HAL
open science

La santé mentale des mères et des enfants en situation de grande précarité en île de France

Mathilde Roze

To cite this version:

Mathilde Roze. La santé mentale des mères et des enfants en situation de grande précarité en île de France. Médecine humaine et pathologie. Sorbonne Université, 2018. Français. NNT : 2018SORUS130 . tel-02926058

HAL Id: tel-02926058

https://theses.hal.science/tel-02926058

Submitted on 31 Aug 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE DE DOCTORAT

DE L'UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

Spécialité

Epidémiologie Sociale

ECOLE DOCTORALE PIERRE LOUIS DE SANTE PUBLIQUE A PARIS :

EPIDEMIOLOGIE ET SCIENCES DE L'INFORMATION BIOMEDICALE (ED 393)

Présentée par

Mathilde ROZE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE

LA SANTE MENTALE DES MERES ET DES ENFANTS EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE EN ILE-DE-FRANCE – ENQUETE ENFAMS

Thèse soutenue le 30 juin 2018, devant le jury composé de :

Maria MELCHIOR	Directrice de thèse
Stéphanie VANDENTORREN	Directrice de thèse
	Rapporteur : Olivier Bouchaud
	Rapporteur : Annabel Desgrées Du Loû
	Examinateur : Christophe Adam
	Examinateur : David Cohen

Université Pierre & Marie Curie - Paris 6
Bureau d'accueil, inscription des doctorants et base de données
Esc G, 2ème étage
15 rue de l'école de médecine
75270-PARIS CEDEX 06

Tél. Secrétariat : 01 42 34 68 35
Fax : 01 42 34 68 40
Tél. pour les étudiants de A à EL : 01 42 34 69 54
Tél. pour les étudiants de EM à MON : 01 42 34 68 41
Tél. pour les étudiants de MOO à Z : 01 42 34 68 51
E-mail : scolarite.doctorat@upmc.fr

LABORATOIRE DE RATTACHEMENT

Cette thèse a été réalisée au sein de l'Equipe de recherche en épidémiologie sociale (IPLESP, UMRS 1136), depuis octobre 2014, sous la direction de Maria Melchior et Stéphanie Vandentorren. Elle a été financée par un contrat doctoral de l'école doctorale (ED393).

UMRS 1136, Inserm-Université Pierre et Marie Curie Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique Equipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES) (responsable : Pierre Chauvin) Faculté de Médecine, Site Saint Antoine 27, rue Chaligny 75012 Paris

RESUME

Dans le contexte actuel de l'augmentation du nombre de familles sans logement en Île-de-France et compte tenu de leur vulnérabilité, il est nécessaire de mieux connaitre leurs caractéristiques, notamment en santé mentale. L'objectif de cette thèse est d'étudier les facteurs associés à la santé mentale des mères et des enfants sans logement en Ile de France, afin d'apporter des données françaises à la littérature scientifique sur le sujet afin de contribuer à enrichir la réflexion sur les modes d'action pouvant améliorer la santé mentale des familles les plus démunies.

Cette thèse a été réalisée à partir de l'enquête ENFAMS (ENfants et FAMilles Sans logement), menée par l'Observatoire du Samu social de Paris auprès de 801 familles sans logement en Île-de-France, par des binômes enquêteur-psychologue bilingues pendant l'hiver 2012-2013. A partir de ces données, nous avons montré que les mères de familles sans logement présentaient de fortes prévalences de dépression caractérisée (28,8%) et d'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) (18,9%), que leurs enfants présentaient de haut niveau de difficultés émotionnelles et comportementales (20,8%) et que la santé mentale des mères était associée aux difficultés émotionnelles et comportementales de leur enfant. Les facteurs associés à la dépression des mères étaient le fait de savoir parler français, le risque suicidaire, l'ESPT et le renoncement à des soins médicaux. Le risque d'ESPT des mères était associé au départ du pays d'origine pour une cause violente, la dépression au cours des 12 derniers mois, et l'instabilité résidentielle. Les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants étaient associées à la région de naissance des parents, la mobilité résidentielle, la santé des enfants et le surpoids, les habitudes de sommeil des enfants, le risque suicidaire des mères, le fait que les enfants n'aiment pas l'hébergement de leur famille et qu'ils soient victimes de moqueries à l'école.

Cette thèse permet de mieux appréhender les facteurs associés à la santé mentale des mères et des enfants de familles sans logement. Ainsi, le système de santé de droit commun et les professionnels en soins primaires doivent profiter de l'opportunité qu'offre chaque contact avec ces familles pour dépister les troubles de la santé mentale tant chez les mères que chez leurs enfants, et les aiguiller vers les structures existantes pour faciliter leur accès à aux soins.

Mots clés : mères sans domicile ; enfants sans domicile ; précarité ; santé mentale ; développement émotionnel et comportemental ; dépression ; état de stress post traumatique

ABSTRACT

In the current context of the increase in the number of homeless families in Île-de-France and given their vulnerability, it is necessary to better know their characteristics, especially in mental health. The objective of this thesis is to study the factors associated with the mental health of mothers and children of homeless families in Ile de France, in order to bring French data to the scientific literature on the subject in order to contribute to extend the reflection ways of action that can improve the mental health of the poorest families.

This thesis was based on the ENFAMS survey, conducted among 801 homeless families in Île-de-France, by bilingual trained interviewers and psychologist during the winter of 2012-2013. From these data, we showed that mothers from homeless families had high prevalence of depression (28.8%) and Post Traumatic Stress Disorders (PTSD) (18.9%), that their children had high levels of emotional and behavior difficulties (20.8%) and that the mothers' mental health was associated with emotional and behavioral difficulties of their child. Factors associated with maternal depression included fluency in French, suicidal risk, PTSD, and giving up medical care. The risk of PTSD for mothers was associated with departure from the country of origin for a violent cause, depression over the past 12 months, and residential instability. Children's emotional and behavioral difficulties were associated with parents' birth regions, residential mobility, children's health and overweight, children's sleep patterns, mother's suicidal risk, the fact that children do not like their housing and being victim of school bullying.

This thesis makes it possible to better understand the factors associated with the mental health of mothers and children of homeless families. Thus, the standard health care system and primary care professionals must take advantage of the opportunity offered by each contact with this families to detect mental health disorders for both mothers and their children, and refer them to existing structures to facilitate their access to care.

Keywords : homeless mothers ; homeless children ; poverty ; mental health ; emotional and behaviour difficulties ; depression ; post stress traumatic disorders

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont en premier lieu aux membres du jury, Annabel Desgrees du Loû, Olivier Bouchaud, Christophe Adam et David Cohen. Je les remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je remercie particulièrement Annabel Desgrees du Loû et Olivier Bouchaud pour leurs questions pertinentes dans leur rapport.

Merci à Pierre Chauvin, de m'avoir accueillie au sein de l'équipe ERES et de m'avoir proposé ce sujet de thèse passionnant.

Mes remerciements vont ensuite à Maria et Stéphanie, mes directrices de thèse, qui m'ont permis de travailler dans un environnement des plus bienveillants et stimulants et qui m'ont énormément apporté et appris. Merci pour leur aide scientifique, leur soutien et leur gentillesse.

Cécile, un très grand merci pour ta patience et ton accueil, notamment à mon arrivée lorsqu'il a fallu me former à R et aux statistiques.

Merci à Claire, qui a su me faire découvrir la recherche lors de ma thèse de médecine générale, puis qui m'a contaminée à l'épidémiologie !

Mes remerciements vont ensuite à ma sœur, mes parents et surtout à Jérôme qui ont toujours été présents et qui m'ont toujours soutenue. Merci à Augustin et Antoine qui sont des enfants adorables avec leur maman !

Merci à mes amis, particulièrement Elise, Nathalie et Janic, Florian et Maria qui m'ont supportée pendant toutes ces années d'études : promis après j'arrête ! enfin, je crois…

Merci à mes collègues d'ipso : Marie, Charlotte, Benjamin et Gabriel, Guillaume, Antonin, Hervé, Nicolas et tous les plus nouveaux…

PREAMBULE

Cette thèse vise à décrire et mieux comprendre les problématiques de la santé mentale des familles sans logement hébergées en Île-de-France. Un premier chapitre d'introduction générale rappelle le contexte actuel de la santé mentale et de ces déterminants, puis présente les particularités des familles sans logement. Un deuxième chapitre présente la méthodologie générale de cette thèse et décrit l'enquête ENFAMS, sur laquelle s'appuie cette thèse, les questionnaires, les variables principales et les méthodes statistiques utilisées. Trois chapitres, chacun dédié à un article (un chapitre sur la dépression des mères, un chapitre sur l'état de stress post-traumatique des mères, puis un chapitre sur les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants). Chacun de ces trois chapitres présente un bref résumé de l'article puis l'article tel que publié ou soumis auprès d'une revue internationale de psychiatrie ou de santé publique (une introduction sur le sujet abordé, les méthodes utilisées pour répondre à la problématique, les résultats obtenus et une discussion autour de ces derniers). Un sixième et dernier chapitre consacré à une discussion générale clôt le manuscrit en synthétisant les principaux résultats, puis en s'intéressant particulièrement au retentissement de la santé mentale des mères sur celle de leurs enfants. Dans cette discussion les particularités de l'enquête ENFAMS par rapport à l'objet d'étude de la santé mentale seront discutées (population précaire et immigrée). La dernière partie de la discussion ouvre des perspectives en termes de recommandations.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Caractéristiques socio-démographiques des mères de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=764) 39

Tableau 2 - Régions de naissance des mères de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=764) 40

Tableau 3 - Conditions de vie et d'hébergement des mères de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=764) 40

Tableau 4 - Caractéristiques de la saté physiques des mères de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=764) 41

Tableau 5 - Caractéristiques de la santé mentale des mères de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=764) 41

Tableau 6 – Caractéristiques sociodémographiques des enfants âgés de 4 à 12 ans de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=343) 42

Tableau 7 - Caractéristiques de la santé physique des enfants âgés de 4 à 12 ans de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=343) 43

Tableau 8 - Ressenti des enfants âgés de 6 à 12 ans de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=227) 44

Tableau 9 – Difficultés émotionnelles et comportementales (SDQ) des enfants de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=343) 44

Tableau 10 – Prévalences (%) des langues de passation des entretiens des parents de familles sans logement en Île-de-France (enquête ENFAMS 2013, N=801) 45

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Evolution des publics hébergés par le 115 de Paris au moment de l'enquête ENFAMS.....31

Figure 2 - Nouvelles données sur l'évolution des publics hébergés par le 115 de Paris en 2014 31

Figure 3 - Flow chart de l'enquête ENFAMS.....37

Figure 4 - Calcul du score total de difficultés à partir du SDQ.....48

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Assurance Complémentaire Santé

AVCI : Années de Vie Corrigées de l'Invalidité

BEEP : Bus Espace Enfants Parents

CADA : Centre pour demandeurs d'asile

CAMPS : Centre d'Action Médico-Psychologique

CHRS : Centre de réinsertion sociale

CHU : Centre d'hébergement d'urgence

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

CIM-10 : Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé

CMP : Centre Médico-Psychiatrique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU : Couverture Maladie Universelle – de base

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNIS : Conseil National de l'Information Statistique

CNS : Conférence Nationale de Santé

Comede : Comité pour la santé des exilés

CPAM : Couverture Primaire d'Assurance Maladie

CSDH : Commission on Social Determinants of Health (Commission sur les déterminants sociaux de la santé)

DALO : Droit Au Logement Opposable

Dihal : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMDR : Eye-Movement Desensitization and Reprocessing, ou Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires

EMPP : Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité

ENFAMS : Enquête Enfants et Familles Sans logement

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

ETHOS : European Typology on Homelessness and Housing Exclusion

FEANTSA : Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris

FSL : Fonds de Solidarité Logement

IC95 : Intervalle de Confiance à 95%

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MICE : Multiple Imputation by Chained Equations

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MSP : Médiateur de Santé/Pair

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds ratio

PAI : Projets d'Accueil Individualisés

PAP : Plans d'Accompagnements Personnalisés

PDALPD : Plans Départementaux pour l'Accès au Logement des Personnes Défavorisées

PLAI : Prêt Locatif Aidé d'Intégration

PPS : Projets Personnalisés de Scolarisation

PRAPS : Programmes d'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMa : Protection Universelle Maladie

RP : Rapport de Prévalence

RPPP : Réseau psychiatrie et précarité de Paris

RR : Risque Relatif

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SCID : Structured Clinical Interview for DSMIII

SD : Sans domicile

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire

SDF : Sans Domicile Fixe

SIAO : Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TDAH : trouble de Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

TABLE DES MATIERES

Laboratoire de rattachement **2**

Résumé **3**

Abstract **4**

Remerciements **5**

Préambule **6**

Liste des tableaux **7**

Liste des figures **8**

Liste des abréviations **9**

Valorisations scientifiques **16**

Chapitre 1 – Introduction générale **18**

I. Contexte **18**

II. Les déterminants sociaux de la santé mentale **20**

II.1 Les inégalités sociales de santé (ISS) 20

II.2 La précarité 23

II.3 Les déterminants de la santé mentale parmi les familles sans logement en Ile-de-France 24

III. Les familles sans logement **27**

III.1 Les premières recherches concernant les personnes sans logement 27

III.2 Les familles – mères et enfants – sans logement 29

IV. Objectifs de la thèse **34**

Chapitre 2 – Méthodologie générale 36

I. Enquête ENFAMS 36

II. La population de l'enquête 38

II.1 Les mères 38

II.2 Les enfants 42

III. Questionnaires 45

IV. Variables de santé mentale 46

IV.1 Santé mentale des mères 46

IV.2 Santé mentale des enfants : « Strengths and Difficulties Questionnaire » 47

V. Méthodes statistiques 50

V.1 Pondérations et redressements 50

V.2 Modèles de régression 50

V.3 Données manquantes 51

V.4 Logiciel 51

Chapitre 3 – Santé mentale des mères – La dépression 52

I. La dépression 52

I.1 Définition 52

I.2 Prévalences 53

I.3 Prise en charge 54

I.4 Problématique 54

II. Résumé en français 55

III. Article tel que publié 55

Chapitre 4 – Santé mentale des mères – L'état de stress post traumatique 65

I. L'état de stress post traumatique 65

I.1 Définition 65

I.2 Prévalences 66

I.3 Prise en charge 68

I.4 Problématique 68

II. Résumé en français 68

III. Article tel que soumis 70

Chapitre 5 – Santé mentale des enfants : Les difficultés émotionnelles et comportementales 92

I. Les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants 92

I.1 Définition 92

I.2 Prévalences 93

I.3 Prise en charge 94

I.4 Retentissement de la santé mentale des mères sur les enfants 95

I.5 Problématique 95

II. Résumé en français 95

III. Article tel que publié 96

Chapitre 6 – Discussion générale, conclusions et perspectives 107

I. Synthèses des principaux résultats 107

I.1 Dépression des mères 108

I.2 Etat de Stress Post Traumatique des mères 109

I.3 Difficultés émotionnelles et comportementales des enfants 109

I.4 Les limites et les forces de cette thèse 110

II. Retentissement de la santé mentale des mères sur la santé mentale des enfants 112

II.1 Les interactions mère-enfant 112

II.2 La dépression maternelle 113

II.3 Le stress post traumatique maternel 118

III. Particularité de notre étude : Population précaire et immigrée 121

III.1 Population immigrée 121

III.2 Evaluation de la santé et transculturalité 123

III.3 Prise en charge de la diversité en santé mentale 125

IV. Recommandations 125

IV.1 Les conditions de vie 126

IV.2 Le recours aux soins en santé mentale 138

IV.3 Le dépistage et la prise en charge mère-enfant 148

Conclusion..... 158

Références 160

ANNEXE 1 Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur (DSM-V) 197

ANNEXE 2 Critères diagnostiques d'un état de stress post traumatique (DSM-V)..... 199

ANNEXE 3 Partie du questionnaire sur la santé mentale et les évènements de vie difficiles 202

VALORISATIONS SCIENTIFIQUES

Publications dans des journaux à comité de lecture

Roze M, Vandentorren S, Van der waerden J, Maria Melchior. Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. J Affect Disord 2018 ; 229 : 314–21.

Roze M, Melchior M, Chauvin P, Rezzoug D, Baubet T, Vandentorren S. Post-Traumatic Stress Disorders in homeless migrant women in the Paris region. Results of the ENFAMS survey. Eur Psychiatry. Submitted.

Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. Eur Psychiatry 2016 ; 38 : 51–60.

Vuillermoz C, Vandentorren S, **Roze M**, Rondet C, Chauvin P. Cervical cancer screening among homeless women in the Greater Paris Area (France) : results of the ENFAMS survey. Eur J Cancer Prev 2016.

Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families : the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur J Public Health 2016 ; 26 : 71–6.

Vuillermoz C, Vandentorren S, **Roze M**, Chauvin P. Not seeking healthcare pathways among homeless women living with children in Paris region in 2013. Eur J Public Health 2015 ; 25.

Communications

Roze M, Melchior M, Vandentorren S. *Difficultés psychologiques des enfants de familles sans logement en Ile-de-France : résultats de l'enquête ENFAMS.* Journée scientifique, Médecins du Monde, Paris, 7 avril 2015.

Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Poster : *Difficultés psychologiques des enfants de familles sans logement en Ile-de-France.* Association Des Epidémiologistes de Langue Française ADELF, Toulouse, 11-13 mai 2015.

Roze M, Vandentorren S, Melchior M. Difficultés des enfants de familles sans logement en Ile-De-France. Résultats de l'enquête ENFAMS 2015. Conseil Local de Santé Mentale du XXème arrondissement de Paris, Paris, 08 juin 2015.

Vuillermoz C, Vandentorren S, **Roze M**, Chauvin P. Not seeking healthcare pathways among homeless women living with children in Paris region in 2013. Conference : 8th European Public Health Conference, At Milan, Volume : Eur J Public Health 2015 ; 25(S3) : 105.

Roze M, Melchior M, Vandentorren S. *Santé mentale des mères et difficultés psychologiques des enfants de l'enquête ENFAMS.* Atelier santé et migration, Paris, 30 novembre 2016.

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION GENERALE

I. CONTEXTE

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. L'OMS définit la santé comme : « … un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale ne se limite pas à l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. Une bonne santé mentale est un prérequis pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence.

Tout d'abord, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des déséquilibres chimiques du cerveau [1]. De même, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux.

Des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux multiples déterminent l'état de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus de difficultés de santé mentale (dépression, anxiété, addictions) des individus et des communautés. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de pauvreté, notamment le niveau de revenu et les faibles niveaux d'instruction [2–4].

Les problèmes de santé mentale sont également associés au changement social rapide ; aux conditions de travail éprouvantes ; à la discrimination à l'égard des femmes ; à l'exclusion sociale ; aux risques de violence ou de mauvaise santé physique ; et aux violations des droits de l'homme.

La population concernée par des difficultés de logement en France et particulièrement en Ile de France a augmenté de près de 300% ces dix dernières années d'après un rapport du 115 de Paris [5]. Outre cette évolution en nombre, on constate également une évolution des profils : ainsi, en 1999, il y avait surtout des hommes isolés, âgés de 20 à 50 ans alors que depuis 2011, on observe une très nette augmentation de la part de femmes et d'enfants. Les rares études réalisées montrent qu'une grande partie des familles sans logement personnel sont étrangères, en situation administrative précaire et monoparentales [6,7]. Par son augmentation et son changement de profil démographique, la population sans domicile reste un enjeu de santé publique préoccupant.

Alors que les personnes sans logement cumulent des difficultés qui peuvent être associées à leur santé ou à celle de leurs enfants, nous disposons de peu de données épidémiologiques de la littérature sur leurs caractéristiques de santé. Les informations sur les facteurs associés à la santé mentale et au recours aux soins en cas de difficultés psychologiques au sein de cette population proviennent principalement d'études américaines [8], et du fait de la différence entre les populations et les systèmes de protection sociale, leurs résultats ne sont pas directement transposables à la France.

Parmi les rares études en population française, l'enquête Samenta, réalisée en 2009 auprès d'un échantillon de personnes sans logement en Ile de France [9], a montré des niveaux élevés de troubles psychiatriques chez les personnes adultes sans domicile fixe en Ile de France (55,4%). Les troubles psychiatriques sévères concernaient 30,9% des femmes et les troubles anxieux 22,2%. Elles étaient 8,7% à souffrir de troubles sévères de l'humeur et 24,2% de troubles de l'humeur légers/modérés. Dans cette étude l'échantillon était principalement composé de personnes seules et francophones. Nous avons donc très peu de données sur les familles sans domicile. Les familles souffraient plus souvent de troubles anxieux et moins souvent de troubles psychotiques que les personnes seules, néanmoins elles étaient relativement peu nombreuses, ce qui n'a pas permis d'effectuer d'analyses détaillées.

Les études américaines réalisées auprès de familles sans domicile montrent que la santé mentale des enfants de familles sans domicile est moins bonne que celle d'enfants de famille logées, même si elles ont de faibles revenus [10]. On observe aussi une association entre la santé mentale de l'enfant et celle de la mère [11], les conditions d'hébergement [12], l'instabilité résidentielle [13], les traumatismes et la situation sociale et administrative de la famille. Par leur impact sur le bien-être et le comportement des enfants à court terme, ces déterminants sociaux peuvent avoir des répercussions sur leur avenir et leur parcours de vie scolaire, leur parcours social et également sur leur santé [14].

L'enquête ENFAMS (ENfants et FAMilles Sans logement) menée début 2013 répond donc à une demande sociale croissante et un besoin de connaissances scientifiques françaises sur la santé des familles sans logement personnel y compris sur leur santé mentale. Compte tenu des caractéristiques pressenties de ces familles (souvent monoparentales, d'origine étrangère), l'enquête ENFAMS comportaient des données sur la dépression des mères, l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) des mères immigrées et des difficultés émotionnelles et comportementales de leurs enfants ; thématiques que nous avons étudiées en détails dans cette thèse.

II. LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE MENTALE

Dans cette partie nous présentons les approches conceptuelles permettant de comprendre la santé mentale des personnes sans logement.

II.1 LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE (ISS)

Quatre théories complémentaires tentent aujourd'hui d'expliquer les mécanismes susceptibles d'expliquer les gradients sociaux de santé : l'approche matérialiste, l'approche psychosociale, l'approche éco-sociale et l'approche biographique [15–18]. A ce jour, les résultats de recherche suggèrent que les différentes approches peuvent être appliquées [18].

II.1.1 L'APPROCHE MATERIALISTE

L'approche matérialiste repose sur l'idée que les variations de conditions matérielles dans lesquelles vivent les individus causent des inégalités sociales de santé [16]. Ainsi, les revenus, les conditions de travail, la qualité du logement, le quartier de résidence [19,20] qui définissent l'accès aux biens matériels (nourriture, logement), à un large choix de commerces et de services, à des infrastructures permettant l'activité physique ou à des loisirs, ou encore aux moyens d'information pourraient être des facteurs expliquant pour partie le gradient social de santé [21].

II.1.2 L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE

L'approche psychosociale attribue l'existence d'ISS à des effets directs ou indirects du stress induit par la position sociale des individus [17]. Ainsi, être en bas de l'échelle sociale, induirait une certaine vulnérabilité et un effet de stress direct, physiologique, sur l'organisme. Cette hypothèse est validée par des données neurobiologiques [22]. L'accumulation de différents stress et la durée d'exposition au stress pourraient dérégler les réponses adaptatives de notre organisme et induire un certain « degré d'usure physiologique » responsable d'une dégradation de l'état de santé. Certains facteurs de stress liés à la position sociale sont « objectifs » : l'exposition aux nuisances environnementales, les conditions de travail, l'exposition aux violences, etc. D'autres facteurs de stress liés à la position social sont plus subjectifs : la position sociale de l'individu relativement aux autres individus de la société a un impact sur sa santé [23] surtout dans les sociétés qui mettent en avant des normes culturelles d'équité ou d'égalité.

II.1.3 L'APPROCHE ECO-SOCIALE

L'approche éco-sociale, dans un effort de synthèse entre les principes essentiels des approches matérialiste et psychosociale, vise à comprendre les ISS en rendant compte de la complexité de la relation entre appartenance sociale et santé. D'après ce modèle, les individus « incorporent » divers aspects de leur contexte de vie et de travail, avec des effets directs et synergiques entre expositions, susceptibilité et résistance à la maladie. Les ISS sont attribuables à l'exposition à de multiples facteurs

de risque dont les effets, cumulés dans le temps, ont un impact sur la santé et des retombées sur la situation sociale. Cette approche met l'accent sur la pluralité des déterminants de la santé, et cherche à analyser les ISS en fonction de la situation sociale, en évaluant à la fois la contribution de facteurs directs (facteurs professionnels par exemple) et des conditions sociales et économiques associées à la profession exercée. Cette approche a l'ambition de proposer une théorie globale des déterminants sociaux de la santé en cherchant à intégrer les interactions entre facteurs caractérisant l'environnement « microscopique » des individus (facteurs biologiques, facteurs de risque individuels, histoire de vie), l'environnement « mésoscopique » (environnement de résidence ou de travail) et le niveau macroscopique (organisation sociale et économique, dimension culturelle et historique).

II.1.4 L'APPROCHE BIOGRAPHIQUE

En complément de ces théories, la théorie biographique postule que ces inégalités se construisent tout au long de la vie par les circonstances et les évènements auxquels sont exposés les individus dès la vie in utéro [15,24]. Cette approche propose 3 modèles ou types d'évènements :

- Les périodes critiques : « fenêtres de temps durant lesquelles une exposition peut avoir des effets néfastes ou au contraire positifs sur le développement social et/ou biologique ultérieur ».
- L'accumulation des risques : « Les désavantages tendent à se concentrer à un moment donné dans les mêmes populations, avec des professions, un habitat, une zone de résidence ou encore des habitudes de vie péjoratives à la santé. De la même façon, les désavantages tendent à s'accumuler au cours du temps et au cours de la vie d'une personne, depuis l'enfance jusqu'au grand âge ».
- Les trajectoires (chaîne de causalité) : « un désavantage précoce dans la vie peut placer un individu sur une chaîne de risque le conduisant à une exposition future qui représente l'évènement étiologique important ».

II.2 LA PRECARITE

La précarité est définie comme l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle du logement ou de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante et quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même [25].

Elle est caractérisée par une forte incertitude sur la possibilité de pouvoir retrouver dans un avenir proche la situation qui est considérée comme "acceptable". Elle est donc une notion subjective et relative car elle se définit par rapport à une situation "acceptable" et au sein d'une société donnée. Le degré de perception de la précarité est, en outre, influencé par de nombreux facteurs culturels. La précarité peut induire un niveau de revenu bas, une mauvaise alimentation, des conditions de logement difficiles ou encore un isolement social.

Il y a en France environ 8,8 millions de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté (14% de la population), dont un enfant sur cinq (soit 3 millions) et ce nombre a augmenté d'un million de personnes entre 2004 et 2014 [26]. On note 140 000 personnes « sans domicile fixe » en 2016 [27]. En Ile-de-France, 35 000 personnes sont hébergées chaque nuit dans des hôtels ou des dispositifs dédiés. La situation sanitaire des personnes précaires est un sujet de préoccupation, un enjeu de société. Dans un rapport très récent, publié le 20 juin 2017 sous le titre « Précarité, pauvreté et santé », l'Académie de médecine fait un état des lieux et des propositions : cette population vulnérable et précaire, nécessite qu'« elles bénéficient d'une attention particulière du point de vue médical» [26].

II.3 LES DETERMINANTS DE LA SANTE MENTALE PARMI LES FAMILLES SANS LOGEMENT EN ILE-DE-FRANCE

II.3.1 LES DETERMINANTS DE LA SANTE MENTALE CHEZ LES MERES

En appliquant ces concepts aux familles sans logement en Île-de-France, on peut identifier les différents facteurs associés à la santé de notre population d'étude.

Les familles cumulent de multiples difficultés : celles qui sont communes aux autres familles en situation de **précarité** (facteurs socio-économiques), leur situation de **« sans domicile »** (i.e. instabilité résidentielle, conditions de logement, etc.) et les problèmes spécifiques liés à leur **migration** (I.e. méconnaissance du système de santé français, barrière de la langue, etc.). Les familles sans logement sont ainsi entrainées dans une spirale de difficultés économiques et de souffrance sociales [9,28–33] :

- Pauvreté [34] induisant des niveaux élevés de stress et des conditions de vie négatives [35,36], insécurité alimentaire [37]
- Problèmes de logement : conditions d'hébergement inadaptées aux familles (manque de literie, absence de cuisine, de salle de bain, de possibilité de recevoir des amis…) [38,39]
- Relégation à la marge de la société et isolement social [40] : hébergements éloignés des transports, des structures sanitaires, sociales et administratives, difficulté à parler, écrire et lire le français
- Accumulation des tâches à assumer, surtout pour les mères seules
- Absence de travail ou travail pénible et peu valorisant [41]

Cet environnement interagit aussi avec les facteurs de risques biologiques [42–45] :

- La vulnérabilité génétique (par exemple le gène du transporteur de la sérotonine) [46–48] seule ou en interaction avec l'environnement [42–45,49,50]
- Les facteurs neurobiologiques : par exemple le stress peut modifier le développement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, l'axe corticotrope hypothalamique et

extrahypothalamique et les système hormonaux monoaminergique et acide gamma-aminobutyrique/benzodiazépine [51–54]

Les traits de personnalité [55], le stress de vie [44,56–60], le milieu familial perturbé (stress prénatal, soins parentaux, pratiques parentales et disciplinaires) [61–63], l'exposition à la violence [64,65], les problèmes de santé somatique (diabète) [66], la toxicomanie [43,67] représentent aussi des facteurs de risque souvent présents dans cette population vulnérable.

A ces déterminants, s'ajoute le contexte migratoire qui peut être source d'évènements souvent difficiles et d'angoisses. Pour Nathan, toute migration est d'ailleurs traumatique [68]. Les causes du départ du pays d'origine (difficultés économiques voire misère, guerre, climat politique, catastrophe naturelles, etc), le parcours migratoire souvent complexe, mais aussi les conditions de vie et les difficultés d'insertion à l'arrivée dans le pays hôte peuvent être vécues comme des traumatismes. En effet, les mères sont souvent hantées par des pertes (d'enfants laissés au pays d'origine, d'un emploi, d'une reconnaissance sociale, d'un réseau social, familial et amical) et vivent avec la honte de leur situation que peu de gens – dont les professionnels de santé – comprennent [69]. Elles peuvent s'isoler, culpabiliser d'être parties et ne pas parvenir à s'ancrer dans le pays d'arrivée où elles peuvent être victimes de discriminations. Il ne faut pas oublier non plus, que ces femmes ont souvent aussi été victimes de violences dans leur pays d'origine, leur parcours migratoire ou à leur arrivée en France. Ces difficultés peuvent entrainer des troubles de la santé mentale comme la dépression ou l'état de stress post-traumatique qui s'ajoutent à des conditions de vie défavorables. Ces troubles de la santé mentale, peuvent à leur tour entrainer une exclusion sociale, pouvant aggraver la précarité sociale et administrative déjà existante. Ces différents facteurs constituent des obstacles importants au diagnostic et à une prise en charge adaptée de ces pathologies.

II.3.2 Les determinants de la sante mentale chez les enfants

Les facteurs de risque généraux de difficultés émotionnelles et comportementales chez les enfants comprennent: facteurs de risque génétiques [70,71], santé physique et mentale parentale et maternelle médiocre [8,11,72–76], ainsi que prénatale [77,78], complications obstétriques [79], faible

statut socio-économique (famille monoparentale, faible niveau d'éducation ou de revenu, insécurité alimentaire) [10,12,80–84], événements de la vie négatifs [8,12], réseaux sociaux et soutien faibles [84], ainsi que violence domestique [85–87] et la maltraitance des enfants [65,87–90]. Les enfants qui grandissent dans des familles sans logement sont exposés de manière disproportionnée à nombre de ces expositions et expériences.

En effet cet environnement délétère, les pertes de biens, les perturbations des relations communautaires [91] et les changements dramatiques dans la routine familiale [92] peuvent avoir des conséquences sur le bien-être émotionnel et comportemental des enfants [75,93,94]. Ces répercussions sur le comportement des enfants peuvent à leur tour influencer leur scolarité (absentéisme et résultats scolaires) [95,96], leur insertion sociale, et leur santé à court et à long terme [14].

Les enfants issus de familles défavorisées commencent leur vie avec un plus faible « socle » de santé et une capacité réduite à bénéficier des ressources économiques et sociales du reste de la société [97]. Ainsi la capacité verbale et les résultats scolaires des enfants sont liés au statut socio-économique des parents, mais les résultats en mathématiques et en lecture des enfants sont aussi liés à l'environnement familial précoce (avant l'apprentissage de ces matières à l'école) [98–100]. Tout comme au sein des familles non précaires, les troubles internalisés et externalisés des enfants au sein des familles pauvres semblent liés à la dépression des mères [101]. Les mères de familles pauvres sont souvent seules et/ou jeunes [97]. Elles sont plus sujettes aux conflits conjugaux et ont souvent des pratiques parentales qui peuvent conduire à des difficultés émotionnelles et comportementales des enfants [102–104].

En outre, le fait d'être sans logement [105]et les caractéristiques de l'hébergement peuvent également jouer un rôle sur la santé mentale des enfants, notamment la qualité et les conditions d'hébergement, comme le surpeuplement, mais aussi l'environnement et la localisation de l'hébergement et sa stabilité [8,12,75,106].

III. LES FAMILLES SANS LOGEMENT

D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le nombre de personnes sans domicile en France a augmenté de 50% entre 2001 et 2012, dates de ses deux dernières enquêtes. Cette forte augmentation peut s'expliquer par deux types de facteurs :

- Structurels : la crise du logement (insuffisance de l'offre, loyers trop élevés, types de logements inadaptées, critères d'accès au logement sélectifs), la progression de la pauvreté, l'augmentation du chômage et les bouleversements de la cellule familiale conduisent davantage de personnes vers la rue.
- Conjoncturels : l'intensification des flux migratoires contribue à créer un grand nombre de personnes n'accédant pas au logement et de demandeurs d'asile.

De plus les profils des personnes sans-domicile se sont diversifiés. Aujourd'hui, de plus en plus de femmes, de familles et de jeunes appellent le 115. Les profils se sont également complexifiés, avec l'accumulation de problématiques sociales, médicales, financières ou encore administratives. Cette partie s'intéresse d'abord aux recherches qui ont été menées sur cette population et enfin aux particularités des familles sans logement qui constituent aujourd'hui la majorité des personnes sans logement.

III.1 LES PREMIERES RECHERCHES CONCERNANT LES PERSONNES SANS LOGEMENT

Dans les années 1980, de nombreux travaux de recherche commencent à s'intéresser aux processus de paupérisation ainsi qu'à la crise du logement et de la protection sociale [107] : « exclusion sociale » et « nouveaux pauvres ».

Les premières définitions des personnes « sans logement » apparaissent dans les années 1990 avec les « Sans Domicile Fixe » (SDF). Ce nouveau terme s'impose dans les médias via les journaux de rue et

augmente ainsi la visibilité de cette population dans l'espace public. Le terme « clochard » – associé au monde de la marginalité, de l'inadaptation, de l'asociabilité – est alors remplacé par celui de « SDF » – associé à l'exclusion et à l'urgence sociale [108].

Les premières études en sciences sociales sur cette population apparaissent aussi dans les années 1990 [109–111]. Se posent alors les premières questions de méthodologie dans ce contexte. Il s'agit d'une population qui est mobile, qui utilise différents types de logement (des centres, des tiers, des abris de fortune, etc.). Cette population est hétérogène : âge, genre, histoire de vie, origine sociale, etc. Les parcours migratoires et les situations géopolitiques créent des pays d'origine et des pays hôtes variables [112,113].

En 1992 la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris) crée un Observatoire européen afin d'élaborer et de comparer les définitions du « sans-logement » dans les différents pays européens.

En 1993 le CNIS (Conseil National de l'Information Statistique) crée un groupe de travail sur les « sans-abris » et en 1995 il propose des méthodes d'enquêtes statistiques pour cette population [114]. Le CNIS propose alors une définition fondée sur la situation du logement et compatible avec les concepts utilisés par les intervenants et les organismes publics possédant déjà des données sur la population logée (INSEE). Cette définition utilise quatre dimensions : le type d'habitat (hébergement de fortune ou temporaire), le statut d'occupation (logés gratuits, hébergés, occupants sans titre, sans-domicile), la qualité du logement (privation de confort), et la stabilité.

La première enquête quantitative recueillant des données de santé auprès des « sans-domiciles » est réalisée en 2001 par l'INSEE et l'INED (Institut National d'Études Démographiques). Dans le cadre de cette enquête réalisée auprès des personnes fréquentant les lieux d'hébergement ou de restauration gratuite, « une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement (gratuit ou à faible participation) ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) » [115,116].

En 2005, la FEANTSA a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) afin d'améliorer la connaissance et l'évaluation de ce phénomène en Europe. Cette typologie sert de cadre pour des débats, des initiatives de collecte de données, des recherches, et l'élaboration de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement [117]. Cette typologie décrit quatre situations : logement inadéquat, logement précaire, sans logement et sans-abri.

En 2012 l'INSEE et l'INED renouvellent l'enquête « sans-domicile » et comparent les résultats à ceux de l'enquête de 2001. Les chiffres indiquent une augmentation de 50% du nombre de personnes sans-domicile en France [118].

III.2 LES FAMILLES – MERES ET ENFANTS – SANS LOGEMENT

III.2.1 A L'ETRANGER

Les premières études réalisées sur les familles sans-domiciles sont menées aux Etats-Unis dans les années 1980 [8,86,119–122]. En 1988, Ellen Bassuk fonde le National Center on Familly Homelessness [123]. Cette organisation a pour objectif final « la fin de l'itinérance pour les enfants et les familles ». Ils mènent des recherches au sein de l'American Institute for Research et mettent en place des solutions novatrices pour mettre fin à l'itinérance familiale en Amérique et donner à chaque enfant une chance.

Les études menées aux États-Unis comparent les familles pauvres logées aux familles pauvres mais non logées en ce qui concerne leur santé mentale, le niveau d'éducation des enfants, le soutien social, la consommation de substances addictives, etc. [124,125,32,126–128,95,129–133]. Ces études montrent que les familles sans logement ont un moins bon état de santé physique et mental, elles ont davantage recours aux urgences, ont plus de maladies chroniques et de maladies infectieuses comme l'infection par le VIH notamment. Les femmes et les enfants sont plus souvent victimes de violences au sein de ces familles et les enfants ont un moins haut niveau d'éducation.

A partir des années 2000 les études s'intéressent à l'accès aux soins de ses familles [134–137]. Elles montrent qu'aux conditions de vie difficiles de ces familles s'ajoutent l'éloignement des services sociaux, l'isolement social, la barrière de la langue et la complexité du système administratif qui sont une réelle barrière à l'accès aux soins et à la prévention.

III.2.2 EN FRANCE

En France, les familles sans domicile sont restées longtemps invisibles des statistiques publiques car exclues des enquêtes épidémiologiques réalisées en population générale (ménage ordinaire), et peu représentées dans les rares études réalisées auprès des personnes sans domiciles [6]. En effet cette population est difficile d'accès (mobilité, barrière de la langue) et la méthodologie des enquêtes est donc complexe à réaliser [116,138].

Les premières enquêtes menées en France sur la population sans domicile sont réalisées à la fin des années 1990. Ainsi, lors de l'enquête de l'INED « Vie et santé des personnes sans domicile » menée en 1995, Marpsat et Firdion montrent que les femmes représentaient 17% des personnes sans-domicile, et que 8% des adultes étaient en famille [139]. Suivent alors les « enquêtes sans-domicile » de 2001 et 2012 de l'INSEE qui montrent que 21% puis 24% des personnes sans domicile sont en famille [118,140]. En effet, en plus de l'augmentation du nombre de personnes sans logement, le public des personnes fréquentant les centres d'hébergement a changé : on retrouve plus de femmes et d'enfants. Ainsi en 1999, il y avait surtout des hommes isolés, âgés de 20 à 50 ans. En 2011 et en 2014, on observe une très nette augmentation, et une majorité, de femmes et d'enfants (**Figure 1** et **Figure 2**).

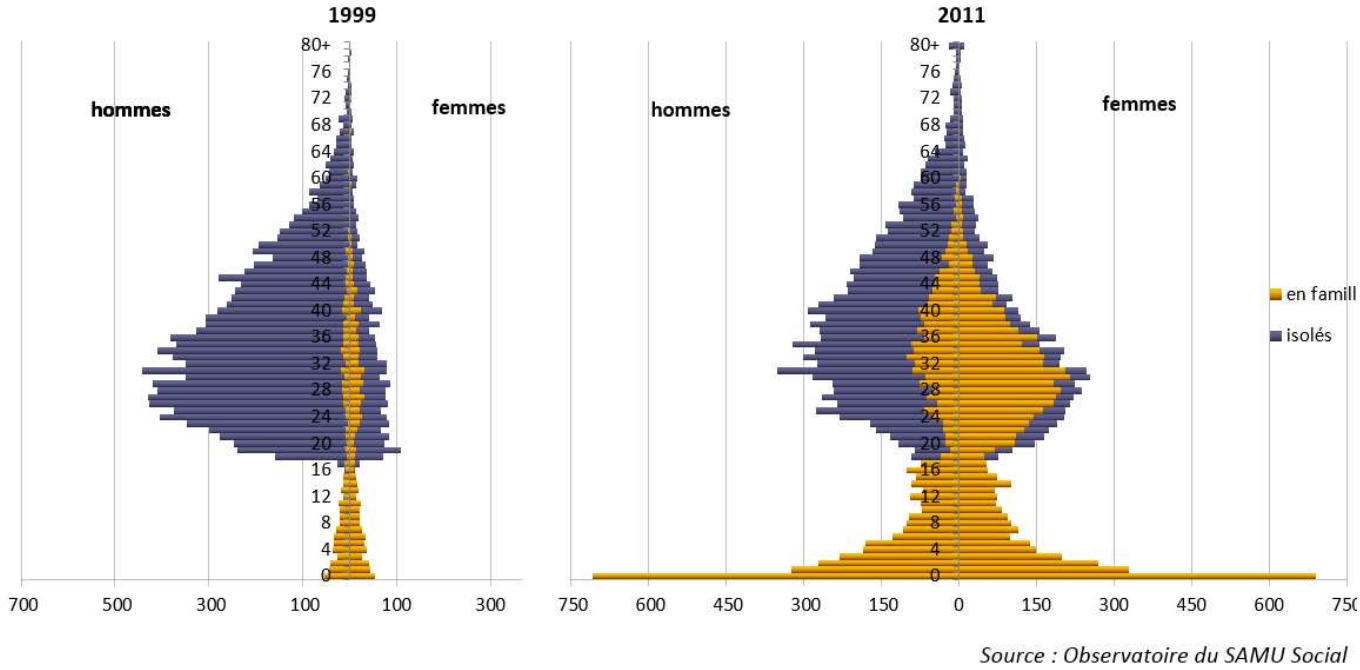

FIGURE 1 - EVOLUTION DES PUBLICS HEBERGES PAR LE 115 DE PARIS AU MOMENT DE L'ENQUETE ENFAMS

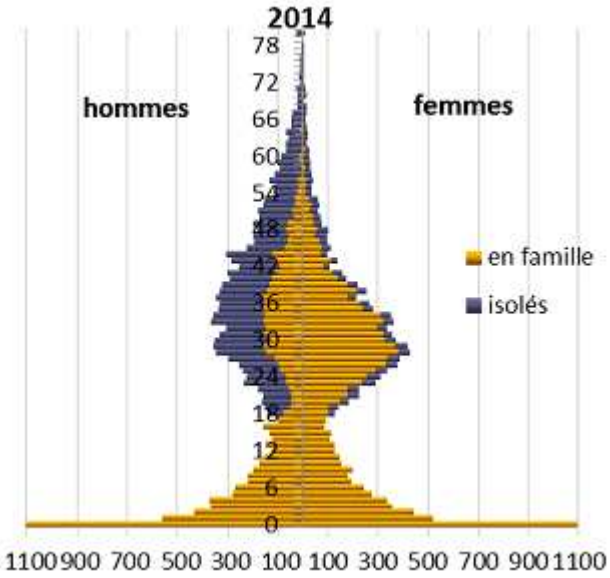

FIGURE 2 - NOUVELLES DONNEES SUR L'EVOLUTION DES PUBLICS HEBERGES PAR LE 115 DE PARIS EN 2014

Les rares études réalisées montrent qu'une grande partie des familles sans logement personnel sont étrangères, en situation administrative précaire et monoparentales [6,7], souvent en raison des difficultés d'accès à l'emploi et aux logements sociaux.

Les enquêtes sur les personnes sans-domicile réalisées sont conduites en français et excluent une partie importante de ces familles étrangères. C'est dans ce contexte que l'Observatoire du Samu social a mené l'enquête ENFAMS (Enquête ENfants et FAMilles Sans logement) que nous décrirons dans la partie méthodologie.

III.2.3 UN SYSTEME INADAPTE AUX FAMILLES

Les systèmes d'hébergement ont été initialement développés pour l'accueil d'hommes seuls. Les hébergements existant sont donc plutôt adaptés aux personnes dites « isolées » ; de fait, elles ne ciblent pas les familles : les couchages sont inadaptés (nombre de lits, isolement des chambres), manquent de sanitaires facilement accessibles (dans la chambre, permettant la surveillance des enfants), absence de cuisine, etc.

Ces structures d'hébergement peuvent proposer des aides voire une prise en charge sociale ou médicale. Mais ces aides ont souvent aussi été conçues pour l'accueil d'hommes seuls. En ce qui concerne les soins psychiatriques, les équipes dédiées à l'accueil des personnes sans domicile ont elles aussi été formées à des troubles psychiatriques forts différents (troubles psychotiques) de ceux retrouvés chez les enfants ou les couples mères-enfants (dépression, état de stress post traumatiques, relation mère-enfant, difficultés émotionnelles et comportementales des enfants, etc).

III.2.4 FAMILLES IMMIGREES

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré.

Une famille quittant son pays d'origine perd la protection offerte par la société dont elle faisait partie. Outre la perte de la protection de son réseau de relation, la famille immigrée devra affronter une autre cause de fragilisation. Dès son arrivée dans le pays d'accueil, la famille va se retrouver immergée dans

un contexte dans lequel les pressions vers le changement qui vont s'exercer sur tous ses membres seront extrêmement importantes [141].

Depuis 2008, malgré la hausse du niveau de diplôme, la part des immigrés déclarant occuper un emploi l'année de leur arrivée en France est stable. Elle varie toutefois fortement selon le pays d'origine. Six nouveaux immigrés sur dix vivent en famille l'année de leur arrivée en France, qu'ils aient migré ensemble ou rejoint un membre de leur famille précédemment installé [142]. Début 2012, l'âge moyen des immigrés vivant en France est de 45 ans, les nouveaux immigrés arrivés en 2012 étant plus jeunes (âge moyen : 28 ans). Parmi les immigrés arrivés en France en 2012, 40 % déclarent occuper un emploi l'année de leur arrivée.

Toute comme celle de la population générale, la santé des immigrés est associée à leur niveau de diplôme, de revenus, leur situation sur le marché du travail ou encore leurs conditions de travail [143–145]. En France, la population immigrée souffre en moyenne d'une plus grande précarité économique et sociale que la population française [146]. Certaines études montrent, par ailleurs, que les caractéristiques socioéconomiques influencent de manière plus importante l'état de santé des populations immigrées que celui des populations non immigrées [147]. Au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, certaines études ont montré l'importance des facteurs liés à la perte du lien social, comme la discrimination, pour expliquer l'état de santé des immigrés [148]. Ces facteurs sont étroitement liés à l'intégration sociale et aux interactions sociales qui font référence au concept de capital social [149].

L'enquête, réalisée par le Comede (Comité pour la santé des exilés) entre 2007 et 2016, montre que les troubles psychiques graves sont fréquents chez les immigrés récemment arrivés en France et en situation de migration contrainte, particulièrement chez les femmes et les personnes en situation de demande d'asile (cet échantillon étant très particulier, il n'est pas représentatif de la population immigrée dans son ensemble). Constitués pour 60% d'ESPT, 22% de dépression, 8% de traumas complexes et 8% de troubles anxieux [150], ils ont un retentissement important sur la vie des personnes et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire, incluant souvent psychothérapie et à

une prise en charge médicamenteuse. Ces troubles sont très liés aux différentes formes de violence ayant motivé ou accompagné l'exil, ainsi qu'aux conditions de vulnérabilité sociale que les immigrés expérimentent durant les premières années de leur vie en France, les personnes qui ont subi des violences extrêmes étant particulièrement touchées. D'après cette enquête, 62% des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture, 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle et 24% cumulent au moins 5 critères de vulnérabilité sociale.

IV. OBJECTIFS DE LA THESE

Actuellement, les familles sans logement sont accueillies dans des hébergements initialement prévus pour des situations d'urgence et donc inadaptés à des longs séjours (isolement, absence d'infrastructures et de confort minimum). Cette difficulté sociale est souvent aggravée par des troubles de la santé mentale renforçant l'isolement de ces familles dont l'accès aux soins est déjà limité.

Dans le but d'améliorer les diagnostics et la prise en charge des troubles de la santé mentale des mères et des enfants de ces familles, il est nécessaire de caractériser et de mieux comprendre les facteurs associés à ces difficultés. Cette démarche est d'autant plus importante que l'impact de ces déterminants sur le bien-être et le comportement des parents et de leurs enfants à court terme peuvent avoir des répercussions sur leur avenir.

Pour cela il est nécessaire de disposer de données récentes concernant les déterminants sociaux, les conditions d'hébergement et la santé mentale des familles sans logement. On s'interroge notamment sur les facteurs de risque spécifiques des familles sans logement par rapport aux familles précaires mais logées.

L'objectif général de cette thèse est de caractériser l'état de santé mentale d'une population en situation de grande précarité, c'est-à-dire les mères et les enfants sans logement en Île-de-France à partir des données de l'enquête ENFAMS.

Le premier objectif de cette thèse est d'estimer la prévalence des troubles de la santé mentale des mères, ainsi que d'identifier les facteurs qui y sont associés. Deux études ont été réalisées pour répondre à cette question :

- La première portait sur la dépression – évaluée par le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) – chez les mères de familles sans logements hébergées en Île-de-France (n=733).
- La seconde portait sur l'ESPT – évalué par le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – chez les mères immigrées de familles sans logements hébergées en Île-de-France (n=691),

Le second objectif de cette thèse était d'évaluer les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants à partir du « Strenghts and Difficulties Questionnaire » (SDQ) (n=343 enfants âgés de 4 à 12 ans) et d'identifier les facteurs sociaux, individuels et familiaux qui y étaient associés.

CHAPITRE 2 – METHODOLOGIE GENERALE

I. ENQUETE ENFAMS

Cette thèse s'appuie sur les données de l'enquête ENFAMS (ENfants et FAMilles Sans logement) conduite par l'Observatoire du Samusocial de Paris entre janvier et mai 2013 [7,113]. Il s'agit d'une enquête à la fois sociodémographique et épidémiologique, qui s'inscrit dans un projet interdisciplinaire de recherche-action sur les familles sans-logement personnel, hébergées en Île-de-France, mené depuis 2011 par l'Observatoire. L'enquête ENFAMS avait pour objectifs de dénombrer les familles sans logement personnel en Île-de-France, de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et leur état de santé, et d'analyser les conséquences de l'absence de logement personnel sur la souffrance psychique, le développement, la nutrition, l'accès aux soins et à la prévention mais aussi le développement social, la sociabilité et la scolarité des enfants.

Au premier semestre 2013, un échantillon aléatoire de 801 familles hébergées en Ile-de-France, a été investigué. Ces familles résidaient en hôtel social, en centre d'hébergement d'urgence (CHU), de réinsertion sociale (CHRS) ou pour demandeurs d'asile (CADA). Elles devaient comprendre un enfant de moins de treize ans et parler une des seize langues de l'étude, outre le français. Chaque famille a été rencontrée successivement par un binôme enquêteurs bilingue – psychologue et une infirmière. Au sein de chaque famille ont été interrogés un parent, de préférence la mère, et un enfant (tiré au sort entre deux classes : jusqu'à cinq ans révolus, ou entre six et douze ans révolus).

La méthodologie de l'enquête reposait sur un sondage complexe à 3 niveaux (services d'hébergement, familles et enfants) de façon à obtenir un échantillon aléatoire de personnes (parents majeurs et enfants de 0 à 12 ans) sans logement prises en charge par les services d'hébergement en d'Île-de-France. La pondération de l'échantillon a pris en compte la probabilité d'inclusion de chaque enquêté et de chaque enfant et la fréquentation des différents services d'hébergement.

De janvier à mai 2013, 801 familles (couple enquêté/enfant) ont participé à l'enquête (taux de participation de 65%) (**Figure 3**). Parmi ces familles, 764 mères et 37 pères ont répondu aux questionnaires et 343 enfants étaient âgés de 4 à 12 ans.

