UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

Rapport de stage en vue de l'obtention de la Licence Professionnelle en Psychologie

SUJET

DETENTION ILLEGALE DES FEMMES ACCOUCHEES DANS LES HOPITAUX DU BENIN POUR DEFAUT DE PAIEMENT : ETATS PSYCHOSOCIAUX ET AFFECTIFS

Rédigé et soutenu par :
GANDEMEY Merveille

Sous la direction de :
Dr. ZOUNON Ornheilia
Enseignant – Chercheur, DP – FASHS/ UAC

Membres du Jury :

Président du Jury : Dr MEHINTO Michel

Examinateur : Dr TCHANSI Anselme

Rapporteur : Dr ZOUNON Ornheilia

Mention : Très-bien

Date de soutenance : Mercredi 18 Janvier 2023

Année académique : 2021-2022

SOMMAIRE

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES TABLEAUX 5

LISTE DES FIGURES 5

LISTE DES VERBATIMS 5

SIGLES ET ACRONYMES 6

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 10

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 26

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSIONS 32

CONCLUSION 49

BIBLIOGRAPHIE 51

ANNEXES 54

TABLE DES MATIERES 58

DEDICACES

Je dédie ce mémoire :

- A Mon père GANDEMEY Fabrice et à ma mère AHEHEHINNOU GANDEMEY Anicette
- Aux femmes accouchées et aux nouveau-nés en détention dans les hôpitaux

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'aurait pu aboutir sans la contribution et l'apport de certaines personnes :

- Docteur Ornheilia ZOUNON, maître de mémoire, pour toute la disponibilité, l'attention particulière accordée à la rédaction de notre mémoire ;
- Nos Honorables Membres du jury pour leur présence, le temps consacré à la lecture et à l'appréciation de ce mémoire ;
- Le corps professoral et le personnel administratif du département de la psychologie pour leur coopération, leur considération et pour la qualité des enseignements qu'ils nous ont transmis ;
- A Madame de-CAMPOS Flavie, Présidente de l'ONG Groupement La Vie Pour Tous (GLVPT) pour avoir permis mon intégration dans l'équipe d'enquête ;
- A Monsieur PRINCE-AGBODJAN Serge, pour son accompagnement ;
- A Madame PANOU Béata, pour l'accompagnement ;
- A tous ceux qui m'ont soutenue spirituellement, financièrement, tout au long de mes études un infini merci ;
- Les amis proches et toutes les personnes de près ou de loin qui d'une manière ou d'une autre nous ont soutenus tout au long de ce cursus et ont contribué à la réalisation de ce travail.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Age moyen des mères 33
Tableau II : Profession des femmes en détresse 35
Tableau III : Activité des maris 35
Tableau IV : Mode d'accouchement 36
Tableau V : Répartition des types de mères détenues par hôpital 38
Tableau VI : Effectif de femmes gardées au centre de santé pour la 1ère fois 39
Tableau VII : Mode d'accès aux besoins vitaux 40
Tableau VIII : Durée moyenne de détention au centre de santé 41

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des enquêtées par hôpital 32
Figure 2 : Situation matrimoniale des enquêtées (%) 34
Figure 3 : Typologie de mères rencontrées 37
Figure 4 : Opinions des femmes sur leurs situations (%) 42
Figure 5 : Caractéristiques des nouveau-nés en détention (%) 43

LISTE DES VERBATIMS

Verbatim 1 : Propos d'enquête de O.M., femme de 30 ans retenue seule, hôpital de zone d'Allada, 2022 ..... **37**
Verbatim 2 : Propos d'enquête de T.P., femme accouchée de 25 ans, détenue à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, 2022 ..... **40**
Verbatim 3 : Propos d'enquête de V.J., femme accouchée de 29 ans, détenue au CHUD de Porto-Novo, 2022 ..... **40**
Verbatim 4 : Propos d'enquête de S.I., femme accouchée de 32 ans, détenue au CHUD de Parakou, 2022 ..... **41**
Verbatim 5 : Propos d'enquête de S.E., élève de 17 ans, jeune fille accouchée en détention au CNHU-HKM, 2022 ..... **42**

SIGLES ET ACRONYMES

- **CHUD** : Centre Hospitalier Universitaire Départemental
- **CHUZ** : Centre Hospitalier Universitaire de Zone
- **CNHU-HKM** : Centre Hospitalier Universitaire Hubert Koutougou Maga
- **GLVPT** : Groupement La Vie Pour Tous
- **INStaD** : Institut National de la Statistique et de la Démographie
- **MICS** : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation Non Gouvernementale
- **SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences

RESUME

Dans le cadre de notre année de licence en psychologie, notre sujet de recherche porte sur la « détention illégale des femmes accouchées détenues dans les hôpitaux du Bénin pour défaut de paiement : états psychosociaux et affectifs ». L'objectif de ce rapport est d'étudier les états psychosociaux et affectifs de la santé mentale des femmes accouchées et le développement des nouveau-nés, lors de la détention illégale dans les hôpitaux. Pour y parvenir, nous avons utilisé une méthode mixte, grâce à laquelle quatre-vingt-quinze (95) personnes ont fait l'objet de notre enquête par le biais d'un questionnaire, des entretiens et de l'observation. Les résultats obtenus montrent que la détention dans les hôpitaux, peut provoquer chez certaines femmes des troubles de l'humeur, la dépression, l'anxiété, troubles post-partum. Chez leurs bébés, on note des troubles, principalement, des troubles du sommeil et de l'alimentation. Quelques suggestions ont été formulées au terme de notre étude pour pallier à la situation de la détention illégale dans les hôpitaux, des mères et des nouveau-nés.

Mots Clés: détention illégale; femmes accouchées; nouveau-nés ; états psychosociaux ; développement ; hôpitaux.

ABSTRACT

As part of our undergraduate year in psychology, our research topic is "Illegal detention of women in childbirth detained in hospitals for non-payment: psychosocial and affective states". The aim of this report is to study the psychosocial and affective states of the mental health of women in labour and the development of newborns during illegal detention in hospitals. To achieve this, we used a mixed method, whereby ninety-five (95) people were investigated by means of a questionnaire, interviews and observation. The results obtained show that detention in hospitals can cause mood disorders, depression, anxiety, post-partum disorders. In their babies, we note disorders, mainly sleep and eating disorders. At the end of our study, some suggestions were formulated to alleviate the situation of illegal detention of mothers and newborns in hospitals.

Key words: illegal detention; women in labour; newborns; psychosocial conditions; development; hospitals.

INTRODUCTION

« Donner naissance peut être considéré comme un évènement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d'une femme » (Chabbert & Wendland, 2016). Des études ont montré qu'environ une femme sur trois juge son accouchement traumatisant. Plusieurs facteurs comme l'angoisse, la panique, la douleur, l'exposition à la mort, peuvent influer sur le vécu de l'accouchement et être susceptible d'entrainer des séquelles psychologiques comme le stress post-traumatique, la détresse psychologique. Ces séquelles sont en effet, des pathologies nuisibles à la santé mentale.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001) définit la santé mentale comme étant « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ». La santé mentale est donc, un aspect essentiel du développement déterminé par de nombreux facteurs économiques et sociaux, individuels, biologiques. De cette façon, habituellement, après un accouchement la femme a hâte de rentrer chez elle, pour profiter des premiers instants dans son environnement avec son bébé et pour bénéficier d'un soutien émotionnel, familial et affectif de la part de son conjoint et de l'ensemble de la famille.

Cependant, l'assurance du retour n'est toujours pas garantie du fait des contraintes financières. Les hôpitaux deviennent des lieux de détention pour femmes, qui n'ayant pas assez de moyens pour assurer les frais d'accouchement y sont détenues avec leurs nouveau-nés. Ainsi donc, après l'expérience douloureuse de l'accouchement qui a déclenché un véritable bouleversement psychique et émotionnel, certaines femmes sont malheureusement appelées à subir à nouveau, une autre pression sociale qui est celle de leur détention pour cause de non-paiement des frais médicaux.

Au Bénin, cette forme de détention, qualifiée "d'illégale" est sanctionnée par le code pénale en son article 268 « Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique

ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accompagner arbitrairement un acte attentatoire soit, à la liberté individuelle, soit aux droits civiques d'un ou plusieurs citoyens est puni d'une peine de cinq (05) ans d'emprisonnement et d'une amende de deux millions (2.000.000) de francs CFA. Lorsque l'acte attentatoire consiste en une détention ou une rétention de plus de huit (08) jours, la peine est portée à vingt (20) ans de réclusion criminelle ». Malgré l'existence de cette disposition pénale pour pallier à cette situation, celle-ci continue de s'observer dans certains hôpitaux de la place.

De ce fait, par l'initiation d'un projet sur cette thématique de l'ONG « Groupement La Vie Pour Tous (GLVPT) », nous avons pu en tant qu' étudiants en fin de licence mener une étude pour comprendre les raisons de cette pratique dans un Etat de droit comme le Bénin, et pour étudier les états psychosociaux et affectifs de la santé mentale de ces femmes accouchées et le développement de ces nouveau-nés à travers la présente étude intitulée **"la détention illégale des femmes accouchées dans les hôpitaux du Bénin pour défaut de paiement : états psychosociaux et affectifs"**

Pour y parvenir, ce rapport s'articule autour de trois chapitres. Le premier, aborde le cadre théorique de la recherche. Le deuxième s'intéresse à l'approche méthodologique. Le troisième chapitre, présente et analyse les résultats obtenus puis procède à la discussion de ceux-ci.

1 CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

1.1 Clarification conceptuelle

Cette partie, donnera la définition de quelques concepts clés dont la compréhension sera nécessaire à une meilleure appréhension du sujet de recherche.

1.1.1 La détention illégale

La détention illégale se définit à travers deux mots clés : "la détention" et "illégale"

- **La détention :** Selon le grand Larousse (2019), la détention est l'action de détenir, d'avoir en possession.

La détention est l'action, le fait de retenir quelqu'un dans un lieu en particulier en prison ; état d'une personne ainsi détenue (NODIER, 1831)

- **Illégale :** Selon le grand Larousse (2019), l'illégale est ce qui est interdit, tout acte ou comportement qui s'oppose à la loi ou va à son encontre, qui n'en respecte pas la règle.

La détention illégale encore appelée la détention arbitraire, est donc l'action, le fait de retenir quelqu'un en prison dans des cas ou des conditions non prévus par la loi et qui constitue un délit ou un crime. (Destutt de Tracy, 1807). La détention est dite illégale lorsqu'une autorité prive une personne sans base légale. Dans notre étude, la détention illégale revient donc à la privation de la liberté des femmes accouchées et de leurs nourrissons à l'intérieur des hôpitaux par des agents de santé dans le non-respect du droit national. En d'autres termes, la détention constitue un délit, une atteinte aux droits de l'Homme « Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ni exilé » (Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948).

1.1.2 La femme accouchée

Selon le grand Larousse (2016), la femme accouchée est une femme qui vient de mettre au monde un enfant.

La femme accouchée est donc celle qui est passée par l'expérience unique de l'accouchement dont le caractère bouleversant, potentiellement mortel et très intense, tant du point physique que psychologique peut être vécu subjectivement de manière négative. L'accouchement peut se faire par voie basse, ce qui consiste à l'expulsion des fœtus de l'utérus ou par césarienne ce qui est une intervention chirurgicale visant à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi abdominale et utérine.

