait pas les pleurs de son enfant et elle avait peur de ne pas pouvoir le rendormir s'il se réveillait. »

La gestion des manifestations violentes est problématique. Une éducatrice rapporte que, dans sa structure, les mères ayant agi violemment au sein de l'institution sont systématiquement sanctionnées (avertissement) mais sont en même temps reçues par la direction pour tenter d' « en parler. »

✧ les conséquences sur les relations mères-enfants

Les deux points principalement soulevés concernent a) le maintien de la protection de l'enfance et b) l'enjeu du placement. Les participants semblent unanimes à considérer que la

protection de l'enfant serait compromise lorsque les problèmes psychologiques d'une résidente compromettent sa fonction maternelle :
« La fameuse dame (…) la semaine d'avant je l'avais eu en entretien avec son fils et le dernier quart d'heure le petit garçon a répété pendant un quart d'heure les mêmes gestes que sa mère, assis sur la chaise en face de la porte à faire des allers-retours à la porte pour vérifier qui il y avait derrière et il a verrouillé à clé. On est en train de faire souffrir parce qu'on n'a pas de solution. »

Dans les cas les plus graves, où une hospitalisation de la mère doit être envisagée, le placement de l'enfant en famille d'accueil est généralement la solution adoptée, bien qu'elle ne semble pas convenir de manière systématique :
« Ce n'était pas l'objectif au départ. La mère avait besoin de soins, et on voulait travailler avec la mère et l'enfant… »

Une autre éducatrice souligne son sentiment d'échec lorsque la décision de placer un enfant est prise : *« On considère que c'est une crise parce que ça veut dire qu'on n'a pas réussi à proposer suffisamment d'étayage pour que la relation mère/enfant se passe le mieux possible. »*

Cependant, dans la mesure du possible, la décision du placement est travaillée avec la mère par les éducateurs. L'accent est mis sur l'aspect positif de l'éloignement mère-enfant qui permettrait à la mère d'effectuer des démarches de soins sans le stress d'avoir son enfant à gérer et qui permettrait à l'enfant de s'inscrire dans un projet.

- La gestion des troubles psychologiques

Face à une résidente présentant des problèmes de santé mentale, le professionnel se tourne en première intention vers les compétences réunies dans son équipe pluridisciplinaire pour tenter d'organiser un accompagnement adapté :
« Il y avait le psychologue qui est le référent de l'enfant à la crèche et qui ne travaille pas du tout avec la maman Il y avait l'éducatrice référente, l'éducatrice co-référente parce qu'on travaille à deux sur les situations et puis il y avait l'assistance sociale et le cadre socio-éducatif. »

Parfois, les moyens de l'équipe ne suffisent pas :
« C'est vrai que parfois je me dis que c'est vraiment lourd et c'est vrai que par exemple sur les situations où la psy ne voit plus la maman, il y a des fois où je suis en colère car je me dis qu'on sait qu'il y a quelqu'un qui est là mais qu'est-ce qu'on fait ? »

Dans le cas de manifestations de troubles d'allure psychotiques (discours incohérents, menaces par rapport à l'enfant…), la gestion du comportement de la résidente et son orientation posent souvent problème aux équipes :
« *Il y a des fois ou il faut gérer des situations mais on gère je dirais presque « avec les moyens du bord » . Je peux canaliser par la présence, mais c'est vrai qu'on se dit : le jour du départ, qu'est-ce qui se passe ? C'est vrai que les moyens manquent. On a peur d'un passage à l'acte. »*

La même participante souligne l'importance de la simple présence, et d'apporter un regard bienveillant à la résidente en souffrance psychique, pour lui permettre de surmonter la situation :
« J'ai l'exemple d'une maman qui une fois m'a dit « je ne supporte plus quand il pleure la nuit, je vous avoue hier je l'ai mis sous la douche ». Donc on a discuté. Déjà c'était très bien qu'elle puisse le

dire […] sans qu'il y ait de jugement et après on a pu parler. […] C'est vrai que ça a fait son chemin. »

Deux éducatrices d'un même centre décrivent comment la présence d'une résidente présentant des troubles « bruyants » au sein de leur centre a pu avoir des conséquences importantes sur le fonctionnement global de l'institution :
« *Ce sont des choses qui font des éclaboussures sur tout le travail.* »

Une situation s'est avérée difficile à gérer en externe *et* en interne : *« Les grosses difficultés qu'on a c'est de trouver les ressources en interne face à une situation comme ça et en même temps de trouver les ressources externes. Souvent on est dans des lieux séparés et quand on a une situation de crise il faudrait que quelqu'un se déplace et on n'a jamais réussi à mettre ça en place. »*

La problématique du manque de personnel la nuit, est soulevée par une éducatrice, obligée de dire à une femme en difficulté psychologique :
« *Madame, quand on est parti, enfermez-vous dans votre chambre.* » pour éviter qu'un conflit éclate en l'absence de personnel dans l'établissement.

Lorsqu'une résidente présentant des troubles peut être prise en charge au sein de l'établissement, l'accompagnement par l'éducateur référent est alors consolidé par la présence d'un « tiers » - souvent le ou la co-référent(e) - afin de faciliter la gestion de la situation pour le référent, qui, seul, peut se sentir isolé :
« Pourquoi par exemple quand on est référent il y a certaines jeunes femmes, j'ai du mal, je ne les supporte pas. Elles m'énervent. Comment en parler ? Ca me ramène à quoi, des choses comme ça ? Bon, de travailler en co-référence, ça aide… »

Lorsque les équipes décident la mise en place d'un relais extérieur au centre maternel, elles se tournent souvent vers les structures d'urgence psychiatrique : SOS psychiatrie, le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA-CHS Sainte-Anne), l'hospitalisation :
« On a essayé d'appeler SOS Psychiatrie mais c'était hors de prix, il fallait avancer l'argent et il n'y avait pas d'argent. On a demandé un placement mère/bébé en hôpital. Il a fallu attendre longtemps. »

Si les solutions auprès des structures d'urgence non-hospitalières n'apparaissent pas adéquates, les participants ayant eu recours au CPOA, situé dans l'enceinte de l'Hôpital Sainte-Anne, se montrent davantage satisfaits :
« On a décidé d'aller à Ste-Anne consulter, voir ce qu'il en était et demander l'avis d'une professionnelle. Le lendemain matin, elle a été vue par une psychiatre qui a décidé l'hospitalisation très rapidement. »
« On a appelé Ste-Anne qui nous a dit « venez immédiatement. »

Les liens entretenus avec les structures de psychiatrie publique ambulatoire sont très variables d'un centre maternel à l'autre et d'un Centre médico-psychologiques (CMP) à l'autre. Un des centres a bénéficié d'un accord passé depuis peu entre l'établissement et un CMP, prévoyant une facilité d'accès aux soins pour les résidentes. Cependant, une éducatrice déplore l'absence d'information des professionnels du CMP sur l'existence de cet accord et de l'impossibilité à le faire vivre :
« Au départ, c'était - Non, vous ne dépendez pas de nous*, après* - Si*, après* - Non, on vous envoie quelqu'un*. En fait, on nous envoyait personne. On nous a dit* -Non, votre établissement ne dépend pas de notre secteur. *»*

Il semble être fréquent que les CMP refusent d'accueillir une résidente de centre maternel, prétextant d'une adresse ne relevant pas de leur secteur :
« J'avais aidé une dame à réfléchir sur le fait qu'il fallait qu'elle aille voir quelqu'un et comme je sentais que ça n'était pas évident, je me suis dit que j'allais appeler la première fois pour bien expliquer et on m'a dit : « Non, vous ne dépendez pas de nous ». C'est clair que la dame qui appelle ne rappellera pas une deuxième fois. »

Toutefois, si les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) acceptent généralement de recevoir les résidentes des centres maternels, leurs listes d'attente sont « très longues », pouvant atteindre 6 mois selon une éducatrice.

Face à la difficulté d'accès aux structures de psychiatrie publique, les centres maternels ont souvent recours à l'orientation sur les professionnels psychologues ou psychiatres du quartier, lorsque ceux-ci peuvent les accueillir rapidement. Le recours au psychiatre est privilégié afin que la résidente puisse bénéficier d'une prise en charge des consultations par la sécurité sociale.

- <u>L'architecture et l'organisation des centres comme facteurs de risque</u>

L'architecture des centres maternels a été mise en cause comme facteur ayant parfois un impact négatif sur la santé mentale des résidentes :
« Le contexte architectural est assez particulier, c'est collectif, des douches, des WC collectifs, des cuisines collectives, des chambres très petites. » « C'est un lieu assez immense aussi pour certaines résidentes avec plein de choses qui échappent. »

Plusieurs participants parlent de la possibilité de « se cacher », dans les centres accueillant un nombre important de femmes. Les résidentes souffrant d'une humeur dépressive ont ainsi, selon eux, la possibilité de passer « inaperçues » auprès des équipes :
« *C'est vrai que lorsqu'il y a des cas psychiatriques c'est difficile à repérer et compliquer à prendre en compte.* »

Certains participants soulignent l'insuffisance de personnel de nuit.
« *Un problème, ça va être à 21h50, juste avant que l'on parte.* »

Lorsqu'une résidente présente une difficulté psychologique, passagère ou plus importante, la question de l'aide pouvant être apportée la nuit se pose. Ces résidentes supportent mal le départ des éducateurs, pour la nuit ou le week-end :
« Je me suis retrouvée un soir avec une collègue, une maman nous a dit « Je ne me sens pas passer la nuit avec mon nouveau petit bébé » Nous on se dit : qu'est-ce qu'on fait ? La nuit il n'y a personne et puis le week-end il n'y a qu'un éducateur et c'est vrai que ce n'est pas évident à gérer. »

- <u>Les besoins en termes de formation, de supervision et de rencontres entre professionnels de différents centres</u>

Une participante rapporte avoir eu des doutes sur la pertinence d'une intervention auprès d'une résidente « en crise » :
« *Par exemple, je ne sais pas si je fais bien par rapport à une dame qui était en crise, si c'était vraiment un délire.* »

Elle souhaiterait bénéficier d'une formation sur les manières de se comporter face à une personne en souffrance psychologique. Un responsable d'établissement rappelle que les situations de crise pourraient être mieux gérées en amont si les professionnels étaient mieux formés à des outils de repérage psychopathologiques.

Le besoin de supervision institutionnelle est soulevé à de maintes reprises. Elle serait pour que les professionnels puissent prendre du recul par rapport à des situations générant une tension pour eux, comme pour l'institution. Deux autres éducateurs, qui déplorent l'arrêt de leur supervision institutionnelle, soulignent cependant la difficulté à mobiliser une équipe entière dans un travail de réflexion :

« La supervision ? […] C'est vrai qu'il faut aussi oser se mettre en danger, des gens qui ne sont pas professionnels, c'est-à-dire oser dire des choses. Nous ça été un peu ça. C'était la peur de se mettre en danger, c'est-à-dire de dire ce que l'on ressent, de dire 'là je n'ai pas réussi'. Pour certains professionnels, ce n'est pas possible. »

Enfin, une éducatrice déplore le renfermement des centres maternels sur eux-mêmes. L'intérêt des discussions inter-institutionnelles comme ce focus groupe est relevé par toutes. L'éducatrice-cadre plaide pour une ouverture des structures à davantage d'intervenants extérieurs. « *C'est vrai qu'on a à partager. On ne se voit pas entre éducateurs.* »

- <u>La promotion de la santé mentale</u>

Dans les relations éducateurs-résidentes, les participantes soulignent l'intérêt de créer une relation de confiance fondée sur des activités communes, sans enjeu « éducatif ». A la question de savoir quelles étaient les actions de promotion de la santé mentale engagées dans les centres maternels, les professionnels ont évoqué les exemples suivants :

✧ l'accompagnement des résidentes pour effectuer des courses, des démarches quotidiennes
✧ des sorties avec l'enfant, visites au zoo
«Pour sortir avec l'enfant - elles ont du mal au début, sortir seule - c'est déjà moins compliqué. »
✧ l'organisation de repas traditionnels, au centre
✧ des échanges de recettes
✧ des balades non prévues, l'éducatrice, la résidente et son enfant
« Aller se promener, aller au cinéma, sortir. »
✧ l'écoute, le non-jugement
« On pourrait dire qu'elles nous font des beaux cadeaux aussi en retour. Par exemple, j'ai une maman qui est partie il y a quelques mois ; elle est revenue un soir avec un bouquet de fleurs et puis elle m'a dit 'c'est pour vous' et elle m'a prise dans ses bras. C'est vrai que c'était très fort. Elle ne m'a pas parlé de son accompagnement vers l'insertion, mais surtout que je l'avais laissée parler, écoutée et que je n'avais jamais eu de jugement .»
✧ un lieu de discussion mis en place par une éducatrice de jeunes enfants :
« Une salle qui accueille la mère et l'enfant : si elles veulent venir pour s'asseoir, boire un café ou autre, discuter de ce dont elles ont envie, c'est possible ; si elles ont envie de venir pour des conseils, c'est possible aussi ; si elles ont envie de venir pour rencontrer d'autres résidentes, c'est possible .»
✧ un groupe mères-bébés se réunit deux fois par semaine pour parler des comportements des enfants, des relations qu'on peut entretenir avec son bébé.
✧ des moments de jeu mère-bébé, sur le modèle des *Maisons vertes* de F.Dolto,
« Nous ce qu'on voulait c'est que les mamans qui ne voient pas comment sont les enfants toute la journée parce qu'elles travaillent, qu'elles voient un petit peu. Il y a une dizaine d'années que ça fonctionne et on voit que c'est souvent les mamans qui ont….les enfants ils voudraient

tous venir, ils aiment tous venir, les mamans qui emmènent leur enfant c'est celles qui sont un petit peu en difficulté. »

Focus Groupe 4 : le 16 juin 2005 à l'EPS Maison-Blanche

Ce quatrième et dernier focus groupe a été réalisé avec 4 psychologues travaillant en centre maternel afin donner un temps de parole spécifique aux professionnels de la santé mentale.

Les participants ont souligné les thèmes suivants :

- les manifestations des troubles psychologiques

Si, pour ces professionnels de la psychologie, les troubles psychologiques peuvent s'exprimer (et surtout se repérer) par des manifestations de violence, la plupart des difficultés psychologiques ne se révèlent pas de manière aussi évidente. Les difficultés de vie des résidentes accueillies génèrent des difficultés de « relations à l'autre », déterminant un mode relationnel dysfonctionnel et persistant.

Une psychologue décrit des résidentes présentant une symptomatologie dépressive particulière que l'on pourrait rapprocher de la dépression post-natale :
« Elles sont quand même très déprimées. Elles n'ont pas forcément les troubles habituels liés à la dépression, troubles du sommeil…c'est quelque chose d'un peu plus léger qui fait que la moindre petite chose est tout de suite très compliquée. »

La santé mentale des résidentes interagit avec celle de leur jeune enfant :
« Le principe c'est qu'on a deux pistes d'entrée. Il y a la piste d'entrée par la mère, il y a la piste d'entrée par le bébé. Si une mère va mieux son bébé du coup ira mieux parce que sa mère est plus attentive. Mais à la fois si le bébé est un bébé plus facile, cette mère déprimée ce sera plus facile pour elle si son bébé va mieux que si son bébé va mal. On est dans l'interaction, on interagit, on influence. »

Malgré tout, un professionnel souligne que les difficultés de la plupart des mères accueillies ne relèvent pas tant de leur « structure psychologique » que de leurs difficultés sociales :
« Les femmes que je vois là sont assez bien capables d'être mères. Il n'y en a pas tellement qui sont mal structurées à cet égard ; leurs difficultés sont des difficultés d'insertion parce que, professionnellement, elles n'ont pas le bagage qui convient pour entrer dans la vie professionnelle .»

