



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE « ESPACE CULTURE ET
DEVELOPPEMENT » (EDP)

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION (IPSE)

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*



MEMOIRE MASTER-PSYCHOLOGIE

OPTION : **PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE**

SUJET

**RETENTISSEMENTS SANITAIRE ET SOCIO-
ECONOMIQUE DE LA DEPRESSION EN PERIODE
POSTNATALE A COTONOU**

RÉALISÉ PAR :

AIHOUNZONON KPADONOU D. Rosalie

DIRECTEUR DE MÉMOIRE :

Dr Magloire G. GANSOU

Maître de Conférences Agrégé de
psychiatrie d'adultes (FSS/UAC)

COMPOSITION DU JURY :

PRÉSIDENT : Prof Gabriel C. BOKO

EXAMINATEUR : Dr Emilie FIOSSI KPADONOU (M.C.)

RAPPORTEUR : Dr Magloire G. GANSOU (M.C.)

MENTION : **Bien**

Soutenu, le 18 Août 2016

DEDICACE.....	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES	6
LISTE DES TABLEAUX / FIGURES / IMAGES / ENCADRES.....	7
RESUME.....	9
SUMMARY	10
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I : FONDEMENTS THEORIQUES	13
CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	34
CHAPITRE III : RESULTATS.....	45
CHAPITRE IV : DISCUSSION.....	60
CONCLUSION	72
SUGESSTIONS	75
REFERENCES.....	77
ANNEXES	80
TABLE DES MATIERES.....	90



A toi mon cher et tendre époux Dr. Rufin KPADONOU.

Ton amour, ta tendresse ; ta compréhension ; ton soutien indéfectible, exceptionnel et ta compagnie m'ont été d'un grand appui.

Accepte ce travail en témoignage de mon sincère et éternel amour.



A mes Enfants,

Recevez ce travail comme le fruit de toutes mes absences pour vous soutenir.



A l'Eternel,

Heureux ceux qui trouvent leur force en toi, ceux qui partent vers toi de bon cœur. Soit magnifié Eternel, pour m'avoir secouru et soutenu. Merci Seigneur. Mes remerciements sont adressés également à de tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail ou m'ont soutenu de divers manières. Nos intentions vont particulièrement :



A tous les membres de ma famille et de ma belle-famille

Ce travail est le fruit de votre réconfort. Soyez en comblés.



Au Professeur Justin Lewis DENAKPO, recevez mes remerciements pour vos soutiens et vos conseils.



Au Professeur Emilie FIOSSI KPADONOU, mes reconnaissances pour vos conseils et votre esprit d'humilité et de soutien indéfectible.



A Monsieur René AKOHOU, merci pour ton soutien et tes conseils.



A toi Gwladys ANIAMBOSOU, merci pour tout.



A tous les psychologues : Sincères remerciements.



A tous les étudiants et enseignants d'ESIET-BENIN : Sincères remerciements.



Au Personnel du Centre de Santé "PSYCHOVIE", de la zone sanitaire Cotonou 6 et de l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) : Sincères remerciements.



A toutes les accouchées et particulièrement celles qui souffrent de la dépression postnatale, Courage !



A Toutes et A tous, Merci.



A notre directeur de mémoire, Magloire Grégoire GANSOU,
Professeur agrégé en Psychiatrie.

Vos nombreuses connaissances, qualifications et expériences multiples, votre sens aigu du travail bien fait et votre méthode, nous ont sidérés. En dépit de toutes

ces qualités vous avez su humblement nous tendre la main, comme un berger.
Daignez recevoir ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

✿ **A tous les enseignants et responsables de l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education (IPSE)**, pour leur détermination à faire des étudiants de cette école universitaire, de véritables professionnels.

✿ **A tous les enseignants et responsables d'ESIET-BENIN**,
Nous vous remercions infiniment.

✿ **A tout le personnel de Santé des différentes structures de prise en charge des accouchées du C.N.H.U.-H.K.M. et particulièrement de l'H.O.M.E.L.**,
Toutes nos reconnaissances pour la collaboration et le dévouement.

✿ **Au Président du Jury**

Respectueux hommages pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de mémoire. Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici l'expression de notre profond respect.

✿ **Aux honorables membres du jury**

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre mémoire. Nous sommes certains que vos critiques et apports contribueront à améliorer ce travail.

✿ **A nos condisciples** pour la solidarité entretenue au sein de notre promotion.

✿ **A vous toutes et à vous tous**, nous réitérons nos sincères remerciements.

AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra-utérine
CHU-MEL	:	Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune
DANIDA	:	Danish International Development Agency (Agence danoise pour le développement international)
DPN	:	Dépression postnatale
DPP	:	Dépression du postpartum
EPDS	:	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FED	:	Fonds Européen de Développement
INSAE	:	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
Psy	:	Psychologue
UNFPA	:	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	:	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
USA	:	United States of America

➤ **TABLEAUX**

Tableau I	: Sémiologie de la dépression du post-partum versus dépression ordinaire	25
Tableau II	: Sources documentaires	39
Tableau III	: Répartition des accouchées selon l'inhibition psychomotrice et l'humeur dépressive	47
Tableau IV	: Répartition des accouchées selon l'anxiété, l'irritabilité, la tolérance des bruits et les troubles de sommeil	47
Tableau V	: Répartition des accouchées selon les troubles somatiques	48
Tableau VI	: Répartition des accouchées selon les hallucinations	48
Tableau VII	: Répartition des accouchées selon l'appréciation de l'accueil	49
Tableau VIII	: Répartition des accouchées selon les conflits au service	50
Tableau IX	: Répartition des accouchées selon la participation financière du conjoint	52
Tableau X	: Répartition des accouchées selon l'existence d'une aide pour la prise en charge des enfants	52
Tableau XI	: Répartition des accouchées selon le retrait social	53
Tableau XII	: Répartition des accouchées selon les troubles mentaux d'un membre de famille	53

➤ FIGURES

Figure 1	: Répartition des accouchées selon l'âge	45
Figure 2	: Répartition des accouchées selon la religion	45
Figure 3	: Répartition des accouchées selon la nationalité	46
Figure 4	: Répartition des accouchées selon l'ethnie	46
Figure 5	: Répartition des accouchées selon l'existence d'un métier	50
Figure 6	: Répartition des accouchées selon le mode de vie avec le conjoint	51
Figure 7	: Répartition des accouchées selon l'existence d'une source de revenu du conjoint	51
Figure 8	: Répartition des accouchées selon l'existence de difficulté au sein du foyer	52
Figure 9	: Répartition des accouchées selon les antécédents psychiatriques personnels	54
Figure 10	: Répartition des accouchées selon les antécédents de punitions	54
Figure 11	: Répartition des accouchées selon la punition infligée aux bébés	55
Figure 12	: Répartition des accouchées selon les violences physiques à l'endroit du bébé	55

➤ IMAGES

Image 1	: Carte de HOMEL et du CNHU	38
Image 2	: Etat symbiotique entre la mère et son enfant durant la grossesse	70

➤ ENCADRES

Encadré 1	: Plaintes psychologiques selon un médecin	56
Encadré 2	: Plaintes psychologiques selon une sage-femme	56
Encadré 3	: Réponse d'un prestataire par rapport aux moyens d'identification des plaintes psychologiques des accouchées	57
Encadré 4	: Plaintes psychologiques identifiées chez les accouchées selon deux prestataires	57
Encadré 5	: Réponse d'une sage-femme face à la prise en charge de la dépression post-natale	58
Encadré 6	: Rôle du psychologue selon les prestataires	59
Encadré 7	: Plaintes psychologiques selon un prestataire	59

Ce travail vise à analyser ‘les retentissements sanitaire et socio-économique de la dépression en période postnatale’ et à proposer des stratégies pour rompre le cercle vicieux lié à cette pathologie. Basé sur une étude de nature quantitative, qualitative et prospective. Il s’agit d’une enquête transversale de type descriptif à visée analytique, portant sur un échantillon de quatre-vingt-treize (93) accouchées et trente-trois (33) prestataires de santé toutes catégories confondues du C.N.H.U.-H.K.M. et de l’H.O.M.E.L. de Cotonou.

Au terme de cette étude, la prévalence de la dépression postnatale est de 66,7 % chez les accouchées à Cotonou, avec de nombreuses conséquences sur le développement psychologique et social de l’être humain.

Comment parvenir alors au développement durable, sans un diagnostic et une prise en charge correcte de cette affection invalidante, qu’est la dépression postnatale ?

Les principaux résultats auxquels l’étude est parvenue sont :

- La mauvaise gestion de la période gravido-puerpérale a une influence sur la dépression postnatale. Ce qui répond à la première hypothèse de l’étude.
- La dépression postnatale affecte le développement psychologique et social de l’être humain et constitue un frein pour le développement durable ; ce qui est en adéquation avec la deuxième hypothèse.
- La prévalence de la dépression postnatale est liée à l’absence ou à l’insuffisance de stratégies pour sa prise en charge. Ceci répond à la troisième l’hypothèse de l’étude.

Selon Watkins (2002), la dépression postnatale peut nuire au développement cognitif et affectif de l’enfant. La dépression postnatale (troubles comportementaux liés) participe à la dépendance financière de la majorité des femmes, entrave le développement harmonieux de leurs progénitures et empêche le développement socio-économique et sanitaire.

Pour la réduction de l’incidence de la dépression postnatale sur le développement psychologique et social de l’être humain, des démarches d’information, de plaidoyer et de formation, des professionnels de santé, de la population et des autorités en charge de la politique sanitaire sont à entreprendre. L’implication de tous les acteurs est à envisager à tous les niveaux, car l’Afrique, a besoin de l’effort de tous ses fils et de toutes ses filles pour son développement qui commence d’abord au niveau individuel, local, pour s’étendre au niveau régional, puis continental. L’Afrique a surtout besoin de convergence des efforts, de complémentarité, et cette convergence suppose des acteurs bien équilibrés physiquement, mentalement et socialement.

Mots clés : Dépression postnatale, développement socio-économique, psychologique.

This work aims to analyze socio-economic and health repercussions of the depression in postnatal period and to propose some strategies to break the vicious circle bound to this pathology. Based on a survey of quantitative, qualitative and prospective nature. It is about a transverse investigation of descriptive type to analytic aim, structural on a sample of 93 women in childbirth and 33 beneficiaries of health all categories confounded of the C.N.H.U.-H.K.M. and of the H.O.M.E.L. of Cotonou.

To the term of this survey, the prevalence of the postnatal depression is of 66,7 % at the women in childbirth, with numerous consequences on the psychological and social development of the human being.

How to arrive then to the lasting development, without a diagnosis and a hold in charge correct of this invalidating affection, that the postnatal depression is ?

The main results to which the survey arrived are :

- The bad management of the period gravido-puerpéral has an influence on the postnatal depression. What answers the first hypothesis of the survey.
- The postnatal depression affects the psychological and social development of the human being and constitute a brake for the lasting development; what is in adequacy with the second hypothesis.
- The prevalence of the postnatal depression is bound in charge to the absence or the insufficiency of strategies for his/her/its hold. It answers third the hypothesis of the survey.

According to Watkins (2002), the postnatal depression can harm to the child's cognitive and emotional development. The postnatal depression participates to the financial dependence of the majority of the women, hinder the harmonious development of their offsprings and prevent the development.

For the reduction of the impact of the postnatal depression on the psychological and social development of the human being, of steps of information, advocacy and formation, of the professionals of health, the population and authorities in charge of the sanitary politics are to undertake. The implication of all actors is to consider to all levels, because Africa, has need of the effort of all his/her/its sons and all his/her/its daughters for his/her/its development that first begins then to the individual, local level, to spread to the regional level, continental. Africa especially needs need of convergence of the efforts, of complementarity, and this convergence supposes very balanced actors physically, mentally and socially.

Key words : Postnatal depression, socioeconomic development, psychological.

Le développement économique, social et politique d'un pays ne peut se faire sans la participation effective de toutes les couches sociales notamment les femmes dont le poids démographique n'est pas des moindres. Au Bénin, 51,5 % de la population des actifs agricoles dans les exploitations traditionnelles sont des femmes¹. Au plan social, trois types de reproduction résument l'essentiel de l'activité féminine. Il s'agit de la reproduction biologique, sociale et de la force du travail. La procréation, élément capital de cette dernière, est connue de toutes les époques comme fondamentale dans les relations hétérogènes humaines, le développement et la pérennisation de l'espèce. Chacun d'entre nous souhaiterait que la maternité, l'événement humain par excellence, soit un événement heureux. Mais elle ne manque pas d'effacement de maladies mentales dont la dépression du post-partum (DPP) ou dépression postnatale (DPN) avec ses conséquences.

Pour la majorité des femmes, mettre un enfant au monde est une expérience très intense, unique, tant du point de vue physique qu'émotionnel. La grossesse et la naissance sont considérées comme une crise, une période de mutation qui nécessitent des capacités de réorganisation, d'adaptation interprofessionnelle et intrapsychique. Néanmoins, l'accouchement représente pour toutes les femmes des moments de grandes ambivalences caractérisées par la joie et la crainte. La joie parce qu'elles vont donner naissance à un être et la crainte parce que l'accouchement constitue pour elles un moment de grand risque et de prise de grandes responsabilités pour l'entretien de leurs nouveau-nés. Cette crainte peut dégénérer en de pathologies psychologiques appelées psychopathologies périnatales composées de blues post-partum ou baby blues (ou syndrome du 3^{ème} jour), de dépression postnatale et la psychose puerpérale. Il est donc naturel pour un bon nombre de nouvelles mères d'éprouver des sautes d'humeur après l'accouchement, se sentant heureuses et tristes par moment, c'est ce qui est appelé le "baby blues". Il s'agit d'un trouble caractérisé par de la morosité, de l'anxiété, de l'irritabilité, d'une humeur changeante et de la lassitude. Cet état est normal et de courte durée. « Toutefois, selon le Collège américain des obstétriciens et gynécologues, ce trouble s'intensifie et se prolonge au-delà des premiers jours chez

¹ www.temoinsjehova.org consulté le 22 novembre 2014

une jeune mère sur 10. Parfois même il surgit plusieurs mois après l'accouchement. Il peut s'agir alors d'une véritable dépression postnatale ; où la tristesse, l'anxiété et le désespoir sont si profonds que la mère a du mal à effectuer ses tâches quotidiennes »².

L'expression "dépression postnatale", ou "dépression du post-partum", désigne des épisodes dépressifs qui surviennent après un accouchement. Ils peuvent se manifester après la naissance de n'importe quel enfant, ou à la suite d'une fausse couche spontanée ou provoquée. Les symptômes sont nombreux et plus ou moins graves. Les femmes qui en sont atteintes éprouvent les symptômes suivants : découragement, tendance à pleurer constamment, sentiment de ne pas être à la hauteur, culpabilité, anxiété, irritabilité, agressivité et fatigue. Les symptômes physiques comprennent : des maux de tête, un engourdissement, des douleurs thoraciques et de l'hyperventilation. Une femme souffrant d'une dépression post-partum peut éprouver des sentiments d'ambivalence, de négativité ou de désintérêt envers son enfant et son entourage.

Comment améliorer la santé maternelle et répondre aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD), sans un diagnostic et une prise en charge correcte de cette affection invalidante qu'est la dépression postnatale ?

Dans ce contexte où les conséquences néfastes de la dépression du post-partum sur la qualité de la relation mère-enfant, sur la santé de la mère, sur l'équilibre du foyer, sur ses relations sociales, sur la croissance harmonieuse, sur l'équilibre de l'être humain et le développement socio-économique ; sont mal connues et sous-estimés dans l'élaboration des programmes de développement, il nous semble nécessaire de faire le point sur les **"retentissement sanitaire et socio-économique de la dépression en période postnatale à Cotonou"**.

Pour y parvenir, le plan suivant sera suivi pour le travail : Après l'introduction, suivrons : Le chapitre I sur les fondements théoriques, le chapitre II concernant le cadre de l'étude et la méthodologie ; le chapitre III sur les présentations des résultats ; le chapitre IV abordant la discussion et enfin la conclusion.

² www.temoinsjehova.org consulté le 22 novembre 2014

1.1. Contexte et justification

Les analyses ont permis d'identifier, la programmation mentale, le renouvellement du système de pensée et le réarmement mental de l'être humain, comme faisant partie des principaux domaines d'intervention pour le développement du Bénin et de l'Afrique.

Selon Françoise ZEJGMAN³, 90 % des traits de personnalité d'un enfant sont formés, avant l'âge de sept (7) ans. C'est donc avant cet âge qu'il faut poser les bons fondements. Pour y parvenir, il faut une mère bien équilibrée et en bonne santé à même de transmettre les valeurs et l'éducation adéquates à l'édification de l'humanité. Un intérêt particulier est à porter à la bonne gestion de la période gravido-puerpérale (grossesse et accouchement), car elle est très sensible dans la croissance harmonieux de l'être humain.

Des recherches antérieures ont révélé que la dépression postnatale passe souvent de façon inaperçue lors des consultations postnatales. Ses conséquences sont souvent négligées et les liens sont rarement établis entre cette maladie et le développement socio-économique⁴.

Une des raisons qui motivent cette recherche, est que le problème de la dépression postnatale, est aussi une plaie à penser pour le développement socio-économique.

Pour la valorisation du capital humain, un regard particulier est à porter sur la gestion de la dépression, lors de l'établissement des programmes et projets, en vue de l'amélioration du rapport d'interaction permanent entre la mère et l'enfant, ce dernier et la société. Cet aspect du développement socio-économique nous interpelle et mérite d'être investigué pour comprendre et expliquer objectivement les « dynamiques individuelles ou collectives » autour de l'influence des pressions psychologiques, dans le sous-développement.

³ Françoise, Z. (2009)

⁴ www.indexmundi.com du 18 novembre 2014

1.2. Problématique et question de recherche

Comme l'a suggéré S. BADIAN dans *Sous l'Orage*, « libérons la femme si nous tenons à vivre... C'est la femme qui fait démarrer la société. C'est elle qui la fait progresser... »⁵. La femme, actrice économique majeure, demeure incontournable dans tous les secteurs d'activité économique, primaire, secondaire et tertiaire, même si, la proportion de sa représentation varie drastiquement d'un secteur à l'autre. Les femmes des villes, les femmes instruites : les femmes médecins, les femmes journalistes, les femmes d'affaires, toutes doivent batailler dur. En plus de se servir de leur intelligence pour aller de l'avant, toujours plus loin, elles doivent subir le poids de leur féminité. Une telle situation de marginalisation, non seulement crée des discriminations faites aux femmes, mais aussi handicape le développement des hommes⁶. L'expression visible d'un conflit interne et intra psychique par la dépression postnatale, constitue un principal goulot d'étranglement à l'équilibre et la stabilité sociale, donc au développement, comme le stipule Perroux (1961) dans sa définition : le développement est « la combinaison des changements mentaux et sociaux d'une population qui la rendent apte à faire accroître cumulativement et durablement son produit réel global »; le développement implique l'amélioration du bien-être de toute la population et se traduit par une hausse de revenu par tête, un accroissement de la ration alimentaire et les meilleurs accès aux services de santé et de l'éducation.

Les organisations internationales qui dépendent de l'ONU définissent, quant à elles, les deux notions comme suit: le développement humain est la couverture des besoins fondamentaux de tous et le développement durable est un développement qui répond aux besoins présents sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs.

Ainsi, selon ces définitions, le développement pourrait être une des conséquences des changements mentaux et des changements sociaux correspondant entre autre à l'amélioration de la santé dans laquelle se trouve la dépression

⁵ Badian, S. (1957)

⁶ INSAE (2009)

postnatale. La santé des individus et des populations est un déterminant majeur de la croissance économique et a un impact sur la réduction de la pauvreté⁷. Ce qui soutient le développement, c'est aussi une bonne santé et une bonne espérance de vie de l'artisan du développement qu'est l'Homme (surtout la femme, mère de l'humanité).