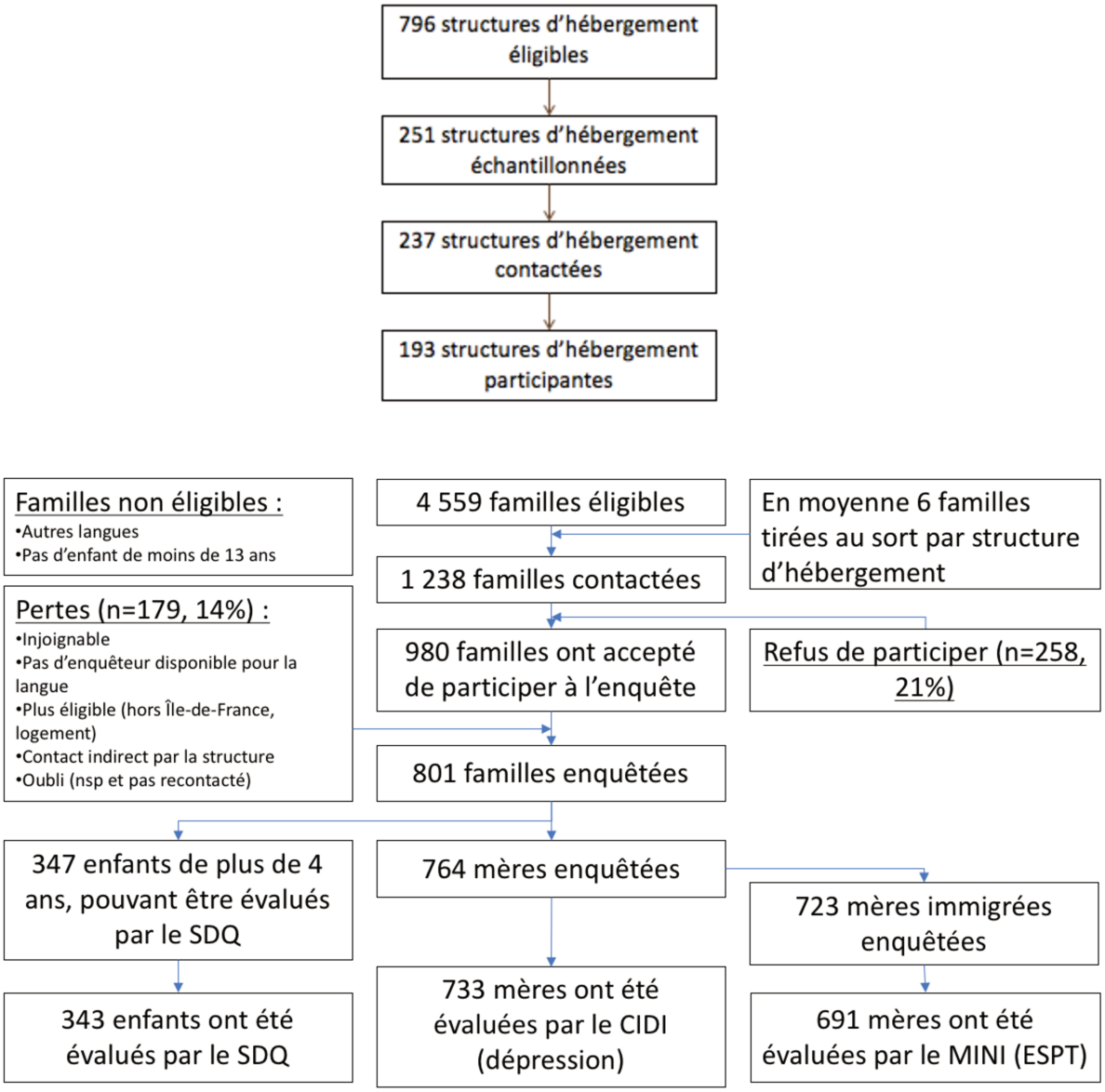

FIGURE 3 - FLOW CHART DE L'ENQUETE ENFAMS

II. LA POPULATION DE L'ENQUETE

II.1 LES MERES

Les caractéristiques sociodémographiques des mères de l'enquête ENFAMS sont décrites dans le **Tableau 1**. Les mères sont âgées en moyenne de 31 ans, 78,1% sont nées en dehors de l'Europe (les pays ont été regroupés en régions de naissance, le détail est présenté dans le **Tableau 2**), 52,1% sont des mères seules et 23,5% ont été victimes de violences conjugales.

Les conditions de vie des mères sans-domicile sont difficiles (**Tableau 3**) : 14,1% ont déjà passé la nuit dehors, 47,6% sont sans-domicile depuis plus de 2ans et 38,8% ont une instabilité résidentielle (moins de 6 mois dans le dernier hébergement).

TABLEAU 1 – CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MERES DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=764)

		Proportions pondérées (%)
Age	[17-27] ans	25,0
	]27-57] ans	75,0
Région de naissance	Europe	21,9
	En dehors de l'Europe	78,1
Situation administrative	Situation administrative légale, nationalité française	21,9
	Non documentée	43,8
	Demandeur d'asile	11,0
	Titre de séjour	23,3
Statut Familial	Famille bi parentale	47,9
	Mère seule	52,1
Exposition à des violences conjugales	Non	76,5
	Oui	23,5
Mère vivant avec au moins 1 enfant de moins de 1an	Non	69,0
	Oui	31,0
Mères vivant avec au moins 3 enfants	Non, 2 enfants maximum	78,4
	Oui, 3 enfants minimum	21,6
Contacts avec la famille	Oui, au moins 1 fois par an	94,3
	Non, jamais	5,7
Statut professionnel	Employée ou en formation	21,1
	Ni employée, ni en formation	78,9
Niveau d'éducation	< bac	50,6
	≥ bac	49,4
Revenus mensuels	Au-dessus du seuil de pauvreté	3,2
	En dessous du seuil de pauvreté	96,8
Assurance maladie	Complète	65,9
	Incomplète	11,7
	Aucune	22,4
Insécurité alimentaire	Non	47,0
	Oui	53,0
Parle couramment français	Non	58,1
	Oui	41,9
Soutien social	Oui	41,2
	Non	58,8
Aide matériel d'associations, d'amis ou de la famille	Oui	72,7
	Non	27,3
Raison du départ du pays d'origine	Cause non violente	71,8
	Cause violente	28,2

TABLEAU 2 - REGIONS DE NAISSANCE DES MERES DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=764)

Région de naissance	N	Proportion pondérée (%)
Afrique Occidentale	242	29,83
Afrique Centrale	157	18,94
Europe Orientale	109	14,78
Afrique Septentrionale	69	12,91
Asie Occidentale	68	7,07
Europe Occidentale	41	6,33
Afrique Orientale	21	2,00
Asie du Sud	17	2,73
Asie Centrale	10	1,10
Caraïbes	8	1,71
Asie Orientale	7	0,88
Europe Méridionale	6	0,73
Asie du Sud-Est	4	0,48
Amérique du Sud	3	0,36
Amérique Centrale	1	0,05
Europe Septentrionale	1	0,04

TABLEAU 3 - CONDITIONS DE VIE ET D'HEBERGEMENT DES MERES DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=764)

		Proportion pondérée (%)
A déjà passé la nuit dehors	Non	85,2
	Oui	14,8
Délais depuis l'arrivée en France	> 3 ans	51,4
	≤ 3 ans	48,6
Délais depuis l'entrée dans le système d'hébergement (sans-domicile)	> 2 ans	47,6
	≤ 2 ans	52,4
Type d'hébergement	Hôtel	75,4
	CHU	4,5
	CADA	5,9
	CHRS	14,2
Instabilité résidentielle	Non	61,2
	Oui	38,8
Nombre de personnes par pièce	≤ 2 pers par pièce	43,3
	> 2 pers par pièce	56,7

Les caractéristiques de la santé physique des mères est détaillée dans le **Tableau 4.**

TABLEAU 4 - CARACTERISTIQUES DE LA SATE PHYSIQUES DES MERES DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=764)

		Proportion pondérée (%)
Problème de santé grave ayant eu un impact sur le quotidien	Non	69,3
	Oui	30,7
Anémie	Non	75,5
	Oui	24,5
Obésité	Non	64,3
	Oui	35,7
Actuellement enceinte	Non	91,9
	Oui	8,1
Excision	Non	80,0
	Oui	20,0
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	Non	74,5
	Oui	25,5

Au niveau de la santé mentale, au cours des 12 derniers mois 28,8% des mères souffrent de dépression, 36,6% ont un risque suicidaire et 16,7% souffrent d'un ESPT (

Tableau 5).

TABLEAU 5 - CARACTERISTIQUES DE LA SANTE MENTALE DES MERES DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=764)

		Proportion pondérée (%)
Risque suicidaire au cours des 12 derniers mois	Non	63,4
	Oui	36,6
Dépression, au cours des 12 derniers mois	Non	71,2
	Oui	28,8
ESPT, au cours des 12 derniers mois	Non	83,3
	Oui	16,7
Histoire de l'ESPT par rapport à la dépression	ESPT et dépression concomitants	16,7
	Histoire passé d'ESPT	7,3
	Pas d'ESPT	76,0

II.2 LES ENFANTS

Les caractéristiques des enfants ayant remplis les critères d'inclusion du « Strengths and Difficulties Questionnaire » (SDQ) âgés de 4 à 12 ans, étudiés dans le cadre de cette thèse sont décrites dans le **Tableau 6**: 43,5% des enfants sont nés en France, ils ont en moyenne 2,2 frères et sœurs, 89,8% sont scolarisés et 49,7% des enfants avaient moins de 4 ans quand ils sont devenus sans domicile.

TABLEAU 6 – CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENFANTS AGES DE 4 A 12 ANS DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=343)

		Proportion pondérée (%)
Âge	<6 ans	34,5
	≥6 ans	65,5
Genre	Garçon	47,2
	Fille	52,8
Région de naissance	France	43,5
	Afrique Sub Saharienne	14,9
	Magreb	7,8
	Europe de l'Est	19,9
	Autres	13,8
Scolarisation	Oui	89,8
	Non	10,2
Temps de trajet pour aller à l'école	≤30min pour aller à l'école	82,1
	> 30min pour aller à l'école	17,9
Absence scolaire	Oui	14,8
	Non	85,2
Âge de l'enfant quand il est devenu sans domicile	< 4 ans	49,7
	≥ 4 ans	50,3

Les problèmes de santé des enfants sont décrits dans le **Tableau 7** : 16,3% des enfants sont suivis pour une maladie ou un problème de santé, 22,1% sont en surpoids et 4,7% en obésité, 30,6% se couchent après 22h et 72,3% regardent un écran plus de 3h par jour.

TABLEAU 7 - CARACTERISTIQUES DE LA SANTE PHYSIQUE DES ENFANTS AGES DE 4 A 12 ANS DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=343)

		Proportion pondérée (%)
Enfant suivi pour une maladie ou un problème de santé	Oui	16,3
	Non	83,7
Enfant avec un problème respiratoire au cours des 12 derniers mois	Oui	34,4
	Non	65,6
Enfant avec un handicap ou une maladie grave	Oui	3,3
	Non	96,7
L'hébergement a-t-il un impact sur la santé de l'enfant d'après le parent	Oui	41,9
	Non	58,1
Poids de l'enfant	Maigreur	8,1
	Normal	65,1
	Surpoids	22,1
	Obésité	4,7
Enfant né prématuré	Prématuré	12,5
	Non prématuré	87,5
Anémie	Pas d'anémie ou légère	77,9
	Anémie modérée ou sévère	22,1
Manque de sommeil	Oui	54,3
	Non	45,7
Heure de coucher	< 22h	69,4
	≥ 22h	30,6
Temps passé devant un écran par jour (moyenne sur une semaine)	<3h devant un écran par jour	27,7
	≥3h devant un écran par jour	72,3

Le questionnaire adressé directement aux enfants âgés de plus de 6ans a permis d'évaluer leur ressenti (**Tableau 8**) : 28,5% des enfants n'aiment pas leur hébergement, 89,2% des enfants se sentent bien à l'école et 26,4% sont victimes de moquerie à l'école.

TABLEAU 8 - RESSENTI DES ENFANTS AGES DE 6 A 12 ANS DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=227)

		Proportion pondérée (%)
L'enfant se sent chez lui dans son hébergement	Oui	65,1
	Non	34,9
L'enfant aime son hébergement	Oui	71,5
	Non	28,5
L'enfant aime son quartier	Oui	71,5
	Non	28,5
L'enfant se sent en sécurité dans son quartier	Oui	65,3
	Non	34,7
L'enfant ne peut pas faire des choses qu'il voudrait faire dans son hébergement	Oui	64,8
	Non	35,2
L'enfant se sent bien à l'école	Oui	89,2
	Non	10,8
L'enfant est triste à l'école	Oui	43,4
	Non	56,6
L'enfant est victime de moqueries à l'école	Non	71,6
	Oui	28,4

Les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants sont présentées dans le **Tableau 9**. Environ un enfant sur 5 présente un haut niveau de symptômes de difficultés émotionnelles et comportementales.

TABLEAU 9 – DIFFICULTES EMOTIONNELLES ET COMPORTEMENTALES (SDQ) DES ENFANTS DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=343)

		Proportion pondérée (%)
Difficultés totales	Normal	78,4
	Haut niveau de symptômes	20,8
Difficultés émotionnelles	Normal	71,4
	Haut niveau de symptômes	28,3
Troubles des conduites	Normal	76,1
	Haut niveau de symptômes	23,9
Symptômes d'hyperactivité inattention	Normal	82,1
	Haut niveau de symptômes	17,7
Problèmes de relations avec les pairs	Normal	88,4
	Haut niveau de symptômes	10,7

III. QUESTIONNAIRES

Les questionnaires sont disponibles sur le site internet du Samusocial [151]. Ces questionnaires (adressés aux parents et aux enfants et administrés par un binôme composé d'un enquêteur professionnel et d'un psychologue) ont été construits par une équipe de recherche pluridisciplinaire. Ils ont été traduits pour les participants non-francophones : 17 langues parlées par les enquêteurs et questionnaires écrits traduits en 8 langues (**Tableau 10**).

TABLEAU 10 – PREVALENCES (%) DES LANGUES DE PASSATION DES ENTRETIENS DES PARENTS DE FAMILLES SANS LOGEMENT EN ÎLE-DE-FRANCE (ENQUETE ENFAMS 2013, N=801)

Français	56	Soninké	3	Espagnol	<1
Russe	17	Arménien	2	Mongol	<1
Anglais	5	Lingala	2	Italien	<1
Roumain	4	Bulgare	1	Portugais	<1
Arabe	3	Tamoul	1	Serbe	<1
Bambara	3	Wolof	1		

Les parents ont rempli deux questionnaires : 1) un les concernant eux et leur ménage et 2) un sur les caractéristiques d'un enfant du foyer âgé de 0 à 12 ans et tiré au sort.

1. Le questionnaire adressé au parent était composé de différents modules visant à décrire les caractéristiques sociodémographiques des personnes, leur trajectoire migratoire (pour les étrangers) et résidentielle, la situation professionnelle et les ressources, la survenue d'évènements de vie difficiles, le réseau de sociabilité et les loisirs, les caractéristiques du logement et du quartier de résidence, la mobilité quotidienne, l'alimentation du ménage, l'état de santé générale, la santé mentale, les conduites addictives et l'accès et le recours aux soins

2. Le questionnaire adressé au parent – le plus souvent la mère – concernant leur enfant, était différent selon l'âge de l'enfant (0-5 ans ou 6-12 ans). Ce questionnaire comportait une partie générale et des modules s'intéressant entre autres à la santé de l'enfant, son recours aux soins, sa nutrition, sa mobilité quotidienne et sa scolarité.

D'autre part, les enfants âgés de 6-12 ans ont aussi été interrogés directement par un questionnaire spécifique qui leur était adressé et qui était composé de plusieurs modules s'intéressant à l'école, aux devoirs et aux vacances, aux copains, aux loisirs, aux soucis et aux joies, à la vie dans le centre d'hébergement et à la trajectoire résidentielle.

IV. VARIABLES DE SANTE MENTALE

IV.1 SANTE MENTALE DES MERES

La partie du questionnaire s'intéressant à la santé mentale et aux évènements difficiles des mères est en **ANNEXE 3**.

IV.1.1 LE « COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW » (CIDI)

Le seuil de symptômes permettant de poser le diagnostic de dépression est, comme pour beaucoup de pathologies psychiatriques, difficile à établir. Dans l'enquête ENFAMS, l'outil utilisé pour mesurer la dépression était le Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Son utilisation a été testé lors de l'étude de faisabilité (enquête pilote) de l'enquête ENFAMS.

Le CIDI est un outil d'entretien structuré permettant de poser le diagnostic de 40 troubles psychiatriques (dépression majeure, manie, dysthymie, etc.) conformes au DSMIV ou de la CIM-10. En plus de l'approche diagnostique, ce questionnaire permet d'évaluer la fréquence et la sévérité des symptômes et au sein d'une population, la prévalence des troubles sur la vie entière et au cours des 12 derniers mois. Le CIDI comprends différents types de questions et de cotations répondant à des algorithmes d'analyse des données. Cet outil peut être utilisé par module.

Dans le cadre de l'enquête ENFAMS, seuls les modules s'intéressant à la dépression majeure et au risque suicidaire ont été posés.

Dans le cadre de la mesure de la dépression, la classification utilise des listes de critères symptomatiques et évolutifs ainsi que des critères d'exclusion. L'appréciation diagnostique est effectuée par la structuration du questionnaire et la multiplicité des questions posées. La pertinence

clinique de cet outil n'est pas aisée à mesurer [152] mais il est toutefois largement utilisé en épidémiologie et de nombreuses études de validation ont confirmé que cet outil était valide [153–156].

IV.1.2 Le « Mini International Neuropsychiatric Interview » (MINI)

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) permet d'évaluer l'impact d'un évènement traumatisant en intensité, dans les manifestations qui y sont associées (sidération, panique) et dans ses conséquences post-traumatique, sur la santé psychique et physique ou sur la vie sociale (troubles du sommeil, évitement).

Il est composé de plusieurs modules pouvant être administrés séparément et permettant d'identifier différents troubles de la santé mentale selon le DSMIII (épisode dépressif majeur, épisode maniaque, trouble panique, anxiété généralisée, risque suicidaire, etc.). Chaque module est composé de 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes. Si les réponses à ces questions sont positives, des questions supplémentaires sont posées pour valider ou invalider le diagnostic concerné. L'intégralité du MINI contient 120 questions.

Dans le cadre de l'enquête ENFAMS, seules les questions s'intéressant à l'état de stress post traumatique ont été posées. La version complète du CIDI (dont une partie a permis d'évaluer la dépression dans l'enquête ENFAMS) n'a pas été choisie pour évaluer l'ESPT car il est plus complexe et plus long à poser lors des entretiens.

Ce questionnaire présente de bonnes qualités métrologiques (sensibilité de 45 à 96%, spécificité de 86 à 100% et coefficient de concordance Kappa) entre 0,43 et 0,90)). Il a déjà été comparé au CIDI et au SCID (Structured Clinical Interview for DSMIII) dans différents contextes culturels [157].

IV.2 Sante mentale des enfants : « Strengths and Difficulties Questionnaire »

Les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants âgés de 4 à 12 ans ont été évaluées par le « Strengths and Difficulties Questionnaire » (SDQ). Le SDQ inclus 5 échelles de 5 items correspondant à différents aspects du comportement des enfants : troubles émotionnels, troubles comportementaux, symptômes d'hyperactivité/inattention, troubles relationnels avec les pairs et comportement prosocial. Chaque item est côté de 0 à 2 : « pas vrai », « parfois vrai ou un peu vrai », « très vrai ».

Les scores sur cette échelle peuvent être traités de manière continue (chaque sous-échelle est cotée de 0 à 10) ou servir à identifier les enfants qui ont un niveau de symptômes élevé potentiellement significatif sur le plan clinique (DSMIV) en utilisant des seuils. En population générale, un score supérieur au 90ème percentile est considéré comme élevé (**Figure 4**).

Le score total de difficultés psychologiques (0 à 40), évaluant le comportement global de l'enfant est obtenu en additionnant les scores des 4 premières sous-échelles.

Échelle des troubles émotionnels	**Pas vrai**	**Parfois un peu vrai**	**Très vrai**
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausée	0	1	2
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	0	1	2
Souvent malheureux(se), abbatu(e) ou pleure souvent	0	1	2
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	0	1	2
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	0	1	2

Score Tbles Emotionnels

Somme des items (0-10):
- Moyenne
- Classes:
Normal de 0-3
Limite à 4
Anormal de 5-10

Échelles de troubles comportementaux	**Pas vrai**	**Parfois un peu vrai**	**Très vrai**
Fait souvent des crises de colères, ou s'emporte facilement	0	1	2
En général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent	2	1	0
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	0	1	2
Ment ou triche souvent	0	1	2
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	0	1	2

Score Tbles Comportaux

Somme des items (0-10):
- Moyenne
- Classes:
Normal de 0-2
Limite à 3
Anormal de 4-10

Échelle d'inattention/hyperactivité	**Pas vrai**	**Parfois un peu vrai**	**Très vrai**
Agité(e) , hyperactif(ve), ne tient pas en place	0	1	2
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	0	1	2
Facilement distrait(e) , a du mal à se concentrer	0	1	2
Réfléchit avant d'agir	2	1	0
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	2	1	0

Score Hyperactivité

Somme des items (0-10):
- Moyenne
- Classes:
Normal de 0-5
Limite à 6
Anormal de 7-10

Échelle de troubles relationnels avec les pairs	**Pas vrai**	**Parfois un peu vrai**	**Très vrai**
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	0	1	2
A au moins un(e) ami(e)	2	1	0
Généralement aimé(e) des autres enfants	2	1	0
Harcelé(e) ou tyrannisé(e) par les autres enfants	0	1	2
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	0	1	2

Score Tbles Relationnels

Somme des items (0-10):
- Moyenne
- Classes:
Normal de 0-2
Limite à 3
Anormal de 4-10

Score Total

Somme des 4 scores
- Moyenne
- Classes:
Normal de 0-13
Limite de 14-16
Anormal de 17-40

FIGURE 4 - CALCUL DU SCORE TOTAL DE DIFFICULTES A PARTIR DU SDQ

Les qualités métrologiques du SDQ sont bonnes : il a été évalué dans plusieurs contextes et plusieurs pays, et est d'utilisation répandue (États-Unis, Grande-Bretagne, Australie, France, Norvège, Pays-Bas, Suède, Finlande, Norvège, Danemark, Islande, Allemagne, Bangladesh) [158–160].

V. METHODES STATISTIQUES

V.1 PONDERATIONS ET REDRESSEMENTS

L'enquête ENFAMS a été réalisée par sondage indirect : un échantillon a été créé à partir d'une population intermédiaire dite de « prestations » puis, l'échantillon a été corrigé ultérieurement en attribuant des poids par la méthode de partage de ces derniers [113].

Une base de structures d'hébergements d'accueil des familles a été créée. Puis au sein de chaque établissement des familles ont été tirées au sort. Un sondage direct classique a été réalisé à l'intérieur des établissements. Celui-ci impliquait de constituer (à l'occasion d'une pré-visite) une liste complète des familles éligibles hébergées (et des chambres occupées par celles-ci) : l'unité d'échantillonnage est donc la famille et non pas la chambre (ou prestation). L'enquête se sert donc de la méthode de sondage indirect uniquement pour le premier degré du plan de sondage.

La pondération des familles interrogées est obtenue par le produit de l'inverse des trois probabilités d'inclusion (structure/famille/enfant), comme dans le sondage probabiliste direct classique.

Dans cette thèse l'ensemble des analyses statistiques (descriptives et explicatives) ont été réalisées sur données pondérées. Le package « survey » de R a été utilisé pour réaliser cette pondération.

V.2 MODELES DE REGRESSION

Les analyses évaluant un outcome continu (score SDQ) ont été réalisées par régression linéaire (résultats décrit avec des coefficients béta).

Les analyses réalisées pour comparer des groupes (mères déprimées/non déprimées) ont été réalisées à partir de régression de Poisson à variance robuste [161]. Les résultats donnent des rapports de prévalence (RP) avec un intervalle de confiance à 95% (IC95%).

V.3 DONNEES MANQUANTES

Dans les analyses sur la santé mentale de la mère une imputation de données manquantes a été réalisée sur les variables explicatives. Cette imputation a été réalisée à partir du package « MICE » dans le logiciel « R ».

Le package « MICE » (Multiple Imputation by Chained Equations) utilise l'imputation multiple, qui consiste à imputer successivement plusieurs valeurs à chaque donnée manquante [162,163]. Plusieurs jeux de données complétés sont ainsi générés, respectant les caractéristiques de la distribution des données observées (variabilité et corrélations entre les variables). Des analyses standard sont ensuite menées séparément sur chaque jeu de données complété, puis leurs résultats sont combinés pour fournir un résultat global. La méthode MICE est basée sur un algorithme Monte-Carlo Markov Chain, utilisable dans le cas des données manquantes aléatoirement.

V.4 LOGICIEL

L'ensemble des analyses ont été réalisées à partir du logiciel « R ». Le package « survey » a été utilisé pour la pondération des données, le package « MICE » a été utilisé pour l'imputation de données.

CHAPITRE 3 – SANTE MENTALE DES MERES – LA DEPRESSION

I. LA DEPRESSION

I.1 DEFINITION

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par l'apparition d'une humeur dépressive quasi-constante durant au moins 2 semaines. Contrairement aux émotions qui sont suscitées par un évènement et ont une durée brève, l'humeur est un état affectif durable dans la journée et d'une journée à l'autre ; elle est sans objet et se maintient sans nécessiter d'évènements ou de déclencheurs particuliers. Cette humeur dépressive est analogue à l'émotion de tristesse. Cette humeur dépressive facilite l'expression des émotions de peur, de tristesse et de colère et rend les émotions plaisantes et positives plus difficiles à ressentir. Elle est durable et se réinstalle rapidement après avoir éprouvé une émotion ou un sentiment agréables, ou encore un soulagement passager.

En médecine générale, l'évocation du diagnostic peut être facile (le malade consulte en exprimant d'emblée des symptômes affectifs) ou difficile (le malade consulte pour des troubles somatoformes : troubles du sommeil, troubles sexuels, fatigue, perte d'appétit, etc.). Lorsque le médecin suit régulièrement son patient, il lui est plus facile de remarquer des signes discrets d'un épisode léger ou modéré de dépression (faciès, habillement, curie, contact, etc.).

Selon le DSM-5 les symptômes de la dépression sont **(ANNEXE 1)** :

- Permanence des affects dépressifs, de l'anhédonie ou du manque de motivation sur la plus grande partie de la journée et l'impossibilité pour le sujet d'être stimulé par les éléments positifs provenant de son environnement
- Evolution des troubles depuis au moins 2 semaines
- Retentissement fonctionnel des troubles sur la vie sociale, familiale ou professionnelle

- Retentissement des troubles sur une ou plusieurs grandes fonctions de la vie de relation : motricité, fonctions cognitives, sommeil, appétit, sexualité.

I.2 PREVALENCES

La dépression est un trouble psychiatrique dont les conséquences sont telles que, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est l'une des principales causes d'années de vie perdues corrigées de l'invalidité (AVCI) [164]. Si la transition démographique et épidémiologique observée actuellement se poursuit, la charge de morbidité imputable à la dépression devrait s'accroître encore à l'avenir. Elle deviendrait alors la deuxième cause d'AVCI dans le monde, après les maladies cardio-vasculaires ischémiques, pour les deux sexes. Dans les pays développés, elle viendrait en tête des causes de morbidité [165].

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France. Selon une enquête réalisée en 2005 par Santé Publique France [165] :

- 8 % des Français de 15 à 75 ans (soit près de 3 millions de personnes) ont vécu une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête ;
- 19 % des Français de 15 à 75 ans (soit près de 8 millions de personnes) ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie.
- La dépression est une maladie qui semble toucher davantage les femmes : environ deux fois plus de femmes sont diagnostiquées comme souffrant de dépression. En effet, les femmes en âge de procréer sont particulièrement vulnérables à la dépression, et elles sont nombreuses à présenter des taux élevés de morbidité sociale et de symptômes dépressifs, qui restent souvent non dépistés et non traités. La prévalence de la dépression en France est de 7,8%, atteignant 13,2% chez les femmes de 20 à 34 ans [166].

Le taux de récidive à la suite d'un épisode dépressif est d'environ 35 % dans un délai de deux années et d'environ 60 % sur 12 ans. Dans 20 % des cas, la dépression devient chronique sans rémission, surtout en l'absence de traitement adéquat. L'issue la plus tragique est le suicide : 15 à 20 % des

dépressifs chroniques mettent fin à leurs jours [167]. En cas de dépression, le risque suicidaire est multiplié par 11 IC95% 7,1 ; 20,3 [168].

I.3 PRISE EN CHARGE

L'acceptation de la maladie et la nécessité d'un traitement est une idée parfois inconnue et parfois difficile à accepter pour les malades. En effet, le déni fait souvent partie des symptômes de gravité de la dépression. Pour des raisons psychologiques, culturelles, mais aussi pour des raisons liées aux effets de la dépression (manque de motivation, culpabilisation), on a souvent tendance à penser qu'il serait préférable de « s'en sortir par soi-même », que se faire soigner serait une « facilité », qu'il s'agirait d'une victoire de plus de la dépression, dans la mesure où accepter de l'aide reviendrait à renoncer à toute dignité ou lutte personnelle. La culpabilité est un autre symptôme majeur de la dépression. Les malades s'adressent des reproches et peuvent aller jusqu'à considérer que cette maladie est une punition, et donc qu'ils ne méritent pas qu'on les aide ou qu'on les soigne.

Les possibilités thérapeutiques de la dépression comprennent l'accompagnement et le soutien an cas de dépression légère, et en cas de dépression modérée ou sévère différentes formes de psychothérapie (réalisées par des psychiatres ou des psychologues), des médicaments antidépresseurs, voire la sismothérapie et l'hospitalisation en cas de dépression mélancolique ou de risque suicidaire. Il faut cependant noter que la prise en charge de la dépression est longue (6 mois minimum en cas de traitement médicamenteux par antidépresseurs, les psychothérapies pouvant durer plusieurs années, etc.) et pas toujours efficace. De plus, parmi les personnes qui ont un épisode dépressif à un moment donné, environ 60% connaîtront un second épisode, il s'agit donc d'une maladie qui devient souvent chronique.

I.4 PROBLEMATIQUE

Nous avons vu que les femmes de familles sans logement cumulaient les difficultés sociales. Ces facteurs de risque de trouble de la santé mentale, aggravent leur isolement et donc la possibilité d'un

diagnostic et d'une prise en charge de leur dépression. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence de la dépression dans cette population vulnérable et de définir les facteurs qui y étaient associés.

II. RESUME EN FRANÇAIS

Objectifs : Les femmes ont un risque plus élevée de souffrir de dépression que les hommes, et c'est particulièrement vrai pour celles qui expérimentent des difficultés socio-économiques, comme les femmes sans logement. Pourtant il est difficile de définir si les facteurs qui y sont associés sont spécifiques à cette population ou s'ils sont les mêmes que ceux de la population générale.

Méthodes : L'enquête ENFAMS a été conduite par des entretiens en face à face avec un échantillon représentatif de familles sans logement en Île-de-France (Janvier à Mai 2013, n=733 femmes). Les femmes rapportaient leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs conditions de vie incluant leur mobilité résidentielle, et leur santé physique et mentale. La dépression était évaluée par le Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Les facteurs associés à la dépression des mères ont été étudiés par une régression de Poisson à variance robuste.

Résultats : la prévalence de la dépression parmi les femmes était de 28,8%. Les analyses multivariées ont montré que les facteurs associés à la dépression étaient le fait de savoir parler français (RP=1,88 IC95% 1,40 ; 2,51), le risque suicidaire (RP=2,26 IC95% 1,82 ; 2,82), l'état de stress post traumatique (RP=1,97 IC95% 1,50 ; 2,60) et le renoncement à des soins médicaux (RP=1,68 IC95% 1,09 ; 2,57).

Conclusions : Chez les mères sans logement, la prévalence de la dépression est élevée et associée à des comorbidités psychiatriques. Les facteurs de risques associés semblent à la fois spécifiques et partagés avec les femmes de la population générale. L'amélioration du dépistage des troubles de la santé mentale et de l'accès à des soins médicaux approprié chez cette population vulnérable pourrait améliorer leur santé et leurs conséquences sociales.

III. ARTICLE TEL QUE PUBLIE

Journal of Affective Disorders xxx (2018) xxx-xxx

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com

Research paper

Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey

M. Roze[a,*], S. Vandentorren[b], J. Van-Der-Waerden[a], M. Melchior[a]

[a] Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (UMRS 1136), Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale, F75012, Paris, France

[b] Direction des régions, Santé Publique France, France

ARTICLE INFO

Keywords:
Homeless
Women's mental health
Depression

ABSTRACT

Purpose: Women are disproportionately likely to suffer from depression. This is especially true for those who experience socioeconomic hardship, such as homelessness. In France, among homeless mothers many are migrant. However, it is not clear whether risk factors associated with depression are specific for this group or the same as in the general population. Our objective was to describe socio-demographic, relational, living and housing conditions and health factors associated with depression among homeless mothers.

Methods: The ENFAMS survey, conducted via face-to-face bilingual interviews with a representative sample of homeless families in the Paris region (January-May 2013, n = 733 mothers). Mothers reported their socio-demographic characteristics, housing conditions including residential mobility, as well as physical and mental health. Depression was ascertained using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Factors associated with mother's depression were studied in weighted Poisson regression models with robust error variance.

Results: The prevalence of depression among participating mothers was 28.8%. In multivariate analyses, depression was associated with fluency in French (PR = 1.88 95% CI 1.40; 2.51), suicide risk (PR = 2.26, 95% CI 1.82; 2.82), post-traumatic stress disorder (PR = 1.97, 95% CI 1.50; 2.60), and unmet health needs (PR = 1.68, 95% CI 1.09; 2.57).

Conclusions: Homeless mothers have high levels of depression and associated psychiatric comorbidities. Associated risk factors appear to be both specific for this group and shared with mothers in the general population. Improvements in the monitoring of mental health difficulties as well as access to appropriate medical care in this vulnerable population may help improve health and social outcomes.

1. Introduction

Depression is a major public health problem, especially among women. In France, 7.2% of women in the general population experience major depression at any point in time Chan Chee et al., 2009). Although treatable, depression often goes unnoticed and underdiagnosed (Grant et al., 2013; Suglia et al., 2011). Risk factors of depression include biological as well as environmental risk factors which sometimes interact (Gertz et al., 2011; Caspi et al., 2005; Gillespie et al., 2005; Kendler et al., 2002). Specifically, genetic vulnerability (e.g. the serotonin transporter gene) (Caspi et al., 2003; Eley et al., 2004) alone or in interaction with the environment (Gertz et al., 2011; Caspi et al., 2005; Gillespie et al., 2005; Kendler et al., 2002, 2005; York et al., 2005), neurobiological factors (e.g. stress can alter the development of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, hypothalamic and extrahypothalamic corticotropin releasing hormone, monoaminergic, and gamma-aminobutyric acid/benzodiazepine systems) (Kaufman et al., 2000; Phillips et al., 2003a, 2003b), personality traits (Boyce et al., 1991), life stress (Gillespie et al., 2005; Monroe and Harkness, 2005; de Kloet et al., 2005; Willner, 2017; Kendler et al., 2003; Kessler, 1997), a disturbed family environment (e.g. prenatal stress, parental care, overprotection and disciplinary practices) (Huizink et al., 2004; Parker, 1979; Holmes and Robins, 1988), exposure to violence (Caspi et al., 2002), somatic health problems (e.g. diabetes) (Holt et al., 2014), substance abuse (Caspi et al., 2005; Kessler et al., 1996) represent the main sources of risk. Poverty, defined as economic and material deprivation, is associated with high levels of stress and negative life

* Corresponding author.
Email address: mathilde.rz@gmail.com (M. Roze)

https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.053
Received 4 October 2017; Received in revised form 12 December 2017; Accepted 27 December 2017
Available online xxx
0165-0327/ © 2017.

UNCORRECTED PROOF

circumstances (Cutler and Nolen-Hoeksema, 1991; Kessler and Magee, 1993), pervasive powerlessness, and social isolation (Henderson, 1992), all known to contribute to emotional distress and depression (Goodman et al., 2009; Gilbert and Allan, 1998; Brown et al., 1995). Mothers who experience material hardship and particularly homelessness appear disproportionately exposed to several of these risk factors and may be additionally exposed to specific situations of vulnerability, which contribute to their risk of depression. This makes homeless mothers an especially vulnerable group (Zabkiewicz et al., 2014; Bassuk et al., 1998; Weinreb et al., 2006; Laporte et al., 2010) for this mental health problem (half of homeless mothers suffered from depression).

Families are currently the fastest growing segment of the homeless population (Bassuk et al., 2014). In 2013, an estimated 10,280 homeless families (approximately 35,000 people including 17,660 children) were accommodated by social services in the Paris region (Vandentorren et al., 2016). These estimates do not take into account families housed by friends or relatives, implying that the overall number of persons without stable accommodation is probably higher. It is important to note that a majority of these families are migrant. This recent increase (Guyavarch and Le Mener, 2010) is due to several factors. First, levels of poverty and the cost of living in the Paris region simultaneously increased in recent years, amplifying difficulties in access to housing, especially among vulnerable groups. Second, increasing numbers of families who apply for political asylum are referred to homeless shelters due to insufficient capacity in specific facilities, which automatically leads to a higher number of homeless persons. As in many large European cities, in Paris the proportion of persons who have asked for political asylum and are homeless has increased (38% in 2001, 52% in 2012) (An overview of housing exclusion in europe, 2015).

Given these changing circumstances, there is need to update knowledge about characteristics of homeless mothers, specifically in terms of depression, the most frequent mental health problem in this population (Laporte et al., 2015). Our aims were: 1) to describe the prevalence of depression in homeless mothers; 2) to identify socio-demographic and health characteristics associated with depression in this vulnerable group.

2. Materials and methods

2.1. Sample

The ENFAMS survey (a French acronym for "ENfants et FAMilles Sans logement" – "Homeless children and families") (Vandentorren et al., 2016) was conducted by the Observatoire du Samu Social (Observatory of the Social Emergency Service – a non-governmental organization which provides shelter to persons who are homeless in Paris area) from January to May 2013. The aim of the study was to describe the socio-demographic characteristics and health of homeless families in the Paris region (approximately 12 million inhabitants). Following guidelines established by France's National Institute of Statistics (INSEE), a person is considered to be homeless on any given day if he or she spent the previous night on the street or in a sheltered accommodation. In our study, inclusion criteria were: to be a member of a family composed by an adult and at least one child under 13 years of age, to speak one of the 17 survey languages and to be accommodated in: 1) emergency shelters that are generally short-term and provide only basic services (e.g. breakfast); 2) social hotel; 3) long-term rehabilitation centers in which persons can stay up to several months and which provide a larger number of services (e.g. access to a kitchen); 4) reception centers for asylum-seekers) (Buckner et al., 2004). Emergency shelters and social hotels are considered to be short-term, whereas long-term rehabilitation centers and centers for asylum-seekers are long-term.

First, among the 796 accommodations for homeless persons in the region at the time of the survey, 251 were randomly selected stratifying on facility type (82% participation rate). Second, families with at least one child under 13 years of age were randomly selected: 801 (65% participation) took part in the study (Vandentorren et al., 2016). Participants were identified using time-location sampling (Vandentorren et al., 2016; Leon et al., 2015).

Families which did not participate in the ENFAMS survey were characterized by younger maternal age (33 vs. 38 years), a higher proportion of men (15.3 vs. 4.6%), and a higher proportion of families with two or more children (31.7 vs. 23.1%) (Vandentorren et al., 2016). Reasons most frequently cited to explain non-participation were: lack of interest (17%), lack of time (14%) or the other parent's lack of written consent (11%).

The ENFAMS study was approved by the French National Committee overseeing ethical data collection (CNIL), and two ethics boards (the Comité de Protection des Personnes - CPP - in Île-de-France and the Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé – CCTIRS).

2.2. Measures and questionnaires

Study data were collected in face-to-face interviews conducted by bilingual trained interviewers and psychologists in 17 different languages. Additionally, blood samples and anthropometric measures were collected by study nurses.

The study outcome was depression in the preceding 12 months ascertained using the Composite International Diagnostic Interview (Kessler et al., 1998).

Based on prior scientific literature, factors examined as potentially associated with depression included:

- *socio-demographic and familial characteristics*: age; region of birth (Europe vs. not Europe); administrative status (French citizenship/resident status in France, undocumented, asylum seeker or with a resident permit); family status (i.e. living with a partner, number of children and their age); exposure to domestic violence in the preceding 12 months ascertained with 14 questions used by the National Institute of Demography (INED) (Hamel et al., 2014) (e.g. "did your spouse or partner/ex-partner prevent you from accessing household money for the everyday expenses? Threaten to target your children or to take your children away? Insult or abuse you?", yes vs. no); contacts with family (once or more per year: yes vs. no); employment/schooling status (yes or no); educational level (< high school degree: yes vs. no); monthly income (≤ poverty line of 964 euros/month/pers yes vs. no); health insurance (complete, incomplete, vs. none); food insecurity in the preceding 12 months (assessed using the French version of the US Household Food Security Module (Martin-Fernandez et al., 2013; Radimer, 2002); yes vs. no); fluency in French (yes vs. no); social support (ascertained by two items investigating whether the person knew someone living in France at the time of arrival and whether this person helped: yes vs. no); material support from an non-governmental organization, friends or family (e.g. food vouchers, clothes, money: yes vs. no); reason for departure from country of origin (violent cause: yes vs. no);
- *living and housing conditions*: ever spent the night on the street (yes vs. no); time since the family arrived in France (dichotomized at the median value: < 3 years: yes vs. no) and time since homelessness (assessed with the question: "In France, when did you find yourself for the first time homeless, in a homeless shelter (CHRS, CADA …) or in a hotel that an association paid for?", dichotomized at the median value: < 2 years: yes vs. no); type of shelter (short vs. long-term); residential instability (i.e. time in the last shelter, dichotomized at

UNCORRECTED PROOF

the median value: < 6 months: yes vs. no); housing quality (≤ 2 persons per room: yes vs. no);

- *physical health characteristics:* serious health problem(s) that disrupt daily life (yes vs. no); anemia (ascertained in study blood samples: yes vs. no); obesity measured by study nurses (BMI > 30: yes vs. no); pregnancy at the time of the interview (yes vs. no); female circumcision (yes vs. no); and subjective unmet health needs, in the last 12 months (yes vs. no);
- *mental health characteristics:* lifetime suicide risk ascertained using the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (yes vs. no) (Sheehan et al., 1998); Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ascertained using the MINI (Sheehan et al., 1998) (yes vs. no);"Concomittant PTSD" and "Past history of PTSD".

2.3. Statistical analyses

Our analyses were based on a sample of 733 mothers with complete depression data. Missing data (maximum 13.5% for domestic violence) were imputed using Multiple Imputations by Chained Equations (MICE), based on a Monte-Carlo Markov Chain algorithm (van Buuren and Groothuis-Oudshoorn, 2011). First, based on prior scientific literature we identified variables potentially associated with maternal depression. Second, we performed univariate analyses to describe the prevalence of depression in our study population. Third, to identify characteristics associated with depression, we used weighted Poisson regression with robust error variance (Zou, 2004). This yielded Prevalence Ratios (PR) with 95% Confidence Intervals. All the variables significantly associated with the depression in univariate analyses ($p < 0.05$) (Table 1) were included in the multivariate analysis (Table 2).

Post-traumatic stress disorder was one of strongest predictors for depression in our study. Some risk factors were similar in depression and in PTSD. In secondary analysis, we used chi-square analyses to compare depressed mothers who had "Concomittant PTSD", "Past history of PTSD" to those who did not experience PTSD.

All statistical analyses were performed with R, used the "survey" weighting package to account for study design.

3. Results

3.1. Study population characteristics

Mother's characteristics are shown in Table 1. Briefly, mother's median age at the time of the study was 31.0 years (Q1 27.0 – Q3 36.0), 79.0% were born outside Europe, 53% of mothers were single parents, 23.7% experienced domestic violence, 20.6% living with at least 3 children, 42.7% were fluent in French, 41.8% had social support and 27.7% left their country of origin due to violence.

In terms of mental health, 28.8% of mothers suffered from depression, 18.3% were at risk of suicide and 16.7% had signs of post-traumatic stress disorder. Among mothers with depression, 36.9% had PTSD that began more than 12 months prior to the study, 11.5% had a history of PTSD anterior to the study and 51.6% never had PTSD.

3.2. Univariate and multivariate analyses: factors associated with depression

As shown in Table 1, factors associated with mother's depression were the following: single parenthood (PR = 1.59 95% CI 1.21; 2.08), absence of contacts with family (PR = 1.49 95% CI 1.03; 2.17), higher educational level (PR = 1.57 95% CI 1.17; 2.11), food insecurity (PR = 1.50 95% CI 1.11; 2.04), fluency in French (PR = 2.07 95% CI 1.57; 2.74), a prior experience of spending a night on the street (PR = 1.53 95% CI 1.15; 2.04), arrival in France in the preceding 3 years (PR = 1.39 95% CI 1.09; 1.79), homelessness for less than 2 years (PR = 1.33 IC95% CI 1.03; 2.72), residential instability (PR = 1.50 95% CI 1.12; 2.01), lifetime suicide risk (PR = 3.12 95% CI 2.56; 3.79), post-traumatic stress disorder in the preceding 12 months (PR = 2.89 95% CI 2.20; 3.79) and unmet health needs (PR = 1.89 95% CI 1.30; 2.76);

In the multivariate analysis (Table 2), adjusting for mother's age, factors associated with depression were: mother's high fluency in French (PR = 1.88 95% CI 1.40; 2.51), lifetime suicide risk (PR = 2.26 95% CI 1.82; 2.82), post-traumatic stress disorder in the preceding 12 months (PR = 2.97 95% CI 2.50; 3.60) and unmet health needs (PR = 1.68 95% CI 1.09; 2.57);

In our study, mothers from Sub-Saharan Africa were more fluent in French that women from other geographical regions, which could explain the association between fluency in French and depression, but we found no statistically significant interactions between Sub-Saharan origin and fluency in French with regard to depression.

3.3. Depression and PTSD

As post-traumatic stress disorder was one of strongest predictors for depression, we used chi- square analyses to compare depressed women who had "Concomittant PTSD", "Past history of PTSD" to those who did not experience PTSD. As shown in Table 3 we found significant differences in the prevalence of the following variables: departure from country of origin for a violent cause ($p < 0001$); absence of health insurance ($p = 0.035$); lack of social support ($p < 0.001$); at least one night spent on the street ($p = 0.025$); serious health problems ($p = 0.030$); pregnancy ($p = 0.007$); and lifetime suicide risk ($p = 0.039$).

4. Discussion

4.1. Main findings

In our study, homeless mothers reported high levels of depression (28.8%). Key associated factors were fluency in French (PR = 1.88), lifetime suicide risk (PR = 2.26), post-traumatic stress disorder (PR = 2.97) and unmet health needs (PR = 1.68). Mothers who were depressed and had post-traumatic stress disorder experienced especially high levels of health and social difficulties. Our results contribute to the scientific literature showing high levels of mental health difficulties among mothers who experience homelessness and suggest that some risk factors (e.g. high levels of comorbidity with post-traumatic stress disorder in this migrant population) (Roze et al., 2017) are specific to this population. It is important to note that most families in our study were migrants, therefore we are not able to distinguish the contribution of characteristics specific to migrants from those of homelessness.

4.2. Comparison with past studies

In prior studies, the prevalence of depression in homeless mothers was estimated to be 52–58% (Zabkiewicz et al., 2014; Weinreb et al., 2006). Thus the prevalence we report is on the lower end of prior estimates. This may be because in the Paris region homelessness is primarily related to lack of access to affordable housing as well as recent migration, which was not the case of studies conducted in the United States among persons that were homeless for long periods of time.

It may also be that some mothers were reluctant to acknowledge negative feelings or an inability to cope, thinking that this may negatively affect their children and reflect poorly upon them as mothers. As depression was particularly prevalent among single mothers compared to those living with a partner they additionally, may worry about losing parental rights.

UNCORRECTED PROOF

Table 1
Characteristic associated with depression in homeless women in the Paris region (ENFAMS survey 2013, n = 733, univariate Poisson regression analysis).

		Description			Univariate analysis		
		All mothers	Mothers with depression	Mothers without depression	Depression prevalence	Prevalence Ratio	95% CI
SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS							
Age	[17–27] yo	25.6	26.8	25.2	30.1	ref	
	[27–57] yo	74.4	73.2	74.8	28.4	0.9	[0.67;1.32]
Region of birth	Europe	21.0	19.1	21.8	26.1	ref	
	Outside Europe	79.0	80.9	78.2	29.5	1.1	[0.80;1.59]
Administrative status	French/legal administrative situation	20.1	23.2	18.8	33.3	ref	
	Undocumented	44.4	37.6	47.2	24.3	0.7	[0.51;1.04]
	Asylum seeker	11.6	9.3	12.6	23.4	0.7	[0.44;1.12]
	Resident permit	23.9	29.9	21.4	36.0	1.1	[0.73;1.60]
Family status	Two parent family	47.0	35.9	51.5	22.0	ref	
	Single parenthood	53.0	64.1	48.5	34.8	1.6	[1.21;2.08]
Exposure to domestic violence	No	76.3	72.1	78.1	27.4	ref	
	Yes	23.7	27.9	21.9	33.4	1.2	[0.88;1.69]
Mother living with at least one child under 1 year	No	68.9	64.2	70.9	26.8	ref	
	Yes	31.1	35.8	29.1	33.2	1.2	[0.98;1.57]
Mother living with at least 3 children	No, 2 child max	79.4	82.3	78.2	29.8	ref	
	Yes, 3 or more	20.6	17.7	21.8	24.7	0.8	[0.60;1.15]
Contacts with family	Yes, one or more communication by year	94.4	91.8	95.5	28.0	ref	
	No, never	5.6	8.2	4.5	41.8	1.5	[1.03;2.17]
Employment status	Employed or in schooling	21.3	24.3	20.1	32.8	ref	
	Neither employed nor in schooling	78.7	75.7	79.9	27.7	0.8	[0.62;1.15]
Educational level	< high school	49.3	38.0	53.9	22.4	ref	
	≥ high school	50.7	62.0	46.1	35.1	1.6	[1.17;2.11]
Usual monthly income	Above poverty line	3.2	3.7	3.1	32.4	ref	
	Below poverty line	96.8	96.3	96.9	28.7	0.9	[0.38;2.09]
Health insurance	Complete	66.1	65.9	66.1	28.5	ref	
	Incomplete	12.0	13.3	11.5	32.6	1.1	[0.79;1.65]
	None	21.9	20.8	22.4	27.5	1.0	[0.69;1.35]
Food insecurity	No	45.8	35.5	50.0	22.6	ref	
	Yes	54.2	64.5	50.0	34.0	1.5	[1.11;2.04]
Fluency in French	No	57.3	39.3	64.6	19.7	ref	
	Yes	42.7	60.7	35.4	41.0	2.1	[1.57;2.74]
Social support	Yes	41.8	43.4	41.3	30.7	ref	
	No	58.2	56.6	58.7	27.3	0.9	[0.66;1.20]
Material support from an NGOs, friends or family	Yes	71.9	72.0	71.8	28.9	ref	
	No	28.1	28.0	28.2	28.5	1.0	[0.73;1.34]
Reason for departure from country of origin	Not a violent cause	72.3	69.9	73.2	27.8	ref	
	Violent cause	27.7	30.1	26.8	31.3	1.1	[0.87;1.45]
LIVING AND HOUSING CONDITIONS							
Ever spend the night in the street	No	85.9	80.0	88.3	26.8	ref	
	Yes	14.1	20.0	11.7	41.0	1.5	[1.15;2.04]
Time since the family arrived in France	> 3 years	52.1	43.8	55.2	23.1	ref	
	≤ 3 years	47.9	56.2	44.8	32.2	1.39	[1.09;1.79]
Time since homeless	> 2 years	47.0	40.1	49.8	24.5	ref	
	≤ 2 years	53.0	59.9	50.2	32.6	1.33	[1.03;1.72]
Type of shelter	Short time shelter	79.2	79.8	78.9	29.0	ref	
	Long time shelter	20.8	20.2	21.1	27.8	1.0	[0.73;1.25]
Residential instability	No	61.3	51.4	65.3	24.1	ref	
	Yes	38.7	48.6	34.7	36.2	1.5	[1.12;2.01]
Housing quality	≤ 2 pers per room	43.8	47.0	42.5	30.9	ref	
	> 2 pers per room	56.2	53.0	57.5	27.2	0.9	[0.68;1.14]
PHYSICAL HEALTH CHARACTERISTICS							

UNCORRECTED PROOF

Table 1 (*Continued*)

		Description			Univariate analysis		
		All mothers	Mothers with depression	Mothers without depression	Depression prevalence	Prevalence Ratio	95% CI
Serious health problem(s) that has(ve) disrupted daily life	No	70.0	63.1	72.8	25.9	ref	
	Yes	30.0	36.9	27.2	35.6	1.4	[0.99;1.90]
Anemia	No	75.0	75.0	75.0	28.8	ref	
	Yes	25.0	25.0	25.0	28.7	1.0	[0.69;1.43]
Obesity	No	64.6	64.3	64.7	28.9	ref	
	Yes	35.4	35.7	35.3	28.7	1.0	[0.71;1.39]
Pregnancy	No	92.9	91.2	93.6	28.3	ref	
	Yes	7.1	8.8	6.4	35.8	1.3	[0.87;1.85]
Female circumcision	No	79.7	79.2	79.9	28.8	ref	
	Yes	20.3	20.8	20.1	28.6	1.0	[0.70;1.41]
Unmet health needs, in the preceding 12 months	No	92.2	86.2	94.6	26.9	ref	
	Yes	7.8	13.8	5.4	51.0	1.9	[1.30;2.76]
MENTAL HEALTH CHARACTERISTICS							
Lifetime suicide risk	No	81.7	58.8	90.9	20.7	ref	
	Yes	18.3	41.2	9.1	64.7	3.1	[2.56;3.79]
PTSD, in the preceding 12 months	No	83.3	63.1	91.5	21.9	ref	
	Yes	16.7	36.9	8.5	63.2	2.9	[2.20;3.79]
"Story" of Post Traumatic Stress Disorder	Concomittant PTSD	16.7	36.9	8.5	–	–	
	Past history of PTSD	7.2	11.5	5.5	–	–	
	No PTSD	76.1	51.6	86.0	–	–	

In ENFAMS survey 53.0% of mothers are single parenthood, among mothers with depression they are 64.1%, among mothers without depression they are 48.5%.
Among single parenthood mothers, 34.8% suffer of depression. Single parenthood mothers have a prevalence of depression 1.6 time higher than mothers in two parent family.