1.1.3 Le défaut de paiement

Un défaut de paiement est représenté par un manquement à l'endroit d'une obligation qui lie un débiteur à un créancier lorsque le débiteur ne règle pas une échéance de dette. Le défaut de paiement désigne aussi le fait qu'une personne physique, ou morale ne soit pas en mesure d'honorer une partie ou la totalité de ses engagements envers un créancier.

1.1.4 L'état psychosocial

L'état psychosocial est un terme qui décrit chez une personne l'aspect de son développement psychologique et son interaction dans un environnement social. Ce terme s'apparente à l'état des individus en prenant en compte l'environnement dans lequel ils se retrouvent. En d'autres termes, il s'agit de l'influence du milieu social sur le psychisme des individus.

Le psychosocial étant relatif à l'interaction entre les faits psychologiques et les faits sociaux.

1.1.5 Les états affectifs

Les états affectifs, concernent l'ensemble des états de plaisir ou de douleur, de quelque ordre et de quelque intensité qu'ils soient, physique comme moral, sensations comme sentiments, émotions et passions (Foulquié & Raymond, 1962).

Les états affectifs encore appelés « affects » désignent un ensemble de comportements qui expriment un état émotionnel c'est-à-dire l'expression émotionnelle réprimée ou déplacée, des conflits internes d'un individu.

1.2 Revue de la littérature

Dans le cadre de notre étude, certains travaux comme les articles de journaux, les décisions juridiques, les rapports, les archives et toutes sortes de documents nous ont permis d'effectuer un état de la question sur les aspects relatifs au présent sujet de recherche.

Plusieurs auteurs ont abordé la question de la détention illégale des patients dans les hôpitaux spécifiquement celles des femmes accouchées avec leurs nourrissons. Pami les ouvrages que nous avons consultés, les auteurs se sont beaucoup plus penchés sur les questions de la pauvreté, de la crainte d'accès aux soins médicaux, des enfants mort-nés, des mineures violées ayant donné naissance et détenues, des conditions de détention dans les hôpitaux, des conditions de libération des femmes détenues, de l'influence des facteurs sociaux et affectifs sur le développement des enfants, des impacts de la dépression des mères sur le développement des nourrissons. Dans notre recherche, nous nous intéressons d'une part, aux états psychosociaux et affectifs de la santé mentale des femmes accouchées détenues et d'autre part aux états psychosociaux et affectifs du développement des nouveau-nés.

La pauvreté est l'une des principales causes de détention dans les hôpitaux, due au handicap des systèmes de santé à travers le manque de personnel formé, de moyens financiers pour payer le personnel et de la pénurie de médicaments et de matériel

moderne. Le Rapport de Human Rights Watch (2006) souligne ce fait, à travers l'analyse des détentions dans les hôpitaux en Afrique. En effet, le rapport explique que la détention des patients les plus pauvres par les hôpitaux se rencontre dans de nombreux pays d'Afrique où le système de santé est fondé sur le mécanisme du recouvrement des frais. Les hôpitaux essaient ainsi de contraindre les patients insolvables à régler leurs factures. C'est ainsi, que selon Robichaud et al (1994), vivre dans la pauvreté c'est « […] vivre les préoccupations qui se rattachent aux privations, c'est se percevoir à travers ce que les autres nous communiquent, c'est vivre avec l'image que l'on a de soi. C'est aussi avoir une image très nette de la société qui nous entoure, de ses structures et du rôle qu'on y joue ou qu'on n'y joue pas. C'est chercher au-delà des misères quotidiennes ce qui permet de tenir le coup et de contrer ou de réduire les effets multiples de manques tout aussi multiples. C'est également espérer qu'un jour cette situation change. »

En Mars 2010, Chatham House est un institut politique qui a publié un article sur la détention dans les hôpitaux pour cause de non-paiement des frais. L'article résume que, selon des recherches universitaires des centaines de milliers de personnes sont susceptibles d'être touchées chaque année dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Asie. Les détentions ont lieu dans les établissements médicaux publics et privés. Les femmes qui ont besoin d'une césarienne d'urgence pour sauver leur vie, ainsi que leurs bébés, sont particulièrement vulnérables à la détention dans les établissements médicaux. La pratique consistant à détenir des personnes à l'hôpital pour non-paiement de factures médicales dissuade le recours aux soins, accroît l'appauvrissement médical. En effet, la détention détériore la confiance des détenus dans les systèmes de santé, ce qui accroît la crainte de demander l'accès aux soins de santé et qui accentue l'usage des systèmes de guérison traditionnelle. De plus, on note que dans les pays en voie de développement, 60% à 80% des femmes accouchent à domicile sans aucune assistance médicale ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre (OMS, 2015).

Selon le journal, la presse (2010), on constate que, bien que certaines femmes aient accouché des enfants mort-nés par césarienne, elles sont quand même détenues jusqu'à ce que le paiement des frais médicaux soit effectif. La souffrance psychique due au deuil périnatal est désormais couplée à celle de la détention. D'après les auteurs Garel & Legrand (2005) « psychologiquement, quel que soit son terme, la perte d'une grossesse est un fait marquant dans la vie d'une femme, qui laisse des traces durables ».

Dans la masse de femmes accouchées détenues, nous avons des mineures violées qui sont devenues mères. Mounier (1946), montre que le viol provoque une fissure ontologique, qui représente la fin du monde chez la victime. Cette dernière peut avoir le sentiment qu'elle n'existe plus, alors qu'elle fait face à l'impératif de donner un sens à sa vie. Elle peut manifester des conduites agressives et auto agressives. Quand les conséquences psycho traumatiques ne sont pas traitées spécifiquement, elles sont à l'origine de très graves conséquences à long terme sur la santé physique, mentale des victimes ainsi que sur leur vie personnelle, affective et sexuelle, leur scolarité et leur insertion sociale (Campbell et al., 2008). Du fait de la précarité financière et de l'absence du soutien parentale, ces victimes de viol précoce subissent aussi le poids de la détention.

Le Rapport Human Rights Watch (2006) expose les conditions de détention dans les hôpitaux. Le premier constat est la perte de lit. Les patients détenus devaient libérer leurs lits pour les patients qui avaient les moyens de payer. Les enfants ne sont pas épargnés par la détention à l'hôpital. Les mères y séjournent avec les bébés. Ensuite on note l'auto prise en charge des patients pour les questions d'alimentation et d'accès aux soins de santé supplémentaires. Les hôpitaux ne fournissent généralement pas les repas aux patients. Ceux-ci dépendent des membres de leurs familles, d'organisations caritatives et de bienfaiteurs pour être approvisionnés en nourriture. Pour les patients n'ayant aucune aide familiale ils restaient tout simplement affamés. En cas de problèmes de santé lors de la détention, les responsables des hôpitaux refusent un traitement supplémentaire aux patients qui se sont montrés dans l'incapacité de régler le coût de

leurs soins médicaux. Les détenus reçoivent une forte pression de la part du personnel de l'hôpital essentiellement des infirmières et des médecins pour payer leurs frais médicaux. Les patients détenus sont constamment surveillés par les agents de sécurité sur le terrain qui connaissent généralement les noms et les visages des détenus. En conséquence les patients ne pouvaient pas s'éloigner ou sortir de l'hôpital. L'ensemble de ses conditions peut être qualifiées de "pression sociale" liée à l'influence sociale. Fisher (2010) explique qu'il existe deux formes essentielles d'influence sociale, d'une part, la conformité et d'autre part la soumission. Ces formes sont pour l'auteur, « des situations dans lesquelles intervient une modification du comportement qui résulte des pressions spécifiques ».

Par ailleurs, selon l'article publié par Franceinfo (2017), pour régler leurs factures, de nombreuses femmes retenues après accouchement ont eu des rapports sexuels payants avec des médecins : c'est le cas d'un hôpital de Nairobi au Kenya. D'autres femmes bénéficient de leurs libertés grâce à l'intervention d'une ONG, d'une église ou de la mosquée locale qui rassemblent les fonds. Certains responsables politiques tentent parfois de tirer profit de la situation pour faire parler d'eux à l'approche des élections, par exemple en 2016, l'épouse du gouverneur de l'Etat d'Abia a payé les factures de huit patients. Pour ces femmes qui ont dû avoir des rapports sexuels par contrainte afin d'être libérées, Genon et al (1997) explique que les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves et peuvent produire des effets négatifs durables, notamment la dépression, les tentatives de suicide et un profond état de stress post-traumatique, l'anxiété.

Partant de ce fait, il faut dire qu'en dehors de la dépression, des tentatives de suicide et des états de stress post-traumatique pouvant nuire à la santé mentale d'une personne et ainsi augmenter le risque de développer des troubles mentaux nous avons aussi, la pauvreté, les conflits ou la violence, la négligence dès la petite enfance, la privation de bonnes conditions environnementales. Ces différents facteurs sont susceptibles de se manifester à tous les stades de la vie. Mais ceux qui surviennent au cours de la petite

enfance sont particulièrement préjudiciables. Ainsi, le développement social et affectif se constituent, donc, en grande partie entre 0 et 3ans, à partir de la relation aux parents et des apprentissages. Erikson s'est intéressé à l'impact qu'avaient les interactions et les relations sociales sur le développement et la croissance des êtres humains. Sa théorie se base selon le fait que « la personnalité est influencée par la société et se développe en passant par différentes crises ou alternatives critiques ». Il affirme à ce sujet que "Les conflits d'un homme représentent ce qu'il est réellement". Pour Wallon (1879-1962) la personnalité enfantine est une construction progressive, où se réalise l'intégration, selon des rapports variables, de deux fonctions principales : l'affectivité d'une part, liée aux sensibilités internes et orientée vers le monde social, la construction de la personne ; l'intelligence, d'autre part liée aux sensibilités externes et orientée vers le monde physique. A cet effet, Wallon met un point d'honneur sur la relation de l'enfant et du milieu dans lequel il se développe en définissant « l'enfant comme un être essentiellement social ». Le nourrisson se trouve donc particulièrement sensible et attiré aux stimulations sociales c'est-à-dire produites par les humains qu'elles soient visuelles, auditives, olfactives, tactiles.

Par conséquent, l'Unicef montre que, « Les enfants les plus défavorisés sont souvent les moins susceptibles d'avoir accès aux éléments nécessaires à un développement sain. Par exemple, une exposition fréquente ou prolongée à un stress extrême, comme la négligence, peut déclencher des systèmes de réponse biologique qui, sans le soutien d'un adulte protecteur, engendrent un stress toxique, une réaction pouvant interférer avec le développement cérébral. A mesure que l'enfant grandit, le stress toxique peut mener à des problèmes physiques, mentaux et du comportement à l'âge adulte […]. Les enfants de moins de 5ans vivant dans des zones touchées par les conflits ou des Etats fragiles sont exposés à des risques plus élevés pesant sur leur vie, leur santé et leur bien-être. »

En outre, des études ont montré que la survenue d'une dépression chez une mère ou de situation difficile avait un impact négatif sur le développement des jeunes enfants (Allen, 1998) ; (Kendall-Tackette, 2005). Les états de dépressions ressentis par les

femmes accouchées tout au long de la détention peuvent donc impacter les nourrissons au moment de l'allaitement et avoir un effet néfaste à long terme sur le comportement de l'enfant. C'est dans cette logique que les auteurs Jones (1998) & Lundy (1999) ont démontré que les nourrissons des mères déprimées en période néonatale avaient une moins bonne réponse aux expressions faciales d'émotion, et ils présentaient davantage de manifestations de stress. Le fait que cette réponse soit perceptible dès la période néonatale suggère l'existence d'interactions complexes entre la programmation génétique du nourrisson et ses capacités d'adaptation à son environnement.