Toutefois, dans la plupart des cas, les troubles liés à l'hypertension et le travail dystocique sont parmi les causes médicales directes de la mortalité maternelle. L'une des principales étiologies de l'hypertension constituent, les conflits intrapsychiques et l'anxiété qui sont aussi imputables à la dépression postnatale. La maternité sans risques suppose que l'on reconnaisse cette pathologie et que l'on en tienne compte, pour que la femme puisse prendre de bonnes décisions, pour sa santé, sa sécurité, ses ressources et celles de la population.

Cela suppose également que l'on soit au courant des complications liées à la grossesse, à l'accouchement et après l'accouchement ; que l'on facilite un accès à des services de santé de qualité (services prénatals, soins obstétricaux, soins du post-partum, etc.).

A ce niveau, certaines questions méritent d'être posées :

- Quelle est la prévalence de la dépression postnatale au niveau national ?
- Comment prévenir les effets néfastes de cette affection sur la société, le bien-être de la famille et le développement socio-économique ?
- Comment parvenir au développement socio-économique, sans le renouvellement et la transformation radicale du système de pensée de l'être humain, qui passe aussi par la transmission des valeurs fondamentales qu'assume la mère ?

Tout ceci constitue quelques points fondamentaux qui devraient mobiliser toute la communauté béninoise.

⁷ Leveque, A. (2005).

1.3. Hypothèses de travail

- La mauvaise gestion de la période gravidopuerpérale a une influence sur la dépression postnatale.
- La dépression postnatale a un retentissement sanitaire et socio-économique sur la mère et l'enfant.
- La prévalence de la dépression postnatale est liée à l'insuffisance de stratégies pour sa prise en charge.

1.4. Objectifs de l'étude

1.4.1. Objectif général

Analyser le retentissement sanitaire et socio-économique de la dépression en période postnatale à Cotonou.

1.4.2. Objectifs spécifiques

- Examiner le retentissement psychologique et socio-économique de la dépression postnatale à Cotonou.
- Evaluer la prévalence hospitalière de la dépression postnatale.
- Proposer des stratégies pour réduire les conséquences psychologiques et sociales de la dépression postnatale.

1.5. Cadre conceptuel

1.5.1. Clarification des concepts

Sanitaire

Selon Le petit Larousse (2009), "sanitaire" est un adjectif qui vient du latin *sanitas* (santé), relatif à la conservation de la santé collective, aux installations et aux appareils destinés aux soins de propreté, d'hygiène et aux équipements sanitaires. Sanitaire est relatif à la conservation de la santé publique.

Dans ce travail, ce mot est utilisé pour apprécier l'implication de la dépression postnatale sur la femme, sur sa famille et la santé collective.

Retentissement

Selon Le petit Larousse (2009), le *retentissement* est l'effet qui se propage dans le public. Il est la répercussion d'une situation.


C'est également l'action d'impliquer, l'état de celui ou de celle qui est impliquée dans une affaire. C'est l'enchaînement logique conditionnel entre un antécédent (condition) et un subséquent (conséquence) ; la conséquence qui en découle.

Psychologique

Selon Le petit Larousse (2009), *psychologique* est l'adjectif relatif à la psychologie, aux faits psychiques, qui agit sur le psychisme. C'est également l'action. La psychologie, quant à elle, est l'étude scientifique des faits psychiques et des comportements. C'est l'ensemble des manières de penser, de sentir, d'agir qui caractérisent une personne, un groupe. Divisée en de nombreuses branches d'étude aussi bien théoriques que pratiques, la psychologie a des applications thérapeutiques individuelles ou collectives, sociales, et parfois politiques ou morales.

Selon Le petit Larousse de la Psychologie (2005), elle est la discipline qui lie l'étude des faits psychiques et des structures mentales à celle du système nerveux et qui cherche à établir les corrélats anatomiques, physiologiques, biologiques des comportements. Cette perspective inclut la prise en compte des conditions écologiques et des niveaux d'évolution. Ignoré par la plupart des dictionnaires scientifiques dans la première moitié du XX^e siècle, le terme 'psychologie' s'est vu revitalisé par les spécialistes de l'ontogenèse.

La psychologie du développement vise à expliquer comment se combinent facteurs endogènes et exogènes dans les émergences successives des conduites et considère les adaptations comportementales comme des intégrations fonctionnelles, elles-mêmes, sources de transformation des organismes biologiques. C'est cet aspect qui est prise en compte dans la présente recherche sur la dépression postnatale.

 **La période postnatale** est l'espace de temps après l'accouchement. Dans ce travail, c'est celle allant du premier jour jusqu'à douze (12) mois après l'accouchement.

Implication socio-économique de la dépression postnatale

L'implication socio-économique de la dépression postnatale dans ce travail s'intéresse aux conséquences de la dépression postnatale sur le plan social et économique. L'implication socio-économique fait également référence à la notion de développement local et durable.

Le développement est le processus par lequel un pays est capable de connaître une croissance durable, autonome et convenablement répartie entre groupes sociaux et entre individus. Le développement a donc une dimension économique (la croissance), mais elle est loin d'être suffisante. Le développement a aussi une dimension sociale extrêmement importante.

“Le développement est le fait que les hommes se nourrissent mieux, se soignent mieux, s'instruisent mieux, c'est donc l'évolution au cours de laquelle les besoins fondamentaux de l'homme sont progressivement satisfaits”. Le développement a aussi une dimension éthique. Chaque homme a droit à la dignité.

D'après le Rapport Mondial sur le Développement Humain (1997), le développement est synonyme d'élargissement des possibilités de choix offertes aux individus, l'accès aux différentes opportunités et perspectives fondamentales sur lesquelles reposent des caractéristiques telles que la chance de vivre une vie longue, saine, constructive et de jouir d'un niveau de vie décent, ainsi que la liberté, la dignité, le respect de soi-même et d'autrui. C'est dans ce contexte qu'apparaît le genre en tant que concept et en tant qu'approche spécifique de développement.

La notion de développement local est présente dans de nombreux discours sur le développement. Pendant longtemps, l'espace local a été considéré comme un lieu d'application des décisions des politiques nationales : implantations des infrastructures, etc. Dans beaucoup de pays, l'Etat principal et acteur exclusif du développement, avait en charge à travers les plans de développement, de conduire les dynamiques sociales et économiques en vue d'une amélioration des conditions de vie des habitants. Sètonnougbo (2010) évoque le développement local comme un « phénomène endogène émergent ». Le développement local provient des initiatives et du dynamisme des communautés locales. Il valorise parfois des pratiques très

imaginatives (ressources humaines, financières et matérielles locales) et suscite des comportements axés sur la prise en charge, la créativité et l'esprit d'entreprise. Le développement au niveau local est donc, le produit des efforts de la population. Les différents acteurs sociaux doivent s'investir résolument pour mettre en œuvre des projets communs qui doivent intégrer les composantes économiques, sociales et culturelles, propres à leur milieu de vie.

1.5.2. Généralités sur la dépression

Dépression est issue du mot latin *dépressio* qui signifie enfoncement.

Selon le dictionnaire le Petit Larousse de la psychologie (2006)⁸, la dépression fait partie des maladies mentales les plus rencontrées dans la population et à tous les âges. Elle peut donc toucher l'enfant en bas âge comme la personne âgée. Les symptômes peuvent être parfois très francs ou bien masqués ; ce qui complique souvent la prise en charge. La dépression est caractérisée par une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

Selon le dictionnaire le Petit Larousse illustré, c'est un état pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur.

1.5.2.1. La dépression chez le noir africain

« Les circonstances ont à tel point altéré la physionomie de l'affection chez l'africain qu'il semble ne plus s'agir de la même maladie »

❖ Les modes de début

Le début des états dépressifs est variable parfois insidieux mais le plus souvent brutal.

Le mode de début brutal est fréquemment consécutif à un événement précis dans la vie du sujet : décès d'un ou de plusieurs enfants, perte d'un être aimé, accouchement difficile, avortement, divorce, mariage d'une fille qui doit rejoindre le domicile conjugal, difficulté d'ordre professionnel, difficultés d'ordre conjugal ou

⁸ Guillemot, M *et coll.* (2006)

matériel (insuffisance de revenus). Souvent aussi le début brutal apparaît sans cause, « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. » dans près de 40% des cas le début est insidieux.

Parfois c'est progressivement que l'on voit s'installer les uns après les autres les différents symptômes du syndrome dépressif. Parfois le malade dévoile des faits très anciens ayant été à l'origine de cette dépression dont la manifestation actuelle n'est que l'aggravation du déséquilibre ancien occasionné par soit: la malédiction du père, la dispute avec un voisin jugé dangereux; la mésentente avec une coépouse, la transgression d'un interdit, l'infidélité, la trahison, l'attente longue et pénible d'un mari qui a voyagé ou disparu depuis des mois voire des années. Il arrive qu'on note dans les antécédents du malade des accès dépressifs passés inaperçus ou traités chez les guérisseurs traditionnels.

❖ **Le contenu du syndrome dépressif du noir africain**

La présentation ci-dessous qui s'éloigne du plan didactique classique, qui consiste à rassembler en trois (03) groupes (syndrome d'inhibition psychomotrice, trouble de l'humeur et du caractère, et symptôme « organique » de la dépression) n'a aucune prétention psychogénétique, psychopathologique. Elle tient seulement compte de la fréquence et de l'importance de certains troubles qui particularisent le syndrome dépressif chez le noir africain. Il est aussi à noter qu'un déprimé ne présentera pas le tableau complet qui va être décrit.

➤ **Les syndromes somatiques**

Les symptômes somatiques dominent le tableau de la dépression chez le noir africain. Si l'asthénie physique entraîne parfois l'arrêt du travail, les céphalées intenses de toute nature et de localisations diverses, les insomnies rebelles au traitement habituel sont fréquentes et souvent au début de la maladie, les symptômes gastro-intestinaux, les cénesthopathies diverses, l'agitation physique, les manifestations cardio-respiratoires et génito-urinaires caractérisent et particularisent les états dépressifs chez le noir africain.

➤ **Les symptômes gastro-intestinaux**

Diverses manifestations au niveau de la sphère digestive peuvent être rencontrées en dehors de l'anorexie et surtout du refus de s'alimenter qui dominant le tableau. Il s'agira avant tout de constipation, de sensation de chaleur abdominale ou de ballonnement, de nausée ou de vomissement, d'épigastralgie.

La dépression qui est une réponse existentielle à une situation douloureuse, va se manifester par des symptômes somatiques surtout digestifs comme pour exprimer le souvenir de certains temps forts où bouche et corps ont été particulièrement investis chez l'enfant africain.

➤ **Les algies et cénesthopathies diverses**

Elles sont souvent vagues et mal précisées. Les dépressions se signalent par des rachialgies (douleur de la colonne vertébrale), des cervicalgies, des lombalgies, des brûlures, des prurits, des sensations de vent chaud dans le corps surtout au bas ventre, de fourmillement, d'impression d'avoir reçu du feu, de la glace ou courant électrique dans le corps. Des fois ce sont des douleurs dentaires occasionnant des extractions dentaires qui sont signalées. L'agitation physique à laquelle s'associent souvent angoisse, délire de persécution et fugue particularise la dépression du noir et éloigne la symptomatologie de ce qui est classiquement décrit en Europe. Mais si l'agitation physique est relativement fréquente, les crises classiques sont rares et se manifestent sous forme de fugues, de bris d'objet, de destruction de maison mais rarement d'homicide et d'automutilation. De nombreux malades se plaignent d'asthénie sexuelle, d'inappétence sexuelle, d'impuissance sexuelle, d'impression d'être castré, d'éjaculation précoce, d'écoulement anormale par le méat jugé rétréci, d'érection "molle". Ils sont presque associés à une perte de la libido et de la puissance sexuelle. Les femmes signalent moins de troubles génito-urinaires en dehors des aménorrhées et des dysménorrhées. Ils se manifestent sous forme de nez obstrué, d'essoufflement, de toux rebelle, de sensation de poussière dans la gorge, de respiration bloquée. Ce sont cependant les manifestations cardiaques qui sont les moins supportées et les plus évoquées. Il s'agit souvent de douleurs dans le cœur blessé, d'impression de coup de couteau dans le cœur, de striction rétro-sternale, des palpitations associées à des sensations vertigineuses et à des troubles de la vision.

➤ **Les troubles de l'humeur et du caractère**

Le plus souvent la thymie du déprimé africain est tournée vers le pôle de la tristesse et du pessimisme. Mais cette tristesse modérée peut manquer et être remplacée par une thymie normale voire exubérante à laquelle s'associent agitation et angoisse. Les troubles du caractère sont fréquents à titre de : l'hostilité qui est franche et l'irritabilité très nette. Les malades deviennent intolérants aux bruits, à la causerie, à la lumière, etc.

Le déprimé africain portera rarement sur lui-même un jugement sévère. On note la rareté des idées de culpabilité, d'indignement, d'incurabilité, d'auto-accusation. Mais elles peuvent s'exprimer par le biais des hallucinations sensorielles surtout auditives.

Bien que de nombreux déprimés africains noirs pensent à la mort comme ultime solution à leur problème, rares sont ceux qui passent à l'acte. Ces tentatives sont le fait de certains acculturés souvent de jeunes collégiennes ou de jeunes femmes ou de certains sujets adeptes de religions révélées.

Concernant les symptômes névrotiques et psychotiques, c'est surtout la quasi constance des délires de persécution et des hallucinations qui est la deuxième particularité (après la somatisation) de la dépression de l'africain. Le déprimé africain se dira persécuté, attaqué de l'extérieur tantôt par des hommes (sorciers anthropophages ou marabout utilisant des procédés magiques) tantôt par des esprits ancestraux ou malins. Assez fréquemment certains malades ébauchent des idées de persécution avec illusion de métamorphisme ou de possession diabolique, de zoopsie, de dévoration, de négation d'organe ou de fonction. Comme syndrome d'inhibition, on remarque chez le noir africain : l'inhibition psychomotrice qui n'est en général pas aussi marquée que chez le déprimé européen. L'asthénie est souvent le premier signe spontanément révélé et qui oblige le malade à cesser toute activité. Elle n'est pas exclusive comme préalablement mentionné elle peut être remplacée par des états d'agitation. Les troubles de la mémoire existent mais sont moins évoqués.

Somme toute, les particularités de la dépression chez le noir africain se résument en quatre points :

- la grande importance des symptômes somatiques qui dominent le tableau de l'affection.
- la grande fréquence de délire de persécution qui se construit suivant les différents modèles d'interprétation culturelle.
- la rareté des idées de culpabilité, d'indignité, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
- la variation de cette symptomatologie chez les acculturés, alphabétisés ou les adeptes de religions révélées.

1.5.2.2. La dépression postnatale

❖ Historique la dépression postnatale

A partir des années 80, de très nombreuses études sur la dépression postnatale sont publiées alors que ce diagnostic n'est pas reconnu par les systèmes diagnostiques couramment utilisés. Jusqu'à une date récente, la littérature médicale évoque parfois sans distinction : bleues, dépression et psychose du post-partum sous la dénomination de « postnatal dépression ». Cette confusion rend difficilement exploitable une grande partie de la littérature à ce sujet. Un débat persiste sur la pertinence à distinguer trois sortes de troubles en post-partum. Les séparer permet plus de clarté dans le champ de la recherche et correspond en grande partie à l'attitude clinique. L'opposition est surtout théorique : au sein des chercheurs sur la dépression postnatale, les partisans d'une continuité avec les autres dépressions s'opposent à ceux qui défendent sa spécificité. Les convictions des uns et des autres ne peuvent se fonder sur des études empiriques car peu de recherches se sont focalisées sur leur similitude et leur différence. Il n'existe encore guère d'échanges fertiles entre la recherche sur la dépression en générale et celle de la dépression postnatale.

❖ Epidémiologie de la dépression du postnatale

La dépression postnatale touche dix à vingt pour cent des accouchées et survient entre le second mois et la fin de la première année de l'enfant.

❖ **Aspects sémiologiques**

Les dépressions postnatales échappent pour la plupart à l'investigation psychiatrique et au traitement. Deux motifs tendent à expliquer cette particularité : leur forme clinique originale et la dénéiation maternelle de la souffrance. Les dépressions postnatales ont la particularité d'avoir été plus souvent décrites par les chercheurs que par les thérapeutes, sauf en ce qui concerne les formes les plus graves. Leur dénomination a longtemps reflété la difficulté de leur diagnostic : « dépressions mineures », « atypiques », « névrotiques », « souriantes ». Les mères déprimées interprètent souvent leur état en termes moraux, manifestant l'inquiétude d'être blâmées, craignant qu'on leur reproche de ne pas trouver de joie à la naissance de leur enfant, souffrant d'être jugées incapables ou « mauvaises mères ». Portant un jugement moral sur elles-mêmes, elles tendent à dissimuler leur souffrance et ne demandent pas d'aide. L'innovation du DSM-IV à cet effet, est l'apparition du critère diagnostique « avec début lors du post-partum », applicable si le début de l'épisode survient dans les quatre premières semaines qui suivent l'accouchement.

❖ **Description clinique de la dépression du postnatale**

Certaines études attachées à la sémiologie retrouvent quelques traits sémiologiques plus particuliers de la dépression postnatale qui sont résumés dans le tableau suivant. Faute d'une validation suffisante, les différences détaillées ne peuvent être considérées comme constantes ni caractéristiques. Elles ont seulement une valeur indicative pour la recherche et l'entretien clinique.

Tableau I : Sémiologie de la dépression du post-partum versus dépression ordinaire

Dépression postnatale	Dépression ordinaire
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveil précoce
Labilité émotionnelle	Constance de l'humeur
Rares idées suicidaires	Assez fréquentes idées suicidaires
Perte d'estime de ses capacités maternelles	Perte d'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
Rareté du ralentissement psychomoteur	Fréquence du ralentissement psychomoteur
Risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure augmenté	Pas de risque augmenté en post-partum

Source : Internet, 2014

Le début est le plus souvent insidieux, parfois sous la forme d'un post-partum blues qui se prolonge, mais le plus souvent après une latence de durée variable. Deux pics de fréquence ont été signalés : les six premières semaines puis entre le neuvième (9^{ème}) et quinzième (15^{ème}) mois du post-partum (Lemperière et *Coll.*, 1984). La dynamique du trouble reste encore l'objet d'études. La phase d'état est dominée par des manifestations d'allure névrotique. C'est une dysthymie asthénique et irritable affectant centralement la relation de la mère et de l'enfant et les soins y afférents. Il n'y a que de rares et discrets aspects sémiologiques qui la distinguent d'une banale dépression.

Certains signes sont peu spécifiques :

- ✓ Tendance à pleurer ;
- ✓ Labilité de l'humeur plus altéré le soir ;
- ✓ Découragement ;
- ✓ Asthénie, épuisement, lassitude physique et intellectuelle ;
- ✓ Perte des intérêts habituels ;
- ✓ Perte de la libido ;
- ✓ Insomnie d'endormissement avec cauchemars ;
- ✓ Plaintes somatiques ;
- ✓ Craintes hypochondriaques ;
- ✓ Troubles de la concentration et de la mémoire.

Les éléments les plus caractéristiques sont :

- Sentiments d'incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant ;
- Absence de plaisir à pratiquer les soins, sentiment d'inadaptation aux besoins du bébé ;
- Phobies d'impulsion ;
- Irritabilité, agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie.

❖ **Diagnostic différentiel**

Le diagnostic différentiel est à faire avec :

- Le baby-blues qui est précoce et transitoire, intense ou prolongé. Il peut annoncer ou se confondre avec de la dépression du post-partum (Hapgoog et *Coll.*, 1988 ; Sutter et *Coll.*, 1995).

- La psychose puerpérale qui se manifeste dans la majorité des cas entre la première et la troisième semaine postnatale, et le tableau est nettement psychotique. Néanmoins, certains blues intenses pourraient annoncer ou se confondre avec le début d'une psychose puerpérale.