- l'impact culturel

Les psychologues sont sensibles aux difficultés des résidentes à s'adapter à la culture occidentale des centres – avec des implications évidentes pour le développement psychologique de l'enfant :
« C'est une question culturelle, des africaines où effectivement c'est le groupe qui gère l'enfant et pas elles, au Centre à l'intérieur de l'hébergement elles ont beaucoup de mal à mettre des limites, elles ont du mal à intervenir auprès de leur enfant. »
et sur la capacité des centres à prendre en charge l'expression des troubles psychologiques qu'elles peuvent présenter
« *C'est nous qui avons du mal à intervenir […] il y a un gros malentendu culturel.* »

- la non-demande

La non-demande a été soulevée par la plupart des psychologues depuis les premiers entretiens de présentation de la recherche jusqu'à ce groupe de discussion. Les professionnels soulignent à quel point il est difficile de faire entendre à une résidente la nécessité de solliciter une aide dans le domaine de la santé mentale :
« Ca fait partie de leurs difficultés. Elles ont du mal à reconnaître leurs difficultés, à demander de l'aide, à accepter de l'aide, à dire qu'elles ont besoin de soins. »

Il est par ailleurs très difficile pour les psychologues de « convaincre » une résidente d'aller se présenter dans une structure psychiatrique. Ils rappellent les représentations stigmatisantes entourant ce champ de la santé mentale. Dans la réalité du terrain, un professionnel rapporte comment une jeune femme a rencontré lors de sa visite au CMP des usagers de cette structure présentant d'importants troubles psychiatriques et l'impact délétère et difficile que ces rencontres ont pu avoir sur le parcours dans le système de soins de cette résidente.

- la gestion des troubles psychologiques

    - en interne, par les psychologues et les autres membres de l'équipe

Tous les participants sont unanimes pour remarquer que la difficulté psychologique la plus manifeste est la difficulté de créer une relation continue avec l'Autre. L'essentiel de leur travail est donc de favoriser la création d'un lien de confiance qui puisse servir de « base relationnelle » pour explorer l'environnement de manière sécure. Ils parlent aussi de la bonne santé mentale :
« Pour nous c'est que les mères se responsabilisent plus, deviennent plus autonomes et puissent à la sortie du centre maternel s'occuper de leur enfant, arrivent à organiser leur vie, trouver un emploi, un logement, un compagnon. »
« Une bonne rencontre avec une maman, un bon entretien, quelque chose qui tout à coup se passe, un lien qui se crée par exemple. »
« Je suis contente quand j'ai pu aider l'auxiliaire que je lui ai permis d'être un peu créative, quand j'ai aidé l'éducatrice aussi à être un peu créative et avoir des perspectives de travail alors qu'elle était un peu dans le brouillard. Mais c'est aussi une bonne journée quand j'ai pu aider une maman à être moins engluée dans ses difficultés, à être moins repliée, ne pas voir tout en noir. »

Certains psychologues sont mandatés pour intervenir soit dans le centre maternel soit dans sa crèche ; d'autres interviennent dans les deux. Le travail dans le centre se centre sur la prise en la charge de la souffrance psychologique et les difficultés d'adaptation des résidentes. Une psychologue explique par exemple qu'elle se rend dans les chambres des résidentes à leur demande, à n'importe quelle heure, pour rendre visite aux jeunes mères avec leur enfant. D'autres cherchent à favoriser la relation mère-éducateur en recevant la résidente avec son éducateur référent, dans l'optique d'aider à structurer le projet socio-psychologique de la résidente.

Une psychologue travaillant au centre et à la crèche du centre rapporte que, selon elle, son rôle à la crèche est « d'offrir un lieu thérapeutique à l'enfant ». Les psychologues de ce centre prennent également le temps de parler avec les auxiliaires de puériculture et les éducateurs, de faire le lien entre ceux-ci, ceux-là, et les mères :
« L'éducatrice on voit souvent qu'il y a des conflits, l'auxiliaire qui se plaint parce que la mère reste trop longtemps et l'éducatrice qui va lui répondre « elle est fatiguée » etc. et nous on est là pour faire le lien et pour faire qu'on s'entende. »

Ce rôle de « lien » inter-professionnel serait très courant :
« Elles sont éducatrices et nous on est psy et il y a vraiment une bonne collaboration. Elles sont plus près du quotidien mais on échange très régulièrement et puis de l'autre côté je travaille aussi avec des auxiliaires qui sont référentes du bébé et qui sont aussi proches du bébé, le porte dans les bras et nous on est là à faire le lien justement entre la mère et son bébé. »
« Aujourd'hui il y en a une qui disait « j'ai eu un entretien très compliqué avec une maman que je suis régulièrement, il faut absolument que je t'en parle avant que tu la voies. Avec l'auxiliaire c'est toutes les semaines et avec l'éducatrice ça dépend et ensuite il y a les points, les synthèses et aussi des moments effectivement ou l'on va provoquer des rencontres . »

- en externe

Les participants ne cessent de souligner l'importance du travail de réseau qu'ils ont à mener, réseau intra-institutionnel, en assurant le lien entre éducateurs, personnels de crèche voire direction, mais également lien entre centre maternel et institutions extérieures pour les résidentes qui nécessitent un accompagnement plus spécifique. Comme l'avaient souligné les autres professionnels durant les précédents groupes, ils regrettent la difficulté pour orienter les résidentes présentant des problèmes psychologiques sur les structures de santé mentale externes :
« Les CMP n'ont pas les moyens pour répondre à la demande énorme qu'il y a sur les villes. »

Un centre aurait décidé de ne pas pourvoir un poste de psychologue vacant pour consacrer ce budget à l'orientation des résidentes sur des praticiens libéraux du secteur.
« Ce sont des psy libéraux à qui nous adressons les patientes quand elles ont des demandes de soin. On a trouvé que les CMP mettaient trop longtemps à réagir et sont effectivement confrontés à la psychiatrie lourde. ».

D'autres centres ont réussi à mettre en place des relations inter-institutionnelles efficaces avec des structures de santé mentale. Le Centre P.Paumelle (Paris 13^{e}) accueille ainsi des résidentes de plusieurs établissement de la rive gauche :
« Avec l'Unité de soins, c'est rôdé, c'est clair, c'est net, on les connaît et tout se passe bien, il y a des liens qui existent entre nous et eux. ». « On utilise aussi beaucoup l'Unité de soins et en général ils travaillent beaucoup avec les équipes. On les rencontre régulièrement et petit à petit effectivement il y a un accompagnement de la mère et de son bébé .»
Les urgences psychiatriques ne semblent pas constituer des ressources privilégiées pour les participants, qui y ont peu recours.

- les besoins en termes de formation et de supervision

Si leur formation professionnelle leur permet de se sentir compétents par rapport aux situations impliquant la santé mentale des résidentes, les professionnels interrogés souhaiteraient cependant bénéficier de davantage de formation continue :
« Ce qui m'a aidé c'est toute la formation que j'ai eue autour du bébé, de la prise en charge des bébés, des besoins des bébés en collectivité. Tout ça, ça m'a beaucoup aidé dans mon travail. Ce qui me manque maintenant dans mes projets de formation c'est effectivement tout ce qui concerne un peu plus les pathologies maternelles, les pathologies d'adultes. »

Synthèse des focus groupes

➔ L'ensemble des professionnels interrogés s'accorde à dire **que les problèmes de santé mentale constituent un enjeu majeur** pour les centres maternels.

➔ Pour les professionnels socio-éducatifs, les problèmes de santé mentale évoqués sont essentiellement ceux qui s'expriment par des **actes de violence**, verbale ou physique.

➔ Pour les équipes socio-éducatives, les institutions doivent tirer l'alarme si le trouble de santé mentale risque d'avoir un **effet délétère soit sur le développement psychoaffectif du jeune enfant soit sur les autres mères et le fonctionnement de l'institution.** Le risque pour l'enfant et le risque pour l'institution semblent prioritaires

➔ Les psychologues soulignent aussi les troubles résultant en un **retrait relationnel** des femmes, vis-à-vis des autres résidentes, de l'équipe socio-éducative, voire de l'enfant.

➔ Ils constatent également **l'impact parfois pathogène de l'institution** sur la santé mentale de certaines résidentes. La **collectivité** peut être un facteur déclenchant des troubles chez des résidentes « fragiles. »

➔ Si la **différence culturelle** entre les équipes accueillantes et les résidentes accueillies est unanimement perçue et analysée comme un enjeu majeur de l'efficacité de la prise en charge des troubles psychologiques, les professionnels se sentent démunis par rapport à cette problématique.

➔ Les centres maternels, s'ils constituent aujourd'hui la ressource de première ligne pour prendre ces troubles de santé mentale en charge, se disent néanmoins **insuffisamment « armés »**, en termes de disponibilité des psychologues ou de formation des équipes socio-éducatives et de crèche pour repérer les troubles, savoir les prendre en charge, et amener les résidentes à accepter une orientation sur des structures extérieures.

➔ La **structure** (architecture) et le **fonctionnement** (notamment la nuit) des centres maternels sont parfois des entraves à la prise en charge et la gestion des troubles de santé mentale des résidentes.

➔ Pour les professionnels, l'accompagnement et la prise en charge des femmes présentant des troubles de santé mentale au sein du centre doivent s'appuyer dès que possible sur une prise en charge externe. Ils regrettent cependant **l'isolement** dont souffrent les centres par rapport aux structures extérieures, notamment des structures de psychiatrie publique adulte. Chaque centre fonctionne différemment, selon chaque problématique pour trouver des ressources extérieures. Les professionnels regrettent l'absence de « protocolisation » de la prise en charge des troubles psychiques.

➔ Certains centres regrettent de ne pas bénéficier d'une **supervision des pratiques** pertinente par rapport à leurs attentes.

➔ Les actions de **promotion de la santé mentale** constituent des ressources faciles à mettre en oeuvre et relevant de la mission des centres. Certains professionnels notent l'efficacité de ces actions, qui ont pour but de promouvoir le lien entre les individus et qui favorisent ainsi la confiance et le travail « thérapeutique. »

MODULE B
PROTOCOLE EPIDEMIOLOGIQUE ET QUALITATIF AUPRES DES RESIDENTES

Le module B est une **étude épidémiologique** des troubles psychiques chez les femmes accueillies dans les centres maternels. Il s'est déroulé en deux parties :

- une enquête préliminaire auprès de 4 résidentes afin de tester la faisabilité du protocole,
- une enquête épidémiologique, elle-même en 3 parties
    - un questionnaire sur les représentations de la santé mentale et l'utilisation du système de soins
    - le Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI) et sa fiche complémentaire
    - l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS)

Enquête préliminaire et adaptation des outils de recherche

Après avoir recueilli les informations qualitatives auprès des structures, nous avons cherché à rencontrer plusieurs femmes accueillies en centre maternel, afin d'évaluer avec elles la l'intérêt et la faisabilité d'une étude sur la santé mentale en centre maternel et de tester l'adéquation de notre protocole de recherche à la population accueillie. Ces entretiens préliminaires se sont déroulés dans deux centres départementaux[a]. Les chercheurs ont demandé aux deux directeurs de recommander chacun deux résidentes, idéalement représentantes des usagers, qui seraient susceptibles d'exprimer un point de vue sur la recherche et qui seraient consentantes pour cette démarche.

Les objectifs de ces rencontres étaient :

- d'effectuer de premiers entretiens qualitatifs afin d'obtenir le point de vue des résidentes sur l'intérêt de faire une recherche épidémiologique sur la santé mentale en centre maternel,
- d'affiner avec elles le recueil de données épidémiologique en testant les outils pressentis,
- d'obtenir un retour qualitatif de la part de ces résidentes sur le protocole.

Résultats de l'enquête préliminaire

Les quatre femmes rencontrées ont exprimé leur accord et leur intérêt pour une démarche de réflexion et de recherche sur les questions de santé mentale en centre maternel. Trois des quatre affirment être actuellement déprimées. Pour elles, la tristesse et la « déprime » seraient courantes chez les résidentes en centre maternel :
« *On n'est pas fou mais on n'est pas bien non plus. Il y a beaucoup de pleurs. On pleure beaucoup en centre maternel.* »

Il existe souvent une tristesse chez les femmes ayant migré de leur pays.

« *Il y a une grande tristesse pour les étrangers quand la famille est au pays. On ne se poserait pas les mêmes questions au pays*. »

Une résidente souligne l'impact du stress lié à la précarité financière et à la pression mise par le centre pour "réussir" dans la limite des trois ans durée maximum de séjour :
« *Il y a un grand stress par rapport à l'argent. On ne nous donne plus de couches, de lait.* »

[a] Les rencontres avec ces résidentes ont eu lieu au Centre Marie Becquet de Vienne (le 8 mars 2005) et au Centre Nationale (le 17 juin 2005).

« *Le centre met beaucoup de pression, notamment au moment de la sortie.* »
« *Ici, les gens vous mettent la pression tout le temps.* »
« *A quelques mois des trois ans de l'enfant, on est très stressées, car il faut trouver un logement.* »

La « psychologie » et la « prise en charge psychologique » ne seraient pas forcément des façons de penser et d'agir adaptées aux femmes migrantes, notamment de culture africaine :
« *Nous, on ne connaît pas trop la psychologie. On va chez le curé, on va se soulager. Ou on va chez le marabout. L'africaine, elle a confiance, elle sait que ses parents y vont. S'il y avait un marabout, il y aurait plus de choses qui sortiraient, on aurait plus confiance. Pas mal de mamans consultent des marabouts ici. Il faudrait un marabout (rires).* »

Pour une résidente, l'adaptation des équipes aux besoins des usagers devrait prendre en compte les aspects culturels :
« [Il est] *surprenant qu'il n'y ait que des blancs dans l'équipe éducative. »*

Si le rôle des professionnels des centres maternels est en général bien perçu et apprécié, les critiques sur l'organisation et les priorités des centres ne manquent pas. Les éducateurs peuvent être perçus comme envahissants :
« *J'arrive dans mon nid avec mon bébé et un aigle [un professionnel de l'équipe] arrive et me prend mon bébé. Moi, je dois courir après.* »
« *Les éducateurs rentrent pour un oui, pour un non. On ne respecte pas notre intimité* »
« *Il paraît qu'ils rentrent dans nos chambres durant notre absence. Ils veulent trop rentrer dans nos vies.* »

La question du secret, du respect de la confidentialité est une source importante de tension. Une résidente s'indigne qu'on ne peut rien dire à un professionnel sans que toute l'équipe le sache. Elle s'inquiète autant de la rupture du secret que de la validité de la parole ainsi rapportée :
« *Parfois des éducateurs extrapolent ce qu'ils voient, notent tout, même si ce n'est pas nécessaire. Du coup les mères ne disent plus rien. C'est pareil pour la psy. On croit qu'elle note des choses dans le cahier. Il y a un encadrement extrême mais ce n'est pas de mauvaise intention*. »
« *J'ai peur que ce que je dis à l'éducateur soit répété. Les personnes de la crèche savent des choses qu'elles ne sont pas censées savoir.* »

Les essais auprès des quatre résidentes avec les instruments épidémiologiques, tous avec un psychologue clinicien, se sont déroulés sans problème, les résidentes interrogées ne trouvant pas de difficulté particulière à répondre aux questions et n'ayant pas eu de remarques particulières à formuler.

Ces quatre entretiens ont mené à deux types de modification dans le protocole initial :

- Les femmes ont insisté sur l'importance du respect du secret pour la qualité de la participation des résidentes dans l'enquête (consentement et validité des données). L'anonymat des données collectées (déjà garanti par leur caractère non-nominatif) a été renforcé par l'utilisation des catégories d'âge au lieu de l'âge exact et en supprimant la collecte de données individuelles relatives à la culture d'origine des résidentes.
- Pour réduire le risque qu'un protocole trop abruptement "psychologique" pourrait faire fuir certaines participantes, des questions initiales ont été ajoutées pour introduire la

problématique de la santé mentale via des expériences personnelles et une terminologie adaptée au contexte.

Synthèse des entretiens et adaptation du protocole

➔ La santé mentale en centre maternel constitue bien un enjeu pour les résidentes elles-mêmes.

➔ Les questions culturelles sont majeures dans la prise en compte mais aussi la prise en charge des souffrances psychiques.

➔ Les résidentes interviewées soulignent l'enjeu crucial de la confidentialité en centre maternel.

➔ Elles n'ont pas rencontré de difficultés à répondre aux questionnaires du protocole épidémiologique .

➔ En revanche, si le choix des instruments d'évaluation épidémiologique n'a pas été modifié, en application du protocole (De Jong et VanOmmeren 2002), une modification du protocole qualitatif est proposée afin d'inclure un questionnaire initial orienté plus particulièrement sur le vécu du sujet en ce qui concerne la santé mentale en centre maternel.

Protocole épidémiologique

Ce protocole de recherche visait à évaluer un large spectre psychopathologique en tenant compte des spécificités liées à la population accueillie en centre maternel :

- la psychiatrie périnatale,
- la diversité culturelle des mères accueillies,
- la jeunesse de la population étudiée.