La détention des personnes à l'hôpital constitue un déni des normes internationales en matière de droit de l'homme, notamment le droit de ne pas être emprisonné en tant que débiteur et le droit d'accès aux soins médicaux. Selon l'article 9 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme « Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ou exilé ». La décision DCC 21-058 du 28 janvier 2021 de la Cour Constitutionnelle du Bénin, a condamné certains hôpitaux de la place pour la violation des droits fondamentaux des femmes accouchées et de leurs enfants à travers leurs détentions illégales.

La loi N°2018-16 du 28 décembre 2018 portant code pénal en République du Bénin, dispose en ses articles 268 « Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accompagner arbitrairement un acte attentatoire soit, à la liberté individuelle, soit aux droits civiques d'un ou plusieurs citoyens est puni d'une peine de cinq (05) ans d'emprisonnement et d'une amende de deux millions (2.000.000) de francs CFA. Lorsque l'acte attentatoire consiste en une détention ou une rétention de plus de huit (08) jours, la peine est portée à vingt (20) ans de réclusion criminelle » et 269 « Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'une privation de liberté illégale, de s'abstenir volontairement soit d'y mettre fin si elle en a

le pouvoir, soit dans le cas contraire, de provoquer l'intervention d'une autorité compétente, est puni de deux (02) ans d'emprisonnement et d'une amende d'un million (1.000.000) de francs CFA. Le fait, pour une personne visée à l'alinéa précédent, ayant eu connaissance, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'une privation de liberté dont l'illégalité est alléguée, de s'abstenir volontairement soit de procéder aux vérifications nécessaires si elle en a le pouvoir, soit, dans le cas contraire, de transmettre la réclamation à une autorité compétente, est puni d'un emprisonnement de six (06) mois et d'une amende de cinq cent mille (500.000) francs CFA lorsque la privation de liberté, jugée illégale, s'est poursuivie. »

Le Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (2020), à travers le Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale, a permis à des dizaines de femmes accouchées de certains hôpitaux de célébrer la fête de l'indépendance, journée commémorative de notre pays, le Bénin, dans leurs familles respectives, en leur assurant la prise en charge intégrale des frais liés à leur accouchement.

En définitive, ces études et enquêtes ont permis, d'observer l'étendue du phénomène de la détention illégale dans les hôpitaux et de percevoir ses conséquences psychosociaux et affectifs sur la santé mentale et sur le bien-être.

1.3 Problématique

Donner naissance peut être considéré comme un évènement unique et majeur, une expérience magique, pleine d'émotions. "La grossesse et l'accouchement forment le cœur des coutumes et des traditions de toutes les ethnies car en découlent la survie de la communauté". L'accouchement peut aussi s'avérer difficile d'une part, lorsqu'il engendre chez certaines femmes différents traumatismes aussi bien de façon psychologique que physique dus à la gravité des complications vécues, à la douleur, à la peur et même l'exposition à la mort. Les auteurs Maurice Ferreri, Florian Ferreri & Philippe Nuss (2003) à ce propos diront que « Lors d'un accouchement difficile ou à

risque, la femme a pu être submergée par un sentiment de mort envahissant pour elle-même et pour le bébé, voire pour les deux. Elle a pu aussi être en proie à un sentiment de catastrophe imminente augurée par un début de décompensation d'une maladie somatique, la reconnaissance d'une malformation ou la crainte d'une atteinte neurologique grave lors d'un accouchement long et douloureux perçu comme facteur d'une souffrance fœtale sévère. L'impact subjectif du traumatisme de l'accouchement conditionne l'apparition d'une pathologie de stress traumatique partum ». D'autre part, l'accouchement peut s'avérer difficile, lorsqu'il aboutit à un deuil périnatal. Molénat (2001) présente plusieurs « idées/forces » sur lesquelles s'appuient les enjeux de la prévention lors d'une perte périnatale : « Perdre un enfant est une immense douleur mais on peut la traverser, par contre se sentir abandonné est insurmontable : la sensation de mort envahit tout ». C'est ainsi que, pour bénéficier d'une prise en charge efficace dans des conditions optimales et prévenir des risques d'infections et des complications qui pourraient avoir lors de l'accouchement, plusieurs femmes priorisent l'accouchement dans un milieu hospitalier. Au Bénin, en se référant aux résultats de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS), réalisés par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStaD, 2014), le pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante de 2012-2013, dans une structure de santé s'élève à près de 87%. On constate que 70% des accouchements sont effectués dans les établissements du secteur public et 18% dans des structures du secteur privé. La proportion des naissances survenues dans une structure de santé s'accroît régulièrement avec le quintile de bien-être économique, passant de 69% dans le quintile le plus pauvre à 98% dans le quintile le plus riche. Par conséquent, après l'épreuve de l'accouchement, il est important pour la mère de même que pour le nouveau-né de retourner dans leur environnement afin de recevoir l'accueil de tous et de bénéficier d'un soutien social, d'un soutien émotionnel de la part de la famille et du conjoint. Rappelons avec les auteurs Moro & Drain (2009) ; Von (2011), que les seuls facteurs qui différencient les femmes déprimées des femmes non déprimées au post partum sont l'absence de soutien conjugal et familial. Ce besoin de rapprochement avec la famille montre à quel point la

naissance d'un enfant et son inscription dans le corps social remet en jeu chez la mère la question des appartenances groupales et la réélaboration de sa propre filiation. Malheureusement, parmi les femmes venant accoucher dans les hôpitaux, que ces derniers soient publics ou privés, certaines sont gardées en détention pour défaut de paiement des soins médicaux. La liberté d'aller et venir de ces femmes, garantie par la Constitution de la République du Bénin en son article 25 est ainsi brimée. C'est pour pallier à cette situation que la Cour Constitutionnelle du Bénin a condamné dans sa décision DCC 21-058 du 28 janvier 2021 cette pratique. Cependant, la détention illégale persiste au sein de certains hôpitaux du territoire national. Cette détention peut être vécue par la mère et le nouveau-né ou par la mère uniquement en cas de décès périnatal. En effet, du fait de la précarité des moyens financiers, certaines femmes ne bénéficient pas de fonds suffisant pour couvrir les frais d'hôpitaux. Harrington (1967) définit la pauvreté comme un ensemble de privations qui dépassent les dimensions économiques, sociales, psychologiques, culturelles ; il ajoute des considérations légales et politiques. Le pauvre ne peut avoir accès aux modes de vie habituels d'une société. Il est démuni par rapport à ce que possède le reste du pays et par rapport à ce qu'il pourrait recevoir selon la volonté de la nation. De ce fait, après avoir vécu l'expérience de l'accouchement, certaines femmes doivent encore subir la pression de la détention sans pour autant bénéficier des soins familiaux et affectifs dont elles ont besoin ; elles, ainsi que leurs enfants, ce qui peut engendrer chez ces femmes des séquelles, constituant des facteurs nuisibles à leur santé mentale. Pour les femmes accouchées détenues avec leurs bébés, toutes les sensations et émotions ressenties par elles, du moment de l'accouchement à la période de la détention seront donc transmises au nouveau-né, impactant ainsi le développement psychologique, social, affectif et cognitif de ceux-ci, à travers le processus d'attachement mère-enfant développé par Bowlby (1958). Pour les femmes accouchées traversant le deuil périnatal en pleine phase de détention, des conséquences psychologiques et physiques peuvent transparaitre sur leur bien-être.

Partant de ces différents constats, la question suivante mérite d'être posée :

Comment se présentent les états psychosociaux et affectifs de la santé mentale des femmes accouchées et le développement des nouveau-nés en détention dans les hôpitaux pour défaut de paiement ?

1.4 Cadre théorique

Différentes théories constituent le socle du présent sujet de recherche. A partir de l'énumération de quelques-unes, nous essayerons de faire une brève présentation de certains auteurs.

1.4.1 La théorie de la réactance

Les travaux de Brehm (1966) sur la réactance psychologique, montrent que la réactance est un état de motivation négative faisant suite à une menace (supposée réelle) d'une restriction de la liberté individuelle et qui se traduit par une résistance à l'influence. C'est une réaction émotionnelle négative, engendrée lorsque les gens subissent une menace ou une perte de liberté. La pression sociale peut ainsi déclencher des motivations en sens inverse du but recherché. Ces motivations peuvent être liées aux croyances du sujet, à son désir de conserver son indépendance, à ses valeurs ou aux engagements dans lesquels il est impliqué. Le comportement de réactance est fonction de l'importance que le sujet accorde au comportement menacé, et augmente d'autant plus que le sentiment de liberté diminue.

La théorie de la réactance comporte quatre éléments phares : la liberté perçue, la menace à la liberté, la réactance et la restauration de la liberté. La liberté est un sentiment associé à des comportements, des actions, des émotions et des attitudes.

Des études ultérieures ont montré que les conditions d'apparitions d'une réactance psychologique sont soumises à un certain nombre de caractéristiques :

- La personne doit estimer que sa liberté d'agir ou de penser sans aucune entrave lui fera défaut dans un avenir proche.
- Cette restriction doit être injustifiée ou illégitime. Si cette suppression de liberté est justifiée la réactance psychologique sera d'autant moins forte que la justification paraît légitime.
- La force de la réactance psychologique varie en fonction de l'importance du comportement qui est menacé. Plus l'importance de ce comportement est forte, plus la réactance est importante.
- La réactance est également modulée en fonction du délai de privation. La réactance est moins forte si la privation ne doit durer qu'une minute par rapport à une privation d'une heure.
- L'étendue de la réactance dépend aussi du degré de recouvrement qui existe entre les comportements disponibles et le comportement censuré. Si le recouvrement est important alors l'impact de la réactance est faible.

Lorsqu'on suppose que la liberté de comportement d'un individu est restreinte ou réduite, cela provoque une réactivité émotionnelle. Cette réactivité émotionnelle va donc engendrer une motivation à, défendre sa liberté.

La peur de perdre de nouvelles libertés peut déclencher cette réactivité et motiver la personne à transgresser l'interdit pour rétablir sa liberté. Ainsi, lorsqu'une personne souhaite accomplir un comportement perçu comme libre, elle est susceptible de ressentir une réactance chaque fois que ce comportement est restreint, éliminé ou interdit.

Différentes recherches semblent également indiquer que si l'individu s'estime incompétent ou contrôlé par des évènements extérieurs, il ne connaît pas, dans ces cas-là de réactance lorsque sa liberté est limitée. Différentes études se sont également intéressées aux caractéristiques individuelles des individus. En effet, certains individus semblent plus réactants que d'autres (Buboltz, Woller, & Pepper, 1999).

On peut donc retenir que la réactance psychologique, est un mécanisme de défense psychologique mis en œuvre par l'individu quand il a l'impression que quelqu'un ou quelque chose limite les choix qui se présentent à lui normalement comme sa liberté d'action et tente donc d'une façon ou d'une autre de restituer cette liberté perdue.

1.4.2 La théorie du développement

La psychologie du développement a pour objectif général d'étudier les processus de changement dans les interactions de la personne (enfant, adolescent, adulte) avec son environnement.