- Autres diagnostics différentiels : l'hypothyroïdie, les dépressions induites par les drogues à action directe sur le système nerveux central.

❖ **Evolution et pronostic**

Le trouble dépressif peut guérir spontanément en quelques mois, il peut aussi traîner plusieurs années, sous un mode chronique ou récurrent, perdurant parfois jusqu'à l'entrée de l'enfant en milieu scolaire. Pour un pourcentage indéterminé de femmes, la dépression du post-partum constitue le début d'épisodes dépressifs récurrents soit lors d'une grossesse ultérieure, soit à une autre période de la vie. La plupart des dépressions du post-partum n'ont pas été diagnostiquées après la naissance. Les femmes n'ont souvent pas elles-mêmes effectué de démarches de soins. Quand elles évoquent à des médecins leurs troubles, le traitement prescrit est le plus souvent inadéquat : benzodiazépines ou antidépresseurs à dose infra-thérapeutiques (Kumar et Robsen, 1984). L'aide et le soutien social et affectif (entretien de couple, groupes de pair, aide-ménagère ou travailleuse familiale, etc.) ne

sont généralement envisagés que pour des cas particuliers et les indications psychothérapeutiques restent assez rares.

❖ **Facteurs de risque de la dépression du post-partum**

➤ **Hypothèses neuroendocriniennes**

Le bouleversement hormonal qui affecte l'ensemble des femmes lors de l'accouchement et dans le post-partum a conduit à porter une attention soutenue aux facteurs endocriniens.

➤ **Facteurs de risque obstétricaux et gynécologiques**

Certains facteurs sont incriminés tels que :

- Les complications obstétricales
 - ✓ Pathologie en cours de travail (hémorragie, hyperthermie, embolie, souffrance fœtale, etc.) ;
 - ✓ Anomalies de la délivrance (artificielle, révision utérine isolée) ;
 - ✓ Anesthésie générale ;
 - ✓ Césarienne.
- Modalités d'accouchement et allaitement
 - ✓ Absence de préparation à l'accouchement ;
 - ✓ Absence d'un support émotionnel durant le travail ;
 - ✓ Allaitement.
- Facteurs gynécologiques
 - ✓ Syndrome prémenstruel ;
 - ✓ Antécédents de dysménorrhée.
- **Rôle des facteurs socio-économiques et démographiques**
 - ✓ Le niveau de revenus et la classe sociale ;
 - ✓ Activité professionnelle ;
 - ✓ Relation conflictuelle avec le partenaire.

➤ **Facteurs de risque psychiatriques**

○ **Antécédents personnels de la dépression postnatale**

Certaines femmes qui font une dépression postnatale ne présentent aucun antécédent apparent de la maladie psychologique. Toutefois, une dépression du post-partum lors d'une précédente naissance, des antécédents de troubles psychologiques, une grossesse difficile, une procréation médicalement (P.M.A) assistée mal vécue, des antécédents héréditaires, prédisposent à une dépression du post-partum. L'association d'un trouble de l'humeur survenue après un précédent accouchement majore de 85 fois le risque de survenue d'une dépression majeure.

○ **Antécédents familiaux de la dépression du post-partum**

Les antécédents de la dépression du post-partum chez la mère de la parturiente pourraient s'associer à sa plus fréquente survenue chez la fille.

➤ **Etiologies émotionnelles**

✓ **Une mauvaise réaction à l'accouchement** : la déception si l'accouchement ne s'est pas déroulé comme prévu, le sentiment d'être déstabilisée par la perte de contrôle et d'impuissance peut, en combinaison avec d'autres facteurs comme l'isolement et les difficultés matérielles, mener à une dépression.

✓ **Le passé psychologique de la mère** : des difficultés dans le couple, des rapports tendus avec sa famille (en particulier avec sa propre mère), un deuil non résolu (divorce, perte d'un parent...), des traumatismes durant l'enfance ou l'adolescence peuvent ressurgir en cette période postnatale lorsque la jeune mère est particulièrement sensible.

✓ **Un bébé difficile** qui pleure beaucoup, dort peu ou a des problèmes de santé.

➤ **Etiologie culturelle**

Plusieurs mythes courants sur la maternité peuvent déprimer une femme et lui donner un sentiment d'échec. En Afrique, particulièrement au Bénin, la période de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche est vécue comme une période de vulnérabilité pour la gestante. On considère qu'en ce moment, elle est très fragile et « ouverte » à tous les dangers. On estime qu'elle a un pied dehors et un pied dans la tombe. Les idées de persécution véhiculées autour d'elle depuis son enfance n'arrange rien. Elle vit dans la méfiance en suspectant : sa ou ses coépouses, si elle vit dans un

système polygamique ; ses belles sœurs et sa belle-mère, si les relations avec sa belle-famille étaient mauvaises ; les membres de sa famille qui seraient jaloux d'elle ou de son mari. Elle craint d'être atteinte par la sorcellerie ou par le maraboutage c'est-à-dire qu'on lui envoie de mauvais esprits ou un mauvais sort. A tout cela s'ajoute les interdits du fait de son état : interdit d'aliment, de lieu à fréquenter, d'heure de circulation. Dans ce contexte, la gestante est très anxieuse préoccupée par la présentation morphologique (malformation) de l'enfant et des issues de l'accouchement (facile ou pas).

❖ **Conséquences de la dépression postnatale sur les interactions précoces**

Les analyses tendent à montrer une plus grande cohérence entre les cycles comportementaux des dyades de mère non déprimée et une meilleure synchronie interactive. Les mères aident moins leurs enfants dans le jeu, ceux-ci se comportent eux-mêmes plus négativement à l'égard de leur mère. Ultérieurement, de nombreuses études ont confirmé la plus grande fréquence d'attachement insécurisé chez les mères ayant présenté une dépression postnatale (Murray, 1992 ; Righetti-veltema *et coll*, 1992). Mieux encore, un article de journal *American Family Physician* (1994) explique que les enfants de mères dépressives sont moins performants que les autres aux tests des fonctions cognitives.

Dans l'ensemble des recherches, la dépression maternelle précoce suffit à prédire le risque cognitif jusqu'à dix-huit (18) mois ou le risque comportemental plus tardivement des nouveau-nés.

1.5.3. Aspects épidémiologiques du développement

Selon les estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale publiées en 2008, 536.000 femmes sont décédées en 2005 dans le monde de complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches⁹ Un peu plus de la moitié de ces décès (270.000 décès) sont survenus en Afrique Sub-saharienne dont fait partie le Bénin ; une région qui abrite seulement 13,5 % de la population mondiale et où on enregistre 23,5 % des naissances totales. Avec un ratio

⁹ Agossou, E. (2007)

estimé à 1.000 décès pour 100.000 naissances vivantes, la Région Africaine enregistre le ratio de mortalité maternelle le plus élevé du monde¹⁰

Sur 130 millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde, environ 4 millions meurent au cours de la période néonatale (durant les quatre premières semaines de vie)¹¹ dont plus de 1,6 million en Afrique¹² De même, chaque année, en Afrique, on enregistre environ 1 million de mort-nés dont au moins 300.000 meurent pendant le travail d'accouchement.

Au Bénin plus de 1.400 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches¹³. Le fait préoccupant est que le ratio de mortalité maternelle stagne à un niveau élevé depuis plusieurs décennies. De 1992 à 2006, les différents ratios de mortalité maternelle publiés sont successivement de 473,2 (RGPH, 1992), 498 (EDSI, 1996), 474,4 (RGPH, 2002) et de 397 pour 100.000 naissances vivantes¹⁴.

La même tendance s'observe aussi au niveau de la mortalité néonatale qui, elle aussi, stagne autour de 38 décès pour 1.000 naissances vivantes depuis plusieurs décennies.¹⁵

Au Bénin, malgré les efforts appréciables en matière de soins prénataux, le taux de mortalité maternelle s'établit à 397 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2006, contre 498 décès pour 100.000 NV en 1996. Malgré ce déclin relatif observé au niveau de cet indicateur, ce dernier reste encore à un niveau très élevé et sa tendance évolutive reste encore loin de celle préconisée par les OMD : la mortalité maternelle a diminué d'au moins 5 % sur les 10 dernières années, mais à ce rythme le Bénin n'atteindra pas la valeur de 125 pour 100.000 naissances vivantes en 2015. Les causes cliniques les plus fréquentes des décès maternelles sont les complications obstétricales telles que les hémorragies et leur persistance, l'éclampsie, les dystocies,

¹⁰ Ahouassa, J. (2009)

¹¹ Ahyi, G. *et al.* (1996)

¹² Clin, J. (1994)

¹³ Cox, A. (1987)

¹⁴ INSAE, (2009)

¹⁵ Mothensen, P. (1998)

les infections, les complications de l'hypertension artérielle, et les avortements provoqués¹⁶.

La santé revêt une importance capitale dans le développement d'une nation. Ainsi aucun développement socio-économique et scientifique n'est possible dans un pays dont la population est minée par des maladies de toutes sortes. En effet, le Bénin enregistre une mortalité maternelle et infantile élevée et l'expérience de vie y est très courte. C'est pourquoi, pour permettre au secteur de la santé de contribuer substantiellement à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations, le Bénin s'est fixé comme vision, au terme des Etats Généraux sur la Santé organisés en novembre 2007, de « disposer en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanente des soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage des risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois ». Pour y parvenir, il faut entreprendre, entre autres, des actions telles que la production à temps d'informations exhaustives et de qualité pour la planification, la mise en œuvre, le suivi-évaluation des actions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La présente étude pourra apporter les informations nécessaires à une nouvelle perspective de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, lors de l'élaboration et la planification des programmes de santé et de développement. Son exploitation permettra de disposer des éléments d'appréciation de l'importance de l'équilibre mental dans le développement du Bénin, en vue de prendre des décisions pertinentes pour l'amélioration de la qualité des soins du postpartum. Elle permettra de jeter un regard particulier sur la prise en compte de la santé mentale, dans la réduction de la mortalité et l'invalidité maternelle et infantile ; qui peuvent être prévenues à l'aide d'interventions sanitaires adéquates. Cette étude permettra également de mettre un accent particulier sur la dépression postnatale et le développement socio-économique.

¹⁶ INSAE, *Annuaire des statistiques sanitaires*, 2009

1.6. Délimitation thématique

Le présent sujet de recherche s'inscrit dans les disciplines de la psychologie, de la sociologie, de la communication sociale, de l'anthropologie du changement social et du développement.

En psychologie, la notion de santé mentale traverse tous ces champs. Mais le curatif, en tant que pratique clinique, ne peut se réduire à la rationalité de ces fondamentaux ; car elle repose sur le rapport à l'intime, à l'imaginaire et aux représentations symboliques qui font la personnalité du sujet. Il est le lieu de rapports transférentiels multiples qui relèvent de la subjectivité et de la fonction du langage. C'est de cette place que la souffrance psychique est écoutée par le clinicien. En sociologie, parce que le travail du sociologue s'implique dans la politique de santé mentale par les études épidémiologiques et les enquêtes de terrain, qui font apparaître, les maladies mentales (dont la dépression postnatale) au carrefour du changement social et des questions de développement. Le sociologue est également présent dans les marges des institutions qui mobilisent différents types de partenaires comme autant de ressources sociales. Parfois la seule existence de ce réseau social adapté autour du sujet a l'effet thérapeutique de restaurer le lien social. La rue est un lieu d'identification permanent, parce qu'elle inscrit dans les délires des patients. Toute pathologie mentale relève aussi d'un processus social, car tout sujet est sujet social. Il s'agit d'une dimension incontournable de l'approche soignante.

En communication sociale, parce qu'elle est le cadre central de toute initiative de développement. Non seulement que la sous information et l'indifférence des populations peuvent faire échouer tout projet de développement mais aussi, il faut associer la population à tous les niveaux. De même, la reconnaissance de la diffusion du discours « psy » dans les institutions du sociale nous interpelle. En anthropologie, car elle est la branche des sciences qui étudie l'être humain sous tous ses aspects, à la fois physique (anatomique, morphologique, physiologique, évolutif, etc.) et culturel (socioreligieux, psychologique, géographique, etc.). Elle tend à définir l'humanité en faisant une synthèse des différentes sciences humaines et naturelles ; l'étude de la dépression postnatale y trouve sa place.

La variété de la place des pratiques dans tous les secteurs de la société, l'interface de la psychiatrie avec la médecine générale, le social, l'ampleur de l'utilisation des psychotropes par les médecins généralistes donnent toute sa pertinence à la gestion efficiente de dépression postnatale.

1.7. Quelques axes de discussion

Ces axes de la discussion seront abordés dans cette étude :

- Les conséquences de la dépression postnatale sur la personne humaine ;
- L'implication de la dépression postnatale sur le développement psychologique et social.
- L'influence de la mauvaise gestion de la période gravido-puerpérale sur la dépression postnatale.

Dans ce chapitre, nous présenterons à travers le cadre d'étude, le cadre physique et le peuplement de la commune de Cotonou.

2.1. Cadre de l'étude

2.1.1. Présentation de la commune de Cotonou

2.1.1.1. Cadre physique et peuplement

Cotonou, capitale économique du Bénin, est située sur le cordon littoral qui s'étend entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique. Cette ville, limitée au Nord par la commune de Sô-Ava et le lac Nokoué, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par la commune de Sèmè-Kpodji et à l'Ouest par celle d'Abomey-Calavi, représente le département du Littoral. Elle s'étend sur une superficie de 79 km² et compte 13 arrondissements. Elle est coupée en deux par le chenal (lagune de Cotonou). La partie Est est reliée à celle de l'Ouest par trois ponts (PDC, 2006).

Cotonou compte environ 678.874 habitants en 2013¹⁷ Dans la réalité, cette population aurait atteint à ce jour plus d'un million d'habitants. La majorité de cette population constituée de Fon, Mina, Yoruba et leurs apparentés. Les autres groupes ethniques notamment les Baribas, les Dendis, les Peulhs sont moins nombreux. Une frange non négligeable est représentée par la communauté étrangère.

2.1.1.2. Présentation sommaire de l'aspect sanitaire de la ville de Cotonou

En matière de santé, l'état béninois consacre une moyenne de 8 % de son budget au secteur de la santé (pour le personnel, l'achat de biens et services, les transferts et subventions d'exploitation) (INSAE, 2009).

Au niveau décentralisé, les zones sanitaires bénéficient de crédits de la part du gouvernement et des aides internationaux de l'Organisation Mondiale de la Santé, du FED, de la DANIDA, des Pays Bas, de l'UNICEF, des USA, etc.

Cotonou dispose de centres de santé publics, privés, confessionnels et traditionnel. Ces centres desservent souvent, l'agglomération de Cotonou qui est l'espace le plus urbanisé et le plus dynamique du Bénin. L'Agglomération de Cotonou

¹⁷INSAE (2013), RGPH₄ : Synthèse des résultats, Cotonou.

regroupe trois communes (Cotonou, Abomey-Calavi, Sèmè-Podji). Elle regroupe 1/6 de la population nationale sur moins de 1 % de la surface du territoire national. Elle contribue pour environ 35 % au PIB national. Elle constitue le principal pôle économique du pays. Le développement urbain de cet espace, et la concentration de plusieurs fonctions dans l'agglomération a entraîné d'autres problèmes liés au transport (mobilité urbaine), à l'accès aux services sociaux (logement, santé, éducation, etc.). Pour répondre à ces défis, le Gouvernement, depuis le début des années 2000, déploie une politique d'amélioration de la mobilité urbaine et de renforcement de l'offre de services sociaux.

La politique de renforcement de l'accès aux soins de santé a consisté en une offre diversifiée de soins selon une pyramide sanitaire qui va de l'échelle nationale à l'échelle locale :

- Niveau national : Centre Hospitalier Universitaire.
- Niveau régional : Centre Hospitalier Départemental et Hôpital de Zone.
- Niveau local : Centre communal de santé, centre de santé d'arrondissement et cliniques.

2.1.2. Présentation de la CUGO et de l'HOMEL

Cette étude a pour cibles, les deux centres de référence nationale du Bénin à savoir :

- L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (H.O.M.E.L.) de Cotonou
- La Clinique Universitaire de Gynécologie et Obstétrique (C.U.G.O) du C.N.H.U.-H.K.M. de Cotonou.

Ces centres sont les deux plus grands centres de référence nationaux en obstétrique au Bénin.

➤ La CUGO

La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (C.U.G.O.) est l'une des grandes entités du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (C.N.H.U.-H.K.M.) de Cotonou. C'est l'une des maternités de référence nationale du Bénin après l'H.O.M.E.L. Elle a ouvert ses portes en 1978.

✓ **Les infrastructures**

Elles sont composées du : bloc technique, bloc de consultation, bloc d'hospitalisation.

✓ **Les activités**

La C.U.G.O. assure les activités suivantes : Les consultations prénatales, post-natales et gynécologiques, les accouchements, les interventions chirurgicales, les vaccinations, la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus, les activités de recherche et d'enseignement.

➤ **L'HOMEL actuellement CHU-MEL**

L'hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou est créé en octobre 2002 de la fusion de deux formations sanitaires contigües créées en 1958 : la Maternité Lagune et le Centre de Santé maternel et infantile. Depuis Aout 2012, HOMEL s'appelle désormais CHU-MEL. Ce centre est la Maternité de référence au Bénin.

C'est un établissement public à caractère sociale doté d'une personnalité juridique et d'une semi autonomie financière. Situé au bord de la lagune de Cotonou, l'H.O.M.E.L. est localisé à Cotonou Tokpa Hoho dans le 5^{ème} arrondissement de la commune de Cotonou.

✓ **Les infrastructures**

L'H.O.M.E.L. comprend trois (03) grands secteurs d'activité :

- Les secteurs médicaux composés de : service de la mère et le service de l'enfant.
- Les secteurs médico-techniques.
- Le secteur administratif, économique et financier.

✓ **Les activités de l' H.O.M.E.L.**

Ce sont :

- **Les prestations de soins** à travers : Les consultations ; les accouchements ; les interventions chirurgicales gynécologiques ; obstétricales et pédiatriques ; le planning familial ; les conseils nutritionnels pour le développement des enfants et des mères.
- **Les activités de formation** : Elles concernent la dispensation de cours théorique et l'encadrement des médecins en DES (Diplôme d'Etude Spéciale), des étudiants en médecine générale, des élèves sages-femmes et des élèves infirmiers.
- **Les activités de recherche** : Elles sont encadrées pour la plupart par le Centre Internationale Intégré de Recherche et d'Enseignement en Santé de la Reproduction (C.I.R.E.S.A.R.). Ces activités ont traités aux travaux de recherche faisant l'objet de thèse de doctorat d'états en médecine, de mémoires de fin de formation et autres publications médicales par les médecins.



Image 1 : Carte de HOMEL et du CNHU

Source : IGN, 2004

2.2. Démarche méthodologique

2.2.1. Nature de l'étude

Cette étude est de nature quantitative et qualitative. Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif à visée analytique. La méthode hypothéticodéductive est adoptée pour cette recherche.

2.2.2. Techniques de collecte des données

2.2.2.1. Recherche documentaire

De la recherche documentaire effectuée pour la présente étude, il ressort les informations contenues dans le tableau ci-après :

Elle s'est déroulée en deux étapes : dans les bibliothèques puis au cyber.