S'il était initialement proposé que ce protocole soit effectué par les professionnels socio-éducatifs des centres maternels, directeurs et chefs de service ont choisi lors de la réunion du comité de pilotage élargi le 11 mars 2005 de confier le recueil de données au laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche[a]. Cette position a été encore renforcée par la suite par les recommandations des femmes interviewées dans l'enquête préliminaire qui ont confirmé le risque de biais lié à la méfiance des résidentes par rapport à la rupture possible du secret professionnel.

Méthodologie

Instruments

Le protocole comprenait trois instruments (Voir annexe 3) :

1/ Questionnaire sur les représentations de la santé mentale et l'utilisation du système de santé
Ce questionnaire a été développé suite à l'étude pilote réalisée à l'aide des quatre résidentes volontaires. Anonyme[b], il permettait d'introduire la problématique de la recherche auprès de la résidente. Il lui était demandé de décrire une situation précise impliquant une autre résidente qui, selon elle, présentait ou avait présenté des troubles de la santé mentale. Il lui était également demandé de donner un avis sur les conditions dans lesquelles un trouble de santé mentale peut se développer ou s'aggraver et les conditions requises pour la promotion de la bonne santé mentale, en centre maternel. Elles étaient enfin questionnées sur leur utilisation du système de santé, sur la fréquence à laquelle elles consultaient un médecin généraliste/spécialiste.

2/ Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI)
Le **MINI** est un instrument court, simple à administrer, validé en France et capable de fournir une évaluation diagnostique des symptômes cliniques (axe I[c]) sur la base de la Classification Internationale de Maladies de l'OMS (CIM-10). Il peut par ailleurs être administré par un

[a] Les raisons invoquées relevaient notamment de la crainte (1) de doter les équipes socio-éducatives d'outils de repérage psychopathologique nécessitant d'un point de vue professionnel mais aussi juridique les compétences de professionnels de santé mentale, (2) de perturber la relation entre résidente et éducateur si ce dernier portait un jugement diagnostique et (3) d'introduire un biais dans les données collectées, dans la mesure où des résidentes pourraient refuser d'aborder avec leur éducateur certaines questions trop personnelles ou pouvant influencer la suite de leur séjour dans le centre.

[b] Aucune donnée nominative ni permettant une identification indirecte des personnes interrogées n'a en effet été enregistrée.

[c] Dénomination des « syndromes cliniques (troubles mentaux) et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique » par opposition à d'autres troubles, tels les troubles de la personnalité ou les troubles somatiques (Sénécal, 1996).

intervenant non-clinicien. Les diagnostics sont obtenus à l'aide d'algorithmes. L'intérêt d'utiliser un entretien semi-structuré (par rapport à un entretien clinique) est de pouvoir opérationnaliser les critères diagnostiques des classifications internationales, permettant ainsi de comparer les données recueillies à celles d'autres études au niveau national, international et transculturel (Sheehan et al. 1998).

L'administration du MINI a été suivie par celle de la **fiche complémentaire du MINI**, un questionnaire supplémentaire annexé au MINI et qui permet d'obtenir une représentation de l'utilisation du système de soins par le sujet confronté à un trouble de santé mentale. Pour chaque diagnostic validé, l'enquêteur questionne la personne interrogée sur les recours qu'elle aurait éventuellement utilisés pour répondre à ses besoins spécifiques.

3/ Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS)

Compte tenu du caractère atypique de la dépression postnatale, un outil spécifique, l'**Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS),** à été mis au point (Cox *et al.* 1987). Cette échelle a été validée en France (Guédeney *et al.* 1995). La sensibilité (.86) comme la spécificité (.78) de l'échelle en font un outil de choix pour notre étude. Cette échelle permet d'objectiver des impressions en clarifiant une situation tant pour la mère que pour le professionnel. L'outil peut aussi être envisagé comme un instrument de dépistage systématique qui peut être utilisé par une équipe dans un but de prévention (Guedeney et al. 2000). Nous avons dans le cadre de cette recherche choisi de proposer l'EPDS à toutes les mères ayant accouché depuis plus de quatre semaines et moins de trois mois, période durant laquelle survient le « pic épidémiologique » des dépressions post-natales, difficilement repérables par les instruments conventionnels de détection de la dépression, tels le MINI (Guedeney et al. 1995).

Inclusion

Centres participant à cette phase de l'enquête

L'enquête épidémiologique a été menée dans 6 des 10 centres maternels parisiens. Ces 6 centres ont une capacité d'accueil totale de 153 résidentes.
Les quatre centres ne participant à cette étape avaient une capacité d'accueil totale de 104 places. Deux d'entres eux avaient des modes d'accueil ou des populations accueillies suffisamment différents des autres centres pour justifier leur exclusion de cette partie de l'étude, le premier accueillant des femmes mineures en famille d'accueil (N=10) et le deuxième, un centre « éclaté », accueillant des femmes en appartements extérieurs[a] (N=23). Le troisième centre (N=38) était celui qui avait dès le départ refusé de participer à l'ensemble de l'étude. Le quatrième (N=33) n'a pas pu participer pour des raisons techniques[b].

Méthode d'inclusion

L'inclusion à l'étude épidémiologique a été systématiquement proposée à l'ensemble de la population des femmes accueillies dans les six centres participant à l'enquête, présentes et

[a] Les usagères de cet établissement ont cependant été invités (par lettre du directeur) à prendre contact avec l'équipe de recherche si elles acceptaient de recevoir un interviewer. Aucune réponse n'a été reçue.
[b] Ce centre a vu sa direction changer au cours de l'année, ce qui a retardé le lancement de l'enquête ; la mise en place de la nouvelle équipe a dépassé la date limite pour la collecte de données. Après avoir consulté la DASES, la décision a été prise de ne pas inclure ce centre afin de ne pas retarder la remise du rapport final.

pouvant être contactées durant les semaines de présence des interviewers dans le centre maternel et qui ont donné leur consentement pour participer.
Cette méthode d'échantillonnage a pu générer certains biais de recrutement qu'il n'est pas possible d'évaluer précisément. Ainsi, malgré le large temps de présence sur le terrain des interviewers (y compris en soirée et durant le week-end), certaines résidentes ont pu ne pas être vues, de par leur activité professionnelle, ou de leurs vacances, par exemple.
S'il ne nous est pas possible de caractériser la population n'ayant pu être vue ainsi que celle ayant refusé de participer à l'étude, il paraît nécessaire de préciser que des biais de recrutement peuvent exister et rendre notre échantillon particulier d'un point de vue psychologique. Cependant, le fort taux de participation des résidentes à cette enquête (46%) permet sans doute de pondérer ce risque.

Cette phase de l'enquête s'est déroulée du 15 juin au 6 octobre 2005. Dans chaque centre participant à l'enquête, les résidentes ont été informées de la recherche par des affiches et une plaquette d'information. Une semaine environ avant le début du recueil de données dans chaque centre, la plaquette leur était remise ou a été déposée dans leur boîte aux lettres par l'équipe éducative.

Une présence des chercheurs quelques jours avant le début du recueil de données a été systématiquement organisée dans chaque centre. Cette présence, d'une à trois heures, organisée en soirée, avait pour objectif de présenter l'équipe de recherche aux résidentes, de répondre à leurs questions et de leur repréciser les objectifs et la méthodologie de la recherche.

Les enquêteurs étaient présents en journée et en soirée afin de permettre aux résidentes qui travaillaient de participer à la recherche.

Les centres ont généralement mis à disposition de l'équipe de recherche une liste nominative des résidentes avec leur numéro de téléphone direct, ce qui permettait à l'interviewer de prendre un premier contact à distance avec les résidentes afin de prendre un rendez-vous.

Les résidentes qui n'ont pas participé à l'étude :

- soit étaient absentes durant l'ensemble du temps de présence de l'équipe de recherche[a],
- soit ont refusé de participer à l'étude.

Les entretiens ont eu lieu soit dans un bureau mis à disposition à cet effet par chaque centre soit dans la chambre de la résidente (notamment en fin d'après-midi ou en soirée, après la fermeture de la crèche).

Taille de l'échantillon

En tout, 95 résidentes ont accepté de participer à l'enquête. Les 6 centres participant à cette étape de la recherche ayant une capacité d'accueil de 153 femmes, 61% des femmes accueillies dans ces centres ont ainsi pu être rencontrées (37% des femmes de l'ensemble des centres maternels départementaux et associatifs parisiens).

[a] Il est ici nécessaire de noter que deux centres maternels ont été « visités » pendant les deux mois d'été, avec une plus faible présence de résidentes que d'habitude, selon les cadres de ces centres.

Représentativité de l'échantillon

Le profil socio-démographique de l'échantillon ressemble-t-il à celui de l'ensemble des femmes accueillies en centre maternel ? Deux variables collectées (durée de séjour et groupes d'âge) nous donnent une indication de la bonne représentativité de l'échantillon par rapport à la population totale des femmes présentes un jour donné dans les 6 centres enquêtés[a] ($\chi 2$ non-significatif au test de la similarité de l'échantillon et de la population).

Si tout effort était fait pour permettre aux résidentes qui travaillaient ou étaient en formation pendant la journée de participer à l'enquête (présence des enquêteurs en journée et en soirée), l'hypothèse que le fait de travailler ait pu empêcher certaines femmes de participer ne peut être exclue. Il est cependant à noter que l'analyse des données montre (voir ci-dessous) que le fait d'avoir un travail ou d'être en formation n'était pas lié à la présence ou non d'un trouble (test $\chi 2$ non significatif).

Représentation des centres dans l'échantillon

Si la représentation dans l'échantillon des deux centres les plus importants en termes de nombre de femmes accueillies correspond à leur poids dans la population totale des femmes accueillies par les 6 centres, la représentativité des quatre autres centres est moins régulière (Tableau 12).

Tableau 12 : Représentation des centres dans l'échantillon final

Centre	Poids de chaque centre dans l'échantillon CeMaT (%)	Poids de chaque centre dans la population totale des six centres participant à l'enquête (%)	
n°1	31	22.2	
n°2	18	21	
n°3	7	16.3	
n°4	26	13.7	
n°5	14	12.4	
n°6	4	14.4	$\chi 2$: $p<.01$

Deux principaux facteurs ont pu influencer cette représentation :

- les vacances d'été (la sous-représentation du centre n°3 et d'une moindre mesure du centre n°6 est liée à la période d'investigation pendant l'été où une partie des résidentes était en vacances)
- des effets de rumeur institutionnelle soit favorable (la sur-représentation des centres n°1 et 4 est due à une mobilisation particulière des premières résidentes ayant participé et qui, par bouche à oreille, ont incité les autres résidentes à faire autant) soit méfiante par rapport à l'enquête (une partie de la sous-représentation du centre n°6 est due à un taux de refus plus élevé que dans les autres centres).

L'hypothèse qu'une partie des résultats pourraient s'expliquer par d'éventuels biais liés à un effet vacances d'été (les femmes ayant davantage de problèmes financiers - et donc de sources de stress psychosociales - et n'ayant pas pu partir en vacances étant hypothétiquement davantage représentées dans l'échantillon) n'est cependant pas confirmée par l'analyse

[a] Données fournies par l'ADEMIE.

statistique des données. Les deux sites enquêtés pendant les vacances ne montrent pas de prévalence de troubles significativement inférieure ou supérieure aux autres sites (test t non-significatif).

Collecte de données

La collecte de données a été effectuée par deux stagiaires psychologues[a] à partir d'une formation initiale sur l'utilisation des instruments et le remplissage du cahier d'observation. Un « debriefing » en réunion ou par téléphone a eu lieu à la fin de chaque journée de passation avec un membre du laboratoire de recherche de l'EPS Maison Blanche, avec pour objectif de :

- veiller à la bonne application de la méthodologie de la recherche,
- évoquer des problèmes rencontrés dans le déroulement de la recherche et trouver des solutions adaptées,
- affiner l'évaluation diagnostique, notamment pour toute donnée indiquant la présence d'un symptôme d'allure psychotique chez une personne interrogée où l'avis d'un clinicien de l'équipe de recherche devait être recherché.

Des tests statistiques réalisés pour garantir l'homogénéité du recueil de données par les deux enquêteurs, contrôlant ainsi pour l'existence d'un possible biais enquêteur, montrent qu'il n'existe pas d'association entre l'examinatrice ayant réalisé l'interview et :

- le nombre de diagnostics observé au MINI (test t non-significatif) ;
- la présence ou non d'un diagnostic de trouble de l'humeur au MINI ($\chi 2$ non-significatif) ;
- la présence ou non d'un diagnostic de trouble anxieux au MINI ($\chi 2$ non-significatif).

Il est à conclure que les différents enquêteurs n'ont pas eu d'influence différenciée sur les diagnostics à haute prévalence (où le nombre de cas est suffisant pour tester l'hypothèse d'un effet enquêteur)

Saisie des données

Les données ont été saisies par l'équipe de recherche de l'EPS Maison Blanche sur une base de donnée Microsoft Access ©, puis transférées sur le logiciel de traitement statistique SPSS 11.0 © pour analyse.

Résultats

Age (Tableau 13) : Presque deux tiers des résidentes interviewées (64%) ont moins de 26 ans.

Tableau 13 : Age des résidentes participant à l'enquête

Groupe d'âge	%
18 à 21 ans	34%
22 à 25 ans	30%
26 à 29 ans	17%
> 29 ans	19%

[a] Nous remercions Christelle Goldner et Pascale Tessier, stagiaires psychologues de l'Ecole de Psychologues Praticiens, pour leur contribution à ce travail.

Durée de séjour au centre (Tableau 14) : 57% des femmes interviewées sont résidentes depuis plus d'un an.

Tableau 14 : Durée de séjour des participantes

Durée	%
< 6 mois	21%
6 à 12 mois	22%
1 à 2 ans	36%
2 à 3 ans	21%

Activité professionnelle ou de formation : 46% des femmes ont actuellement un travail ou sont en formation (Tableau 15).

Tableau 15 : Pourcentage de répondants qui travaillent ou sont en formation

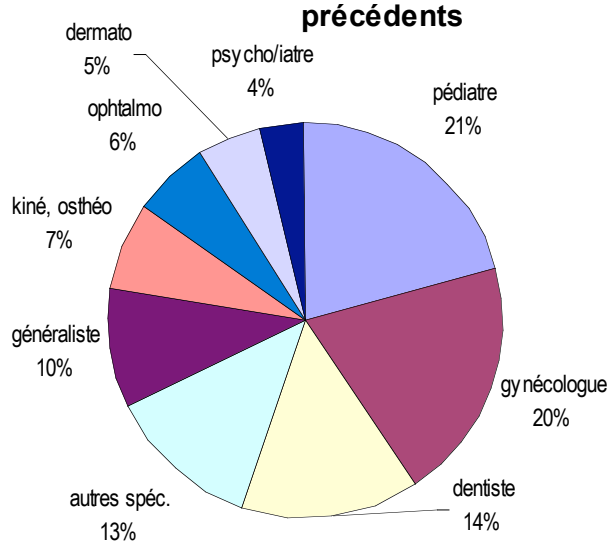
Fréquentation de médecins : Une large majorité de femmes (78%) ont déclaré avoir rendu visite à un médecin dans les deux derniers mois pour elles ou pour leur enfant (Tableau 16). Seuls 3% disent ne pas consulter de médecin.

Tableau 16 : « A quand remonte votre dernière visite chez un médecin (pour vous ou votre enfant)? »

Réponse	
Non réponse	1%
Je ne consulte pas de médecin	3%
> deux mois	18%
< deux mois	78%

Ces 74 femmes ont vu 111 médecins dans cette période. Interrogée sur le type de médecin vu dans les deux derniers mois (Tableau 17), on découvre que la notion de médecin est large : elle inclut par exemple 11 dentistes, 8 kinésithérapeutes ou ostéopathes et 4 psychologues ou psychiatres. Deux types de médecin sont vus plus fréquemment que les autres : les pédiatres (21% des médecins consultés) et les gynécologues (20%). Les médecins généralistes ne constituent que 10% des professionnels de santé consultés.