Wallon (1879-1962) a englobé l'ensemble du développement de l'enfant dans une perspective intégrant à la fois les aspects cognitifs mais aussi les aspects affectifs et sociaux de la personnalité de l'enfant. Il considère l'enfant comme un être social depuis sa naissance, un "être génétiquement social". Dans la conception de Wallon, l'environnement dans lequel se développe l'enfant permet d'actualiser les potentiels qui résident dans son programme génétique en lui apportant au fur et à mesure des occasions d'exercer ses nouvelles capacités.

Le nouveau-né possède de façon direct le "regard social" sur le monde qui l'entoure. Il se trouve particulièrement sensible et attiré aux stimulations sociales c'est-à-dire produites par les humains qu'elles soient visuelles, auditives, olfactives, tactiles. La théorie de Wallon présente deux influences théoriques majeures : la théorie évolutionniste de Darwin (évolution en termes d'adaptation + influence importante du milieu) et la théorie marxiste (le milieu n'est pas que biologique mais aussi social).

Dans la seconde moitié de XXe siècle, Erikson a développé une théorie psychanalytique fondée sur l'étude du développement psychosocial, qui identifie une série d'étapes par lesquelles passe chaque individu sain au cours de sa vie. Chaque étape se caractérisant par une crise psychosociale opposant deux forces en conflit. Le postulat de base de cette étude stipule que « la personnalité est influencée par la société et se développe en passant

par différentes crises ou alternatives critiques ». Il s'intéressait à l'impact qu'avaient les interactions et les relations sociales sur le développement et la croissance des êtres humains. En nous appuyant sur la première étape : confiance vs méfiance (0 à 18 mois) de sa théorie, on note que la confiance étroitement liée à l'attachement se base sur la fiabilité et la capacité des proches de l'enfant en particulier sa mère, à prendre soin de lui, lui étant un bébé totalement dépendant. Cette relation d'affection au sein de laquelle prime la confiance, influencera positivement le comportement de l'enfant vis-à-vis du monde. Au contraire, si les parents n'établissent pas un environnement sain pour l'enfant et ne satisfont pas ses besoins basiques, celui-ci apprendra à ne rien attendre de personne. Le développement de la méfiance peut donner naissance à des sentiments de frustration, de doute, d'indifférence vis-à-vis de l'environnement.

Ainsi, le développement humain est un processus dynamique et continu dans lequel l'enfance occupe une place prépondérante et qui se poursuit tout au long de la vie. Tout en maintenant une certaine continuité, chaque dimension de la personne, qu'elle soit physique, cognitive, affective ou sociale, subit de profonds changements sous les influences de l'environnement social.

1.4.3 La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement développée par John Bowlby (1958) est centrée sur le besoin biologique de l'enfant de trouver un attachement sûr à la mère. D'après cette théorie, ce lien affectif précoce organisé autour de la disponibilité physique et psychique de la personne en charge des soins du bébé, devient un modèle internalisé à l'œuvre pour la construction des futures relations sociales et affectives de l'enfant. Ainsworth (1978), a catégorisé différents types d'attachement selon le continuum allant du plus sécurisé au plus insécurisé (attachement sécurisant, attachement insécurisant du type évitant, attachement ambivalent, attachement désorganisé). Selon Bowlby, l'attachement est alors compris dans une perspective à la fois évolutive et adaptative, à l'appui de la façon

dont les soins, sûrs et protégés, sont apportés à l'enfant, améliorant ses chances de survie.

Blatt (2007) envisagent les théories contemporaines de l'attachement dans une correspondance avec les comportements, entre la façon dont les objets sont internalisés et les relations précoces mère/bébé.

L'élaboration de ces théories ont permis de comprendre assez de choses concernant l'interaction entre les mères déprimées et leur nourrisson ainsi que l'impact au fil du temps. Selon les auteurs Cohn et al (1990) ; Field (1995), les mères déprimées qu'elles soient inattentives, intrusives ou rejetantes, entraînent chez le nourrisson protestation et désengagement. Tronick (2002) ajoute à cet effet, que, même la faible intensité d'un affect dépressif chez la mère « infuse » l'enfant, et entraîne sa sensibilité à un affect négatif, avec pour conséquence un détachement protecteur. Les études longitudinales menées par Toth, Cicchetti, Rogosch & Sturge-Apple (2009) sur la relation entre la dépression maternelle et l'attachement sûr pour l'enfant ont mis en évidence le fait que « les représentations des parents et de soi sont présentes tout au long du processus du développement de l'enfant, et sont susceptibles d'être transmises de génération en génération ». Il existe donc, certains facteurs de prédisposition à la dépression chez l'enfant. A ce titre, il y aurait un lien entre le comportement dépressif de la mère et le développement des troubles de l'anxiété ou de la dépression chez l'enfant. Les mères déprimées sont souvent moins portées à prodiguer à leurs nourrissons les soins attentifs et chaleureux dont ils ont besoin pour créer des liens d'attachement sains, développer les aptitudes nécessaires à la maîtrise des émotions, ainsi qu'acquérir des habiletés sociales et des mécanismes régulateurs de stress. Ces problèmes peuvent nuire au développement socioaffectif et cognitif dans les premiers stades de l'enfance, ce qui peut rendre l'enfant sujet à la dépression et à d'autres troubles plus tard.

2 CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Objectifs et Hypothèses

2.1.1 Objectif général

Etudier les états psychosociaux et affectifs de la santé mentale des femmes accouchées et le développement des nouveau-nés, lors de la détention illégale dans les hôpitaux.

2.1.2 Objectifs spécifiques

- Analyser les états psychosociaux et affectifs de la détention illégale dans les hôpitaux sur la santé mentale des femmes accouchées.
- Analyser les états psychosociaux et affectifs de la détention illégale dans les hôpitaux sur le développement des nouveau-nés.

2.1.3 Hypothèse générale

La détention illégale des femmes accouchées dans les hôpitaux du Bénin pour défaut de paiement a un impact sur la santé mentale de celles-ci et sur le développement de leurs enfants.

2.1.4 Hypothèses spécifiques

- **Hypothèse 1 :** La détention illégale des femmes accouchées dans les hôpitaux du Bénin pour défaut de paiement engendre des troubles psychosociaux et affectifs sur la santé mentale de celles-ci.
- **Hypothèse 2 :** La détention illégale des femmes accouchées dans les hôpitaux du Bénin pour défaut de paiement engendre des troubles psychosociaux et affectifs sur le développement des nourrissons.

2.2 Méthode

Le présent travail s'inscrit dans une approche mixte. La recherche par méthode mixte est une conception de recherche dans laquelle, nous avons pu collecter et analyser les données quantitatives et qualitatives au sein de notre étude. A cet effet, ce type de recherche nous a permis de mieux comprendre le sujet à partir du traitement des informations, de mieux analyser en identifiant les différents aspects de l'étude et de mieux évaluer en appliquant les différents critères d'évaluation. En conséquence, la recherche mixte nous a permis de mieux scruter le sujet dans sa quasi-totalité à travers une étude des états psychosociaux et affectifs de la santé mentale des femmes accouchées et du développement des nouveau-nés, lors de la détention illégale dans les hôpitaux.

2.2.1 Participants

2.2.1.1 Population cible

La population cible de cette recherche est essentiellement constituée des femmes accouchées en détention illégale dans les hôpitaux pour défaut de paiement des frais médicaux. Des nouveau-nés détenus dans l'hôpital et enfin le personnel administratif et soignant de l'hôpital.

2.2.1.2 Techniques d'échantillonnage et échantillon

L'étude a touché deux cibles. Il s'agit des femmes accouchées d'une part, et d'autre part, les nouveau-nés en détention dans les hôpitaux.

Pour l'échantillonnage, nous avions opté pour une méthode non-probabiliste. Ainsi, la technique de l'échantillonnage de commodité, nous a permis de mener notre recherche auprès des membres de l'échantillon qui répondent aux critères d'inclusion et qui sont commodément disponibles au moment du déroulement de l'enquête.

En conséquence pour les critères d'inclusion, la première cible est constituée des femmes qui ont accouchées dans un centre de santé et qui y sont gardées par faute de paiement des frais d'accouchement, des soins et/ou d'hospitalisation. Celles qui vérifient les critères d'éligibilités ci-dessus indiqués sont d'offices échantillonnées, si elles le désirent pour participer à l'enquête. Les critères de non-inclusion se réfèrent aux femmes ayant refusé l'entretien ou sorties de l'hôpital avant l'entretien.

Au total 51 femmes sont interrogées pour le volet de l'étude relative aux femmes en détresse.

Et, la seconde cible est constituée des 44 nouveau-nés vivants détenus dans les hôpitaux. Les critères d'inclusions englobent tous les nouveau-nés détenus avec leurs mères et présents au moment de l'enquête. Les critères de non-inclusion se réfèrent aux nouveau-nés abandonnés.

2.2.2 Matériel

Pour la collecte de données, trois principales techniques de collecte de données ont été utilisées il s'agit : du questionnaire, de l'entretien, de l'observation.

2.2.2.1 Le questionnaire

L'élaboration du questionnaire, a permis de disposer des informations à caractères aussi bien quantifiables que qualifiables.

Dans notre étude, un questionnaire fut administré aux femmes accouchées en détention dans les hôpitaux. L'ensemble des questions a contribué à l'obtention non seulement de réponses auprès des personnes mais aussi à une meilleure idée du vécu de la situation de détention par les deux parties impliquées (mères et nourrissons).

2.2.2.2 L'observation

L'observation est une technique d'investigation scientifique qui permet d'observer directement sur le terrain des faits dont le chercheur cherche à comprendre la profondeur.

Pour notre recherche, nous avons mené une observation participante. Ce qui nous a permis de faire partir du contexte social, en interagissant avec les personnes concernées par notre étude.

L'observation faite de façon directe, nous a permis d'avoir une meilleure vision des réalités du terrain. Nous nous sommes familiarisés avec les objectifs de notre recherche.

2.2.2.3 Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été utilisé à l'endroit de toutes les femmes accouchées détenues dans les hôpitaux du CNHU-HKM, CHUZ, CHUD, Hôpital de Zone d'Allada, Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi, Hôpital de Zone d'Adjohoun. Ce guide d'entretien (entretien semi directif) vise à faire ressortir les caractéristiques sociodémographiques de ces femmes ; la vie de ces femmes détenues dans les hôpitaux ainsi que l'opinion de ces femmes sur la problématique abordée. Il regroupe l'ensemble des thèmes permettant de recueillir les informations qualitatives concernant les conditions de détentions, le vécu de la détention et les impacts psychosociaux et affectifs sur la santé mentale et le bien-être.

2.2.3 Techniques de traitement et d'analyse de données

Pour le traitement des données, nous avons procédé comme suit :

- L'analyse de contenu pour les données de nature qualitative afin de ressortir les éléments importants pour la bonne compréhension des résultats. Nous avions

procédé à un codage ouvert c'est-à-dire que notre procédure a été inductive élaborée à partir du verbatim et de l'observation.

- Pour les données quantitatives, les informations collectées par les agents sont passées en revue pour la vérification d'abord de l'exhaustivité et ensuite de la qualité des renseignements recueillis. Apres l'étape de la validation des questionnaires, l'opération de la saisie des données a eu lieu. Deux logiciels ont été utilisés dans le cadre du traitement. Il s'agit du SPSS et de l'Excel pour les divers travaux de tabulation.