It may also be that, although the CIDI used in our study has been validated in different sociocultural circumstances, it underestimates the prevalence of depression in multicultural populations (Baubet and Moro, 2013). It has been noted that in some countries, depression is not a culturally acknowledged condition. Many cultures have no word for depression, and describe their feeling with expression of somatic complains (i.e. expression meaning "half of my body collapsed" or body weakness (Sweetland et al., 2014)).

In particular, differences in the validity of our depression measure may partly explain why we observed higher levels of symptoms among mothers who are fluent in French than among those who were not. Some prior studies reported similar findings but in others mothers who were not fluent in their host country tongue were especially vulnerable (Gupta et al., 2013; Janssen-Kallenberg et al., 2017; Ünlü Ince et al., 2014; Bernstein et al., 2011). Additional research, validating measures of psychological distress and depression among recent immigrants – particularly from Sub-Saharan Africa – would be valuable (Pannetier et al., 2017). Other studies have found that some measures of depression yield high levels of false positive results in Sub-Saharan HIV-positive women (Tsai, 2015).

The main determinant of mother's depression in our study was the experience of other mental health difficulties, such as lifetime suicide risk and post-traumatic stress disorder. This highlights the high levels of exposure to violence among mothers who experience homelessness (Bassuk, 2017; Bassuk et al., n.d. ; Vostanis et al., 2001). Our study was largely composed of mothers who are non-French, yet we are not in a position to determine whether the violent and traumatic experiences they experienced occurred in their country of origin, during the process of migration, or after they arrived in France.

4.3. Depression and post traumatic stress disorder

As in other studies, we observed a high co-occurrence of depression with post-traumatic stress disorder (Roze et al., 2017). It may be that both disorders have a joint underlying vulnerability (Roze et al., 2017; O'Donnell et al., 2004; Breslau et al., 2000). Our secondary analysis indicates that among mothers with depression and concomitant PTSD, 51.8% have left their country for a violent cause, suggesting that in most cases, symptoms of post-traumatic stress disorder may predate depression. Moreover, mothers experiencing both depression and PTSD have more vulnerability factors (lack of health insurance, insufficient social support, serious health problems and suicide risk) than those who experienced depression only, suggesting that an accumulation of health and social risks among some homeless mothers has important impacts in terms of mental health.

As in other studies, unmet health needs appeared to be substantially more frequent among mothers who were depressed than among those who were not (Alltag et al., 2017). This may reflect mother's difficulty to recognize their health needs as well as attend to them, and suggests that specific health outreach activities or screening integrated with other types of services provided to homeless families may help identify mothers in need of specific support (Lee et al., 2010; Vuillermoz et al., 2017). France is characterized by universal health insurance that covers the entire population, including undocumented migrants. Nevertheless, mothers with mental health difficulties may experience particular barriers in their access to the health system (e.g. insufficient information about health care providers). Thus, immigrants and persons who are homeless may benefit from systematic medical consultations that identify and address their somatic and mental health problems.

Contrary to other studies, we did not find that mother's educational level (Bernstein, 2001), poverty (Bernstein, 2001; Brown and Moran, 1997), marital status (Bernstein, 2001), social support (Bassuk and

UNCORRECTED PROOF

Table 2
Characteristic associated with depression in homeless women in the Paris region (ENFAMS survey 2013, n = 733, multivariate Poisson regression analysis).

		Multivariate analysis	
		Prevalence Ratio	95% CI
SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS			
Age	[17–27] yo	ref	
	[27–57] yo	1.11	[0.79;1.56]
Family status	Two parent family	ref	
	Single parenthood	1.13	[0.86;1.49]
Contacts with family	Yes, one or more communication by year	ref	
	No, never	1.34	[0.88;2.02]
Educational level	< high school	ref	
	≥ high school	1.16	[0.86;1.58]
Food insecurity	No	ref	
	Yes	1.29	[0.95;1.74]
Fluency in French	No	ref	
	Yes	1.88	[1.40;2.51]
LIVING AND HOUSING CONDITIONS			
Ever spend the night in the street	No	ref	
	Yes	1.12	[0.85;1.48]
Time since the family arrived in France	> 3 years	ref	
	≤ 3 years	1.14	[0.88;1.47]
Time since homeless	> 2 years	ref	
	≤ 2 years	1.15	[0.90;1.49]
Residential instability	No	ref	
	Yes	1.00	[0.74;1.35]
PHYSICAL HEALTH CHARACTERISTICS			
Unmet health needs, in the preceding 12 months	No	ref	
	Yes	1.68	[1.09;2.57]
MENTAL HEALTH CHARACTERISTICS			
Lifetime suicide risk	No	ref	
	Yes	2.26	[1.82;2.82]
PTSD, in the preceding 12 months	No	ref	
	Yes	1.97	[1.50;2.60]

Beardslee, 2014; Chambers et al., 2014), domestic violence (Bassuk, 2017; Vostanis et al., 2001; Bassuk and Beardslee, 2014; Chambers et al., 2014) or serious health problems (Chambers et al., 2014) were associated with depression. It may be that the experience of homelessness and population homogeneity trumped over other risk factors of depression.

4.4. Limitations and strengths

Our study has several limitations, which need to be discussed. First, ENFAMS is a cross-sectional survey which limits the possibility to establish the direction of associations between depression and certain characteristics. For instance, we are not able to determine whether unmet health needs or lack of social support are a consequence of depression or directly contribute to the worsening of mother's mental health. It is likely that these associations are bidirectional and that both phenomena are at play. Still, for certain characteristics associated with depression (e.g. PTSD), the cross-sectional design is not an issue as it most likely precedes the occurrence of depression. Second, insufficient statistical power and population homogeneity (most families were very poor and immigrant) may explain why some factors (e.g. food insecurity and employment status) were not associated with depression. Third, depression could be underestimated in this survey: some mothers could deny or not recognize their symptoms. This is especially an issue as most mothers participating in our study were immigrant and psychometric test may not be sufficient culturally sensitive (Sheehan et al., 1998; Baubet and Moro, 2013).

Nevertheless, our study has strengths which deserve to be highlighted. First, the ENFAMS survey includes a multicultural sample of homeless families, who are rarely studied. Our research fills a gap in the mental health literature by showing a high prevalence of depression and post-traumatic stress disorder among homeless mothers, who represent a diverse group in terms of region of origin, administrative status and living conditions. Second, we used validated measures of mental health (MINI (Sheehan et al., 1998) and CIDI (Kessler et al., 1998)), physical health and a large questionnaire examining mother's living and housing conditions. Furthermore, interviews were conducted by bilingual trained interviewers and psychologists in 17 different languages, making it possible to include a diverse sample of families.

4.5. Policy implications

Our research showing elevated levels of depression and other mental health problems among homeless families has several implications. First, housing policies and services must seek to re-house mothers in a timely fashion. Residential instability is associated with higher incidence of maternal depression and other psychiatric problems affecting homeless parents (Suglia et al., 2011). Interventions in this area, such as the "Housing first" program developed in Canada and experimented in France among persons who are homeless and experience severe psychiatric disorders, showed that persons who were offered stable housing had higher housing stability as well as quality of life and community functioning at a 2-year follow-up (Résumé du rapport final du project pancanadien Chez Soi, 2016). A recent study, conducted among individuals originating from Sub-Saharan Africa living in France showed that the risk of HIV infection was directly associated with unstable living circumstances upon arrival in France – suggesting that migrants' rapid access to legal documentation, housing and employment could help limit exposure to multiple health risks (Desgrees-du-Lou et al., 2016). Among homeless families, similar improvements could be expected (Karim et al., 2006).

Second, once families are housed and their urgent needs are addressed, policies must facilitate access to primary care and mental health care when needed (Lee et al., 2010). Few mothers in need of services receive mental health care, and the main point of contact for those with a mental health problem is the general practitioner (Zima et al., 1996). Our study shows high levels of unmet health needs among homeless mothers, suggesting that strategies which make it easier for them to access medical care (e.g. mobile clinics, outreach activities, combined mother and baby care, integrated services inside or close to their living premises (Perry et al., 2016), access to interpreters and trauma-specific psychotherapy (Bassuk and Beardslee, 2014)) should be developed.

Third, homeless families need global social and health care. Policies must set up specialized consultations integrating mental health care and welfare services for this vulnerable population (Guo et al., 2016; Keogh et al., 2015). An example of such services is Assertive Community Treatment (ACT), a team treatment approach designed to provide comprehensive, community-based psychiatric treatment, rehabilitation, and support to persons with serious and persistent mental illness developed in Canada (Perry and Craig, 2015). ACT teams provide: case man-

UNCORRECTED PROOF

Table 3
Characteristic associated with PTSD history in homeless women with depression in the Paris region (ENFAMS survey 2013, n = 202, univariate Poisson regression analysis).

		Concomittant PTSD (n = 75)	Past history of PTSD (n = 24)	No PTSD (n = 103)	p
SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS					
Reason for departure from country of origin	Not a violent cause	48.2	70.9	84.3	< 0.001
	Violent cause	51.8	29.1	15.7	
Health insurance	Complete	66	51.8	68.4	0.035
	Incomplete	4.4	18.6	18.3	
	None	29.6	29.6	13.3	
Social support	Yes	23.5	39.8	58.5	< 0.001
	No	76.5	60.2	41.5	
LIVING AND HOUSING CONDITIONS					
Ever spend the night in the street	No	72.8	97.1	80.9	0.025
	Yes	27.2	2.9	19.1	
PHYSICAL HEALTH CHARACTERISTICS					
Serious health problem(s) that has(ve) disrupted daily life	No	49.4	61.7	72.7	0.03
	Yes	50.6	38.3	27.3	
Pregnancy	No	82	96	96.5	0.007
	Yes	18	4	3.5	
MENTAL HEALTH CHARACTERISTICS					
Lifetime suicide risk	No	46.2	54.8	69.9	0.039
	Yes	53.8	45.2	30.1	

Among mothers with depression and concomittant PTSD, 51.8% have leaved their country for a violent cause.

agement, initial and ongoing assessments; psychiatric services; employment and housing assistance; family support and education; substance abuse services; and other services and supports critical to an individual's ability to live successfully in the community. Our results stress the role of health professionals in addressing the mental health needs of this population, especially in case of residential instability and homelessness. Supporting preventive and therapeutic interventions with homeless mothers and children, and adapting services to meet the needs of this vulnerable population are essential to ameliorate mental health among mothers and improve their and their children's social and health outcomes.

5. Conclusion

Homeless mothers have high levels of depression, which are partly related to other psychiatric comorbidities such as post-traumatic stress disorder. Rehousing families and improving their access to health services could improve the mental health of mothers and limit the impact on their children.

Acknowledgements

We thank all the families involved in ENFAMS survey.

Author statement

All persons who meet authorship criteria are listed as authors, and all authors certify that they have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content, including participation in the concept, design, analysis, writing, or revision of the manuscript. Furthermore, each author certifies that this material or similar material has not been and will not be submitted to or published in any other publication before.

Role of the funding source

Financers fund the ENFAMS survey, not this study. Funding have not influenced conception and design of this study, they have not participated to acquisition of data and they have not contributed in analysis and/or interpretation of data, drafting the manuscript, revising the manuscript and in the decision to submit the article for publication. This funding made it possible to be independent of the Samu Social. ENFAMS survey was conducted by the Observatoire du Samu Social which is independent of the Samu Social.

References

Alltag S. Stein J. Pabst A. Weyerer S. Werle J. Maier W. et al., 2017. Unmet needs in the depressed primary care elderly and their relation to severity of depression: results from the AgeMooDe study Aging Ment. Health 1–8 https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1328480

An overview of housing exclusion in europe, 2015. FEANTSA.

Bassuk E.L. Intimate Partner Violence in Extremely Poor Women: Longitudinal Patterns and Risk Markers. ResearchGate n.d. ⟨https://www.researchgate.net/publication/226252459_Intimate_Partner_Violence_in_Extremely_Poor_Women_Longitudinal_Patterns_and_Risk_⟩Markers (Accessed 1 August 2017).

Bassuk E.L. Beardslee W.R. 2014. Depression in homeless mothers: addressing an unrecognized public health issue Am. J. Orthopsychiatry 84 73–81 https://doi.org/10.1037/h0098949

Bassuk E.L., Perloff J., Dawson R. Multiply homeless families: The insidious impact of violence. Hous Policy Debate n.d.;12:299–320.

Bassuk E.L. Buckner J.C. Perloff J.N. Bassuk S.S. 1998. Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers Am. J. Psychiatry 155 1561–1564

Bassuk E.L., DeCandia C.J., Beach C.A., Berman F., 2014. America's Youngest Outcasts: A Report Card on Child Homelessness. Waltham, MA.: The National Center on Family Homelessness at American Institutes for Research.

Baubet T. Moro M.-R. 2013. L'évaluation clinique en situation transculturelle - Les Biais en situation transculturelle. Psychopathol. Transcult Elsevier Masson 114–118

Bernstein, A.B., 2001. Motherhood, health status, and health care Women's. Health Issues 11, 173–184. https://doi.org/10.1016/S1049-3867(01)00078-0.

Bernstein, K.S., Park, S.-Y., Shin, J., Cho S. Park Y. 2011. Acculturation, discrimination and depressive symptoms among Korean immigrants in New York City. Community Ment. Health J. 47, 24–34. https://doi.org/10.1007/s10597-009-9261-0.

Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., Smith, F., 1991. Personality as a vulnerability factor to depression. Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci. 159, 106–114.

Breslau N. Davis G.C. Peterson E.L. Schultz L.R. 2000. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection Biol. Psychiatry 48 902–909

Brown G.W. Moran P.M. 1997. Single mothers, poverty and depression Psychol. Med. 27 21–33

Brown G.W. Harris T.O. Hepworth C. 1995. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison Psychol. Med 25 7–21

Buckner J.C. Beardslee W.R. Bassuk E.L. 2004. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations Am. J. Orthopsychiatry 74 413–423 https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.4.413

UNCORRECTED PROOF

Caspi A. McClay J. Moffitt T.E. Mill J. Martin J. Craig I.W. et al., 2002. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children Science 297 851–854 https://doi.org/10.1126/science.1072290

Caspi A. Sugden K. Moffitt T.E. Taylor A. Craig I.W. Harrington H. et al., 2003. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene Science 301 386–389 https://doi.org/10.1126/science.1083968

Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., et al., 2005. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol. Psychiatry 57, 1117–1127. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.026.

Chambers C. Chiu S. Scott A.N. Tolomiczenko G. Redelmeier D.A. Levinson W. et al., 2014. Factors associated with poor mental health status among homeless women with and without dependent children Community Ment. Health J. 50 553–559 https://doi.org/10.1007/s10597-013-9605-7

Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P., 2009. La dépression en France - Enquête Anadep 2005. Saint Denis: INPES.

Cutler S.E. Nolen-Hoeksema S. 1991. Accounting for sex differences in depression through female victimization: childhood sexual abuse Sex Roles 24 425–438 https://doi.org/10.1007/BF00289332

Desgrees-du-Lou A. Pannetier J. Ravalihasy A. Le Guen M. Gosselin A. Panjo H. et al., 2016. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France AIDS Lond. Engl. 30 645–656 https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000957

Eley T.C. Sugden K. Corsico A. Gregory A.M. Sham P. McGuffin P. et al., 2004. Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression Mol. Psychiatry 9 908–915 https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001546

Gertz J. Varley K.E. Reddy T.E. Bowling K.M. Pauli F. Parker S.L. et al., 2011. Analysis of DNA methylation in a three-generation family reveals widespread genetic influence on epigenetic regulation PLoS Genet 7 e1002228 https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1002228

Gilbert P. Allan S. 1998. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view Psychol. Med. 28 585–598

Gillespie, N.A., Whitfield, J.B., Williams, B., Heath, A.C., Martin, N.G., 2005. The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. Psychol. Med. 35, 101–111.

Goodman L.A. Smyth K.F. Borges A.M. Singer R. 2009. When crises collide: how intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? Trauma Violence Abus. 10 306–329 https://doi.org/10.1177/1524838009339754

Grant R. Gracy D. Goldsmith G. Shapiro A. Redlener I.E. 2013. Twenty-five years of child and family homelessness: where are we now? Am J Public Health 103 (Suppl 2), e1-10 https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301618

Guo X. Slesnick N. Feng X. 2016. Housing and support services with homeless mothers: benefits to the mother and her children Community Ment. Health J. 52 73–83 https://doi.org/10.1007/s10597-015-9830-3

Gupta A. Leong F. Valentine J.C. Canada D.D. 2013. A meta-analytic study: the relationship between acculturation and depression among Asian Americans Am. J. Orthopsychiatry 83 372–385 https://doi.org/10.1111/ajop.12018

Guyavarch E., Le Mener E., 2010. Connaissances sur les personnes en famille sans logement personnel.

Hamel C. Brown E. Cavalin C. Cromer S. Debauche A. Lebugle A. et al., 2014. Enquête VIRAGE Violences et rapports de genre : Contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes

Henderson A. 1992. Social support and depression Mean. Meas. Soc. Suppor. Hemisphere Veiel H, Bau- mann U New York 85–92

Holmes S.J. Robins L.N. 1988. The role of parental disciplinary practices in the development of depression and alcoholism Psychiatry 51 24–36

Holt R.I.G. de Groot M. Golden S.H. 2014. Diabetes and depression Curr. Diabetes Rep. 14 491 https://doi.org/10.1007/s11892-014-0491-3

Huizink A.C. Mulder E.J.H. Buitelaar J.K. 2004. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? Psychol. Bull. 130 115–142 https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.115

Janssen-Kallenberg H. Schulz H. Kluge U. Strehle J. Wittchen H.-U. Wolfradt U. et al., 2017. Acculturation and other risk factors of depressive disorders in individuals with Turkish migration backgrounds BMC Psychiatry 17 https://doi.org/10.1186/s12888-017-1430-z

Karim K. Tischler V. Gregory P. Vostanis P. 2006. Homeless children and parents: short-term mental health outcome Int J. Soc. Psychiatry 52 447–458

Kaufman J. Plotsky P.M. Nemeroff C.B. Charney D.S. 2000. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications Biol. Psychiatry 48 778–790

Kendler, K.S., Gardner, C.O., Prescott, C.A., 2002. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. Am. J. Psychiatry 159, 1133–1145. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1133.

Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O., Prescott, C.A., 2003. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. Arch. Gen. Psychiatry 60, 789–796. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789.

Kendler, K.S., Kuhn, J.W., Vittum, J., Prescott, C.A., Riley, B., 2005. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. Arch. Gen. Psychiatry 62, 529–535. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.5.529.

Keogh, C., O'Brien, K.K., Hoban, A., O'Carroll, A., Fahey, T., 2015. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. BMC Health Serv. Res. 15, 58. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0716-4.

Kessler,
1997 R.C. Kessler, The effects of stressful life events on depression, Annu Rev. Psychol. 48 (1997) 191–214, https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191.

Kessler, R.C., Magee, W.J., 1993. Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. Psychol. Med. 23, 679–690.

Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., Blazer, D.G., 1996. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. Br. J. Psychiatry Suppl. 17–30.

Kessler, R.C., Wittchen, H.-U., Abelson, J.M., Mcgonagle, K., Schwarz N. Kendler K.S. et al., 1998. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS). Int J. Methods Psychiatr. Res 7, 33–55. https://doi.org/10.1002/mpr.33.

de Kloet, E.R., Joëls, M., Holsboer, F., 2005. Stress and the brain: from adaptation to disease. Nat. Rev. Neurosci. 6, 463–475. https://doi.org/10.1038/nrn1683.

Laporte, A., Douay, C., Détrez, M.-A., Le Masson, V., Le Mener, E., Chauvin, P., 2010. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France (Samenta). Observatoire du Samusocial. INSERM.

Laporte A., Le Mener E., Détrez M.-A., Douay C., Le Strat Y., Vandentorren S.. et al. 2015. Mental health and addictions among homeless in the Paris metropolitan area: the SAMENTA survey in 2009. BEH Bull Epidémiologie Hebd.

Lee, S., Castella, A., de, Freidin, J., Kennedy A. Kroschel J. Humphrey G. et al., 2010. Mental health care on the streets: an integrated approach. Aust. N. Z. J. Psychiatry 44, 505–512. https://doi.org/10.3109/00048670903555120.

Lee S.S. August G.J. Gewirtz A.H. Klimes-Dougan B. Bloomquist M.L. Realmuto G.M. 2010. Identifying unmet mental health needs in children of formerly homeless mothers living in a supportive housing community sector of care J. Abnorm Child Psychol. 38 421–432 https://doi.org/10.1007/s10802-009-9378-1

Leon, L., Jauffret-Roustide, M., Le Strat, Y., 2015. Design-based inference in time-location sampling. Biostat. Oxf. Engl. 16, 565–579. https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxu061.

Martin-Fernandez, J., Grillo, F., Parizot, I., Gaillavet, F., Chauvin, P., 2013. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. BMC Public Health 13, 486. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-486.

Monroe S.M. Harkness K.L. 2005. Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective Psychol. Rev. 112 417–445 https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.417

O'Donnell M.L. Creamer M. Pattison P. 2004. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity Am. J. Psychiatry 161 1390–1396 https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1390

Pannetier J. Lert F. Jauffret Roustide M. du Loû A.D. 2017. Mental health of sub-saharan african migrants: the gendered role of migration paths and transnational ties SSM - Popul Health 3 549–557 https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.06.003

Parker G. 1979. Parental characteristics in relation to depressive disorders Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci. 134 138–147

Perry J. Craig T.K.J. 2015. Homelessness and mental health Trends Urol. Men's Health 6 19–21 https://doi.org/10.1002/tre.445

Perry N.S. Huebner D.M. Baucom B.R. Hoff C.C. 2016. Relationship power, sociodemographics, and their relative influence on sexual agreements among gay male couples AIDS Behav. 20 1302–1314 https://doi.org/10.1007/s10461-015-1196-6

Phillips M.L. Drevets W.C. Rauch S.L. Lane R. 2003. Neurobiology of emotion perception I: the neural basis of normal emotion perception Biol. Psychiatry 54 504–514

Phillips M.L. Drevets W.C. Rauch S.L. Lane R. 2003. Neurobiology of emotion perception II: implications for major psychiatric disorders Biol. Psychiatry 54 515–528

Radimer, K.L., 2002. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. Public Health Nutr. 5, 859–864. https://doi.org/10.1079/PHN2002385.

Résumé du rapport final du project pancanadien Chez Soi. Ment Health Comm Can n.d. ⟨http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/27511/executive-summary-cross-site-homechez-soi-project⟩ (Accessed 9 February 2016).

Roze M., Melchior M., Chauvin P., Rezzoug D., Baubet T., Vandentorren S., 2017. Post-Traumatic Stress Disorders in homeless migrant women in the Paris region. Results of the ENFAMS survey. Eur Psychiatry Submitt Manuscr.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., 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 (Suppl 20), 22–33-57.

Suglia S.F. Duarte C.S. Sandel M.T. 2011. Housing quality, housing instability, and maternal mental health J. Urban Health Bull. N. Y. Acad. Med 88 1105–1116 https://doi.org/10.1007/s11524-011-9587-0

Sweetland, A.C., Belkin, G.S., Verdeli, H., 2014. Measuring depression and anxiety in sub-saharan Africa. Depress. Anxiety 31, 223–232. https://doi.org/10.1002/da.22142.

Tsai, A.C., 2015. Socioeconomic gradients in internalized stigma among 4,314 persons with HIV in sub-Saharan Africa. AIDS Behav. 19, 270–282. https://doi.org/10.1007/s10461-014-0993-7.

Ünlü Ince, B., Fassaert, T., de Wit, M.A., Cuijpers, P., Smit, J., Ruwaard, J., et al., 2014. The relationship between acculturation strategies and depressive and anxiety disor-

UNCORRECTED PROOF

ders in Turkish migrants in the Netherlands. BMC Psychiatry 14. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0252-5.
van Buuren, S., Groothuis-Oudshoorn, K., 2011. MICE: multivariate Imputation by Chained Equations in R. J. Stat. Softw. 45. https://doi.org/10.18637/jss.v045.i03.
Vandentorren, S., Le Méner, E., Oppenchairn, N., Arnaud, A., Jangal C. Caum C. et al., 2016. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur. J. Public Health 26, 71–76. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv187.
Vostanis, P., Tischler, V., Curnella, S., Bellerby, T., 2001. Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. Int. J. Soc. Psychiatry 47, 30–40.
Vuillermoz, C., Vandentorren, S., Brondeel, R., Chauvin, P., 2017. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. PLoS One 12, e0184138. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184138.
Weinreb, L.F., Buckner J.C. Williams V. Nicholson J. 2006. A comparison of the health and mental health status of homeless mothers in Worcester, Mass: 1993 and 2003. Am. J. Public Health 96, 1444. https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.069310.
Willner, P., 2017. The chronic mild stress (CMS) model of depression: history, evaluation and usage. Neurobiol. Stress 6, 78–93https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2016.08.002.
York, T.P., Miles, M.F., Kendler K.S. Jackson-Cook C. Bowman M.L. Eaves L.J. 2005. Epistatic and environmental control of genome-wide gene expression. Twin Res. Hum. Genet J. Int. Soc. Twin Stud. 8, 5–15. https://doi.org/10.1375/1832427053435418.
Zabkiewicz, D.M., Patterson, M., Wright, A., 2014. A cross-sectional examination of the mental health of homeless mothers: does the relationship between mothering and mental health vary by duration of homelessness?. BMJ Open 4, e006174. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006174.
Zima, B.T., Wells, K.B., Benjamin, B., Duan, N., 1996. Mental health problems among homeless mothers: relationship to service use and child mental health problems. Arch. Gen. Psychiatry 53, 332–338.
Zou, G., 2004. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. Am. J. Epidemiol. 159, 702–706.

UNCORRECTED PROOF

CHAPITRE 4 – SANTE MENTALE DES MERES – L'ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

I. L'ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

I.1 DEFINITION

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble anxieux qui se différencie des autres troubles anxieux de par son origine : l'évènement traumatique. La sévérité et la durée de l'événement ainsi que la proximité physique de la personne exposée sont des facteurs de risque d'apparition d'un ESPT. Les évènements traumatiques sont liés aux guerres et aux violences d'état, à la maltraitance physique et sexuelle de l'enfance, aux violences intrafamiliales, aux violences institutionnelles ou scolaires sur les enfants, aux violences sexuelles et aux violences dans le cadre du travail [169]. Il faut aussi noter les violences faites aux femmes (violences sexistes, mutilations génitales, mariages forcés, prostitution, violences conjugales) qui concernent 10% des femmes en 2000 d'après l'enquête de l'ENVEFF [170]. Il est aussi connu que la présence antérieure d'une maladie mentale peut rendre plus vulnérable à l'émergence d'un ESPT [169].

Toute personne qui a déjà vécu un ESPT reste vulnérable et peut, selon les circonstances, voir ses symptômes réapparaître. Parfois, les séquelles d'un ESPT prennent la forme d'une dépression, de troubles anxieux, ou encore, d'abus d'alcool ou de drogues. Le recours aux drogues et à l'alcool pourrait être une tentative de la part de la personne souffrante d'alléger son angoisse ou pour engourdir la peur de situations menaçantes.

On distingue deux types de psychotraumatismes :

- Psychotraumatismes de type I quand l'événement est unique (accident, attentat, incendie, catastrophe naturelle...)

- Psychotraumatismes de type II quand l'événement est répété ou durable (maltraitance physique psychique et/ou sexuelle de l'enfance, violences conjugales).

Les différents types de traumatismes les plus fréquents sont :

- Traumatismes non intentionnels : catastrophes naturelles et industrielles, accidents, incendies, deuils violents, maladie grave.
- Traumatismes intentionnels : violences collectives (états, guerres, génocides), violences extérieures (délinquance, agressions, viols, prises d'otages, attentats, homicides), violences institutionnelles (au travail, administratives), violences intrafamiliales (maltraitance, violences conjugales, inceste).

Les violences interhumaines sont les plus grandes pourvoyeuses de psychotraumatismes et ont plus de risque de chronicité [171].

Selon le DSM-5, les symptômes de l'ESPT sont **(ANNEXE 2)** :

- Symptômes envahissants ou intrusifs : reviviscence intrusive répétée avec la réaction de désarroi initiale de la situation traumatique
- Conduites d'évitement : efforts fournis par le patient pour éviter les situations, souvenirs, pensées ou sentiments rappelant la situation initiale redoutée
- Altérations cognitives ou de l'humeur : dépression, anxiété, troubles du sommeil, réactivité neuro-végétative
- Hyperactivité : hyper vigilance, hyperréactivité, agitation, irritabilité

I.2 PREVALENCES

L'enquête « Santé mentale en population générale », menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 estime que 30% des français ont été exposé à un évènement potentiellement traumatogène au cours de leur vie [172] (60 à 90% d'après les études nord-américaines [173,174]). Si l'apparition de symptômes psycho traumatiques transitoires est constatée très fréquemment à la suite d'un événement particulièrement stressant, l'évolution vers un syndrome psycho traumatique semble par

contre plus rare : près de 90% des hommes et 80% des femmes confrontés à un événement potentiellement traumatique ne développeront pas d'ESPT au cours de leur existence, tous types d'événements confondus [173,174]. Toutefois, le risque de survenue d'un psycho traumatisme est plus élevé après certains types d'événement, et notamment après les différentes formes d'agression interindividuelle. Après un viol ou une agression sexuelle, les études montrent que jusqu'à deux tiers des victimes vont souffrir d'ESPT, les agressions sexuelles représentant la cause la plus fréquente d'ESPT chez les femmes [175].

L'ESPT est un trouble psychique qui présente une forte prévalence sur la vie entière, de 5 à 6 % pour les hommes, de 10,5 à 13,8 % pour les femmes [169,176,173]. Il s'agit de troubles psychologiques méconnus, sous-estimés, fréquents, graves, durables, qui vont peser lourdement sur la santé des personnes traumatisées et sur leur avenir affectif, social et professionnel. Enfin, l'ESPT présente une comorbidité importante, c'est-à-dire qu'il est souvent associé à d'autres manifestations psychiatriques, au point que l'on sait aujourd'hui que plus de 80 % des personnes qui souffrent de ce trouble présenteront au cours de leur vie une autre pathologie psychiatrique [173]. Le risque suicidaire est multiplié par 6 environ [168].

La fréquence et l'intensité des symptômes peuvent varier dans le temps. Le risque de développer un ESPT à la suite d'un évènement potentiellement traumatique est d'environ 10% [176]. La durée des symptômes est également variable :

- Etat de stress aigu (les symptômes persistent de 2 jours à un mois)
- ESPT aigu (les symptômes persistent moins de trois mois), on observe environ un tiers de rémission après 3 mois [171]
- ESPT chronique (les symptômes persistent trois mois ou plus), concerne 40% des ESPT [171]
- ESPT avec survenue différée (au moins six mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes).

La durée médiane d'évolution de l'ESPT chronique est de 3ans (avec prise en charge psychiatrique) à 5 ans (sans prise en charge psychiatrique) [173].

I.3 PRISE EN CHARGE

Les prises en charge thérapeutique de l'ESPT comprennent la Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC), l'hypnose, l'EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing, ou Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires) et le traitement médicamenteux par antidépresseurs de type ISRS (Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine). En pratique, une prise en charge précoce améliore le pronostic évolutif et il est important de repérer les facteurs de vulnérabilité (dissociation péri traumatique, isolement social) et les comorbidités psychiatriques qui sont fréquentes. Le traitement de l'ESPT doit donc souvent comprendre la prise en charge des comorbidités qui y sont associées (dépression, risque de suicide, dépendance vis-à-vis de drogues ou de l'alcool, etc.).

I.4 PROBLEMATIQUE

Les femmes de familles sans logement, immigrées, sont particulièrement à risque d'avoir vécu un évènement traumatogène et donc à risque d'ESPT. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence de l'ESPT dans cette population vulnérable et de définir les facteurs qui y étaient associés.

II. RESUME EN FRANÇAIS

Objectifs : Les femmes immigrées sans hébergement fixe ont un risque élevé de vivre des évènements traumatiques dans leur pays d'origine, pendant leur parcours migratoire et à leur arrivée dans le pays hôte. Notre objectif était de décrire les facteurs associés à l'ESPT parmi les femmes immigrées sans logement vivant en Île-de-France.

Méthodes : Des entretiens en face à face avec un échantillon représentatif de familles sans logement ont été menées par un binôme bilingue psychologue-enquêteur entre Janvier et Mai 2013. Les femmes rapportaient leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs conditions de vie incluant leur mobilité résidentielle, leur santé physique et mentale. L'ESPT était évalué par le Mini International

Neuropsychiatric Interview (MINI) (n=691 femmes immigrées). Nous avons étudié l'ESPT des femmes par une régression de Poisson à variance robuste après imputation des données manquantes.

Résultats : Les femmes immigrées sans logement ont une prévalence élevée d'ESPT au cours des 12 derniers mois (18,9%). Les analyses multivariées ont montré que le risque d'ESPT était associé au départ du pays d'origine pour une cause violente (RP=1,45 IC95% 1,03 ; 2,04), la dépression au cours des 12 derniers mois (RP=1,82 IC95% 1,20 ; 2,76), et l'instabilité résidentielle (RP=1,93 IC95% 1,27 ; 2,93).

Conclusions : Les femmes immigrées sans logement ont une forte prévalence de vécu d'évènements traumatiques et d'ESPT en partie en relation avec leur départ du pays pour une cause violente mais aussi à cause de leurs conditions de vie en France (instabilité résidentielle). L'amélioration du dépistage des troubles de la santé mentale – dépression et ESPT – et de l'accès à des soins médicaux appropriés pour cette population vulnérable pourrait limiter l'impact due l'ESPT sur la santé de ces femmes mais aussi celle de leurs enfants.

III. ARTICLE TEL QUE SOUMIS

Post-Traumatic Stress Disorders in homeless migrant women in the Paris region. Results of the ENFAMS survey.

M. Roze[1], M. Melchior[1], P. Chauvin[1], D. Rezzoug[2,3], T. Baubet[2,3], S. Vandentorren[4]

1 Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (UMRS 1136), Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale, F75012, Paris, France
2 APHP, Hôpital Avicenne, Bobigny, France
3 INSERM, Université Paris 13, CESP (UMRS 1178)
4 Direction des régions, Santé Publique France

1. Introduction

In 2013, the ENFAMS survey [4] (a French acronym for "Enfants et familles sans logement" – "Homeless children and families") - conducted by the Observatoire du Samu Social - estimated that over 10,280 homeless families were accommodated in the Paris region, corresponding to approximately 35,000 people including 17,660 children. These estimates do not take into account families housed by friends or relatives, implying that the overall number of families without a stable accommodation was probably underestimated. Moreover, this number increased dramatically since 2010 and is actually higher. This increase in the number of homeless families in the Paris region in recent years [1] is due to several factors. First, the growth of poverty and cost of living in the Paris region had increases difficulties in accessing to housing, especially among the more vulnerable peoples. Second, the increase in the number of migrants who are oriented towards shelters that are not intended for them, that increase mechanically the number of homeless. In fact, applications for political asylum has increased by 46% in European countries in 2014 [2]. As in many large European cities, the proportion of migrants who are homeless has recently increased (38% in 2001, 52% in 2012) [3].

Because of the geopolitical context, one million migrant have arrived in European countries in 2015. Migrants include various profiles of persons such as "labor migrants" or "refugees and asylum seekers". Differences in mental health among labor migrants and refugees have been found with a higher burden of depression and PTSD among refugees [4]. Previous studies suggest that migrants are at risk of PTSD due to a history of multiple pre-migratory potentially traumatic events [5,6] and severe post-migration difficulties such as delays in processing refugee applications, obstacles to employment, living and housing conditions, loneliness, health difficulties [7]. The epidemiological evidence on the mental health of labor migrants and refugees remains sparse with heterogeneous findings [8]. Thus, estimates of the prevalence of post-traumatic stress disorder in adult refugees range from 4% [9] to 68% [10].

General risk factors for PTSD include : genetic [11] and biological [12] predictors, sociodemographic characteristics (age at the time of trauma, gender and marital status) [13,14], employment status [15], education level [13,16], level of income [17] and Gross National Product of the host country [4]. Events and experiences during or after the traumatic events [13,16] including trauma severity, lack of social support, acculturation, post-migration living conditions and additional life stress. Migrant families are disproportionately exposed to many of these exposures and at high risk of post-traumatic stress disorders (PTSD) and homelessness because of their migratory history, especially women [14], who cumulate more traumatic events and risk factors such as insecure residency status.

Post migration living conditions put migrant families at risk of economic difficulties and social suffering in the host country [13,18]: administrative situation, relegation to the margin of the society, social isolation, language barrier, culture difference, labour rights, access to employment, poverty and housing difficulties [13,19]. But host countries don't take into account all these problems: applying for accommodation is a complex process, especially for foreign families who are mobile, socially excluded and often non-francophone [1,20,21]. To our knowledge, few studies have focused on post migration deprivation and structural needs such as living and housing conditions in the host country of migrant families and their burden of mental health [22].

Therefore we aimed to 1) describe the prevalence of PTSD in homeless migrant women in the Paris region and 2) identify factors associated with PTSD including living and housing conditions.

2. Methods

The ENFAMS survey (a French acronym for "Enfants et familles sans logement") [20] was conducted by the Observatoire du Samu Social from January to May 2013 to describe the socio-demographic characteristics and health of homeless families in the Paris region (approximately 12 million inhabitants). Following guidelines from France's National Institute of statistics (INSEE), a person is considered to be homeless on any given day if he or she spent the previous night on the street or in a sheltered accommodation. In our study, inclusion criteria were families composed by an adult with at least one child under 13 years old, speak one of the 17 languages considered in the survey and sheltered in emergency shelters, long-term re-habilitation centers, social hotels and accommodation for asylum seekers [23]. A time-location sampling design was used [20,24].

First, the sampling frame of the 796 existing accommodations for the homeless in the region, were randomly selected using a stratification based on the type of facility. Four types of facilities have been considered: emergency shelters generally characterized by group accommodations that are short term and provide only basic services (e.g. breakfast); long-term re-habilitation centers (rooms in a collective facility but also self-contained flats or hotel rooms) characterized by stays lasting up to several months and a larger number of services (e.g. access to a kitchen); accommodation for asylum-seekers which cater for people whilst their applications for asylum are being processed by the French refugee office; and social hotels. Families living in the street, or living in someone else's home were not included. Second, 801 families were randomly selected from among those with at least one child under 13 years of age living with them. Third, one child under 13 was randomly selected in each family.

The study design was approved by the French National confidentially Committee (CNIL), and two ethics boards (the Comité de Protection des Personnes - CPP - in Île-de-France and the Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé - CCTIRS.

The ENFAMS survey recruited 251 randomly selected housing facilities in the Paris region (82% participation) [20]. In these housing facilities, 1,238 families were selected to participate in the survey (65% participation) yielding a sample of 801 families. Families who did not participate in the ENFAMS survey were characterized by younger maternal age (33 vs. 38 years), a higher proportion of men (15.3 vs. 4.6% among study participants), and a higher proportion of families with two or more children (31.7 vs. 23.1% among study participants) [2]. Reasons most frequently cited to explain non-participation were: lack of interest (17%), lack of time (14%) or the other parent's lack of written consent (11%).

Study data were collected in face-to-face interviews with self-reported questionnaires completed by participating women. Interviews were conducted by trained interviewers and psychologists in 17 different languages in the shelter. In each family, the mother (or the father if the mother was not present) and one child under the age of 13 years were randomly were interviewed. In our study, we analyses only mother's questionnaires (only 4% of fathers).

Factors examined as potentially associated with PTSD risk included:

- *women' socio-demographic characteristics*: age; region of birth; family status (i.e. living with a partner, number of children and their age); administrative status; employment status; education level ; usual monthly income (poverty line = 964 euros/month/UC); health insurance status ("complete social cover" for Social Security and voluntary insurance or free health care for low income; "incomplete social cover" for Social Security only or incomplete free health care for low income); food insecurity in the preceding 12 months (assessed using the French version of the US Household Food Security Module [25,26]); proficiency in French; migratory trajectory (i.e. reason for departure from country of origin and time since the family arrived in France);
- *mother's health*: self-reported health (very good, good or fair physical health vs. bad or very bad health); serious health problem(s) that disrupt daily life; anemia (ascertained by blood samples collected by study nurses); body mass index- BMI (anthropometric measures taken by

study nurses); pregnancy; female circumcision; major depression (ascertained using the Composite International Diagnostic Interview [27]), suicide risk (ascertained using the Mini International Neuropsychiatric Interview [8]);

- *women's living and housing conditions*: previously spent the night in the street; type of shelter ("short-time shelter" for social hotel or emergency shelter and "long-time shelter" for housing facility for asylum-seekers or long-term re-habilitation centers); housing quality (i.e. number of persons per room); residential instability (i.e. time in the last shelter); social support (i.e. knowing someone who lives in France at the time of arrival and whether it helped); help from Non-governmental organizations (NGOs), friends or family (i.e. Having an NGO, friends or family give a food voucher, luncheon voucher, food parcel, clothes or money);
- *women's traumatic events:* ascertained by the following question: "At some point in your life, did you experience a terrible, frightening or horrible event that caused you to have distressing memories or nightmares, to feel isolated or distant from others, to have difficulty sleeping or concentrating, or to be excessively nervous?";
- *women's Post Traumatic Stress Disorders*: ascertained by the PTSD module of the MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview [28]) –lifetime and in the preceding 12 months. Only women who reported having experienced at least one traumatic event answered questions on symptoms of PTSD.

Our analysis was based on a sample of 691 women who were not born in France and had complete PTSD data. Missing data were imputed (max 7.73% of missing data for health insurance status). The first step of the analysis consisted of deciding which explicative variables we should include in our analysis. This choice was based on hypothesis of potential associations agreed upon the investigating team and through literature search, then to describe PTSD in migrant women in homeless families, we used chi2 tests. Second, to identify characteristics associated with women's PTSD, we used a weighted Poisson regression with robust error variance [29]. Results are given with Prevalence Ratios (PR) and

95% Confidence Intervals (95% CI). Third, all the variables significantly associated with the PTSD in univariate analyses ($p<0.05$) were included in the multivariate analysis.

All statistical analyses were performed with R (with "survey" weighting package and "mice" package to impute missing data).

3. Results

3.1. Study population characteristics

Women's characteristics are shown in **Table 1**. To summarize, women's median age at the time of the study was 31.0 years (Q1 27.0 – Q3 36.0), 54.2% were born in Sub-Saharan Africa, 13.8% in North Africa, 15.8% in Eastern Europe **(Figure 1)**. More than half of women were single mothers (53.1%), 19.2% were employed or in schooling, 38.0% were proficient French speakers. Most families (98.3%) had an income below poverty level (964 euros/month/UC), 22.2% have no health insurance and 53.7% suffered from food insecurity.

Table 1 - Characteristics of homeless migrant women in the Paris region (ENFAMS survey 2013, n=691)

		With PTSD (n=120)		Without PTSD (n=571)		
		Weighted proportion	IC	Weighted proportion	IC	p
SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS						
Mother's age	[17-27] yo	19.7	[12.6 ; 26.7]	24.2	[19.5 ; 28.8]	.333
	]27-57] yo	80.3	[73.3 ; 87.4]	75.8	[71.2 ; 80.5]	
Country of birth	**Europe**	**7.5**	**[2.0 ; 13.0]**	**17.5**	**[13.4 ; 21.6]**	**.019**
	Outside Europe	**92.5**	**[87.0 ; 98.0]**	**82.5**	**[78.4 ; 86.6]**	
Family status	Two parent family	38.3	[28.7 ; 47.9]	48.6	[43.4 ; 53.8]	.052
	Single mother	61.7	[52.1 ; 71.3]	51.4	[46.2 ; 56.6]	
Administrative situation	French/legal administrative situation	15.5	[5.2 ; 25.9]	14.0	[10.2 ; 17.8]	.939
	Undocumented	48.0	[36.6 ; 59.5]	48.4	[43.3 ; 53.4]	
	Asylum seeker	13.0	[7.8 ; 18.1]	11.9	[9.2 ; 14.6]	
	Resident permit	23.5	[15.7 ; 31.2]	25.7	[20.9 ; 30.5]	
Employment status	Employed or in schooling	13.2	[4.9 ; 21.5]	20.4	[16.0 ; 24.8]	.180
	Neither employed nor in schooling	86.8	[78.5 ; 95.1]	79.6	[75.2 ; 84.0]	
Educational level	< high school	40.0	[28.1 ; 51.8]	52.4	[47.6 ; 57.3]	.066
	≥ high school	60.0	[48.2 ; 71.9]	47.6	[42.7 ; 52.4]	
Usual monthly income	**Above poverty line**	**0.4**	**[0 ; 0.9]**	**2.0**	**[0.5 ; 3.5]**	**.013**
	Below poverty line	**99.6**	**[99.1 ; 100]**	**98.0**	**[96.5 ; 99.5]**	
Health insurance	Complete	69.6	[57.7 ; 81.5]	66.2	[61.5 ; 70.8]	.090
	Incomplete	4.2	[1.4 ; 7.0]	12.3	[9.1 ; 15.6]	
	No	26.2	[14.3 ; 38.1]	21.5	[17.6 ; 25.4]	
Food insecurity	No	42.7	[31.7 ; 53.7]	47.0	[41.5 ; 52.4]	.492
	Yes	57.3	[46.3 ; 68.3]	53.0	[47.6 ; 58.5]	
French ability	Yes	47.7	[36.2 ; 59.1]	36.1	[30.3 ; 42.0]	.042
	No	52.3	[40.9 ; 63.8]	63.9	[58.0 ; 69.7]	
Departure from country of origin for a violent cause	**No**	**50.3**	**[39.2 ; 61.4]**	**73.8**	**[70.0 ; 77.5]**	**<.001**
	Yes	**49.7**	**[38.6 ; 60.8]**	**26.2**	**[22.5 ; 30.0]**	
Number of traumatic events	**(min; Q1; med; mean; Q3; max)**	**(0 ; 3 ; 5 ; 4.7 ; 6 ; 11)**		**(0; 0 ; 1 ; 2.0 ; 4 ; 10)**		**.008**
Time of traumatic event	**Traumatic event before arrived in France**	**75.4**	**[64.8 ; 86.0]**	**31.0**	**[26.6 ; 35.3]**	**<.001**
	Traumatic event after arrived in France	**24.6**	**[14.0 ; 35.2]**	**22.1**	**[17.7 ; 26.6]**	
	No traumatic event	**0.0**	**[0 ; 0]**	**46.9**	**[41.2 ; 52.6]**	

HEALTH CARACTERISTICS						
Perceived current general state of health	**Very good, good or fair global health**	**74.7**	**[63.3 ; 86.1]**	**91.0**	**[88.4 ; 93.5]**	**<.001**
	Poor or very poor global health	**25.3**	**[13.9 ; 36.7]**	**9.0**	**[6.5 ; 11.6]**	
Serious health problem(s)	**No**	**59.4**	**[47.9 ; 70.9]**	**73.6**	**[69.1 ; 78.1]**	**.012**
	Yes	**40.6**	**[29.1 ; 52.1]**	**26.4**	**[21.9 ; 30.9]**	
Mother's anemia	No	75.8	[65.6 ; 86.0]	74.3	[70.2 ; 78.4]	.805
	Yes	24.2	[14.0 ; 34.4]	25.7	[21.6 ; 29.8]	
Obesity	No	61.8	[50.1 ; 73.4]	63.7	[58.6 ; 68.7]	.761
	Yes	38.2	[26.6 ; 49.9]	36.3	[31.3 ; 41.4]	
Pregnancy	**No**	**84.7**	**[77.2 ; 92.2]**	**93.6**	**[91.6 ; 95.6]**	**.003**
	Yes	**15.3**	**[7.8 ; 22.8]**	**6.4**	**[4.4 ; 8.4]**	
Female circumcision	No	81.6	[73.2 ; 90.1]	78.8	[74.5 ; 83.1]	.584
	Yes	18.4	[9.9 ; 26.8]	21.2	[16.9 ; 25.5]	
Suicide risk	**No**	**62.5**	**[52.1 ; 72.9]**	**87.1**	**[83.7 ; 90.5]**	**<.001**
	Yes	**37.5**	**[27.1 ; 47.9]**	**12.9**	**[9.5 ; 16.3]**	
Depression in the last 12 months	**No**	**40.3**	**[28.1 ; 52.6]**	**78.8**	**[74.7 ; 83.0]**	**<.001**
	Yes	**59.7**	**[47.4 ; 71.9]**	**21.2**	**[17.0 ; 25.3]**	
CONDITION OF LIVING						
Already spend the night in the street	**No**	**73.4**	**[64.4 ; 82.4]**	**87.8**	**[84.8 ; 90.7]**	**<.001**
	Yes	**26.6**	**[17.6 ; 35.6]**	**12.2**	**[9.3 ; 15.2]**	
Time since arrived in France	> 1 year	84.8	[77.9 ; 91.6]	85.4	[82.5 ; 88.3]	.864
	≤ 1 year	15.2	[8.4 ; 22.1]	14.6	[11.7 ; 17.5]	
Type of shelter	**Short time shelter**	**71.2**	**[61.7 ; 80.7]**	**80.8**	**[77.0 ; 84.5]**	**.031**
	Long time shelter	**28.8**	**[19.3 ; 38.3]**	**19.2**	**[15.5 ; 23]**	
Number of persons per room	≤ 2 pers per room	44.4	[33.8 ; 55.0]	41.6	[35.8 ; 47.5]	.613
	> 2 pers per room	55.6	[45.0 ; 66.2]	58.4	[52.5 ; 64.2]	
Residential instability	**No**	**42.3**	**[31.6 ; 52.9]**	**66.9**	**[61.7 ; 72.2]**	**<.001**
	Yes	**57.7**	**[47.1 ; 68.4]**	**33.1**	**[27.8 ; 38.3]**	
Already know someone who live in France, and these people help	**Yes, and it was helpful**	**28.6**	**[18.2 ; 39.0]**	**44.3**	**[39.4 ; 49.3]**	**.013**
	No, I didn't know anyone or yes, but it wasn't helpful	**71.4**	**[61.0 ; 81.8]**	**55.7**	**[50.7 ; 60.6]**	
Help from association, friends or family	Yes	69.1	[58.6 ; 79.5]	73.2	[68.6 ; 77.9]	.454
	No	30.9	[20.5 ; 41.4]	26.8	[22.1 ; 31.4]	

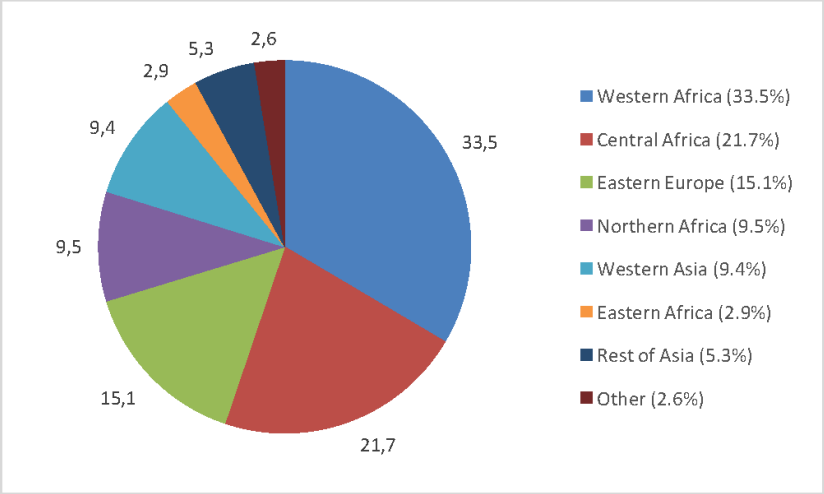

Figure 1 – Country of origin of migrant homeless women in the Paris region (ENFAMS survey 2013, n=691)

The majority of homeless migrant women perceived themselves in good health (88.3%), 25.5% were anemic, 36.6% were obese, 7.8% were pregnant at the time of the study. In terms of mental health, 16.9.0% had high risk of suicide and 27.4% experienced depression.