Tableau 17 : Type de "médecin" consulté les 2 mois précédents



Connaissance d'autres femmes ayant eu des problèmes psychologiques en centre maternel :

En tout, 72% des femmes interviewées (N=68) disent avoir été témoin depuis leur arrivée en centre maternel de situations où des résidentes de centres maternels avaient « des problèmes psychologiques évidents. » Les cas d'agressivité et les cas de dépression constituent la très grande majorité de situations décrites :

- la résidente agressive (N= 37)
  - ayant une attitude générale agressive et violente verbalement (N= 14)
  - violente et/ou négligente par rapport à son enfant (N= 10)
  - se battant physiquement (N= 7)
  - médisant ou provoquant (N= 6)

- la résidente déprimée (N=25)
  - pleurant tout le temps et angoissée (N= 13)
  - s'isolant de la communauté (N= 7)
  - fatiguée, se laissant aller (N= 2)
  - ayant des problèmes de couple (N= 2)
  - auto-agressive (N= 1)

- la résidente dont le comportement est « bizarre » (N= 2)
  - qui se tape la tête sur les murs (N= 1)
  - qui voit des choses bizarres (N= 1)

- la résidente qui « en a marre » du centre (N= 2)
  - qui a envie de partir du centre (N= 1)
  - qui a du mal à vivre au centre (N= 1)

- la résidente qui est anxieuse par rapport à une sortie proche du centre (N= 1)

- la résidente qui se sent démunie par rapport au comportement de son enfant (N= 1)

La gestion des situations décrites

Le cas échéant, les répondantes étaient invitées à s'exprimer sur les solutions qui avaient été apportées aux situations qu'elles décrivaient, sur le bénéfice perçu de ces solutions et sur des moyens qui, selon elles, auraient pu être plus efficaces[a].

- stratégies de gestion de la « résidente agressive »

Dans les 29 cas où la personne enquêtée a abordé les stratégies de gestions de la résidente agressive, 9 affirment qu'aucune aide n'a été apportée. Dans seulement 5 des 19 cas où une action a été entreprise, cette intervention a été jugée bénéfique.

Tableau 18 : Stratégies de gestion de la résidente « agressive »

Stratégie	N citations	Bénéfique	Non-bénéfique	Nsp ou NR	Moyens qui auraient pu être plus efficaces
« Aucune aide n'a été apportée. »	9	-	-	-	- la sanctionner - qu'elle fasse quelque chose elle-même - qu'on soit plus ferme avec elle - qu'elle vienne nous voir - lui donner un logement - qu'elle aille voir la psy
« Les éducateurs l'ont aidée. »	5	2	3	0	- lui donner plus de temps et de conseils
« Ils l'ont virée. »	4	1	2	1	- lui donner une seconde chance - parler avec elle
« La direction lui a parlé. »	4	1	2	1	- qu'elle change d'étage - la sanctionner
« Elle a vu le psy »	3	2	1	0	- elle seule peut s'aider
« L'enfant a été éloigné (en crèche ou en centre spécialisé). »	2	0	1	1	- elle seule peut s'aider
« L'hospitaliser. »	1	1	0	0	

- stratégies de gestion de la « résidente déprimée»

Dans les 21 cas où la personne enquêtée a abordé les stratégies de gestion de la résidente « déprimée », 9 affirment qu'aucune aide n'a été apportée. Dans seulement 4 des 12 cas où une action a été entreprise, cette intervention a été jugée bénéfique.

[a] *Toutes les résidentes n'ont pas répondu à ces questions*

Tableau 19 : Stratégies de gestion de la résidente « déprimée »

Stratégie	N citations	Bénéfique	Non-bénéfique	Nsp ou NR	Moyens qui auraient pu être efficaces
« Aucune aide n'a été apportée »	9	-	-	-	- parler avec la résidente - l'aider avant de partir le soir - l'aider dans les démarches - lui montrer plus de respect - voir un psy
« L'aide des éducateurs »	3	1	2	0	- lui trouver un logement - voir un psy - qu'elle parte
« L'hospitaliser »	3	1	0	2	- la mettre dans un hôpital normal - l'écouter plus
« La police est venue »	3	1	1	1	- en parler avant - être moins agressif - être moins violent
« Ses relations à elle »	1	0	0	1	- en parler avec les éducs
« En parler avec le directeur »	1	0	1	0	- changer de centre
« En parler avec le psy »	1	1	0	0	

- stratégies de gestion des autres types de cas

Tableau 20: Stratégies de gestion des autres cas

Résidente	Stratégie	N citations	Bénéfique	Non-bénéfique	Nsp ou NR	Moyens qui auraient pu être efficaces
« Bizarre »	Psychologue ou psychiatre	1	0	0	1	non, ça dépend d'elle
« En a marre »	Thérapie de couple	1	0	0	1	mettre d'autres éducs. J'ai pas confiance en ceux-ci, ils me veulent du mal.
« Anxieuse »	Les éducateurs font ce qu'ils peuvent	1	0	0	1	lui remonter le moral
« Démunie »	Les psychologues du centre et de la PMI, les éducs	1	1	0	0	s'ils étaient au courant de plus de choses pour les démarches.

Enfin, les réponses à la question de savoir ce qui aurait pu être plus efficace sont contrastées, évoquant des solutions de fermeté externe (encadrement, expulsion) ou interne (se contrôler), de dialogue et d'écoute, et de soutien accru dans les démarches.

Synthèses des réponses au questionnaire préliminaire

➔ Deux tiers des résidentes interviewées ont moins de 25 ans. 57% sont hébergées en centre maternel depuis plus d'un an. 46% ont un travail ou sont en formation.

➔ La grande majorité des résidentes interviewées (78%) ont été en contact avec un médecin ou un autre professionnel de santé dans les deux derniers mois. Deux types de médecin sont consultés plus fréquemment que les autres : les pédiatres (21% des médecins consultés) et les gynécologues (20%). Les médecins généralistes ne constituent que 10% des professionnels de santé consultés.

➔ Les cas d'agressivité et les cas de dépression constituent la quasi-totalité de situations décrites par les résidentes disant avoir été témoins de cas de femmes souffrant de troubles psychiques en centre maternel.

➔ Pour les résidentes interviewées, les réponses apportées par le centre aux problèmes de ces femmes auraient été peu bénéfiques.

➔ Les réponses à la question de savoir ce qui aurait pu être plus efficace sont contrastées, évoquant des solutions de fermeté externe (encadrement, expulsion) ou interne (se contrôler), de dialogue et d'écoute, et de soutien accru dans les démarches.

Réponses au Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI)

Le MINI est un instrument dont la passation se déroule sous la forme d'étapes. Les participants sont questionnés durant chaque étape sur une facette des diagnostics psychopathologiques selon la Classification Internationale de Maladies de l'OMS (CIM-10). Dans le cadre de cette recherche, on questionnait les résidentes sur les facettes suivantes[a] :

- Etat dépressif actuel (code diagnostic : F32)
- Trouble dépressif récurrent (F33)
- Dysthymie (F34.1)
- Episode maniaque actuel ou passé (F30)
- Agoraphobie (F40.0)
- Trouble panique (F41)
- Phobie sociale (F40.1)
- Anxiété généralisée (F41.1)
- Etat de stress post-traumatique (F43.1)
- Dépendance alcoolique (F10.2)
- Utilisation nocive d'alcool (F10.1)
- Dépendance à une (des) drogue(s) (F1x.2)
- Utilisation nocive de drogue(s) (F1x.1)
- Syndrome psychotique isolé (F2x.x)
- Syndrome psychotique récurrent (F2x.x)
- Risque suicidaire (X60)
- Insomnie (F51)

Chaque facette est tout d'abord investiguée à l'aide d'une question filtre (voir MINI en annexe), permettant de passer directement à la facette suivante si la personne ne présente pas le critère auquel répond cette question filtre. Le diagnostic est ensuite validé si le participant répond à un nombre suffisant de critères diagnostics sur l'ensemble de la facette.
Les réponses à chaque facette sont présentées dans les tableaux ci-dessous, selon quatre critères :

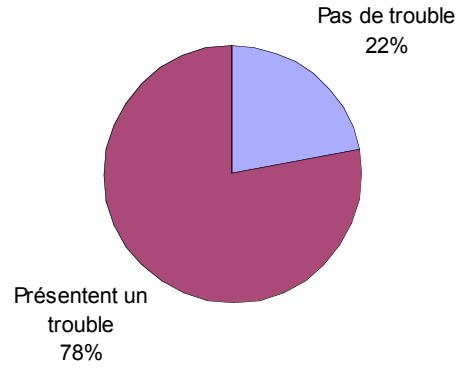
- la résidente ne passe pas la question filtre pour ce diagnostic (=« NON »),
- la résidente répond positivement à la question filtre, mais à aucun autre critère (=« FILTRE »),
- la résidente répond positivement à la question filtre et à certains critères, mais en nombre insuffisant pour coter un diagnostic (=« SYMPTOMES »),
- la résidente présente un nombre suffisant de critères pour valider l'hypothèse diagnostique (=« DIAGNOSTIC»).

[a] Correspondant aux facettes de l'étude *Santé mentale en population générale*, avec laquelle nous souhaitions comparer nos données.

Résultats généraux

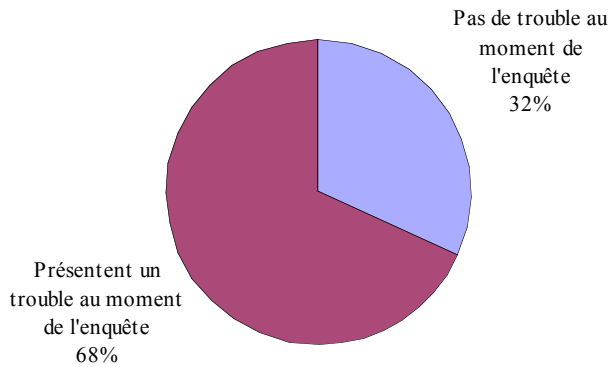
La prévalence des troubles de santé mentale chez les résidentes des centres maternels enquêtés est élevée. La grande majorité des femmes interrogées (78%) présentent au moins un trouble (« DIAGNOSTIC ») au MINI[a] (Tableau 20).

Tableau 21 : Femmes interrogées présentant un trouble sur la "vie entière"



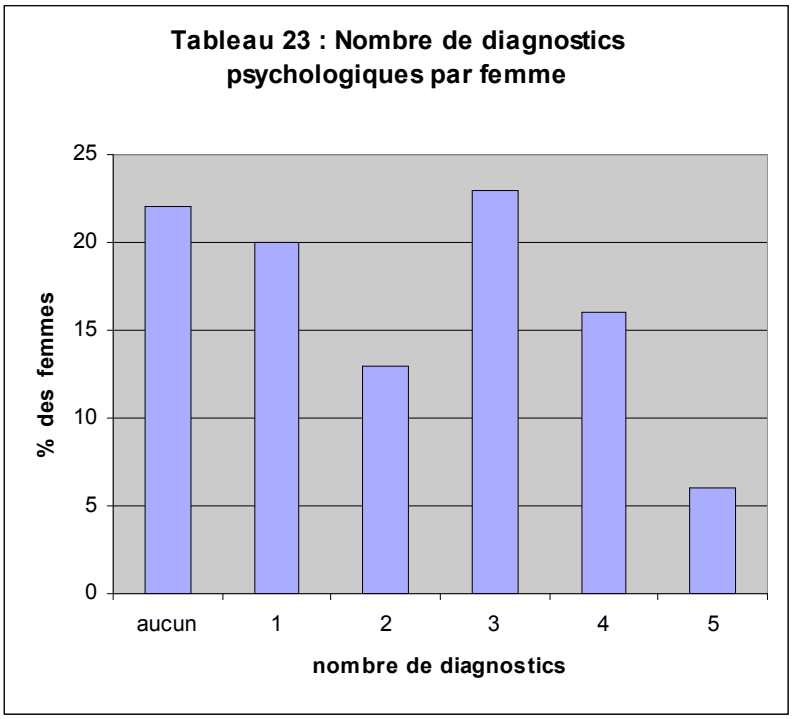
68% d'entre elles présentent au moins un trouble psychologique au moment de l'enquête.

Tableau 22 : Femmes présentant un trouble au moment de l'enquête



[a] Le MINI investigue des facettes psychopathologiques actuelles, mais aussi passées.

Ces troubles se présentent rarement seuls (Tableau 23) : 64% des femmes présentant un trouble psychologique en présentent au moins deux.



Résultats par catégorie diagnostique

- Troubles de l'humeur

51% des résidentes présentent un trouble de l'humeur. Ces troubles se déclinent de la façon suivante :

Etat dépressif actuel (code diagnostic : F32)

- NON : 43%
- FILTRE : 3%
- SYMPTOMES : 6%
- DIAGNOSTIC : 48%

Trouble dépressif récurrent (F33)

- NON : 63%
- FILTRE : N/A[a] (un diagnostic F32 était nécessaire pour remplir cette section)
- SYMPTOMES : 9%
- DIAGNOSTIC : 28%

Dysthymie (F34.1)

- NON : 74%
- FILTRE : 21%
- SYMPTOMES : 2%
- DIAGNOSTIC : 3%

[a] NB : « N/A » signifie : ne s'applique pas dans ce cas

Episode maniaque actuel ou passé (F30)

- NON : 93%
- FILTRE : 0%
- SYMPTOMES : 4%
- DIAGNOSTIC : 3% (tous « des épisodes passés »)

- *Troubles anxieux*

49% des femmes interrogées présentent un trouble anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, phobie sociale, agoraphobie). Ces troubles se déclinent de la façon suivante :

Anxiété généralisée (F41.1)

- NON : 53%
- FILTRE : 9%
- SYMPTOMES : 4%
- DIAGNOSTIC : 34%

Agoraphobie (F40.0)

- NON : 81%
- FILTRE : 11%
- SYMPTOMES : 4%
- DIAGNOSTIC : 4%

Trouble panique (F41)

- NON : 89%
- FILTRE : 0%
- SYMPTOMES : 2%
- DIAGNOSTIC : 9%

Phobie sociale (F40.1)

- NON : 83%
- FILTRE : 6%
- SYMPTOMES : 5%
- DIAGNOSTIC : 6%

- *Autres troubles*

24% présentent des SYMPTOMES de stress post-traumatique (1% le DIAGNOSTIC).

- Etat de stress post-traumatique (F43.1)
  - NON : 64%
  - FILTRE : 11%
  - SYMPTOMES : 24%
  - DIAGNOSTIC : 1%

Une seule femme interrogée présente un trouble lié à l'usage d'un produit[a]

[a] Il est à noter que la fiabilité du MINI, un questionnaire par auto-déclaration, pour l'identification de ces troubles n'est pas assurée, d'autant plus dans le contexte des centres maternels où l'utilisation des produits est largement interdite et motif d'expulsion.

- Dépendance alcoolique (F10.2)
    - NON : 92%
    - FILTRE : 4%
    - SYMPTOMES : 4%
    - DIAGNOSTIC : 0%

- Utilisation nocive d'alcool (F10.1)
    - NON : 100%
    - FILTRE : (N/A, question commune avec la section précédente)
    - SYMPTOMES : 0%
    - DIAGNOSTIC : 0%

- Dépendance à une (des) drogue(s) (F1x.2)
    - NON : 94%
    - FILTRE : 3%
    - SYMPTOMES : 2%
    - DIAGNOSTIC : 1%

- Utilisation nocive de drogue(s) (F1x.1)
    - NON : 92%
    - FILTRE : (N/A, question commune avec la section précédente)
    - SYMPTOMES : 8%
    - DIAGNOSTIC : 0%

Une seule résidente présente un trouble d'allure psychotique actuel.

- Syndrome psychotique isolé ou récurrent (F2x.x)
    - NON : 90%
    - FILTRE : N/A (pas de question filtre)
    - SYMPTOMES : 8%
    - DIAGNOSTIC : 2% (1 récurrent actuel ; 1 récurrent passé)

39% présentent un risque suicidaire au moment de l'enquête

- Risque suicidaire (X60)
    - AUCUN : 61%
    - LEGER[a] : 32%
    - MOYEN : 4%
    - ELEVE : 3%

28% valident le « diagnostic » d'insomnie

- Insomnie (F51)
    - NON : 39%
    - FILTRE : 11%
    - SYMPTOMES : 22%
    - DIAGNOSTIC : 28%

[a] Le diagnostic de risque suicidaire « léger » est validé si la personne a répondu positivement à une des trois questions suivantes :

- Au cours du mois écoulé, avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?
- Au cours du mois écoulé, avez-vous voulu vous faire du mal ?
- Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

La prévalence des troubles dans la population enquêtée est élevée. Une autre étude menée en France, utilisant une méthodologie similaire (même instrument diagnostic, entretien face à face, non-nominatif – mais avec les entretiens menés dans la rue) en population générale, l'enquête « Santé mentale en population générale » (Bellamy et al. 2004), montre des taux de prévalence nettement inférieurs (Tableau 18). Les résidentes en centre maternel présentent significativement plus que la population générale en France les diagnostics suivants :

- Episode dépressif actuel (F32, investigué sur les 2 dernières semaines)
- Episode dépressif récurrent (F33, investigué sur la vie entière si F32 est coté positif)
- Risque suicidaire léger (X60, investigué sur la vie entière)
- Anxiété généralisée (F411, investigué sur les 6 derniers mois)

Tableau 24 : Comparaison des données épidémiologiques à la population générale

Troubles de l'humeur

	Données CeMaT (en %)	Données population générale (en %)[a]	$\chi 2$
Etat dépressif actuel	48	14	p= .000
Trouble dépressif récurrent	28	8	p= .000
Dysthymie	3	3	ns.
Episode maniaque actuel ou passé	3	2	ns.
Total troubles de l'humeur	**51**	**18**	p=.000

Risque suicidaire

Risque suicidaire léger actuel	32	11	p= .000
Risque suicidaire moyen actuel	4	3	ns.
Risque suicidaire élevé actuel	3	3	ns.