2.2.4 Cadre physique de l'étude

L'étude a eu lieu dans quatre départements du Bénin sur les douze que compte le pays. Il s'agit des départements du Littoral, de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Borgou. Au total, six communes sont concernées ; il s'agit de : Cotonou, Porto-Novo, Abomey-Calavi, Adjohoun, Allada et Parakou. La collecte des données statistiques a été effectuée dans les six grands centres sanitaires suivants : le CNHU, le CHUZ d'Abomey-Calavi, l'Hôpital de Zone d'Allada, le CHUD de Porto-Novo, l'Hôpital de Zone d'Adjohoun et CHUD de Parakou.

2.2.5 Difficultés éprouvées

A la vue de la complexité du phénomène de détention des femmes accouchées dans les hôpitaux, nous avons éprouvé un certain nombre de difficultés qui sont entre autres :

- ✓ La réticence de certains hôpitaux pour le déroulement de l'enquête ;
- ✓ Le temps répartit pour l'enquête par hôpital n'a pas permis d'observer tous les aspects psychologique et physiologique de la détention sur les femmes en détresse et sur les nouveau-nés ;
- ✓ La réticence du personnel de certains hôpitaux pour répondre à certaines questions pouvant nous permettre d'approfondir plus nos réflexions sur le sujet ;

- ✓ L'impact des pesanteurs socioculturelles a provoqué des attitudes de résistance chez certaines femmes lors de la phase de l'entretien.

3 CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSIONS

3.1 Résultats

3.1.1 Répartition des enquêtées par hôpital

Le graphique 1 ci-dessous, présente la répartition des femmes en détention par hôpital. Cet échantillon se concentre plus au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou et au Centre Hospitalier Départemental de Porto-Novo avec respectivement 31,4% et 27,5% de l'effectif total, suivi de l'Hôpital de Zone d'Allada qui en représente 17,6%. Le reste de l'échantillon se répartit entre l'Hôpital de Zone d'Adjohoun (9,8%), l'Hôpital de Zone d'Abomey-Calavi (7,8%) et le Centre Hospitalier et Universitaire de Parakou Départemental (5,9%).

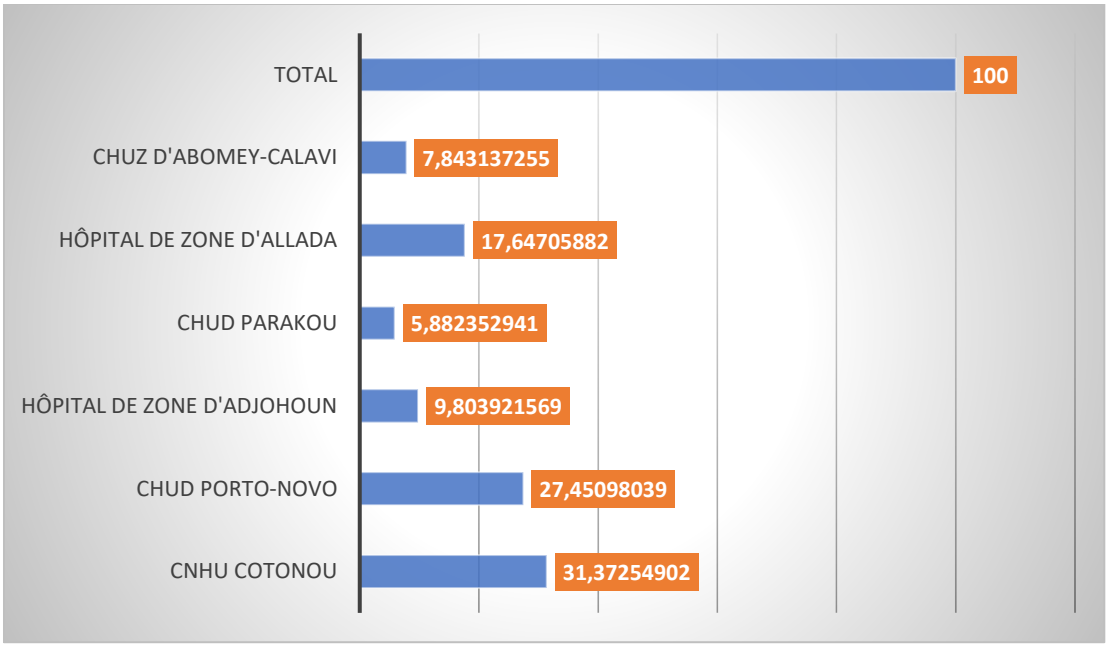

Figure 1 : Répartition des enquêtées par hôpital

Source : Données du terrain, Enquête mère en détresse, 2022

3.1.2 Age des enquêtées

Le tableau I ci-dessous permet de mieux cerner l'âge des enquêtées en situation de détention dans les hôpitaux. Les femmes accouchées détenues en difficultés de payement dans les centres sélectionnés, ont en moyenne 31 ans. La plus jeune parmi elles a 17 ans au moment où la plus âgée a bouclé 50 ans, l'âge limite de la ménopause chez la femme.

Tableau I : Age moyen des mères

Age de l'enquêtée	**Moyenne**	**Maximum**	**Minimum**
	31	50	17

Source : Données du terrain, 2022

3.1.3 Statut du couple

Le graphique 2 indique le statut matrimonial des femmes interviewées au cours de l'enquête. Les résultats révèlent que les monogames sont prépondérantes dans le groupe et représentent 45,1% de l'effectif total contre 33,3% de polygames. Les célibataires et celles qui sont en union libre ne font que 21,6% de l'ensemble. Il en résulte de cette analyse que les femmes polygames sont moins touchées par ce fléau social que les monogames.

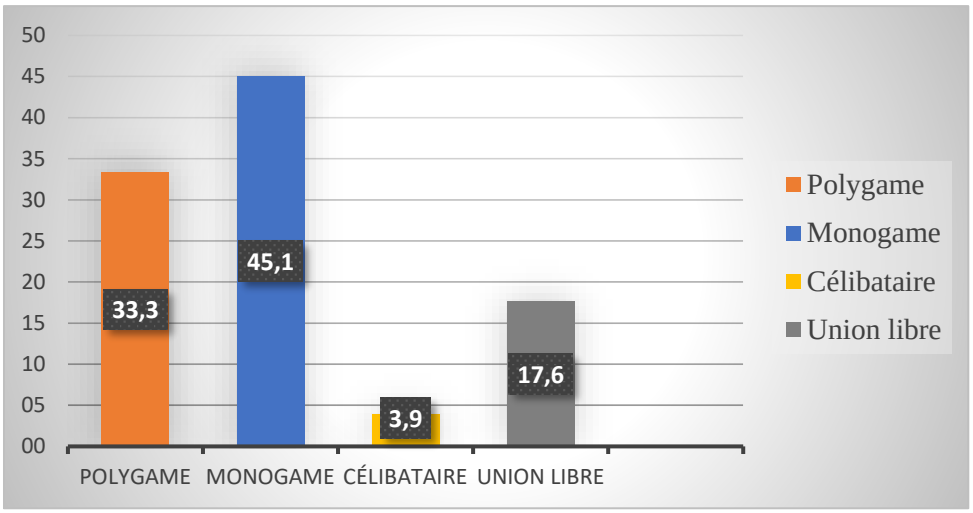

Figure 2 : Situation matrimoniale des enquêtées (%)

Source : Données du terrain, Enquête mère en détresse, 2022

3.1.4 Situation d'activité

Généralement, les personnes en âge de travailler exercent une activité rémunérée et régulière qui leur permettent de gagner leur vie.

Les résultats de l'étude ont montré au niveau du tableau II que la majorité des femmes en situation de précarité et qui sont retenues dans les hôpitaux après l'accouchement sont des inactives (45,1%). Il s'agit entre autres des élèves, des étudiantes et des ménagères. Environ la moitié, de l'effectif des femmes interrogées sur la situation de l'emploi, sont des personnes actives et travaillant dans le secteur du commerce (31,4%) ou de l'artisanat (21,6%). Les résultats expliquent en grande partie l'origine de leurs problèmes, c'est-à-dire l'inactivité d'environ une femme sur deux.

Tableau II : Profession des femmes en détresse

Professions	**Effectif**	**%**
Commerçante/Vendeuse	16	31,4
Artisans	11	21,6
Etudiante/Elève/Chômeur/Ménagère	23	45,1
Autres (à préciser)	1	2,0
Total	**51**	**100,0**

Source : Données du terrain, 2022

3.1.5 Occupations de maris des femmes retenues au centre de santé

Comparé au pourcentage de femmes chômeurs (45,1%), celui des maris en chômage (15,7%) représentent le 1/3 de celui observé chez leurs épouses. Environ 1 sur 3 des maris sont des artisans, 1 sur 4 des maris sont des agriculteurs et 1 sur 5 travaille dans le commerce et le transport. Les autres types de profession à savoir déclarant en douane, guérisseur traditionnel, professeur du secondaire et secrétaire de bureau n'occupe que le 1/10 des époux des femmes en détention.

Tableau III : Activité des maris

Professions des époux	**Effectif**	%
Commerçant/Vendeur	2	3,9
Artisan	16	31,4
Etudiant/Elève/Chômeur	8	15,7
Conducteur de véhicule/Zémidjan	8	15,7
Agriculteur	12	23,5
Autres	5	9,8
Total	**51**	**100**

Source : Données du terrain, 2022

3.1.6 Mode d'accouchement

Il existe deux grands types d'accouchement : par voie basse ou par césarienne. A ces deux méthodes s'ajoutent des techniques permettant d'atténuer les douleurs liées à l'accouchement.

Il ressort de l'analyse des résultats du tableau IV, que plus de la moitié des femmes retrouvées en situation pénibles dans les hôpitaux ont accouché par la voie basse (54,9%) contre 45,1% par la césarienne. Les difficultés financières qui ont conduit au séjour forcé dans les hôpitaux ne sont pas nécessairement liées au mode d'accouchement, car les frais relatifs à la césarienne coûteraient plus chers que l'accouchement naturel, pourtant il y a plus de femmes qui sont passées par l'accouchement naturel qui sont présentes dans les lieux.

Tableau IV : Mode d'accouchement

Mode d'accouchement	**Effectif**	**%**
Césarienne	23	45,1
Voie basse	28	54,9

Source : Données du terrain, 2022

3.1.7 Typologie des mères en difficultés à l'hôpital

Le Graphique 3 propose la catégorisation des mères rencontrées, selon le nombre de bébé en possession dans l'enceinte de l'hôpital. Il s'agit des mères porteuses d'un enfant, qui à elles seules couvrent les 3/4 de l'effectif total tandis que, les mères de jumeaux (9,8%) et celles qui ont perdu leurs enfants à la naissance (13,7%) sont estimées au 1/4 restant de l'effectif total.