Among homeless migrant women 14.6% had already spent a night on the street. The median time since they arrived in France was 2.7 years (Q1 1.4 – Q3 5.6), 20.8% were housed in a long term shelter but 37.1% experienced residential instability. Half of homeless migrant women (58.2%) did not know anyone in France when they arrived or knew someone but it was not helpful and 27.4% received no assistance.

3.2. Description of traumatic events

Among homeless migrant women, 62.4% reported traumatic events, 16.2% had PTSD in the preceding 12 months (23.6% in entire life). The number of traumatic life time events is more important for women born in Central Africa (**Figure 2**): half of them have lived at least 4 traumatic events. The distribution of traumatic events among homeless migrant women with PTSD are shown in **Figure 3**:

80.5% experienced the unexpected or sudden death of an intimate friend or family member, 48.7% witnessed someone's injury or death.

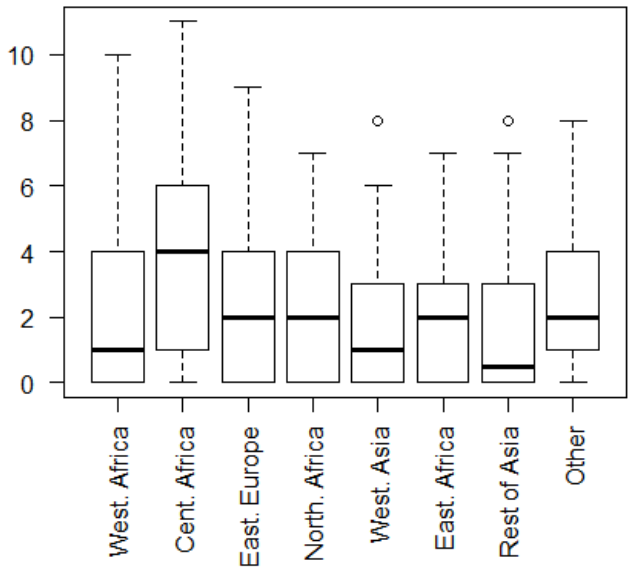

Figure 2 - Number of traumatic lifetime events according to the country of origin among migrant homeless women in the Paris region (ENFAMS survey, n=691)

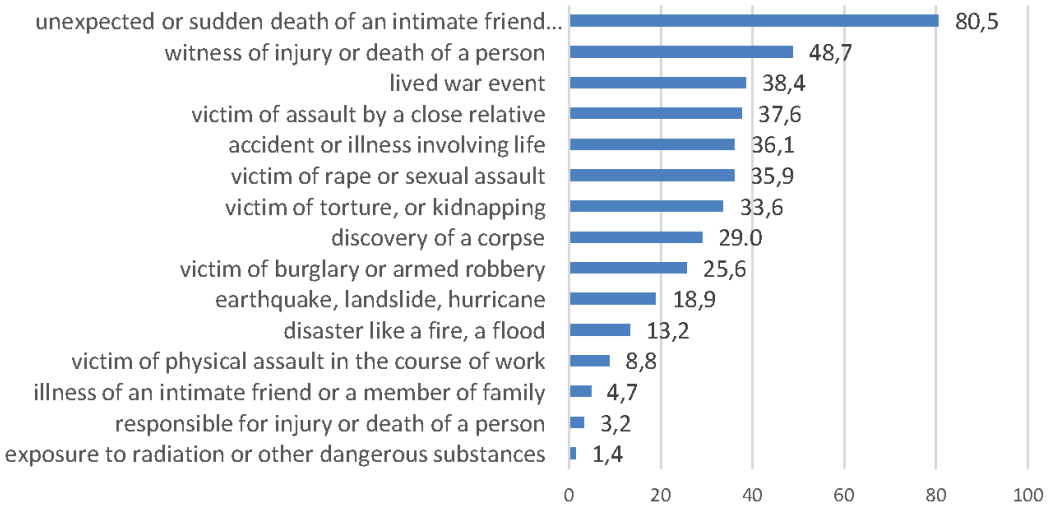

Figure 3 - Traumatic lifetime events in homeless migrant women with PTSD in the Paris region (ENFAMS survey 2013, n=120)

3.3. Univariate and multivariate regression analysis: factors associated with women's PTSD

As shown in **Table 2**, factors associated with migrant women's PTSD were the following : being born outside of Europe (PR=2.34 95% CI 1.10;4.97); low monthly income (PR=4.04 95% CI 1.14;14.31); being not a French speaker (PR=0.67 95% CI 0.46;0.98); departure from the country of origin for a violent cause (PR=2.28 95% CI 1.57;3.30); number of traumatic events (PR=1.34 95% CI 1.27;1.42); poor self-rated health (PR=2.57 95% CI 1.61;4.11); having serious health problem (PR=1.69 95% CI 1.12;2.55); being pregnant (PR=2.13 95% CI 1.34;3.38); suicide risk and depression (respectively PR=2.96 95% CI 2.04;4.29 and PR=3.83 95% CI 2.42;6.08); having already spent the night in the street (PR=2.09 95% CI 1.40;3.12); long-time shelter (PR=1.54 95% CI 1.05;2.27); residential instability (PR=2.32 95% CI 1.54;3.49 for women who have spent less than 6 months in the currently shelter) and lack of social support (PR=1.79 95% CI 1.13;2.84).

Table 2 - Characteristic associated with PTSD in homeless migrant women in the Paris region (ENFAMS survey 2013, n=691, univariate and multivariate Poisson regression analysis)

			Unvariate analysis			Multivariate analysis	
		weighted proportion	Desease Prevalence	PR	IC	PR	IC
SOCIO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS							
Mother's age	[17-27] yo	23.4	13.6	ref			
	]27-57] yo	76.6	17.0	1.25	[0.79;1.98]	1.10	[0.76;1.61]
Country of birth	**Europe**	**15.9**	**7.6**	**ref**			
	Outside Europe	**84.1**	**17.8**	**2.34**	**[1.10;4.97]**	1.78	[0.91;3.48]
Family status	Two parent family	46.9	13.2	ref			
	Single mother	53.1	18.8	1.42	[0.99;2.03]		
Administrative situation	French/legal administrative situation	14.3	17.6	ref			
	Undocumented	48.3	16.1	0.91	[0.44;1.90]		
	Asylum seeker	12.1	17.3	0.98	[0.45;2.15]		
	Resident permit	25.3	15.0	0.85	[0.39;1.85]		
Employment status	Employed or in schooling	19.2	11.1	ref			
	Neither employed nor in schooling	80.8	17.4	1.56	[0.80;3.05]		
Educational level	< high school	50.7	12.8	ref			
	≥ high school	49.3	19.7	1.54	[0.98;2.41]		
Usual monthly income	**Above poverty line**	**1.7**	**4.1**	**ref**			
	Below poverty line	**98.3**	**16.4**	**4.04**	**[1.14;14.31]**	2.49	[0.72;8.56]
Health insurance	Complete	67.0	16.9	ref			
	Incomplete	11.3	8.8	0.51	[0.18;1.44]		
	No	21.7	17.8	1.05	[0.60;1.84]		
Food insecurity	No	46.4	14.9	ref			
	Yes	53.6	17.3	1.16	[0.77;1.74]		
French ability	**Yes**	**38.0**	**20.3**	**ref**			
	No	**62.0**	**13.7**	**0.67**	**[0.46;0.98]**	0.92	[0.68;1.26]
Departure from country of origin for a violent cause	**No**	**69.8**	**11.7**	**ref**			
	Yes	**30.2**	**26.6**	**2.28**	**[1.57;3.30]**	**1.45**	**[1.03;2.04]**
Number of traumatic events	**(min; Q1; med; mean; Q3; max)**	**(0;0;1;2.2;4;11)**		**1.34**	**[1.27;1.42]**	1.08	[0.99;1.17]
Time of traumatic event	**Traumatic event before arrived in France**	**39.0**	**31.3**	**ref**			
	Traumatic event after arrived in France	**23.2**	**17.2**	**0.55**	**[0.34;0.88]**	0.88	[0.57;1.37]
	No traumatic event	**37.8**	**0.0**				

HEALTH CARACTERISTICS							
Perceived current general state of health	**Very good, good or fair global health**	**88.4**	**13.7**	**ref**			
	Poor or very poor global health	**11.6**	**35.2**	**2.57**	**[1.61;4.11]**	1.35	[0.92;1.97]
Serious health problem(s)	**No**	**71.2**	**13.5**	**ref**			
	Yes	**28.8**	**22.8**	**1.69**	**[1.12;2.55]**	1.34	[0.93;1.93]
Mother's anemia	No	74.5	16.6	ref			
	Yes	25.5	14.8	0.89	[0.53;1.51]		
Obesity	No	63.4	15.7	ref			
	Yes	36.6	16.9	1.07	[0.68;1.71]		
Pregnancy	**No**	**92.2**	**14.9**	**ref**			
	Yes	**7.8**	**31.7**	**2.13**	**[1.34;3.38]**	1.16	[0.75;1.81]
Female circumcision	No	79.2	16.6	ref			
	Yes	20.8	14.6	0.88	[0.52;1.49]		
Suicide risk	**No**	**83.1**	**12.2**	**ref**			
	Yes	**16.9**	**36.0**	**2.96**	**[2.04;4.29]**	1.22	[0.84;1.76]
Depression in the last 12 months	**No**	**72.7**	**9.1**	**ref**			
	Yes	**27.3**	**35.0**	**3.83**	**[2.42;6.08]**	**1.82**	**[1.20;2.76]**
CONDITION OF LIVING							
Already spend the night in the street	**No**	**85.3**	**13.9**	**ref**			
	Yes	**14.7**	**29.1**	**2.09**	**[1.40;3.12]**	1.02	[0.68;1.53]
Time since arrived in France	> 1 year	85.3	16.1	ref			
	≤ 1 year	14.7	16.7	1.04	[0.65;1.66]		
Type of shelter	**Short time shelter**	**79.2**	**14.5**	**ref**			
	Long time shelter	**20.8**	**22.4**	**1.54**	**[1.05;2.27]**	1.28	[0.93;1.76]
Number of persons per room	≤ 2 pers per room	42.1	17.1	ref			
	> 2 pers per room	57.9	15.5	0.91	[0.63;1.31]		
Residential instability	**No**	**62.9**	**10.9**	**ref**			
	Yes	**37.1**	**25.2**	**2.32**	**[1.54;3.49]**	**1.93**	**[1.27;2.93]**
Already know someone who live in France, and these people help	**Yes, and it was helpful**	**41.9**	**11.1**	**ref**			
	No, I did'nt know anyone or yes, but it was'nt helpful	**58.1**	**19.8**	**1.79**	**[1.13;2.84]**	1.47	[0.98;2.20]
Help from association, friends or family	Yes	72.5	15.4	ref			
	No	27.5	18.2	1.18	[0.76;1.83]		

In the multivariate analysis **(Table 2)**, after adjusting for women's age, factors associated with PTSD included departure from the country of origin for a violent cause (PR=1.45 95% CI 1.03;2.04), depression in the preceding 12 months (PR=1.82 95% CI 1.20;2.76), and residential instability (PR=1.93 95% CI 1.27;2.93).

4. Discussion

In our study, homeless migrant women reported high levels of traumatic events (62.4%) and PTSD: 23.6% met lifetime criteria and 16.2% met past-year criteria. Characteristics that predate migration such as departure from the country of origin for a violent cause (PR=1.45) was associated with PTSD. Additionally, PTSD risk was associated with depression in the preceding 12 months (PR=1.82), highlighting the role of overall psychological vulnerability. Finally, post-trauma experiences also appear to play a role: residential instability (PR=1.93) was associated with increased risk of PTSD. Our results highlight the multifactorial processes that underlie PTSD risk and show that women who are migrant and homeless accumulate multiple sources of risk which translate to high levels of PTSD prevalence that often go undetected.

The prevalence of post-traumatic stress disorder in migrants ranges between 4 [9] and 68% [10] depending on the context and specific population under study. In Whitbeck and al. 42.6% of homeless women in three U.S. cities met lifetime criteria for PTSD and 29.7% met past-year criteria [30]. Those results are consistent with ours (respectively 23.6% and 16.2%).

Prior studies found similar prevalence levels of traumatic events (75% to 84.15%) [5,18]. In our study, the traumatic events reported were especially violent: 80.5% experienced the unexpected or sudden death of an intimate friend or family member, 48.7% witnessed someone's injury or death, 38.4% experienced war, 37.6% were victim of assault by a close relative and 35.9% were victim of rape or sexual assault. To these traumatic events, we can add having spent at least one night on the street (14.6%) that can also be traumatic.

The number of traumatic events is on the border of statistical significance (PR=1.08 95% CI 0.99;1.17) in the multivariate analysis. Breslau and Kessler's studies show that victims of traumatic experiences are more vulnerable to new traumatic events [31].

In 2014, Kim and al. found that 6 to 11% of pregnant women seeking prenatal care at health centers that serve low-income, urban, medically underserved populations had PTSD. In our study, prevalence of PTSD in pregnant women is higher (31.7%), probably because our population are migrant women (furthermore, in our study, 35.9% were victim of rape or sexual assault). It is important to note that a growing literature documents the association between mother's mental health and children's emotional difficulties [32], highlighting the importance of maternal PTSD on their offspring.

In our study, PTSD risk was associated with depression. In fact, there have been debates as to whether it is sensible to distinguish these two diagnoses in the aftermath of trauma [33], research suggesting that depression is a risk factor of PTSD, that PTSD is a risk factor of depression [34], and that the two disorders represent an underlying joint vulnerability [33]. Because our data are cross-sectional, we are not in position to contribute to this debate, however our results highlight that women who are psychologically vulnerable are at high risk of PTSD.

Women who were sheltered in long-term housing institutions had high levels of PTSD. An explanation could be that those shelters are housing facility for asylum-seekers or social reinsertion centres that are accessible by women who are especially vulnerable [13]. Therefore this finding is likely to reflect selection bias.

The post traumatic experiences associated with PTSD risk in our study such as housing accommodation and low income are consistent with prior research: Porter and al [13] found that housing accommodation and restricted economic opportunities moderated mental health outcomes, regardless of resettlement location. Several studies in the Netherlands [35] found that financial difficulties, daily hassles and immigration status [19] were associated with PTSD symptoms. In our study we found similar results: living and housing condition and level of income were associated with PTSD in our study.

Social support acts as a protective factor and as a buffer against the impact of traumatic events [36,37]. However vulnerable people unusually request help. Our study shows that receiving assistance from NGOS, friends or family is not associated with PTSD, but knowing someone in France who helped the person upon arrival was associated with lower levels of PTSD.

Others factors such as marital status [38], fluency in French [19] and time since arrived in France [5,39,40] – that may act as proxy for time since exposure to trauma – were not associated with PTSD in our study.

Our study has several limitations. First, ENFAMS is a cross-sectional survey and this study had a exploratory approach. We miss the history of traumatic events, and it is hard to determine if they were lived before the departure, during the migration or after the arrival in the host country. Furthermore the direction of associations between some of the associated factors studied (for instance, depression) and mental health is difficult to determine. Nevertheless, it is unlikely that women's PTSD preceded several other risk factors identified in this study, such as being born outside Europe or departure from the country for a violent cause. Second, lack of statistical power and population homogeneity (most families were very poor) may explain why some factors (e.g. food insecurity and employment status) were not associated with PTSD. Additionally, given the disadvantaged socioeconomic status of the sample, it is hard to disentangle the role of homelessness from that of being very poor and being migrant. Third, PTSD could be underestimated in this survey: some women could deny having lived traumatic events or their distress. In the questionnaire PTSD was assessed with declarative data and only women who reported having experienced at least one traumatic event answered questions on symptoms of PTSD.

Nevertheless, our study has strengths which deserve to be highlighted. First, the ENFAMS survey includes a multicultural sample of homeless families, who are rarely studied in France. In much of existing research on PTSD, study participants are limited to individuals from the same country of origin. This research seeks to fill gaps in the mental health literature in Europe by studying PTSD prevalence

among homeless migrant women in the Paris area, diverse in terms of region of origin, administrative status and living and housing conditions. Second, we used validated measures of mental health (MINI and CIDI), physical health and a large questionnaire to study living and housing conditions. Furthermore, interviews were conducted by trained interviewers and psychologists in 17 different languages that give access to original data in France.

Our results stress the role of health professionals in addressing the mental health needs of this population. Serious post migration living difficulties including lack of social support, residential instability, long time shelter, as well as low income were related to PTSD in univariate analysis. Serious post migration living difficulties have a re-traumatizing effect on individuals who are vulnerable and have a low capacity to handle resettlement stress due to their previous traumatic history. In fact, those who have already suffered from traumatic experiences are more vulnerable to new traumatic events [31]. Politics enhancing the social protection of immigrants in the host country would be powerful instruments reducing the number of traumatic events, post migration living difficulties and consequent posttraumatic stress disorders [41]. For example, permanent private accommodation is associated with superior outcomes [13] and is most often cheaper than social hotel in France. PTSD among homeless migrant women may not be an inevitable consequence of acute wartime stress but reflects contextual factors that can be significantly remediated by material and un-material support on the part of governments. Furthermore, any reduction in prevalence of PTSD would likely positively affect their children who are the future generation of inhabitants of France and Europe.

5. Conclusions

Homeless migrant women have high levels of traumatic events and PTSD in part in relation with departure from the country of origin for a violent cause but also with their living and housing conditions in France (residential instability). Improvements in the monitoring of mental health – depression and PTSD – and access to appropriate medical care for this vulnerable population could limit the impact of PTSD on these women's health as well as on their children.

Acknowledgements

We thank all the families involved in this study.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest

Keypoints

- Homeless migrant women reported high levels of traumatic events (62.4%) and PTSD: 23.6% met lifetime criteria and 16.2% met past-year criteria.

- High levels of traumatic events and PTSD are in part in relation with departure from the country of origin for a violent cause but also with their overall psychological vulnerability and their living conditions in France.

- Improvements in the monitoring of mental health – depression and PTSD – and access to appropriate medical care for this vulnerable population could limit the impact of PTSD on these women's health as well as on their children.

References

[1] Guyavarch E, Le Mener E. Connaissances sur les personnes en famille sans logement personnel 2010.

[2] Migrations, quels effets sur l'économie ? Problèmes Économiques 2016.

[3] An overview of housing exclusion in europe. FEANTSA; 2015.

[4] Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2009;69:246–57. doi:10.1016/j.socscimed.2009.04.032.

[5] Kaltman S, Green BL, Mete M, Shara N, Miranda J. Trauma, Depression, and Comorbid PTSD/Depression in a Community Sample of Latina Immigrants. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy 2010;2:31–9. doi:10.1037/a0018952.

[6] Fortuna LR, Porche MV, Alegria M. Political violence, psychosocial trauma, and the context of mental health services use among immigrant Latinos in the United States. Ethn Health 2008;13:435–63. doi:10.1080/13557850701837286.

[7] Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. Int J Soc Psychiatry 2011;57:107–19. doi:10.1177/0020764008105699.

[8] Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet 2005;365:1309–14. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6.

[9] Steel Z, Silove D, Chey T, Bauman A, Phan T, Phan T. Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population. Acta Psychiatr Scand 2005;111:300–9. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00458.x.

[10] Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. Br J Psychiatry J Ment Sci 2003;182:444–8.

[11] Chitrala KN, Nagarkatti P, Nagarkatti M. Prediction of Possible Biomarkers and Novel Pathways Conferring Risk to Post-Traumatic Stress Disorder. PloS One 2016;11:e0168404. doi:10.1371/journal.pone.0168404.

[12] Gandubert C, Scali J, Ancelin M-L, Carrière I, Dupuy A-M, Bagnolini G, et al. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. Neurobiol Stress 2016;3:61–7. doi:10.1016/j.ynstr.2016.02.002.

[13] Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA 2005;294:602–12. doi:10.1001/jama.294.5.602.

[14] Allden K, Poole C, Chantavanich S, Ohmar K, Aung NN, Mollica RF. Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile. Am J Public Health 1996;86:1561–9.

[15] Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC, World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res 2014;53:157–65. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.01.015.

[16] Olaya B, Alonso J, Atwoli L, Kessler RC, Vilagut G, Haro JM. Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. Epidemiol Psychiatr Sci 2015;24:172–83. doi:10.1017/S2045796014000092.

[17] Ferry F, Bunting B, Murphy S, O'Neill S, Stein D, Koenen K. Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: a consideration of the impact of the "Troubles." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:435–46. doi:10.1007/s00127-013-0757-0.

[18] Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Geraci S. Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: A primary care study. ResearchGate 2012;9:e7525–8. doi:10.2427/7525.

[19] Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. J Immigr Minor Health 2013;15:890–7. doi:10.1007/s10903-012-9696-1.
[20] Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur J Public Health 2016;26:71–6. doi:10.1093/eurpub/ckv187.
[21] Guyavarch E, Le Mener E, Vandentorren S. ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France : premiers résultats de l'enquête quantitative. Paris: Observatoire du Samu Social, Inserm; 2014.
[22] Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. Soc Sci Med 1982 1999;48:1449–62.
[23] Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. Am J Orthopsychiatry 2004;74:413–23. doi:10.1037/0002-9432.74.4.413.
[24] Leon L, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y. Design-based inference in time-location sampling. Biostat Oxf Engl 2015;16:565–79. doi:10.1093/biostatistics/kxu061.
[25] Martin-Fernandez J, Grillo F, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. BMC Public Health 2013;13:486. doi:10.1186/1471-2458-13-486.
[26] Radimer KL. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. Public Health Nutr 2002;5:859–64. doi:10.1079/PHN2002385.
[27] Kessler RC, Wittchen H-U, Abelson JM, Mcgonagle K, Schwarz N, Kendler KS, et al. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS). Int J Methods Psychiatr Res 1998;7:33–55. doi:10.1002/mpr.33.
[28] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. 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 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
[29] Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. Am J Epidemiol 2004;159:702–6.
[30] Whitbeck LB, Armenta BE, Gentzler KC. Homelessness-Related Traumatic Events and PTSD Among Women Experiencing Episodes of Homelessness in Three U.S. Cities. J Trauma Stress 2015. doi:10.1002/jts.22024.
[31] Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. Biol Psychiatry 2001;50:699–704.
[32] Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. Eur Psychiatry 2016;38:51–60. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.05.001.
[33] O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. Am J Psychiatry 2004;161:1390–6. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1390.
[34] Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. Arch Gen Psychiatry 1997;54:81–7.
[35] Knipscheer JW, Kleber RJ. The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. J Clin Psychol 2006;62:339–53. doi:10.1002/jclp.20233.
[36] Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. J Womens Health Gend Based Med 2002;11:465–76. doi:10.1089/15246090260137644.
[37] Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. J Urban Health Bull N Y Acad Med 2001;78:458–67. doi:10.1093/jurban/78.3.458.

[38] Strohschein L, McDonough P, Monette G, Shao Q. Marital transitions and mental health: are there gender differences in the short-term effects of marital status change? Soc Sci Med 1982 2005;61:2293–303. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.020.
[39] Toscani L, Deroo LA, Eytan A, Gex-Fabry M, Avramovski V, Loutan L, et al. Health status of returnees to Kosovo: do living conditions during asylum make a difference? Public Health 2007;121:34–44. doi:10.1016/j.puhe.2006.06.017.
[40] Hondius AJ, van Willigen LH, Kleijn WC, van der Ploeg HM. Health problems among Latin-American and middle-eastern refugees in The Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. J Trauma Stress 2000;13:619–34. doi:10.1023/A:1007858116390.
[41] Nickerson A, Steel Z, Bryant R, Brooks R, Silove D. Change in visa status amongst Mandaean refugees: relationship to psychological symptoms and living difficulties. Psychiatry Res 2011;187:267–74. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.015.

CHAPITRE 5 – SANTE MENTALE DES ENFANTS : LES DIFFICULTES EMOTIONNELLES ET COMPORTEMENTALES

I. LES DIFFICULTES EMOTIONNELLES ET COMPORTEMENTALES DES ENFANTS

I.1 DEFINITION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale de l'enfant comme « la capacité à atteindre et à maintenir un fonctionnement psychologique et un bien-être optimums. Elle est directement liée au niveau atteint et aux aptitudes acquises en matière du fonctionnement psychologique et social ». Une bonne santé mentale de l'enfant « constitue un préalable à un développement psychologique optimal, à des rapports sociaux productifs, à un apprentissage efficace, à l'aptitude à s'occuper de soi […] » [177].

Les enfants et les adolescents qui ont une bonne santé mentale peuvent avoir un état de bien-être et un comportement social et psychologique optimaux.

Les difficultés de santé mentale des enfants peuvent se manifester de manières variées (anxiété, retrait relationnel, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil) et avoir une gravité, un retentissement fonctionnel, et une durée variables. Ces symptômes posent beaucoup de questions chez les enfants, notamment du fait des évolutions permanentes de leur développement.

Ces difficultés regroupent les troubles internalisés, tels que les troubles émotionnels, le sens de l'identité et la confiance en soi, mais aussi les troubles externalisés comme les troubles du comportement ou les symptômes d'hyperactivité/inattention, les troubles relationnels avec les pairs, la capacité de s'adapter, les troubles du développement et le retard mental.

Chez l'enfant de quatre à six ans, les troubles les plus courants sont les troubles du comportement (agressivité, troubles oppositionnels, symptômes d'hyperactivité/inattention). Ils ont un impact important sur le développement social, les relations avec les pairs. Les troubles émotionnels sont beaucoup plus difficiles à détecter puisqu'ils sont intériorisés et subjectifs. Ces troubles de l'humeur peuvent faire suspecter un syndrome anxieux, une dépression ou un trouble obsessionnel compulsif par exemple. Lorsqu'ils ne sont pas traités, ces troubles peuvent persister jusqu'à l'adolescence et entraîner des difficultés à l'école, un comportement antisocial, une instabilité professionnelle et la pauvreté à l'âge adulte. En effet, les troubles psychologiques qui surviennent dans l'enfance peuvent se traduire par un déséquilibre durable et persister dans la vie adulte [8,14,177]. Ainsi, les enfants souffrant de troubles de la santé mentale qui ne reçoivent pas de traitement approprié, ont des perspectives réduites sur le plan social, éducatif et professionnel à moyen et long termes [8,178–180]. De nombreux facteurs influent sur la santé mentale de l'enfant [181]. La malnutrition, la négligence physique et émotionnelle par les parents, les conflits familiaux, une éducation irrégulière ou l'instabilité favorisent les difficultés psychologiques de l'enfant. A l'inverse, une bonne santé physique de l'enfant, ses capacités d'introspection, ou un attachement familial important limitent les difficultés psychologiques.

L'étude de la littérature montre qu'il existe un lien fort entre la santé mentale et le contexte social, surtout chez les enfants [177]. Les enfants de familles sans logement sont donc particulièrement sensibles aux troubles de la santé mentale.

I.2 PREVALENCES

Les difficultés de santé mentale des enfants regroupent plusieurs types de manifestations et touchent environ 20% des enfants dans différents contextes nationaux et culturels [177,182].

En France, une étude réalisée par Shojaei en 2005 en population générale montre que la prévalence des différents troubles varient entre les garçons et les filles [183] :

- 9,9% des garçons, contre 5,7% des filles, présentent un haut niveau de difficulté (toutes difficultés confondues)
- 3,4% des garçons, contre 3,3% des filles, présentent des difficultés émotionnelles
- 7,2% des garçons, contre 2,9% des filles, présentent des symptômes d'hyperactivité/inattention
- 5,5% des garçons, contre 3,2% des filles, présentent des troubles des conduites.

Dans cette étude, 12,7% des enfants de parents vivant en dessous du seuil de pauvreté présentaient un haut niveau de difficultés.

I.3 PRISE EN CHARGE

Les enfants peuvent être pris en charge par des psychologues. Les psychothérapies utilisent le dessin, le jeu, le jeu de rôle, les marionnettes, la pâte à modeler, etc. Les thérapies familiales sont le plus souvent utilisées pour des situations psychopathologiques graves comme l'autisme infantile précoce, l'anorexie mentale de l'adolescent, les perturbations sévères de la communication intra familiale.

Les enfants peuvent aussi avoir besoin de rééducation, réalisée alors par des orthophonistes ou des psychomotriciens (bégaiement, tics, hyperactivité/inattention, etc.).

Les éducateurs spécialisés aident à l'autonomisation (règles de civilité, d'hygiène, d'alimentation) et à l'insertion sociale des enfants. Ils ont pour mission de favoriser le développement et l'épanouissement des enfants. Ils s'appuient sur des activités (lecture, jeux, parcours de motricité, théâtre) et divers supports (livres, poupées, peluches).

Les traitements sont le plus souvent non médicamenteux, mais les médicaments les plus couramment utilisés sont les amphétamines en cas d'hyperactivité/inattention importante, les neuroleptiques dans les syndromes psychotiques et les anxiolytiques dans les syndromes anxieux.

I.4 RETENTISSEMENT DE LA SANTE MENTALE DES MERES SUR LES ENFANTS

Les difficultés psychologiques des mères peuvent avoir une influence sur la santé mentale des enfants [11,184–186] :

- Les mères déprimées ont plus d'interactions négatives et moins d'interactions positives
- Elles montrent moins de chaleur et de réactivité
- Elles perçoivent leurs enfants comme plus problématiques

Ainsi, 60% des enfants de mères déprimées ont des difficultés psychologiques ou de développement, contre 34% des enfants de mères non déprimées [8].

I.5 PROBLEMATIQUE

Les enfants de familles sans logement cumulent l'exposition à des facteurs de risque de difficulté émotionnelles et comportementales : leurs conditions de vie matérielles (hébergement inadaptés, malnutrition, exclusion, etc.) et leurs situation psycho sociale (interactions avec leurs parents pouvant eux aussi souffrir de troubles de la santé mentale, intégration scolaire). Notre objectif était de décrire les caractéristiques sociales, environnementales, individuelles et de famille associées aux difficultés émotionnelles et de comportement des enfants sans logement d'Île-de-France.

II. RESUME EN FRANÇAIS

Objectif : Les enfants grandissant dans les familles sans logement ont plus de risque de vivre des difficultés psychologiques ou d'avoir des problèmes de santé. Notre objectif était de décrire les caractéristiques sociales, environnementales, individuelles et de famille associées aux difficultés émotionnelles et de comportement des enfants sans logement d'Île-de-France.

Méthodes : Des entretiens en face à face avec un échantillon représentatif de familles sans logement ont été menées par un binôme bilingue psychologue-enquêteur entre Janvier et Mai 2013 (n=343

enfants âgés de 4 à 13ans). Les mères rapportaient les difficultés émotionnelles et de comportement (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ), les caractéristiques sociodémographiques, la mobilité résidentielle et la santé physique et mentale des mères et des enfants. Les enfants étaient aussi interrogés sur leur perception de leurs conditions de vie, leurs amitiés et leur vécu de l'école. Nous avons étudié, par régression linéaire, le score total du SDQ.

Résultats : Les enfants sans logement ont un score total de SDQ plus élevé que les enfants de la population générale en France (moyenne du score total = 11,3 vs 8,9, p<0,001), 20,8% des enfants présentent un haut niveau de difficultés émotionnelles et comportementale. Les analyses multivariées ont montrées que les difficultés des enfants étaient associées à la région de naissance des parents (beta=1,74 pour l'Afrique Sub-saharienne, beta=0,60 pour l'Europe de l'Est, beta=3,22 pour les autres pays, p=0,020), la mobilité résidentielle (beta=0,22, p=0,012), la santé des enfants (beta=3,49, p<0,001) et le surpoids (beta=2,14, p=0,007), les habitudes de sommeil des enfants (beta=2,82, p=0,002), le risque suicidaire des mères (beta=4,13, p<0,001), le fait que les enfants n'aiment pas l'hébergement de leur famille (beta=3,59, p<0,001) et qu'ils soient victimes de moqueries (beta=3,21, p=0,002).

Conclusions : Les enfants grandissant sans logement ont de hauts niveaux de difficultés psychologiques qui augmentent leur risque de mauvaise santé mentale et de faible niveau scolaire à long terme. Il faut améliorer l'accès à un dépistage et à des soins médicaux appropriés parmi cette population vulnérable.

III. ARTICLE TEL QUE PUBLIE

European Psychiatry 38 (2016) 51–60

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: http://www.europsy-journal.com

Original article

Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey

M. Roze [a,*], S. Vandentorren [a,b], C. Vuillermoz [a], P. Chauvin [a], M. Melchior [a]

[a] Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, INSERM, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (IPLESP UMRS 1136, Équipe de Recherche en Épidémiologie Sociale), 75012 Paris, France
[b] Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

ARTICLE INFO

Article history:
Received 3 November 2015
Received in revised form 5 May 2016
Accepted 7 May 2016
Available online

Keywords:
Homeless
Children's mental health
Emotional and behavioral difficulties

ABSTRACT

Purpose: Children growing up in homeless families are disproportionately more likely to experience health and psychological problems. Our objective was to describe social, environmental, individual and family characteristics associated with emotional and behavioral difficulties among homeless children living in the Paris region.
Methods: Face-to-face interviews with a representative sample of homeless families were conducted by bilingual psychologists and interviewers between January and May 2013 ($n = 343$ children ages 4-13 years). Mothers reported children's emotional and behavioral difficulties (Strength and Difficulties Questionnaire [SDQ]), family socio-demographic characteristics, residential mobility, and parents' and children's physical and mental health. Children were interviewed regarding their perception of their living arrangements, friendships and school experiences. We studied children's SDQ total score in a linear regression framework.
Results: Homeless children had higher SDQ total scores than children in the general population of France, (mean total score = 11.3 vs 8.9, $P < 0{,}001$). In multivariate analyses, children's difficulties were associated with parents' region of birth (beta = 1.74 for Sub-Saharan Africa, beta = 0.60 for Eastern Europe, beta = 3.22 for other countries, $P = 0.020$), residential mobility (beta = 0.22, $P = 0.012$), children's health (beta = 3.49, $P < 0.001$) and overweight (beta = 2.14, $P = 0.007$), the child's sleeping habits (beta = 2.82, $P = 0.002$), the mother's suicide risk (beta = 4.13, $P < 0.001$), the child's dislike of the family's accommodation (beta = 3.59, $P < 0.001$) and the child's experience of bullying (beta = 3.21, $P = 0.002$).
Conclusions: Children growing up homeless experience high levels of psychological difficulties which can put them at risk for poor mental health and educational outcomes long-term. Access to appropriate screening and medical care for this vulnerable yet underserved group are greatly needed.
© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Homelessness has increased in recent years in many European countries [1] and is known to be an important determinant of mental health. France is a "corporatist conservative welfare regime", has well-functioning safety nets and the living conditions (access to housing, schooling, health care...) of poor households are still preferable to those in many other countries. But housing inequality is increasing more rapidly than elsewhere, leading to the exclusion of some groups of the population from certain social benefits [1]. In 2013, the ENFAMS survey [2] estimated that over 10,280 homeless families were accommodated in the Paris area, corresponding to approximately 35,000 people including 17,660 children. These estimates do not take into account families housed by friends or relatives, implying that the overall number of families without a stable accommodation is actually higher.

The increase in the number of homeless families in the Paris region in recent years [3] is due to several factors. First, real estate prices have grown drastically in recent years, much more rapidly than household income or the number of subsidized housing units. Second, in France, social benefits are insufficient to reduce financial, job and housing insecurity for single mothers with children. However, in Paris, as in other large cities in Europe, one child out of three does not live with both of his/her parents, and the number of single-parent families among the most socioeconomically deprived groups is even greater. Third, the number of

* Corresponding author.
E-mail address: mathilde.rz@gmail.com (M. Roze).

http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.001
0924-9338/© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

migrants who do not have a visa enabling them to work and access affordable housing has grown. Compared to other European countries, the proportion of foreigners among individuals who are homeless is high in France, and has recently increased (38% in 2001, 52% in 2012) [1]. Fourth, applying for sheltered accommodation is a complex process, especially for foreign families who are mobile, socially excluded and often non-francophone [2–4].

General risk factors for psychiatric difficulties in children include:

- genetic risk factors [5,6];
- parental and maternal poor physical and mental health [7–13];
- prenatal complications [14,15];
- obstetrical complications [16];
- low socioeconomic status (single-parent family, low educational or income level, food insecurity) [17–23];
- negative life events [11,22];
- low social networks and support [23];- domestic violence [24–26];- child maltreatment [26–30].

Children growing up in homeless families are disproportionately exposed to many of these exposures and experiences.

Additionally, homeless families experience loss of property, disruption of school and community relationships [31], dramatic changes in family routine [32] or residential instability, which may have consequences on children's emotional and behavioral well-being [10,33,34].

Furthermore, factors specific to homeless families may also play a role, including the physical quality, crowding, affordability, place and stability of living arrangements [10,11,22,29,35], as well as children's school experience (e.g. school mobility, absenteeism, educational outcomes and academic achievement) [36,37].

Previous epidemiological surveys on homeless children's emotional and behavioral difficulties were predominantly conducted in the 1980s and 1990s in the United States [11,38]. Yet the socio-demographic characteristics and life trajectories, as well as the organization of health care services and their use by homeless populations can vary from one country to another. For instance, in the United States, many homeless families are African-American and single-parent [24,39].

Therefore we aimed to:

- describe emotional and behavioral difficulties in children growing up in homeless families in the context of a large European city - Paris;
- identify social, environmental, individual and family factors associated with these difficulties.

2. Materials and methods

2.1. Sample

The ENFAMS survey (a French acronym for "Enfants et familles sans logement") [2] was conducted from January to May 2013 to describe the socio-demographic and health characteristics of homeless families in the Paris region (approximately 12 million inhabitants). Following guidelines from France's National Institute of statistics (INSEE), a person is considered to be homeless on any given day if he or she spent the previous night in a sheltered accommodation or slept in a place not intended for living (on the street, in a squat, vehicles, abandoned buildings, public places including streets, parks etc.) [26]. A time-location sampling design was used [2].

First, all housing facilities open to homeless families in the Paris region (e.g. emergency shelters, long-term re-habilitation centers, social hotels and accommodation for asylum seekers) were listed. Emergency shelters are generally characterized by group accommodations that are short term and provide only basic services (e.g. breakfast). Long-stay hostels (rooms in a collective facility but also self-contained flats or hotel rooms) are characterized by stays lasting up to several months and a larger number of services (e.g. access to a kitchen). Asylum seekers are in principle accommodated in special accommodations. However, since the early 2000s, there have been a shortage of beds in these centers, resulting in asylum seekers being accommodated in inexpensive hotels. Second, the number of families and children within each homeless housing facility were estimated in a telephone survey. Third, families were selected using simple random sampling in each selected accommodation. Fourth, one child was randomly chosen in each family among all those younger than 13 years (simple random sampling).

The study design was approved by the French National confidentially Committee (CNIL).

2.2. Participation in the ENFAMS survey

The ENFAMS survey recruited 251 randomly selected housing facilities in the Paris region (82% participation). In these housing facilities, 1238 families were selected to participate in the survey (65% participation) yielding a sample of 801 families. In each family, the mother (or the father if the mother was not present) and one child under the age of 13 years were randomly selected to participate. Families who did not participate in the ENFAMS survey were characterized by younger maternal age (33 vs. 38 years), a higher proportion of men (15.3 vs. 4.6% among study participants), and a higher proportion of families with two or more children (31.7 vs. 23.1% among study participants) [2]. Reasons most frequently cited to explain non-participation were: lack of interest (17%), lack of time (14%) or the other parent's lack of written consent (11%). In this article we studied families with 4-13 year-old children who completed the SDQ.

2.3. Measures and questionnaires

Study data were collected in face-to-face interviews with self-report questionnaires completed by the mother and children above 6 years old. Interviews were conducted by trained interviewers and research psychologists in seventeen different languages (Fig. 1).

2.3.1. Children's emotional and behavioral difficulties

Children's emotional and behavioral difficulties (4 to 13 years) were ascertained by their parent using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [40]. The SDQ is a short behavioral screening questionnaire which includes 25 items divided into 5 subscales: emotional problems, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems and pro-social behavior. Each item is rated on a 0-2 scale: "not true", "somewhat true" or "certainly true". A "Total Difficulties" scale is derived from the sum of scores of the first four scales and ranges 0 to 40 (SDQ total score). If less than 3 items were missing, missing data were imputed by the mean on items that were complete.

The SDQ can be analyzed as a score or dichotomized using standard cut-offs which match the top 90% of the distribution in the general population [41]. The SDQ has previously been validated in different languages and cross-cultural settings [41–43] and had good reliability (Cronbach's alpha = 0.76) in the present setting.

2.3.2. Child and parent characteristics

Participants' characteristics included:

- the *child's demographic characteristics*: age, sex, country of birth and number of cohabitating siblings;

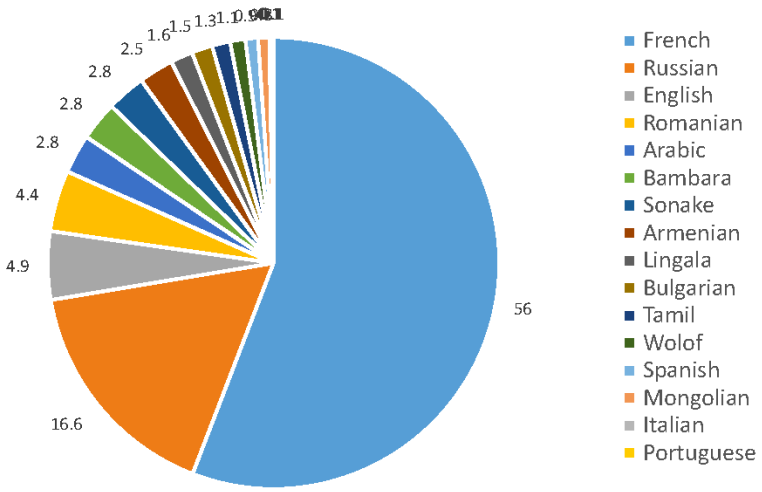

Fig. 1. Parent's spoken language of children growing up in homeless families' in the Paris region and their parents' (ENFAMS survey 2013, age 4–12 years, $n = 343$).

- *parents' socio-demographic characteristics*: region of birth (Table 1), legal status, health insurance status, health care use, proficiency in French, migratory trajectory (i.e. time since the family arrived in France), residential mobility (i.e. time since the family became homeless and the number of moves since then), social network (i.e. the number of contacts with family members each month in the preceding 12 months), food insecurity in the preceding 12 months (assessed using the French version of the US Household Food Security Module [44,45]);
- the *child's health*: health problems ascertained by the following question: "Is your child being treated for a disease or a health problem that requires specific care?"). Respiratory problems (ascertained by the following question: "in the past year, did your child have respiratory problems (a cough, a tightness in his/her chest, wheezing)?") [46]; anemia (ascertained by blood sample collected by nurses); body mass index (BMI) (ascertained by study nurses), sleeping habits (assessed by bedtime and time of awakening). *Mother's negative life event and Post Traumatic Stress Disorders*: ascertained by the following question: "At some point in your life, have you experienced a terrible, frightening or horrible event that caused you to have distressing memories or nightmares, to feel isolated or distant from others, to have difficulty sleeping or concentrating, or to be excessively nervous?" and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI [47]);

Table 1
Parent's region of birth, of children growing up in homeless families' in the Paris region and their parents' (ENFAMS survey 2013, age 4–12 years, $n = 343$).

Parent's region of birth		Prevalence (%)
Sub-Saharan Africa	Central Africa	13.1
	West Africa	29.2
	East Africa	1.9
North Africa	North Africa	15.2
Eastern Europe	Eastern Europe	21.1
Others	South America	0.1
	Central Asia	1.1
	South Asia	1.1
	South-eastern Asia	1.0
	Western Asia	9.8
	Easten Asia	0.6
	Caribbean	0.3
	Southern Europe	1.4
	Western Europe	4.0

- *mother's health*: self-reported physical health (very good, good or fair physical health vs. bad or very bad health); major depression (ascertained using the Composite International Diagnostic Interview [48]), suicide risk (ascertained using the Mini International Neuropsychiatric Interview [47]) and experience of domestic violence in the preceding 12 months (based on measures used in a study conducted by the National Institute of Demography: "VIRAGE" [49]).

In secondary analyses, we focused on children aged 6 to 13 years. In France, 6 is the age of compulsory schooling and children up to age 6 can receive free medical preventive care, making 6 years a relevant age in terms of policy. Additionally, in the ENFAMS survey children aged 6 years and older were asked to report their life experiences regarding homelessness (e.g. "Do you feel at home in this shelter?"), their school experience (e.g. "How do you feel at school"), their friendships (e.g. "How many friends do you have?", "When you have secret, who can you tell about it?"), their joys and sorrows (e.g. "What's your best time since the end of holidays?", "Does it happen to you to be sad, to have sorrows or feel sorry for somebody?").

2.4. Statistical analysis

Our analysis was based on a sample of 343 children aged 4–13 years with complete data on behavior. Whenever the number of missing observations exceeded 4%, a "missing data" category was created and included in the analyses.

First, to describe emotional and behavioral difficulties of children growing up in homeless families, we computed the 5 SDQ subscales and compared them with a general population sample of 1,348 French children [50] using student t-tests.

Second, to identify family and child characteristics associated with children's overall emotional and behavioral difficulties, we used a weighted linear regression model. All the variables significantly associated with the SDQ total score ($P < 0.2$) in univariate analyses were included in the multivariate analysis. The multivariate analysis systematically adjusted for children's age and sex as well as parents' legal status. Statistical significance was defined as $P = 0.05$.

In complementary analyses:

- we restricted our sample to children aged 6 years or older to study child reported characteristics;

- we checked for interactions between all factors significantly associated with children's characteristics and sex, because of potential differences between boys and girls [29,51];
- we conducted additional analyses among children of suicidal mothers (extreme group).

All statistical analyses were performed with R; we used the "survey" weighting package to account for study design.

3. Results

3.1. Descriptive characteristics

Child and family characteristics are shown in Tables 2 and 3. To summarize, 34.5% of study children were 4–6 years of age, 47.2% were male, 42.8% were born in France (Fig. 2), and 88.8% went to school. Parents' mean age was 35 years and 71.9% had legal status in France. Almost three-quarters (72.6%) of families lived in a social hotel, 78.9% were unemployed and 64.4% were not proficient in French. Most families (92.9%) had an income below poverty level (964 euros/month/UC) and were food insecure (84.0%).

3.2. Children's emotional and behavioral difficulties

Overall, 20.8% of children in the study had a high level of emotional or behavioral difficulties; 28.3% had a high level of emotional difficulties, 23.9% had conduct problems, 17.7% had a high level of symptoms of hyperactivity-inattention and 10.7% had peer relationship problems (Table 4).

Average SDQ total scores were higher among children in our sample than in the general population of children in France: SDQ total score 11,3 (95%CI = [10.4; 12.0]) versus 8,9 (95%CI = [8.6; 9.2])

Table 2
Characteristics of children growing up in homeless families' in the Paris region and their parents' (ENFAMS survey 2013, age 4–12 years, $n = 343$).

	n	Estimated prevalence/ mean	IC 95
Younger than 6 years	116	34.5	[28.4; 40.6]
6 years old and older	227	65.5	[59.4; 71.6]
Girls	180	52.8	[46.1; 59.5]
Boys	163	47.2	[40.5; 53.9]
Number of cohabiting siblings		2.2	[2.0; 2.4]
Child born abroad	219	55.5	[47.5; 63.5]
Child born in France	119	42.8	[34.7; 50.8]
Missing country of birth	5	1.7	[0; 3.4]
Schooled	306	88.8	[84.6; 93.1]
Unschooled	35	10.1	[6.3; 13.9]
Missing schooling information	2	1.1	[−0.5; 2.6]
Children without health problem that requires specific care	287	82.2	[75.7; 88.8]
Children with health problem that requires specific care	51	16	[9.5; 22.5]
Missing data on children's health	5	1.8	[0; 3.5]
Children without respiratory problem	225	64.2	[57.9; 70.6]
Children with respiratory problem	112	33.8	[27.5; 40.0]
Missing data on children's respiratory problem	6	2.0	[2.3; 3.8]
No anemia, or light anemia	235	70.1	[62.4; 77.7]
Moderate or light anemia	70	19.9	[12.7; 27.0]
Missing data on children's anemia	38	10.1	[6.1; 14.0]
Thin or normal child's BMI	234	65.3	[58.2; 72.4]
Overweight or obese child	73	23.9	[17.9; 29.9]
Missing BMI	36	10.8	[5.9; 15.8]
Bedtime before 10PM	199	59.7	[53.5; 66.0]
Bedtime after 10PM	100	26.3	[20.6; 32.0]
Missing bedtime data	44	13.9	[8.9; 18.9]
Child's like of the family's accommodation	155	68.4	[61.5; 75.3]
Child's dislike of the family's accommodation	57	27.3	[20.6; 34.0]
Missing data on family's accommodation	9	4.3	[1.3; 7.3]
Child's inexperience of bullying	145	67.1	[58.7; 75.5]
Child's experience of bullying	49	26.4	[18.5; 34.2]
Missing data on experience of bullying	8	6.5	[0.1; 13.0]

Table 3
Parents' characteristics of children growing up in homeless families' in the Paris region and their parents' (ENFAMS survey 2013, age 4–12 years, $n = 343$).

	n	Estimated prevalence/ mean	IC 95
Age		35.2	[34.3; 36.1]
Parent born in North Africa	37	15.2	[9.2; 21.2]
Parent born in Sub-Saharan Africa	157	44.2	[37.9; 50.5]
Parent born in Eastern Europe	72	21.1	[15.9; 26.2]
Parent born in other countries	77	19.5	[15.1; 23.9]
Legal residence status in France	215	71.9	[66.9; 76.9]
Undocumented administrative status	48	15.7	[11.4; 20.1]
Ongoing Asylum procedure	59	12.3	[9.0; 15.6]
Missing data on administrative status	1	0.1	[−0.1; 0.3]
Social hotel	219	72.6	[67.1; 78.1]
Emergency housing centre	24	3.5	[1.9; 5.1]
Housing facility for asylum-seekers	46	4.5	[3.5; 5.5]
Long-term shelter	54	19.4	[13.8; 25.1]
Two parent family	174	50.6	[44.4; 56.8]
Single parent family	169	49.4	[43.2; 55.6]
Medical insurance present	264	76.5	[58.8; 94.2]
Medical insurance absent	78	22.7	[17.8; 27.6]
Missing data on medical insurance	1	0.7	[−0.6; 2.1]
Educational level > high school	167	45.7	[39.9; 51.4]
Educational < high school	165	50.6	[44.6; 56.6]
Missing data on educational level	11	3.7	[0.8; 6.7]
Employed or in schooling	84	31.1	[25.1; 37]
Neither employed nor in schooling	258	68.2	[62.1; 74.2]
Missing data on employment status	1	0.7	[−0.6; 2.1]
Not a proficient French speaker	227	64.4	[55.1; 73.7]
Proficient French speaker	106	35.6	[26.3; 44.9]
Income < 964 euros/month/UC	321	92.9	[83.6; 102.3]
Income > 964 euros/month/UC	10	3.1	[0.7; 5.5]
Missing income data	12	4.0	[1.4; 6.7]
Food insecure household	281	84.0	[78.9; 89]
No food insecure household	48	11.3	[7.3; 15.3]
Missing data on food insecurity	14	4.7	[1.3; 8.2]
Welfare benefits	135	37.0	[31; 43.1]
No welfare benefits	208	63.0	[56.9; 69]
Number of moves since homeless (per year)		2.9	[2.4; 3.4]
Number of contacts with family members (per month)		12.4	[9.5; 15.3]
No negative life events in mother's life	118	35.6	[28.5; 42.7]
Negative life events in mother's life	204	58.0	[50.4; 65.6]
Missing data on negative life events	21	6.4	[3.1; 9.6]
Mother without PTSD in the last 12 months	252	74.7	[69.5; 80]
Mother with PTSD in the last 12 months	68	18.5	[13.5; 23.5]
Missing data on maternal PTSD	23	6.8	[3.5; 10]
Mother not depressed in the last 12 months	224	69.0	[63.6; 74.5]
Mother depressed in the last 12 months	80	22.6	[17.6; 27.6]
Missing data on maternal depression	24	8.4	[4.7; 12.1]
Mother at risk of suicide in her life	296	87.0	[82.6; 91.4]
Mother not at risk of suicide in her life	47	13.0	[8.6; 17.4]
No domestic violence in the last 1st month	214	61.3	[55.7; 66.9]
Domestic violence in the last 12 months	59	18.5	[14; 22.9]
Missing data on domestic violence	70	20.2	[15.1; 25.4]
Mother in good physical health	289	88.2	[83.9; 92.5]
Mother in poor physical health	38	11.1	[6.8; 15.3]
Missing data on maternal physical health	1	0.8	[−0.6; 2.2]

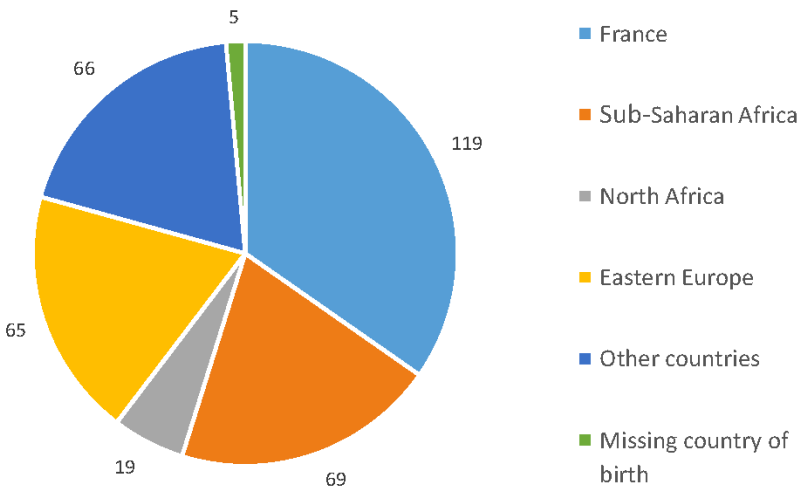

Fig. 2. Region of birth of children growing up in homeless families' in the Paris region and their parents' (ENFAMS survey 2013, age 4–12 years, $n = 343$).