Troubles anxieux

	Données CeMaT	Données population générale	$\chi 2$
Anxiété généralisée	34	16	p=.000
Trouble panique	9	7	ns.
Phobie sociale	6	7	ns.
Agoraphobie	4	3	ns.
Etat de stress post-traumatique	1	1	ns.
Total troubles anxieux	**49**	**29**	p=.000

Autres troubles

	Données CeMaT	Données population générale	$\chi 2$
Insomnie	28	Nd	-
A vécu un évènement traumatique[b]	38	28	p<.05
Dépendance alcoolique	0	1	ns.
Utilisation nocive d'alcool	0	1	ns.

[a] Données de l'enquête *Santé mentale en population générale* portant sur l'ensemble des femmes de 18 à 35 ans interrogées (N=6827).

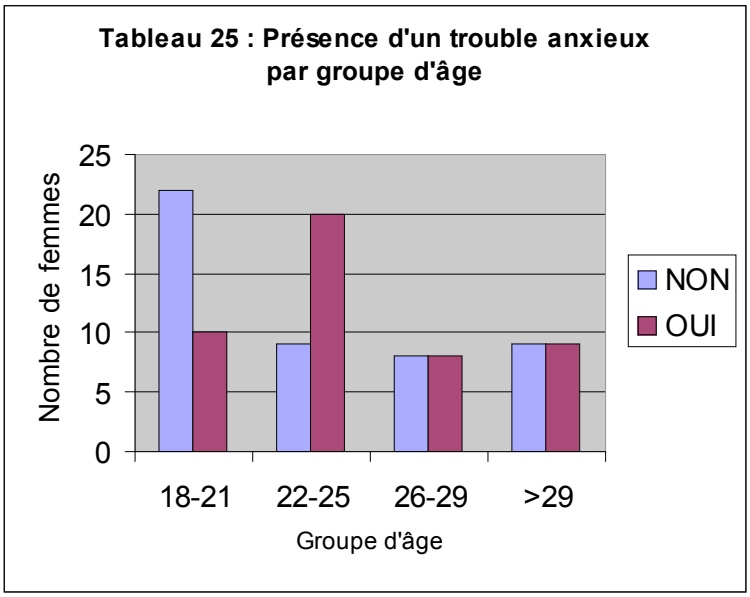
[b] Question filtre de la facette « Stress post-traumatique »

Dépendance à une (des) drogue(s)	1	1	ns.
Utilisation nocive de drogue(s)	0	2	ns.
Tous troubles psychotiques	1	3	ns.

La présence de certains troubles psychologiques est corrélée à l'âge et à la durée de séjour des résidentes.

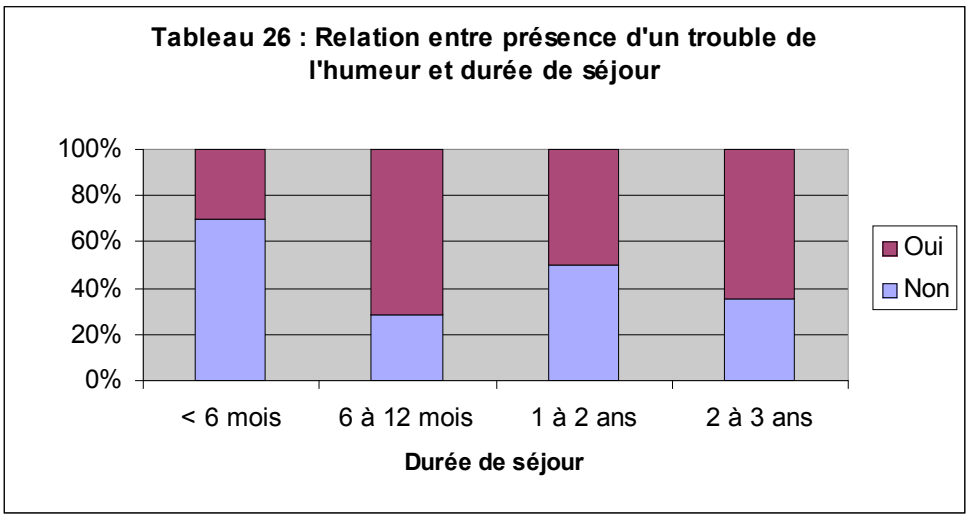
Il existe une relation significative ($p<0,05$) entre l'âge et la présence d'un trouble anxieux (Tableau 25). Ce diagnostic est significativement moins fréquent chez les résidentes jeunes (moins de 21 ans).

Tableau 25 : Présence d'un trouble anxieux par groupe d'âge



Il existe une relation significative ($p<0,05$) entre la prévalence des troubles de l'humeur et la durée de séjour en centre maternel (Tableau 26).

Tableau 26 : Relation entre présence d'un trouble de l'humeur et durée de séjour

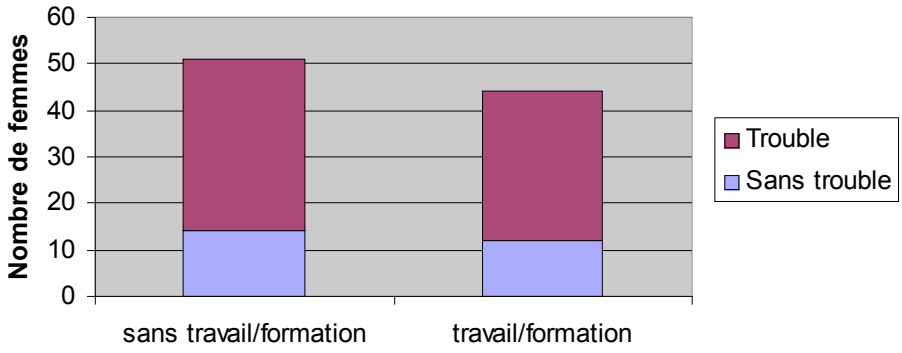


Toutefois, l'interprétation de ce résultat est délicate. S'il tend à apporter du soutien à l'hypothèse évoquée par les résidentes elles-mêmes que la vie dans le centre avec la pression de trouver un logement et un emploi avant la fin des trois ans de séjour autorisés soit une des causes possibles de leurs difficultés psychologiques, il serait quand même hasardeux de conclure que le séjour dans les centres serait la cause directe de ces troubles d'humeur, et ce

d'autant plus que l'on parle de dépression, mais également dans quelques cas d'états maniaques. D'autres facteurs pourraient contribuer à expliquer ce phénomène, dont par exemple le processus de sélection à l'entrée dans les centres.

Alors que les résidentes ont souligné la pression de trouver un emploi comme une des causes possibles de leurs troubles, le fait d'avoir un travail ou d'être en formation n'est pas corrélé à la présence ou non d'un trouble (Tableau 27). 72,7% des femmes qui travaillent ou sont en formation présentent un diagnostic comparé à 72,5% de celles qui n'ont pas d'activité professionnelle ou de formation ($\chi 2$ non significatif).

Tableau 27 : Relation entre existence d'une activité de travail ou de formation et présence d'un trouble



Synthèse des données épidémiologiques issues du MINI

➔ La prévalence des troubles de santé mentale dans les centres maternels enquêtés est élevée et significativement plus élevée que pour la population générale. 78% des résidentes interrogées présentent ou ont présenté[a] au moins un trouble au *Mini International Neuropsychiatric Interview*. 68% présentent ce(s) trouble(s) au moment de l'enquête.

➔ 51% des résidentes présentent un trouble de l'humeur (état dépressif, dysthymie, manie, risque suicidaire), 48% un état dépressif majeur actuel

➔ 49% présentent un trouble anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, phobie sociale, agoraphobie)

➔ 39% présentent un risque suicidaire au moment de l'enquête

➔ 28% valident le « diagnostic » d'insomnie

➔ 24% présentent des symptômes de stress post-traumatique, sans valider le diagnostic

➔ la comorbidité des troubles psychiques est fréquente : 13% en présentent deux, 23% en présentent trois, 16% en présentent quatre, 6% en présentent cinq troubles.

➔ Les résidentes interrogées présentent significativement plus que la population générale les diagnostics suivants :

- Episode dépressif actuel (F32)
- Episode dépressif récurrent (F33)
- Risque suicidaire léger (X60)
- Anxiété généralisée (F411)

➔ Les résidentes disent avoir vécu un événement traumatique dans une proportion significativement plus élevée que la population générale.

➔ La prévalence des troubles psychologiques est statistiquement corrélée à plusieurs variables sociodémographiques

➔ La prévalence des troubles n'est pas statistiquement corrélée à l'insertion professionnelle (avoir un travail, une formation).

➔ La prévalence des troubles de l'humeur est corrélée à la durée de séjour dans le centre.

➔ La prévalence des troubles anxieux est corrélée à l'âge des femmes.

➔ Aucune pathologie liée à l'alcool n'a été recensée dans notre échantillon, ce qui peut être soit expliqué par des facteurs socio-démographiques (uniquement des femmes, de culture ou la consommation d'alcool constitue moins fréquemment un recours face aux troubles psychiques que dans les cultures occidentales…), soit par une sous-évaluation due à des non-déclarations de comportement alcoolique en milieu protégé.
Toutefois, l'interprétation de ces liens statistiques est délicate. Davantage de recherche serait souhaitable (notamment en refaisant régulièrement l'enquête épidémiologique) pour mieux comprendre ces phénomènes.

[a] Le MINI investigue des facettes psychopathologiques actuelles, mais aussi passées. L'étude de la fiche complémentaire indique que **68% des résidentes interrogées présentent un trouble psychologique au moment de l'enquête**

Réponses à la fiche complémentaire du MINI

Une fiche complémentaire au MINI était remplie pour chaque période de la vie de la résidente où un ou plusieurs troubles étaient présents : c'est-à-dire que si la résidente présentait au moment de l'enquête deux diagnostics, une seule fiche complémentaire était remplie. Si une résidente avait présenté des troubles durant des périodes distinctes, autant de fiches que de périodes étaient remplies. 56 résidentes ont ainsi rempli une feuille complémentaire et 13 résidentes en ont rempli deux. Lorsqu'une résidente ne présentait aucun trouble (« DIAGNOSTIC ») au MINI, aucune fiche n'était remplie. L'objet de ce recueil de données est d'investiguer le recours aux systèmes médico-sociaux ou sociaux formels ou informels pour faire face aux troubles psychologiques.

82 Fiches complémentaires ont été remplies pour les 69 femmes correspondant aux critères. Les réponses sont présentées dans l'ordre des questions posées :

Fréquence et durée du trouble, au moment de l'enquête

64 femmes (68%) présentent un trouble au moment de l'enquête.

Parmi celles-ci, 53% disent avoir ce(s) problème(s) depuis plus d'un an

Tableau 28 : Depuis quand dure/combien de temps a duré votre (vos) problème(s) ?

Durée du problème	%
< 1 mois	6%
1 à 6 mois	19%
6 à 12 mois	22%
1 à 5 ans	36%
> 5 ans	17%

Cause évoquée

Parmi les femmes présentant au moins un trouble, à la question ouverte[a] demandant quelle était la cause ou la raison de ces problèmes, les femmes ont souligné les craintes par rapport à l'avenir, à leur emploi, leur logement, la vie au centre maternel et les problèmes familiaux. :

Tableau 29 : Causes possibles de leurs problèmes psychologiques selon les résidentes présentant au moins un trouble

Causes évoquées	Citations
Craintes par rapport à l'avenir, à mon emploi et à mon logement	20
Difficulté de la vie au centre maternel	14
Problèmes familiaux	6
La grossesse, la naissance de l'enfant	5
Problèmes de couple	6
autres	11

[a] Toutes les résidentes pour qui une fiche devait se remplir n'ont pas donné de réponse à cette question.

Recours au soutien ou aux soins

Face à un problème de santé mentale, 90% des répondantes ont cherché un soutien, y compris médico-social et informel, ou une thérapie[a] (Tableau 30). Dans presque la moitié (42%) des situations, la source de soutien était un proche, la famille ou le conjoint. 34 des 185 réponses évoquaient une psychothérapie, 29 des médicaments et 17 une hospitalisation. Il est à noter que seules 5 réponses (correspondant à 5 résidentes) évoquaient un recours à un traitement traditionnel ou à un religieux – mais ce chiffre est probablement sous-estimé par souci de discrétion face à des enquêteurs de culture européenne.

Tableau 30 : types de soutien utilisé lors de troubles psychiques (plusieurs réponses possibles) :

Soutien	Citations
Un(e) ami(e)[b]	44
Une psychothérapie	34
Des médicaments	29
Votre famille	26
Une hospitalisation	17
Des médecines douces	11
Un travailleur social	9
Votre conjoint [a]	9
Un traitement traditionnel	3
Un religieux	2
Un médecin	1

Les deux tiers des répondantes qui ont cherché un soutien l'ont sollicité auprès d'au moins deux contacts (Tableau 31).

Tableau 31 : Nombre de différents types de soutien sollicité pour répondre au(x) problème(s)

Nombre de contacts	% des répondants
1	33 %
2	31%
3	16%
4	19%
5	1%

Dans la très grande majorité des situations où les femmes avaient eu recours à une aide (70%), les répondantes disent avoir vu une amélioration de leur état suite à du soutien ou à une thérapie et cela quelle que soit la nature de ce recours. Si la satisfaction relative à leurs recours informels (famille, ami, conjoint) est légèrement plus importante (82% de satisfaites) que celle relative à leurs recours médico-socio-psychologiques (médecins, médicaments, hospitalisation, éducateurs et assistants sociaux, psychothérapies ; 71% de satisfaites), nous ne pouvons rien en déduire sur l'efficacité de l'aide apportée, le type de recours n'étant pas indépendant du type de trouble : on a en effet plus souvent recours à un professionnel pour des problèmes plus difficiles à résoudre.

[a] Les interviewers questionnaient les résidentes sur leur recours à : des médicaments, des médecines douces, une hospitalisation, un traitement traditionnel, une aide par des religieux, un suivi psychothérapique, un ami, la famille, son conjoint, ou autres (le cas échéant, il leur était demandé de préciser).

[b] Au traitement des données, il apparaît que les résidentes ont indiqué « conjoint », lorsque celui-ci était effectivement leur mari. Dans le cas où les répondantes vivaient en concubinage, la réponse pour indiquer le recours à leur concubin(e) était souvent « Un(e) ami(e) ».

Tableau 32 : Satisfaction par rapport au soutien reçu

Type de soutien	Arrêt du problème	Amélioration	Pas de changement	Aggravation	Non-réponse	Total
Un(e) ami(e)	3	34	7	0	0	44
Une psychothérapie	0	20	10	1	3	34
Des médicaments	0	18	8	0	3	29
Votre famille	1	19	5	0	1	26
Une hospitalisation	0	12	5	0	0	17
Des médecines douces	0	4	6	0	1	11
Un travailleur social	0	9	0	0	0	9
Votre conjoint	0	7	2	0	0	9
Un traitement traditionnel	0	2	0	0	1	3
Un religieux	0	0	0	0	2	2
Un médecin	0	1	0	0	0	1

Synthèse des réponses à la fiche complémentaire

➔ 64 femmes (68%) présentent au moins un trouble *au moment de l'enquête*.

➔ Parmi celles-ci, 53% disent avoir ce(s) problème(s) depuis plus d'un an

➔ Les femmes ont souligné, comme cause ou raison de ces problèmes,

- les craintes par rapport à l'avenir, à leur emploi, à leur logement
- la vie au centre maternel
- les problèmes familiaux.

➔ La très grande majorité des femmes (90% des 78 sujets) présentant un trouble ont cherché de l'aide pour ce trouble, soit auprès d'un proche, soit auprès d'un professionnel.