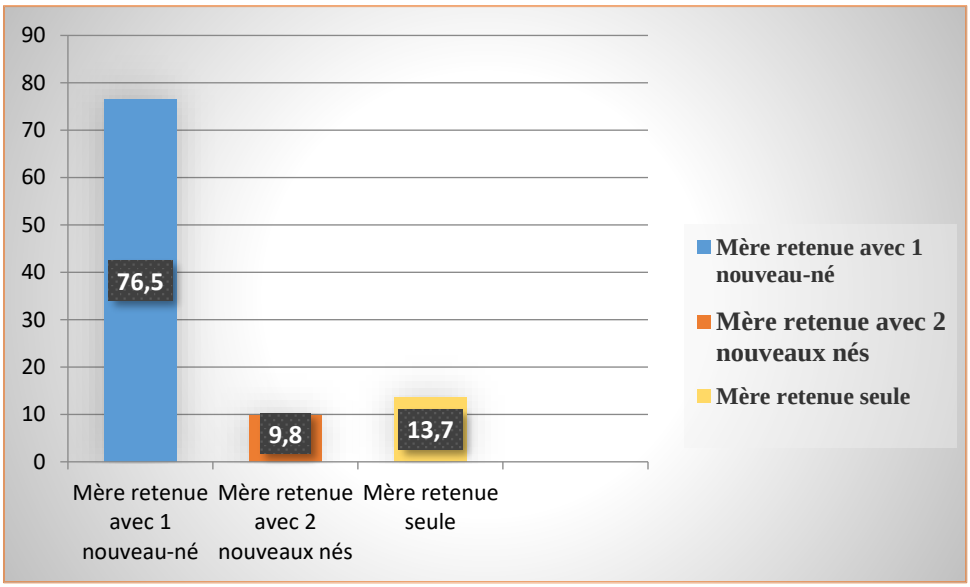

Figure 3 : Typologie de mères rencontrées

Source : Données du terrain, 2022

> *« Ça fait trois mois que j'ai accouché par césarienne un mort-né. Ils me retiennent toujours pour que je paie les 256000 FCFA de frais d'hospitalisation. Je ne sais pas comment faire, je ne possède aucune parcelle pour la vendre ».*

Verbatim 1 : Propos d'enquête de O.M., femme de 30 ans retenue seule, hôpital de zone d'Allada, 2022

Les initiaux O.M. sont des emprunts n'ayant rien à avoir avec l'identité réelle de ladite femme.

De cet extrait, on constate que la détention dans les hôpitaux, ne fait aucune distinction entre les femmes et les complications subies autour de l'accouchement. Il n'y a donc pas de standards à suivre pour les hôpitaux en la matière, l'essentiel pour eux étant donc le paiement des frais médicaux.

3.1.8 Répartition des types de mères détenues par hôpital

Le tableau V montre la répartition des types de mères rencontrées dans chaque hôpital ciblé, selon le nombre de bébé en possession dans l'enceinte de l'hôpital. Il s'agit des mères porteuses d'un enfant, les mères de jumeaux et celles qui ont perdu leurs enfants à la naissance.

Tableau V : Répartition des types de mères détenues par hôpital

Hôpital	Typologie des mères détenues par hôpital							
	Mère avec 1 nouveau-né		Mère avec des jumeaux		Mère retenue seule		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CNHU Cotonou	13	33,3	1	20,0	2	28,6	16	31,4
CHUD Porto-Novo	5	12,8	4	80,0	5	71,4	14	27,5
Hôpital de Zone d'Adjohoun	5	12,8	0	0,0	0	0,0	5	9,8
CHUD Parakou	3	7,7	0	0,0	0	0,0	3	5,9
Hôpital de Zone d'Allada	9	23,1	0	0,0	0	0,0	9	17,6
CHUZ d'Abomey	4	10,3	0	0,0	0	0,0	4	7,8
Total	**39**	**100**	**5**	**100**	**7**	**100**	**51**	**100**

Source : Données du terrain, 2022

3.1.9 Fréquence des détentions

Les données du tableau VI montre que, presque l'ensemble des enquêtées, c'est-à-dire 50/51 se trouvent à leur première détention au centre de santé à l'exception d'une seule qui est à sa deuxième expérience.

Tableau VI *:* Effectif de femmes gardées au centre de santé pour la 1ère fois

Première détention à l'hôpital ?		
	Effectifs	**%**
Oui	50	98,0
Non	1	2,0
Total	**51**	**100,0**

Source : Données du terrain, 2022

3.1.10 Gestion des besoins vitaux

Il est essentiel pour l'être humain de satisfaire ses besoins vitaux pour assurer la survie. L'assurance des besoins au cours du séjour postnatal à l'hôpital, est en général à la charge des femmes. Les repas sont à 100% assurés par elles-mêmes ou leurs proches, de même que les soins de santé pour celles qui ont eu de problèmes de santé dans la période. Quant aux toilettes, une femme sur deux a dû payer pour satisfaire à ce besoin.

Tableau VII *:* Mode d'accès aux besoins vitaux

Besoins vitaux	Modalités	%
Toilettes	Toilettes payantes	49,0
	Toilettes gratuites	51,0
Repas	Repas payants	100,0
	Repas gratuits	0,0
Soins de santé	Soins de santé payants	96,1
	Pas de problème de santé	3,9

Source : Données du terrain, 2022

Pour les questions liées à la satisfaction des besoins vitaux, voici quelques témoignages :

« Je n'ai plus de père et ma mère vend des oranges pour m'aider. C'est ma mère qui m'amène de quoi manger quelque fois. C'est très difficile. Les conditions de vie à l'hôpital sont très difficiles. Avec les autres femmes, on est obligées d'aller payer de l'eau chaude pour laver les enfants ».

Verbatim 2 : Propos d'enquête de T.P., femme accouchée de 25 ans, détenue à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, 2022

« Je suis orpheline de père et de mère. Le père de mon enfant m'a abandonné quand je suis tombée enceinte. Je m'appuie sur mes propres fonds pour me nourrir. Il arrive des jours où je suis obligée de rester affamé. C'est pénible ».

Verbatim 3 : Propos d'enquête de V.J., femme accouchée de 29 ans, détenue au CHUD de Porto-Novo, 2022

> *« Je ne m'étais pas complètement remise de mon accouchement par césarienne, quand j'ai dû quitter mon lit au profit d'autres malades ayant les moyens financiers. J'avais de la fièvre, mais vu que je n'avais pas les moyens financiers, je ne pouvais pas recevoir encore d'autres soins de santé ».*

Verbatim 4 : Propos d'enquête de S.I., femme accouchée de 32 ans, détenue au CHUD de Parakou, 2022

Les initiaux T.P. ; V.J. et S.I. sont des emprunts n'ayant rien à avoir avec l'identité réelle desdites femmes.

De ces extraits, il ressort que le quotidien des femmes accouchées dans les hôpitaux, est entravé par des difficultés, essentiellement relatives à la satisfaction des besoins vitaux. La satisfaction de ces besoins dépend donc en majeure partie des femmes, de leurs ressources financières et des aides apportées par leurs entourages.

3.1.11 Durée moyenne de détention et opinion des femmes sur leur détention

Le tableau VIII traduit l'évolution de la durée passée par les femmes incapables de solder leurs dus après accouchement. Les femmes qui n'ont pas soldé les frais liés à la naissance de leur nouveau-né, séjournent en moyenne 20 jours dans les centres de santé.

Tableau VIII : Durée moyenne de détention au centre de santé

Durées de la détention (en jour)	
Effectif	51
Moyenne	19,7
Minimum	1
Maximum	99

Source : Données du terrain, 2022

Le graphique 4 révèle que ce séjour constitue un calvaire et est mal vécu par les femmes qui ont déclaré majoritairement que cette situation est une source de stress ou de souci (82,4%) pour elles, suivi du sentiment d'humiliation ou de honte (47,1%), de maladie ou de dépression (25,5%) et enfin l'incapacité financière à faire face aux dépenses (21,6%).

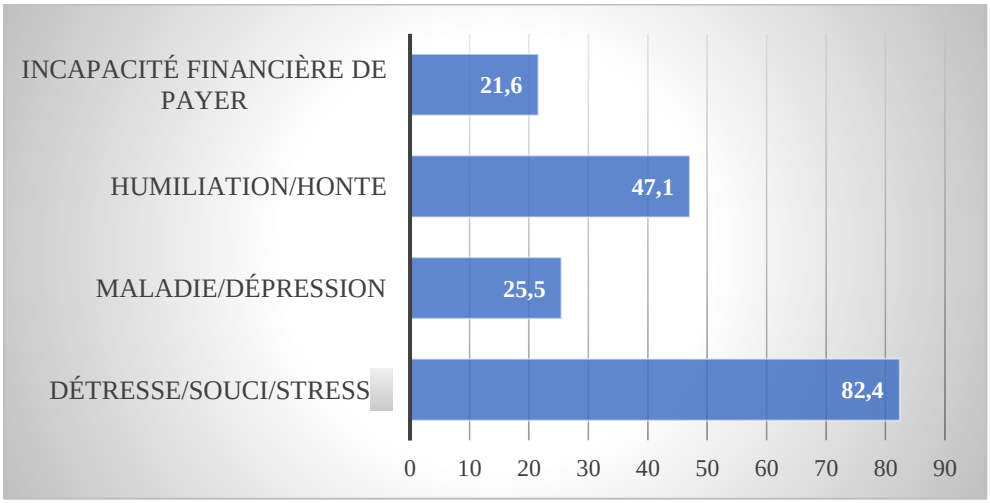

Figure 4 : Opinions des femmes sur leurs situations (%)

Source : Données du terrain, 2022

Pour corroborer les résultats obtenus, voici un extrait de discussion issue de l'entretien avec la plus jeune des femmes accouchées détenues.

Les initiaux S.E. sont des emprunts n'ayant rien à avoir avec l'identité réelle de ladite femme.

> *« […], j'ai été violée et c'est comme ça je suis tombée enceinte ; ça me fait mal que je n'ai pas pu trouver l'argent pour payer les frais des soins médicaux, comme mes parents aussi n'ont pas les moyens financiers pour m'aider. Mon père n'est plus en vie, c'est ma mère seule qui m'accompagne et m'aide. J'ai mal. La rentrée scolaire a débuté et j'aimerais recevoir une aide pour payer les frais médicaux et continuer mes études scolaires. Je dois passer en quatrième mais maintenant j'ai dû arrêter les classes ».*

Verbatim 5 : Propos d'enquête de S.E., élève de 17 ans, jeune fille accouchée en détention au CNHU-HKM, 2022

De cet extrait, on comprend que parmi les femmes accouchées détenues, nous avons une jeune fille victime de viol, qui fait face non seulement aux séquelles engendrées par le viol mais aussi au poids de la détention qui entrave son droit d'éducation scolaire. Ce qui justifie la détresse psychique de celle-ci.

3.1.12 Caractéristiques des nouveau-nés en détention dans les hôpitaux

L'entretien avec les mères détenues ainsi que l'observation sur le terrain, ont permis d'analyser les différentes caractéristiques que présentent les 44 nouveau-nés en vie dans l'intervalle de temps de détention allant de 19,9 – 99 jours. De cette analyse il ressort une forte irritabilité (34,09%), suivi de pleurs excessifs (38,63%), de troubles de sommeil (18,18%) et enfin de troubles de l'alimentation (9,09%) chez les nouveau-nés.