($P < 0.001$) [44]. However, among children with high levels of emotional and behavioral difficulties, only 5% received medical or social care.

3.3. Univariate regression analysis: factors associated with children's emotional and behavioral difficulties

As shown in Table 5, factors associated with children's emotional and behavioral difficulties were the following: the child's sex (beta = 1.59 in boys, $P = 0.043$), the number of cohabitating siblings (beta = 0.83 for each brother or sister, $P = 0.016$), the parent's region of birth (beta = 2.22 among parents born in Sub-saharan Africa, beta = 0.37 among parents born in Eastern Europe and beta = 3.43 among parents born in other countries, $P = 0.016$), social networks (beta = 0.08 for each contact with family in the month, $P < 0.001$), the child's health problems (beta = 3.19, $P < 0.001$), the child's respiratory problems (beta = 1.69, $P = 0.001$), the child's overweight status (beta = 2.02, $P = 0.031$), the child's sleeping habits (beta associated with bedtime after 10PM = 2.18, $P = 0.043$), the mother's depression and suicide risk (respectively beta= 3.28, $P = 0{,}004$ and beta = 5.79, $P < 0.001$), the mother's poor physical health (beta = 3.57, $P = 0.011$), the child's dislike of the family's accommodation (beta = 4.89, $P < 0.001$), and the child's experience of bullying (beta = 5.25, $P < 0.001$).

3.4. Multivariate analysis

In the multivariate analysis (Table 6), after adjustment for children's age and sex as well as parents' legal status, factors associated with children's emotional and behavioral difficulties included parents' region of birth (beta = 1.74 for Sub-Saharan Africa, beta = 0.60 for Eastern Europe, beta = 3.22 for other countries, $P = 0.020$), residential mobility (beta = 0.22, $P = 0.012$), children's health (beta = 3.49, $P < 0.001$), the child's overweight status (beta = 2.14, $P = 0.007$), the child's sleeping habits (beta = 2.82, $P = 0.002$), the mother's suicide risk (beta = 4.13, $P < 0.001$), the child's dislike of the family's accommodation (beta = 3.59, $P < 0.001$) and the child's experience of bullying (beta = 3.21, $P = 0.002$).

3.5. Additional analyses

Our supplementary analyses stratified on children's sex showed that boys whose mother experienced a risk of suicide had a higher level of total difficulties than girls (beta = 7.3 vs. 3.9, p-value for interaction test = 0.233).

Among children of suicidal mothers, 52.9% have a high level of emotional and behavioral difficulties, compared with 16.2% among children of mothers without suicidal risk ($P < 0.001$).

Table 4
Emotional and behavioral difficulties (SDQ) of children growing up in homeless families' in the Paris region and their parents' (ENFAMS survey 2013, age 4–12 years, $n = 343$).

		n	Estimated prevalence	IC 95
Total difficulties	Within normal range	262	78.4	[73.3; 83.5]
	High level	78	20.8	[15.8; 25.8]
	Missing data	3	0.8	[−0.4; 2]
Emotional difficulties	Within normal range	228	71.4	[66.1; 76.8]
	High level	113	28.3	[23; 33.6]
	Missing data	2	0.2	[−0.1; 0.6]
Conduct problems	Within normal range	264	76.1	[69.3; 82.9]
	High level	79	23.9	[17.1; 30.7]
Symptoms of hyperactivity-inattention	Within normal range	276	82.1	[77.3; 86.8]
	High level	66	17.7	[13; 22.5]
	Missing data	1	0.2	[−0.1; 0.5]
Peer relationship problems	Within normal range	303	88.4	[83.9; 93]
	High level	37	10.7	[6.5; 14.9]
	Missing data	3	0.8	[−0.4; 2]

Table 5
Characteristic associated with emotional and behavioral difficulties in children growing up in homeless families in the Paris region (ENFAMS survey 2013, $n = 320$, univariate linear regression analysis).

	Weighted prevalence/mean	Univariate model			
		Coefficient	IC 95	*P*	*P* global
Child's younger than 6 years	35.4	ref			0.982
6 to 12 years old child	64.6	−0.02	[−1.95; 1.9]	0.982	
Girls	50.6	ref			**0.043**
Boys	49.4	1.59	[0.06; 3.12]	**0.043**	
Number of cohabiting siblings		−0.83	[−1.49; −0.16]	**0.016**	**0.016**
Child born abroad	55.5	ref			**0.059**
Child born in France	45.5	1.67	[−0.05; 3.39]	**0.059**	
Parent's age (per 10 years)		−0.82	[−1.87; 0.22]	**0.126**	**0.126**
Parent born in North Africa	16.6	ref			**0.016**
Parent born in Sub-Saharan Africa	46.6	2.22	[−0.03; 4.47]	**0.055**	
Parent born in Eastern Europe	21.6	0.37	[−1.99; 2.73]	0.758	
Parent born in other countries	15.1	3.43	[0.91; 5.94]	**0.009**	
Legal residence status in France	51.4	ref			0.442
Undocumented administrative status	37.9	−0.98	[−2.69; 0.73]	0.262	
Ongoing Asylum procedure	10.7	−1.22	[−3.72; 1.29]	0.343	
Two parent family	54.2	ref			0.276
Single parent family	45.8	−0.94	[−2.63; 0.75]	0.276	
Food insecure household	84.2	ref			0.326
No food insecure household	11.9	−1.36	[−3.25; 0.54]	**0.163**	
Missing data on food insecurity	3.9	−1.29	[−5.01; 2.43]	0.499	
Number of moves since homeless (per year)		0.17	[−0.01; 0.35]	**0.067**	**0.067**
Number of contacts with family members (per month)		0.08	[0.05; 0.12]	**<0.001**	**<0.001**
No negative life events in mother's life	37.4	ref			**0.121**
Negative life events in mother's life	55.8	1.94	[0.09; 3.78]	**0.042**	
Missing data on negative life events	6.7	0.99	[−1.52; 3.49]	0.442	
Children without health problem that requires specific care	84.7	ref		**<0.001**	**<0.001**
Children with health problem that requires specific care	15.3	3.19	[1.61; 4.77]		
Children without respiratory problem	66.7	ref			**0.001**
children with respiratory problem	33.0	1.69	[0.02; 3.37]	**0.050**	
Missing data on children's respiratory problem	0.3	−0.78	[−1.79; 0.22]	**0.127**	
No anemia, or light anemia	70.6	ref			0.759
Moderate or light anemia	20.0	0.18	[−1.58; 1.94]	0.839	
Missing data on children's anemia	9.4	−0.79	[−3.15; 1.57]	0.512	
Thin or normal child's BMI	65.6	ref			**0.031**
Overweight or obese child	23.6	2.02	[−0.07; 4.11]	**0.060**	
Missing BMI	10.8	−1.37	[−3.43; 0.68]	**0.192**	
Bedtime before 10 PM	62.4	ref			**0.043**
Bedtime after 10 PM	25.5	2.18	[0.48; 3.88]	**0.013**	
Missing bedtime data	12.1	0.85	[−2.34; 4.04]	0.600	
Mother not depressed in the last 12 months	68.2	ref			**0.004**
Mother depressed in the last 12 months	23.0	3.28	[1.4; 5.16]	**0.001**	
Missing data on maternal depression	8.7	1.21	[−1.27; 3.7]	0.341	
Mother without PTSD in the last 12 months	74.3	ref			**0.077**
Mother with PTSD in the last 12 months	18.5	2.29	[0.31; 4.28]	**0.026**	
Missing data on maternal PTSD	7.1	0.10	[−2.05; 2.26]	0.925	
Mother at risk of suicide in her life	87.3	ref			**<0.001**
Mother not at risk of suicide in her life	12.7	5.79	[2.99; 8.58]	**<0.001**	
No domestic violence in the last 12 months	58.2	ref			**0.177**
Domestic violence in the last 12 months	18.8	2.20	[−0.26; 4.66]	**0.082**	
Missing data on domestic violence	22.9	0.89	[−0.92; 2.7]	0.335	
Mother in good physical health	89.8	ref			**0.011**
Mother in poor physical health	10.2	3.57	[0.86; 6.29]	**0.011**	
Child's like of the family's accommodation	69.3	ref			**<0.001**
Child's dislike of the family's accommodation	24.6	4.89	[2.85; 6.93]	**<0.001**	
Missing data on family's accommodation	6.0	2.05	[0.11; 3.99]	**0.041**	
Child's inexperience of bullying	59.4	ref			**<0.001**
Child's experience of bullying	25.3	5.25	[3.21; 7.29]	**<0.001**	
Missing data on experience of bullying	15.3	1.28	[−0.32; 2.88]	**0.118**	

4. Discussion

4.1. Main findings

In our study of children aged 4–13 years growing up in homeless families in the Paris region, we found high levels of emotional and behavioral difficulties. Homeless children's difficulties were associated with children's older age, parent's region of birth (particularly Sub-Saharan Africa), residential mobility, the child's health problems, and overweight, the child's inadequate sleeping habits, poor maternal mental health, as well as the child's negative perception of his/her living arrangements and experience of school bullying. It is important to note that most families in our study were migrants, therefore we are not able to distinguish the contribution of characteristics specific to migrants from those of homelessness.

4.2. Limitations

Our study has limitations which need to be acknowledged prior to interpreting the data. First, ENFAMS is a cross-sectional survey and the direction of associations between some of the associated

Table 6
Characteristic associated with emotional and behavioral difficulties in children growing up in homeless families in the Paris region (ENFAMS survey 2013, $n = 320$, multivariate linear regression analysis).

	Weighted prevalence/mean	Univariate model			
		Coefficient	IC 95	*P*	*P* global
Child's younger than 6 years	35.4	ref			0.056
6 to 12 years old child	64.6	4.31	[−0.06; 8.69]	0.056	
Girls	50.6	ref			0.167
Boys	49.4	0.84	[−0.34; 2.02]	0.167	
Number of cohabiting siblings		−0.32	[−0.88; 0.24]	0.268	0.268
Child born abroad	55.5	ref			0.510
Child born in France	45.5	0.57	[−1.13; 2.27]	0.510	
Parent's age (per 10 years)		−0.14	[−1.12; 0.84]	0.780	0.780
Parent born in North Africa	16.6	ref			**0.020**
Parent born in Sub-Saharan Africa	46.6	1.74	[−0.14; 3.62]	0.072	
Parent born in Eastern Europe	21.6	0.60	[−1.76; 2.95]	0.622	
Parent born in other countries	15.1	3.22	[1.04; 5.39]	**0.005**	
Legal residence status in France	51.4	ref			0.975
Undocumented administrative status	37.9	−0.15	[−1.6; 1.3]	0.835	
Ongoing Asylum procedure	10.7	−0.16	[−2.32; 1.99]	0.881	
Number of moves since homeless (per year)		0.22	[0.05; 0.38]	**0.012**	**0.012**
Number of contacts with family members (per month)		0.03	[0; 0.06]	0.090	0.090
Children without health problem that requires specific care	84.7	ref			**< 0.001**
Children with health problem that requires specific care	15.3	3.49	[2; 4.97]	**< 0.001**	
Children without respiratory problem	33.1	ref			0.095
Children with respiratory problem	66.9	1.05	[−0.17; 2.28]	0.095	
Thin or normal child's BMI	65.6	ref			**0.007**
Overweight or obese child	23.6	2.14	[0.54; 3.75]	**0.010**	
Missing BMI	10.8	−0.89	[−2.62; 0.85]	0.319	
Bed time before 10 PM	62.4	ref			**0.002**
Bed time after 10 PM	25.5	2.82	[1.43; 4.21]	**< 0.001**	
Missing bed time data	12.1	1.82	[−0.57; 4.21]	0.138	
Mother not depressed in the last 12 months	68.2	ref			0.393
Mother depressed in the last 12 months	23.0	−0.10	[−1.77; 1.57]	0.907	
Missing data on maternal depression	8.7	2.30	[−1.03; 5.63]	0.178	
Mother without PTSD in the last 12 months	74.3	ref			0.248
Mother with PSTD in the last 12 months	18.5	1.12	[−0.62; 2.86]	0.212	
Missing data on maternal PTSD	7.1	−1.92	[−5.68; 1.85]	0.321	
Mother at risk of suicide in her life	87.3	ref			**< 0.001**
Mother not at risk of suicide in her life	12.7	4.13	[1.98; 6.28]	**< 0.001**	
No domestic violence in the last 12 months	58.2	ref			0.115
Domestic violence in the last 12 months	18.8	0.67	[−0.9; 2.23]	0.405	
Missing data on domestic violence	22.9	1.83	[0.03; 3.64]	0.050	
Mother in good physical health	89.8	ref			0.100
Mother in poor physical health	10.2	1.60	[−0.29; 3.5]	0.100	
Child's like of the family's accommodation	69.3	ref			**< 0.001**
Child's dislike of the family's accommodation	24.6	3.59	[1.78; 5.41]	**< 0.001**	
Missing data on family's accommodation	6.0	6.23	[2.31; 10.15]	**0.002**	
Child's inexperience of bullying	59.4	ref			**0.002**
Child's experience of bullying	25.3	3.21	[1.29; 5.12]	**0.001**	
Missing data on experience of bullying	15.3	−0.01	[−1.97; 1.94]	0.990	

factors studied (for instance, sleeping difficulties or the experience of bullying) and children's emotional and behavioral outcomes is difficult to determine. Nevertheless, it is unlikely that children's difficulties precede several other risk factors identified in this study, such as maternal poor physical health or suicide risk. Second, lack of statistical power and population homogeneity (most families were very poor) may explain why some factors (e.g. food insecurity) were not associated with children's well-being. Additionally, given the disadvantaged socioeconomic status of the sample, it is hard to disentangle the role of homelessness from that of being very poor and being migrants. Similarly, many parents had a high educational level and many mothers were depressed. Most other studies of homeless individuals relied on samples that were of similar size and experienced similar difficulties [39,52–55]. Nevertheless, future research should aim to include larger samples in order to have the possibility to study children's outcomes and associated risk factors in detail. Third, in more than 4% of cases data were missing on some variables, which led us to include a 'missing data' category in our analyses. We have many missing data for the measure of domestic violence because sometimes the partner was present and mothers refused to answer. Reassuringly, multivariate analyses repeated after excluding children with missing data ($n = 158$) showed results consistent with our main findings. Fourth, children's behavior was ascertained by their mother, which may induce reporting bias, particularly if the mother is depressed. Nevertheless, parental reports of children's behavior appear to be valid regardless of parental mental health [56]. Finally, several factors potentially associated with children's emotional and behavioral development were not measured in the ENFAMS survey: family social support (financial assistance, babysitting, housing...) [57–59], parenting style [60,61] and parental use of psychoactive substances [62–64]. Nevertheless, it is unlikely that these characteristics confound associations between maternal mental and physical health or children's experience of bullying and their emotional and behavioral difficulties which we observed.

4.3. Strengths

Despite these limits, our study has strengths which deserve to be highlighted. First, the ENFAMS survey includes a multicultural sample of homeless families, who are rarely studied. Second, we

used validated measures of maternal and child psychological well-being. Third, the dimensional measurement of children's emotional and behavioral difficulties reflects more closely the spectrum of different behavioral styles than do dichotomous measures [65]. Fourth, the collection of children's reports on their feelings and perceptions of their living conditions makes it possible to identify factors associated with their emotional and behavioral difficulties which may go undetected by parents, such as the child's dislike of his/her shelter or school bullying.

4.4. Comparison to prior studies

Contrary to prior research among homeless families, in our study, children's emotional and behavioral difficulties were associated with neither family status, nor parental educational level, employment status, income or food insecurity [11]. Additionally, we found no association with maternal depression or PTSD. The high prevalence of maternal depression (23.0%) and PTSD (18.5%) and the lack of statistical power may explain this null finding. However, maternal suicide risk–often a manifestation of severe depression–was relevant, indicating the role of maternal health as a determinant of children's well-being.

Our results are consistent with prior research showing that children's health (health problems that requires specific care, respiratory problems, overweight, sleeping habits) [11,66] and maternal mental health [11,12] is associated with children's emotional and behavioral difficulties.

Some authors have underlined the importance for children of feeling that they "have a home" as well as of family and community factors [35]. While bullying is also a risk factor of poor psychological health in children who are not homeless, homeless children may experience bullying more frequently because they do not fit in [67,68]. These social difficulties may be encountered both at school and in the housing facility where many families live together. Furthermore, some children could be rejected because of their emotional and behavioral difficulties. Our study shows that the child's dislike of his/her housing facility and experience of bullying at school are associated with psychological difficulties, confirming the importance of these issues.

Overall, our results point to the need for social policies to address school bullying helping children to change address the school climate and monitor children's perception of their life experience.

4.5. Clinical and policy implications

We observed high levels of emotional and behavioral difficulties in children whose families are homeless, yet most of them do not have access to appropriate healthcare. Although our study is cross-sectional, several clinical and policy implications can be drawn.

First, family household residential mobility is associated with children's well-being and granting poor families access to stable housing could help improve children's short and long-term outcomes [10,11,69–73]. Other countries have implemented policies which reduced homelessness (e.g. the Paavo project in Finland [74] or the "At Home/Chez Soi" project in Canada [75]). In the USA, the aim of the "Homeless Prevention and Rapid Re-housing Program" is to quickly place families in stable, permanent housing rather than a continuum of emergency and temporary housing [76]. France made fighting homelessness a 'national priority' for the period 2008–2012, which led to an evaluation of the supply and demand of shelters and housing facilities across the country, the provision of housing facilities for 13,000 individuals and the construction of 150,000 social housing units. Unfortunately, the impact of this program is unknown and it has not been extended beyond 2012 [1]. Housing conditions could improve children's health and housing stability could also facilitate children's and parents' access to mental health care in case of need, provided they are close to a medical center [77]. Furthermore, access to primary care and a regular follow-up makes prevention possible.

Second, barriers to healthcare access, such as parents' lack of knowledge of the health system or lack of proficiency in French, could be addressed by the promotion of free mental health consultations with the possibility of being helped by a trained translator. Such free consultations exist in most university hospitals in France, but the way in which they are implemented and their capacity vary widely. Furthermore, in a more general way, in France there is need for more pediatric mental health professionals; In the USA, the SAMHSA program seems effective in this regard [78]. Moreover access to translation services is generally unsatisfactory. Additionally, public hospitals may be difficult to access and intimidating, therefore access to free primary care services in ambulatory settings should be promoted. Another point is that primary care providers (pediatricians, general practitioners, emergency doctors, etc) are not familiar with children of homeless families. They should become familiar with government and community-based services that assist families with unmet social and economic needs. The American Academy of Pediatrics recommends that primary care practioners address issues of access to care and coordinate health care with community-based services [76].

Third, the development of mother and child healthcare centers, which are free and provide preventive health services (e.g. vaccination) to all children regardless of their parents' administrative or health care characteristics, could improve access to health care for families with psychological difficulties [77]. In particular, the structures could extend children's follow-up beyond age 6, and improve screening of parent mental health and parental difficulties [79,80]. Some studies show the effectiveness of interventions designed to develop children's psychosocial skills and parental abilities [81–86]. They are primarily focused on parents' and children's stress and anger management, relationships with peers, and development of good mother-children interactions. Such interventions could greatly benefit the most socially disadvantaged children, including those who grow up homeless [87,88].

Fourth, interventions increasing awareness about school bullying, specifying rules and social norms against bullying, and providing support and protection for children who are bullied (social worker support, mentoring) have proved successful and should be generalized [67,68,72,89].

5. Conclusion

Children growing up in homeless families have high levels of emotional and behavioral difficulties, in part in relation to their mothers' mental health difficulties and their family's difficult living conditions. Access to appropriate medical care for children and their parents could limit the impact of these early difficulties on children's later health and social outcomes. Heightening caretakers' awareness of the role of children's social and school integration with regard to their emotional and behavioral difficulties could improve their long-term educational and health outcomes. Most adult mental health problems begin in childhood, and improving the psychological well-being of children living in poverty offers the possibility of decreasing the level of psychiatric disorders and social inequalities in this area in the next generation.

Disclosure of interest

The authors declare that they have no competing interest.

Acknowledgements

The authors are grateful to Carme Caum, Claire Rondet, Delphine Lefeuvre and Laura Pryor for their careful reading of this paper. We thank all the families involved in this study.

References

[1] An overview of housing exclusion in Europe. FEANTSA; 2015.
[2] Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur J Public Health 2016;26:71–6. http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv187.
[3] Guyavarch E, Le Mener E. Connaissances sur les personnes en famille sans logement personnel; 2010.
[4] Guyavarch E, Le Mener E, Vandentorren S. ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France : premiers résultats de l'enquête quantitative. Paris: Observatoire du Samu Social, Inserm; 2014.
[5] Schwartz CE, Kunwar PS, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Vangel MG, Rauch SL, et al. Behavioral inhibition in childhood predicts smaller hippocampal volume in adolescent offspring of parents with panic disorder. Transl Psychiatry 2015;5:e605. http://dx.doi.org/10.1038/tp.2015.95.
[6] State MW, Lombroso PJ, Pauls DL, Leckman JF. The genetics of childhood psychiatric disorders: a decade of progress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:946–62. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200008000-00006.
[7] Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Henin A, Petty C, Faraone SV, Mazursky H, et al. Psychopathology in adolescent offspring of parents with panic disorder, major depression, or both: a 10-year follow-up. Am J Psychiatry 2012;169:1175–84. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101514.
[8] Bassuk EL, Beardslee WR. Depression in homeless mothers: addressing an unrecognized public health issue. J Orthopsychiatry 2014;2014(84):73–81. http://dx.doi.org/10.1037/h0098949.
[9] Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. The Lancet 2014;384:1529–40. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
[10] Suglia SF, Duarte CS, Sandel MT. Housing quality, housing instability, and maternal mental health. J Urban Health Bull N Y Acad Med 2011;88:1105–16. http://dx.doi.org/10.1007/s11524-011-9587-0.
[11] Grant R, Gracy D, Goldsmith G, Shapiro A, Redlener IE. Twenty-five years of child and family homelessness: where are we now? Am J Public Health 2013;103(Suppl. 2):e1–0. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301618.
[12] Conrad BS. Maternal depressive symptoms and homeless children's mental health: risk and resiliency. Arch Psychiatr Nurs 1998;12:50–8.
[13] Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry 1987;57:316–31.
[14] Kuperman S, Schlosser SS, Lidral J, Reich W. Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:686–92. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199906000-00015.
[15] Cutts DB, Coleman S, Black MM, Chilton MM, Cook JT, Cuba SE de, et al. Homelessness during pregnancy: a unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. Matern Child Health J 2014;19:1276–83. http://dx.doi.org/10.1007/s10995-014-1633-6.
[16] Bain M, Juszczak E, McInneny K, Kendell RE. Obstetric complications and affective psychoses. Two case-control studies based on structured obstetric records. Br J Psychiatry J Ment Sci 2000;176:523–6.
[17] Samuels J, Shinn M, Buckner JC. Homeless Children: Update on Research, Policy, Programs, and Opportunities; 2010.
[18] Weinreb L, Wehler C, Perloff J, Scott R, Hosmer D, Sagor L, et al. Hunger: its impact on children's health and mental health. Pediatrics 2002;110:e41.
[19] Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. Adv Psychiatr Treat 2004;10:216–24. http://dx.doi.org/10.1192/apt.10.3.216.
[20] Amone-P'Olak K, Burger H, Ormel J, Huisman M, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents: the TRAILS study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:231–8. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0424-z.
[21] Bassuk EL, Buckner JC, Weinreb LF, Browne A, Bassuk SS, Dawson R, et al. Homelessness in female-headed families: childhood and adult risk and protective factors. Am J Public Health 1997;87:241–8.
[22] Rog DJ, Buckner JC. Homeless families and children. National symposium on homelessness research; 2007.
[23] Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. Dev Psychopathol 2003;15:139–62.
[24] Bassuk EL, Rosenberg L. Why does family homelessness occur? A case-control study. Am J Public Health 1988;78:783–8.
[25] Bassuk EL. Who are the homeless families? Characteristics of sheltered mothers and children. Commun Ment Health J 1990;26:425–34.
[26] Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. Am J Orthopsychiatry 2004;74:413–23. http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.74.4.413.
[27] Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Association mémoire traumatique et victimologie; 2015.
[28] Tursz A. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Tec & Doc Lavoisier; 2008.
[29] Vostanis P, Tischler V, Cumella S, Bellerby T. Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. Int J Soc Psychiatry 2001;47:30–40.
[30] Cummings JG, Pepler DJ, Moore TE. Behavior problems in children exposed to wife abuse: gender differences. J Fam Violence 1999;14:133–56. http://dx.doi.org/10.1023/A:1022024702299.
[31] Engle PL, Black MM. The effect of poverty on child development and educational outcomes. Ann N Y Acad Sci 2008;1136:243–56. http://dx.doi.org/10.1196/annals.1425.023.
[32] Zima BT, Wells KB, Freeman HE. Emotional and behavioral problems and severe academic delays among sheltered homeless children in Los Angeles County. Am J Public Health 1994;84:260–4.
[33] Bassuk EL, Richard MK, Tsertsvadze A. The prevalence of mental illness in homeless children: a systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.11.008 [86–96.e2].
[34] Shonkoff JP, Garner AS, Health TC on PA of C and F, Childhood C on E, Adoption, Care AD. et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics 2011. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2663 [peds.2011–663].
[35] Moore T, McArthur M, Noble-Carr D. Stuff you'd never think of children talk about homelessness and how they'd like to be supported. Family Matters; 2008.
[36] Buckner JC, Bassuk EL, Weinreb LF. Predictors of academic achievement among homeless and low-income housed children. J Sch Psychol 2001;39:45–69. http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4405(00)00059-5.
[37] Fantuzzo JW, LeBoeuf WA, Chen C-C, Rouse HL, Culhane DP. The unique and combined effects of homelessness and school mobility on the educational outcomes of young children. Educ Res 2012;41:393–402. http://dx.doi.org/10.3102/0013189X12468210.
[38] Buckner JC. Understanding the impact of homelessness on children challenges and future research directions. Am Behav Sci 2008;51:721–36. http://dx.doi.org/10.1177/0002764207311984.
[39] Bassuk EL, Rubin L, Lauriat AS. Characteristics of sheltered homeless families. Am J Public Health 1986;76:1097–101.
[40] Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 1997;38:581–6.
[41] Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:1337–45. http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015.
[42] Mieloo CL, Bevaart F, Donker MCH, van Oort FVA, Raat H, Jansen W. Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. Eur J Public Health 2014;24:26–32. http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt100.
[43] Marzocchi GM, Capron C, Di Pietro M, Duran Tauleria E, Duyme M, Frigerio A, et al. The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13(Suppl 2):II40–6. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-2007-1.
[44] Martin-Fernandez J, Grillo F, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. BMC Public Health 2013;13:486. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-486.
[45] Radimer KL. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. Public Health Nutr 2002;5:859–64. http://dx.doi.org/10.1079/PHN2002385.
[46] Lefeuvre D, Delmas M-C, Marguet C, Chauvin P, Vandentorren S. Asthma-like symptoms in homeless children in the Greater Paris Area in 2013: prevalence. Associated factors and utilization of healthcare services in the ENFAMS Survey. PloS One 2016;11:e0153872. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0153872.
[47] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. 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 1998;59(Suppl. 20):22–33 [quiz 34-57].
[48] Kessler RC, Wittchen H-U, Abelson JM, Mcgonagle K, Schwarz N, Kendler KS, et al. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS). Int J Methods Psychiatr Res 1998;7:33–55. http://dx.doi.org/10.1002/mpr.33.
[49] VIRAGE survey. Ined - Inst Natl D'études Démographiques n.d.; 2016 [https://www.ined.fr/en/everything about population/demographic-facts-sheets/focus-on/virage-survey/ (accessed April 25, 2016)].
[50] Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:740–7. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0489-8.
[51] Jaffe P, Wolfe D, Wilson SK, Zak L. Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. Am J Psychiatry 1986;143:74–7.
[52] Yu M, North CS, Lavesser PD, Osborne VA, Spitznagel EL. A comparison study of psychiatric and behavior disorders and cognitive ability among homeless and housed children. Commun Ment Health J 2008;44:1–10. http://dx.doi.org/10.1007/s10597-007-9100-0.
[53] Karim K, Tischler V, Gregory P, Vostanis P. Homeless children and parents: short-term mental health outcome. Int J Soc Psychiatry 2006;52:447–58.

[54] Menke EM. The mental health of homeless school-age children. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 1998;11:87–98. http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.1998.tb00020.x.
[55] Bassuk E, Rubin L. Homeless children: a neglected population. Am J Orthopsychiatry 1987;57:279–86.
[56] Weissman MM, Wickramaratne P, Warner V, John K, Prusoff BA, Merikangas KR, et al. Assessing psychiatric disorders in children. Discrepancies between mothers' and children's reports. Arch Gen Psychiatry 1987;44:747–53.
[57] Hwang SW, Kirst MJ, Chiu S, Tolomiczenko G, Kiss A, Cowan L, et al. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. J Urban Health Bull N Y Acad Med 2009;86:791–803. http://dx.doi.org/10.1007/s11524-009-9388-x.
[58] Lam JA, Rosenheck R. Social support and service use among homeless persons with serious mental illness. Int J Soc Psychiatry 1999;45:13–28.
[59] Letiecq BL, Anderson EA, Koblinsky SA. Social support of homeless and permanently housed low-income mothers with young children. Fam Relat 1996;45:265. http://dx.doi.org/10.2307/585498.
[60] Nicholson J, Finkelstein N, Williams V, Thom J, Noether C, DeVilbiss M. A comparison of mothers with co-occurring disorders and histories of violence living with or separated from minor children. J Behav Health Serv Res 2006;33:225–43. http://dx.doi.org/10.1007/s11414-006-9015-5.
[61] Langlois J, Fortin D. Single-parent mothers, poverty and mental health: review of the literature. Sante Ment Que 1994;19:157–73.
[62] Vangeest JB, Johnson TP. Substance abuse and homelessness: direct or indirect effects? Ann Epidemiol 2002;12:455–61. http://dx.doi.org/10.1016/S1047-2797(01)00284-8.
[63] Stein JA, Leslie MB, Nyamathi A. Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. Child Abuse Negl 2002;26:1011–27.
[64] Bassuk EL, Buckner JC, Perloff JN, Bassuk SS. Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. Am J Psychiatry 1998;155:1561–4.
[65] Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Br J Psychiatry J Ment Sci 2000;177:534–9.
[66] Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. Sleep Med 2013;15(2):248-254. http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.780.
[67] Hoover JH, Oliver R, Hazler RJ, Bullying:. Perceptions of adolescent victims in the Midwestern USA. Sch Psychol Int 1992;13:5–16. http://dx.doi.org/10.1177/0143034392131001.
[68] Hoover JH, Oliver RL, Thomson KA. Perceived victimization by school bullies: new research and future direction. J Humanist Educ Dev 1993;32:76–84. http://dx.doi.org/10.1002/j.2164-4683.1993.tb00133.x.
[69] Tseliou F, Maguire A, Donnelly M, O'Reilly D. The impact of childhood residential mobility on mental health outcomes in adolescence and early adulthood: a record linkage study. J Epidemiol Community Health 2016;70:278–85. http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-206123.
[70] Chaque enfant compte. Partout, tout le temps. Rapport alternatif 2015 de l'UNICEF France et de ses partenaires dans le cadre de l'audition de la France par le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies. France: UNICEF; n.d.
[71] Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes CW, Garber J, et al. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. Am J Psychiatry 2008;165:1136–47. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081286.
[72] Wickramaratne P, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Hughes CW, Garber J, Malloy E, et al. Children of depressed mothers 1 year after remission of maternal depression: findings from the STAR*D-Child study. Am J Psychiatry 2011;168:593–602. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10010032.
[73] Shinn M, Schteingart JS, Williams NC, Carlin-Mathis J, Bialo-Karagis N, Becker-Klein R, et al. Long-term associations of homelessness with children's well-being. Am Behav Sci 2008;51:789–809. http://dx.doi.org/10.1177/0002764207311988.
[74] Project N on the D. Housing first in Finland; 2011 [http://www.housingfirst.fi/en/housing first (accessed January 19, 2016)].
[75] Résumé du rapport final du project pancanadien Chez Soi. Ment Health Comm Can n.d.; 2016 [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/27511/executive-summary-cross-site-homechez-soi-project (accessed February 9, 2016)].
[76] Council on Community Pediatrics. Providing care for children and adolescents facing homelessness and housing insecurity. Pediatrics 2013;131:1206–10. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-0645.
[77] Keogh C, O'Brien KK, Hoban A, O'Carroll A, Fahey T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. BMC Health Serv Res 2015;15:58. http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0716-4.
[78] SAMHSA News: Coordinating Care for Children with Serious Mental Health Challenges. SAMHSA; 2009.
[79] Guo X, Slesnick N, Feng X. Housing and support services with homeless mothers: benefits to the mother and her children. Community Ment Health J 2016;52:73–83. http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9830-3.
[80] David DH, Gelberg L, Suchman NE. Implications of homelessness for parenting young children: a preliminary review from a developmental attachment perspective. Infant Ment Health J 2012;33:1–9. http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20333.
[81] Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. Am J Community Psychol 1997;25:115–52. http://dx.doi.org/10.1023/A:1024654026646.
[82] Becker KD, Bradshaw CP, Domitrovich C, Ialongo NS. Coaching teachers to improve implementation of the good behavior game. Adm Policy Ment Health 2013;40:482–93. http://dx.doi.org/10.1007/s10488-013-0482-8.
[83] Bradshaw CP, Zmuda JH, Kellam SG, Ialongo NS. Longitudinal impact of two universal preventive interventions in first grade on educational outcomes in high school. J Educ Psychol 2009;101:926–37. http://dx.doi.org/10.1037/a0016586.
[84] Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Smith E, Olds DL, Powers J, et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. JAMA 2000;284:1385–91.
[85] Olds D, Henderson CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. JAMA 1998;280:1238–44.
[86] Perlman S, Cowan B, Gewirtz A, Haskett M, Stokes L. Promoting positive parenting in the context of homelessness. Am J Orthopsychiatry 2012;82:402–12. http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01158.x.
[87] Paquette K, Bassuk EL. Parenting and homelessness: overview and introduction to the Special Section. Am J Orthopsychiatry 2009;79:292–8. http://dx.doi.org/10.1037/a0017245.
[88] Kolos AC, Green EJ, Crenshaw DA. Conducting filial therapy with homeless parents. Am J Orthopsychiatry 2009;79:366–74. http://dx.doi.org/10.1037/a0017235.
[89] Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry 2003;60:709–17. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709.

CHAPITRE 6 – DISCUSSION GENERALE, CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

I. SYNTHESES DES PRINCIPAUX RESULTATS

Nos travaux réalisés sur un échantillon de mères et d'enfants représentatifs des familles sans domicile en Île-de-France, montrent que ces familles cumulent de multiples difficultés :

- Communes avec les autres familles en situation de précarité mais logées :
    - Le renoncement aux soins médicaux associé à la dépression des mères
    - La santé, le surpoids, les habitudes de sommeils des enfants et le fait d'être victime de moqueries à l'école associés à leurs difficultés émotionnelles et comportementales
- Spécifiques à l'absence d'un domicile :
    - L'instabilité et la mobilité résidentielle associée à l'ESPT des mères et aux difficultés émotionnelles et comportementales des enfants
    - Le fait que les enfants n'aiment pas leur hébergement associé aux difficultés émotionnelles et comportementales des enfants
- Spécifiques à leur migration :
    - Le départ du pays d'origine pour une cause violente associé à l'ESPT des mères
    - La région de naissance des parents associée aux difficultés émotionnelles et comportementales des enfants

De plus, on note l'effet cumulatif des différents troubles de la santé mentale :

- La dépression des mères est associée au risque suicidaire et à l'ESPT des mères
- L'ESPT des mères est associé à la dépression des mères

- Les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants sont associées au risque suicidaire des mères.

Les facteurs liés à leur situation de sans domicile et à leur migration sont difficiles à distinguer dans nos travaux.

Les mères de familles sans logement ont une probabilité élevée :

- De souffrir de **dépression (28,8%)** et d'**ESPT (23,6% vie entière et 16,2% au cours des 12 derniers mois)**
- D'avoir un **risque suicidaire (18,3%)**
- De **retentissement sur les difficultés psychologiques des enfants**

Les enfants de familles sans logement souffrent de **niveaux de difficultés psychologiques élevés (moyenne du score total SDQ = 11,3 vs 8,9 en population générale)** :

- Risque de troubles des apprentissages
- Risque de troubles de la santé mentale (difficultés psychologiques, troubles psychiatriques) à l'âge adulte

I.1 DEPRESSION DES MERES

La prévalence de la dépression parmi les femmes était de 28,8%. Les analyses multivariées ont montré que les facteurs associés à la dépression était le fait de **savoir parler français** (RP=1,88 IC95% 1,40 ; 2,51), le **risque suicidaire** (RP=2,26 IC95% 1,82 ; 2,82), l'**ESPT** (RP=1,97 IC95% 1,50 ; 2,60) et le **renoncement à des soins** (RP=1,68 IC95% 1,09 ; 2,57). Les femmes souffrant de dépression et d'ESPT cumulaient les difficultés de santé et sociales (problème de santé, risque suicidaire, mauvaise couverture sociale et isolement social).

L'ensemble de ces résultats sont comparables avec ce qui a déjà été décrit à l'étranger, notamment aux Etats Unis [33,187–189] ou au Canada [190].

D'autres résultats sont différents de ce qui a déjà été décrit à l'étranger, notamment parce que les populations d'études n'étaient pas exactement similaires à la nôtre (femmes vivant dans la rue ou dans

des systèmes d'hébergement de longue durée). Dans notre étude, nous ne trouvons pas de lien entre la dépression des mères et leur niveau d'éducation [191], la pauvreté [191,192], le statut marital [191], le soutien social [73,193], les violences conjugales [65,73,193,194] ou des problèmes de santé [193].

I.2 ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE DES MERES

Les femmes immigrées sans logement ont une prévalence élevée d'ESPT au cours des 12 derniers mois (18,9%). Des caractéristiques précédant la migration, comme le **départ du pays d'origine pour une cause violente** (RP=1,45 IC95% 1,03 ; 2,04) est associé à l'ESPT. L'ESPT était aussi associé à des facteurs de vulnérabilité, comme la **dépression au cours des 12 derniers mois** (RP=1,82 IC95% 1,20 ; 2,76). Des expériences post-traumatiques comme les conditions de vie par exemple semblent aussi avoir un rôle, puisque **l'instabilité résidentielle** (RP=1,93 IC95% 1,27 ; 2,93) était également associée à l'ESPT. Ces résultats mettent en évidence l'aspect multifactoriel de l'ESPT et montre que les femmes immigrées et sans domicile cumulent les facteurs y prédisposant.

L'ensemble de ces résultats sont cohérents avec ce qui a déjà été décrit à l'étranger [195,196], notamment dans d'autres pays européens [39,197,198] ou aux Etats Unis [199–205].

D'autres résultats sont différents de ce qui a été décrit à l'étranger, comme l'absence d'association avec le statut marital [206], le caractère protecteur de ne pas savoir parler français [39] ou le risque associé au temps depuis l'arrivée en France [200,207,208]. Ces différences peuvent s'expliquer par l'hétérogénéité des populations de ces études.

I.3 DIFFICULTES EMOTIONNELLES ET COMPORTEMENTALES DES ENFANTS

Les enfants sans logement ont un score total de SDQ plus élevé que les enfants de la population générale en France (moyenne du score total = 11,3 vs 8,9, p<0,001). Les analyses multivariées ont montré que les difficultés des enfants étaient associées à la **région de naissance des parents** (beta=1,74 pour l'Afrique Sub-saharienne, beta=0,60 pour l'Europe de l'Est, beta=3,22 pour les autres

pays, p=0,020), la **mobilité résidentielle** (beta=0,22, p=0,012), la **santé des enfants** (beta=3,49, p<0,001) et le **surpoids** (beta=2,14, p=0,007), les **habitudes de sommeil des enfants** (beta=2,82, p=0,002), le **risque suicidaire des mères** (beta=4,13, p<0,001), le fait que **les enfants n'aiment pas l'hébergement de leur famille** (beta=3,59, p<0,001) et qu'ils soient **victimes de moqueries** à l'école (beta=3,21, p=0,002).

L'ensemble de ces résultats sont cohérents avec ce qui a déjà été décrit en Australie [106] ou aux Etats Unis [8,11,209–211].

D'autres résultats ne sont pas retrouvés dans ce qui a déjà été décrit à l'étranger [8] : le statut marital, le niveau d'éducation, le statut professionnel, les revenus ou l'insécurité alimentaires des parents, la dépression ou l'ESPT des mères.

I.4 LES LIMITES ET LES FORCES DE CETTE THESE

I.4.1 LES LIMITES

I.4.1.1 L'APPROCHE EXPLORATOIRE

Notre étude a été réalisée à partir de l'enquête ENFAMS qui est une enquête transversale, limitant l'inférence pouvant être faite sur la base des analyses. Nous n'avons pas pu reconstruire le parcours migratoire des familles (vécu d'évènements traumatiques – et donc l'ESPT – avant ou après l'arrivée en France), et il est difficile de comprendre si la dépression précède ou pas le renoncement aux soins ou l'isolement social, ou encore si les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants précèdent ou pas les moqueries à l'école. D'autres enquêtes, longitudinales permettraient de répondre à ces questions.

I.4.1.2 LE MANQUE DE PUISSANCE STATISTIQUE

Le manque de puissance statistique et l'homogénéité de la population (familles en situation très précaire, en majorité immigrées) peuvent expliquer que certains facteurs ne ressortent pas, comme la

précarité alimentaire, le niveau de revenus, le statut professionnel, certains problèmes de santé comme l'anémie.

I.4.1.3 LES TESTS PSYCHOMETRIQUES

Les troubles de la santé mentale ont tendance à être sous-estimés, les personnes nient ou ne reconnaissent pas leurs symptômes, plus subjectifs que ceux d'une maladie organique. En effet il est difficile d'évaluer par des tests les troubles de la santé mentale.

Certains phénomènes psycho-comportementaux (désordres psychologiques, capacité fonctionnelle, activités sociales, qualité de vie) sont trop complexes pour être mesurés directement par une seule question (jugement global) ou même par un petit nombre d'évaluations ou de questions simples. Leur mesure n'est pas triviale, ni immédiate mais elle est possible par l'approche dite « psychométrique ». C'est en France qu'Alfred Binet développa le premier test psychométrique en 1905 pour dépister les enfants ayant de grandes difficultés cognitives afin qu'ils puissent bénéficier d'une éducation spécialisée. L'adaptation culturelle de ces tests psychométriques n'est pas une simple traduction. Les différences culturelles d'un pays à l'autre nécessitent le recours à des méthodes d'adaptation. Généralement c'est la méthode séquentielle qui est utilisée. Un test est dans un premier temps développé dans sa langue d'origine, puis il est développé dans d'autres langues/adapté à d'autres cultures :

- Traduction, évaluation conceptuelle et linguistique du questionnaire (parfois associé à une contre traduction). Il n'y a jamais de traduction littérale car elle présente un risque d'ambiguïté et nécessite donc une reformulation selon la langue.
- Étude de la qualité du nouveau questionnaire, puis « nouvelle » validation par des tests métrologiques de l'échelle (i.e de la fiabilité, et de la validité de construction).

I.4.2 LES FORCES

Malgré ces limites, nos études ont des forces qui méritent d'être soulignées. Premièrement nos études ont été réalisées à partir de l'enquête ENFAMS qui s'intéresse à un échantillon représentatif de familles

sans logement, d'origines multiculturelles qui sont rarement étudiées. Cette population difficile d'accès a pu être étudiée en particulier grâce à des interviews par des binômes enquêteurs – psychologues bilingues (17 langues). Ainsi, nous avons pour la première fois des données sur la santé mentale des familles sans logement en Île-de-France (prévalences de la dépression et de l'ESPT chez les mères, et prévalences des difficultés émotionnelles et comportementales des enfants).

Deuxièmement, les questionnaires utilisés pour l'évaluation de la santé mentale des mères et des enfants étaient des outils validés (MINI pour l'ESPT des mères, CIDI pour la dépression des mères et SDQ pour les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants).

Troisièmement, la collecte d'informations directement auprès des enfants par le questionnaire qui leur était adressé a permis d'évaluer les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants et d'identifier des facteurs qui y étaient associés. Ainsi des caractéristiques comme l'intégration de l'enfant dans son hébergement (sentiment d'avoir un « chez soi ») et dans son milieu scolaire (moqueries à l'école) ont pu être décrites.

II. RETENTISSEMENT DE LA SANTE MENTALE DES MERES SUR LA SANTE MENTALE DES ENFANTS

Un des points forts de cette thèse est qu'elle s'intéresse aux difficultés émotionnelles et comportementales des enfants des familles sans logement. L'étude de ces difficultés a ainsi permis de mettre en évidence le lien entre la santé mentale des mères et celle de leurs enfants parmi les familles sans logement en France.

II.1 LES INTERACTIONS MERE-ENFANT

L'interaction mère-enfant correspond à un « processus par lequel la mère entre en communication avec son enfant et réciproquement ». Sa bonne mise en œuvre conditionne les relations interpersonnelles futures. La mère doit être disponible au moment de l'interaction, notamment au

moment des soins de l'enfant. Ces interactions sont comportementales (corps, voix, paroles, regards) et affectives. L'équilibre psychoaffectif de la mère joue un rôle dès la grossesse et a une influence sur le comportement ultérieur de l'enfant [212].

Du point de vu physiopathologique, le cortisol est généralement sécrété selon un rythme diurne (bas niveau à l'éveil, suivi d'un pic au milieu de l'avant-midi et ensuite une diminution jusqu'à la nuit). Chez les mères qui souffrent de problème de santé mentale, le déclin est souvent moindre au cours de la journée [213,214]. Ce haut niveau de cortisol a des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant, notamment le développement cognitif et socio-émotionnel. Une autre molécule intervient dans la physiopathologie des interactions mère-enfant : l'ocytocine. L'ocytocine est la base des interactions méres-enfants, de la sociabilité, de la collaboration et des comportements prosocial [215]. Ainsi l'ocytocine maternelle favorise les soins à la mère envers son enfant, qui à son tour façonne le système de l'ocytocine de l'enfant [216] : on parle de transmission transgénérationnelle des taux d'ocytocine.

Les mères atteintes de troubles de la santé mentale sont moins attentives et réagissent moins aux besoins de leurs enfants. Elles sont également de mauvais modèles de régulation des humeurs négatives et de résolution de problèmes. Le symptôme ayant le plus de conséquences dans la relation mère-enfants étant l'évitement [217].

II.2 LA DEPRESSION MATERNELLE

La dépression maternelle est considérée comme un facteur de risque pour le développement socioaffectif et cognitif de l'enfant [218]. Les mères déjà vulnérables à la dépression (notamment les femmes sans domicile) sont particulièrement fragiles pendant les premiers mois suivant l'accouchement.

Ainsi la dépression maternelle a un retentissement sur la santé de l'enfant dès la grossesse [219] :

- Le fœtus peut souffrir d'un manque de soins prénataux, d'une mauvaise alimentation, d'un taux de prématurité plus élevée, d'un petit poids de naissance (et aussi de pré éclampsie et d'avortement spontané)
- Le nourrisson (avant 2 ans) peut présenter davantage de colères et s'adapter à son environnement pour se protéger en étant plus passif, en se repliant sur lui. Son attention et son éveil peuvent être désorientés.
- Le tout petit (de 2 ans à 6 ans) peut être moins obéissant, moins autonome et présenter des troubles d'internalisation et d'externalisation et avoir des interactions plus limitées. Les jeux créatifs sont moins fréquents et on peut observer des retards de développement.
- L'enfant en âge scolaire (à partir de 6 ans) peut présenter une altération fonctionnelle de l'adaptation, des troubles d'internalisation et d'externalisation, des troubles affectifs, des troubles anxieux et des troubles des conduites. Les troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité sont plus fréquents et les résultats de QI moins élevés.

Les associations entre la dépression maternelle, le comportement maternel et les issues de l'enfant sont complexes, et les études n'ont pas toutes établi un lien entre la dépression maternelle et des indicateurs de comportement parental mal adapté (punitions corporelles par exemple). Les variations du type, de la gravité, de la chronicité et du moment de la dépression maternelle [220], l'hétérogénéité des échantillons (population générale ou population vulnérable) et des facteurs de risque, tels qu'une situation défavorable dans la famille, un faible soutien social et un stress financier [221], l'hétérogénéité des traitements et des dispositifs de soutien existants, contribuent tous à des différences d'issues chez les enfants. Par contre, des facteurs de stress peuvent être responsables d'issues négatives chez l'enfant, même en l'absence de dépression maternelle. Ainsi le fait d'avoir quitté son pays dans des circonstances violentes, avoir eu un parcours migratoire complexe, vivre sans-domicile et être isolé sont autant de facteurs de risque d'issues négatives chez les enfants de familles sans logement.

II.2.1 La depression maternelle chez les enfants d'age prescolaire

II.2.1.1 Le developpement comportemental

D'après des études réalisées chez des enfants de 5ans, les enfants de mère dépressive semblent être moins autonomes et moins obéissants selon leur âge [222]. Ils sont également plus susceptibles de réagir négativement à des contacts amicaux et de participer à des jeux physiques de faible niveau et moins susceptibles de participer à des jeux créatifs individuels que les enfants témoins [223]. Une autre étude, réalisée auprès d'enfants d'âge préscolaire (moyenne d'âge de 4 ans), ils sont aussi plus vulnérables, ont plus de problèmes internalisés (dépression, anxiété) et externalisés (agressivité), associés à des interactions plus faibles [224]. Ces aspects du comportement de l'enfant s'associent à la dépression postnatale, même compte tenu de situations défavorables (conflits conjugaux) ou d'autres variables démographiques, comme l'âge de la mère, le statut socioéconomique, l'état matrimonial, l'âge de l'enfant et le nombre de frères et sœurs.

II.2.1.2 Le developpement cognitif

Les études menées sur de larges échantillons conviennent toutes des répercussions négatives de la dépression de la mère sur le développement cognitif de l'enfant [225]. Les garçons pourraient être plus sensibles que les filles aux effets de la maladie de la mère. Il semblerait que les garçons affichent une diminution de l'atteinte intellectuelle [226]. Dans l'enquête ENFAMS, 80,8% des enfants étaient considérés comme ayant un retard de développement, les facteurs significativement associés à un faible score étaient l'âge, être né à l'étranger, avoir eu un petit poids à la naissance et avoir été hospitalisé au cours de l'année précédente. La dépression de la mère n'était pas associée au retard de développement des enfants de l'enquête [227].

II.2.2 La depression maternelle chez les enfants d'age scolaire

Des études mettent en évidence des perturbations de la synchronie mère-enfant dans les cas de dépression maternelle [228,229]. La synchronie mère-enfant se définit par l'adaptation de la mère et de l'enfant aux rythmes et aux signaux de l'autre. C'est un élément clé de la parentalité qui confère un effet positif à long terme sur la croissance socio-affective des enfants et prédit moins de problèmes d'intériorisation et d'extériorisation chez l'enfant d'âge scolaire [230–232], période où l'enfant construit ces capacités sociales [233].

II.2.2.1 Le developpement comportemental

Diverses études montrent que les enfants d'âge scolaire de mères dépressives présentent des troubles internalisés et externalisés [184,234,235] : un stress familial et un soutien minime aggravent la perturbation de l'enfant au-delà de celle liée à la présence d'un parent dépressif [236]. Ainsi, les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants sont plus fortement associées à la gravité des symptômes maternels qu'au statut diagnostique du parent malade [237].

Les enfants de parents dépressifs sont également plus vulnérables à des difficultés psychologiques, y compris des troubles affectifs (surtout la dépression), des troubles anxieux et des troubles des conduites [238–241]. Il semble que l'apparition d'un grave trouble dépressif avant 30 ans chez les parents augmente le risque d'apparition d'une dépression chez l'enfant très tôt pendant l'enfance [240,241]. Pour le moment, il reste difficile de distinguer les troubles causés par la dépression maternelle et d'autres facteurs environnementaux de ceux qui découlent d'une susceptibilité génétique.