Tableau II : Les sources documentaires

Centres de documentation	Nature des documents	Types d'information
Bibliothèque de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou	Ouvrages spécifiques et généraux en gynéco-obstétrique et en santé mentale. Mémoire et thèses sur la dépression	Informations relatives DPP et le développement de l'être humain, la santé mentale
Centre de documentation de la FLASH	Mémoires	Informations générales en psychologie, méthodologie de rédaction de mémoire
Bibliothèque d'ESIET-BENIN	Mémoires de master en IDL	Informations sur le développement local et méthodologie de rédaction de mémoire
Ministère de la Santé	Ouvrages spécifiques et généraux gynéco-obstétrique et en santé mentale	Informations relatives DPP et le développement de l'être humain
Centre de documentation de l'OMS	Ouvrages spécifiques et généraux gynéco-obstétrique et en santé mentale	Informations relatives à la DPP et le développement de l'être humain
Site internet	Informations générales en santé et développement	Informations relatives à la DPP, au développement de l'être humain), à la santé mentale et au développement
Autres ouvrages en notre possession	Ouvrages généraux, mémoires et thèses en sociologie, psychologie, méthodologie et autres articles.	Informations relatives DPP et le développement de l'être humain, la santé mentale

Source : Données du terrain, 2014

2.2.2.2. Techniques utilisées

Pour Grawitz (1993), la technique est un procédé opératoire rigoureux, bien défini, transmissible et susceptible d'être appliqué à nouveau dans les mêmes conditions, adapté au genre de problèmes et de phénomènes en cause. Il s'agit ici de l'ensemble des moyens indispensables qui seront utilisés de façon systématique par le chercheur pour mener à bien son étude.

Les techniques utilisées pour le recueil des données sont : l'observation, l'entretien semi structuré ; et l'administration de questionnaires aussi bien chez les accouchées que chez les prestataires.

L'observation

L'observation vise à connaître, à étudier l'objet dans son ensemble, ou de saisir en situation de face à face, les modalités d'être de l'objet. Dans cette recherche, elle conduit à préciser certains caractères de la dépression postnatale. Elle est le mode qui permet d'avoir des informations sur le comportement, les attitudes, en dehors de toute intervention de comportements interdépendants. Le sujet réagit à l'environnement et aux situations selon un pattern empreint des caractéristiques liées à la douleur psychique. Dans cette recherche, l'observation est utilisée, parce qu'elle vient en complément à l'entretien et se porte sur certains indicateurs de la dépression postnatale comme le ralentissement psychomoteur, l'humeur dépressif, la relation mère-enfant qui ont une implication sur le développement socio-économique du Bénin.

L'entretien

L'entretien semi structuré est utilisé car il a permis de laisser libre champ aux enquêtés de s'exprimer, d'aborder tous les aspects des questions posées, comme la description des signes par les clientes (accouchées) et les prestataires, de même que l'expression des besoins en formation et en prise en charge par ces derniers.

L'entretien est d'un intérêt particulier dans la mesure où il n'est pas limité à la perspective diachronique, il permet l'exploration psychique et fournit aussi des indicateurs sur la détresse et l'angoisse, le mode de fonctionnement, les mécanismes

de défenses, la relation dyadique, les relations soignantes soignées, les antécédents etc. il s'opère en termes de dynamique ou de mouvement psychique dans une mutualité bienveillante, notamment du côté du psychologue. Le travail du psychologue clinicien consiste donc à savoir recevoir le discours qui est tenu par le sujet, mais aussi à le susciter. Cet acte de parole prend effet au sein d'une relation dite intersubjective, entre deux sujets, la patiente et le clinicien, ou les cliniciens dans le cadre cette recherche.

C'est la combinaison des différentes approches citées qui fait la spécificité de ce travail et la mise en place d'un faisceau d'information d'origine diverses qu'une analyse peut être conduite, tant sur le plan synchronique intrinsèque qu'extrinsèque.

Le questionnaire

Le questionnaire est utilisé pour quantifier les données recueillies comme le nombre des accouchées et prestataires pris en compte par le travail. IL est utilisé parce qu'il est structuré. Cette structuration nous a permis de chiffrer les données recueillies (comme les symptômes, la prévalence de la Dépression postnatale) au niveau de la cible.

2.2.3. Groupes cibles et échantillonnage

2.2.3.1. Groupes cibles

La recherche s'est adressée aux accouchées des deux centres de recherche et a permis de recueillir des données sur leurs caractéristiques générales, les manifestations de la dépression du post-partum et leurs appréciations de l'apport existant en matière de la prise en charge psychologique et des conséquences de cette affection.

2.2.3.2. Echantillonnage

Il est constitué des accouchées qui se font suivre régulièrement dans les centres suscités et des prestataires à leur service.

Deux types d'échantillonnage sont utilisés pour la définition de la population d'étude :

- L'échantillonnage de commodité pour la sélection des prestataires de soins aux accouchées. Trente-trois (33) prestataires sont pris en compte au cours de l'enquête dans les deux centres considérés. Ils sont composés de sages-femmes (21), de médecins (9), d'infirmières (2) et de Kinésithérapeute (1).
- Un recensement exhaustif est fait à l'endroit des accouchées répondant aux critères d'inclusion, lors de leur visite de routine dans les centres considérés, soit 93 femmes.

Au total **cent-vingt-six (126) acteurs** ont été enquêtés.

L'échelle de diagnostic EPDS adapté à la dépression chez le noir africain a été utilisée lors de cette recherche.

2.2.4. Déroulement de l'enquête

2.2.4.1. Pré-enquête

Avant la période d'enquête proprement dite, une pré-enquête a été réalisée en une journée auprès de 9 accouchées et 6 prestataires à l'HOMEL. Cette pré-enquête nous a permis de mieux adapter l'approche de la méthode d'étude et d'apporter des modifications aux guides d'entretien.

❖ Critère d'inclusion

*** Pour les prestataires :**

Tous les prestataires qui sont en contact direct avec les accouchées dans l'exercice de leur fonction dans les centres choisis. Ces derniers sont responsables du diagnostic et de la prise en charge des gestantes et accouchées.

*** Pour les accouchées :**

- Appartenir à la file active de l'un des centres de l'étude ;
- Avoir accouché dans une période de moins d'un an ;
- Donner son consentement pour participer à l'étude.

❖ Critère de non inclusion

- ✓ Accoucher au-delà d'un an
- ✓ Les accouchées ne donnant pas leur accord

- ✓ Les accouchées inconscientes (dont l'état ne permet pas un entretien).

❖ Variables

Les variables à l'étude sont de deux ordres :

- **Les variables dépendantes** : La reconnaissance de la dépression postnatale et de ses conséquences et la qualité de la prise en charge psychologique de la dépression postnatale et les stratégies et moyens (outils) pour rompre le cercle vicieux lié à cette dépression.
- **Les variables indépendantes** : le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfant vivant, la vie de relation sociale.

2.2.4.2. Durée de la recherche

La collecte des données a duré un mois et demi (45 jours) en deux (02) phases : du 30 septembre au 15 décembre 2014.

2.2.5. Techniques de traitement des données de terrain

Le traitement et l'analyse des données quantitatives, recueillies auprès des accouchées ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel 2007. Les données recueillies auprès des prestataires intervenant dans leur prise en charge sont manuellement traitées et à l'aide des logiciels Word 2007 et Excel 2007.

2.2.6. Dispositions éthiques

Pour le bon déroulement de cette étude, les dispositions suivantes ont été prises :

- Chaque accouchée abordée a été préparée (information, mise en confiance).
- Respect de la confidentialité et de l'anonymat à toutes les étapes de l'étude.
- Explication du but de notre étude.
- Obtention du consentement éclairé des accouchées et des prestataires pour l'étude.
- Informations des accouchées et des prestataires de la gratuité de l'étude.
- Information et autorisation des autorités des centres de recherche.

2.2.7. Difficultés et limites de la recherche

Au cours de la sensibilisation des accouchées et de la collecte des données, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés. La plupart des accouchées situées dans la population d'étude ne venaient pas en consultation de

routine. De même, la majorité est réticente à partager les informations concernant leur état de santé ou leur souffrance.

L'absence d'échelle de diagnostic adaptée et validée de la dépression postnatale de la noire africaine constitue une limite pour cette recherche.

Enfin, un spécialiste en statistique pour des analyses croisées, aurait permis une analyse plus approfondies des résultats.

Nous présenterons les résultats de cette étude en deux sections à savoir : enquêtes quantitatives et enquêtes qualitatives.

3.1. Enquête quantitative

3.1.1. Caractéristiques générales des accouchées

3.1.1.1. Age des accouchées

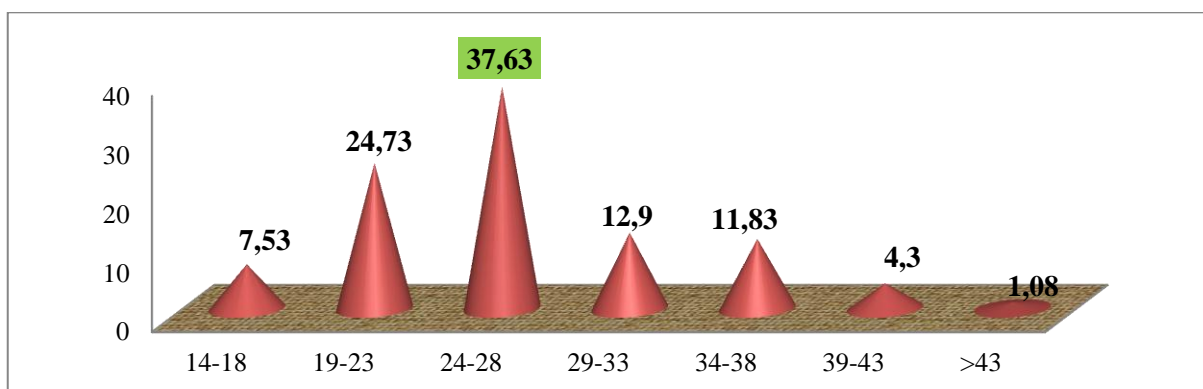


Figure 1 : Répartition des accouchées selon l'âge

Source : Données du terrain, 2014

La tranche d'âge 24 à 28 est la plus représentée avec un taux de 37,6 %. L'âge minimum est de 14 ans et le maximum de 47 ans. L'âge moyen des accouchées est de 28,5 ans.

3.1.1.2. Religion

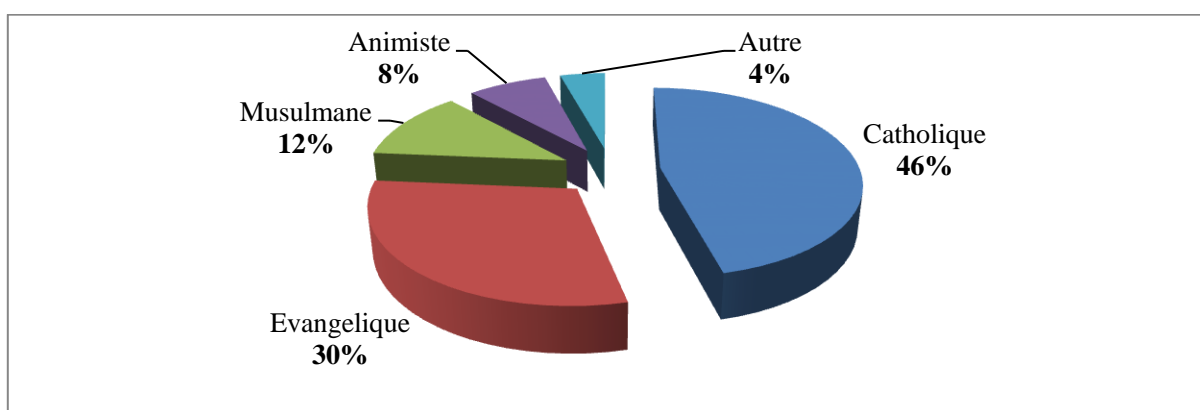


Figure 2 : Répartition des accouchées selon la religion

Source : Données du terrain, 2014

Près de 77 % de la population d'étude appartiennent à la religion chrétienne.

3.1.1.3. Nationalité

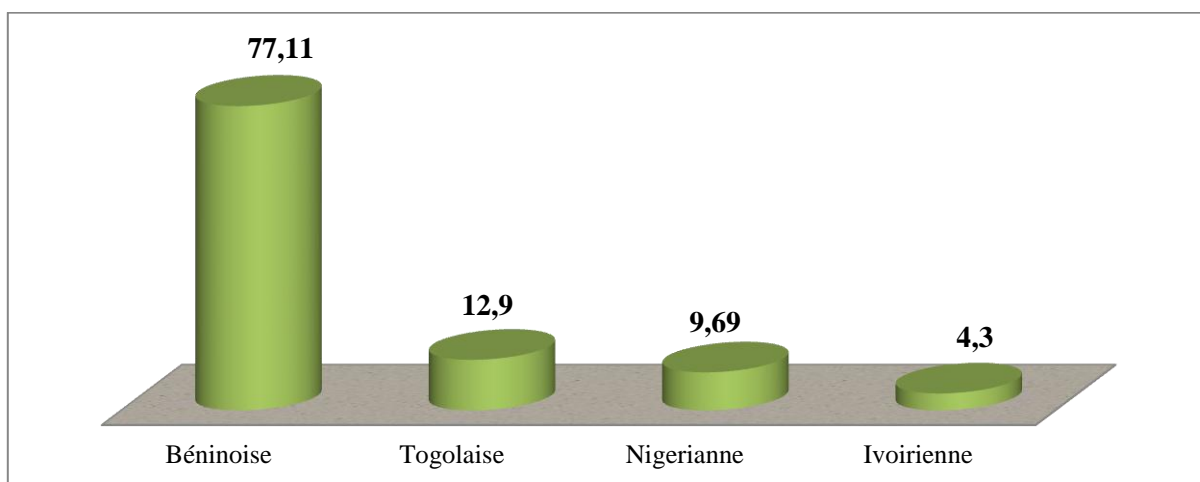


Figure 3 : Répartition des accouchées selon la nationalité

Source : Données du terrain, 2014

La majorité des accouchées (68) rencontrées est de nationalité béninoise soit 73 %.

3.1.1.4. Ethnie

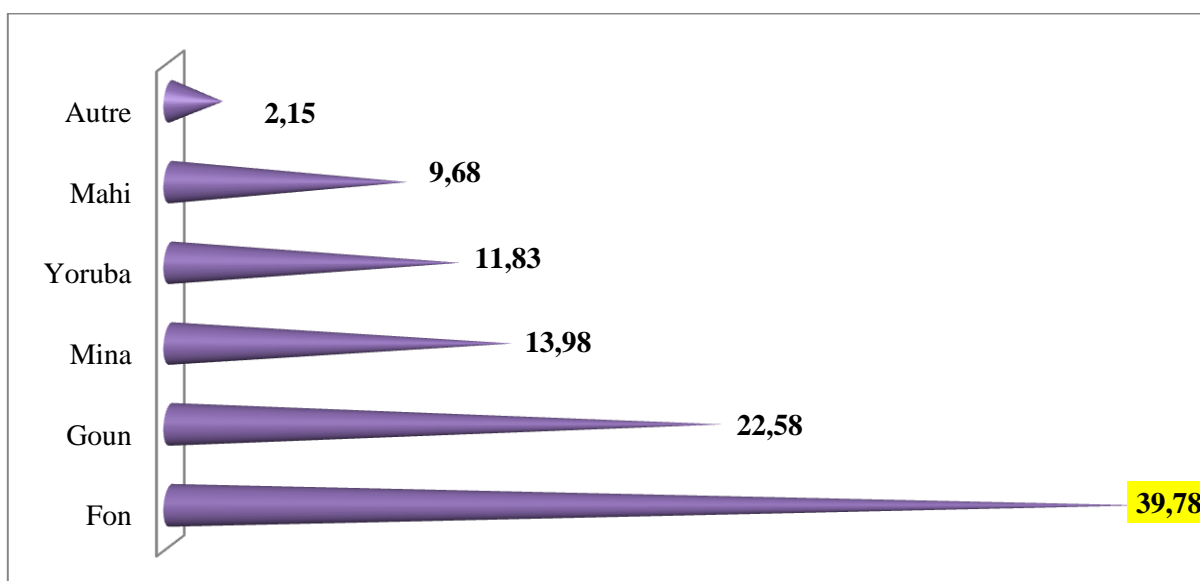


Figure 4 : Répartition des accouchées selon l'ethnie

Source : Données du terrain, 2014

Le Fon et le goun sont plus représentés dans la population avec près de 63 %.

3.1.2. Symptomatologie présentées par les accouchées

3.1.2.1. Inhibition psychomotrice et humeur dépressive

Tableau III : Répartition des accouchées selon l'inhibition psychomotrice et l'humeur dépressive

	Inhibition psychomotrice		Humeur dépressive									
	Asthénie		Découragement		Sentiment de malheur		Mauvaise estime de soi		Impression d'être inutile		Idées de suicide	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	59	63,44	60	64,52	49	52,69	52	55,91	63	67,74	11	11,83
Non	34	36,56	33	35,48	44	47,31	41	44,09	30	32,26	82	88,17
Total	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100

Source : Données du terrain, 2014

Eff = Effectif

- Cinquante-neuf (59) accouchées expriment la fatigue, soit 63,4 %.
- 64,5 % de la population d'étude sont découragées.
- 52,7 % des accouchées se sentent malheureuses.
- 55,9 % de la population d'étude se sentent inférieure aux autres.
- 67,7 % accouchées ne se sentent plus utile à la société.
- 11,8 % de la population d'étude ont des idées de suicide.

3.1.2.2. Anxiété, l'irritabilité et tolérance des bruits, troubles de sommeil

Tableau IV : Répartition des accouchées selon l'anxiété, l'irritabilité, la tolérance des bruits et les troubles de sommeil

	Anxiété				Irritabilité et tolérance des bruits				Troubles de sommeil			
	Crainte de la survenue d'un danger		Instabilité psychomotrice		Irritabilité		Tolérance des bruits		Insomnie		Cauchemar	
	*Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	34	36,6	19	20,4	39	41,9	36	38,7	26	28	30	32,3
Non	59	63,4	74	79,6	54	58,1	57	61,3	67	72	63	67,7
Total	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100

Source : Données du terrain, 2014

* Eff=Effectif

Trente-quatre (34) accouchées soit 36,6 % craignent la survenue d'un danger. Dix-neuf (19) accouchées sur les quatre-vingt-treize (93) souffrent de l'instabilité psychomotrice. 41,9 % de la population d'étude s'irritent fréquemment. 61,3 % des accouchées ne tolèrent pas le bruit. 28 % d'elles ont l'insomnie et enfin, 30 % font des cauchemars.

3.1.2.3. Plaintes somatiques

Tableau V : Répartition des accouchées selon les troubles somatiques

	Plaintes somatiques															
	Céphalées		Echauffements de tête		Brûlures de la tête		Palpitations		Vertige		Douleurs lombaires		Modification de l'appétit		Constipation	
	*Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	49	52,7	19	20,4	13	14	27	30	17	18,3	29	31,2	31	33,3	22	23,7
Non	44	47,3	74	79,6	80	86	66	70	76	81,7	64	68,8	62	66,7	71	76,3
Total	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100

Source : Données du terrain, 2014

* Eff= Effectif

52,7 % des accouchées ressentent des céphalées. Dix-neuf (19) accouchées ont des échauffements de la tête. 14 % de la population d'étude se plaignent de brûlures au niveau de leur tête et 31 % de la population d'étude sentent des douleurs lombaires. 23,7 % des accouchées souffrent de constipation.

3.1.2.4. Hallucination et idée de persécution

Tableau VI : Répartition des accouchées selon les hallucinations et les idées de persécution

	Hallucination				Idée de persécution	
	Hallucination auditive		Hallucination visuelle		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	9	9,7	5	5,4	22	23,7
Non	84	90,3	88	94,6	71	76,3
Total	93	100	93	100	93	100

Source : Données du terrain, 2014

Neuf (9) des quatre-vingt-treize (93) accouchées soit 9,7 % ont des hallucinations auditives. 5,4 % des accouchées ont des hallucinations visuelles. Vingt-deux (22) des accouchées soit 23,7 % déclarent que leur maladie a été provoquée.

3.1.3. Fréquence de la dépression du post-partum

Soixante-deux accouchées sur les quatre-vingt-treize enquêtées souffrent de la dépression du post-partum, soit 66,7 % des accouchées.