➔ Les deux tiers des répondantes qui ont cherché un soutien ont sollicité plusieurs contacts.

➔ Les recours informels (ami(e), conjoint, famille) sont plus fréquemment cités que les recours médico-sociaux.

➔ Les résidentes ont néanmoins fréquemment été en contact avec le corps médico-psychologiques : 34 ont suivi un traitement par un professionnel de la santé mentale, 29 ont pris des médicaments psychotropes à un moment donné et 17 ont été hospitalisées.

➔ Plus de 3 femmes sur 4 qui ont cherché de l'aide ont tiré un bénéfice de cette aide. Si la satisfaction relative à leurs recours informels (famille, ami, conjoint) est légèrement supérieure (82% de satisfaites) à celle relative à leurs recours médico-socio-psychologiques (médecins, médicaments, hospitalisation, éducateurs et assistants sociaux, psychothérapies : 71% de satisfaites), nous ne pouvons cependant rien en déduire sur l'efficacité de l'aide apportée, le type de recours n'étant pas indépendant du type de trouble.

Résultats à l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS)

L'EPDS est un instrument destiné à évaluer les épisodes dépressifs en post-partum lorsque ceux-ci sont difficilement identifiables par des instruments de mesure généralistes tels le MINI. Il est adapté aux mères d'enfants de plus de quatre semaines et de moins de trois mois (Guédeney 1998). Seules 6 parmi les 95 résidentes interrogées correspondaient à ce critère. Toutes les six ont accepté la passation de l'EPDS. Aucune n'a présenté de score au-delà de la note seuil (11,5) de dépistage de dépression post-natale recommandée par Guedeney et al. (2000).

Commentaires libres

A la fin de l'enquête, les enquêtrices ont demandé aux résidentes si elles souhaitaient ajouter d'autres commentaires. Ceux-ci ont été consignés au verso du cahier d'observation. Les enquêtrices avaient également la possibilité de noter à cet endroit tout commentaire particulier ou intéressant qui ne pouvait pas être recueilli dans les instruments d'évaluation. L'ensemble des commentaires recueillis ont été traités de manière qualitative. Les principales thématiques sont présentées ici.

Sur le fait d'être accueilli en centre maternel, une majorité des commentaires généraux (N=10) sont positifs:

« Je suis contente d'être ici. »

D'autres (N=7) sont cependant radicalement négatifs :

« Tout va mal, tout est nul. »
« J'ai la rage contre ici ».

Dans le cadre de cette enquête sur la santé mentale, de nombreuses revendications portaient tout logiquement sur des sujets ayant un lien avec le bien-être psychique.

La relation avec l'équipe est une question particulièrement sensible. En effet, 54 commentaires l'abordent de façon très directe. Si sept d'entre eux font état de bonnes relations générales entre résidentes et éducateurs,

« Bonnes relations avec les éducateurs, je me sens bien comprise. »

de nombreux autres sont critiques de politiques éducatives perçues comme irritantes voire envahissantes. Le respect de l'intimité est au centre des préoccupations des résidentes. 14 d'entre elles ont signalé que certaines pratiques institutionnelles les blessaient, qu'elles avaient le sentiment que leur intimité n'était pas respectée dans le centre :

« *Les éducateurs rentrent pour un oui, pour un non. On respecte pas notre intimité.* »
« *Ils rentrent dans nos chambres durant notre absence, ils veulent trop rentrer dans nos vies.* »
« *Les courriers sont ouverts, on va dans notre chambre quand on n'y est pas.* »
« Les éducs nous surveillent tous… »

Elles sont très sensibles au secret professionnel et à ce qu'elles perçoivent comme des libertés prises avec le partage du secret, avec comme effet qu'elles n'ont pas envie de tout raconter. 13 résidentes ont rapporté avoir le sentiment que ce qui était dit lors des rencontres

individuels avec certains professionnels pouvait être rapporté à l'ensemble de l'équipe sans leur accord :

« *Tout est répété dans l'équipe.* »

« *J'ai peur que ce que je dis à l'éducateur soit répété (les personnes de la crèche savent des choses qu'elles ne sont pas censées savoir).* »

D'autres perçoivent la distance professionnelle comme parfois trop grande :

«Les éducs pourraient être plus humains, on pourrait parler de tout et de rien… ».

Le paternalisme fait l'objet de critiques :

« On nous infantilise. »

Les limitations sur les horaires de visites des personnes de l'extérieur sont perçues comme des facteurs de stress par de nombreuses résidentes. 18 résidentes se sont exprimées spontanément sur cette question, soulignant les effets par rapport :

- à la solitude :

« Ce qui est dommage, c'est que personne ne peut dormir dans ma chambre »

- à la relation avec le père de l'enfant

« On ne peut pas avoir une vie de famille…même au niveau des rapports sexuels… le fait de ne pas voir les pères le week-end, ça rend irritable.

- et donc le développement psychosocial de l'enfant :

« Les enfants, ils ont besoin d'un repère masculin. »

Certains autres obstacles par rapport aux relations avec le monde extérieur sont critiqués :

« *On a demandé à avoir Internet, mais ils veulent pas* »

La vie en collectivité en centre maternel peut poser des problèmes relatifs à la promiscuité. Cinq femmes insistent particulièrement sur le bruit survenant la nuit. D'autres évoquent les disputes :

« *Il y a des disputes pour le téléphone, la machine à laver..* »

« *Beaucoup de conflits avec les autres mamans.* »

… et les vols :

« *On m'a volé de l'argent.* »

« *Beaucoup de vols, et l'institution ne veut rien faire.* »

Deux soulignent le caractère positif et soutenant de la collectivité.

« *Ici, on s'entend bien, on s'aide entre nous* »

Douze résidentes soulignent qu'elles se sentent sous pression par rapport aux exigences de l'institution relatives à l'insertion sociale ou par rapport à leur situation face à la fin de leur accueil en centre maternel :

« *Le centre met beaucoup de pression, notamment au moment de la sortie.* »

« *Ici, les gens vous mettent la pression tout le temps.* »

« *A quelques mois des 3 ans de l'enfant, on est très stressée, car il faut trouver un logement* »

De nombreuses sources de stress sont d'origine pratique et matérielle.

Sept résidentes de deux centres se sont plaint de la qualité des repas

« *La nourriture est dégueulasse. »*

« *La nourriture n'est pas très bonne.* »

Pour 5 résidentes, la taille des chambres n'est pas suffisante pour assurer une qualité de vie adéquate pour une mère et son enfant.

> « *Il faudrait des pièces plus grandes, et que le lavabo ne fasse pas aussi baignoire pour l'enfant, c'est pas hygiénique.* »

Cinq résidentes se sont plaint que les services de certains centres soient payants

> « *C'est pas normal qu'il y ait des jetons pour le linge* ».
> « *Avant, on donnait du lait et de l'eau, plus maintenant* ».

Synthèse des commentaires libres des résidentes

➔ La relation avec l'équipe éducative est un sujet particulièrement sensible pour les résidentes. Si pour beaucoup elle est positive, d'autres se sentent envahies, surveillées, pressurisées, leurs confidences dévoilées, étalées devant autrui.

➔ Les limitations sur leur autonomie (horaires de fermeture du centre, interdiction de sortir la nuit, pas d'Internet) sont perçues comme des obstacles d'une part stressants et d'autres part néfastes pour le maintien ou le développement de leurs relations avec le monde extérieur.

MODULE C :
PLAN D'ACTION EN SANTE MENTALE

Objectif du Module C

L'objectif du Module C est de formuler des recommandations sous la forme d'un plan d'action santé mentale visant à optimiser la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychologiques en centre maternel. Il s'agit de s'appuyer sur les résultats des modules précédents pour construire un plan de santé mentale qui prenne en compte les points de vue à la fois de la direction, des personnels et des usagers des centres. En décrivant les compétences réunies dans les équipes et les ressources à leur disposition dans les quartiers mais aussi la prévalence et type des troubles de santé mentale se manifestant chez les résidentes, nous espérons pouvoir identifier d'éventuels décalages entre offre et besoin et proposer des stratégies pour y remédier. De plus, la stratégie méthodologique utilisée dans les Modules A et B a permis d'évaluer des décalages d'une part entre les points de vue des différents acteurs et d'autre part entre les opinions et croyances des acteurs (personnel ou résidents) et la « réalité » décrite par les instruments épidémiologiques. L'ensemble de ces « décalages » servira de base d'appui pour créer une première proposition de ce plan de santé mentale.

NOTA BENE : Ce Plan d'action en santé mentale (Module C) est présenté ici de façon provisoire. Ces propositions feront l'objet d'un débat critique avec les responsables des établissements et la tutelle qui, nous l'espérons, résultera en la finalisation du plan de santé mentale abordant les dimensions de

- *la formation pour le personnel*
- *la mise à disposition d'outils de prévention, de repérage et de suivi adaptés*
- *stratégies d'évaluation, de monitoring et de pérennisation*
- *mécanismes de soutien aux professionnels sur ces questions sur le long terme.*

I : La santé mentale des résidentes : un enjeu crucial pour les centres maternels

1. **Constat : Direction, personnel et usagers partagent l'avis que les problèmes de santé mentale chez les résidentes constituent un enjeu important pour les centres maternels. Les professionnels des centres maternels comme les résidentes elles-mêmes soulignent l'importance de la question de la santé mentale des résidentes.**

   Recommandation : introduire de manière systématique une politique de prévention, de promotion de la santé mentale et de prise en charge des troubles de santé mentale dans les projets d'établissement.

2. **Constat : L'opinion partagée du personnel et des résidentes est concordante avec les constats de la littérature scientifique qui montre**
   - **un risque accru de psychopathologie en période de grossesse et de post-partum, (ou de décompensation, en cas de pathologie sous-jacente).**
     La grossesse et la naissance sont considérées comme une "crise", une période de mutation, qui nécessite des capacités de réorganisation et d'adaptation interpersonnelles et intrapsychiques (Fossey et al. 1997; Dethieux et al. 2000). Si la grossesse semble protéger contre les épisodes psychiatriques graves tels qu'une décompensation psychotique, elle ne protège pas de la dépression non délirante, dite "névrotique", tout au moins au cours du premier semestre de la grossesse. La période du post-partum est, quant à elle, à haut risque (risque 22 fois supérieur aux 2 années

précédant la grossesse) de décompensation délirante (psychoses puerpérales), mais également de dépression non-délirante.

- **un risque accru de psychopathologie lié à la migration.**
  En 1999, 73% des femmes accueillies en centres maternels étaient d'origine culturelle étrangère (Donati et al. 1999) et tout prête à croire que ce taux va en augmentant. En situation migratoire, la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont des périodes de vulnérabilité psychologique dont les manifestations somatiques et psychiatriques s'expriment d'une façon très variable d'une culture à l'autre. Dans ces moments, l'étayage culturel de la mère est concrétisé par un réseau social féminin garant d'un soutien culturel de parentalité. Dans les sociétés traditionnelles africaines et nord-africaines, le caractère délicat de ce passage est pris en compte et le couple mère-enfant fait l'objet d'un accompagnement à la mesure des enjeux. Ainsi, dès sa naissance, l'enfant trouve deux systèmes de soutien : celui de sa mère qui le protège et celui du groupe de femmes, voire du groupe social qui va aider à protéger la mère. Dans un contexte transculturel, la mère ne retrouve souvent pas ce soutien et ne sait pas assumer elle-même de façon efficace le rôle de contenant : la mère est ainsi exposée à la solitude, la confusion et au sentiment d'aliénation culturelle. Le risque de d'anxiété et de dépression est important.
- **un risque accru de psychopathologie lié au contexte d'une mégapole et à la précarité.**
  Les enquêtes menées dans la population française montrent que d'une manière générale, les problèmes de santé mentale et en particulier la dépression, sont plus fréquents dans les populations pauvres, sans emploi ou sans domicile, vivant seul… De plus, il existe une demande accrue pour des soins psychiatriques dans les mégapoles, liée à un niveau élevé d'anomie, de stress individuel et de tension sociale. Les personnes de santé mentale fragile auraient tendance à s'approcher des quartiers pauvres des mégapoles où les services sociaux sont souvent plus accessibles.

Recommandation : toute politique de formation sur la santé mentale dans les centres maternels parisiens doit prendre en compte ces trois facteurs de vulnérabilité que sont la périnatalité, la migration et la précarité et l'exclusion sociale dans le contexte d'une mégapole.

3. **Constat : L'opinion commune du personnel et des résidentes est concordante avec les résultats de l'enquête épidémiologique** : **la prévalence des troubles dans la population des résidentes des centres enquêtés est effectivement très élevée.**
   Plus de 2 femmes sur 3 (68%) présentent au moins un trouble au moment de l'enquête. Chez la moitié (53%) de ces femmes présentant un trouble aujourd'hui, ce trouble dure depuis plus d'un an. Dans leur vie entière (et il s'agit d'une population de femmes jeunes), 78% des résidentes interrogées valident au moins un trouble de santé mentale.
   Ces niveaux de prévalence sont très supérieurs à ceux de la population générale et notamment sur les diagnostics suivants : épisode dépressif actuel (F32), épisode dépressif récurrent (F33), risque suicidaire léger (X60), anxiété généralisée (F411).
   Dans l'échantillon enquêté :
   - une résidente sur deux (48%) présente un état dépressif majeur actuel.
   - une résidente sur deux (49%) présente un trouble anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, phobie sociale, agoraphobie).
   - plus d'une résidente sur trois (39%) présente un risque suicidaire au moment de l'enquête
   - plus d'une résidente sur quatre (28%) souffre d'insomnie.

- une résidente sur quatre (24%) a vécu un événement traumatisant significatif[a]. Cette proportion est significativement plus élevée que pour la population générale.

Recommandation : Intégrer dans les projets d'établissement une politique de prévention, de promotion de la santé mentale et de prise en charge de chacune de ces pathologies – au même titre que les compétences maternelles, l'hygiène, le planning familial, la prévention du VIH …

4. **Constat : La comorbidité des troubles psychiques est fréquente. 13% des femmes interrogées présentent 2 diagnostics, 23% en présentent 3, 16% en présentent 4, 6% en présentent 5.**

   Recommandation : prendre en compte la haute prévalence de co-morbidité dans les projets d'établissement par rapport à la santé mentale : tout apprentissage sur la psychopathologie ou le repérage des troubles qui néglige ce fait serait difficilement applicable dans le travail professionnel.

5. **Constat : A part la dépression, de nombreux problèmes de santé mentale courants - troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, troubles obsessionnels et compulsifs…), insomnie, suicide, stress post-traumatique, troubles alimentaires - n'ont jamais été évoqués par le personnel pendant l'étude.**

   Recommandation : former et sensibiliser les professionnels sur chacun de ces troubles de santé mentale courants.

II : Un décalage culturel entre résidentes et personnel : créer des ponts franchissables entre les cultures

6. **Constat : La majorité des femmes accueillies sont d'origine culturelle étrangère, (Afrique subsaharienne notamment). Les enjeux culturels sont majeurs, d'abord dans l'expression des troubles et ensuite dans leur repérage et prise en charge.** Bien que certains invariants semblent se dégager d'entre les cultures, les stratégies pour faire face à la maladie mentale sont très variables d'une culture à l'autre. La différence culturelle entre les équipes accueillantes et les résidentes accueillies est unanimement perçue et analysée comme un enjeu dans l'efficacité de la prise en charge des troubles psychologiques. Tout en étant en général sensibilisés à cette question, les professionnels se sentent démunis.

   Recommandation : rendre systématique et renforcer les formations (ou supervisions) des personnels sur les cultures dont sont issues les femmes qu'ils accueillent, avec un professionnel formé en ethnopsychiatrie ; systématiser les formations sur l'action éducative en milieu migrant.

   Recommandation : promouvoir une politique de mise en valeur de la diversité culturelle et des différentes cultures d'origine (éviter de ne valoriser que la culture d'accueil européenne) afin de mieux comprendre les besoins et souhaits de la population accueillie et comment construire des ponts franchissables entre les différentes cultures.

[a] Sans forcément valider pour autant le diagnostic du trouble dit « stress post-traumatique ».

Recommandation : mettre en place une politique de recrutement de professionnels socio-éducatifs avec une connaissance plus approfondie de ces cultures.