D'autres études, longitudinales, ont démontré que les mères dépressives sont moins susceptibles de fixer des limites à leurs enfants et de les faire respecter lorsqu'elles en ont fixé [242]. D'autre part, les mères ayant été exposées à un traumatisme lié à la violence interpersonnelle pendant leur enfance ont un risque plus élevé de présenter des comportements de soins hostiles et intrusifs envers leur enfant, ainsi que des interactions mère-enfant perturbées [243–245]. Suite au manque d'interactions, les enfants réagissent peu et s'impliquent peu par rapport à leur mère, ils prennent de la distance [245].

II.2.2.2 Le developpement scolaire

L'altération des interactions mère-enfant faisant suite à une dépression chez la mère pourrait prédire des difficultés relatives au développement cognitif de l'enfant [225]. Il semble exister un lien entre la dépression de la mère et le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) de l'enfant [246,247] et ses résultats scolaires notamment dans le domaine de la lecture [248]. Dans une étude longitudinale menée par Hay [249] auprès de 132 enfants, les indices de QI plus faibles, les troubles de l'attention, les troubles de raisonnement mathématique et les besoins éducatifs spéciaux étaient beaucoup plus fréquents chez les enfants dont la mère était dépressive trois mois après l'accouchement que chez les sujets témoins (à noter que les garçons étaient plus touchés que les filles).

II.2.3 Les autres facteurs de risque, la vulnerabilite et la resilience

De nombreuses études soulignent que certains enfants dont s'occupent des personnes dépressives n'affichent pas de troubles du comportement et que certains facteurs aggravent ou modèrent les effets de la dépression parentale [250].

II.2.3.1 Les facteurs contextuels

Parmi les facteurs de risque contextuels, les conflits conjugaux [184], les événements stressants de la vie [219], un soutien social limité [219], la pauvreté [251], la précarité socio-économique [252] et une scolarisation maternelle plus limitée [253] sont des facteurs susceptibles d'exacerber la dépression parentale et les mécanismes de mésadaptation du parent. Ainsi, une étude auprès de 156 tout-petits a montré que les facteurs de risque contextuels contribuent à la relation entre la dépression maternelle et les troubles de comportement de l'enfant [254]. Ces résultats vont dans le sens de ceux de nos études.

A l'inverse, un entourage présent, une relation bienveillante avec un adulte, une bonne interaction parent-nourrisson, un sentiment de sécurité [255,256] sont des facteurs de résilience qui modèrent les effets de la dépression parentale.

II.2.3.2 LE ROLE DES PERES

Le rôle des pères vis-à-vis du développement de l'enfant est peu étudié, pourtant certaines études montrent que la dépression du père, indépendamment de la dépression des mères, est associé au bien-être des enfants [257]. Ainsi, dans les familles où la mère est dépressive, les enfants affichent des compétences sociales et affectives plus faibles si le père souffre également d'un trouble psychiatrique [258]. Les pères ont aussi un rôle indirect : les problèmes conjugaux contribuent directement à l'externalisation des problèmes par l'enfant et augmentent leur risque de dépression en suscitant et en maintenant la dépression parentale [184]. Plus largement, les problèmes de santé mentale des enfants peuvent aussi contribuer à la dépression des parents [259,260].

II.3 LE STRESS POST TRAUMATIQUE MATERNEL

L'ESPT maternel peut avoir un retentissement sur le bien être mental des enfants. L'exposition à des traumatismes a des répercussions sur la santé mentale des parents et des enfants, dont les réactions émotionnelles sont reliées [261].

II.3.1 LE RETENTISSEMENT SUR L'ENFANT

Comme les enfants ne savent pas gérer les menaces, la peur, ils dépendent de leur figure d'attachement – donc de leurs parents – pour leur procurer une certaine sécurité. De même, on a vu plus haut que leur système de réponse au stress, et leur sécrétion de cortisol dépendait de leur interaction mère-enfant. Une revue de la littérature montre que les enfants ayant vécu un traumatisme sont plus susceptibles de souffrir d'un ESPT et de troubles internalisés et externalisés, notamment si leur mère est moins soutenante ou souffre elle-même d'ESPT [262].

II.3.2 Les consequences de l'ESPT a l'age pre scolaire

La sévérité de l'ESPT maternel est associée à une diminution de l'activité cérébrale de l'enfant en réponse aux stimuli de l'interaction mère-enfant, perturbant l'attachement des enfants âgés de 1 à 4 ans. Un an plus tard ces enfants montrent des troubles émotionnels et eux même un risque d'ESPT [263].

II.3.3 Les consequences de l'ESPT a l'age scolaire

Lorsque les interactions mère-enfant sont fragiles, que l'enfant ne se sent pas en sécurité, comme dans le cadre d'un ESPT maternel, la séparation provoquée par l'entrée à l'école peut être vécu comme un traumatisme par l'enfant. L'enfant qui dans ce contexte manque d'estime de soi, ne sait alors pas comment gérer cet évènement ce qui peut engendrer des difficultés scolaires [264].

II.3.4 Les facteurs contextuels

II.3.4.1 Le partage du traumatisme

Des études montrent que dans le cadre de traumatismes de guerre, les réactions émotionnelles des parents sont significativement associés aux symptômes d'ESPT et d'anxiété chez les enfants [261].

On parle également de « transmission intergénérationnelle du traumatisme » (Shoah, génocides) chez les descendants de la deuxième, voire troisième génération [264,265]. D'autres part, certains mécanismes épigénétiques, comme la méthylation, peuvent avoir des conséquences sur les enfants [266].

II.3.4.2 Le contexte

La singularité propre à chaque sujet fait que nous ne sommes pas égaux devant un même « traumatisme » : c'est ce qu'on appelle la résilience. Certains traverseront cette épreuve sans en être affectés ; d'autres, pour des situations beaucoup moins dramatiques, y réagiront de façon catastrophique.

Dans un contexte de traumatisme, on a noté que les symptômes les plus élevés de l'ESPT chez les enfants sont présents quand les mères souffrent d'anxiété, quand la famille manque de stabilité ou est éclatée, que l'enfant se sent moins soutenu ou que le père est moins présent [262]. Le contexte joue donc un rôle important dans la symptomatologie de l'enfant. Il est aussi important de noter que certains facteurs contextuels sont protecteurs, notamment le support social : l'appartenance à des réseaux, l'intégration et les supports sociaux jouent un rôle tampon, réducteur de la morbidité ; l'isolement dont sont victimes nos familles sans-domicile serait un facteur de vulnérabilité [264].

Cependant, une étude examinant l'association entre le bien-être de l'enfant et l'ESPT maternel, l'absence de logement, l'abus de substance et d'autres troubles psychiatriques montre que l'augmentation des symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants était associée principalement à l'ESPT de la mère [267]. Le traitement des symptômes de l'ESPT maternel peut donc être bénéfique pour les enfants, que l'enfant soit également exposé ou non à l'expérience traumatisante.

II.3.4.3 Les traumatismes cumulatifs

Lorsque les traumatismes ont des conséquences quotidiennes et donnent l'impression d'une habituation on parle de « traumatismes cumulatifs » [264]. Cette familiarité le rend plus difficile à mettre en évidence et plus dommageable. L'état de détresse vient de l'accumulation tensionnelle à long terme traduisant l'impact cumulatif de situations prolongées ou répétées de microtraumatismes plus discrets, invisibles. L'exposition itérative est toxique du fait de l'addition, la récurrence du « traumatisme cumulatif ». Les mauvaises interactions mère-enfant jour après jour constituent autant de traumatismes itératifs pour l'enfant. Le plus souvent, cet effet cumulatif installé à bas bruit depuis la petite enfance, explose de façon audible et visible à distance, classiquement à la faveur de l'adolescence par des actes prédélinquants qui sont parfois accompagnés de consommation de tabac, alcool, ou autres toxiques. Dans ce contexte où le parent est déjà fragilisé et où l'interaction mère-enfant est de mauvaise qualité, le parent ne sait pas comment réagir. Souvent, il prend alors à son compte les comportements dégradants dont il a souffert pour les infliger à son propre enfant,

confirmant ainsi une dimension de répétition intergénérationnelle des mauvais traitements, d'abus, de violence et de négligence [264].

III. PARTICULARITE DE NOTRE ETUDE : POPULATION PRECAIRE ET IMMIGREE

Un des atouts de cette thèse est qu'elle repose sur une enquête réalisée parmi des familles sans domicile – population difficile d'accès – et que les entretiens lors de cette enquête ont été réalisés avec un binôme enquêteur-psychologue en plusieurs langues **(Tableau 10).** Cette population vient donc d'origines culturelles différentes selon leur pays de naissance et leur parcours migratoire **(Tableau 2)**. Cette partie discute de cet aspect, bien qu'il soit difficile dans notre étude de distinguer les facteurs en lien avec la précarité de ceux liés à l'immigration.

III.1 POPULATION IMMIGREE

En France, les études qui portent sur la santé des immigrés sont rares, en raison principalement d'un manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance dans la majorité des enquêtes santé [268]. Certaines études récentes ont suggéré que la population immigrée est en moins bonne santé que la population française (santé perçue, surpoids, limitation d'activité, problèmes de santé physique, handicap ou maladie, responsables de difficultés dans la vie quotidienne) [144,145,269]. La situation sociale particulièrement précaire des immigrés et leurs difficultés d'intégration en France sont également à l'origine de la détérioration de leur état de santé [149]. La fragilisation de l'état de santé de la population immigrée peut être attribuée à plusieurs facteurs tels que des difficultés d'accès à un logement, et de plus mauvaises conditions de logement, des difficultés d'accès à un travail, des difficultés d'accès aux soins, les discriminations ou encore un isolement social induit par la migration. Toutefois, la plupart des études menées dans d'autres pays montrent que la population immigrée présente, en moyenne, un meilleur état de santé que la population native du pays d'accueil [270–274].

Ce paradoxe, est connu sous le nom du « healthy migrant effect ». Il est principalement expliqué par un processus de sélection à la migration selon lequel les individus aptes à migrer sont les membres les plus vigoureux de leur pays d'origine. Un second processus de sélection, le « salmon bias », a été proposé pour expliquer les différences de santé en faveur des immigrés [144] : les immigrés en fin de vie, au moment de leur retraite, retourneraient dans leur pays d'origine, les excluant alors des registres de mortalité et de morbidité. Une troisième explication avancée dans la littérature repose sur des différences d'habitude de vie ou de comportement en matière de santé entre pays. Le tabagisme, la consommation d'alcool ou la nutrition sont fortement associés à des habitudes culturelles spécifiques et semblent avoir des effets protecteurs chez la population immigrée [275,276].

En France cependant, les conclusions des études portant sur la santé des immigrés sont contradictoires. Certains travaux sont conformes aux résultats des études étrangères en suggérant que la population immigrée présente un meilleur état de santé que la population native (moins de maladie cardio vasculaire, cancer, maladies liées à l'alcoolisme ou à la suralimentation, maladies liés à la sédentarité et à la dépression) [275–277]. En revanche, les conclusions des travaux les plus récents montrent que la population immigrée ou étrangère souffre d'un moins bon état de santé que la population française [144,145,269]. Premièrement, l'incohérence des résultats à travers ces différentes études peut tout d'abord s'expliquer par la variété des indicateurs de santé utilisés :

- Les études suggérant un meilleur état de santé s'appuient sur des indicateurs objectifs (mortalité, prévalence de certaines maladies)
- Les études suggérant un moins bon état de santé s'appuient sur des indicateurs plus subjectifs comme la santé perçue qui indique, en dehors des maladies, un mal être lié à l'isolement social ou à des conditions de vie difficiles.

Deuxièmement, certaines études ont montré que l'état de santé des immigrés se détériore avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil [144,269,278]. Les mauvaises conditions de travail et de vie, le statut de séjour précaire ainsi qu'un certain nombre de barrières d'ordre administratif, politique, linguistique, etc., en amont de l'accès aux soins influent négativement sur la santé des immigrés, ce

que Bollini et Siem appellent « exhausted migrant effect » [279]. Ce dernier constat suppose que l'effet de sélection est compensé par un effet délétère de la migration qui découlerait de discriminations [280], de la précarité économique et de la perte de lien social, facteurs auxquels les populations immigrées sont davantage exposées [149].

Troisièmement, la population immigrée utilise moins le système de santé du pays hôte [274,275,281].

Certaines études suggèrent une convergence entre l'état de santé des natifs du pays hôte et celui des immigrés avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil [271,282]. La principale explication proposée dans la littérature est l'existence d'un processus d'acculturation ou d'assimilation selon lequel les immigrés ont tendance à adopter les pratiques culturelles et les habitudes de vie du pays d'accueil puis les pratiques en termes d'état de santé. Ce processus varie selon le pays d'origine, la proximité culturelle et la langue parlée.

III.2 EVALUATION DE LA SANTE ET TRANSCULTURALITE

III.2.1 SANTE ET TRANSCULTURALITE

La santé, la maladie, le malheur en tant qu'événement de la vie de chaque individu sont universels mais peuvent prendre des formes d'expression et des réponses spécifiques selon le contexte. Les réactions face à la souffrance peuvent être institutionnalisées et culturellement codifiées, témoignant ainsi de leur caractère de "production humaine" [283]. Dans la tradition empiriste, l'idéal est une représentation de la maladie exempte de culture. Dans ce cas, la maladie est considérée comme une réalité objective, les biosciences fournissent des représentations neutres et réalistes. Cependant la culture populaire, comprise comme un mode d'adaptation, abonde en métaphores qui peuvent être dangereuses car fondamentalement fausses. En effet, la maladie fait toujours l'objet d'une interprétation sociale et culturelle : la cause d'une maladie est orientée dans 2 directions principales, une cause naturelle ou scientifique et une cause culturelle ou sociale, le "mode de vie" devenant le principal responsable.

Ainsi, Young a donné l'exemple de l'ESPT comme entité clinique [284]. Il a mis l'accent sur le fait que ce processus dépendait de multiples facteurs historiques, idéologiques, politiques et sociaux. La maladie en soi peut être interprétée comme langage du corps pour exprimer ce que les mots ne contiennent pas (ou plus). La distinction entre corps et âme ne trouve pas toujours d'équivalent dans toutes les aires culturelles et la différenciation entre maladie somatique et maladie psychique n'est souvent pas aussi claire que l'on peut le supposer [285]. La somatisation est un concept occidental et les symptômes somatiques peuvent avoir différentes interprétations.

III.2.2 PSYCHIATRIE ET TRANSCULTURALITE

L'objectif de la psychiatrie culturelle est de comprendre l'impact des différences sociales et culturelles sur la maladie mentale et ses modalités de traitement. On retrouve dans différentes cultures les grandes entités de la classification psychiatrique comme la psychose maniaco-dépressive ou la démence précoce. Les troubles psychiatriques étant considérés comme des manifestations d'un dysfonctionnement organique, la culture n'a d'influence que sur leur expression.

Les immigrés présentent un degré d'acculturation à la société française variant en fonction de leur âge, de l'âge à leur arrivée en France, du milieu dans lequel ils évoluent, de leur histoire familiale et personnelle ainsi que de leur dynamique psychique. Au Québec, une échelle spécifique a été créée pour évaluer ce processus d'acculturation [286]. Les experts d'une conférence de consensus sur l'évaluation psychologique de l'enfant organisée en France en 2009, recommandent une échelle similaire adaptée à la culture française [287].

Ainsi trois formes de biais culturels sont à prendre en compte lors de la passation de tests psychométriques [287] :

- Le biais de construit : lorsque le concept à mesurer n'existe pas à l'identique dans les groupes culturels
- Le biais de méthode : lié aux relations entre psychologue et sujet testé. Il peut résulter de l'instauration d'un climat de confiance et de confidentialité ou d'une incompréhension ou de contresens (ne pas regarder le psychologue en face ou recourir à des réponses très brèves

peuvent être considérés comme des marques de politesse dans certaines cultures, ou comme une conduite d'évitement dans d'autres cultures)

- Le biais d'items : lié à la difficulté de la traduction, de la pauvreté et de l'ambiguïté des termes et de l'utilisation d'un langage métaphorique

III.3 PRISE EN CHARGE DE LA DIVERSITE EN SANTE MENTALE

L'explication que les personnes donnent à la maladie, à la souffrance, au malheur est souvent fonction de leur cadre culturel [287,141]. Il existe trois systèmes de soins commun à tous [288] :

- Populaire : l'identification du trouble, la prévention, l'automédication
- Professionnel : la médecine scientifique moderne
- Traditionnel : la religion, le sacré, la médecine parallèle, etc.

Les professionnels de la médecine scientifique moderne en psychiatrie (thérapeutes) formés en Europe et en Amérique du Nord ont tendance à aborder ces phénomènes au travers d'outils et de théories psychodynamiques qui se veulent rationnelles et scientifiques. Ils restent facilement prisonniers de leur formation, de leur milieu social et de leur origine culturelle [289], ils peuvent avoir une vision du monde qui ne leur permettra pas toujours d'accueillir favorablement les explications que les personnes vont parfois construire pour donner un sens à ce qui leur arrive. Seule une bonne relation médecin-malade permet une négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du médecin permettant une meilleure observance thérapeutique. La régularité du suivi médical est donc indispensable pour permettre au médecin de connaitre son patient et de créer une relation de confiance avec lui.

IV. RECOMMANDATIONS

Les enfants avec des difficultés émotionnelles ou comportementales à l'âge scolaire, sont plus à risque de présenter des pathologies psychiatriques à l'adolescence [290–292] et à l'âge adulte. Ils requièrent donc une attention spéciale durant leur enfance. Nous avons vu dans cette thèse que les conditions

de vie difficiles liées au parcours migratoire et au fait d'être sans domicile sont associées à la santé mentale des mères et des enfants – la santé mentale des enfants étant intimement liée à celle de leur mère. Il est donc important d'améliorer tous les facteurs prédictifs d'une bonne santé mentale des mères et des enfants de familles sans domicile, population particulièrement vulnérable :

- Les conditions de vie
- Le recours aux soins en santé mentale
- Le dépistage et la prise en charge mère-enfant

IV.1 LES CONDITIONS DE VIE

Des études ont montré que les personnes sans logement ayant une assurance-maladie font face à des obstacles non financiers au recours aux soins tels que le cumul travail-famille à gérer souvent seul, le faible réseau social, l'instabilité du logement (en raison des déménagements fréquents), le manque de connaissances sur les lieux de soins et le système de santé français, le manque de transports , la faible mobilité quotidienne et la discrimination perçue [134,135,293–299].

Dans l'enquête ENFAMS, les femmes ont renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières (57,7%), parce qu'elles n'ont pas eu le temps (18,9%) pour se soigner, car le centre de soins était trop loin (6,8%) ou parce qu'elles ont préféré attendre de guérir spontanément (5,9%) [300].

En effet, les conditions de vie difficiles de ces femmes font qu'elles priorisent leurs besoins : l'accès à un hébergement et à la nourriture sont des besoins primaires et donc prioritaires sur la santé. Chez les mères, la sécurité et le bien-être de leurs enfants rentrent en compétition avec leurs propres besoins en soins [297,301]. Il faut aussi prendre en compte le fait que le rapport au temps est différent pour les personnes en situation de précarité [23,302]. L'expérience de la précarité économique enferme dans le présent ceux qui y sont soumis et crée une temporalité de l'urgence [303]. L'instabilité professionnelle et économique empêche la planification de l'avenir et donc d'avoir un comportement préventif envers sa santé. Dans cette logique, le recours aux soins en dehors d'une situation d'urgence

n'est pas une priorité. L'amélioration des conditions de vie des familles sans logement, en répondant à leurs besoins primaires (hébergement et nourriture) permettrait donc de réduire une partie des renoncements aux soins.

IV.1.1 AMELIORER L'ACCES A UN LOGEMENT STABLE

Les principaux hébergements proposés par les centres d'hébergement ont initialement été créés pour accueillir les hommes seuls et pour répondre à situations d'urgence. Ils ne sont donc pas adaptés à l'accueil de familles – souvent des mères seules avec des enfants, parfois des familles nombreuses – qui ont besoin de stabilité et d'aménagements adaptés.

IV.1.1.1 UN LOGEMENT D'ABORD

En 1992, à New York, le Docteur Sam Tsemberis lance « Pathways to housing » basé sur la conviction que le logement est un droit humain [304]. Ce programme est critiqué [305] car il renverse la logique de l'escalier d'insertion sociale [306] – plus habituelle et étudiée – en proposant un logement durable à des personnes sans domicile souffrant de troubles psychiques ou d'addictions, tout en les accompagnant. Pathways to Housing a inspiré divers projets et expérimentations visant à fournir un accès direct à un logement pérenne pour les personnes sans domicile.

Regroupés sous le terme « Housing First » (ou « logement d'abord »), ces projets avaient trois principes communs :

– le logement comme prérequis, avec un accès direct et inconditionnel à un logement autonome, permanent, de droit commun, juridiquement distinct du gestionnaire et intégré dans l'environnement

– l'usager au centre du dispositif, aussi bien au niveau du choix du logement qu'au niveau de la possibilité ou non de recourir à l'accompagnement

– des services extrêmement flexibles, reposant sur une aide individualisée, dispensée à la demande, dans ou hors du domicile, de proximité, disponible 24 heures sur 24, en lien étroit avec les services de droit commun.

Au cours des années 2000, cette expérience américaine s'est diffusée au Canada et en Europe (Danemark, Finlande, Irlande, Hongrie, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Royaume-Uni).

Ainsi, au Canada existe un projet de recherche et de démonstration en santé mentale et itinérance appelé « Projet Chez Soi - Montréal » [190]. Il vise à « mettre fin à l'itinérance et à favoriser l'intégration dans la collectivité » et repose sur les programmes Housing First et Streets to Homes, tous deux en expérimentation actuellement au Canada, précisément à Montréal pour le premier, à Toronto pour le second. En effet, les programmes de traitement coordonnés pour les sans logement ayant des problèmes de santé mentale entraînent généralement une meilleure santé et un meilleur accès aux soins que les soins habituels [307,308].

En Europe, le projet « un logement d'abord » de la Finlande est une stratégie nationale et a débuté dans les années 1990. En 2008, la Finlande lance le programme Paavo [309], pour rénover les refuges en appartements et pour créer de nouveaux logements. Offrir un logement individuel participe à la réinsertion sociale des personnes sans-domicile, mais c'est aussi un moyen de leur offrir de nouvelles responsabilités.

En France, préconisée dans un rapport sur la santé des personnes sans logement publié fin 2009 [310], l'expérimentation « Un Chez-Soi » avait pour objectif de réunir les conditions pour que 350 personnes sans domicile présentant une ou des pathologies mentales sévères accèdent à un logement. L'innovation quant aux services existants tient à deux facteurs : l'accès direct à un logement standard (en location/sous-location), et une nouvelle formule d'accompagnement intensif avec des professionnels disponibles 24h/24. Cet accompagnement repose sur deux approches : le rétablissement en santé mentale (visant l'autonomisation et l'empowerment des personnes plutôt que leur guérison), et la réduction des risques en addictologie. Autre innovation, l'intégration de médiateurs de santé-pairs au sein du parcours de droit commun afin de s'assurer que les besoins des usagers soient au cœur du dispositif. Cette expérimentation montre une baisse significative du recours aux hospitalisations (25j d'hospitalisation en 24 mois contre 32j), aux urgences et l'accès au logement personnel est à la fois plus rapide, plus important et plus stable [311]. L'intervention « Un Chez-Soi »

coûte environ 14 000 euros par personne et par an. Elle a permis aux participants de réduire les coûts annuels de recours aux différents services de manière significative au regard des coûts de recours aux différents services dans le groupe témoin (11 000 euros dans le groupe de l'intervention versus 28 500 euros dans le groupe témoin). Cette différence compense le coût engendré par l'intervention.

En ce qui concerne les enfants, une intervention de type « Housing First », « Ecologically Based Traitment », propose l'accès rapide à un logement et à des services de soutien en santé mentale pour des mères sans logement abusant de substances. Une étude randomisée compare cette intervention à l'utilisation des services habituels (accès aux système d'hébergement d'urgence et mise en lien avec les services de soutien en santé mentale) montre que cette intervention améliore les symptômes internalisés et externalisés des enfants de ces mères [312]. Cette étude montre que l'accès rapide à un logement adapté à l'accueil d'une famille est important pour le bien-être et le développement de l'enfant.

IV.1.1.2 LA QUALITE DU LOGEMENT

Dans bien des cas, l'offre d'hébergement ne correspond pas aux besoins des familles sans-domicile, pour des raisons qui tiennent à leurs ressources, leur statut administratif, leurs souhaits de localisation, leur composition familiale, ou même leur désir d'accompagnement social.

L'équipement des chambres où sont hébergées les familles varie selon le type d'équipement considéré. Dans l'enquête ENFAMS, une majorité des familles dispose de toilettes, d'eau chaude ou de chauffage à l'intérieur de sa chambre ou de son appartement (29,4% ne disposent pas de toilettes ou de douche ou baignoire dans leur hébergement).

L'équipement en électroménager est moins fréquent. Les hôtels fournissent plus fréquemment une télévision ou un accès à internet. Les fours microondes sont plus fréquents dans les hôtels, et les CHU, CADA ou CHRS proposent plus souvent une cuisine collective. La possibilité de cuisiner est importante pour limiter l'insécurité alimentaire et le risque d'obésité. Les cuisines collectives offrent en plus la possibilité de créer des liens sociaux.

La possibilité pour chacun de dormir dans son propre lit n'est assurée que dans 40% des cas (dans 41,1% des familles un enfant dort dans le lit des parents, et dans 20,8% des familles 2 enfants partagent le même lit). Le fait de dormir dans son propre lit est important pour la qualité du sommeil. Mais l'heure de coucher et de lever est aussi importante. La promiscuité dans les chambres peut alors retarder l'heure de coucher et favoriser des difficultés émotionnelles et comportementales des enfants. Ces résultats sont concordant avec les résultats de notre étude : les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants sont associées à leurs habitudes de sommeil (coucher après 22h) et à leur appréciation de leur hébergement.

Suite à l'enquête ENFAMS, le Samusocial de Paris a déjà engagé des réformes importantes pour accroître la qualité des hébergements en favorisant l'implantation dans les établissements d'un espace de vie collective, d'une buanderie et d'une cuisine, en veillant à ce que le nombre de lits soit adapté à la composition familiale, et en mettant en place une distribution de paniers petit-déjeuner. Un travail sur l'information des familles a également été engagé, et se poursuivra avec des actions facilitant l'accès aux ressources de proximité (entre autres pour se nourrir, se soigner, et assurer la scolarisation des enfants).

IV.1.1.3 La stabilite du logement

Le système d'hébergement des familles sans logement en Île-de-France ne garantit pas de stabilité de ce logement. Le nombre moyen de déménagements par année de présence en France s'élève à 2,2 par an (médiane à 1,5). La probabilité de maintien dans l'hébergement est très dépendante du type de structure d'hébergent. Par exemple, au bout de 6 mois, 72% des familles qui avaient été hébergées en CHRS sont toujours prises en charge dans la même structure, ce qui est le cas de 60% des hébergements en CADA, 27% des hébergements en hôtel et 13% des hébergements en CHU.

Cette mobilité entraîne :

- Un isolement social (58% dans ENFAMS)
- De longs trajets pour se rendre au travail (ou conserver un emploi stable)

- De longs trajets pour emmener les enfants à l'école (quand ils ne doivent pas changer d'école)
- Des difficultés de recours aux soins car il faut du temps pour connaitre un réseau de soins
- Des difficultés de prise en charge médical stable avec une équipe soignante
- Des difficultés de recours à des soins de psychiatrie car la psychiatrie est sectorisée et le lieu de prise en charge dépend donc du lieu de résidence

De plus, ces hébergements coûtent chers (30 euros par nuit dans un hôtel). Un logement standard, comme un appartement social, permettrait de mieux accueillir une famille souvent pour un prix équivalent, voire moins cher (ex : appartement social de 50m², 2 pièces dans le 17ème arrondissement de paris, 830 euros par mois, charges comprises).

En plus du coût du logement, il faut prendre en compte les coûts engendrés par l'instabilité résidentielle. Ainsi, un rapport de 2017, de l'Agence Nouvelle des Solidarité Active a travaillé sur les coûts engendrés par les différents allers-retours entre la rue et les systèmes d'hébergements d'urgences [313]. Il en ressort que, sur cinq ans, les parcours des personnes sans domicile qui ont réussi à accéder au logement social coûtent en moyenne 9 000 euros par personne par an, tandis que les parcours des personnes en instabilité résidentielle coûtent environ 20 000 euros par personne et par an, soit plus du double. Cette différence de coût s'explique notamment par le recours à des services publics comme les hospitalisations et la gestion des urgences. Le projet Paavo mené en Finlande va aussi dans ce sens puisqu'il a nécessité un budget de 240 millions, mais permettrait d'économiser 15 000 euros par an et par personne (moins de délinquance, moins de consultations dans les services d'urgence, moins de visites à l'hôpital).

C'est ce que confirme aussi le rapport du sénateur Philippe Dallier de décembre 2016 sur les dispositifs d'hébergement d'urgence [314] : « Le principe de « l'urgence avant tout », qui peut tout-à-fait se comprendre dans le contexte actuel de pression de la demande et de recherche prioritaire de mises à l'abri, conduit toutefois à privilégier des solutions temporaires, souvent bien plus coûteuses, à la

création de places et de structures plus qualitatives, notamment dans le secteur du logement adapté. Peuvent ainsi être citées […] les maisons-relais qui constituent des réponses efficaces aux situations de personnes sans logement depuis une longue période ainsi que pour les personnes les plus âgées. » En effet, les maisons relais (anciennement pensions de familles) semblent une solution qui mériterait d'être développée pour améliorer la stabilité de l'hébergement de ces familles. Leur objectif premier est de « stabiliser des personnes dans un habitat durable et adapté à leur problématique physique, psychologique et sociale. Un habitat communautaire de petite taille, associant la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs pour partager les repas ou les loisirs ». Ce sont des lieux d'hébergement où les personnes peuvent rester sans limite de temps. On dénombre actuellement 54 établissements dans le département de Paris et 63 dans les autres départements d'Île-de-France [315].

Une étude récente menée auprès de personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France a montré que le risque d'infection par le VIH était directement associé à une situation de vie instable à leur arrivée en France, suggérant que l'accès rapide des immigrés à la documentation juridique, au logement et à l'emploi limiter l'exposition à de multiples risques pour la santé. Des améliorations similaires pourraient être attendues parmi les familles sans logement [316].

Suite à l'enquête ENFAMS, pour pallier à cette mobilité, le Bus Espace Enfants Parents (BEEP) a été mis en place. Il s'agit d'un bus itinérant qui propose, à proximité des lieux d'hébergement, un diagnostic sanitaire et social, une évaluation des besoins et une orientation vers des structures adaptées aux familles hébergées dans des hôtels sociaux. Ce bus pallie au manque d'hébergements stables pour les familles en situation de précarité et leur propose un accès à des aides sociales qui sont difficiles à obtenir en l'absence d'un logement stable et de moyen de déplacement facile.

IV.1.2 Ameliorer le reseau social

Les femmes immigrées sans logement souffrent souvent de ce qu'elles ont perdu dans leur pays d'origine (travail et situation sociale, liens sociaux, familles, etc) [69]. Elles arrivent dans un pays inconnu, dont elles ne parlent pas la langue (57% des femmes de l'enquête ENFAMS ne parlent pas

français au moment de l'enquête), et sans contact pouvant les aider dans le pays d'arrivée (58% des femmes de l'enquête ENFAMS ne connaissaient personne en France avant leur arrivée). On peut aussi penser que le réseau de ces femmes n'est pas toujours aidant, notamment par manque de ressources. D'autres données du support social, comme la possibilité de demander de l'argent, emprunter la voiture d'un tiers ou compter sur quelqu'un pour garder son/ses enfant(s) étaient absentes de l'enquête ENFAMS et permettraient de mieux évaluer le réseau social de ces mères.

Le concept de « capital social » peut recouvrir plusieurs définitions :

Premièrement il correspond aux caractéristiques d'une organisation sociale comme les réseaux, les normes ou la confiance sociale qui améliorent l'efficience d'une société et facilitent la coordination des actions individuelles [317]. L'amélioration de l'organisation et de la connaissance de ces réseaux dans notre pays, permettrait donc à ces familles de faciliter leurs démarches.

Deuxièmement, le « capital social » peut aussi être considéré comme un réseau interpersonnel qui facilite la confiance mutuelle et donc comme un important déterminant de l'état de santé des populations puisqu'il facilite l'accès des individus à certaines ressources [318] : la diffusion d'information et la communication au sein d'un groupe social permet une réduction des coûts informationnels, liés par exemple au système de soin, mais aussi une diffusion des normes de santé qui peut limiter les comportements à risque (infections sexuellement transmissibles (IST), tabac, alcool, etc.). L'amélioration de la création de lien interpersonnel entre ces familles par la création de lieu de vie collectifs, des systèmes d'entraides, ou de l'apprentissage par les paires sont autant de pistes qui pourraient donc faciliter l'accès de ces familles à certaines ressources, notamment en santé.

Troisièmement, le « capital social » peut être considéré comme une assurance contre le risque santé, notamment à travers le soutien financier et émotionnel qu'il induit, suggérant une influence positive sur l'état de santé [318,319]. En effet lorsque le « capital social » est fort (organisation de la société et liens interpersonnels), l'individu peut avoir recours à différentes ressources financières et émotionnelles pour améliorer son état de santé.

Ainsi, certaines études indiquent qu'il existe une association entre l'accès au « capital social » et l'état de santé des populations immigrées notamment [320].

Pour les femmes des familles sans logement il faut ainsi créer un maillage associatif à proximité des structures d'hébergement qui doit proposer des cours de français [321] qui peuvent être réalisés par d'autres femmes immigrées sans logement arrivées en France depuis plus longtemps et mieux insérées. En effet la formation et l'entraide par les pairs est mieux acceptée, moins culpabilisante. Ainsi l'ARS d'Occitanie a développé le dépistage des IST par les pairs grâce aux tests de dépistage rapides.

Ces associations doivent aussi être un lieu de rencontre et donc proposer par exemple des cours de cuisine avec une distribution alimentaire. Ils peuvent s'appuyer sur le système de droit commun et être rattachés à un centre de PMI pour sensibiliser à la santé les mères et les enfants, favoriser la relation mère-enfant, aider les enfants à développer leur estime de soi et lutter contre le harcèlement à l'école.

IV.1.3 Simplifier la couverture sociale pour les personnes les plus demunies

En France, l'accès aux soins en santé mentale est conditionné par la protection sociale dont on dispose. La protection sociale est organisée selon différents dispositifs, comme la sécurité sociale de base, la Protection Universelle Maladie (PUMa), l'Assurance Complémentaire Santé (ACS), l'Aide Médicale de l'État (AME) et la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc). Nous détaillons ici l'AME et la CMUc dont bénéficient respectivement 42% et 28% des mères de l'enquête ENFAMS.

- **Aide médicale de l'État :** dispositif de protection maladie destiné aux personnes qui n'ont pas de titre de séjour et qui disposent de faibles ressources. Cette prestation sociale dont peut bénéficier toute personne résidant en France depuis au moins 3 mois sans titre de séjour règlementaire (le prouver peut s'avérer très difficile puisqu'on est en situation illégale) est financée par le budget de l'état. Elle n'ouvre droit à un accès gratuit au système de santé que pour un panier de soins limité.
- **Couverture Maladie Universelle complémentaire :** les personnes qui ont des revenus inférieurs à 721€/mois (à dater du 1er avril 2016) (et ne peuvent donc pas souscrire une mutuelle ou une

assurance complémentaire privée) peuvent bénéficier de la CMU complémentaire ; elle permet au patient de se faire soigner sans débourser d'argent pour les consultations (à l'hôpital et chez le médecin), les examens de laboratoire et les médicaments, mais aussi les soins dentaires et optiques. Elle permet d'accéder directement au tiers payant (avance de frais). Elle est complexe à obtenir et à renouveler, seulement 60% environ des personnes éligibles y ont recours. Au 1er novembre 2016, on dénombrait 5,3 millions de bénéficiaires de la CMUc. Ces effectifs ont augmenté de 25 % en 5 ans, sous la double influence des mesures de relèvement du plafond et du contexte économique défavorable. Parmi les bénéficiaires de la CMUc la fréquence des maladies psychiatriques est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population relevant du régime général (celle du diabète 2,2 fois, celle des maladies du foie ou du pancréas 2,9 fois et celle du VIH ou Sida 2,5 fois).

IV.1.4 LIMITER LES AUTRES BARRIERES A L'ACCES AUX SOINS

La couverture sociale n'est pas le seul frein au recours aux soins : le statut administratif, la précarité sociale, la connaissance du système de soins français, la barrière de la langue, l'éloignement géographie et les difficultés de déplacements constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale [321]. Ainsi, seuls 30% des patients disposant d'une couverture complète ne mentionnent pas d'obstacles aux recours aux soins [322]. Quelques études réalisées en France montrent que les femmes sans logement ont une moins bonne santé mais renoncent à des soins [323]. Dans l'enquête ENFAMS, 25,1% des femmes sans logement ont déclaré avoir renoncé à un soins de santé au cours des 12 derniers mois [300]. La plupart avaient renoncé aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes. Aucune association avec des facteurs liés à l'accès financier ou au statut d'assurance maladie n'a été trouvée. Cependant, l'insécurité alimentaire, l'accès médiocre à la santé et la mauvaise perception de la santé étaient associés à des besoins de santé non satisfaits. La santé perçue semblait être affectée par la victimisation et la dépression.

IV.1.4.1 LE STATUT ADMINISTRATIF

Bien que le statut administratif n'était pas associé à la dépression ou à l'ESPT dans nos études, une étude a montré que le fait de passer d'un visa temporaire au statut de résident permanent était associée à une amélioration significative des symptômes de stress post-traumatique et de dépression, et à une amélioration de la qualité de vie liée à la santé mentale [324].

IV.1.4.2 La connaissance des performances du systeme de soins

En plus du renoncement aux soins, il ne faut pas oublier que les femmes immigrées connaissent moins les « performances » du système de soin français, et donc pensent moins y avoir recours : on soigne plus de chose en France, dont les pathologies mentales qui ne sont pas du tout prise en charge dans certains pays, on fait plus de dépistage, etc. Elles ont donc spontanément moins recours au système de santé. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer que les individus en situation de précarité aient de faibles attentes vis-à-vis du système de soins. Certaines études ont été réalisées dans des milieux précaires, et ont montré des situations dans lesquelles les individus sont inscrits dans une « culture du renoncement » [325]. La privation des besoins primaires, engendrée par la pauvreté, pourrait entraîner les individus à s'accoutumer aux symptômes et ne pas avoir le sentiment de renoncer à un soin. ; les mauvaises expériences avec le système de soins, notamment discriminatoires peuvent constituer de vraies barrières. En effet, dans une étude réalisée à partir des données de l'enquête ENFAMS, 13,6% des femmes déclaraient avoir été déjà moins bien reçues que les autres patients et 22,1% des femmes ayant la CMU ou l'AME déclaraient qu'on leur avait déjà refusé une consultation médicale parce qu'elles avaient la CMU ou l'AME [300].

IV.1.4.3 La barriere de la langue et la culture

Dans l'enquête ENFAMS, environ 40% des femmes parlent et comprennent le français. La mise en place de cours de français par des associations à proximité des lieux d'hébergement, organisés par des paires pourraient limiter cette barrière à l'accès aux soins, mais aussi au travail et à l'insertion sociale. Lorsqu'elles le peuvent ces femmes se font accompagner d'amis/de parents parlant français et faisant l'intermédiaire. Cependant à leur arrivée en France ces femmes sont souvent isolées. De plus cette

solution n'est cependant pas totalement satisfaisante. En effet, la qualité de traduction peut être problématique. Le patient et le traducteur peuvent également être gênés d'aborder certains problèmes de santé (sexualité, addiction...) devant un membre de sa famille. Enfin, cette méthode de traduction pose de toute façon la question de la confidentialité des informations transmises. Les lieux d'accueil de ces femmes doivent donc le plus possible bénéficier d'interprètes. Les situations en cause peuvent concerner des incompréhensions "simples", relatives à des renseignements de types pratiques ou administratifs ; cependant, elles concernent aussi, et très largement, des entretiens délicats portant sur la maladie, la souffrance psychique, le corps, les relations parents/enfants ou maris et femmes ou encore les dossiers d'aides sociales [326]. Malheureusement, le recours aux interprètes reste encore très rare et couteux – frais des services d'interprétation et de formation des interprètes – en dehors des associations et du bénévolat [327]. Pourtant une revue de la littérature réalisée montre que le recours à des interprètes formés dans le domaine médical permet de réaliser des économies [328,329]. Ainsi le recours à des interprètes réduit les coûts liés aux complications des maladies (malentendus médecin-patient, freins de l'expression du patient de ses symptômes physiques et psychiques, soins de prévention et adhésion aux soins moindres) et des dépenses non nécessaires (consultations supplémentaires dues au manque de satisfaction et confiance dans l'échange avec le médecin, tests non nécessaires, durées d'hospitalisations rallongées)[330]. Au-delà des économies que l'interprétariat professionnel permet sur le moyen terme aux établissements hospitaliers, des bénéfices plus larges et à long terme, doivent également être pointés. Cependant, parce que les barrières linguistiques peuvent avoir de nombreux effets immédiats et à long terme (particulièrement dans des domaines comme la santé mentale, la santé maternelle et infantile et la gestion des maladies ou des invalidités chroniques), il importe de connaître davantage que les coûts immédiats pour le système de soins de santé. Les coûts à long terme pour l'ensemble du système (soins infirmiers communautaires, réadaptation, etc.), ainsi que les coûts sociaux (chômage, coûts des services sociaux, etc.) devraient également être inclus.

IV.2 LE RECOURS AUX SOINS EN SANTE MENTALE

IV.2.1 LES DIFFICULTES LIEES AUX TROUBLES DE LA SANTE MENTALE

IV.2.1.1 DIFFICULTES DE RECOURS EN POPULATION GENERALE

Plusieurs études en population générale ont mis en évidence la faiblesse du taux de consultation chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique non psychotique [331–333]. Le niveau d'utilisation des services est très bas, et ce, quel que soit le pays concerné. Une étude mettant en comparaison quatre pays occidentaux (États-Unis, Canada, Pays-Bas, Royaume Uni) a montré que la prévalence de prise en charge varie peu, de 22 % à 32 % [334]. En considérant la prévalence des troubles sur la vie entière, le taux de consultation augmenterait un peu (42 %) [335]. Ainsi, de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux ne recevraient pas d'aide de professionnels [336–339]. La non détection des cas dans les structures de soins primaires est un problème largement partagé [340].

Une fois le diagnostic d'un trouble de la santé mentale posé, la prise en charge de ce trouble reste complexe. En effet, les soins liés à la santé mentale consistent en une prise en charge sur le long terme et par conséquent des changements de comportements. Dans le cadre de la santé mentale, le soignant doit d'abord convaincre le malade que son état est lié à une maladie et qu'un traitement est possible. Ensuite, le soignant doit expliquer au malade que le traitement va prendre du temps, mais qu'il va fonctionner. Puis, il faut que le soignant arrive à convaincre le malade qu'un suivi médical régulier est indispensable au traitement de cette maladie. Pour cela, le soignant doit créer une relation de confiance avec son patient.

IV.2.1.2 DIFFICULTES DE RECOURS SPECIFIQUE EN POPULATION EN SITUATION DE PRECARITE

En plus des difficultés communes à celle de la population générale, les personnes sans logement cumulent d'autres freins au recours aux soins en santé mentale. Dans les populations défavorisées, les personnes qui vivent dans des conditions difficiles font face à de nombreux déterminants qui perturbent leur santé. Le sentiment que personne ne s'inquiète d'eux, le manque d'estime de soi, la perte de confiance, le manque de motivation à prendre soin de soi et le contrôle limité sur leur vie peuvent conduire les personnes sans logement à penser qu'ils ne peuvent pas forcément contrôler leur état de santé. Ce sentiment – qui peut aussi être un symptôme de dépression – favorise le non recours aux soins : « de toute façon ça ne sert à rien ». A ces difficultés s'ajoutent l'isolement des systèmes sociaux et de soins de santé liés à l'absence de logement stable [301]. L'entrée dans le système de soins, et le suivi sont alors d'autant plus difficiles à mettre en place.

Pourtant l'éducation à la santé – et donc le comportement (tabac, activité sportive, alimentation, etc.) – est une composante majeure de nombreux facteurs de risque pour la santé. Ainsi une étude interventionnelle a montré que des visites par des infirmières à domicile pouvaient améliorer les comportements liés à la santé des femmes, et à améliorer leur propre développement de vie [341].

IV.2.2 LE SYSTEME DE DROIT COMMUN EN SANTE MENTALE

IV.2.2.1 HISTORIQUE DE LA SECTORISATION EN PSYCHIATRIE

- LE XIXE SIECLE : LA LOI DE 1838 ET LES ASILES

C'est avec la loi de 1838 que la psychiatrie devint une discipline médicale à part entière, permettant au malade mental d'être dorénavant pris en charge par un vrai spécialiste, son traitement s'appuyant sur la psychanalyse et l'inconscience du sujet. Cette loi obligeait chaque département de France à faire construire son asile et définissait les modalités d'internement. Il faut noter que les médecins pouvaient dès lors priver les aliénés de liberté [342].

Dès la fin du XIXe siècle, la psychiatrie prend donc une autre dimension, nombre de théories pour décrire la maladie mentale sont formulées, sur la paranoïa, la démence, la dégénérescence, la névrose, l'hystérie, la schizophrénie... En effet, c'est l'époque du développement de la psychanalyse. La «

psychiatrie » devient une spécialité médicale et des moyens lui sont donnés, permettant d'envisager les pathologies auxquelles elle se rapporte sous l'angle de la thérapie.

Ainsi Jean-Martin Charcot (1825-1893) était adepte de l'hypnose pour soigner les crises de démence. Sigmund Freud (1856-1939) s'appuiera sur les travaux du premier pour ses propres travaux sur l'hystérie, l'hypnose et le concept de psychogénèse. Il donnait une place très importante à l'inconscient ainsi « qu'aux événements traumatiques appartenant à l'histoire précoce du patient ».

- LE XXE SIECLE : UNE VOLONTE DE SOIGNER LES MALADES MENTAUX ET LA SECTORISATION

Dans les années 1930, la prise en charge des troubles mentaux se fait au moyen de chocs, d'abord « insuliniques », puis au Cardiazol®, puis « électriques ». Puis, dans les années 1950 on commence à avoir recours à diverses chimiothérapies et c'est dans les années 1960 que se développe réellement le recours aux tranquillisants, aux neuroleptiques, aux antidépresseurs ou encore aux hypnotiques. En à peine cent ans, nous sommes passés d'une prise en charge par la simple isolation du patient, son enfermement, à un accompagnement médicamenteux des personnes placées en asile psychiatrique.

En France, après la seconde guerre mondiale les asiles manquent de moyens et la psychiatrie s'ouvre aux sciences humaines. Suite à une volonté de reconstruction et de prise de distance par rapport au système asilaire, le « secteur de psychiatrie adulte » est défini par la circulaire ministérielle du 15 mars 1960. C'est l'occasion pour nombre de médecins de repenser l'utilité de ces institutions que sont les hôpitaux psychiatriques et de prôner la « désinstitutionnalisation » qui tend à réduire le rôle de « l'hospitalisation ».

Concrètement, il s'agissait de rattacher aux services hospitaliers psychiatriques des lieux d'intervention de proximité dans lesquels existeraient des centres médico-psychologiques pour réaliser des consultations. Chaque secteur aurait été confié à une équipe médicale (composée d'un médecin chef, de psychiatres, d'internes, de psychologues, d'infirmiers psychiatriques, etc.), en charge de toutes les pathologies psychiatriques présentes dans sa zone géographique, et en charge de mettre en place des structures de « prise en charge » (prise en charge à temps complet, de jour, de nuit, etc.). Cette prise en charge de proximité devait assurer une égalité de traitement des patients quel que soit

leur lieu de résidence, ainsi que le suivi du patient dans « l'hospitalier » comme dans « l'extrahospitalier ».

Mais ce n'est que par les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985 que la politique de secteur sera réellement mise en place en confiant la prise en charge financière de la santé mentale par l'assurance maladie. Les objectifs de la création de ces secteurs sont :

- D'offrir une prise en charge en service libre (soins ambulatoires)
- De pouvoir agir sur le milieu de vie
- D'offrir une proximité de soins.

Cette sectorisation découpe géo-démographiquement le territoire national en 829 secteurs de psychiatrie de 70 000 habitants, dont un tiers est rattaché à un hôpital, et en 321 inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de 210 000 habitants.

Dans une étude d'août 2009, l'IRDES souligne que « cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités » [343]. On observe aussi une grande inégalité de ressources (CMP, psychiatres, psychologues, associations, etc.) entre les territoires [344].

La diversification des structures alternatives témoigne de l'adaptabilité du secteur, mais la multiplication des intervenants rend la communication et la coordination entre les différents acteurs parfois complexes, voire inexistante.

IV.2.2.2 Prises en charge psychiatriques remboursees

Dans le cadre de la prise en charge psychiatrique en France seules certaines consultations sont remboursées – et donc accessibles aux plus démunis :

- Le médecin généraliste
- Le psychiatre
- Le psychologue et le psychiatre dans le cadre d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) pour les adultes ou d'un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) pour les enfants (jusqu'à 20

ans), selon leur lieu de résidence, mais dont les délais de prise en charge sont souvent de plusieurs mois

- La Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour les enfants de moins de 6 ans et leurs mères

Les consultations par les psychologues libéraux ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

La France a donc développé des dispositifs et des structures destinés spécifiquement aux personnes précaires et pauvres, notamment :

- Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) qui sont des structures majoritairement hospitalières qui assurent un accueil médico-social des patients en situation de précarité, dont une partie importante est constituée d'immigrés récemment arrivés en France.
- Le Réseau psychiatrie et précarité de Paris (RPPP) composé des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) et de l'équipe "Réseau Souffrances et Précarité", rattachées aux 5 établissements spécialisés en psychiatrie de Paris.
- Les Lits halte soins santé (LHSS) : accueillent, de jour comme de nuit des personnes sans domicile ayant une pathologie aigüe, sur orientation des hôpitaux via le 115 le jour, ou sur orientation des équipes mobiles (jour et nuit) pour une durée limitée à 2 mois renouvelable (170 lits, répartis dans 6 centres).

En effet l'accès à des consultations gratuites améliore l'état de santé auto-déclaré et diminue l'utilisation des services d'urgences et de consultations externes [345]. Mais ces dispositifs sont souvent très opaques et les complexités administratives sont des obstacles à l'accès aux soins.

IV.2.2.3 COORDONNER LES DIFFERENTS ACTEURS DE LA SANTE MENTALE POUR LES PERSONNES LES PLUS DEMUNIES

La prise en charge des problèmes de santé mentale est très variée. Pour cela les malades peuvent avoir recours à différents types de soignants (psychiatres, psychologues, médecin généraliste, etc.) dans différents types de structures (hôpitaux, associations, cabinets libéraux, CMP, PMI, etc.) selon leurs possibilités financières, leur couverture maladie et le degré d'urgence. Ces différentes prises en charge sont si nombreuses, que souvent même les professionnels de la santé mentale ne les connaissent pas

toutes. En effet le système de santé en France est très complexe, et particulièrement en santé mentale. Le PRAPS (Programmes d'Accès à la Prévention et aux Soins) est une interface entre les champs du sanitaire et du social pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis. Il définit et organise, au niveau régional (ARS), les actions permettant aux plus démunis d'accéder au système de santé (en particulier à la prévention) et médico-social de droit commun, par des mesures spécifiques. Elles viennent en réponse aux besoins observés dans la population concernée.

Les PRAPS doivent, dans le cadre de leurs objectifs de santé publique, orienter leurs actions sur :

- Les difficultés d'accès, de prévention et de continuité des soins
- Les souffrances psychiques (troubles psychiques, violences subies et conduites à risque comme la consommation de substances psychoactives)
- L'hygiène de vie (hygiène corporelle, santé bucco-dentaire, alimentation et nutrition, etc.)

Ainsi, les PRAPS peuvent créer des Lits halte soins santé, mettre en place des équipes mobiles de psychiatrie, conclure des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) pour améliorer la prévention et la prise en charge des souffrances psychiques, aider à la mise en place de Groupes d'entraide mutuelle (GEM), conclure des conventions avec des offices HLM ou des maisons relais pour apporter des réponses adaptées en matière de logement, ou encore coopérer avec les Ateliers santé-ville (ASV), etc.

La difficulté et la complexité du système de soins en santé mentale réside principalement dans la multiplicité des champs d'action (logement, réseau social, emploi, soins médicaux, etc). Les différents intervenants ne se connaissent pas entre eux (malgré les conseils locaux de santé mental de certaines mairies), agissent dans des lieux différents, dans des domaines différents. Il est donc important de regrouper ces différents acteurs entre eux dans des structures ou des lieux communs pour faciliter leur accès aux usagers, améliorer leur coordination et limiter les effets « guichet » en valorisant les réseaux qui coordonnent les différents acteurs pour adresser les patients au bon endroit dès leur entrée dans le système de soins.