3.1.4. Qualité de la relation soignant-soignée avant et après l'accouchement

3.1.4.1. Difficulté à rencontrer le soignant

Pour la présente recherche, soixante-dix des quatre-vingt-treize accouchés soit (75,3) %, ont de contact difficile avec leur soignant, contre vingt-trois accouchées soit 24,7%.

3.1.4.2. Difficulté à exprimer les plaintes aux agents de santé

Soixante-six (66) % des accouchées ne partagent pas facilement leurs plaintes avec les soignants.

3.1.4.3. L'appréciation de l'accueil par les accouchées

Tableau VII : Répartition des accouchées selon l'appréciation de l'accueil

	Effectif	Pourcentage
Bonne	43	46,2
Moins bonne	11	11,8
Mauvaise	39	42
Total	93	100,0

Source : Données du terrain, 2014

Près de 53 % des accouchées se plaignent de la qualité de l'accueil.

3.1.4.4. Appréciation de l'écoute par les accouchées

Cinquante-sept (57) des accouchées soit 61,3 ont l'impression d'être bien écoutées.

3.1.4.5. Satisfaction par rapport aux préoccupations des accouchées

Soixante-deux (62) accouchées soit 66,7 % sont satisfaites des réponses apportées à leur préoccupation contre 33,3.

3.1.5. Vie sociale

3.1.5.1. Vie professionnelle

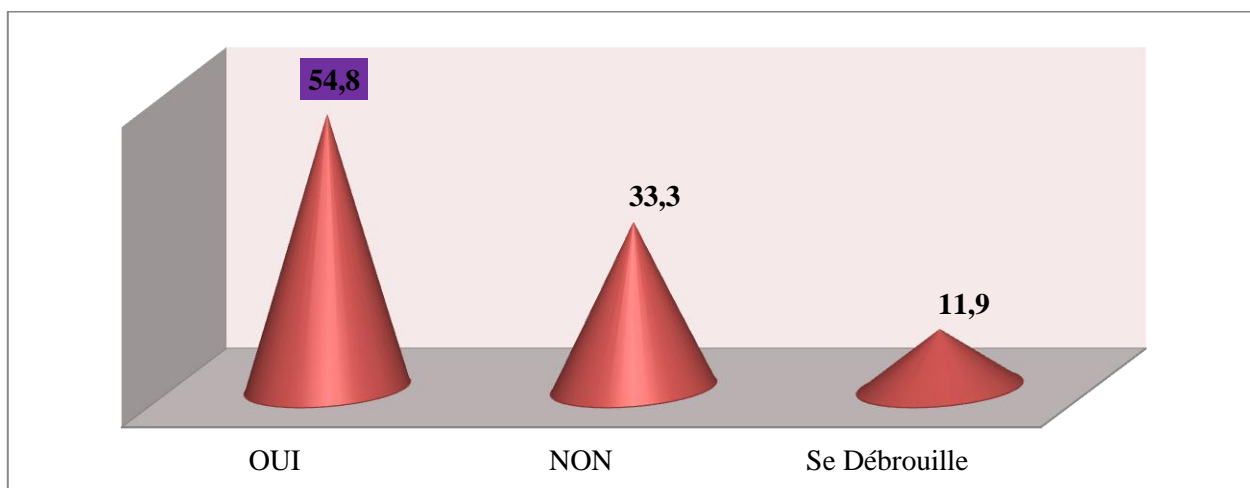


Figure 5 : Répartition des accouchées selon la vie professionnelle.

Source : Données du terrain, 2014

Cinquante et un (51) accouchées soit 54,8 % ont un métier et 11,9 % se débrouillent.

3.1.5.2. Conflits au service

Tableau VIII : Répartition des accouchées selon les conflits au service

	Effectif	Pourcentage
OUI	44	47,3
NON	49	52,7
Total	93	100,0

Source : Données du terrain, 2014

Quarante-sept (47,3) % des accouchées ont de conflits dans leur service.

3.1.6. Vie familiale

3.1.6.1. Mode de vie avec le conjoint

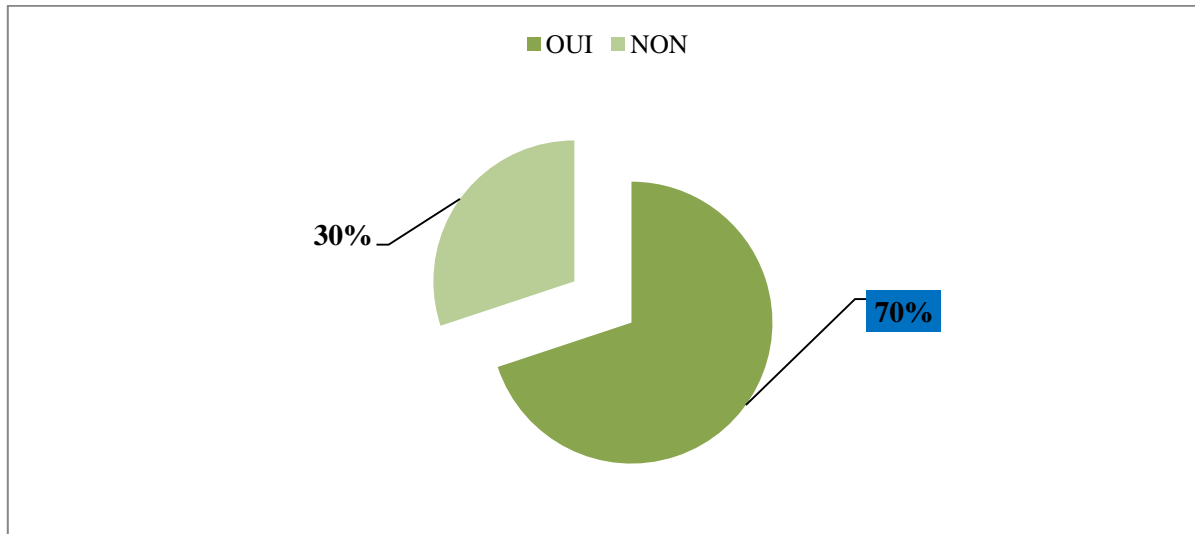


Figure 6 : Répartition des accouchées selon le mode de vie avec le conjoint.

Source : Données du terrain, 2014

Vingt-huit (28) des 93 accouchées soit 30 % ne vivent pas avec leur conjoint.

3.1.6.2. Source de revenu du conjoint

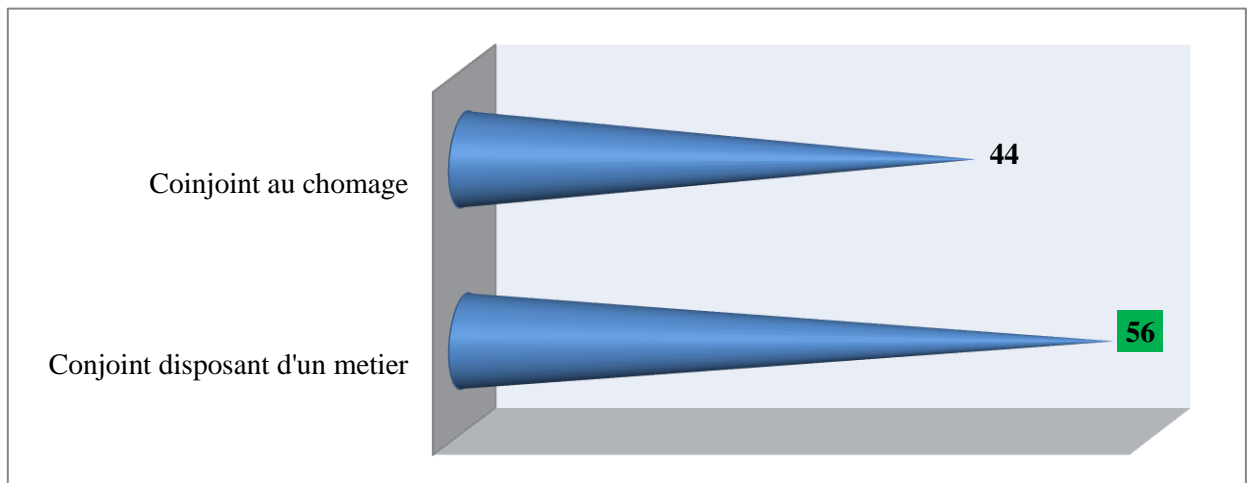


Figure 7 : Répartition des accouchées selon l'existence d'une source de revenu du conjoint

Source : Données du terrain, 2014

Cinquante-six (56) % des accouchées déclarent que leur conjoint dispose d'un métier.

3.1.6.3. Participation du conjoint aux dépenses de la maison

Tableau IX : Répartition des accouchées selon la participation financière du conjoint

	Effectif	Pourcentage
OUI	58	62,4
NON	35	37,6
Total	93	100,0

Source : Données du terrain, 2014

Parmi les conjoints, 37,6 % ne participent pas aux dépenses de la maison.

3.1.6.4. Existence d'aide à la maison

Tableau X : Répartition des accouchées selon l'existence d'une aide pour la prise en charge des enfants

	Effectif	Pourcentage
OUI	39	42
NON	54	58
Total	93	100,0

Source : Données du terrain, 2014

Cinquante-huit (58) % des accouchées ne disposent pas d'aide pour les travaux domestiques.

3.1.6.5. Autres problèmes au niveau du foyer

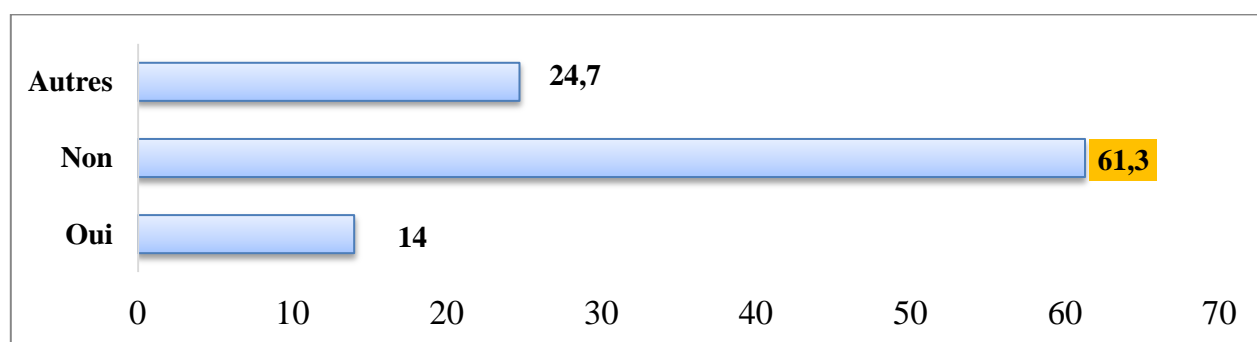


Figure 8 : Répartition des accouchées selon l'existence de difficulté au sein du foyer

Source : Données du terrain, 2014

Treize (13) accouchées soit 14 % ont de problèmes dans le foyer qu'elles ont bien exprimés tandis que, pour 24,7 % des accouchées les problèmes restent encore indéterminés.

3.1.6.6. Mauvaise relation avec la belle famille

Trente-huit (38) % des accouchées sont acceptées par leur belle famille contre 62 %.

3.1.7. Vie relationnelle

3.1.7.1. Des échanges blessants avec l'entourage

Quinze (15) % des accouchées enquêtées ont eu d'agression verbale avec leur entourage.

3.1.7.2 Retrait social

Tableau XI : Répartition des accouchées selon le retrait social

	Effectif	Pourcentage
OUI	17	18,3
NON	76	81,7
Total	93	100,0

Source : Données du terrain, 2014

Le retrait social est observé chez 18,3 % de la population d'étude.

3.1.8. Antécédents psychologiques et psychiatriques

3.1.8.1. Antécédents familiaux : Existences de troubles mentaux

Tableau XII : Répartition des accouchées selon les troubles mentaux d'un membre de famille

	Effectif	Pourcentage
OUI	14	15
NON	79	85
Total	93	100,0

Source : Données du terrain, 2014

Quinze (15) % des parents des accouchées auraient eu un antécédent psychiatrique.

3.1.8.2. Antécédents personnels

➤ Existences d'antécédents de troubles

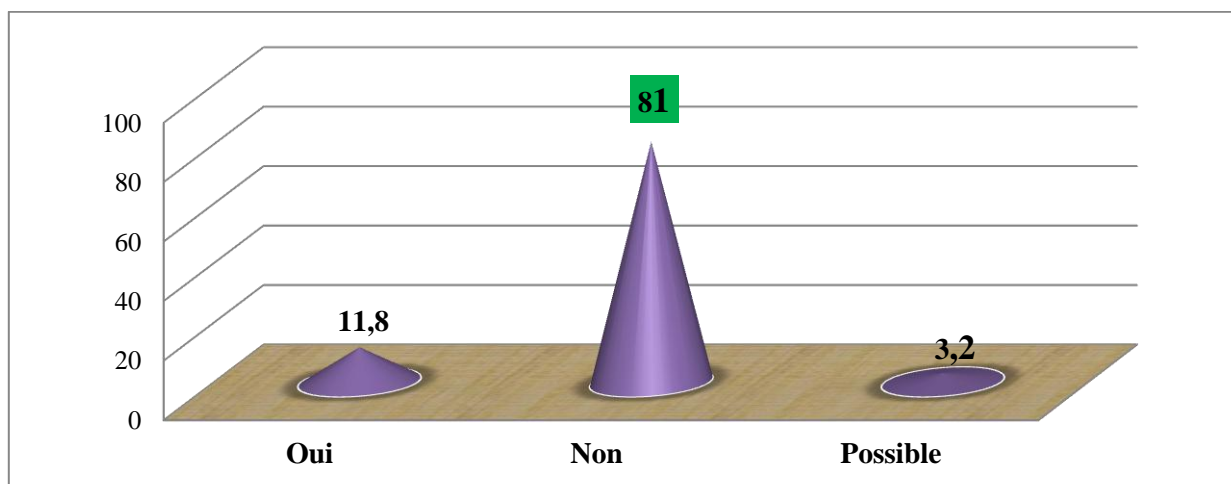


Figure 9 : Répartition des accouchées selon les antécédents psychiatriques personnels

Source : Données du terrain, 2014

Onze (11) des accouchées soit 11,80 % ont un antécédent personnel de la dépression. Tandis que 3,2 % pensent que c'est possible.

➤ Punitions sévères au cours de l'enfance

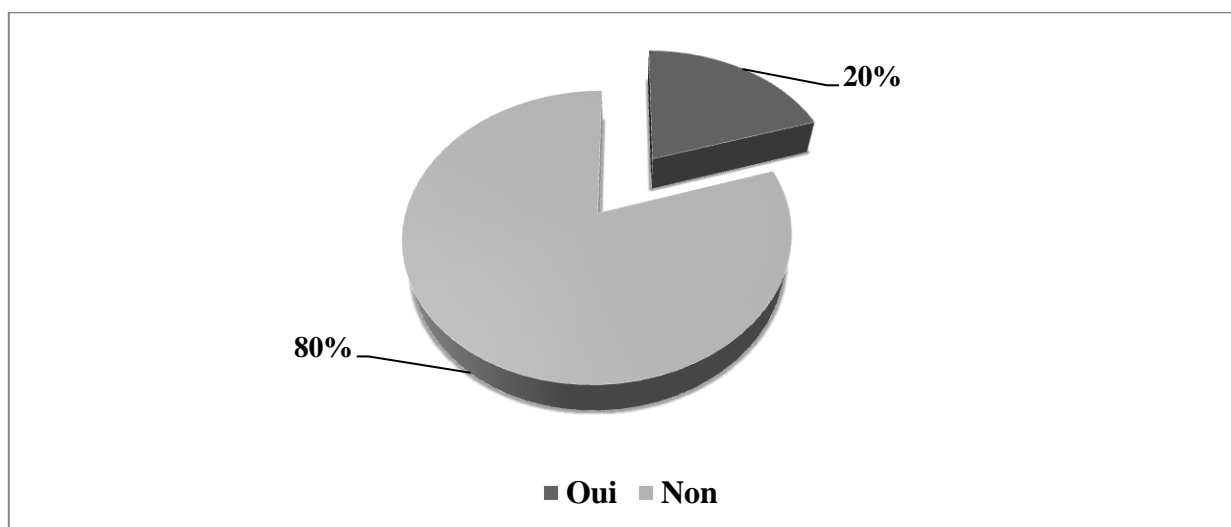


Figure 10 : Répartition des accouchées selon les antécédents de punitions

Source : Données du terrain, 2014

19 des accouchées sur 93 soit 20 % ont reçu de sévères punitions dans leur enfance.

3.1.9. Relation mère-enfant

3.1.9.1. Punition du bébé

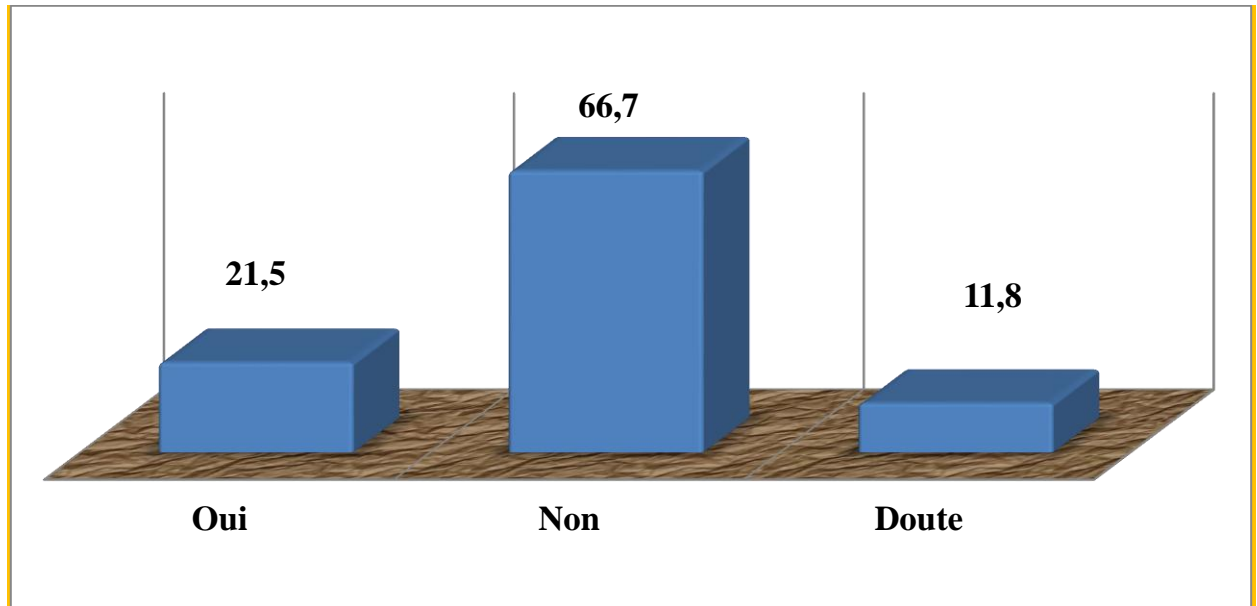


Figure 11 : Répartition des accouchées selon la punition infligée aux bébés

Source : Données du terrain, 2014

20 accouchées sur 93 soit 21,5 % pensent que leur bébé mérite des punitions. 11,8 % ont été dans le doute.