III : Les ressources et les moyens des centres maternels compétences en psychologie et en santé mentale

7. **Constat : Des psychologues sont présents dans la quasi-totalité des centres.** Depuis 1988, le nombre de psychologues travaillant dans les centres maternels parisiens a augmenté de façon significative. Aujourd'hui, neuf centres sur dix ont des postes de psychologue. Le temps de présence par centre est d'environ d'un équivalent temps plein (ETP). Un centre travaille avec 2,5 ETP, un autre avec 3 ETP. Un seul centre n'a pas de psychologue.

   Recommandation : Maintenir cette politique de présence des professionnels de la psychologie dans les centres.

8. **Constat : Le personnel social et paramédical des centres maternels et de leurs crèches a reçu en grande partie (73%) une formation initiale sur la psychologie générale ou de l'enfant. 52% souhaitent bénéficier de formations continues sur des thématiques relatives à la santé mentale.**

   Recommandation : En cas de mise en œuvre dans ce plan de santé mentale d'une politique de formation continue, éviter de choisir des formations trop généralistes qui risquent d'être redondantes par rapport aux formations initiales déjà reçues par la majorité des membres du personnel.

9. **Constat : Un quart des personnels souligne explicitement que leur formation en matière de psychologie a été peu approfondie et peu adaptée à leur travail actuel. Les connaissances et compétences sur les questions transculturelles et la gestion pratique de cette interculturalité dans la vie professionnelle de tous les jours, la gestion de situations de crise ou de violence, la motivation des personnes en situation de retrait, les enjeux spécifiques de la périnatalité, sont soulignés.**

   Recommandation : En cas de mise en œuvre dans ce plan de santé mentale d'une politique de formation continue, construire des formations faites sur mesure pour les situations vécues par les professionnels en centre maternel. Ces formations interactives peuvent être individuelles, ou collectives et réalisées à l'extérieur du centre. On pourra recommander que les professionnels s'y inscrivant proviennent de centres maternels différents.

   Recommandation : Promouvoir les actions de formation de l'équipe dans son ensemble sur le lieu de travail (Whole Team Training : cessions de travail collectif avec formateur) en vue de promouvoir le changement institutionnel et non seulement individuel.

10. **Constat : Aucun professionnel n'a fait état de formation sur la prévention ou la promotion de la santé mentale.**

    Recommandation (voir ci-dessous : " VII : UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTE MENTALE - NOTION DE BONNE SANTE MENTALE ")

11. **Constat : Un sentiment d'impuissance. Malgré la présence de professionnels de santé mentale, les professionnels se sentent néanmoins insuffisamment « armés » en termes de disponibilité des psychologues ou de formation des équipes socio-éducatives et de crèche pour repérer les troubles, savoir les prendre en charge et amener les résidentes à accepter une orientation sur des structures extérieures. Il existe un décalage entre les besoins ressentis et les moyens humains et compétences réunis.**

    Recommandation : Montrer une volonté politique forte sur la prise en charge des troubles de santé mentale des résidentes, notamment par la mise en place d'un plan d'action interinstitutionnel en santé mentale et par une mise en œuvre évaluée de ce plan.

12. **Constat : Certains professionnels considèrent que le personnel de nuit serait en nombre insuffisant en cas de problème psychologique important chez une résidente.** Ils se culpabilisent, par exemple, de partir le soir en laissant une équipe réduite et qui n'a pas forcément les compétences requises pour aider une mère en situation de difficulté psychologique

    Recommandation : Etre vigilant sur l'accès à la formation des personnels de nuit sur la gestion de situations de crise psychologique et psychiatrique ; mise en place de protocoles de gestion de ces situations ; veiller à l'adaptation du personnel de nuit en nombre comme en qualification au regard des besoins des résidentes.

IV : Le repérage des troubles psychiques en centre maternel : stratégies de gestion et de prise en charge en interne

13. **Constat : L'encadrement éducatif, dans la forme qu'il a actuellement dans les centres maternels, est difficilement compatible avec une démarche de repérage et d'évaluation des troubles psychologiques par le biais d'instruments auto-déclaratifs, essentiellement en raison du besoin de confidentialité des résidentes**

    Recommandation : Identifier des outils et stratégies de repérage dont l'utilisation est compatible avec les pratiques institutionnelles (auto-questionnaire anonyme, par exemple).

14. **Constat : Les travailleurs socio-éducatifs trouvent en majorité (78%) qu'il est difficile de travailler avec des résidentes présentant des troubles de santé mentale** ; ils sont souvent davantage préoccupés par les *troubles psychiatriques graves* ou les *crises psychiatriques* qui leur posent le plus de problèmes, alors que ces phénomènes sont relativement rares par rapport aux autres troubles psychologiques, tels que l'anxiété et la dépression, dont la prévalence est très élevée.

    Recommandation : formation des personnels socio-éducatifs pour les sensibiliser aux situations de vulnérabilité psychique ainsi qu'aux indicateurs d'émergence de troubles psychiques « à bas bruit ».

    Recommandation : formation des personnels socio-éducatifs sur la prévention et la réduction des risques de crise (identification des stresseurs, stratégies de détente…).

Recommandation : mise en place de protocoles de gestion des crises psychiatriques ; information et formation des personnels sur ces protocoles ; aider les centres maternels au développement de protocoles d'intervention et d'orientation pour faire face à ces troubles (Une prise en charge est-elle possible sur place ? Quand faut-il orienter ? Sur quels indicateurs s'appuyer pour une prise de décision ? Quelle continuité de soins à la sortie ?).

15. **Constat : La principale difficulté décrite par les professionnels socio-éducatifs concerne les comportements violents qui perturbent le fonctionnement institutionnel, la relation avec les autres résidentes et la relation mère-bébé.**

    Recommandation : actualisation régulière des connaissances des personnels sur la gestion de situations de violence en milieu institutionnel et sa prévention, notamment dans le contexte de troubles psychologiques (cf. formations proposées aux personnels des établissements psychiatriques).

16. **Constat : De nombreux problèmes de santé mentale courants (troubles anxieux, etc.), pourtant très présents, semblent peu pris en compte par le personnel.**

    Recommandation : formation et sensibilisation des professionnels sur le repérage précoce de ces troubles de santé mentale courants.

17. **Constat : Les stratégies mises en place « en interne » en cas de trouble psychologique chez une résidente s'appuient principalement sur le travail institutionnel :** réunions d'équipe, travail en équipe éducative autour d'une même résidente, l'appui des psychologues et la supervision institutionnelle. La mission des psychologues se partage en général entre ce temps institutionnel et le temps de travail autour de la relation mère-bébé. Le travail clinique individuel n'est pas priorisé par les centres, qui favorisent le recours à un professionnel extérieur en cas de besoin, recours souvent tardif.

    Recommandation : sans pour autant effectuer des prises en charges cliniques dans les centres, prendre davantage en compte le risque réel que les problèmes psychologiques constituent un obstacle majeur à la réalisation d'un projet socio-éducatif, en inscrivant le projet individuel de promotion de la santé et de la santé mentale dans le projet socio-éducatif individuel.

18. **Constat : Les professionnels évoquent aussi la difficulté de faire prendre conscience à la mère de la nécessité de bénéficier d'une prise en charge adaptée.** Les psychologues soulignent la difficulté d'engager les mères déprimées ou anxieuses dans une démarche de soins et de les faire adhérer à ce processus. Par contraste, l'étude épidémiologique montre que les résidentes participant à l'enquête cherchent souvent un soutien soit informel, soit professionnel.

    Recommandation : les actions de promotion de la santé mentale s'adressant aux résidentes doivent souligner l'intérêt de la prise en charge.

    Recommandation : formation des personnels sur les techniques de soutien à l'adhésion aux soins, sur les ressources externes médico-sociales.

    Recommandation : formation des personnels sur la motivation aux soins et la gestion de la non-demande.

19. **Constat : De nombreuses résidentes présentant un trouble cherchent de l'aide auprès de professionnels du réseau sanitaire environnant (PMI, généralistes, gynécologues…)**

    Recommandation : sensibiliser les relais et notamment les partenaires du réseau sanitaire dans lequel s'inscrit chaque centre à l'importance du repérage des troubles de la santé mentale chez les résidentes. Proposer des formations à ces partenaires.

20. **Constat : Si le constat est partagé entre professionnels et résidentes sur l'importance de l'enjeu de la santé mentale en centre maternel, les raisons données ne sont pas identiques.**
    - **Les professionnels** soulignent les implications de ces troubles pour l'institution (« cocotte minute »), pour l'enfant (« la protection de l'enfant est prioritaire ») et pour l'autonomie par rapport au centre et l'insertion dans la vie de la Cité (« ne pas être dépendante des éducateurs, du centre ») :
      - les troubles psychologiques décrits spontanément par les professionnels socio-éducatifs des centres se repèrent par des comportements violents et des comportements étranges
      - les psychologues des centres mettent en avant la dépression et le retrait relationnel des femmes vis-à-vis des autres résidentes, de l'équipe socio-éducative, voire de l'enfant.
      - la prise en charge s'impose parce que ces troubles perturbent la relation mère-bébé, l'institution ou l'insertion professionnelle et sociale de la mère.
    - **Les résidentes** disant avoir été témoins de cas de femmes souffrant de troubles psychiques en centre maternel décrivent pour la très grande majorité des cas d'agressivité (54%) et de dépression (43%), et soulignent la difficulté que produit le trouble pour la femme elle-même.

    Recommandation : si les intérêts de la résidente, de l'enfant et de l'institution sont parfois difficiles à dissocier, une politique de prévention et de prise en charge des troubles doit cibler de manière systématique le bien-être de la femme et non seulement celui de l'enfant ou de l'institution.

V : Prévention et prise en charge des troubles psychiques : collaboration centres maternels / partenaires extérieurs

21. **Constat : Pour les professionnels, l'accompagnement et la prise en charge des femmes présentant des troubles de santé mentale au sein du centre doivent s'appuyer dès que possible sur une prise en charge à l'extérieur.** Ils regrettent cependant l'isolement dont souffrent les centres par rapport aux structures extérieures et la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapide, notamment dans les structures de psychiatrie publique.

    Recommandation : favoriser les conventions entre les centres maternels et l'ensemble des secteurs publics de psychiatrie générale adulte et infanto-juvénile, mais aussi des associations ethnopsychologiques, etc., afin de sortir du schéma actuel où les centres d'urgence constituent le recours principal des centres, faute d'avoir pu consulter à temps.

Recommandation : mise en place de conventions individuelles entre chaque centre maternel et un centre médico-psychologiques pour adultes afin d'agir en amont des crises.

Recommandation : mise en place de conventions entre les centres maternels et des structures pouvant jouer une mission de prévention précoce (Maisons vertes, associations d'accueil parents-enfants, groupes de parents, unités de prévention petite enfance des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile…).

22. **Constat** : **Le lien avec la psychiatrie publique est dysfonctionnel.** 8 centres n'ont pas ou peu de liens avec les structures de santé mentale de secteur. 2 y orientent leurs résidentes avec difficulté. Un seul centre déclare avoir utilisé le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) dans le cadre du protocole passé avec la DASES. De plus, chaque centre fonctionne différemment selon chaque problématique pour trouver des ressources extérieures ("on réinvente l'eau chaude"). Les professionnels regrettent l'absence de « protocolisation » de la prise en charge des troubles psychiques.

    Recommandation : formalisation de protocoles et conventions entre centres maternels et secteurs psychiatriques.

    Recommandation : le protocole CPOA-DASES, peu utilisé et le plus souvent méconnu des professionnels, est à réactualiser et à diffuser largement.

23. **Constat : L'inscription des centres maternels dans les réseaux sanitaires environnants est réelle mais peu structurée.** Les centres maternels ont une mission essentiellement socio-éducative. Si la formation de leur personnel au repérage et à la prise en charge des troubles psychologiques périnataux semble essentielle compte tenu de la population accueillie et la prévalence très élevée de troubles psychiques, l'inscription des centres maternels dans un réseau de structures partenaires est un enjeu décisif pour un suivi de qualité des mères en difficulté psychique, et cela que ce soit pendant le séjour ou à la sortie.

    Recommandations : prévoir de manière systématique dans le projet d'établissement l'inscription du centre maternel dans le réseau médico-psychologiques environnant. Développer le réseau sanitaire en s'appuyant sur les réseaux existants à Paris :
    - *Réseau santé mentale-précarité (Hôpital Ste-Anne)*
    - *Equipe mobile de santé mentale parents-bébé (Hôpital Maison-Blanche)*
    - *Unité d'hospitalisation mère-bébé (Hôpital Maison-Blanche)*
    - *Réseaux de médecins généralistes (réseaux Ville-Hôpital)*
    - *Protection maternelle et infantile (PMI)*
    - *Centres médico-psychologiques (CMP)*

    Recommandation : développer l'accès à l'information sur les réseaux de santé mentale pour tous les centres ; création d'une base de données / annuaire des ressources disponibles sur internet.

24. **Constat : L'inscription des femmes elles-mêmes dans le réseau sanitaire environnant est réelle mais très hétérogène**. La grande majorité des résidentes (78%) ont été en contact avec un « médecin » ou un professionnel de santé spécialisé dans les deux derniers mois. Les "médecins" visités sont principalement des spécialistes (surtout pédiatres et gynécologues). Seules 10% des femmes ont vu un généraliste dans les 2 derniers mois.

Recommandation : reconnaître et valoriser le rôle des soins primaires comme lieu de repérage et de prise en charge des troubles psychologiques courants ; renforcer les liens avec les réseaux de généralistes, les réseaux dits "ville-hôpital", les PMI ; créer des conventions de prise en charge avec ces réseaux et structures de prise en charge de première ligne avec des formations de sensibilisation sur la prise en charge des troubles de santé mentale de la population en question.

25. **Constat : Décalage entre la perception chez les professionnels d'une résistance à la prise en charge et les recours au soutien psychologique décrits par les femmes présentant un trouble.**

Si la distance culturelle peut rendre la « psychologie » et les « psychologues » peu attractifs pour certaines résidentes, cela ne veut pas dire qu'il y a un refus de recours aux soins ou au soutien. La représentation, courante chez de nombreux professionnels, des résidentes comme réticentes à reconnaître leurs problèmes et à s'engager dans une démarche de soins est parfois exagérée par rapport à la réalité. S'il est vrai que certaines femmes s'engagent plus difficilement dans ce genre de démarche, de nombreuses femmes interviewées disent avoir cherché un soutien professionnel pour leurs problèmes psychologiques.

- 90% des 78 résidentes présentant au moins un trouble « DIAGNOSTIC » au MINI ont eu recours à un contact formel ou informel pour tenter de le gérer
- Les deux tiers des répondantes qui ont cherché un soutien ont sollicité plusieurs contacts.
- Les recours informels (ami(e), conjoint, famille) sont plus fréquemment cités que les recours médico-sociaux.
- Les résidentes ont néanmoins fréquemment été en contact avec le corps médico-psychologiques : 34 ont suivi un traitement par un professionnel de la santé mentale ; 29 ont pris des médicaments psychotropes à un moment donné et 17 ont été hospitalisées.

Pour beaucoup d'entre elles, ce soutien les a effectivement aidées. Elles se disent largement satisfaites des bénéfices apportés par l'aide extérieure lorsqu'elles la sollicitent. La satisfaction relative à leurs recours informels (famille, ami, conjoint) est légèrement plus importante (82% de satisfaites) que celle relative à leurs recours médico-socio-psychologiques (médecins, médicaments, hospitalisation, éducateurs et assistants sociaux, psychothérapies ; 71% de satisfaites), mais nous ne pouvons rien en déduire sur l'efficacité de l'aide apportée, le type de recours n'étant pas indépendant du type de trouble.

Recommandation : "normaliser" les informations données aux usagers (mais aussi aux personnels) sur les différents types de soutien auxquels on peut faire appel lorsqu'on a un trouble de santé mentale. Déstigmatiser ces recours.

VI : Prise en compte des résidentes en tant qu'acteurs à part entière dans les centres maternels

Constat : La majorité des femmes accueillies sont d'origine culturelle étrangère, la plupart d'entre elles ayant migré depuis les pays d'Afrique subsaharienne.

Recommandation : promouvoir une politique de mise en valeur de la diversité culturelle et des différentes cultures d'origine.

Recommandation : prendre en compte les compétences maternelles particulières à la culture d'origine, qui peuvent être pour elles et leur enfant de meilleure qualité que les compétences européennes et particulières à la situation francilienne qu'on voudrait leur « apprendre ». Sans oublier l'intérêt, dans le moyen terme, de cet apprentissage (maîtriser le langage et les règles de fonctionnement du système sanitaire et social du pays d'accueil), valoriser la réflexion chez les professionnels et les résidentes sur les différentes approches culturelles à la parentalité.