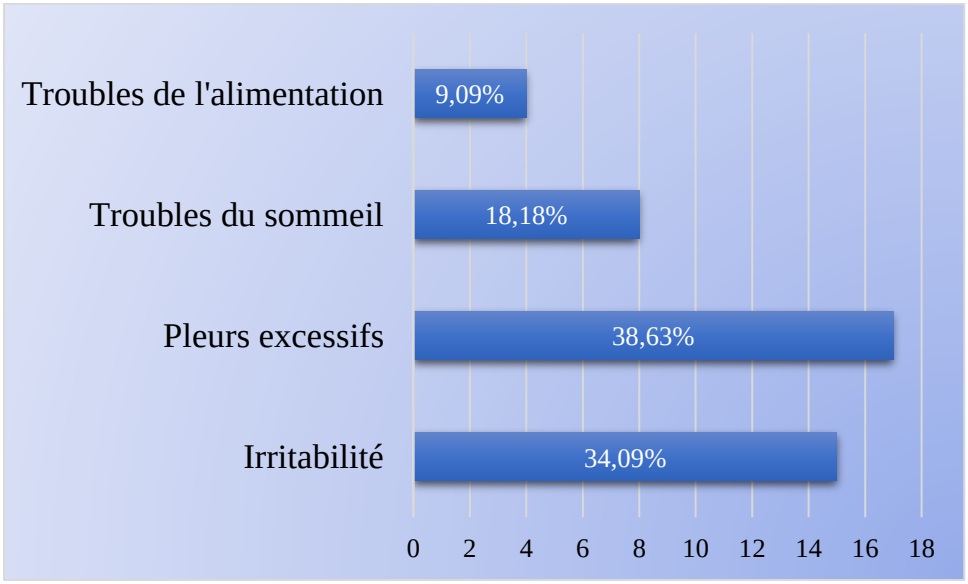

Figure 5 : Caractéristiques des nouveau-nés en détention (%)

Source : Données du terrain, 2022

3.2 Discussion

L'analyse des différents résultats issus des questionnaires, du guide d'entretien et de l'observation, nous expose une typologie variée des femmes accouchées et des enfants

en situation de détention dans les centres de santé du CHUD de Porto-Novo, du CNHU-HKM de Cotonou, du CHUD de Parakou, du CHUZ d'Abomey-Calavi, de l'Hôpital de Zone d'Adjohoun et de l'Hôpital de Zone d'Allada. Ainsi, par rapport à chaque caractéristique propre à une femme accouchée et à chaque nouveau-né en détention, différentes appréciations ou interprétations sont établies.

En effet, il ressort des résultats que les monogames sont prépondérantes dans le groupe de femmes accouchées en situation de détention (soit 45,1%). La monogamie signifie étymologiquement un seul époux et une seule épouse : de mono (un seul) et de gamos (mariage). De ce fait, dans le couple monogame que nous nommerons aussi « couple fusionnel », l'égalité entre la femme et l'homme apparaît comme une idée abstraite qui n'a jamais trouvé dans le couple sa réalité. L'idéal romantique a pour fonction d'assurer le maintien du système d'asservissement des femmes. Il signifie la dépendance de la femme envers son homme attendu comme sauveur qui lui donnera son identité et sa place dans la société. Pour des raisons de soumission, la majeure partie du travail des femmes se résoud au rôle de ménagère dans le foyer. Les femmes sont élevées dans l'idée du sacrifice : se soumettre devient pour elles une preuve d'amour (Chaumier, 2004). Ainsi, pendant la période de la grossesse jusqu'à l'accouchement, le taux de dépendance économique chez les femmes monogames, s'élève considérablement. Ce qui se justifie d'ailleurs par le fait que le pourcentage des femmes en chômage est beaucoup plus élevé que celui des maris en chômage. Par contre, le taux moyen des femmes polygames (33,3%), révèle que la polygamie est un mode d'organisation social, familial, affectif et économique, qui a sa propre logique protectrice envers ses membres, en particulier envers ses enfants comme le souligne Moro (2007). De plus, la polygamie permet d'avoir une main d'œuvre suffisamment grandes pour les travaux champêtres. Par conséquence, chaque enfant est une richesse certaine dans ses foyers. Il est important de souligner aussi les activités des femmes dans la sphère économique globale, qu'il s'agisse du commerce, de l'artisanat, les activités agricoles représentant un des fondements majeurs de la polygamie. En définitif, les ménages polygamiques

posséderaient plus de ressources économiques et plus de grands moyens de production pour leur subsistance que les homologues monogames (Lardoux & Van de Walle, 2003). En outre, les résultats ont démontré aussi que, la majorité des femmes en situation de précarité et qui sont retenues dans les hôpitaux après l'accouchement sont des inactives : élèves, étudiantes. N'ayant aucune réelle source de revenus, et étant principalement dépendant des parents, les élèves et les étudiantes accouchées sont plus vulnérables à la détention.

L'analyse des résultats ressort aussi que 86,3% des femmes accouchées sont détenues avec leurs bébés et 13,7% des femmes accouchées sont détenues seules suite à un décès périnatal. Partant de ce fait, il est important de notifier que la détresse psychologique est très élevée chez la majeure partie de ces femmes accouchées détenues (82,4%) de même que les sentiments de honte et d'humiliation (47,1%). En effet, la mort d'un bébé peut provoquer de la culpabilité, de la dévalorisation chez les femmes, provenant du sentiment de n'avoir pas pu sauver la vie de leurs bébés. Rousseau (1988) montre que le deuil périnatal est complexe et différent de tous les autres deuils à cause des multiples implications pour les parents ; entres autres parce qu'il survient à la suite d'évènement heureux et que l'attachement s'est fait pendant la grossesse, qu'il y a peu de souvenirs rattachés à l'enfant. Ils ont le sentiment d'être les seuls gardiens de la mémoire de l'enfant. Ils luttent contre la peur de l'oubli, d'autant plus qu'ils accueillent souvent banalisation et silence autour de l'enfant défunt : leur souffrance reste alors la seule garantie de la réalité de l'existence de l'enfant. Il est sans doute donc nécessaire d'établir dans les premiers jours après le décès, une prise en charge psychologique qui permettra à ses mères d'exprimées leurs souffrances. Selon une récente étude de Hugues & Coll (2002), l'application de protocole dans le deuil périnatal à type d'accompagnement et de soutien psychologique est bénéfique pour la santé mentale et psychologique de la mère et pour la prochaine naissance. Une femme en situation de deuil n'ayant aucune prise en charge psychologique, aucun accompagnement et privée de sa liberté d'action pourrait donc développer une détresse psychologique et qui a long terme peut entraîner

la dépression et l'anxiété. Les femmes en détention peuvent être susceptibles de subir un traumatisme lié à la privation de liberté à cause de leur risque élevé d'exposition au stress traumatique. De plus l'insensibilité du personnel soignant et la perte d'intimité peuvent renforcer les sentiments négatifs créés par une victimisation antérieure. À la vue de ces résultats, nous pouvons conclure que notre première hypothèse est vérifiée.

Pendant un épisode dépressif, la personne touchée éprouve des difficultés importantes dans son fonctionnement personnel, familial, social, éducatif et/ou dans d'autres domaines importants. A cet effet, l'une des originalités fondamentales de la psychopathologie du nourrisson est son interdépendance du fonctionnement psychique de sa relation à la mère. L'engagement affectif des mères déprimées est plus restreint. Ainsi, les mères déprimées se rendent indisponible lors de l'engagement affectif dans la mesure où elles sont hyperinvesties par l'affect dépressif qui envahit leur champ relationnel. D'après les résultats de notre analyse, la majorité des nouveau-nés présente un fort taux d'irritabilité et de pleurs excessifs (72,72%) suivi des troubles de sommeil et d'alimentation (27,27%). Ces caractéristiques font partir des symptômes de la dépression de la première enfance. En effet, en 1994, apparaît la seule classification existante en psychiatrie du nourrisson : Le Diagnostic Classification 0-3ans (Greenspan, 1994). Cette classification tente de repérer à travers une approche multiaxiale la psychopathologie du nourrisson et du très jeune enfant. Elle distingue plusieurs catégories de troubles dont les troubles de l'affect. Au sein de ceux-ci se situent les troubles de l'humeur, répartis en deuil prolongé et réaction de perte suivi de la dépression de la première et de la petite enfance. Par conséquent, au cours de la détention le nouveau-né ressent les émotions négatives projetées par sa mère et à long terme (à partir de deux semaines), développe une dépression précoce appelée « dépression de la première enfance ». Les écrits de Spitz sur l'hospitalisme, et les théorisations plus récentes de l'attachement dans la suite de Bowlby et Rutter démontrent à ce sujet que le nourrisson est capable de manifester par des signes clairs, un langage corporel et émotionnel, la souffrance de la négligence et de la carence affective. De la considération

des résultats de nos recherches, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse est partiellement vérifiée.

3.3 Limites

Les états psychosociaux et affectifs de la santé mentale des femmes accouchées et du développement des nouveau-nés, lors de la détention illégale dans les hôpitaux sont vastes et multiples. Notre étude n'a pas pu aborder tous les aspects de ces différents états. Il faut noter que les ambitions sont plus grandes que celles décrites plus haut, mais qu'en raison du temps d'enquête limité dont on a disposé, les travaux de l'étude ont pris seulement en compte cet échantillon restreint dans six hôpitaux et par conséquence, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés. À la vue de la réticence du personnel des hôpitaux ciblés, certaines questions n'ont pas pu être explorer pour permettre d'étendre nos réflexions sur le sujet. Il s'agit entre autres de l'effectif des nouveau-nés abandonnés et l'effectif des femmes ayant abandonnées leurs bébés au cours des douze (12) derniers mois.

Aussi, une étude longitudinale portant sur différentes périodes du développement nécessaire à la compréhension des conséquences à court et à long terme de la dépression maternelle pour le développement des enfants n'a pas pu être effectuée.

3.4 Recommandations

Au terme de cette recherche, les exhortations suivantes sont proposées et s'adressent :

Aux Ministère de la Santé :

- ✓ Recensement des personnes indigènes c'est-à-dire défavorisées dans toutes les localités ;
- ✓ Intensifier la sensibilisation des usagers pour une meilleure prise de conscience ;
- ✓ Renforcement des caisses des assistants sociaux par la mise en place de fonds financiers suffisants ;

- ✓ Revoir l'estimation des coûts dans un cadre consensuel afin d'éviter les frais supplémentaires supportés par les femmes ;

Aux Médecins, sage-femmes et au personnel administratif des hôpitaux :

- ✓ Accompagner les patientes à prévenir le coût des frais d'accouchement dès les premières séances prénatales. A travers le partage d'un dépliant énumératif des frais d'accouchement (dans plusieurs langues locales) en lien avec chaque type d'accouchement et avec les différentes complications pouvant se produire.

Aux femmes enceintes :

- ✓ Etablir une meilleure planification des grossesses ;
- ✓ Ouvrir un compte épargne pour mettre de côté l'argent nécessaire aux frais d'accouchement ;
- ✓ Avoir une activité génératrice de revenus.