3.1.9.2. Violences physiques pour les "caprices" du bébé

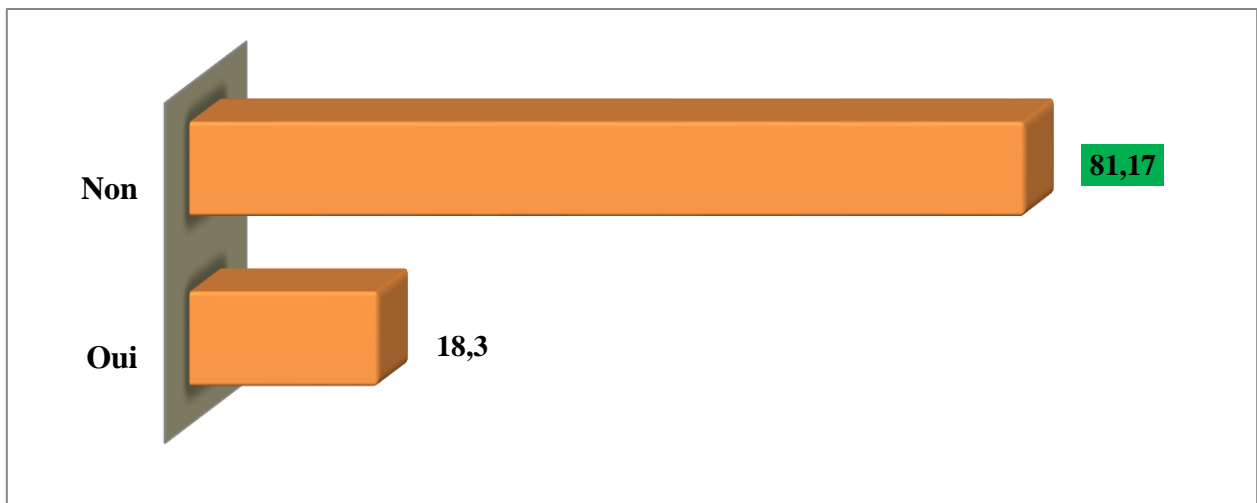


Figure 12 : Répartition des accouchées selon les violences physiques à l'endroit du bébé

Source : Données du terrain, 2014

Dix-sept (17) accouchées sur 93 soit 18,30 % punissent leurs bébés.

3.2. Résultats qualitatifs

Ils concernent les personnes intervenant dans la prise en charge des accouchées sur les sites de l'étude. Ils ont pour but de fournir des éléments d'évaluation de l'apport existant en matière de la prise en charge psychologique.

3.2.1. Qualification professionnelle

Les prestataires pris en compte sont composés de sages-femmes, de médecins, d'infirmières et de Kinésithérapeute.

3.2.2. Récapitulatif des plaintes d'origine psychologique

Les plaintes qualifiées d'origine psychologique selon les prestataires sont nombreuses et variables. Il s'agit de : abandon familial, aménorrhée, anxiété, céphalée, conflits conjugaux, hypertension, délire, désir de grossesse, douleurs inexplicables, insomnie, isolement, manque d'affection, nervosité, peur, problèmes socio-économiques, problèmes psychiques, stress, troubles de mémoire et vertige.

Encadré 1 : Plaintes psychologiques selon un médecin

...Nous pensons aux problèmes psychologiques lorsque les clientes trainent certains symptômes qui résistent aux traitements. Il y en a qui attirent notre attention. Il s'agit de : aménorrhée, anxiété, conflits conjugaux, délire, désir de grossesse, douleurs inexplicables, insomnie, isolement, manque d'affection, nervosité, peur, problèmes socio-économiques, stress, troubles de mémoire et vertige...

Source : Données du terrain, 2014

Une sage-femme du CHU-MEL renchérit :

Encadré 2 : Plaintes psychologiques selon une sage-femme

...Moi, c'est surtout les cas d'abandon familial, d'hypertension artérielle, céphalées récurrents et des pleurs observés au niveau de certaines accouchées qui me font penser à la dépression...

Source : Données du terrain, 2014

3.2.3. Moyens d'identification

Selon les prestataires de santé, les entretiens, les interrogatoires, les expressions corporelles et attitudes des accouchées, les symptômes résistants aux traitements habituels et l'hypertension artérielle représentent divers moyens et circonstances d'identification des plaintes d'origine psychologique au niveau des accouchées.

Encadré 3 : Réponse d'un prestataire par rapport aux moyens d'identification des plaintes psychologiques des accouchées

...Vous savez, je n'ai pas été formé. C'est surtout leurs comportements et les plaintes que je considère. En tout cas ce n'est pas facile pour moi...

Source : Données du terrain, 2014

3.2.4. Réponses apportées par les prestataires

Les réponses apportées par les prestataires (selon leurs déclarations) sont :

- Conseils ;
- Partage d'expériences vécues ;
- Prescription médicale ;
- Thérapie simple ;
- Référence à la psychiatrie ;
- Entretien.

Encadré 4 : Plaintes psychologiques identifiées chez les accouchées selon deux prestataires

Prestataire 1 : De façon générale, dans notre service, les besoins psychologiques sont pris en charge par des conseils et l'entretien. Il faut quand même, l'intervention des spécialistes pour nous faciliter la vie.

Prestataire 2 : Je préfère envoyer les cas de dépression vers la psychiatrie. Mais je prescris parfois des anxiolytiques.

Source : Données du terrain, 2014

3.2.5. Satisfaction par rapport aux réponses apportées

Les prestataires déclarent ne pas être satisfaits des réponses apportées par eux aux plaintes d'origine psychologique des accouchées. Les médecins, contraints par le temps et la longue file d'attente, n'arrivent pas à identifier les accouchées souffrant de la dépression du post-partum pour y apporter une prise en charge adéquate.

Quant aux sages-femmes, elles semblent focaliser leurs attentions sur la planification familiale, la santé des bébés au détriment du soutien psychologique.

Encadré 5 : Réponse d'une sage-femme face à la prise en charge de la dépression postnatale

Je ne suis pas satisfaite du soutien que nous apportons à ces femmes. Je sens que nous pouvons mieux faire pour les aider...

3.2.6. Reconnaissance de la dépression postnatale

Les trente-trois (33) prestataires interrogés ont déclaré n'avoir aucune connaissance et n'avoir reçu aucune formation sur la prise en charge psychologique des accouchées souffrant de la dépression du post-partum. Selon leur déclaration, ces prestataires ont du mal à poser le diagnostic de la dépression du post-partum. Ils confondent le plus souvent la dépression du post-partum et les autres affections périnatales telle que : le baby blues et la psychose puerpérale.

3.2.7. Reconnaissance et rôle du psychologue selon les prestataires

La plupart des prestataires de santé ignorent l'existence des psychologues cliniciens au Bénin. Selon eux, le psychologue a pour rôle de :

- Aider les accouchées déprimées ;
- Aider les accouchées stressées ;
- Aider les hypertendus ;
- Aider les négligés ;
- Prendre en charge psychologiquement des patients ;
- Ecouter et apporter des solutions aux femmes déprimées ;

- Faire des traitements cliniques ;
- Régler les problèmes psychologiques ;

Accompagner les patientes de la conception jusqu'au post-partum.

Encadré 6 : Rôle du psychologue selon les prestataires

Les psychologues sont spécialistes en la matière et pourront mieux s'occuper des malades : des déprimés, des hypertendus... Bref, ils vont régler les problèmes psychologiques des patients.

Source : Données du terrain, 2014

3.2.8. Importance des psychologues

Tous les prestataires de santé rencontrés, souhaiteraient la mise à disposition dans les centres de santé, des psychologues cliniciens. Selon eux, la présence de ces derniers serait un atout pour la prise en charge psychologique et psychiatrique de toutes les pathologies relevant de ces spécialités, en générale et celui des parturientes et accouchées déprimées en particulier. Voici deux réponses des prestataires par rapport à l'importance des psychologues.

Encadré 7 : Plaintes psychologiques selon un prestataire

Il nous faut des psychologues pour la prise en charge de la dépression postnatale dans ce service. Nous, nous sommes débordés par les consultations et les urgences.

D'ailleurs nous faisons de notre mieux.

Source : Données du terrain, 2014

Dans cette étude, les accouchées des tranches d'**âge** de dix-neuf à trente-trois ans sont les plus nombreuses, l'âge moyen de notre série est de 28,5 ans. Ces données sont proches de celles trouvées au Bénin par Tognifodé V en 2004 (28,76 ans) et Agossou E.D. en 2007 (27,21 ans). Padonou G. (1986) a retrouvé une prédominance numérique de dépression au niveau des femmes en général entre vingt (20) à trente (30) ans. Répondant à ces critères, les accouchées relativement jeunes, semblent être plus exposées.

Ce taux retrouvé avoisine également ceux de Yoro O. en 2009 qui est de 25,85 ans. Meyer au Gabon a retrouvé un âge moyen de 27,9 ans. Plusieurs facteurs peuvent être évoqués :

- Pour la procréation, les femmes vivent seules ou en ménage, où elles doivent apprendre soit leurs rôles de mère et d'épouse, soit à vivre dans une atmosphère de haine, de compétition et de menace de tout genre avec l'arrivée d'autres coépouses.
- L'accouchement représente pour toutes les femmes un moment de grands risques et de prise de grandes responsabilités, pour l'entretien de leurs nouveau-nés.

A tous ces facteurs s'ajoutent parfois les exigences ou la démission du conjoint, l'opposition des beaux parents et les difficultés financières.

Dans ce contexte psychosocial et économique peu reluisant, la dépression du post-partum serait pour les accouchées, l'expression préférentielle de leurs tensions intrapsychiques. Pourtant ces catégories de personnes (femmes) représentent une proportion non négligeable de la main d'œuvre de notre population, le socle actif des familles. Elles assurent la pérennisation et l'éducation de l'espèce humaine, contribuent donc au développement du pays.

Les représentations par rapport à la **religion** chrétienne (77 %), la **nationalité** béninoise (73 %) et **l'ethnie** fon et goun (63%) correspondent à la distribution de ces variables dans la ville de Cotonou, où se rencontre une forte christianisation de la

population. Néanmoins, il serait difficile d'établir une relation entre la religion et la dépression du post-partum. En effet, se considère comme chrétienne, toute personne portant un nom chrétien. Rare sont celles qui se sont convertis radicalement et modèlent leur foi sur le dogme chrétien, sans avoir recours aux pratiques religieuses ancestrales. Nombreuses sont celles qui portent l'étiquette « catholique » alors qu'elles ne sont pas pratiquantes. Aussi, les chrétiennes ont beaucoup recours à la médecine moderne par rapport aux autres qui ont plutôt recours à la médecine traditionnelle. Ces faits peuvent justifier ce pourcentage élevé d'accouchées chrétiennes déprimées.

Les taux élevés des accouchées déprimées d'ethnie fon et de nationalité béninoise sont supérieurs à ceux retrouvés par Klikpo (47 %) ; par Yoro (46,93 %) et par Padonou Batossi, (61,75 %). Ces taux ne stipulent pas une vulnérabilité de cette ethnie ; car les deux centres d'étude se situent dans la commune de Cotonou où les fons sont majoritaires. Il en est de même en République du Bénin avec un pourcentage de 39 % de la population générale (RGPH₃, 2002).

Concernant la symptomatologie de la dépression du post-partum présentée par les accouchées, **les troubles somatiques** constituent l'une des principales caractéristiques de la dépression chez le noir Africain. La présence de ces symptômes permet d'évoquer la dépression du post-partum dans le contexte socioculturel du Bénin. Les troubles somatiques sont révélés par :

- l'asthénie 63,44 % ;
- l'insomnie, 56 % des accouchées ;
- les céphalées, 58,7 % des accouchées ;
- le cauchemar, 32,3 % des accouchées ;
- les douleurs lombaires, 31,2 % des accouchées ;
- les échauffements de tête, 20,4 % des accouchées ;
- le vertige, 18,3 % des accouchées ;
- la palpitation, 30 % des accouchées ; et
- les brûlures de la tête, 14 % des accouchées.

La dépression en générale se cache derrière les troubles somatiques souvent mis en avant comme écran qui camoufle la pénible douleur morale et l'angoisse. Dans

notre contexte sociologique, la présence de ces troubles chez les accouchées nous permet d'évoquer la dépression du post-partum au sein de l'échantillon.

L'asthénie est souvent le premier signe spontanément révélé (63,44 %). Il s'agit d'une fatigue générale, intense difficile à supporter, rebelle au traitement et qui oblige le malade à cesser toute activité.

Les céphalées (58,7 %) relativement importantes justifient la représentation symbolique que revêt la tête chez les béninois. La tête symbolise le destin de la personne. Ainsi, face à un malheur, un danger ou une difficulté, la première réaction après les cris, c'est de prendre la tête entre les mains. Aussi, les accouchements en présentation céphalique sont majoritaires de façon générale (96%) des accouchements selon Merger (1993) ; ce qui signifie que la majorité des "HOMMES" vient au monde en utilisant leur tête pour trouver l'issue de la vie. Tout ceci prouve que la tête représente l'âme et la vie de l'individu. Nous comprenons alors la raison pour laquelle les plaintes au niveau de la tête sont prédominantes. Les réflexions répétées et infructueuses devant les situations préoccupantes mais insolubles expliqueraient cette atteinte élective de la tête qui est massivement investie. La présence des troubles somatiques, constitue non seulement une limite à la participation de ces femmes aux activités socio-économiques, mais leur soulagement entraîne un déséquilibre socio-économique, professionnel et surtout familial.

Opprimée par cette affection comment pourrait-elle répondre efficacement aux besoins de son enfant en vue de participer à son éducation, sa santé et sa protection ?

L'humeur dépressive est identifié au niveau de l'échantillon par : le découragement, le sentiment de malheur et la diminution de l'estime de soi (l'impression de se sentir inférieur aux autres). Ce symptôme est significatif dans l'échantillon ; 64,5 % des accouchées signalent le découragement ; 52,7 % l'état de malheur ; 55,9 % l'impression d'être inférieur aux autres et 67,7 % se sentent inutiles à la société, d'où leur marginalisation et exclusion de la société. L'accouchée souffrant des troubles de l'humeur se sent atteinte jusqu'au plus profond d'elle-même, amputer de la plus importante partie de son être à savoir son âme représentée par sa tête. Les femmes atteintes d'une dépression du post-partum peuvent avoir le sentiment

d'être de mauvaises mères et hésiter à demander de l'aide. Elles peuvent éprouver des sentiments d'ambivalence, de négativité ou de désintérêt envers leurs enfants. De tels sentiments peuvent avoir des répercussions négatives sur le développement du lien affectif de la mère et de son enfant (Bowlby, 1978). Cette situation perturbe la structuration normale de la personnalité de ce dernier. Cet état pourrait être un frein à la participation de la femme au processus du développement local et perturber également le développement harmonieux de l'être humain ; alors qu'une ressource humaine de qualité est gage du développement local. A ce propos, un article du journal "*American Family Physician*" explique que les enfants de mères dépressives sont moins performants que les autres aux tests des fonctions cognitives. De même, l'attachement est défini par Bowlby comme « un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu » (Bowlby, 1978). Ce lien précoce repose sur des fondements biologiques et des propriétés motivationnelles comparables à la satisfaction des besoins primaires, mais indépendant de ceux-ci. Bowlby a théorisé les conduites du jeune enfant comme résultant de **quatre systèmes motivationnels** (système exploratoire, système affiliatif, système peur-angoisse). La postérité a surtout retenu celui de *l'attachement secure* car il apporte une vision originale du lien mère-enfant. Il en conclut l'importance capitale d'un besoin d'une relation chaleureuse, intime et continue entre l'enfant et sa figure maternelle. Ses études mettent en évidence plusieurs conséquences psychologiques chez l'enfant victime de carences de soins maternels tels qu'une absence de concentration intellectuelle, une inaccessibilité à l'autre ou encore une absence de réactivité émotionnelle. Ces comportements d'attachement ont une double fonction : celle de promouvoir la proximité et celle d'activer le système motivationnel de caregiving (manière de prendre soin d'un plus petit que soi ou de plus vulnérable) du parent. Au cours du développement, l'enfant multiplie ses comportements d'attachement comme tendre les bras, le langage ou tous les comportements liés au développement psychomoteur. Ainsi Bowlby (1978) a décrit quatre schèmes de comportement favorisant l'attachement :

- Les pleurs témoignent d'un comportement d'appel et les sourires contribuent à interpeller la figure d'attachement pour qu'elle vienne près de l'enfant ;

- Le comportement de poursuite et d'agrippement « grasping » permet à l'enfant d'être proche de sa mère et de favoriser le lien d'attachement ;
- La succion non nutritionnelle ;
- L'appel par des petits cris puis par le nom, généralement « maman ».

Selon Waters et Cumming (2000), ce style d'attachement traduit une plus grande capacité d'autorégulation émotionnelle chez l'enfant, ainsi qu'une bonne exploration de l'environnement et une aisance sociale. Ce style d'attachement favorise le développement d'un sentiment de sécurité dans les relations amoureuses futures.

Chez l'adulte, *l'attachement secure* se traduit par un type d'attachement autonome. Selon le modèle tripartite de Hazan et Shaver (1987), l'adulte secure ou autonome est décrit comme une personne qui est à l'aise à l'idée de se rapprocher des autres et n'éprouve pas de difficulté à se laisser soutenir par eux en cas de besoin. Ce type de relation témoigne d'un respect mutuel et de la confiance en soi et en l'autre. D'après Tarabulsky (2000), cette sécurité affective, principalement développée au plus jeune âge, se maintient généralement à l'âge adulte et concerne environ 52 % de la population générale.

Ces théories révèlent les conséquences d'un *attachement insecure* et ses corollaires (délinquance juvénile, déséquilibres socioprofessionnels...) que peut entraîner la dépression postnatale.

Le suicide est le risque majeur de la dépression. **L'idée du suicide** ou l'existence des conduites suicidaires fait évoquer le diagnostic de la dépression selon la sémiologie. 11,8 % des accouchées ont évoqué des idées suicidaires. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Appleby *et Coll.* en 1998 qui est de 0,9 % dans la première année du post-partum. Il est également supérieur à celui trouvé par Yoro qui est de 4,64 % de tentative suicidaire. Une étude menée aux USA par Caldwell (1990) montre que le taux de suicide au cours de la vie a été évalué à 30 % de façon générale et celui de décès par suicide chez les femmes à 10 %. Jadis rare, le risque suicidaire est élevé d'après les résultats de l'étude. Cette réalité se justifie par le fait qu'en plus des tentatives de suicide nous avons considéré les idées de suicide lors de nos investigations.

L'**anxiété** fait le nid de la dépression. L'association de l'anxiété à d'autres symptômes permet d'évoquer la dépression. La crainte de survenue d'un danger (retrouvée chez 36,6 % des accouchées) et l'instabilité psychomotrice (20,43 % de ces dernières) révèlent l'anxiété. Ce qui oriente vers la dépression du post-partum au sein de l'échantillon. L'anxiété est également évoquée par la présence de l'irritabilité (41,9 %) et de l'intolérance de bruits chez des accouchées. Des agressions verbales et physiques infligées à certains nourrissons, observées chez certaines accouchées reflètent le degré de l'anxiété et empêchent le développement harmonieux de l'enfant.

Les hallucinations et les **idées de persécution** sont des caractéristiques particulières de la dépression chez le noir Africain. Leurs présences chez les accouchées, respectivement 15,1 % et 23,7 %, orientent vers la dépression du post-partum.

Les idées de persécution ne sont qu'une manière de traduire les symptômes morbides dépressifs qui est comprise du groupe et permises par celui-ci. Aussi, pour Hanck cité par Matot (1984) délire de persécution et de plaintes somatiques constituent " le masque noir de la dépression ". Cette situation peut détériorer la qualité de la communication et provoquer des conflits au sein des entreprises, des familles et dans la société ; ce qui pourrait entraver le développement socio-économique.

La prévalence de la dépression du post-partum est de 66,7 % pour cette étude. Ce taux est supérieur à celui de Padonou (16,03 %) réalisé au niveau de la population générale en 1983 et inférieur à celui trouvé par Yoro (74,9 %) en 2009. Ce chiffre est supérieur à celui de Kpokoun 57,4 % en 1996 et celui d'Ahouassa 57 % en 2009.

La dépression du post-partum naguère considérée comme rare au Bénin devient très fréquente avec des conséquences néfastes sur la relation dyadique (mère-enfant).