Constat : Le risque d'un trouble psychologique pour l'enfant et le risque pour l'institution semblent souvent prioritaires par rapport au risque pour la mère. L'image de la « mauvaise mère » est parfois présente dans le discours des professionnels.

Recommandation : revaloriser la place de la femme dans les centres maternels et le respect pour sa réalité de femme et non seulement de mère.

Recommandation : la participation des résidentes au conseil d'établissement des centres en tant qu'usagers, citoyennes et futures citoyennes est primordiale.

Constat : Les résidentes s'intéressent à leur santé mentale. C'est un sujet qui les préoccupe et sur lequel elles souhaitent agir.

Recommandation : encourager les mères à être acteurs de leur propre santé, y compris de leur santé mentale et y compris du repérage des troubles (rendre accessibles des informations et formations sur la santé mentale, sur comment reconnaître les signaux d'alerte, la prévention, les stratégies de réduction de facteurs de stress et la promotion de la résilience, la promotion de la santé mentale).

Constat : Pour les résidentes interviewées, les réponses apportées par les centres aux femmes en difficulté psychologique seraient souvent peu bénéfiques. Elles ont des propositions à faire à cet égard. En fonction de leurs observations de cas de troubles psychologiques dans le centre, elles soulignent la nécessité :

- d'un encadrement clair et ferme
- de savoir se contrôler
- de dialogue et d'écoute avec un respect soutenu pour la confidentialité des échanges
- de soutien dans les démarches.

Recommandation : reconnaître et valoriser la pluralité des stratégies de soutien et de prise en charge (« lorsqu'on est déprimée, en parler avec une amie aide souvent »).

Recommandation : encourager les actions communautaires entre les résidentes, en leur apportant le soutien et la formation nécessaire pour que certaines puissent constituer des « personnes-relais » pouvant stimuler la demande de soins.

Recommandation : la participation des résidentes à l'élaboration du projet d'établissement sur la santé mentale.

Constat : Les femmes ayant des troubles psychologiques soulignent comme cause possible des troubles les craintes par rapport à l'avenir, à l'emploi, et au logement, la vie au centre maternel et les problèmes familiaux. En revanche, le fait d'avoir un emploi ou être en formation pour une résidente en centre maternel n'est pas lié à une moindre prévalence de troubles psychologiques.

Recommandation : si l'intervention « curative » en santé mentale doit être menée essentiellement à l'extérieur du centre, les centres maternels doivent développer des actions citoyennes, participatives, créatives, de promotion de la santé mentale et une politique de prévention des troubles de la santé mentale basée sur la reconnaissance des facteurs de vulnérabilité et la réduction de ces facteurs de vulnérabilité. Il ne s'agit pas de "psychiatriser" les problèmes sociaux, mais de veiller à ce que les troubles psychologiques, déclenchés et renforcés par les problèmes sociaux, ne deviennent pas des obstacles à la résolution de ces derniers.

Constat : Les professionnels et les usagers soulignent l'impact parfois pathogène de l'institution sur la santé mentale de certaines résidentes. Pour le personnel, c'est souvent la collectivité, l'architecture, la vie en institution, l'effet « cocotte-minute » qui seraient des facteurs déclenchant des troubles chez des résidentes « fragiles ». En revanche, les usagers, tout en soulignant le stress lié à la précarité et à la vie en institution, y ajoutent l'impression d'une trop grande intrusion sur leur vie privée, le non-respect du secret, la pression de réussir selon des critères culturels qui ne sont pas forcément les leurs.

Recommandation : mettre en place des plans de réduction des sources évitables de tension et de stress (isolement sonore, confort et taille des chambres, lutte contre la stigmatisation des femmes accueillies en centre maternel, incompréhensions culturelles…) et mettre en place des actions et formations ciblées.

Recommandation : favoriser la participation des résidentes au conseil de vie sociale.

Constat : Les résidentes sont réticentes à dévoiler leurs problèmes privés de peur de compromettre leur séjour dans le centre ou de perdre la garde de leur enfant. Elles soulignent l'enjeu crucial de la confidentialité en centre maternel.

Recommandation : sensibiliser les professionnels à la nécessité d'un respect de l'intimité, de la confidentialité dans les relations avec les résidentes.

Recommandation : rappeler les textes de loi sur le partage du secret professionnel.

VII : Une politique de promotion de la santé mentale

26. Constat : Les membres du personnel qui ont accepté de participer à l'enquête montrent un grand intérêt pour ces questions de psychologie et de bonne santé mentale. Alors que l'on aurait pu redouter que les questions liées à la vie psychologique, de l'ordre de l'intime, soient difficiles à évoquer en centre maternel, un nombre important de personnes ont accepté d'en parler à des enquêteurs de l'extérieur.

27. **Constat : De nombreux usagers, y compris de cultures diverses, évoquent avec facilité leur santé psychologique et celle de leurs co-résidentes.** Certes, ceux qui n'ont pas souhaité l'évoquer n'ont sans doute pas participé à l'enquête. En revanche, 95 personnes, c'est-à-dire 46% des résidentes des établissements enquêtés, ont participé et aucune n'a arrêté l'entretien avant la fin.

Recommandation : rendre disponible aux personnels et aux résidentes des informations sur la santé mentale, la prévention, la promotion de la santé mentale, les troubles et leur prise en charge, le système de santé mentale.

28. **Constat : Pour les professionnels, la bonne santé mentale des résidentes tend à se confondre avec la mission des centres maternels. Elle se caractérise d'une part par l'équilibre personnel et la qualité de l'insertion et l'autonomie de la mère dans un environnement social adéquat et, d'autre part, lorsque la mère peut établir une relation de proximité avec son enfant.**
Si on compare cette représentation de la santé mentale avec celle par exemple de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (« *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* »), on constate que les notions de « bien-être », d'« épanouissement » et de « contribution à la vie de sa communauté » trouvent moins de place chez les professionnels des centres que celles d'équilibre, d'insertion, d'adaptation et d'autonomie.

Recommandation : inscrire une politique générale de promotion de la santé mentale dans les centres maternels.

29. **Constat : Les actions de promotion de la santé mentale constituent des ressources faciles à mettre en oeuvre et relèvent de la mission des centres.** Les professionnels notent l'efficacité des actions ayant pour but de promouvoir le lien entre les individus et favorisant ainsi la confiance et le travail « thérapeutique ».

Recommandation : promouvoir le bien-être en centre maternel. Former les professionnels à la mise en place d'actions de promotion de la santé, identifier les actions ; identifier des stratégies de promotion de la santé mentale (lieux de convivialité, soutien transculturel, lieux de parole collectifs, ateliers…) pouvant dès à présent être menées avec les résidentes. Reconnaître que la santé mentale dont il faut favoriser l'expression n'est pas seulement individuelle mais collective ; et qu'elle appartient non seulement aux résidentes mais également aux professionnels.

VIII : Partage des pratiques, supervision, démarche qualité

30. **Constat : Les expériences des focus groupes montrent la pertinence pour les professionnels de pouvoir partager leurs pratiques**

    Recommandation : favoriser les rencontres interinstitutionnelles entre les personnels et plus particulièrement entre les psychologues.

31. **Constat : Les répondants souhaitent la mise en place de supervisions institutionnelles.** Ils soulignent la nécessité de bénéficier d'un lieu de parole pour travailler leur vécu d'une situation. Six centres ne bénéficient pas de supervision institutionnelle. Quatre y ont recours. Cette demande de supervision est renforcée par le constat du taux de prévalence très élevée de troubles psychiques dans les centres maternels.

    Recommandation : favoriser le soutien des acteurs, prévenir la souffrance professionnelle par la facilitation de la supervision clinique dans le cadre institutionnel (analyse des pratiques ou supervision psychanalytique).

    Recommandation: mettre en place une démarche qualité à cet égard : des stratégies d'évaluation, de monitoring et de pérennisation des pratiques pour adapter les solutions au plus près des besoins des résidentes et des centres.

    Recommandation : mettre en place une journée de partage d'expérience entre les centres maternels, pour diversifier les stratégies pouvant être apportées en interne.

    Recommandation : veiller au suivi du plan d'action santé mentale au niveau du département en identifiant notamment d'éventuels obstacles à sa pérennisation.

Synthèse des recommandations

Accompagnement des femmes accueillies

➔ Revaloriser la place de la femme dans le centre maternel.

➔ Favoriser le droit à la confidentialité des informations partagées par la résidente. Rappeler le droit au secret professionnel.

➔ Favoriser le développement d'activités de convivialité et de bien-être au sein des centres.

➔ Favoriser la participation des résidentes aux conseils de vie sociale.

➔ Promouvoir une politique de mise en valeur de la diversité culturelle.

➔ Renforcer les formations des personnels sur les cultures d'origine des résidentes migrantes.

➔ Former les professionnels aux techniques de motivation à la prise en charge psychologique.

Formation dans le champ de la santé mentale

➔ Former et sensibiliser les professionnels aux différents troubles de santé mentale (anxiété, dépression, insomnie…), en prenant en compte trois facteurs de vulnérabilité que sont (a) la périnatalité, (b) la migration et (c) la précarité et l'exclusion sociale dans le contexte d'une mégapole.

➔ Former les professionnels au repérage de ces troubles psychiques, y compris les troubles évoluant « à bas bruit », en mettant à leur disposition, ainsi qu'à celle des résidentes, des outils et moyens de repérage précoce.

➔ Encourager les résidentes à être actrices de leur propre santé mentale. Les former au repérage, aux stratégies d'intervention, aux stratégies de promotion de la santé mentale.

Appui à la gestion des troubles psychiques / développement du réseau

➔ Mettre en place des plans d'action interinstitutionnels facilitant la prise en charge des résidentes présentant des troubles psychiques.

➔ Favoriser les liens entre centres maternels et structures de psychiatrie / psychologie / ethnopsychologie par le biais de conventions.

➔ Mettre en place un protocole de gestion des crises psychiatriques, incluant la formation des professionnels (et notamment des professionnels de nuit) à la gestion des crises psychologiques et psychiatriques.

Aspect institutionnel

➔ Introduire de manière systématique une politique de prévention, de promotion de la santé mentale et de prise en charge des troubles de santé mentale.

➔ Faire participer les résidentes à l'élaboration de cette politique.

➔ Promouvoir les formations d'équipe visant le changement institutionnel dans le cadre de cette politique.

➔ Mettre en place une politique de recrutement visant des professionnels ayant une connaissance approfondie des cultures des femmes accueillies.

➔ Mettre en place une démarche qualité : des stratégies d'évaluation, de monitoring et de pérennisation des pratiques pour adapter les solutions au plus près des besoins des résidentes et des centres.

➔ Veiller au suivi du plan d'action santé mentale au niveau du département en identifiant notamment d'éventuels obstacles à sa pérennisation.

BIBLIOGRAPHIE

Baldacchino, A., M. Riglietta, et al. (2003). Maternal health and drug abuse, European Collaborating Centres in Addiction Studies.

Bellamy, V., J. Roeland, et al. (2004). "Troules mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale*." DRESS: Etudes et résultats **347**.

Bocognano, A., S. Dumesnil, et al. (1999). Santé Soins et Protection Sociale en 1998. Paris, CREDES.

Brengard, D. (1998). "Nourrissons et familles en situation d'exclusion." Psychiatrie Francaise **n°1**.

Char, R. (1997). "Une psychopathologie de la disparition dans le contexte de la précarité et de l'exclusion." Gestions Hospitalières(Novembre): 743-749.

De Jong, J. and M. VanOmmeren (2002). "Toward a Culture-Informed Epidemiology: Combining Qualitative and Quantitative reasearch in Transcultural Contexts." Transcultural Psychiatry **39**(4): 422-33.

Dethieux, J., I. Abadie, et al. (2000). "Crise narcissique et prédiction de la dépression du post-partum: élaboration d'un auto-questionnaire." L'Encéphale **26**(3): 44-52.

Devereux, G. (1983). BAUBO, la vulve mythique. Paris, Jean Cyrille Godefroy.

Diedrich, N. and T. Greacen (1996). Enquete sur la sexualité et la prévention du SIDA chez les adultes handicapés mentaux en Ile-de -France. Prévention du SIDA en milieu spécialisé. T. Greacen, S. Hefez and A. Marzloff. Ramonville-Saint-Agne, Erès.

Donati, P., S. Mollo, et al. (1999). Les centres maternels: réalités et enjeux éducatifs. Paris, L'Harmattan.

Fossey, L., E. Papiernik, et al. (1997). "Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression?" J Psychosom Obstet Gynaecol **18**(1): 17-21.

Franchitto, C., E. Peyrefort, et al. (2005). "Toxicomanie, femmes enceintes et maternité: une nécessaire évolution de la prise en charge - http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/professionnels/ressources/dossier_mater.pdf."

Giggs, J. (1973). "The distribution of schizophrenics in Nottingham." Transactions of Institute of British Geographers **59**: 55-76.

Guédeney, N. (1998). "Les dépressions maternelles post-natales." Neuropsy **13**(4): 143.

Guedeney, N., J. Fermanian, et al. (1995). "Premiers résultats de la traduction de l'edinburgh post-natal depression scale sur une population parisienne." Devenir **7**(2): 69-92.

Guedeney, N., J. Fermanian, et al. (2000). "The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives." J Affect Disord **61**(1-2): 107-12.

Guegen, C., G. Lagrue, et al. (1995). "Retentissement sur le fœtus et l'enfant du tabagisme pendant la grossesse." J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod **24**: 853-9.

Harvey, C., C. Pantelis, et al. (1996). "The Camden Schizophrenia surveys.2. High prevalence of schizophrenia in an inner London borough and its relationship to socio-demographic factors." British Journal of Psychiatry **169**(4): 171-188.

Kendell, R., R. McGuire, et al. (1981). "Mood changes in the first three weeks after childbirth." J Affect Disord **3**(4): 317-26.

Khelalfa-Foucault, F., N. Boige, et al. (2003). "Entre malaise et réconciliation, une esquisse « ethnopédiatrique »." Carnet Psy **55**.

Kovess, V., A. Lesage, et al. (2001). Planification et Evaluation des besoins en Santé Mentale. Comite de la sante mentale du Québec et direction generale de la santé. Paris, Flammarion Médecine Sciences.

Le Pape, A. and T. Lecomte (1996). Aspects socio-économiques de la dépression: Evolution 1980/81 – 1991/2. Paris, CREDES.

Missonnier, S. (1998). Les enjeux psychologiques et psychopathologiques du post-partum. Elements d'obstétrique psychosomatique. S. Mimoun. Paris, Flammarion**:** 257-271.

Monteil, C., D. Bertrand, et al. (2003). Les établissements d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale, DREES.

Murray, L. and C. Trevarthen (1986). "The infant's role in mother-infant communications." J Child Lang. **13**(1): 15-29.

O'Hara, M. W. (1996). "Rates and risk of post partum depression - a meta-analysis." International review of psychiatry **8**(1): 37-54.

Pihl, R., J. Assaad, et al. (1998). Cognition in social drinkers: The interaction of alcohol with nicotine and caffeine. Nicotine, Caffeine and Social Drinking. J. Snel and M. Larist. Amsterdam, Harwood**:** 347-362.

Romito, P. (1990). La naissance du premier enfant. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

Sasco, A. (1993). "Conséquences du tabagisme chez la mère et l'enfant." Rev Prat **43**(10): 1227-9.

Sheehan, D., Y. Lecrubier, et al. (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10." J Clin Psychiatry **59**(Supp20): 22-33.

Simon, J. (2002). "How to conduct a focus group." The Grantsmanship center magazine, n°9.

Spitz, R. (1946). "Anaclitic depression." Psychoanal Study Child **2**: 313-42.

Steissguth, A., S. Landesman-Dwyer, et al. (1980). "Teratogenic effects of alcohol in humans and laborary animals." Science **209**: 353-361.

Taylor, E. and J. Emery (1990). "Categories of preventable unexpected infant deaths." Arch Dis Child **65**(5): 535-9.

Tronick, E., H. Als, et al. (1978). "The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction." J Am Acad Child Psychiatry **17**(1): 1-13.

Verdoux, H. and M. Bourgeois (1990). "Nosographie et épidémiologie des psychoses puerpérales." Annales Médico-psychologiques **3**: 202-207.

Weinberg, M. and E. Tronick (1998). "Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety." Pediatrics **102**(5SE): 1298-304.