En 1993, la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) a mis en place le programme « Children's Mental Health Initiative » qui coordonne différents acteurs de la santé mentale et permet l'entrée dans le système de soins via différents acteurs (centres de santé mentale, soignants, école, etc.). Ce service a permis de diminuer les symptômes émotionnels internalisés (anxiété et dépression) et externalisés (troubles des conduites et agressivité) des enfants 12 mois après leur entrée dans ce service [346]. De même, l'entrée dans le programme a permis la diminution du taux d'idées et de tentatives de suicides, le recours à des services juridiques et a amélioré la scolarisation et les résultats scolaires.

En France, depuis 2010, le programme « Médiateur de Santé/Pair » (MSP) est un projet innovant en France qui s'inspire des expériences étrangères d'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie dans des équipes de soin en santé mental au sein du système de droit commun [347]. Le MSP est à la fois soignant et non soignant. Il s'agit d'un apprentissage réciproque. Les médiateurs ont l'avantage d'avoir appris le savoir de l'institution psychiatrique lors de leur propre prise en charge et l'institution psychiatrique bénéficie de l'expérience du parcours de soins des médiateurs.

IV.2.2.4 ADAPTER LE SYSTEME DE DROIT COMMUN AUX FAMILLES SANS LOGEMENT

Le système de droit commun doit pouvoir s'adapter aux particularités de chacun afin d'offrir une bonne prise en charge psychiatrique.

- S'ADAPTER A LA PRECARITE

Une revue de la littérature des interventions préventives et thérapeutiques auprès de mères et de leurs enfants au sein de familles à faible revenus ou sans logement, constate que peu de services sont adaptés à cette population [73]. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, les services de santé ciblant la population sans logement ont été initialement conçus pour des hommes isolés. Il convient donc d'adapter le système de droit commun à l'accueil de familles et donc de mères et d'enfants.

En effet, il existe déjà des réseaux de soins pour les personnes en situation de précarité, mais ils sont méconnus (des usagers et des professionnels de santé) et souvent trop éloignés des structures

d'hébergement : réseau psychiatrie et précarité, Pass psychiatrique, lits halte soins santé, équipes mobiles de psychiatrie. Il faut donc développer davantage l'offre de soins en santé mentale, faire connaitre ces structures des médecins de premiers recours (services d'urgence, médecins généralistes, pharmaciens) et rapprocher les lieux d'hébergement des structures de soins pour les personnes en situation de précarité.

- S'ADAPTER A DES LANGUES DIFFERENTES

Pour explorer les processus avec précision, dans leur complexité et leur richesse, la langue maternelle du patient est nécessairement présente lors de la consultation en santé mentale. La présence d'un co-thérapeute connaissant la langue maternelle du patient ou d'un interprète faisant la traduction est donc importante [348]. La présence d'un traducteur permet aussi de pouvoir s'exprimer par sous-entendus et par implicites, ce qui est fondamental pour aborder des sujets difficiles comme la sexualité, les relations intimes ou familiales.

- S'ADAPTER A DES CULTURES MULTIPLES

Une fois les barrières liées à la précarité résolues par l'accessibilité aux soins (proximité, stabilité, prise en charge financière, etc.), peut rester la particularité de la prise en charge psychiatrique spécifique aux populations précaires. En effet, certaines études montrent que la prise en compte des conditions de vie, de la culture et des croyances améliorent la prise en charge en santé mentale [349,350].

En plus de la formation des thérapeutes à prendre en charge les patients dans leur globalité, il faut les former à dépister les situations nécessitant une prise en charge particulière. En effet, exceptionnellement, la situation sociale ou la culture du patient peut nécessiter une prise en charge adaptée, requérant une équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, traducteur) ou des compétences spécifiques. Les thérapeutes doivent donc être formés à dépister ces situations afin d'aiguiller les personnes dans des services adaptés.

IV.2.3 LES INTERVENTIONS

Des études aux États-Unis ont montré que de faibles ressources et l'absence de couverture sociale étaient les principales barrières à l'accès aux soins [351,352]. Dans l'enquête ENFAMS, 21,9% des

femmes n'ont aucune couverture sociale, alors qu'elles séjournent toutes en France depuis plus de 3 mois. Elles devraient donc pouvoir bénéficier de l'AME (quel que soit leur statut administratif).

De nombreuses conférences régionales de santé font le constat que les droits des usagers sont méconnus par les bénéficiaires eux-mêmes [353]. Les difficultés administratives deviennent en 2008 le premier obstacle mentionné par les personnes rencontrées dans l'accès aux droits et aux soins [322]. La complexité des dispositifs administratifs liés tant au droit au séjour qu'à la couverture médicale gêne l'accès aux soins des familles immigrées. Ainsi, seuls 66% des mères de l'enquête ENFAMS ont une couverture maladie complète. Dans l'enquête ENFAMS, les femmes avec un niveau d'éducation élevé et sans origine migratoire renoncent moins aux soins que les autres femmes [300]. Des politiques de santé devraient donc être mises en place afin d'informer les femmes sans logement de leurs droits pour améliorer leur couverture sociale et limiter leur renoncement aux soins.

A l'étranger, le programme « Children's Mental Health Initiative » de la SAMHA a montré que les familles appréciaient principalement les aides financières non spécifiques (vêtements, activité ou soins pour leur enfant habituellement non remboursés), la mise à disposition d'un mode de transport pour se rendre dans les lieux de soins, et l'information du système de soins et du parcours de soins [346].

Médecins du Monde propose une simplification du système en demandant une seule couverture maladie universelle pour toutes les personnes en dessous du seuil de pauvreté au lieu du double système Aide médicale d'Etat (AME) et Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) [354].

La Conférence Nationale de Santé (CNS) recommande d'améliorer la connaissance des droits. Ainsi, les établissements doivent s'assurer que ses outils de connaissance des droits sont compris par les usagers notamment s'agissant des mineurs, de personnes d'origine étrangère et de personnes en situation de handicap [355]. Elle recommande aussi de résoudre le défi du droit à l'information, soulignant que « les difficultés d'accès à l'information ont une responsabilité particulière dans la formation des inégalités de santé. En ce sens, traiter la question de l'asymétrie d'information entre les usagers du système de santé et les institutions et professionnels de santé, à l'occasion de la prochaine révision de la loi relative à la politique de santé publique, serait judicieux » [353]. Il faut donc rendre les droits

lisibles et visibles et former aux droits les personnels administratifs, les personnels soignants et les représentants des usagers. En effet, il faut souligner que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien. À titre de comparaison, les bénéficiaires de la CMU sont 15% à déclarer être dans ce cas. Ces refus de soins déclarés apparaissent cependant de nature différente puisqu'ils émanent essentiellement de médecins et pharmaciens, alors que les refus signalés par les bénéficiaires de la CMU proviennent majoritairement de dentistes et médecins spécialistes [356].

Ainsi, l'académie nationale de médecine recommande [26] :

- La création d'une mission interministérielle de lutte contre l'exclusion en santé ;
- La simplification des procédures administratives d'accès aux dispositifs assuranciels allant jusqu'à la fusion des dispositifs existants (AME, CMUc, ACS) et l'automaticité de l'attribution des droits ;
- La généralisation d'un volet destiné aux personnes en situation d'exclusion sanitaire dans toutes les actions de prévention et de promotion de la santé ;
- La coordination des dispositifs nationaux au niveau européen pour éviter les ruptures d'accès aux droits sanitaires et sociaux et de prise en charge lors d'un changement de résidence.

Depuis mai 2017, une nouvelle expérimentation pour améliorer la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes âgés de 11 à 21 ans vient d'être mise en place dans 8 départements pour une durée de 4 ans [357]. Désormais, les médecins traitants, les pédiatres et les médecins scolaires peuvent prescrire aux jeunes des consultations de psychologues libéraux remboursées par la sécurité sociale, dans la limite d'un forfait de 12 séances. Certaines mutuelles expérimentent aussi le remboursement de ces consultations.

L'Assurance Maladie expérimente aussi, à partir de mars 2018, dans 3 départements (Haute-Garonne, Morbihan et Bouches-du-Rhône), le remboursement de la psychothérapie pour les patients de 18 à 60 ans présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. Adressés par leur médecin

traitant, ces patients seront pris en charge par les psychologues cliniciens ou psychothérapeutes agréés par les ARS, en coordination avec les psychiatres [358].

IV.3 LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE MERE-ENFANT

Le dépistage des troubles de la santé mentale des mères et la mise en place d'interventions afin d'améliorer la relation mère-enfant sont importants afin de limiter le retentissement et la transmission des difficultés émotionnelles et comportementales des enfants de génération en génération. Il faut donc dépister et prendre en charge à la fois les mères et leurs enfants.

Au sein du système de santé de droit commun, les professionnels en soins primaires doivent profiter de l'opportunité qu'offre chaque contact pour dépister les troubles de la santé mentale tant chez les mères que chez leurs enfants, et les aiguiller vers les structures existantes pour faciliter leur accès à aux soins.

IV.3.1 L'EQUIPE DE LA MATERNITE : LORS DU SUIVI DE GROSSESSE

Il faut profiter de la grossesse pour développer la prise de conscience par les futurs parents de leurs responsabilités aux différents âges de leur enfant et leur donner les connaissances indispensables sur le développement psychomoteur et intellectuel de l'enfant et les règles pédagogiques (comme le proposent certaines maternités, le Réseau de Santé Périnatal de Paris, le réseau Solipam). Ceci est particulièrement indispensable dans le cas des mères vulnérables (comme dans notre population d'étude) ou celles qui sont mal préparées à la parentalité. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP), qui devrait d'ailleurs être généralisé, parait la consultation idéale pour délivrer ces informations, car cette consultation dépiste les femmes fragiles. Ces informations pourraient être délivrées par le personnel de la maternité en plus des cours habituels de préparation à l'accouchement et à la naissance. Comme les autres « cours » proposés à la maternité, les deux parents pourraient y participer et discuter du développement de l'enfant. Cet effort d'information des parents doit être poursuivi au-delà. Il faut donc profiter de ce premier contact pour créer des liens qu'il faudra, ensuite, entretenir, probablement par le médecin de premier recours de l'enfant.

IV.3.2 Le medecin de premier recours : lors du suivi de l'enfant

Les enfants de familles sans logement ont une bonne couverture vaccinale, probablement grâce au suivi gratuit et accessible en PMI jusqu'à l'âge de 6 ans (les vaccinations concernent les enfants régulièrement jusqu'à l'âge de 18 mois, puis à 6 et 11 ans). Le médecin de premier recours de l'enfant (pédiatre, médecin généraliste, médecin de PMI avant 6 ans) devrait donc aussi avoir le rôle de dépister les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants ainsi que les troubles de la santé mentale des mères. Il pourrait ainsi améliorer le dépistage de ces pathologies et orienter les familles vers une évaluation et une prise en charge spécifique si besoin.

Pour bien des mères, les visites périodiques prévues pour les enfants bien portants peuvent représenter leur seul contact continu avec des soignants. Le médecin de l'enfant peut être le premier professionnel à être mis au courant des troubles de la parentalité d'une mère en détresse vis-à-vis de son enfant. De plus, le médecin de l'enfant peut aider la mère dépressive à comprendre en quoi son humeur peut influer sur son rôle parental et contribuer aux problèmes de l'enfant. Il est important de conserver un indice de présomption de trouble de la santé mentale maternelle élevé lorsque les troubles de comportement de l'enfant sont abordés pendant une visite médicale.

Le médecin devrait donc s'informer systématiquement des antécédents familiaux de santé mentale, notamment de la dépression maternelle mais aussi de l'ESPT lorsque le contexte est évocateur.

Un dépistage simple, peut être réalisé lors de la consultation pour l'enfant, qui est souvent accompagné de sa mère [219] :

- Qu'est-ce que ça vous fait d'être mère ?
- Prenez-vous plaisir à être avec votre enfant ?
- Trouvez-vous qu'il est facile ou difficile de vous occuper de votre enfant ?
- Êtes-vous fatiguée ? Comment est votre appétit ?
- Depuis un mois, vous êtes-vous souvent sentie découragée, déprimée ou désespérée ? vous est-il souvent arrivé d'avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?

Lorsqu'un trouble de la santé mentale ou une difficulté dans la relation mère-enfant est présumée, le médecin de l'enfant peut donner des conseils et discuter avec le médecin de la mère ou aiguiller celle-ci vers des services psychiatriques pertinents. Une collaboration s'impose entre le médecin de la mère et celui de l'enfant. De plus, il a été démontré que l'attachement de l'enfant à son médecin habituel procure un sentiment de sécurité pour l'enfant et atténue les effets du stress sur les réponses au cortisol chez les enfants vulnérables [359].

Chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, des problèmes d'adaptation de l'enfant et une altération fonctionnelle à la maison et à l'école devraient éveiller le médecin à la possibilité d'un trouble de la santé mentale de la mère. De plus, dans les familles ayant des antécédents de dépression, le médecin doit se souvenir que les enfants peuvent devenir dépressifs ou souffrir d'autres psychopathologies, surtout à l'adolescence. Ces troubles demeurent souvent sous-diagnostiqués et non traités pendant une longue période et perpétuent la souffrance de toute la famille. Le médecin de l'enfant a un rôle essentiel à jouer pour faciliter un aiguillage vers des services pertinents, à la fois pour l'enfant et l'adolescent et pour le parent.

Enfin, les médecins de premier recours devraient vérifier régulièrement le développement de l'enfant, offrir des conseils préventifs et les aiguiller rapidement pour qu'ils bénéficient d'une évaluation et d'une prise en charge plus complète des troubles de développement et de comportement. Pour cela des consultations plus longues et revalorisées tout au long de l'enfance devraient être mises en place. Actuellement seules certaines consultations sont remboursées à 100% et bénéficient du tiers payant (8ème jour, 1er, 2ème, 3ème, 4ème, 5ème, 6ème, 9ème, 12ème, 16ème, 20ème, 24ème mois puis 2 fois par an jusque l'âge de 6 ans) et ce système de facturation est peu connu des médecins car complexe à facturer. Il faut donc davantage sensibiliser et former les médecins de premiers recours à la santé mentale des mères et de leurs enfants. Les centres de PMI sont souvent déjà sensibilisés à ces problématiques mais sont de moins en moins nombreux et ne sont malheureusement accessibles qu'aux enfants de moins de 6 ans. Il faudrait donc de nouveau promouvoir leur développement, augmenter leur financement et augmenter la limite d'âge à 15 ans.

IV.3.3 LA MEDECINE SCOLAIRE

La cohérence institutionnelle du service de santé scolaire apparaît essentielle, compte tenu en particulier de la très fréquente comorbidité dont il a été fait état précédemment. Il semble nécessaire que tous les acteurs de la santé et de la médecine scolaire (médecin scolaire, certes, mais aussi infirmier scolaire, assistant social, psychologue scolaire et plus généralement toutes les autres professions qui ont à travailler avec des enfants présentant ou non des troubles ou des handicaps) soient regroupés dans un même service sous une même tutelle administrative. En effet, il n'existe pas d'équipe (au sens large) de santé scolaire. Pourtant, il faut éviter tout ce qui pourrait conduire à un relatif éclatement du système de santé scolaire, notamment dans le domaine de la santé mentale.

Malgré ces besoins croissants, le nombre de médecins et d'infirmiers scolaires ne cesse de diminuer : 1035 médecins étaient en fonction en 2016, soit un effondrement des effectifs de l'ordre de 20 % depuis 2008. La pyramide d'âge est également extrêmement défavorable (âge moyen de 54,8 ans) avec un nombre important de départs à la retraite dans les années qui viennent [360]. En 2016, le taux moyen d'encadrement variait de 2 000 à 46 000 élèves par médecin, sachant que certains départements n'ont plus de médecins [361].

De même, il faut rappeler que ces professionnels exercent leur activité au sein de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un lycée, mais qu'ils gèrent plutôt un secteur lorsqu'il s'agit d'une école maternelle, primaire ou d'un collège. Ils doivent donc gérer un plus grand nombre d'enfants, avec moins de disponibilité, alors que dans le cadre de difficultés émotionnelles ou comportementales des enfants, plus la prise en charge est précoce plus le retentissement à l'adolescence et à l'âge adulte est limité. Et plus le soignant est présent au quotidien, mieux il connait les enfants et créé un lien de confiance avec eux lui permettant de mieux dépister les éventuelles difficultés émotionnelles et comportementales.

De même, seules 2 visites sont obligatoires : à 6 ans, qui doit être réalisée par un médecin scolaire et à 12 ans, qui doit être réalisée par un infirmier scolaire. Pourtant seule la moitié des enfants de 6 ans a pu réellement bénéficier d'un examen médical [361] (de 0 à 90% selon les départements). Une telle carence pénalise les élèves issus de milieux défavorisés qui n'ont pas d'accès régulier à un médecin généraliste ou à un pédiatre. Ceci va à l'encontre des objectifs du parcours éducatif de santé et certains médecins scolaires se posent la question de la priorité entre le dépistage individuel de tous les enfants ou le dépistage ciblé mais homogène et efficace.

Les médecins scolaires ont principalement pour rôle de donner des avis médicaux sur l'orientation et l'aptitude aux travaux réglementé (dans le cadre des écoles professionnelles), de mettre en place des Projets d'Accueil Individualisés (PAI) pour les enfants souffrant de maladie chronique, des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) en milieu scolaire ordinaire des élèves en situation de handicap, des Plans d'Accompagnements Personnalisés (PAP) pour les enfants ayant des troubles des apprentissage de type « DYS » (dyslexie, dysphonie, dyspraxie, etc.), et de gérer les urgences (épidémie, maltraitance). Le dépistage des difficultés émotionnelles et comportementales ne peut donc pas être réalisé de façon systématique alors que son impact sur le bon développement et les résultats scolaires de l'enfant est important.

En plus de l'équipe soignante scolaire, on peut renforcer le rôle des enseignants en les préparant à la dimension de repérage des priorités de santé publique, dont la santé mentale, dans leur formation. Il faut qu'ils prennent en compte dans leurs enseignements les difficultés de certains enfants. Il faut les former à travailler en liaison étroite avec les familles, les personnels de santé, les services sociaux susceptibles d'apporter leur aide au suivi et à l'accueil de l'enfant en difficulté ou en danger.

IV.3.4 LES INTERVENTIONS

IV.3.4.1 GENERALITES

Tout d'abord, une concertation et une harmonisation des intervenants et des interventions s'imposent compte tenu de la multiplicité des structures, de droit public ou privé, et des organismes impliqués

dans la santé physique et mentale des jeunes au niveau des écoles, des bassins, des municipalités, du département et de la région. De même qu'il faut coordonner les soins en santé mentale, il parait important de coordonner l'aide à la parentalité. Pour avoir une cohérence des activités et une bonne coordination des programmes, il faudrait définir une politique, promouvoir la recherche et également évaluer l'efficacité des actions entreprises et d'en proposer certaines.

L'Académie de médecine recommande « la création, au sein des Agences régionales de santé, d'un service spécifique de l'enfance coordonnant les différentes activités de dépistage et de suivi et assurant une politique cohérente sanitaire, sociale et éducative, en particulier en coordonnant les activités de pmi et de médecine scolaire. Afin d'assurer la continuité des soins de l'enfant, il convient de mettre en place des liens organiques entre enseignants, médecins scolaires, médecins de famille, consultants en psychologie ou psychiatrie et services sociaux de façon à faciliter la mise en œuvre d'actions appropriées. » [362].

L'Agence de la Santé Publique du Canada a ainsi mis en place le « Portail Canadien des Pratiques Exemplaires ». Ce portail offre aux professionnels de santé et aux décideurs de la santé publique un site internet unique qui regroupe plusieurs sources de renseignements fiables ainsi que des liens vers des ressources et des solutions permettant de planifier des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés à la population et aux collectivités. Il recense l'ensemble des programmes d'interventions et met à disposition un moteur de recherche adapté à l'utilisation des professionnel [363]. Actuellement en France, la démarche se rapprochant le plus de ce portail est le site « psycom.org » qui est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Il aide à mieux comprendre les troubles psychiques, leurs traitements et l'organisation des soins psychiatriques (dont un annuaire qui permet aux malades et aux soignants de savoir à qui il faut s'adresser).

Des études ont montré que lorsque les mères sont traitées pour dépression leurs enfants développent moins de difficultés émotionnelles et comportementales [364–366]. Une récente méta-analyse de 9 essais contrôlés randomisés a montré qu'une prise en charge en psychothérapie des mères souffrant

de dépression était associée à une meilleure santé mentale des enfants, de meilleurs interactions mères-enfants et à moins de conflits conjugaux/parentaux [367]. De même, lorsque les enfants souffrant de difficultés émotionnelles et comportementales sont pris en charge, les parents sont plus disponibles, retrouvent un travail plus facilement et souffrent de moins de stress liés à la parentalité [346]. Il parait donc important d'améliorer les interactions mères-enfants mais aussi de prendre en charge les mères et les enfants.

IV.3.4.2 Les interventions a domicile

De nombreuses interventions consistent en des visites à domicile apportant un soutien par un professionnel de santé. Les interventions ont été axées sur la modification de l'humeur de la mère, sur l'accroissement de sa sensibilité ou de sa sensibilisation aux issues du nourrisson et sur la diminution de ses perceptions négatives des comportements du nourrisson [368]. Les techniques d'encadrement des interactions visent à améliorer la qualité des interactions entre la mère et son enfant, que ce soit en enseignant à des mères intrusives hyper stimulantes à imiter leur enfant ou à des mères repliées sur elles-mêmes à attirer et à maintenir l'attention de leur enfant [350]. Ainsi, un soutien social et des interventions de visite à domicile réussissent à limiter la maltraitance [369], améliorer les humeurs et les attitudes des mères dépressives [370,371], de même que la sécurité d'attachement et le développement psychomoteur de leur enfant [251,372], les résultats scolaires [373] et les comportements délinquants des enfants [374,375]. Malheureusement l'ensemble de ces interventions est plus difficile à mettre en place chez les familles sans logement.

IV.3.4.3 La therapie filiale

La thérapie filiale, dérivée de la thérapie par le jeu centrée sur l'enfant, apprend aux parents à jouer avec leurs enfants pour exprimer leurs sentiments et acquérir la maîtrise des pensées et émotions difficiles [376]. Ainsi, les enfants d'âge scolaire et les adolescents de mères souffrant d'un trouble de la santé mentale devraient pouvoir bénéficier d'une intervention axée sur la famille, centrée sur la communication au sujet de la maladie dans la famille et sur le développement de la résilience de

l'enfant. Les interventions proposant aux parents de transmettre de l'information sur les causes et les symptômes de leur pathologie devraient être dirigées par un professionnel de santé, car celui-ci permet de mieux relier la documentation aux expériences de vie des familles [377]. Ce type d'intervention montre des changements de comportements et d'attitudes parmi les parents et les enfants, avec des taux élevés de communication entre les parents et les enfants au sujet de la maladie et une meilleure compréhension par l'enfant de la maladie affective du parent.

Une autre étude, proposant une intervention préventive « Family Groupe Cognitive-Behavioral », montre une diminution des symptômes internalisés et externalisés, d'anxiété et de dépression chez les enfants et une diminution de la fréquence des épisodes dépressifs chez les parents et une augmentation des compétences parentales [378].

En 1998, Beardslee a développé « Family Talk », une intervention en 6 séances centrées sur la famille qui comprenait l'histoire, la psychoéducation, interroger les enfants sur leurs soucis, rencontrer les parents pour planifier des réunions familiales, discuter des problèmes ensemble, et un suivi. L'objectif de cette intervention était d'accroître la compréhension de soi et de créer une compréhension partagée dans les familles en les aidant à construire un récit cohérent des événements menant à la dépression parentale. L'intervention a été menée dans différents pays, et le principal résultat pour les enfants était une meilleure compréhension de la dépression de leurs parents et des effets positifs pour les deux parents [379,380].

IV.3.4.4 Les interventions a l'ecole

En ce qui concerne la scolarité, de nombreuses interventions existent. On peut citer par exemple, l'intervention « Good Behavior Game » (stratégie de gestion du comportement en salle de classe de niveau primaire que les enseignants utilisent sous forme de jeu en même temps que le programme d'enseignement normalisé de l'école) [381,382] et le « Family-School Partnership » (collaboration entre les parents et les enseignants ou les professionnels de la santé mentale visant à améliorer les compétences des parents en matière d'enseignement et de gestion du comportement de leur enfant en les faisant participer aux activités éducatives) [381,383]. Ces interventions améliorent la

fréquentation et les résultats scolaires et limitent les troubles du comportement (agressivité, difficultés de concentration) des enfants.

Pour les enfants, la « Tête Haute » est une initiative qui est désormais d'ampleur nationale montrant aux élèves comment réduire la stigmatisation et devenir des « champions » de la santé mentale dans leur école [384]. Cette initiative de lutte contre la stigmatisation a été créée par la Commission de la santé mentale du Canada et aide les jeunes de 12 à 18 ans à améliorer leur estime de soi, à tendre la main et à prendre la parole au sujet de la santé mentale.

IV.3.4.5 Les interventions limitant l'impact des traumatismes

Des interventions globales et ciblées impliquant les familles pourraient être fournis par des ONG en premier lieu (prise en charge de l'ESPT notamment suite à l'accueil de familles quittant leur pays dans un contexte de guerre) [261].

De façon plus large, le programme « Child First » (pour Child and Family Interagency, Resource, Support and Training) aide les familles en difficulté à établir de solides relations réconfortantes qui permettent de guérir et de protéger les jeunes enfants qui doivent composer avec les effets dévastateurs des traumatismes et du stress chronique [385]. Ce programme a montré une diminution des symptômes externalisés des enfants, une amélioration du langage, moins d'interactions avec les services de protection de l'enfance et moins de stress parental et de troubles de la santé mentale pour la mère.

IV.3.4.6 Les interventions ciblant les familles demunies

Les programmes « Head Start » et « Early Head Start » ont également démontré que la création de services et de soutiens pour les familles à faibles revenus souffrant de dépression peut améliorer les pratiques parentales et le bien-être des enfants dans les familles à faibles revenus [386]. Les services utiles comprennent une combinaison de dépistage et d'évaluation, d'interventions postnatales, de visites à domicile [387], de formation du personnel [388], de consultation en santé mentale et de traitement spécifique services [389]. Les chercheurs ont souligné l'importance vitale de traiter

également des facteurs de risque non spécifiques, comme la pauvreté, l'exposition à la violence, l'isolement social et le chômage, qui peuvent contribuer à l'apparition de la dépression [388,390,391]. Peu d'intervention ont été menées spécifiquement parmi les familles sans logement :

- « Parenting Through Change » est un programme de groupe de 14 semaines axé sur le développement des compétences, la résolution de problèmes, l'établissement de limites, la surveillance et l'implication positive [392,393]. Développé à l'origine comme une intervention préventive pour les enfants ayant des problèmes de comportement, il a été démontré qu'il réduit les difficultés des enfants ainsi que la dépression maternelle sur 9 ans [394].
- « Family Care Curriculum » est un programme de 6 semaines mis en place dans sept organismes d'hébergement d'urgence et de transition aux Etats-Unis. Il met l'accent sur les problèmes d'attachement, les soins axés sur les traumatismes, les pratiques parentales et les soins personnels. Il repose sur l'idée que lorsque les parents comprennent ce que leurs enfants « pensent, ressentent et ont besoin », les parents deviennent plus sensibles et réceptifs aux besoins de leurs enfants, ce qui entraîne un changement de comportement durable [393].

CONCLUSION

Dans le contexte actuel de l'augmentation du nombre de familles sans logement en Île-de-France et compte tenu de leur vulnérabilité, il est nécessaire de mieux connaitre leurs caractéristiques, notamment de santé mentale afin de limiter l'impact sur le développement de leur enfant à plus long terme. En effet nous avons montré dans cette thèse que les mères de familles sans logement présentent de fortes prévalences de dépression (28,8%) et d'ESPT (18,9%), que leurs enfants présentent de haut niveau de difficultés émotionnelles et comportementales (20,8%) et que la santé mentale des mères avait un retentissement sur la santé mentale de leur enfant.

Cette population est difficile d'accès aux études épidémiologiques car elle est constituée de personnes d'origines culturelles différentes, ne parlant pas souvent français, et déménageant régulièrement. L'évaluation de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leur santé est donc complexe. L'enquête ENFAMS (Enfants et familles sans logement) menée durant l'hiver 2012 répond donc à une demande sociale croissante et un besoin de connaissances scientifiques sur la santé des familles sans logement personnel y compris leur santé mentale. Ainsi, 801 familles ont répondu à plusieurs questionnaires lors d'un entretien mené par un binôme enquêteur psychologue bilingue (taux de participation de 65%). Nos travaux s'appuient sur cette enquête pour évaluer la santé mentale des mères et des enfants de ces familles et discuter des actions de prévention à mettre en place afin d'améliorer leur prise en charge, notamment la santé mentale de leurs enfants.

Les principaux facteurs associés à ces troubles de la santé mentale sont l'accumulation de troubles de la santé mentale (dépression, ESPT, risque suicidaire et être victime de moqueries à l'école pour les enfants), les circonstances de migrations (départ du pays d'origine pour une cause violente et le pays d'origine), l'hébergement (l'instabilité résidentielle et le fait d'aimer son hébergement) et le renoncement à des soins et la santé physique de l'enfant (la maladie, le surpoids et le mauvais sommeil).

D'après nos résultats et des études interventionnelles certaines recommandations s'imposent : reloger les familles dans des logements adaptés à leur accueils et stables, adapter les services à l'accueil de personnes ayant vécu des traumatismes ou souffrant de dépression, prendre en charge l'ensemble des membres de la famille (parents et enfants), proposer régulièrement du soutien à la parentalité, et élargir les services centrés sur le développement de l'enfant (maternité, PMI, médecin de premier recours et médecine scolaire). Pour assurer des services et des soins de qualité, une formation spécifique à l'accueil de personnes précaires doit être mise en place pour le personnel accueillant les familles sans logement (parents et enfants). Ainsi, le système de santé de droit commun et les professionnels en soins primaires pourraient profiter de l'opportunité qu'offre chaque contact avec ces familles pour dépister les troubles de la santé mentale tant chez les mères que chez leurs enfants, et les aiguiller vers les structures existantes pour faciliter leur accès à aux soins. Etant donné le nombre croissant de familles sans logement, les taux élevés de dépression et d'ESPT maternels et leurs répercussions sur les difficultés émotionnelles et de comportement des enfants, le soutien à ces programmes devrait devenir une priorité élevée en matière de santé publique.

REFERENCES

1. WHO [En ligne]. OMS | La santé mentale: renforcer notre action; [cité le 9 mai 2017]. Disponible: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

2. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. Arch Gen Psychiatry. mai 1991;48(5):470-4.

3. Leaf PJ, Weissman MM, Myers JK, Tischler GL, Holzer CE. Social factors related to psychiatric disorder: the Yale Epidemiologic Catchment Area study. Soc Psychiatry Sozialpsychiatrie Psychiatr Soc. 1984;19(2):53-61.

4. Liem R, Liem J. Social class and mental illness reconsidered: the role of economic stress and social support. J Health Soc Behav. juin 1978;19(2):139-56.

5. Le Mener E, Oppenchaim N. The Temporary Accommodation of Homeless Families in Ile-de-France. Eur J Homelessness. août 2012;6(1):83-103.

6. Laporte A, Douay C, Détrez M-A, Le Masson V, Le Mener E, Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France (Samenta) [En ligne]. Observatoire du Samusocial, INSERM; janv 2010. Disponible: http://www.inserm.fr/content/download/8550/63979/version/1/file/samenta.pdf

7. Guyavarch E, Le Mener E, Vandentorren S. ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France : premiers résultats de l'enquête quantitative [En ligne]. Paris : Observatoire du Samu Social, Inserm; oct 2014 p. 442. Disponible: http://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_rapport_final.pdf

8. Grant R, Gracy D, Goldsmith G, Shapiro A, Redlener IE. Twenty-five years of child and family homelessness: where are we now? Am J Public Health. déc 2013;103 Suppl 2:e1-10.

9. Laporte A, Le Mener E, Chauvin P. La santé mentale et les addictions des personnes sans logement en Ile-de-France. Lett Obs. sept 2010;(5).

10. Samuels J, Shinn M, Buckner JC. Homeless Children: Update on Research, Policy, Programs, and Opportunities [En ligne]. 2010 [cité le 4 févr 2014]. Disponible: http://aspe.hhs.gov/hsp/10/homelesschildrenroundtable/index.pdf

11. Conrad BS. Maternal depressive symptoms and homeless children's mental health: risk and resiliency. Arch Psychiatr Nurs. févr 1998;12(1):50-8.

12. Rog DJ, Buckner JC. Homeless families and children. Paper presented at the 2007 national symposium on homelessness Research [En ligne]. 2007 [cité le 4 févr 2014]. Disponible: http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/rog/

13. Vostanis P, Grattan E, Cumella S. Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. BMJ. 21 mars 1998;316(7135):899-902.

14. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry. juill 2003;60(7):709-17.

15. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. [Inequalities in health: from the epidemiologic model towards intervention. Pathways and accumulations along the life course]. Rev Epidemiol Sante Publique. déc 2009;57(6):429-35.

16. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ. 29 avr 2000;320(7243):1200-4.

17. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ. 19 mai 2001;322(7296):1233-6.

18. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. Sci Soc Santé. 2002;20(4):75-128.

19. Diez Roux AV, Merkin SS, Arnett D, Chambless L, Massing M, Nieto FJ, et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. N Engl J Med. 12 juill 2001;345(2):99-106.

20. Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). Health Place. sept 2010;16(5):838-52.

21. Adamson JA, Ebrahim S, Hunt K. The psychosocial versus material hypothesis to explain observed inequality in disability among older adults: data from the West of Scotland Twenty-07 Study.

J Epidemiol Community Health. nov 2006;60(11):974-80.

22. McEwen BS, Kalia M. The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions. Metabolism. oct 2010;59 Suppl 1:S9-15.

23. Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. Soc Sci Med 1982. mars 2003;56(6):1321-33.

24. Bartley M, Blane D, Montgomery S. Health and the life course: why safety nets matter. BMJ. 19 avr 1997;314(7088):1194-6.

25. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale - Rapport Wresinski CES 1987 [En ligne]. Conseil économique et social français; oct 1987. Disponible: http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/

26. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Paris, France : Académie Nationale de Médecine; juin 2017.

27. Les chiffres du mal logement en 2016 [En ligne]. France : Fondation Abbé Pierre pour le Logement des Défavorisés; 2016. Disponible: http://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/les_chiffres_du_mal-logement_2016.pdf

28. Goodman LA, Smyth KF, Borges AM, Singer R. When crises collide: how intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? Trauma Violence Abuse. oct 2009;10(4):306-29.

29. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. Psychol Med. mai 1998;28(3):585-98.

30. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. Psychol Med. janv 1995;25(1):7-21.

31. Zabkiewicz DM, Patterson M, Wright A. A cross-sectional examination of the mental health of homeless mothers: does the relationship between mothering and mental health vary by duration of homelessness? BMJ Open. 8 déc 2014;4(12):e006174.

32. Bassuk EL, Buckner JC, Perloff JN, Bassuk SS. Prevalence of mental health and substance use

disorders among homeless and low-income housed mothers. Am J Psychiatry. nov 1998;155(11):1561-4.

33. Weinreb LF, Buckner JC, Williams V, Nicholson J. A Comparison of the Health and Mental Health Status of Homeless Mothers in Worcester, Mass: 1993 and 2003. Am J Public Health. août 2006;96(8):1444.

34. Ferry F, Bunting B, Murphy S, O'Neill S, Stein D, Koenen K. Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: a consideration of the impact of the « Troubles ». Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. mars 2014;49(3):435-46.

35. Cutler SE, Nolen-Hoeksema S. Accounting for sex differences in depression through female victimization: Childhood sexual abuse. Sex Roles. 1 avr 1991;24(7-8):425-38.

36. Kessler RC, Magee WJ. Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. Psychol Med. août 1993;23(3):679-90.

37. Silverman J, Krieger J, Kiefer M, Hebert P, Robinson J, Nelson K. The Relationship Between Food Insecurity and Depression, Diabetes Distress and Medication Adherence Among Low-Income Patients with Poorly-Controlled Diabetes. J Gen Intern Med. oct 2015;30(10):1476-80.

38. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA. 3 août 2005;294(5):602-12.

39. Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. J Immigr Minor Health. oct 2013;15(5):890-7.

40. Henderson A. Social support and depression. Dans: The Meaning and Measurement of Social Suppor . Hemisphere. New York : Veiel H, Bau- mann U.; 1992. p. 85-92.

41. Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC, World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res. juin 2014;53:157-65.

42. Gertz J, Varley KE, Reddy TE, Bowling KM, Pauli F, Parker SL, et al. Analysis of DNA methylation in a three-generation family reveals widespread genetic influence on epigenetic regulation. PLoS Genet. août 2011;7(8):e1002228.

43. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol Psychiatry. 15 mai 2005;57(10):1117-27.

44. Gillespie NA, Whitfield JB, Williams B, Heath AC, Martin NG. The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. Psychol Med. janv 2005;35(1):101-11.

45. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. Am J Psychiatry. juill 2002;159(7):1133-45.

46. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 18 juill 2003;301(5631):386-9.

47. Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P, et al. Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. Mol Psychiatry. oct 2004;9(10):908-15.

48. Chitrala KN, Nagarkatti P, Nagarkatti M. Prediction of Possible Biomarkers and Novel Pathways Conferring Risk to Post-Traumatic Stress Disorder. PloS One. 2016;11(12):e0168404.

49. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. Arch Gen Psychiatry. mai 2005;62(5):529-35.

50. York TP, Miles MF, Kendler KS, Jackson-Cook C, Bowman ML, Eaves LJ. Epistatic and environmental control of genome-wide gene expression. Twin Res Hum Genet Off J Int Soc Twin Stud. févr 2005;8(1):5-15.

51. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. Biol Psychiatry. 15 oct 2000;48(8):778-90.

52. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. Biol Psychiatry. 1 sept 2003;54(5):515-28.

53. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. Biol Psychiatry. 1 sept 2003;54(5):504-14.

54. Gandubert C, Scali J, Ancelin M-L, Carrière I, Dupuy A-M, Bagnolini G, et al. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. Neurobiol Stress. juin 2016;3:61-7.

55. Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 1991;159:106-14.

56. Monroe SM, Harkness KL. Life stress, the « kindling » hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. Psychol Rev. avr 2005;112(2):417-45.

57. de Kloet ER, Joëls M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. Nat Rev Neurosci. juin 2005;6(6):463-75.

58. Willner P. The chronic mild stress (CMS) model of depression: History, evaluation and usage. Neurobiol Stress. 1 févr 2017;6:78-93.

59. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. Arch Gen Psychiatry. août 2003;60(8):789-96.

60. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. Annu Rev Psychol. 1997;48:191-214.

61. Huizink AC, Mulder EJH, Buitelaar JK. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? Psychol Bull. janv 2004;130(1):115-42.

62. Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. Br J Psychiatry J Ment Sci. févr 1979;134:138-47.

63. Holmes SJ, Robins LN. The role of parental disciplinary practices in the development of depression and alcoholism. Psychiatry. févr 1988;51(1):24-36.

64. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science. 2 août 2002;297(5582):851-4.

65. Vostanis P, Tischler V, Cumella S, Bellerby T. Mental health problems and social supports

among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. Int J Soc Psychiatry. 2001;47(4):30-40.

66. Holt RIG, de Groot M, Golden SH. Diabetes and depression. Curr Diab Rep. juin 2014;14(6):491.

67. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. Br J Psychiatry Suppl. juin 1996;(30):17-30.

68. Nathan T. La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod; 1986.

69. Moro M-R. Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle. Psychiatrie. Odile Jacob; 2010.

70. Schwartz CE, Kunwar PS, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Vangel MG, Rauch SL, et al. Behavioral inhibition in childhood predicts smaller hippocampal volume in adolescent offspring of parents with panic disorder. Transl Psychiatry. 2015;5:e605.

71. State MW, Lombroso PJ, Pauls DL, Leckman JF. The genetics of childhood psychiatric disorders: a decade of progress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. août 2000;39(8):946-62.

72. Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Henin A, Petty C, Faraone SV, Mazursky H, et al. Psychopathology in adolescent offspring of parents with panic disorder, major depression, or both: a 10-year follow-up. Am J Psychiatry. nov 2012;169(11):1175-84.

73. Bassuk EL, Beardslee WR. Depression in Homeless Mothers: Addressing an Unrecognized Public Health Issue. J Orthopsychiatry 2014. 2014;84(1):73-81.

74. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. The Lancet. oct 2014;384(9953):1529-40.

75. Suglia SF, Duarte CS, Sandel MT. Housing Quality, Housing Instability, and Maternal Mental Health. J Urban Health Bull N Y Acad Med. déc 2011;88(6):1105-16.

76. Rutter ML. Psychosocial adversity and child psychopathology. Br J Psychiatry J Ment Sci. juin 1999;174:480-93.

77. Kuperman S, Schlosser SS, Lidral J, Reich W. Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. juin 1999;38(6):686-92.

78. Cutts DB, Coleman S, Black MM, Chilton MM, Cook JT, de Cuba SE, et al. Homelessness during pregnancy: a unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. Matern Child Health J. juin 2015;19(6):1276-83.

79. Bain M, Juszczak E, McInneny K, Kendell RE. Obstetric complications and affective psychoses. Two case-control studies based on structured obstetric records. Br J Psychiatry J Ment Sci. juin 2000;176:523-6.

80. Weinreb L, Wehler C, Perloff J, Scott R, Hosmer D, Sagor L, et al. Hunger: its impact on children's health and mental health. Pediatrics. oct 2002;110(4):e41.

81. Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. Adv Psychiatr Treat. 5 janv 2004;10(3):216-24.

82. Amone-P'Olak K, Burger H, Ormel J, Huisman M, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents: the TRAILS study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. mars 2009;44(3):231-8.

83. Bassuk EL, Buckner JC, Weinreb LF, Browne A, Bassuk SS, Dawson R, et al. Homelessness in female-headed families: childhood and adult risk and protective factors. Am J Public Health. févr 1997;87(2):241-8.

84. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. Dev Psychopathol. 2003;15(1):139-62.

85. Bassuk EL, Rosenberg L. Why does family homelessness occur? A case-control study. Am J Public Health. juill 1988;78(7):783-8.

86. Bassuk EL. Who are the homeless families? Characteristics of sheltered mothers and children. Community Ment Health J. oct 1990;26(5):425-34.

87. Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. Am J Orthopsychiatry. oct 2004;74(4):413-23.

88. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte [En ligne]. Association mémoire traumatique et victimologie; mars 2015 p. 13. Disponible: http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/Synthese-Rapport2015-AMTV-Web.pdf

89. Tursz A. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France [En ligne]. Tec & Doc Lavoisier; 2008. Disponible: http://www.inserm.fr/espace-journalistes/enfants-maltraites.-les-chiffres-et-leur-base-juridique-en-france

90. Cummings JG, Pepler DJ, Moore TE. Behavior Problems in Children Exposed to Wife Abuse: Gender Differences. J Fam Violence. 1 juin 1999;14(2):133-56.

91. Engle PL, Black MM. The effect of poverty on child development and educational outcomes. Ann N Y Acad Sci. 2008;1136:243-56.

92. Zima BT, Wells KB, Freeman HE. Emotional and behavioral problems and severe academic delays among sheltered homeless children in Los Angeles County. Am J Public Health. févr 1994;84(2):260-4.

93. Bassuk EL, Richard MK, Tsertsvadze A. The prevalence of mental illness in homeless children: a systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. févr 2015;54(2):86-96.e2.

94. Shonkoff JP, Garner AS, Health TC on PA of C and F, Childhood C on E, Adoption, Care AD, et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatrics. 1 déc 2011;peds.2011-2663.

95. Buckner JC, Bassuk EL, Weinreb LF. Predictors of Academic Achievement among Homeless and Low-Income Housed Children. J Sch Psychol. janv 2001;39(1):45-69.

96. Fantuzzo JW, LeBoeuf WA, Chen C-C, Rouse HL, Culhane DP. The Unique and Combined Effects of Homelessness and School Mobility on the Educational Outcomes of Young Children. Educ Res. 1 déc 2012;41(9):393-402.

97. Najman JM, Aird R, Bor W, O'Callaghan M, Williams GM, Shuttlewood GJ. The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. Soc Sci Med. mars 2004;58(6):1147-58.

98. Duncan G, Yeung W-J, Brooks-Gunn J, Smith J. How Much Does Childhood Poverty Affect the Life Chances of Children? Am Sociol Rev. 1 juin 1998;63:406-23.

99. Bourdieu P. Le capital social. Actes Rech En Sci Soc. 1980;31(1):2-3.

100. Bourdieu P. À propos de la famille comme catégorie réalisée. Actes Rech En Sci Soc. 1993;100(1):32-6.

101. Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Behrens BC. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. Aust N Z J Psychiatry. oct 1997;31(5):664-75.

102. Najman J, E. Shaw M, Bor W, O'Callaghan M, M Williams G, J. Anderson M. Working class authoritarianism and child socialization: An Australian study. 1 nov 1994;15.

103. Zahn-Waxler C, Kochanska G, Krupnick J, McKnew D. Patterns of Guilt in Children of Depressed and Well Mothers. Dev Psychol. 1 janv 1990;26:51-9.

104. Dixon C, Charles MA, Craddock AA. The Impact of Experiences of Parental Divorce and Parental Conflict on Young Australian Adult Men and Women. J Fam Stud. 1 avr 1998;4(1):21-34.

105. Barnes AJ, Gilbertson J, Chatterjee D. Emotional Health Among Youth Experiencing Family Homelessness. Pediatrics. 1 avr 2018;141(4):e20171767.

106. Moore T, McArthur M, Noble-Carr D. Stuff you'd never think of Children talk about homelessness and how they'd like to be supported.pdf. Famiy Matters. 2008;(78).

107. Martinache I. Cécile Brousse, Jean-Marie Firdion, Maryse Marpsat, Les sans-domicile. Lectures [En ligne]. 1 déc 2008 [cité le 1 sept 2017]; Disponible: http://lectures.revues.org/691

108. Damon J. La question SDF. Critique d'une action publique. Paris : Presses Universitaires de France; 2012. 320 p. (Le Lien Social).

109. Bourdieu P. La Misère du monde [En ligne]. Editions du Seuil; 1993 [cité le 1 sept 2017]. 1472 p. Disponible: http://www.seuil.com/ouvrage/la-misere-du-monde-pierre-bourdieu/9782757851524

110. Castel R. Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat. Fayard; 1995. 494 p.

111. Pichon P. Un point sur les premiers travaux sociologiques français à propos des sans-domicile

fixes. Sociétés Contemp. 1998;30(1):95-109.

112. Peretti G de. Les « sans-domicile » : des stéréotypes à nuancer. Rech Prévisions. 2008;94(1):114-20.

113. Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur J Public Health. févr 2016;26(1):71-6.

114. Yaouancq F, Marpsat M. Avant-propos. L'enquête Sans-Domicile 2012 : histoire et place en Europe. Econ Stat. 2016;488(1):7-23.

115. [En ligne]. Définition - Sans-domicile | Insee; [cité le 9 mai 2017]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256

116. Brousse C. L'enquête sans-domicile 2001: 1ère partie Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête. Insee-Méthodes. 2006;116.

117. [En ligne]. ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement; [cité le 18 juill 2017]. Disponible: http://www.feantsa.org/fr/resource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement?bcParent=27

118. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. Insee Prem. juill 2013;(1455).

119. Miller DS, Lin EH. Children in sheltered homeless families: reported health status and use of health services. Pediatrics. mai 1988;81(5):668-73.

120. Wood DL, Valdez RB, Hayashi T, Shen A. Health of homeless children and housed, poor children. Pediatrics. déc 1990;86(6):858-66.

121. Masten AS, Miliotis D, Graham-Bermann SA, Ramirez M, Neemann J. Children in homeless families: risks to mental health and development. J Consult Clin Psychol. avr 1993;61(2):335-43.

122. Bassuk EL, Rubin L, Lauriat AS. Characteristics of sheltered homeless families. Am J Public Health. sept 1986;76(9):1097-101.

123. American Institutes for Research [En ligne]. lbogle. National Center on Family Homelessness;

3 sept 2015 [cité le 4 oct 2017]. Disponible: http://www.air.org/center/national-center-family-homelessness

124. Bassuk EL, Weinreb LF, Buckner JC, Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The characteristics and needs of sheltered homeless and low-income housed mothers. JAMA J Am Med Assoc. 28 août 1996;276(8):640-6.

125. Bassuk EL, Weinreb LF, Dawson R, Perloff JN, Buckner JC. Determinants of behavior in homeless and low-income housed preschool children. Pediatrics. juill 1997;100(1):92-100.

126. Shinn M, Knickman JR, Weitzman BC. Social relationships and vulnerability to becoming homeless among poor families. Am Psychol. nov 1991;46(11):1180-7.

127. Weinreb L, Goldberg R, Bassuk E, Perloff J. Determinants of health and service use patterns in homeless and low-income housed children. Pediatrics. sept 1998;102(3 Pt 1):554-62.

128. Browne A, Bassuk SS. Intimate violence in the lives of homeless and poor housed women: prevalence and patterns in an ethnically diverse sample. Am J Orthopsychiatry. avr 1997;67(2):261-78.

129. Rubin DH, Erickson CJ, San Agustin M, Cleary SD, Allen JK, Cohen P. Cognitive and academic functioning of homeless children compared with housed children. Pediatrics. mars 1996;97(3):289-94.

130. Yu M, North CS, Lavesser PD, Osborne VA, Spitznagel EL. A comparison study of psychiatric and behavior disorders and cognitive ability among homeless and housed children. Community Ment Health J. févr 2008;44(1):1-10.

131. Wood D, Valdez RB, Hayashi T, Shen A. Homeless and housed families in Los Angeles: a study comparing demographic, economic, and family function characteristics. Am J Public Health. sept 1990;80(9):1049-52.

132. Meadows-Oliver M. Social support among homeless and housed mothers: an integrative review. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. févr 2005;43(2):40-7.

133. Letiecq BL, Anderson EA, Koblinsky SA. Social Support of Homeless and Permanently Housed Low-Income Mothers with Young Children. Fam Relat. juill 1996;45(3):265.

134. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. JAMA J Am Med Assoc. 10 janv 2001;285(2):200-6.

135. Lim YW, Andersen R, Leake B, Cunningham W, Gelberg L. How accessible is medical care for homeless women? Med Care. juin 2002;40(6):510-20.

136. Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L. Health care for homeless women. J Gen Intern Med. nov 2003;18(11):921-8.

137. Stein JA, Andersen R, Gelberg L. Applying the Gelberg-Andersen Behavioral Model for Vulnerable Populations to Health Services Utilization in Homeless Women. J Health Psychol. 9 janv 2007;12(5):791-804.

138. Billion J, Marpsat M. Les enquêtes aupres des sans-domicile en France et aux Etats-Unis. Un bilan méthodologique. ONPES [En ligne]. juin 2013 [cité le 4 oct 2017];(2). Disponible: http://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/juin2013.pdf

139. Firdion J-M, Marpsat M, Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Vie et santé des personnes sans domicile à Paris - Enquête INED, Paris, février-mars 1995 - rap1222.pdf [En ligne]. Paris; juin 1998. Rapport no 472. Disponible: http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1998/rap1222.pdf

140. Marpsat M, De Peretti G. Une personne sur vingt s'est retrouvée sans logement personnel au cours de sa vie. Insee Prem [En ligne]. 20 févr 2009 [cité le 4 oct 2017];(1225). Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280741#consulter

141. Scandariato R. La thérapie avec les familles immigrées. Santé Ment Au Qué. 1993;18(1):125-42.

142. Brutel C. Les immigrés récemment arrivés en France. Insee Prem [En ligne]. 28 nov 2014 [cité le 4 oct 2017];(1524). Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393

143. Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. Soc Sci Med 1982. nov 2003;57(10):1981-95.

144. Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés, Health and Ageing of Immigrants. Retraite Société. mars 2005;no 46(3):89-129.

145. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Rev Économique. 30 mars 2009;60(2):385-411.

146. INSEE. Les immigrés en France [En ligne]. INSEE; sept 2005. (INSEE Références).

Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371777

147. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. Soc Sci Med 1982. déc 2000;51(11):1573-93.

148. Simon P, Beauchemin C, Hamel C. Les discriminations : une question de minorités visibles. Popul Sociétés [En ligne]. avr 2010 [cité le 15 févr 2018];(466). Disponible: https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/les-discriminations-une-question-de-minorites-visibles/

149. Berchet C, Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Rev Économique. 1 déc 2010;61(6):1075-98.

150. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, social vulnerability and mental disorders among migrants and exiles. BEH Bull Epidémiologie Hebd. 5 sept 2017;(19-20).

151. Samu Social de Paris [En ligne]. Enfams- Enfants et familles sans logement en Ile-de-France; 21 oct 2014 [cité le 21 févr 2018]. Disponible: https://www.samusocial.paris/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-en-ile-de-france

152. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 1 févr 2007;61(3):348-58.

153. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry. déc 1988;45(12):1069-77.

154. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. févr 1998;33(2):80-8.

155. Jayasekera H, Carter G, Clover K. Comparison of the Composite International Diagnostic interview (CIDI-Auto) with clinical diagnosis in a suicidal population. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2011;15(1):43-55.

156. Kishore J, Kapoor V, Reddaiah VP. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) : Its reliability in a rural community of northern India. Indian J Psychiatry. 1999;41(4):350-7.

157. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. 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. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

158. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. nov 2001;40(11):1337-45.