Au niveau du comportement maternel, on observe souvent un « désengagement maternel » défini par l'expression neutre du visage et le fait qu'elle n'interagisse pas avec son enfant, pas de sourire, ni de mimiques ni de tonalité de voix. Elle n'éprouve aucun plaisir à prodiguer les soins à l'enfant et est vite ennuyée

par son enfant. Ainsi, elle valorise peu ses actions et exprime moins d'affects positifs. Ainsi, ces enfants sont peu stimulés, tant sur le plan du jeu que sur le plan verbal. Le processus de socialisation n'est pas encouragé. En cas de situation stressante, la mère est désorganisée face au malaise de son enfant, elle réagit avec retardement. Arno Stern (1995) dans ces situations décrit un mauvais accordage affectif, la dépression inhibe le sentiment maternel et sa capacité de l'exprimer. Elle perd confiance en sa capacité d'aimer et de donner sécurité à cet enfant, se sentant dangereuse pour lui, elle le laisse donc à distance et éloigne aussi par la même occasion le père. A l'inhibition dépressive de la mère répond une inhibition motrice de l'enfant. Face au comportement de détournement de l'enfant, ces femmes sont confortées dans leur idée d'être une mauvaise mère. La dépression provoque une disharmonie franche, car le comportement maternel est incohérent, ce qui force l'enfant à des réactions de retrait soit actif (détournement du regard, hypertonie) ou passif (fuite dans le sommeil, hypotonie). De même, d'autres problèmes (une morbidité importante, un nombre important de suicide chez les jeunes, coût de la sécurité sociale, perte de journée de travail, accidents de la route dus aux psychotropes, alcoolisme, toxicomanie, délinquance, dispositif de prise en charge insuffisant) sont imputables à la dépression. Elle peut également causer de tort aux autres enfants de la famille ainsi qu'au mari.

Le visage immobile de la mère a un effet désorganisateur sur l'enfant. Dans un premier temps l'enfant va protester (c'est le moment des pleurs « infinis » selon la mère). En ce qui concerne les troubles cognitifs, la qualité des interactions mère-enfant est prédictive de la performance cognitive à 9 mois et 18 mois. Ces enfants se fatiguent plus vite et possèdent un réel déficit d'attention. Souvent, on fait état d'un retard dans l'acquisition du langage. Ce type de comportement crée une faille identitaire qui peut se révéler lors d'une prochaine maternité ou paternité (au niveau de cet enfant). Ces enfants souffrent souvent de dépression chronique tenace et éprouvent de grandes difficultés de séparation. On souligne que le comportement de détresse du bébé persiste après le retour à la normale de celui de la mère. C'est alors un cercle vicieux qui s'engage avec de profondes blessures psychologiques.

Ces blessures psychologiques profondes (blessures de l'âme), donnent le ton ou la couleur à notre existence, elles conditionnent nos rapports avec les autres, notre

mode de fonctionnement et génèrent dans notre vie par nos pensées et comportements, tout ce qui nous arrive. Le psychiatre américain John Pierrakos a été le premier à les identifier, répertorier et observer et surtout à faire le lien très important entre les blessures intérieures et l'apparence extérieure de l'humain. Ses travaux ont été repris par Lise Bourbeau¹⁸. Chaque individu a des blessures profondes qu'il tente de masquer, l'empêchant toutefois d'être lui-même. Ces marques se sont inscrites dès la plus tendre enfance pour se perpétuer à l'adolescence et à l'âge adulte. La souffrance engendrée par les blessures de l'âme donne lieu à une réaction de défense de la personne qui, malgré sa volonté, reste bloquée dans les mêmes réflexes destructeurs (jusqu'à l'âge adulte). "Elle empêche d'être soi-même". Ces blessures peuvent être créées ou aggravées par la dépression postnatale, compte tenu de ces effets sur la relation mère-enfant. Il s'agit du : **rejet** qui se passe dans l'utérus de la mère; de **l'abandon** qui se passe entre 0 et 1 an; de **l'humiliation**, de la **trahison**, de **l'injustice**, de la **non-reconnaissance**, de la **maltraitance** qui se produisent à différents âges du développement de l'enfant.

Les mesures prises pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles doivent tenir compte de facteurs sociétaux et culturels qui influencent la santé des femmes. En effet, les maladies mentales dont la dépression postnatale, sont également des obstacles qui pèsent de tout leur poids sur la valeur productive et efficiente de la femme sur le plan socio-économique et sur le déroulement de la période gravidopuerpérale (OMD-5 : Améliorer la santé maternelle)¹⁹. La dépression du post-partum (troubles comportementaux liés) peut participer à la dépendance financière de la majorité des femmes, entraver le développement harmonieux de leurs progénitures et empêcher le développement psychosocial.

La dépression est inscrite parmi les causes d'incapacité dans le monde empêchant ainsi la femme d'apporter efficacement, sa pierre à l'édifice du développement socio-économique ; alors que l'histoire politique du Bénin mentionne la participation des femmes à la vie publique et politique depuis le 19^{ème} siècle, précisément, sous le règne du Roi Guézo (1818-1858).

¹⁸ <http://www.lespasseurs.com> du 09 Janvier 2015

¹⁹ www.un.org/fr/millenniumgoals du 09 janvier 2015

En effet c'étaient les Amazones, corps d'armée féminine brave et intrépide, qui ont permis de gagner des guerres et d'étendre l'hégémonie du Royaume de « Danhomè » sur les contrées. Les femmes ont été actives dans les luttes pour l'indépendance. Dans la société traditionnelle, la femme africaine n'était pas présente dans les conflits armés cependant elle jouait un rôle très important en tant que reine mère, épouse ou sœur des dirigeants, elle intervenait indirectement dans les prises de décisions et partant dans la déclaration ou le règlement des conflits armés. Elles sont certes très actives dans les organisations de la société civile et le secteur privé au niveau local. Elles sont donc une force pour la paix et la réconciliation et joue un rôle capital dans les processus de paix. Le secteur du commerce peut être considéré comme l'apanage des femmes depuis les temps anciens jusqu'à nos jours. La femme est l'un des puissants bras producteurs de la société béninoise. Les femmes du Bénin sont au cœur de la dynamique du changement social ; bien qu'elles soient peu représentées, que ce soit dans l'exécutif, dans le législatif, dans le judiciaire, ou au sein des partis politiques, les femmes assurent paix. Or, il n'y a pas de développement sans paix et aucune paix ne peut être durable si elle n'est pas soutenue par le développement. Il est tout naturel de dire que la femme donne la vie et qu'elle est la mieux placée pour savoir sa valeur et mieux la préserver.

Un regard particulier sur cette pathologie répond aux six premiers objectifs du millénaire pour le développement (OMD-1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim ; OMD-2 : Assurer une éducation primaire pour tous ; OMD-3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; OMD-4 : Réduire la mortalité infantile ; OMD-5 : Améliorer la santé maternelle ; OMD-6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies)²⁰.

Selon les estimations de l'OMS, l'UNICEF, et la Banque mondiale publiées en 2008, 536.000 femmes sont décédées en 2005 dans le monde à cause des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Au Bénin, le taux de mortalité maternelle est de 410 pour 100.000 naissances vivantes (2008), alors que la Valeur Cible d'OMD 5 pour 2015 est de 125 pour 100.000 naissances.

²⁰ www.un.org/fr/millenniumgoals du 09 janvier 2015

La dépression postnatale affecte tous les organes de la femme et son état général. Se référant à la symptomatologie, cette affection est un frein à la participation de la femme au processus du développement locale.

La dépression postnatale altère profondément le développement (croissance) harmonieux de l'enfant future adulte, responsable et dirigeant des structures et institutions du Bénin et de l'Afrique.

Un véritable développement local, nécessite l'implication des ressources humaines de qualité, pour la mise en valeur des ressources locales et une gestion efficiente des ressources matérielles et financières.

L'image ci-dessous représente une illustration des conséquences des "blessures" de l'enfance sur l'être humain ; des entraves qui le suivent tout au long de son existence et qui peuvent aussi être imputable à la dépression postnatale.

La femme inhibée par la dépression postnatale peut-elle mener des activités économiques pouvant lui assurer son autonomie et éviter la pauvreté ?

Que faire alors pour réduire, voire éviter les incidences de la dépression postnatale sur le développement local ?

- De ces faits nous estimons que par rapport à la **deuxième hypothèse, la dépression postnatale a un retentissement sanitaire et socio-économique sur la mère et l'enfant** est vérifiée dans la présente étude.

L'analyse des données recueillies permet de dire que les obstacles à la reconnaissance de la dépression du post-partum sont liés :

- ✓ Au manque de formation des prestataires, toutes catégories confondue pour le dépistage de cette affection ;
- ✓ A l'inexistence d'outils (échelles) pouvant les aider dans le diagnostic de la dépression du post-partum ;
- ✓ A la préoccupation des sages-femmes et médecins par les activités de routine (la planification familiale, la santé des bébés...) au détriment du soutien

psychologique. Ils ne prêtent pas attention à cette spécificité de la santé maternelle ;

- Aux difficultés des accouchées à rencontrer les soignants (24,7 %) ;
- Aux difficultés rencontrées par les accouchées (34 %) à exprimer leurs plaintes psychologiques aux agents de santé et à être bien écoutées ;
- A la sortie précoce des accouchées.

Malgré l'existence de la dépression du post-partum identifiée au cours de l'étude, les soignants n'ont jamais fait cas de cette affection dans leur répertoire. Ces faits pourraient accentuer les douleurs psychiques et favoriser la survenue de la dépression du post-partum.

Ce qui répond à **la première hypothèse de l'étude : La mauvaise gestion de la période gravido-puerpérale a une influence sur la dépression postnatale.**



Image 2 : Etat symbiotique entre la mère et son enfant durant la grossesse, un moment favorable pour la transmission d'états intérieurs (deux êtres à transformer à la fois)

Source : Données du terrain, site internet 2014

Compte tenu des préoccupations identifiées ci-dessus au niveau des différentes catégories d'agents de santé prenant en charge les accouchées dans les suites de couche et des réponses inadéquates apportées aux problèmes psychologiques des

accouchées ; la nécessité du renforcement de capacités des prestataires s'impose. Ceci faciliterait le diagnostic et l'orientation des accouchées pour une prise en charge précoce de la dépression du post-partum. Padonou, G (1986) explique dans sa thèse que les déprimés ne sont pas uniquement des malades du spécialiste mais aussi ceux des médecins généralistes qui peuvent traiter efficacement certains cas pas trop graves si certaines précautions sont prises. Nous pensons qu'en plus des médecins et des sages-femmes ; d'autres agents intervenant dans la prise en charge des accouchées doivent être pris en compte pour la gestion adéquate de la dépression postnatale.

L'éducation et le contexte social impose de retenue à certaines accouchées ; elles ne sont pas libres de révéler des informations concernant leur santé et celle de leur famille. Les souffrances ainsi refoulées pourraient fragiliser le psychisme et maintenir le cercle vicieux de la dépression du post-partum avec ces conséquences sur l'être humain et le développement socioéconomique du Bénin. L'intégration de cette pathologie dans les programmes de développement, permettrait de mettre un accent particulier sur la formation des prestataires et la prise en charge adéquate de la dépression postnatale.

Ceci répond à **la troisième hypothèse : La prévalence de la dépression postnatale est liée à l'absence ou à l'insuffisance de stratégies pour sa prise en charge.**

Ce travail est une contribution à l'étude des impacts psychologique et sociale de la dépression postnatale à Cotonou.

Nous avons réalisé une étude de nature quantitative, qualitative et prospective. Il s'agit d'une enquête transversale de type descriptif à visée analytique, portant sur un échantillon de quatre-vingt-treize (93) accouchées et trente-trois prestataires de santé toute catégorie confondue du C.N.H.U.-H.K.M. et de l'H.O.M.E.L. de Cotonou.

Au terme de cette étude, les résultats obtenus nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

- La symptomatologie de la dépression du post-partum est présente chez les accouchées de la population d'étude (66,7 %).

Les symptômes identifiés sont constitués de :

- Troubles somatiques révélés par : l'insomnie (56 %), le cauchemar (32,3 %), les céphalées (58,7 %), les échauffements de tête (20,4 %), les brûlures de la tête (14 %), la palpitation (30 %), le vertige (18,3 %) et les douleurs lombaires (31,2 %).
- Humeur dépressive, identifiée par : le découragement (64,5 %), le sentiment de malheur (52,7 %), la diminution de l'estime de soi (l'impression de sentir inférieur aux autres) 56 % et le sentiment d'être inutile à la société 67,7 %.
- Idées de suicide, risque majeur et pathognomonique de la dépression, y est présente chez 11,8 % des accouchées.
- L'anxiété est signalée par la crainte de survenue d'un danger révélée chez 36,6 % des accouchées, l'instabilité psychomotrice (20,4 %), de l'irritabilité (42 %) et de l'intolérance aux bruits (38,7 %).
- Les hallucinations (15,1 %) et idées de persécution (23,7 %), caractéristiques particulières de la dépression chez le noir Africain.
- Les obstacles à la reconnaissance de la dépression du post-partum identifiés sont : le manque de formation des prestataires, l'inexistence d'outils

(échelles) pouvant les aider dans le diagnostic de cette affection, la difficulté des accouchées à rencontrer les soignants (24,7 %), à exprimer leurs plaintes psychologiques (34 %) et à être bien écoutées.

- Les besoins de renforcement de capacité ont été repérés par les préoccupations identifiées ci-dessus au niveau des différentes catégories d'agents de santé prenant en charge les accouchées dans le post-partum. Aussi, il est à remarquer que les nombreuses plaintes d'origine psychologique répertoriées, les moyens d'identification de ces plaintes, les réponses inadéquates apportées aux préoccupations des accouchées par les prestataires et surtout leur reconnaissance des conséquences de la dépression postnatale sur le développement durable et de l'importance de la présence des psychologues dans les centres de santé, la prévention de la dépression postnatale et sa prise en charge s'avère indispensable.

Comment améliorer la santé maternelle sans un diagnostic et une prise en charge correcte de cette affection invalidante **qu'est la dépression postnatale ?**

Selon Watkins, C. (2002), de l'Association des psychiatres de Baltimore (Maryland, États-Unis), sans diagnostic ni traitement, la dépression postnatale peut s'installer et perturber la relation mère-enfant. Il arrive que des mères dépressives ne prêtent pas attention aux besoins de leurs enfants ou, inversement, ne se maîtrisent pas et aient recours à la punition corporelle pour les discipliner. Un tel comportement peut nuire au développement cognitif et affectif de l'enfant. La dépression du post-partum (troubles comportementaux liés) participe à la dépendance financière de la majorité des femmes, entrave le développement harmonieux de leurs progénitures et empêche le développement.

Comme l'a suggéré Badian dans *Sous l'Orage*, « libérons la femme si nous tenons à vivre... C'est la femme qui fait démarrer la société. C'est elle qui la fait progresser... ». La femme, actrice économique majeure, demeure incontournable dans tous les secteurs d'activité économique, primaire, secondaire et tertiaire. Un regard particulier sur cette pathologie répond aux six premiers objectifs du millénaire pour le développement. Outre les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, un grand nombre de femmes seraient victimes de traumatismes, d'infections et

d'invalidités causés par les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement dont la dépression postnatale.

Pour la réduction de l'incidence de la dépression du post-partum sur le développement psycho-social, des démarches d'information et de formation sont à entreprendre au profit des :

- autorités politico-administratives afin que des propositions et des plaidoyers soient faits pour l'intégration de la dépression postnatale dans la politique sanitaire nationale ;
- professionnels de santé et de la population pour les sensibiliser et améliorer leur niveau de connaissance en la matière ;
- accouchées afin d'entreprendre la programmation mentale personnelle à leur niveau et les amener à assurer la programmation mentale positive continue de leur nouveau-nés qui deviendront des adultes équilibrés (personnalité) pour le développement du Bénin et de l'Afrique.

Car, l'Afrique, a besoin de l'effort de tous ses fils et de toutes ses filles pour son développement qui commence d'abord au niveau local, pour s'étendre au niveau régional puis continental. L'Afrique a surtout besoin de convergence des efforts, de complémentarité et cette convergence supposent des acteurs bien équilibrés physiquement, mentalement et socialement.

Ces préoccupations nécessitent d'être approfondies par des études ultérieures.

Au rapport de tout ce qui précède, nous suggérons :

A l'endroit du pouvoir public et autorités politico-administratives

Des propositions et des plaidoyers sont à faire en faveur de l'intégration de la dépression postnatale à la politique sanitaire nationale. Cette considération permettra de : - Procéder au recrutement des psychologues dans tous les centres de santé particulièrement dans les maternités.

- Rendre systématique et régulière la prise en charge psychologique des accouchées.
- Renforcer les connaissances des prestataires (surtout celles des sages-femmes) en matière de dépistage de la dépression postnatale.
- Rendre systématique le suivi psychologique de toutes les gestantes pour l'identification des femmes à risque et la prévention de la dépression postnatale.
- Organiser des recherches approfondies pour la tropicalisation des échelles concernant les affections psychologiques liées à la gravido-puerpéralité.
- Mettre à la disposition des agents de santé les échelles validées pour le dépistage et le diagnostic de la dépression postnatale.
- Organiser la formation de tous les agents de santé pour l'identification d'autres besoins psychologiques des accouchées.
- Intégrer dans les programmes de formation des étudiants en médecine, des élèves infirmiers et sages-femmes, les modules de renforcement de capacité continue de la dépression du post-partum.

A l'endroit des accouchés et des responsables de la prise en charge des enfants

Des séances d'information et de coaching seront organisées.

A l'endroit des 'Psy'

- Informer la population de l'existence des 'psy' au Bénin.
- Faire connaître l'importance des psychologues dans la prise en charge des troubles psychosomatiques.

A l'endroit du personnel soignant

- S'informer et se former pour le dépistage et l'orientation précoce des accouchées déprimées.
- Faire usage des échelles pour faciliter le diagnostic de la dépression postnatale.
- Entreprendre des CCC (Communications pour un Changement de Comportement) à l'endroit de la population en général et spécifiquement des accouchées.
- Orienter précocement des accouchées déprimées vers les spécialistes pour la gestion adéquate et la régression de la dépression du post-partum. Ceci permettrait de prévenir et de limiter les conséquences sur le développement affectif et cognitif du nouveau-né.

A l'endroit des accouchées

- Prêter attention aux troubles spécifiques de la dépression du post-partum.
- Consulter les psychologues en cas de besoin.

A l'endroit des populations

- Reconnaître les plaintes psychologiques des accouchées afin de les orienter vers les psychologues.
- Encourager les familles à entourer les accouchées de soins et d'affections.

Aux Responsables religieux

- Collaborer avec les psychologues pour la prise en charge psychologique de leurs fidèles déprimées.

▪ **Ouvrages**

1. **Agossou E.** (2007). *Accouchement du siège : étude comparative et descriptive, cas témoins*, thèse de doctorat en médecine, Bénin, P84-98.
2. **Ahouassa J.** (2009). *La demande d'assistance psychiatrique au CNHU-HKM de Cotonou*. Thèse de doctorat en médecine, Bénin.
3. **Ahyi R.G.** (1977). *Les Etats Dépressifs au Sénégal (à propos de 246 observations)*, thèse de doctorat en médecine, Dakar, N°30.
4. **Appleby L. & Mothensen P.B.** (1998). *Suicide and other cause of mortality after post-partum psychiatric admission*. BR J Psychiatry, P173, P209-211.
5. **Badian S.** (1957). *Sous l'Orage*, P60.
6. **Beck A.T. & Shaw, B.F.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
7. **Black F. & Rebelski, R.** (1972). « *Crying in infancy* », the journal of Genetic Psychology.
8. **Blackburn I. & Cottraux, J.** (1998, 2001). *Thérapie de la dépression*. 2e édition, paris, Masson, New York, nouvelle présentation.
9. **Bowlby J.** (1978). *L'attachement comme système motivationnel*, Morgane Vrai, Psychisme.
10. **Cadwel C.** (1990). *Schizophrenias' skill themselves too : a review of risk factors for suicide, Shizopr Bull.*
11. **Campbell SB.** (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York, Guilford Press.
12. **Clin J.** (1994). *Psychiatry American Psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition (DSM-IV)*, APA, Washington, DC,
13. **Conquy L. et Latoch, J.** (1998). *Prévention des effets de la dépression postnatale*. In : sous Budlowski et CandilisD., Monographie de psychopathologie, P 99-112.
14. **Cox A.D, Pukering, C., Pound, A., Mills, M.** (1987). *The impact of maternal depression in Young children*. Journal of child Psychiatry, P28, P 917-928.
15. **Grawitz M.** (1993). *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz.