CONCLUSION

Imaginons-nous ce que serait le monde si « naître » devenait un crime, si être pauvre ou démunis était synonyme de « ne pas avoir d'enfant ». L'hôpital est un cadre de soin définit par l'OMS comme « l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs […] ». Ainsi il ne devrait pas faire office de lieu de détention. Malheureusement au Bénin, où le système de santé est basé sur le mécanisme du recouvrement des frais, on note la détention des patients les plus pauvres comme le cas des femmes accouchées avec leurs bébés. « Les femmes donnent naissance à des bébés qui entrent dans le monde en tant que prisonniers » affirme Robert Yates. Le suivi médical des femmes dans la période post-accouchement est fondamental pour leur survie, leur épanouissement et leur équilibre mental ainsi que pour le bien-être du nouveau-né, de la famille et de la société dans laquelle elles vivent. Mais à cause de la précarité des moyens financiers, certaines ne bénéficieront pas d'une prise en charge et du soutien familial, affectif dont elles ont besoin suite à l'expérience unique et douloureuse voire traumatique qu'est l'accouchement car leur liberté d'action se retrouve entraver par la détention dans les hôpitaux. Cette privation de liberté, engendre des effets négatifs et nuisibles sur la santé mentale de ces femmes comme la détresse psychologique et à long terme la dépression. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) démontre d'ailleurs que la dépression touche davantage les femmes que les hommes. Cette dépression lorsqu'elle est récurrente et d'intensité modérée ou sévère peut devenir une maladie grave entraînant une grande souffrance et altérant la vie et les relations de la personne touchée. Par conséquent, les nouveau-nés de mères dépressives sont deux à trois fois plus à risque de connaître des troubles de l'humeur, et à long terme de développer une dépression de la première enfance dû au fait de la négligence et de la carence affective. La détention de ces mères et nourrissons dans les hôpitaux constitue donc un canal qui faciliterait la dégradation de la santé mentale et le développement de ceux-ci à travers ces nombreux facteurs nuisibles. Il est bien de noter que la détresse

psychologique engendrée par la détention fait partir des trois dimensions essentielles de la santé mentale, induite par les situations éprouvantes et des difficultés existentielles.

En définitive, il est judicieux de se demander si le problème de la détention des femmes accouchées et des nouveau-nés dans les hôpitaux pourrait constituer un frein pour le développement de notre société ?

BIBLIOGRAPHIE

- Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D., & Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment : A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(2), 194-207. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.194

- Chatham house. (2017). Hospital Detentions for non-payment of fees : a denial of rights and dignity. Consulté le 22 Novembre 2022, sur https://www.chathamhouse.org/org/2017/12/hospital-detentions-non-payment-fees
- Code pénal en République du Bénin. (2018).
- Décision DCC 21-058. (2021).
- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. (1948). Résolution 217 A. Paris.
- Doron, R., & Parot, F. (2011). *Dictionnaire de psychologie* : édition Quadrige.
- Duran, K. (2014). *Le développement psychologique du bébé (0-2ans)* : éditions Dunod.
- Edouardin M'putu. (2010). Prisonnières à l'hôpital pour accouchements impayés. *la presse*. Consulté le 23 Novembre 2022, sur https://www.lapresse.ca/international/afrique/201003/08/01-4258379-prisonnieres-a-lhopital-pour-accouchements-impayes.php
- Eléonore Abou.(2017). Hôpitaux : des patients retenus prisonniers jusqu'au paiement. *Franceinfo*. Consulté le 23 Novembre 2022, sur https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/hopitaux-des-patients-retenus-prisonniers-jusqu-au-paiement-de-la-facture_3059595.htm
- Fabien Fenouillet. (2010). La théorie de la réactance. *La motivation.* Consulté le 15 Novembre 2022, sur https://www.lesmotivations.net/spip.php?article98

- Famose, J.-P. (1993). *Cognition et Performance* : insep-éditions. Paris. doi:10.4000/books.insep.1399
- Ferreri, M., Ferreri, F., & Nuss, P. (2003). *La dépression au féminin* : éditions John Libbey Eurotext. Consulté le 16 Novembre 2022, sur https://books.google.bj/books?id=hNs2_U3YsUC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false
- Genon, J.-C., Massart, M., & Pennewaert, D. (1997). *Le trauma : conséquences et traitements* : éditions Bernet-Danilo.
- Goodman, S., & Rouse, M. (2010). Incidence de la dépression périnatale sur le développement des enfants : une perspective développementale. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Consulté le 22 Novembre 2022, sur https://www.enfant-encyclopedie.com/depression-maternelle/selon-experts/incidence-de-la-depression-périnatale-sur-le-développement-des
- *Grand Larousse* . (2016). Paris : éditions Claude nimmo.
- *Grand Larousse.* (2019). Paris.
- Harrington. (1967). *L'Autre Amérique. La pauvreté aux Etats-Unis.* Paris : éditions Gallimard.
- Héloise De Visscher. (2016). Pression sociale. *mon cairn.info*, p.505. Consulté le 22 Novembre 2022, sur https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2016-4-page-505.htm
- Human Rights Watch. (2006). Une santé chèrement payée : la détention des patients sans ressources dans les hôpitaux burundais. *Rapports de human rights watch*, Volume 18. Consulté le 19 Novembre 2022, sur https://www.hrw.org/legacy/french/reports/2006/burundi0906/6.htm#_Toc144261272

- La leche league. (2007). Allaitement et dépression maternelle, n°70. Consulté le 17 Novembre 2022, sur https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1280-da-70-allaitement-et-depression-maternelle
- Lobbe, A. (2015). *Vaincre l'anxiété et les crises d'angoisse* : éditions Leduc.s.
- Mélissa Alexandre, & Justine Gaugue. (2016). Le deuil périnatal : la question de la reconnaissance sociale et juridique des bébés mort-né. *Mon cairn.info*, p.5. Consulté le 22 Novembre 2022, sur https://www.cairn.info/revue-devenir-2016-1-page-5.htm
- Molénat, F. (2001). *Naissances : pour une éthique de la prévention.* Paris : éditions Erès.
- Nodier. (1831). *Fée miettes* : éditions gallimard.
- Opendataforafrica.(2014). Santé de la reproduction : lieu de l'accouchement. *Mics enquête par grappe à indicateurs multiples*. Consulté le 28 Novembre 2022 sur https://benin.opendataforafrica.org/dxkbjef/mics-sant%C3%A9-de-la-reproduction-lieu-de-l-accouchement?zones=1000090-mono
- Papiasvili, E. D., & Mayers, L. A. (2016). Il y a quelqu'un ? Dépression du post-partum et attachement. *Mon cairn.info*. Consulté le 23 Novembre 2022, sur https://www.cairn.info/revue-topique-2016-2-page-39.htm
- Robichaud, J.-B., Guay, L., Colin, C., Pothier, M., & Saucier, J.-F. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité* : éditions Morin.
- Tracy, D. D. (1807). *Commentaire sur l'esprit des lois.*
- Unicef. Développement de la petite enfance : pour chaque enfant, les premiers moments comptent. *Unicef pour chaque enfant*. Consulté le 20 Novembre 2022, sur https://www.unicef.org/fr/developpement-de-la-petite-enfance

ANNEXES

3.5 Questionnaire femmes

Ce questionnaire est destiné à connaître d'une part, la situation personnelle et professionnelle des femmes accouchées détenues et d'autre part les conditions de la détention, les ressentis de ces femmes et leurs suggestions pour pallier à cette situation.

[NOM] : _____

[PRÉNOM] : _____

[AGE] : _____

[ETHNIE] : _____

[SITUATION MATRIMONIALE] : _____

- Polygame ☐
- Monogame ☐
- Célibataire ☐
- Union libre ☐
- Veuve

[PROFESSION] : _____

[LIEU D'HABITATION] : _____

[PROFESSION DU MARI] : _____

[NOMBRE DE GESTES] : _____

[NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS] : _____

[MODE D'ACCOUCHEMENT] :

- Césarienne ☐
- Voie basse ☐

[ETES-VOUS EN DÉTENTION ?] : OUI ☐ NON ☐

[DATE DE DÉBUT DE LA DÉTENTION] : _____

[DURÉE DE LA DÉTENTION] (en jour) : _____

[EST-CE VOTRE PREMIERE DÉTENTION ?] : OUI ☐ NON ☐

[SI NON COMBIEN DE FOIS ?] : _____

[AVEC COMBIEN D'ENFANTS VIVEZ VOUS EN DÉTENTION ?] : _____

[COMMENT VIVEZ VOUS CETTE SITUATION ?] : _____

_____

[AU COURS DE VOTRE DÉTENTION, ASSUREZ-VOUS DE VOS BESOINS FONDAMENTAUX ?] : OUI ☐ NON ☐

[COMMENT ASSUREZ-VOUS VOS BESOINS FONDAMENTAUX ?] :

1. **Toilettes :** _____
2. **Repas :** _____
3. **Soins de santé (en cas de détention) :** _____

[AU COURS DE VOTRE DÉTENTION, ASSUREZ-VOUS DES TRAVAUX EN COMPENSATION ?] : OUI ☐ NON ☐

[SOUHAITERIEZ-VOUS SORTIR DE CETTE DÉTENTION ET QUELLES SONT VOS PROPOSITIONS ?] :

_____

_____

3.6 Guide d'entretien

Il est composé de trois grands axes et se présente comme suit :

1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées
    - Ages des enquêtées
    - Statut du couple
    - Mode d'accouchement
    - Situation d'activité
    - Occupations des maris des femmes détenues au centre de santé
2. Vie des femmes détenues dans les hôpitaux
    - Typologie des mères en difficultés dans les hôpitaux
    - Fréquence des détentions
    - Durée moyenne de détention et l'opinion des femmes sur leurs détentions
    - Gestion des besoins
3. Opinion des femmes sur leur situation
    - Caractéristiques des nouveau-nés

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES TABLEAUX 5

LISTE DES FIGURES 5

LISTE DES VERBATIMS 5

SIGLES ET ACRONYMES 6

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

1 CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 10

1.1 Clarification conceptuelle 10

1.1.1 La détention illégale 10

1.1.2 La femme accouchée 11

1.1.3 Le défaut de paiement 11

1.1.4 L'état psychosocial 11

1.1.5 Les états affectifs 12

1.2 Revue de la littérature 12

1.3 Problématique 18

1.4 Cadre théorique 21

1.4.1 La théorie de la réactance 21

1.4.2 La théorie du développement 23

1.4.3 La théorie de l'attachement 24

2 CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 26
2.1 Objectifs et Hypothèses 26
2.1.1 Objectif général 26
2.1.2 Objectifs spécifiques 26
2.1.3 Hypothèse générale 26
2.1.4 Hypothèses spécifiques 26
2.2 Méthode 27
2.2.1 Participants 27
2.2.1.1 Population cible 27
2.2.1.2 Techniques d'échantillonnage et échantillon 27
2.2.2 Matériel 28
2.2.2.1 Le questionnaire 28
2.2.2.2 L'observation 29
2.2.2.3 Guide d'entretien 29
2.2.3 Techniques de traitement et d'analyse de données 29
2.2.4 Cadre physique de l'étude 30
2.2.5 Difficultés éprouvées 30
3 CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSIONS 32
3.1 Résultats 32
3.1.1 Répartition des enquêtées par hôpital 32
3.1.2 Age des enquêtées 33
3.1.3 Statut du couple 33
3.1.4 Situation d'activité 34

3.1.5 Occupations de maris des femmes retenues au centre de santé 35
3.1.6 Mode d'accouchement 36
3.1.7 Typologie des mères en difficultés à l'hôpital 36
3.1.8 Répartition des types de mères détenues par hôpital 38
3.1.9 Fréquence des détentions 39
3.1.10 Gestion des besoins vitaux 39
3.1.11 Durée moyenne de détention et opinion des femmes sur leur détention 41
3.1.12 Caractéristiques des nouveau-nés en détention dans les hôpitaux 43
3.2 Discussion 43
3.3 Limites 47
3.4 Recommandations 47
CONCLUSION 49
BIBLIOGRAPHIE 51
ANNEXES 54
3.5 Questionnaire femmes 55
3.6 Guide d'entretien 57
TABLE DES MATIERES 58