159. Mieloo CL, Bevaart F, Donker MCH, van Oort FVA, Raat H, Jansen W. Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. Eur J Public Health. févr 2014;24(1):26-32.

160. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? J Abnorm Child Psychol. févr 1999;27(1):17-24.

161. Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. Am J Epidemiol. 1 avr 2004;159(7):702-6.

162. Cottrell G, Cot M, Mary J-Y. L'imputation multiple des données manquantes aléatoirement : concepts généraux et présentation d'une méthode Monte-Carlo. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. oct 2009;57(5):361-72.

163. Azur MJ, Stuart EA, Frangakis C, Leaf PJ. Multiple Imputation by Chained Equations: What is it and how does it work? Int J Methods Psychiatr Res. 1 mars 2011;20(1):40-9.

164. WHO [En ligne]. OMS | La dépression; [cité le 5 sept 2017]. Disponible: http://www.who.int/mental_health/management/depression/fr/

165. Morvan Y, Prieto A, Brifault X, Blanchet A, Dardennes R, Rouillon F, et al. La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. Dans: Baromètre Santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Paris : INPES; 2005. p. 459-85.

166. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'inform ation de la population. Santé Homme [En ligne]. sept 2012 [cité le 21 nov 2017];(421). Disponible: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf

167. Thornicroft G, Sartorius N. The course and outcome of depression in different cultures: 10-year

follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. Psychol Med. nov 1993;23(4):1023-32.

168. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1 juill 1999;56(7):617-26.

169. [En ligne]. Salmona M. Mémoire Traumatique et Victimologie; [cité le 5 sept 2017]. Disponible: https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html

170. Brown E. Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine. Pouvoirs Dans Caraïbe Rev CRPLC. 1 janv 2012;(17):43-59.

171. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. PLoS ONE [En ligne]. 11 avr 2013 [cité le 20 sept 2017];8(4). Disponible: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623968/

172. Ducrocq F, Vaiva G. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. L'Encéphale [En ligne]. [cité le 18 févr 2018]; Disponible: http://www.academia.edu/13935590/Pr%C3%A9valence_des_troubles_psychotraumatiques_en_France_m%C3%A9tropolitaine

173. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. déc 1995;52(12):1048-60.

174. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry. juill 1998;55(7):626-32.

175. Salmona M, Louville P. Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. Rev Santé Ment. mars 2013;(176).

176. Boulenger J-P. Troubles Anxieux. Dans: Manuel de Psychiatrie . 3ème édition. Paris : Elsevier Masson; 2017. p. 205-54.

177. World Health Organization. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.pdf. 2005.

178. Sharpe H, Patalay P, Fink E, Vostanis P, Deighton J, Wolpert M. Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. Eur Child Adolesc Psychiatry. juin 2016;25(6):659-67.

179. Matthews T, Danese A, Wertz J, Ambler A, Kelly M, Diver A, et al. Social isolation and mental health at primary and secondary school entry: a longitudinal cohort study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mars 2015;54(3):225-32.

180. Wolpert M, Deighton J, Patalay P, Martin A, Fitzgerald-Yau N, Demir E, et al. Me and my school: Findings from the national evaluation of targeted mental health in schools. Nottingham : DfE Publications; 2011.

181. Offord DR, Kraemer HC, Kazdin AE, Jensen PS, Harrington R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. juill 1998;37(7):686-94.

182. Bird HR. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. J Child Psychol Psychiatry. janv 1996;37(1):35-49.

183. Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. sept 2009;44(9):740-7.

184. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. Psychol Bull. juill 1990;108(1):50-76.

185. Gross D. Implications of maternal depression for the development of young children. Image-- J Nurs Scholarsh. 1989;21(2):103-7.

186. Webster-Stratton C, Hammond M. Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. J Abnorm Child Psychol. juin 1988;16(3):299-315.

187. Bernstein KS, Park S-Y, Shin J, Cho S, Park Y. Acculturation, discrimination and depressive symptoms among Korean immigrants in New York City. Community Ment Health J. févr 2011;47(1):24-34.

188. Lee SS, August GJ, Gewirtz AH, Klimes-Dougan B, Bloomquist ML, Realmuto GM. Identifying unmet mental health needs in children of formerly homeless mothers living in a supportive housing community sector of care. J Abnorm Child Psychol. avr 2010;38(3):421-32.

189. Sandel M, Sheward R, Cuba SE de, Coleman SM, Frank DA, Chilton M, et al. Unstable Housing and Caregiver and Child Health in Renter Families. Pediatrics. 1 févr 2018;141(2):e20172199.

190. Zabkiewicz DM, Patterson M, Frankish J, Somers JM. The Vancouver At Home Study: Overview and Methods of a Housing First Trial Among Individuals Who are Homeless and Living with Mental Illness | The Homeless Hub. Clin Trials. 2012;2(4).

191. Bernstein AB. Motherhood, health status, and health care. Womens Health Issues. 1 mai 2001;11(3):173-84.

192. Brown GW, Moran PM. Single mothers, poverty and depression. Psychol Med. janv 1997;27(1):21-33.

193. Chambers C, Chiu S, Scott AN, Tolomiczenko G, Redelmeier DA, Levinson W, et al. Factors Associated with Poor Mental Health Status among Homeless Women with and without Dependent Children. Community Ment Health J. juill 2014;50(5):553-9.

194. ResearchGate [En ligne]. Bassuk EL. Intimate Partner Violence in Extremely Poor Women: Longitudinal Patterns and Risk Markers; [cité le 1 août 2017]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/226252459_Intimate_Partner_Violence_in_Extremely_Poor_Women_Longitudinal_Patterns_and_Risk_Markers

195. Steel Z, Silove D, Chey T, Bauman A, Phan T, Phan T. Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population. Acta Psychiatr Scand. avr 2005;111(4):300-9.

196. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. Br J Psychiatry J Ment Sci. mai 2003;182:444-8.

197. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Geraci S. Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: A primary care study. ResearchGate. 1 sept 2012;9(3):e7525-8.

198. Knipscheer JW, Kleber RJ. The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress

to subjective mental health among Bosnian refugees. J Clin Psychol. mars 2006;62(3):339-53.

199. Whitbeck LB, Armenta BE, Gentzler KC. Homelessness-Related Traumatic Events and PTSD Among Women Experiencing Episodes of Homelessness in Three U.S. Cities. J Trauma Stress. 15 juill 2015;

200. Kaltman S, Green BL, Mete M, Shara N, Miranda J. Trauma, Depression, and Comorbid PTSD/Depression in a Community Sample of Latina Immigrants. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy. 1 mars 2010;2(1):31-9.

201. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. Arch Gen Psychiatry. janv 1997;54(1):81-7.

202. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. Am J Psychiatry. août 2004;161(8):1390-6.

203. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA. 3 août 2005;294(5):602-12.

204. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. J Urban Health Bull N Y Acad Med. sept 2001;78(3):458-67.

205. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. J Womens Health Gend Based Med. juin 2002;11(5):465-76.

206. Strohschein L, McDonough P, Monette G, Shao Q. Marital transitions and mental health: are there gender differences in the short-term effects of marital status change? Soc Sci Med 1982. déc 2005;61(11):2293-303.

207. Toscani L, Deroo LA, Eytan A, Gex-Fabry M, Avramovski V, Loutan L, et al. Health status of returnees to Kosovo: do living conditions during asylum make a difference? Public Health. janv 2007;121(1):34-44.

208. Hondius AJ, van Willigen LH, Kleijn WC, van der Ploeg HM. Health problems among Latin-American and middle-eastern refugees in The Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. J Trauma Stress. oct 2000;13(4):619-34.

209. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. Sleep Med. 1 févr 2014;15(2):248-54.

210. Hoover JH, Oliver R, Hazler RJ. Bullying: Perceptions of Adolescent Victims in the Midwestern USA. Sch Psychol Int. 2 janv 1992;13(1):5-16.

211. Hoover JH, Oliver RL, Thomson KA. Perceived Victimization by School Bullies: New Research and Future Direction. J Humanist Educ Dev. 1 déc 1993;32(2):76-84.

212. M. Heinicke C, D. Diskin S, M. Ramsey-Klee D, S. Oates D. Pre- and Postbirth Antecedents of 2-Year-Old Attention, Capacity for Relationships, and Verbal Expressiveness. Dev Psychol. 1 nov 1986;22:777-87.

213. Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. J Child Psychol Psychiatry. oct 2008;49(10):1099-107.

214. Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. BMC Pregnancy Childbirth [En ligne]. 31 mai 2016 [cité le 23 déc 2017];16. Disponible: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886446/

215. Gong P, Fan H, Liu J, Yang X, Zhang K, Zhou X. Revisiting the impact of OXTR rs53576 on empathy: A population-based study and a meta-analysis. Psychoneuroendocrinology. juin 2017;80:131-6.

216. Champagne FA. Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. Front Neuroendocrinol. juin 2008;29(3):386-97.

217. Laor N, Wolmer L, Mayes LC, Gershon A, Weizman R, Cohen DJ. Israeli preschool children under Scuds: a 30-month follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mars 1997;36(3):349-56.

218. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. J Child Psychol Psychiatry. janv 1994;35(1):73-112.

219. Société canadienne de pédiatrie. La dépression de la mère et le développement de l'enfant. Paediatr Child Health. oct 2004;9(8):589-98.

220. Campbell SB, Cohn JF, Meyers T. Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. Dev Psychol. 1995;31(3):349-57.

221. Sameroff AJ, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. Child Dev. févr 1993;64(1):80-97.

222. Kuczynski L, Kochanska G. Development of children's noncompliance strategies from toddlerhood to age 5. Dev Psychol. 1990;26(3):398-408.

223. Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. J Child Psychol Psychiatry. nov 1999;40(8):1259-71.

224. Field T, Lang C, Martinez A, Yando R, Pickens J, Bendell D. Preschool follow-up of infants of dysphoric mothers. J Clin Child Psychol. 1 sept 1996;25(3):272-9.

225. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. J Child Psychol Psychiatry. nov 1996;37(8):927-35.

226. Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmücker G, Allen H, Kumar R. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. J Child Psychol Psychiatry. nov 1995;36(8):1315-36.

227. Darbeda S, Falissard B, Orri M, Barry C, Melchior M, Chauvin P, et al. Adaptive behavior of sheltered homeless children in Paris region, France, in 2013: results of the ENFAMS survey. Am J Public Health. (Submitted).

228. Granat A, Gadassi R, Gilboa-Schechtman E, Feldman R. Maternal depression and anxiety, social synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions. Emot Wash DC. févr 2017;17(1):11-27.

229. Weinberg MK, Tronick EZ. Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. Child Dev. juin 1996;67(3):905-14.

230. Feldman R. The relational basis of adolescent adjustment: trajectories of mother-child interactive behaviors from infancy to adolescence shape adolescents' adaptation. Attach Hum Dev. janv 2010;12(1-2):173-92.

231. Halevi G, Djalovski A, Kanat-Maymon Y, Yirmiya K, Zagoory-Sharon O, Koren L, et al. The

social transmission of risk: Maternal stress physiology, synchronous parenting, and well-being mediate the effects of war exposure on child psychopathology. J Abnorm Psychol. nov 2017;126(8):1087-103.

232. Priel A, Djalovski A, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression impacts child psychopathology across the first decade of life: Oxytocin and synchrony as markers of resilience. J Child Psychol Psychiatry. :n/a-n/a.

233. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychol Rev. juill 1999;106(3):458-90.

234. Beardslee WR, Bemporad J, Keller MB, Klerman GL. Children of parents with major affective disorder: a review. Am J Psychiatry. juill 1983;140(7):825-32.

235. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. Clin Child Fam Psychol Rev. mars 2011;14(1):1-27.

236. Billings AG, Moos RH. Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a social-environmental perspective. J Abnorm Child Psychol. déc 1983;11(4):463-85.

237. Lee CM, Gotlib IH. Maternal depression and child adjustment: A longitudinal analysis. J Abnorm Psychol. 1989;98(1):78-85.

238. Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, et al. Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. Arch Gen Psychiatry. oct 1987;44(10):847-53.

239. Orvaschel H, Walsh-Allis G, Ye WJ. Psychopathology in children of parents with recurrent depression. J Abnorm Child Psychol. févr 1988;16(1):17-28.

240. Wickramaratne PJ, Weissman MM. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. sept 1998;37(9):933-42.

241. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. nov 1998;37(11):1134-41.

242. Kochanska G, Kuczynski L, Radke-Yarrow M, Welsh JD. Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. J Abnorm Child Psychol. sept

1987;15(3):441-56.

243. Lyons-Ruth K, Block D. The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. Infant Ment Health J. 1 sept 1996;17(3):257-75.

244. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. J Affect Disord. 1 janv 2018;225:18-31.

245. van Ee E, Kleber RJ, Mooren TTM. War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. Infant Ment Health J. sept 2012;33(5):459-68.

246. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: association with maternal mental health and use of health care resources. Pediatrics. mai 2003;111(5 Pt 2):1232-7.

247. Letourneau N, Fedick C, Willms J, Dennis C, Hegadoren K, Stewart M. Longitudinal study of postpartum depression, maternal-child relationships and children's behaviour to 8 years of age. Dans: Parent-child relations: New research . D. Devore. New York : Y: Nova Science Publishers; 2006. p. 45-63.

248. Dahlen HM. The impact of maternal depression on child academic and socioemotional outcomes. Econ Educ Rev. 1 juin 2016;52(Supplement C):77-90.

249. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. J Child Psychol Psychiatry. oct 2001;42(7):871-89.

250. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. Am Psychol. févr 1998;53(2):221-41.

251. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein S. Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. Child Dev. févr 1990;61(1):85-98.

252. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. J Child Psychol Psychiatry. mars 1992;33(3):543-61.

253. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. Child Psychiatry Hum Dev. 1995;25(3):165-81.

254. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. Dev Psychopathol. 1998;10(2):283-300.

255. Beeghly M, Tronick E. Early Resilience in the Context of Parent-Infant Relationships: A Social Developmental Perspective. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. août 2011;41(7):197-201.

256. Savage-McGlynn E, Redshaw M, Heron J, Stein A, Quigley MA, Evans J, et al. Mechanisms of Resilience in Children of Mothers Who Self-Report with Depressive Symptoms in the First Postnatal Year. PLOS ONE. 30 nov 2015;10(11):e0142898.

257. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. avr 2008;47(4):390-8.

258. Goodman SH, Brogan D, Lynch ME, Fielding B. Social and emotional competence in children of depressed mothers. Child Dev. avr 1993;64(2):516-31.

259. Gokcen C, Coskun S, Kutuk MO. Comparison of Depression and Burnout Levels of Mothers of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Before and After Treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol. 21 déc 2017;

260. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev. sept 2001;4(3):183-207.

261. Thabet AA, Tawahina AA, Sarraj EE, Vostanis P. Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1 juin 2008;17(4):191.

262. Scheering MS, Zeanah CH. A relational perspective on PTSD in early childhood. J Trauma Stress. oct 2001;14(4):799-815.

263. Schechter DS, Moser DA, Aue T, Gex-Fabry M, Pointet VC, Cordero MI, et al. Maternal PTSD and corresponding neural activity mediate effects of child exposure to violence on child PTSD symptoms. PloS One. 2017;12(8):e0181066.

264. Coen A. Le traumatisme cumulatif. Fig Psychanal. 2003;no8(1):73-81.

265. Santavirta T, Santavirta N, Gilman SE. Association of the World War II Finnish Evacuation of Children With Psychiatric Hospitalization in the Next Generation. JAMA Psychiatry. 1 janv 2018;75(1):21-7.

266. Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM, Bader HN, Klengel T, Holsboer F, et al. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. Biol Psychiatry. 1 sept 2016;80(5):372-80.

267. Harpaz-Rotem I, Rosenheck RA, Desai R. Assessing the Effects of Maternal Symptoms and Homelessness on the Mental Health Problems in their Children. Child Adolesc Ment Health. 1 nov 2009;14(4):168-74.

268. Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. Hommes Migr. 2000;1225(1):5-12.

269. Lert F, Melchior M, Ville I. Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003). /data/revues/03987620/00550006/391/ [En ligne]. 28 mars 2008 [cité le 24 oct 2017]; Disponible: http://www.em-consulte.com/en/article/132232

270. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the « healthy immigrant effect »: health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med 1982. oct 2004;59(8):1613-27.

271. Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. J Int Migr Integr. 1 mai 2015;16(2):317-32.

272. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The Healthy Migrant Effect: New Findings From the Mexican Family Life Survey. Am J Public Health. janv 2008;98(1):78-84.

273. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. Soc Sci Med 1982. août 2009;69(3):370-8.

274. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today? Ital J Public Health [En ligne]. 13 sept 2012 [cité le 12 sept 2017];9(3). Disponible: http://ijphjournal.it/article/view/7532

275. Khlat M, Darmon N. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? Int J Epidemiol. déc 2003;32(6):1115-8.

276. Khlat M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête Santé de l'Insee, 1991-1992. Population. 1998;53(6):1155-84.

277. Brahimi M. La mortalité des étrangers en France. Population. 1980;35(3):603-22.

278. McDonald JT, Farnworth M, Liu Z. Cancer and the healthy immigrant effect: a statistical analysis of cancer diagnosis using a linked Census-cancer registry administrative database. BMC Public Health [En ligne]. 5 avr 2017 [cité le 24 oct 2017];17. Disponible: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382414/

279. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Soc Sci Med 1982. sept 1995;41(6):819-28.

280. Simon P, Beauchemin C, Hamel C. Les discriminations : une question de minorités visibles. Ined - Inst Natl D'études Démographiques [En ligne]. avr 2010 [cité le 24 oct 2017];(466). Disponible: https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/les-discriminations-une-question-de-minorites-visibles/

281. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the « salmon bias » and healthy migrant hypotheses. Am J Public Health. oct 1999;89(10):1543-8.

282. Antecol H, Bedard K. Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels? Demography. mai 2006;43(2):337-60.

283. Baubet T, Moro M-R. Eléments d'anthropologie médicale. Dans: Psychopathologie transculturelle . Elsevier Masson. 2013. p. 5-21. (Les âges de la vie).

284. Young A. The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder [En ligne]. Princeton University Press; 1995 [cité le 26 oct 2017]. Disponible: http://www.jstor.org/stable/j.ctt7swhj

285. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. Psychosom Med. août 1998;60(4):420-30.

286. Bourhis R, Bougie E. The interactive acculturation model: An exploratory study. Rev

Québécoise Psychol. 1 janv 1998;19:75-114.

287. Baubet T, Moro M-R. L'évaluation clinique en situation transculturelle - Les Biais en situation transculturelle. Dans: Psychopathologie transculturelle . Elsevier Masson. 2013. p. 114-8. (Les âges de la vie).

288. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. [En ligne]. Berkley : University of California Press; 1980 [cité le 26 oct 2017]. Disponible: http://www.ucpress.edu/book.php?isbn=9780520045118

289. McDougall J. Plaidoyer pour une certaine anormalité [En ligne]. Paris : Gallimard; 1978 [cité le 26 oct 2017]. Disponible: http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Connaissance-de-l-Inconscient/Plaidoyer-pour-une-certaine-anormalite

290. Pierce EW, Ewing LJ, Campbell SB. Diagnostic status and symptomatic behavior of hard-to-manage preschool children in middle childhood and early adolescence. J Clin Child Psychol. mars 1999;28(1):44-57.

291. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Hämäläinen M, Roine S. The persistence of psychiatric deviance from the age of 8 to the age of 15 years. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. janv 2000;35(1):5-11.

292. Wasserman RC, DiBlasio CM, Bond LA, Young PC, Colletti RB. Infant temperament and school age behavior: 6-year longitudinal study in a pediatric practice. Pediatrics. mai 1990;85(5):801-7.

293. Hwang SW, Ueng JJM, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal health insurance and health care access for homeless persons. Am J Public Health. août 2010;100(8):1454-61.

294. Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. Am J Public Health. juill 2010;100(7):1326-33.

295. Lewis JH, Andersen RM, Gelberg L. Health care for homeless women. J Gen Intern Med. nov 2003;18(11):921-8.

296. Wojtusik L, White MC. Health status, needs, and health care barriers among the homeless. J Health Care Poor Underserved. mai 1998;9(2):140-52.

297. Gelberg L, Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P. Competing priorities as a barrier to medical

care among homeless adults in Los Angeles. Am J Public Health. févr 1997;87(2):217-20.

298. Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Determinants of regular source of care among homeless adults in Los Angeles. Med Care. août 1997;35(8):814-30.

299. Robertson MJ, Cousineau MR. Health status and access to health services among the urban homeless. Am J Public Health. mai 1986;76(5):561-3.

300. Vuillermoz C, Vandentorren S, Brondeel R, Chauvin P. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. PloS One. 2017;12(9):e0184138.

301. Kinzel D. Self-identified health concerns of two homeless groups. West J Nurs Res. avr 1991;13(2):181-90; discussion 191-194.

302. Singh-Manoux A, Marmot M. Role of socialization in explaining social inequalities in health. Soc Sci Med 1982. mai 2005;60(9):2129-33.

303. Millet M, Thin D. Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité. Lien Soc Polit. 2005;(54):153-62.

304. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities. Psychiatr Serv. 1 avr 2000;51(4):487-93.

305. Pleace N, Bretherton J. The Case for Housing First in the European Union: A Critical Evaluation of Concerns about Effectiveness. Eur J Homelessness. 1 déc 2013;7(2):21-41.

306. Sahlin I. The Staircase of Transition. Innov Eur J Soc Sci Res. 1 juin 2005;18(2):115-36.

307. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. BMC Public Health. 10 août 2011;11:638.

308. Katz MH. Homelessness—Challenges and Progress. JAMA [En ligne]. 31 oct 2017 [cité le 21 nov 2017]; Disponible: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2661031

309. [En ligne]. Housing first in Finland; 12 août 2011 [cité le 19 janv 2016]. Disponible: http://www.housingfirst.fi/en/housing_first

310. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen [En ligne].

La Documentation française; 2010 [cité le 6 janv 2018]. 231 p. Disponible: http://www.hal.inserm.fr/inserm-00452211

311. Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. Un chez soi d'abord. Rapport intermédiaire de la Recherche. Volet quantitatif. mai 2016.

312. Guo X, Slesnick N, Feng X. Housing and Support Services with Homeless Mothers: Benefits to the Mother and Her Children. Community Ment Health J. janv 2016;52(1):73-83.

313. Ginebre G, Lot C, Rickey B. Le logement d'abord,et après? Bilan et propositions pour la généralisation du logement d'abord en France. France : Agence nouvelle des solidarités actives; mars 2017.

314. Dallier P. Les dispositifs d'hébergement d'urgence. Sénat; déc 2016 p. 93. Rapport no 193.

315. [En ligne]. Maisons relais - Pensions de famille : Tous les établissements de type Maisons relais - Pensions de famille; [cité le 27 déc 2017]. Disponible: http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/maisons-relais-pensions-de-famille-258.html

316. Karim K, Tischler V, Gregory P, Vostanis P. Homeless children and parents: short-term mental health outcome. Int J Soc Psychiatry. sept 2006;52(5):447-58.

317. Putnam RD. Bowling Alone: America's Declining Social Capital. J Democr. 1 janv 1995;6(1):65-78.

318. Dasgupta P. Economics of Social Capital*. Econ Rec. 1 août 2005;81:S2-21.

319. Folland S. Does "community social capital" contribute to population health? Soc Sci Med. 1 juin 2007;64(11):2342-54.

320. Campbell C, McLean C. Ethnic identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. Soc Sci Med 1982. août 2002;55(4):643-57.

321. Veisse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. BEH Bull Epidémiologie Hebd. 17 janv 2012;(2-3-4):36-40.

322. Rapport annuel 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde. Médecins du Monde France; oct 2009.

323. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. BEH Bull Epidémiologie Hebd. 17 nov 2015;(36-37):662-70.

324. Nickerson A, Steel Z, Bryant R, Brooks R, Silove D. Change in visa status amongst Mandaean refugees: relationship to psychological symptoms and living difficulties. Psychiatry Res. 15 mai 2011;187(1-2):267-74.

325. Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation. Dans: Paris, France : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; 2011. p. 67-80. (Collection études et statistiques).

326. Rapport annuel relatif au respect des droits des usagers du système de santé. ORSAL; juin 2008.

327. McGlynn C. Des interprètes en santé aident à franchir les barrières linguistiques. CrossCurents [En ligne]. 2004 [cité le 21 nov 2017];7(4). Disponible: http://www.reseaufranco.com/fr/meilleurs_de_crosscurrents/interpretes_aident_a_franchir_les_barrieres%20.html

328. Flores G. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. Med Care Res Rev. 1 juin 2005;62(3):255-99.

329. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; nov 2001. Disponible: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html

330. Muela Ribera J, Hausmann-Muela S, Peeters Grietens K, Toomer E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié? COFETIS FOSOVET; mars 2008.

331. Alegría M, Bijl RV, Lin E, Walters EE, Kessler RC. Income Differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders: A Comparison of the United States With Ontario and the Netherlands. Arch Gen Psychiatry. 1 avr 2000;57(4):383-91.

332. Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. nov 1996;41(9):572-7.

333. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, Von Korff M, German PS, Tischler GL, et al. Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry.

oct 1984;41(10):971-8.

334. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. Acta Psychiatr Scand. mai 1990;81(5):418-25.

335. Lepine JP, Lellouch J, Lovell A, Téhérani M, Pariente P. L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. Confront Psychiatr 1993. (35):139-61.

336. Bebbington PE, Brugha TS, Meltzer H, Jenkins R, Ceresa C, Farrell M, et al. Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. Psychol Med. nov 2000;30(6):1369-76.

337. Bebbington PE, Meltzer H, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Ceresa C, et al. Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. Psychol Med. nov 2000;30(6):1359-67.

338. Katz SJ, Kessler RC, Frank RG, Leaf P, Lin E, Edlund M. The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care. Am J Public Health. juill 1997;87(7):1136-43.

339. Katz SJ, Kessler RC, Frank RG, Leaf P, Lin E. Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. Inq J Med Care Organ Provis Financ. 1997;34(1):38-49.

340. Ballenger J. Focus on transcultural issues in depression and anxiety. J Clin Psychiatry. 2001;62 (suppl 13).

341. Olds D, Henderson C, Kitzman H, Eckenrode J, Cole R, Tatelbaum R. The promise of home visitation: Results of two randomized trials. J Community Psychol. 1 janv 1998;26(1):5-21.

342. Carroy J, Ohayon A, Plas R. Histoire de la psychologie en France XIXe – XXe siècles. La Découverte; 2006. 272 p. (Repères).

343. Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. IRDES; aout 2009. (Question d'économie de la santé). Rapport no 145.

344. Leguay D. Le système de soins psychiatriques français. Dans: 2012. p. 61-81.

345. Keogh C, O'Brien KK, Hoban A, O'Carroll A, Fahey T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. BMC Health Serv Res. 12 févr 2015;15:58.

346. SAMHSA: Increasing Access to Behavioral Health Services and Supports through Systems of care. SAMHSA; mai 2016 p. 4.

347. Roelandt J-L, Staedel B, Rafael F, Marsili M, François G, Le Cardinal P, et al. Programme Médiateur en Santé/pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014 [En ligne]. Lille : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour la recherche et la formation en santé mentale, EPSM Lille métropole; Disponible: http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf

348. Moro M-R, Pury Toumi (De) S. Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. Nouv Rev Ethnopsychiatrie. 1994;(25-26):47-85.

349. Huey SJ, Polo AJ. Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53. janv 2008;37(1):262-301.

350. Malphurs JE, Field TM, Larraine C, Pickens J, Pelaez-Nogueras M, Yando R, et al. Altering withdrawn and intrusive interaction behaviors of depressed mothers. Infant Ment Health J. 1 juin 1996;17(2):152-60.

351. Winetrobe H, Rice E, Rhoades H, Milburn N. Health insurance coverage and healthcare utilization among homeless young adults in Venice, CA. J Public Health Oxf Engl. mars 2016;38(1):147-55.

352. Hoshide RR, Manog JD, Noh T, Omori J. Barriers to healthcare of homeless residents of three Honolulu shelters. Hawaii Med J. oct 2011;70(10):214-6.

353. Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé. Conférence nationale de santé; juin 2009. (Droits et accueil des usagers).

354. Rapport annuel 2007 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins

du Monde. Médecins du Monde France; oct 2008 p. 105.

355. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers du système de santé. Neuf propositions de la Conférence nationale de santé. Conférence nationale de santé; oct 2008 p. 34. (Droits et accueil des usagers).

356. Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etudes Résultats. juill 2008;(645):8.

357. Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes [En ligne]. Legifrance; mai 2017. Rapport no JORF n°0108. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/5/AFSP1704616D/jo/texte

358. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018 (loi du 13 août 2004). 2017.

359. Nachmias M, Gunnar M, Mangelsdorf S, Parritz RH, Buss K. Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security. Child Dev. avr 1996;67(2):508-22.

360. Avis au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication sur le projet de loi de finances pour 2017, adopté par l'assemblée nationale [En ligne]. Sénat; nov 2016 p. 46-9. (Tome III : enseignement scolaire). Rapport no 144. Disponible: https://www.senat.fr/rap/a16-144-3/a16-144-31.pdf

361. La médecine scolaire en France [En ligne]. Académie Nationale de Médecine; ctobre 2017. Disponible: http://snmsu.unsa-education.org/Rapport-AcaMed-medscolaire-2017-10.pdf

362. Tubiana M. Santé mentale de l'enfant. Conclusions du rapport à l'Académie de médecine. VST - Vie Soc Trait. 2006;no 91(3):116-43.

363. Le portail canadien des pratiques exemplaires - PCPE [En ligne]. contenu E name of the content author / N en anglais de l'auteur du. Le portail canadien des pratiques exemplaires – PCPE; 29 nov 2011 [cité le 7 janv 2018]. Disponible: http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/

364. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. JAMA. 22 mars

2006;295(12):1389-98.

365. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes CW, Garber J, et al. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. Am J Psychiatry. sept 2008;165(9):1136-47.

366. Goodman SH, Garber J. Evidence-Based Interventions for Depressed Mothers and Their Young Children. Child Dev. 2017;88(2):368-77.

367. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Andersson G. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. févr 2015;24(2):237-45.

368. Field T. Infants of depressed mothers. Dev Psychopathol. janv 1992;4(1):49-66.

369. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Smith E, Olds DL, Powers J, et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. JAMA. 20 sept 2000;284(11):1385-91.

370. Fleming AS, Klein E, Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. J Child Psychol Psychiatry. mai 1992;33(4):685-98.

371. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. BMJ. 28 janv 1989;298(6668):223-6.

372. Gelfand DM, Teti DM, Seiner SA, Jameson PB. Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. J Clin Child Psychol. 1 déc 1996;25(4):406-22.

373. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR, Bennett FC, Bernbaum JC, et al. Results at age 8 years of early intervention for low-birth-weight premature infants. The Infant Health and Development Program. JAMA. 8 janv 1997;277(2):126-32.

374. Olds D, Henderson CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. JAMA. 14 oct 1998;280(14):1238-44.

375. Olds DL. The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention. Infant

Ment Health J. 1 janv 2006;27(1):5-25.

376. Kolos AC, Green EJ, Crenshaw DA. Conducting filial therapy with homeless parents. Am J Orthopsychiatry. juill 2009;79(3):366-74.

377. Beardslee WR, Versage EM, Wright EJ, Salt P, Rothberg PC, Drezner K, et al. Examination of preventive interventions for families with depression: evidence of change. Dev Psychopathol. 1997;9(1):109-30.

378. Compas BE, Forehand R, Thigpen JC, Keller G, Hardcastle EJ, Cole DA, et al. Family group cognitive-behavioral preventive intervention for families of depressed parents: 18- and 24-month outcomes. J Consult Clin Psychol. août 2011;79(4):488-99.

379. D'Angelo EJ, Llerena-Ouinn R, Shapiro R, Colon F, Rodriguez P, Gallagher K, et al. Adaptation of the preventive intervention program for depression for use with predominantly low-income Latino families. Fam Process. juin 2009;48(2):269-91.

380. Punamäki R-L, Paavonen J, Toikka S, Solantaus T. Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: a randomized study. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. août 2013;27(4):683-90.

381. Bradshaw CP, Zmuda JH, Kellam SG, Ialongo NS. Longitudinal Impact of Two Universal Preventive Interventions in First Grade on Educational Outcomes in High School. J Educ Psychol. 1 nov 2009;101(4):926-37.

382. Becker KD, Bradshaw CP, Domitrovich C, Ialongo NS. Coaching teachers to improve implementation of the good behavior game. Adm Policy Ment Health. nov 2013;40(6):482-93.

383. Ialongo NS, Werthamer L, Kellam SG, Brown CH, Wang S, Lin Y. Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. Am J Community Psychol. oct 1999;27(5):599-641.

384. La tête Haute [En ligne]. Commission de la santé mentale du Canada; 2015 2014. Disponible: https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/latetehaute

385. Lowell DI, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan MJ. A randomized controlled trial of Child FIRST: a comprehensive home-based intervention translating research into early childhood

practice. Child Dev. févr 2011;82(1):193-208.

386. [En ligne]. Early Head Start Programs | ECLKC; [cité le 28 déc 2017]. Disponible: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/programs/article/early-head-start-programs

387. Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters AR, Van Ginkel JB. Maternal Depression in Home Visitation: A Systematic Review. Aggress Violent Behav. mai 2010;15(3):191-200.

388. Beardslee W, Watson Avery M, Ayoub C, Watts C. Family Connections: Helping Early Head Start/Head Start Staff and Parents Address Mental Health Challenges. Zero Three. 7 janv 2009;29.

389. Beeber LS. A clinical translation of the research article titled, « exploring the impact of race on mental health service utilization among african americans and whites with severe mental illness ». J Am Psychiatr Nurses Assoc. 1 avr 2010;16(2):90-2.

390. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. Am Psychol. juin 2012;67(4):272-84.

391. Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention. National Academies Press. [En ligne]. Washington, DC : National Research Council, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Board on Children, Youth, and Families, Committee on De- pression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children, and Institute of Medicine; 2009 [cité le 28 déc 2017]. Disponible: https://www.nap.edu/read/12565/chapter/1

392. Forgatch MS, DeGarmo DS. Parenting through change: an effective prevention program for single mothers. J Consult Clin Psychol. oct 1999;67(5):711-24.

393. Perlman S, Cowan B, Gewirtz A, Haskett M, Stokes L. Promoting positive parenting in the context of homelessness. Am J Orthopsychiatry. juill 2012;82(3):402-12.

394. Patterson GR, Forgatch MS, Degarmo DS. Cascading effects following intervention. Dev Psychopathol. nov 2010;22(4):949-70.

ANNEXE 1 CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (DSM-V)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peu être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Note : La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

ANNEXE 2 CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UN ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE (DSM-V)

L'expression « événement traumatique », plutôt que « un ou plusieurs », est utilisée afin d'alléger le texte.

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
   - Vivre directement l'événement traumatique.
   - Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
   - Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. **Note** : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
   - Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). **Note** : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :
   - Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
   - Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

- Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) **Note** : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
- Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
- Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

- Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
- Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

- Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
- Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné ».

- Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
- État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
- Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
- Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
   - Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
   - Comportement imprudent ou autodestructeur.
   - Hypervigilance.
   - Réaction de sursaut exagérée.
   - Problèmes de concentration.
   - Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

ANNEXE 3 PARTIE DU QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE MENTALE ET LES EVENEMENTS DE VIE DIFFICILES

Nous allons maintenant aborder les situations difficiles que vous avez pu vivre dans votre vie.

H01. **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines d'affilée pendant lesquelles vous vous sentiez constamment triste, déprimé(e), sans espoir ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ } ➔ *H04*

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H02. **Pendant cette période de deux semaines, ces sentiments de tristesse duraient-ils :**

!! Consigne : *Citer*

1 Toute la journée..... 1 ☐

2 Une bonne partie de la journée ..... 2 ☐

3 Environ la moitié de la journée ..... 3 ☐

4 Moins de la moitié ..... 4 ☐ } ➔ *H04*

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H03. **Pendant cette période de deux semaines, ces sentiments de tristesse arrivaient-ils :**

!! Consigne : *Citer*

1 Chaque jour..... 1 ☐ } ➔ *H07*

2 Presque chaque jour ..... 2 ☐

3 Moins souvent ..... 3 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H04. **Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines d'affilée, pendant lesquelles vous avez <u>perdu de l'intérêt pour la plupart des choses</u> comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ → H07

8 Ne veut pas répondre ..... 8 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H05. **Pendant cette période de deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt :**

!! Consigne : *Citer*

1 Toute la journée..... 1 ☐

2 Une bonne partie de la journée..... 2 ☐

3 Environ la moitié de la journée..... 3 ☐

4 Moins de la moitié ..... 4 ☐ → H07

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H06. **Pendant cette période de deux semaines, cette perte d'intérêt arrivait-elle :**

!! Consigne : *Citer*

1 Chaque jour..... 1 ☐

2 Presque chaque jour ..... 2 ☐

3 Moins souvent ..... 3 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H07. **Avez-vous vécu à un moment donné de votre vie un événement terrible, effrayant, horrible qui vous a occasionné des problèmes comme : des souvenirs ou des rêves bouleversants, le sentiment d'être détaché(e) des autres, des problèmes de sommeil ou de concentration, ou bien une nervosité excessive ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

SECTION **Dépression**

!! FILTRE :

Si H03 = 1 ou 2 : aller de H08 à H26.

Si H06 = 1 ou 2 : aller de H27 à H44.

Dans tous les autres cas de figure, allez en H45.

H08. **Vous nous avez dit avoir vécu une période de 2 semaines où vous étiez, constamment triste, déprimé(e), sans espoir. Pendant cette période aviez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H09. **Pendant ces mêmes deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que l'habitude ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H10. **Pendant cette même période avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir, ou votre poids est-il resté stable ?**

1 Vous avez pris du poids..... 1 ☐

2 Vous avez perdu du poids ..... 2 ☐

3 Votre poids n'a pas changé..... 3 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

→ ***H12***

H11. **Combien avez pris ou perdu de kilos ?** /_/_/ Kilos /_/_/_/ grammes

!! Consigne : *Si NSP, coder 99*

H12. **Pendant ces 2 semaines avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à vous endormir ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

→ ***H14***

H13. **Pendant ces 2 semaines, cela arrivait-il…**

!! Consigne : *Citer*

1 Chaque nuit..... 1 ☐ → H15

2 Presque chaque nuit ..... 2 ☐

3 Moins souvent ..... 3 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H14. **Pendant ces deux semaines, aviez-vous d'autres problèmes de sommeil, presque toutes les nuits comme des difficultés à rester endormi(e), ou des réveils beaucoup trop matinaux ou au contraire dormiez-vous trop ou aviez-vous tout le temps envie de dormir ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H15. **Toujours pendant ces mêmes deux semaines, parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, et ce <u>presque tous les jours</u>** ?

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ → H17

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H16. **Quelqu'un vous l'a-t-il fait remarquer ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H17. **Etiez-vous au contraire, beaucoup plus agité(e) ou nerveux (se) que d'habitude au point de ne pas pouvoir tenir en place <u>presque tous les jours</u> ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ } ➔H19

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H18. **Quelqu'un vous l'a-t-il fait remarquer ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H19. **Pendant ces 2 semaines avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?**

1 Oui..... 1 ☐ ➔H21

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H20. **Aviez-vous beaucoup plus de mal que d'habitude à prendre des décisions ou encore vos pensées étaient-elles embrouillées ou beaucoup plus lentes que d'habitude ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H21. **Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur, inférieurs aux autres, ou bons à rien. Pendant ces 2 semaines, avez-vous ressenti cela ?**

1 Oui..... 1 ☐ ➔H23

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H22. **Vous sentiez-vous coupable de tout ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H23. **Pendant ces 2 semaines avez vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H24. **Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie une absence de gêne et 10 signifie une gêne sévère, quel chiffre décrit à quel point votre humeur triste vous a gêné au cours des 12 derniers mois dans chacune des activités suivantes ?**

!! Consigne : *Si NSP, coder 99*

Si non concerné coder NC

H24. a - Vos tâches ménagères (le ménage, les courses ou s'occuper de la maison, de l'appartement) /__/__/

H24. b - Votre capacité de travail /__/__/

H24. c - Votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres /__/__/

H24. d - Votre vie sociale /__/__/

H25. **Durant ces 12 derniers mois, pendant environ combien de jours avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'effectuer vos activités normales à cause de votre humeur triste ?** /__/__/ Jours ou /__/__/ mois

!! Consigne : *Si NSP, coder 99*

Si non concerné coder NC

H26. **Avez-vous eu une période de quelques jours ou plus où vous étiez tellement nerveux (se) ou excité (e) que cela vous a attiré des ennuis, que les gens se sont inquiétés pour vous, ou qu'un médecin vous a dit que vous étiez dans une phase maniaque ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

Aller ensuite en H45

!! RAPPEL FILTRE :

Ne poser que si H06 = 1 ou 2

H27. **Pendant les 2 semaines où vous avez perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquiez-vous d'énergie plus que d'habitude ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H28. **Pendant cette même période avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir, ou votre poids est-il resté stable ?**

1 Vous avez pris du poids..... 1 ☐

2 Vous avez perdu du poids..... 2 ☐

3 Votre poids n'a pas changé..... 3 ☐ ➔ *H30*

9 Ne sait pas..... 9 ☐ ➔ *H30*

H29. **Combien avez pris ou perdu de kilos ?** /_/_/ Kilos /_/_/_/ grammes

!! Consigne : *Si NSP, coder 99*

H30. **Pendant ces 2 semaines avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à vous endormir ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ } ➔ *H32*

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H31. **Pendant ces 2 semaines, cela arrivait-il…**

1 Chaque nuit..... 1 ☐ } ➔ *H33*

2 Presque chaque nuit ..... 2 ☐

3 Moins souvent ..... 3 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H32. **Pendant ces deux semaines, aviez-vous d'autres problèmes de sommeil, presque toutes les nuits comme des difficultés à rester endormi(e), ou des réveils beaucoup trop matinaux ou au contraire dormiez-vous trop ou aviez- vous tout le temps envie de dormir ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H33. **Toujours pendant ces mêmes deux semaines, parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, et ce presque tous les jours** ?

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ → H35

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H34. **Quelqu'un vous l'a-t-il fait remarquer ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H35. **Etiez-vous au contraire, beaucoup plus agité(e) ou nerveux (se) que d'habitude au point de ne pas pouvoir tenir en place presque tous les jours ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ → H37

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H36. **Quelqu'un vous l'a-t-il fait remarquer ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H37. **Pendant ces 2 semaines avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?**

1 Oui..... 1 □ ➔H39

2 Non ..... 2 □

9 Ne sait pas..... 9 □

H38. **Aviez-vous beaucoup plus de mal que d'habitude à prendre des décisions ou encore vos pensées étaient-elles embrouillées ou beaucoup plus lentes que d'habitude ?**

1 Oui..... 1 □

2 Non ..... 2 □

9 Ne sait pas..... 9 □

H39. **Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur, inférieurs aux autres ou bon à rien. Pendant ces 2 semaines, avez-vous ressenti cela ?**

1 Oui..... 1 □ ➔H41

2 Non ..... 2 □

9 Ne sait pas..... 9 □

H40. **Vous sentiez-vous coupable de tout ?**

1 Oui..... 1 □

2 Non ..... 2 □

9 Ne sait pas..... 9 □

H41. **Pendant ces 2 semaines avez vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?**

1 Oui..... 1 □

2 Non ..... 2 □

9 Ne sait pas..... 9 □

H42. **Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie une absence de gêne et 10 signifie une gêne sévère, quel chiffre décrit à quel point votre humeur triste vous a gêné au cours des 12 derniers mois dans chacune des activités suivantes ?** ***!! Consigne :*** *Si NSP, coder 99*, *Si non concerné coder NC*

a - Vos tâches ménagères (le ménage, les courses ou s'occuper de la chambre /_/_/

b - Votre capacité de travail /_/_/

c - Votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres /_/_/

d - Votre vie sociale /_/_/

H43. **Durant ces 12 derniers mois, pendant environ combien de jours avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'effectuer vos activités normales à cause de votre humeur triste ?** /_/_/ Jours ou /_/_/ Mois ***!! Consigne :*** *Si NSP, coder 99*, *Si non concerné coder NC*

H44. **Avez-vous eu une période de quelques jours ou plus où vous étiez tellement nerveux (se) ou excité (e) que cela vous a attiré des ennuis, que les gens se sont inquiétés pour vous, ou qu'un médecin vous a dit que vous étiez dans une phase maniaque ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

SECTION **Suicide**

!! Consigne : ***A poser A TOUS***

H45. **Avez-vous déjà pensé au suicide ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ → H49

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H46. **En avez-vous parlé à quelqu'un ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ → H48

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H47. **A qui en avez-vous parlé ?** ***!! Consigne :*** *citer ; plusieurs réponses possibles*

1 A une association d'aide ou un organisme d'écoute téléphonique..... 1 ☐

2 A un proche (famille, amis) ..... 2 ☐

3 A un professionnel de santé (médecins, psychiatre, psychologue, psychothérapeute…) 3 ☐

4 A quelqu'un d'autre ..... 4 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H48. **Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de faire des projets de suicide ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H49. **Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐ → H54

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H50. **Cela vous est-il arrivé plusieurs fois ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H51. **Quel âge aviez-vous approximativement quand vous avez fait votre première tentative de suicide ?** /__/__/ ans ***!! Consigne :*** *Si NSP, coder 99, Si non concerné coder NC*

H52. **Cela vous est-il arrivé au cours des 12 derniers mois ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

H53. **Avez-vous déjà été adressé(e) ou bien vous êtes-vous présenté(e) aux urgences d'un hôpital après une tentative de suicide?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

9 Ne sait pas..... 9 ☐

SECTION **Névrose post-traumatique (PTSD)**

!! FILTRE : **Ne poser que si H07 = 1 sinon allez en H61**

ENQUETEUR : Vous nous avez dit avoir vécu à un moment donné de votre vie un événement terrible, effrayant, horrible qui vous a occasionné des problèmes

H54. **Au cours de votre vie, avez-vous, vécu un des événements suivants** ?

Consigne : *Poser les questions :* **Vous avez….** *Plusieurs OUI possibles*	Oui	Non	Ne sait pas
H54.1 - Eté victime d'un vol avec effraction ou d'une menace à main armée	☐	☐	☐
H54.2 - Eté sévèrement agressé(e) par un proche	☐	☐	☐
H54.3 - Vécu personnellement des événements de guerre	☐	☐	☐
H54.4 - Eté agressé(e) physiquement dans le cadre de votre travail	☐	☐	☐
H54.5 - Eu un accident ou une maladie qui mettait en jeu votre vie	☐	☐	☐
H54.6 - Eté violé(e) ou agressé(e) sexuellement	☐	☐	☐
H54.7 - Eté pris dans une catastrophe comme un incendie, une inondation,	☐	☐	☐
H54.8 – Eté pris dans un tremblement de terre, un glissement de terrain ou un ouragan	☐	☐	☐
H54.9 - Eté exposé(e) à des radiations ou à une autre substance dangereuse	☐	☐	☐
H54.10 - Vécu la mort inattendue, subite d'un ami intime ou d'un membre de votre famille	☐	☐	☐
H54.11- Eté gardé(e) en captivité, torturé (e) ou kidnappé(e)	☐	☐	☐
H54.12 - Vu quelqu'un se faire blesser gravement ou se faire tuer	☐	☐	☐
H54.13 - Fait la découverte d'un cadavre	☐	☐	☐
H54.14 - Fait quelque chose qui a abouti à la blessure ou au décès d'une autre personne	☐	☐	☐
H54.15 – Vécu un autre évènement que nous n'avons pas cité ? Si oui, quel est cet autre évènement ? (enquêteur : notez en clair) _____	☐	☐	☐

H55. **Quand vous avez été confronté(e) à cet évènement, avez-vous eu un sentiment de peur très intense, d'impuissance, d'horreur ?**

Consigne !! *si plusieurs évènements, on évoque celui qui a le plus marqué l'interviewé*

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

3 Ne sait pas..... 3 ☐

H56. **Quel âge aviez-vous quand cet évènement est arrivé?**

Consigne !! *si plusieurs évènements, on évoque celui qui a le plus marqué l'interviewé*

/_/_/ Ans Si nsp coder 99

H57. **A la suite de cet événement….**

Consigne !! Lire les modalités. *Si plusieurs évènements, on évoque celui qui a le plus marqué l'interviewé. Plusieurs OUI possibles.*

	Oui	Non	Ne sait pas
H57.1 - Y pensiez-vous de façon répétitive sans le vouloir ?	☐	☐	☐
H57.2 - Avez-vous eu des rêves ou des cauchemars répétitifs concernant cet événement ?	☐	☐	☐
H57.3- Avez-vous eu des palpitations, des sueurs ou des malaises physiques lorsque quelqu'un vous rappelait l'événement ?	☐	☐	☐
H57.4- Avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à vous endormir ou à rester endormi(e)?	☐	☐	☐
H57.5 - Etes-vous devenu plus irritable ?	☐	☐	☐

H57.6- Eprouviez-vous plus de difficultés que d'habitude à vous concentrer sur ce que vous faisiez?	☐	☐	☐
H57.7- Etes-vous devenu nerveux (se) ou sursautiez-vous facilement en réaction à des bruits ou des mouvements ordinaires ?	☐	☐	☐
H57.8- Etiez vous constamment sur vos gardes, inquiet… ?	☐	☐	☐
H57.9- Avez-vous eu des flash-backs c'est-à-dire que vous agissiez ou que vous vous sentiez comme si l'évènement était en train de se reproduire	☐	☐	☐
H57.10- Tentiez-vous d'éviter les endroits, les gens ou les situations susceptibles de vous rappeler cet événement ?	☐	☐	☐
H57.11 - Avez-vous fait des efforts pour ne pas y penser ou éviter les conversations s'y rapportant	☐	☐	☐
H57.12 - Avez-vous eu des trous de mémoire à propos de cet événement, c'est-à-dire, l'aviez-vous oublié tout ou en partie ?	☐	☐	☐
H57.13 Si oui, Etait-ce parce que vous étiez blessé(e) ou aviez perdu connaissance lors de cet événement **que vous aviez oublié tout ou une partie de celui-ci** ?	☐	☐	☐
H57.14- Avez-vous perdu intérêt pour des activités qui étaient importantes ou agréables pour vous auparavant ?	☐	☐	☐
H57.15- Avez-vous commencé à vous sentir plus isolé (e) ou distant (e) des autres ?	☐	☐	☐
H57.16- Trouviez-vous qu'il vous était plus difficile d'éprouver de la tendresse ou de l'affection pour les autres ?	☐	☐	☐
H57.17- Aviez-vous commencé à sentir qu'il ne servait à rien de faire des projets pour l'avenir ?	☐	☐	☐
H57.18- Avez-vous eu un autre problème que nous n'avons pas évoqué ? Si oui, lequel_____	☐	☐	☐

Poser les questions suivantes si au moins un « oui » en H57, sinon aller H61

H58. **Combien de temps après cet événement avez-vous commencé à avoir l'un des problèmes ou l'une des réactions ou manifestations que nous venons d'évoquer ?**

1 Moins d'un mois ..... 1 ☐

2 Entre 1 mois et moins de 6 mois..... 2 ☐

3 Entre 6 mois et moins d'1 an ..... 3 ☐

4 Entre 1 an et moins de 2 ans..... 4 ☐

5 Entre 2 ans et moins de 5 ans ..... 5 ☐

6 5 ans ou plus ..... 6 ☐

7 Ne sait pas..... 7 ☐

H59. **Combien de temps ont duré ces réactions ?**

1 Moins d'un mois ..... 1 ☐

2 Entre 1 mois et moins de 6 mois..... 2 ☐

3 Entre 6 mois et moins d'1 an ..... 3 ☐

4 Entre 1 an et moins de 2 ans..... 4 ☐

5 Entre 2 ans et moins de 5 ans ..... 5 ☐

6 5 ans ou plus ..... 6 ☐

7 Ne sait pas..... 7 ☐

Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie une absence de gêne et 10 signifie une gêne sévère, quel chiffre décrit le mieux la gêne occasionnée par vos réactions à l'évènement traumatisant que vous avez vécu dans chacune des activités suivantes au cours des 12 derniers mois ?

Consigne !! *Si nsp coder 99 ; Si non concerné coder NC*

H59.1 - Vos tâches ménagères (le ménage, les courses ou s'occuper de la maison, de l'appartement) /__/__/

H59.2 - Votre capacité de travail /__/__/

H59.3 - Votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres /__/__/

H59.4 - Votre vie sociale /__/__/

H60.A. **Au cours des douze derniers mois, avez-vous connu une période d'un mois ou plus où vous aviez certains des problèmes que nous venons d'évoquer à cause de ce que vous avez vécu ?**

1 Oui..... 1 ☐

2 Non ..... 2 ☐

3 Ne sait pas..... 3 ☐

H60.B. **Durant ces 12 derniers mois, pendant environ combien de jours avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'effectuer vos activités normales à cause de vos réactions à cet évènement ?** /_/_/ Jours ***Consigne !!*** *Si nsp coder 99 ; Si non concerné coder NC*

H61. **Diriez-vous que votre enfance a été heureuse ?**

!! Consigne : *Citer*

1 Oui, tout à fait..... 1 ☐

2 Oui, plutôt..... 2 ☐

3 Non, plutôt pas ..... 3 ☐

4 Non, pas du tout ..... 4 ☐