16. **Guillemot M et coll.** (2006). *Petit Larousse de la psychologie, Espagne.*
17. **Houinsa, D.** (2008). *Femmes du Bénin au cœur de la dynamique du changement social.*
18. **INSAE** (2009). *Tableau de bord social : Profils socio-économiques et indicateurs de développement.*
19. **Institut National de la statistique et d'Analyse Economique.** (2006). *Annuaire statistique, P347.*
20. **Klikpo E.** (2007). Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçu dans le service de Psychiatrie du CNHU-HKM, thèse de doctorat en médecine, Bénin, P79-84.
21. **Kpokoun M.** (1996). *Etude panoramique des affections psychiatrique au CHDU-BORGOU.* FSS, Cotonou, thèse de doctorat en médecine, Bénin, P59.
22. **Leveque A.** (2005). *Santé urbaine, document de cours.* DESS, CERFORP/ENEAM/UAC, P3-P 8.
23. **Matot .P.** (1984). *La dépression en Afrique noire revue de la littérature, Ann. Méd. Psycho,* Paris, volume 140 N°10, 113- P 126.
24. **Merger R.; Levy, J. & Melchior.** (1993). *Précis d'obstétrique,* éd Masson, P141.
25. **OMS.** (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, Programmes et projets, la santé mental, nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Rapports.
26. **Padonou Batossi G.** (1986). *Le syndrome dépressif en République Populaire du Bénin,* thèse de doctorat en médecine, Bénin, P100-125.
27. **Setonnougbo D.** (2010). *Contribution de l'intercommunalité au développement local des collectivités territoriales au Bénin : cas de l'expérience des 2kp (Kérou, Kouandé, Péhunco) dans le développement de l'Atacora.* Mémoire de maîtrise, ESIET-Bénin, Cotonou, Bénin.
28. **Stern D.N.** (1995). *The motherhood consterllation.* New York, Basic Books.
29. **Tognifodé V.** (2004). Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation de siège à terme : à propos de 319 cas colligés à la maternité du CNHU-HKM Cotonou 2000-2003, thèse médecine, Bénin.
30. **Watkins C.** (2002). *Ma victoire contre la dépression postnatale,* Paris.

31. **Yoro O.** (2009). *La femme en psychiatrie : profils sociodémographique et clinique des consultantes du service de psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou*, Thèse médecine, Bénin.
32. **Zeigman F.** (2009). PERMETTRE le développement harmonieux de l'enfant.

▪ **Webographie**

- <http://www.arnostern.com/fr/biographie.htm>
- http://www.indexmundi.com/fr/benin/taux_de_mortalite_maternelle.html
- http://www.indexmundi.com/fr/benin/taux_de_mortalite_maternelle.html
- <http://www.temoinsjehova.org>. *Comprendre la dépression postnatale*

➤ QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES ACCOUCHEES

Nous travaillons dans le cadre de notre mémoire de fin de formation en psychologie clinique et souhaiterions connaître comment les prestataires font face à la dépression postnatale. Toutes les informations que vous pourriez nous fournir nous seront utiles et vos réponses resteront confidentielles. L'entretien pourrait vous prendre environ une demi-heure. Souhaiteriez-vous vous prêter à nos questions ?

Merci de votre collaboration

I- Nom de l'enquêteur.....

II- Nom du Site.....

III- N° du questionnaire :

Jour	Mois	Année
------	------	-------

IV- Date de la visite

--	--	--	--	--	--

QUESTIONS	REPONSES	CODES
1. Renseignements généraux		
1.1. Age		
A	14 à 19 ans	
B	19 à 24 ans	
C	24 à 29 ans	
D	29 à 34 ans	
E	34 à 39 ans	
F	39 à 44 ans	
G	>44 ans	
1.2. Situation Matrimoniale		
A	Célibataire avec enfant	
B	Mariée polygame	
C	Mariée Monogame	
D	Divorcée	
E	Depuis quand ?.....	
F	Veuve	
G	Depuis quand ?.....	
1.3. Type de famille		

A	Monoparentale		
B	Biparentale		
C	Nucléaire		
E	Elargie		
1.4. Nombre d'enfants accouchés			
A	Enfant (1)		
B	Enfants (2)		
C	Enfant (3)		
D	Enfant (4 à plus)		
2. La symptomatologie			
2.1. Inhibition psychomotrice			
A	Etes-vous souvent fatiguées ?		
B	Avez-vous accompli de choses que de coutume ?		
C	Vous sentez-vous mieux après le repos ?		
C	Avez-vous de difficulté à rassembler vos idées ?		
D	Avez-vous des difficultés à soutenir votre attention interférant avec la lecture ou la conversation ?		
E	Avez-vous des grandes difficultés à lire ou à tenir une conversation ?		
F	Avez-vous l'impression que vos idées s'embrouillent ?		
G	Avez-vous des difficultés à vous souvenir des événements passés ?		
H	Commencez-vous depuis quelques temps plus d'oubli que d'habitude ?		
I	Avez-vous du mal à prendre des décisions		
2.2. Humeur dépressive			
A	Etes-vous découragées		
B	Vous sentez-vous moins gaie		
C	Vous sentez-vous malheureuses		
D	Si oui pourquoi ?		
E	Vous sentez-vous coupable d'un fait particulier actuel, récent, ou ancien ?		
F	Avez-vous l'impression d'avoir péché ?		
G	Avez-vous perdu un peu de confiance en vous-même ?		
H	Vous sentez-vous inférieure aux autres ?		
I	Avez-vous l'impression d'avoir tout perdu ?		
J	Avez-vous tendances aux ruminations ?		

K	L'avenir vous semble-t-il prometteur ?		
L	Sentez-vous encore utile et nécessaire à la Société ?		
2.3. Idées de suicide			
A	Etes –vous lasse de la vie ?		
B	Pensez-vous quelquefois au suicide ?		
C	Avez-vous fait des projets précis à ce sujet ?		
D	Etes –vous déjà passé une fois à l'acte ?		
2.4. Anxiété			
B	Vous est-il arrivé récemment de perdre votre sang-froid ?		
C	Craignez-vous la survenue d'un danger ?		
D	Etes-vous embêtées par des bruits		
E	Sursautez-vous souvent ?		
F	Arrivez-vous à vous détendre ?		
G	Faites-vous souvent des vas-et viens sans motif ?		
2.5. Troubles du sommeil			
A	Dormez-vous bien ?		
B	Si non quel genre de trouble de sommeil avez-vous ?		
C	Avez-vous difficulté d'endormissement ?		
D	Avez-vous sommeil raccourci, léger ou irrégulier ?		
E	Avez-vous sommeil interrompu par un réveil de plusieurs heures ?		
F	Avez-vous réveil précoce ?		
G	Avez-vous insomnie du petit matin ?		
H	Avez-vous hypersomnie ?		
I	Le sommeil vous semble –t-il réparateur ?		
J	Avez –vous des cauchemars ?		
K	Si oui que percevez-vous ?		
2.6. Plaintes somatiques			
A	Ressentez-vous des céphalées ?		
B	Ressentez-vous des échauffements de tête ?		
C	Ressentez-vous des brûlures de la tête ?		
D	Ressentez-vous des troubles visuels ?		
E	Ressentez-vous des palpitations ?		
F	Ressentez-vous de vertige ?		
G	Ressentez-vous de douleur ?		

H	Votre appétit ou votre goût pour la nourriture s'est –il modifié ?		
I	Si oui depuis quand ?		
J	Avez –vous pris du poids ?		
K	Avez –vous perdu du poids ?		
L	Etes-vous souvent constipé		
M	Autres troubles ?		
2.7. Hallucinations			
A	Entendez-vous des bruits ou autres sons que personne d'autre n'entend ?		
B	Avez-vous des visions ou voyez des choses que personne d'autre ne voit ?		
3. Qualité de la relation soignant-soigné avant et après l'accouchement			
3.1.	Avez-vous de difficultés à rencontrer votre soignant ?		
A	Oui		
B	Non		
C	NSP		
D	Si oui, pourquoi ?.....		
3.2.	Etes-vous à l'aise au cours des consultations ?		
A	Oui		
B	Non		
C	NSP		
D	Si non, pourquoi ?.....		
3.3.	Eprouvez-vous des difficultés à exprimer vos plaintes aux agents de santé ?		
A	Oui		
B	Non		
C	Si non, pourquoi ?.....		
3.4.	Avez-vous l'impression d'être bien écoutée au cours des consultations ?		
A	Oui		
B	Non		
C	NSP		
3.5.	Quelle appréciation faites-vous de la qualité de l'accueil qu'on vous réserve dans le centre ?		
A	Bonne		
B	Moins bonne		
C	NSP		
3.6.	Pensez-vous être moins bien accueillie que d'autres patientes dans ce centre ?		
A	Oui		

B	Non		
C	NSP		
3.7	Etes-vous satisfaite des réponses apportées à vos préoccupations ?		
A	Oui		
B	Non		
C	NSP		
4. Vie sociale			
4.1. Vie professionnelle			
A	Avez-vous un métier		
	Oui		
	Non		
B	Votre métier vous plaît-il ?		
	Si non pourquoi ?		
C	Avez-vous des conflits dans votre service ?		
5.2. Vie familiale			
A	Vivez-vous avec votre conjoint ?		
B	a-t-il une source de revenu ?		
C	Participe-t-il aux besoins de la famille ?		
E	Avez-vous d'aide ou de problèmes au niveau de votre foyer ?		
D	Avez-vous des heurts permanents avec votre conjoint ou votre belle famille ?		
5.3. Vie relationnelle			
A	Avez-vous un désintérêt ou des échanges blessants pour le monde environnant ?		
B	Avez-vous éprouvé le désir de rester à l'écart des autres et même des êtres qui vous sont chers ?		
6. Antécédents			
6.1. Antécédents de troubles psychologiques psychiatriques dans la famille			
A	L'un des membres de votre famille a-t-il souffert de troubles mentaux ?		
B	Y-a-t-il dans votre famille une personne qui a eu des troubles semblables aux vôtres ?		
C	Ces troubles ont-ils été soignés ?		
6.2. Antécédents personnels			
A	Avez-vous déjà eu cette maladie ?		
B	Combien de temps s'est-il écoulé depuis		

	vos premiers troubles mentaux ?		
E	Avez-vous reçu de mauvais traitements au cours de votre petite enfance ?		
F	Avez-vous reçu des punitions sévères au cours de votre petite enfance ?		
7. Idée de persécution			
A	Selon vous, ces troubles sont-ils provoqués ?		
B	Par qui ?		
C	Pourquoi ?		
D	Avez-vous consulté un devin		
E	Si oui qu'a-t-il dit ?		
8. Relation mère-enfant			
A	Pensez-vous que votre bébé mérite de punition		
B	Est-il parfois puni pour ses caprices ?		

COMMENTAIRES LIBRES DE LA PATIENTE

Que souhaitez-vous voir s'améliorer dans vos relations avec les prestataires ?.....

COMMENTAIRES LIBRES DE L'ENQUÊTEUR

Comment jugez-vous de l'attitude de la patiente au cours de l'entretien ?.....

L'enquêteur

Le Superviseur

➤ **QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES PRESTATAIRES**

Nous travaillons dans le cadre de notre mémoire de fin de formation en psychologie clinique et souhaiterions connaître comment les prestataires font face à la dépression postnatale. Toutes les informations que vous pourriez nous fournir nous seront utiles et vos réponses resteront confidentielles. L'entretien pourrait vous prendre environ une demi-heure. Souhaiteriez-vous vous prêter à nos questions ?

Merci de votre collaboration

I- Nom de l'enquêteur

II- Nom du Site

III- N° du questionnaire :

Jour	Mois	Année
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV- Date de la visite

QUESTIONS		REPONSES	CODES
1. Renseignements généraux			
1.1. Sexe			
a	Masculin	<input type="checkbox"/>	
b	Féminin	<input type="checkbox"/>	
1.2. Age			
a	18 à 24 ans	<input type="checkbox"/>	
b	24 à 35 ans	<input type="checkbox"/>	
c	35 à 45 ans	<input type="checkbox"/>	
d	45 à 55 ans	<input type="checkbox"/>	
e	55 ans et plus	<input type="checkbox"/>	
1.3. Religion			
a	Chrétienne	<input type="checkbox"/>	
b	Musulmane	<input type="checkbox"/>	
c	Animiste	<input type="checkbox"/>	
d	Bouddhiste	<input type="checkbox"/>	
e	Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	

QUESTIONS		REPNSES	CODES
1. Renseignements généraux (suite)			
1.4. Nationalité/Ethnie			
a	Béninoise	<input type="checkbox"/>	
b	Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	
c	Ethnie (à préciser)		
1.5. Votre qualification professionnelle			
a	Médecin	<input type="checkbox"/>	
b	Infirmier Diplômé (e) d'Etat	<input type="checkbox"/>	
c	Sage-Femme d'Etat	<input type="checkbox"/>	
d	Infirmier de Santé	<input type="checkbox"/>	
e	Ingénieur/Technicien biologiste	<input type="checkbox"/>	
f	Assistant (e) Social(e)	<input type="checkbox"/>	
g	Aide-soignant(e)	<input type="checkbox"/>	
h	Autre (à préciser)		
1.6. Années d'expériences dans la prise en charge des accouchées			
a	0 à 1 an	<input type="checkbox"/>	
b	1 à 2 ans	<input type="checkbox"/>	
c	2 à 3 ans	<input type="checkbox"/>	
d	3 à 4 ans	<input type="checkbox"/>	
e	4 à 5 ans	<input type="checkbox"/>	
f	5 ans et plus	<input type="checkbox"/>	
2. Evaluation des activités de prise en charge			
2.1.	Combien de consultations médicales faites-vous par semaine ?.....		
2.2.	Combien d'accouchées recevez-vous en moyenne par consultation ?		
B	0 à 10	<input type="checkbox"/>	
C	10 à 20	<input type="checkbox"/>	
D	20 à 30	<input type="checkbox"/>	
	Au- delà de 30	<input type="checkbox"/>	
2.3. Quelle appréciation faites-vous de ce nombre ?			
A	Excessif et épuisant	<input type="checkbox"/>	
B	Acceptable	<input type="checkbox"/>	
C	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	
2.4.	Quel est le nombre de patients souhaitable par consultation ?.....		
2.5. Quelle est la durée minimale que vous consacrez à chaque patient par consultation ?			
a	0 à 5 mn	<input type="checkbox"/>	

b	5 à 10 mn	<input type="checkbox"/>	
c	10 à 15 mn	<input type="checkbox"/>	
d	15 à 20 mn	<input type="checkbox"/>	
e	20 à 30 mn	<input type="checkbox"/>	
f	30 mn et plus	<input type="checkbox"/>	
2.6. Quelle appréciation faites-vous de cette durée de votre consultation ?			
a	Suffisante	<input type="checkbox"/>	
b	Insuffisante	<input type="checkbox"/>	
c	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	
2.7. Ce temps consacré à la consultation vous permet-il de bien écouter vos patients ?			
a	Oui	<input type="checkbox"/>	
b	Non	<input type="checkbox"/>	
c	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	
2.8. Ce temps consacré à la consultation vous permet-il de déceler les non-dits de vos patients ?			
a	Oui	<input type="checkbox"/>	
b	Non	<input type="checkbox"/>	
c	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	
2.9. Quels sont les plaintes d'origines psychologiques souvent exprimés par vos patients ?			
2.10. Comment les avez-vous identifiés ?.....			
2.11. Quelles réponses y apportez-vous ?.....			
2.12. Etes-vous satisfaits des réponses que vous leur apportez ?			
a	Oui	<input type="checkbox"/>	
b	Non	<input type="checkbox"/>	
c	Si non, Pourquoi ?.....		
2.13. Avez-vous été formés sur la prise en charge de la dépression postnatale ?			
a	Oui	<input type="checkbox"/>	
b	Non	<input type="checkbox"/>	
2.14. Si oui au 2.13, cette formation vous permet-elle d'identifier facilement les symptômes de la dépression postnatale ?			
a	Oui	<input type="checkbox"/>	
b	Non	<input type="checkbox"/>	
c	Quelques rares fois	<input type="checkbox"/>	

COMMENTAIRES LIBRES DU PRESTATAIRE

Quelles sont vos appréciations et suggestions pour l'amélioration de la prise en charge psychologique des accouchées souffrant de la dépression postnatale ?.....

COMMENTAIRES LIBRES DE L'ENQUETEUR

Comment jugez-vous l'attitude du prestataire au cours de l'entretien ?

L'enquêteur

Le Superviseur

SOMMAIRE	2
DEDICACE.....	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES	6
LISTE DES TABLEAUX / FIGURES / IMAGES / ENCADRES.....	7
RESUME.....	9
SUMMARY	10
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I : FONDEMENTS THEORIQUES	13
1.1. Contexte et justification.....	13
1.2. Problématique et question de recherche	14
1.3. Hypothèses de travail	15
1.4. Objectifs de l'étude	16
1.4.1. Objectif général	16
1.4.2. Objectifs spécifiques	16
1.5. Cadre conceptuel	16
1.5.1. Clarification des concepts	16
1.5.2. Généralités sur la dépression.....	19
1.5.3. Aspect épidémiologique du développement	29
1.6. Délimitation thématique	32
1.7. Quelques axes de discussion	33
CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE.....	
METHODOLOGIQUE	34
2.1. Cadre de l'étude.....	34
2.1.1. Présentation de la commune de Cotonou	34
2.1.2. Présentation de la CUGO et de l'HOMEL.....	35
2.2. Démarche méthodologique.....	39
2.2.1. Nature de l'étude	39
2.2.2. Techniques de collecte des données.....	39
2.2.3. Groupes cibles et échantillonnage.....	41
2.2.4. Déroulement de l'enquête	42
	90

2.2.5. Techniques de traitement des données de terrain.....	43
2.2.6. Dispositions éthiques.....	43
2.2.7. Difficultés et limites de la recherche.....	43
CHAPITRE III : RESULTATS.....	45
3.1. Enquête quantitative	45
3.1.1. Caractéristiques générales des accouchées	45
3.1.2. Symptomatologie présentées par les accouchées.....	47
3.1.3. Fréquence de la dépression du post-partum.....	49
3.1.4. Qualité de la relation soignant-soignée avant et après l'accouchement.....	49
3.1.5. Vie sociale.....	50
3.1.6. Vie familiale.....	51
3.1.7. Vie relationnelle.....	53
3.1.8. Antécédents psychologiques et psychiatriques.....	53
3.1.9. Relation mère enfant.....	55
3.2. Résultats qualitatifs	56
3.2.1. Qualification professionnelle	56
3.2.2. Récapitulatif des plaintes d'origine psychologique	56
3.2.3. Moyens d'identification	57
3.2.4. Réponses apportées par les prestataires	57
3.2.5. Satisfaction par rapport aux réponses apportées	57
3.2.6. Reconnaissance de la dépression du post-partum	58
3.2.7. Reconnaissance et rôle du psychologue selon les prestataires.....	58
3.2.8. Importance des psychologues	59
CHAPITRE IV : DISCUSSION.....	60
CONCLUSION	72
SUGESSTIONS	75
REFERENCES	77
ANNEXES	80
TABLE DES MATIÈRES.....	90