Université d'Abomey-Calavi (UAC)

****

Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS)

****

Département de Psychologie (DP)

****

Master Professionnel en Psychologie

Option :

Psychopathologie et Psychologie Clinique

Mémoire de Master II

Sujet :

DETRESSE PSYCHOLOGIQUE EN MILIEU URBAIN : facteurs associés et modes d'expression chez les habitants de Cotonou et banlieue

Rédigé par :

SATONDJI Kouakou Raoul

Sous la Direction de :

Prof. Anselme DJIDONOU

(Prof, Psychiatrie d'adultes)

Co-direction

Dr. (MA) Ornheilia ZOUNON

(Maître Assistant des Universités du CAMES)

Membres du Jury :

Président : Pr Abou Bakari IMOROU (PT)

Rapporteur 1 : Pr Anselme DJIDONOU (PT)

Rapporteur 2 : Dr. Ornheilia ZOUNON (MA)

Examinateur : Dr. Ferdinand BOTON

Date de soutenance : 08/12/2022

Mention : Très Bien **Note :** 16/20

EN MEMOIRE

de ma grand-mère **HOUNDEGNI OMOLOGO Kobilé**

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit :

- de l'ensemble du corps enseignant du Département de Psychologie pour leurs sens élevés de partage des savoirs scientifiques ;
- du Professeur *Anselme DJIDONOU*, notre Directeur de mémoire et du Docteur *Ornheilia ZOUNON* notre Co-directrice de mémoire pour avoir accepté de conduire ce travail, ainsi que pour leurs disponibilités et contributions dans l'aboutissement de ce travail ;
- des membres du jury pour avoir accepté de juger ce travail afin d'accorder leur caution scientifique;
- de mon maître de stage, M. *Hugues TCHAOU* pour sa disponibilité
- du Docteur *Michel MEHINTO* pour nous avoir vivement incité à nous inscrire à ce Master, pour sa contribution de qualité dans ce travail et surtout pour la grande amitié qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner ;
- à mon épouse *Emilienne DADEOU* et à mes enfants *Calixte, Divine-Grâce, Dayane-Shalom, Ehoud-Ariel et Marie-Immaculée* pour l'affection et le soutien constant qu'ils me témoignent tous les jours dans notre histoire de vie que nous écrivons ensemble ;
- de mon oncle *Yédéhou Christophe SATONDJI* pour son affection, ses conseils et son soutien précieux dans la poursuite de ma formation universitaire ;
- de mon père *Yao SATONDJI* et ma mère *Martine AKOUA* pour leur soutien indéfectible ;
- de mes amis *Bérenger KINGBO*, *Epiphane AHOUANSOU* et *Wilfried DJOGBENOU* pour leurs encouragements ;
- de tous les auditeurs de la promotion Master notamment *Dominique MATCHE, Marc Fidèle HOUNNOUVI et Melody AHOTON* ;
- Les habitants de Cotonou et banlieue et toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la concrétisation de ce travail.

LISTE DE TABLEAUX

Tableau I: Répartition des enquêtés selon le sexe 32

Tableau II: Répartition des enquêtés selon la situation d'activité 33

Tableau III: Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude 34

Tableau IV: répartition des enquêtés selon le lieu de résidence 34

Tableau V: Relation entre détresse psychologique et le sexe 36

Tableau VI: Présentation des facteurs associés économiques : revenu 44

Tableau VII: Présentation des facteurs associés économiques : le manque d'argent ou les problèmes financiers 44

Tableau VIII: facteurs associés sociaux : le milieu de provenance 45

Tableau IX: Tableau VIII : facteurs associés sociaux : Statut social et niveau intellectuel 45

Tableau X: facteurs associés sociaux : la pauvreté et la précarité 46

Tableau XI: facteurs associés sociaux : chômage 46

Tableau XII: facteurs associés sociaux : insécurité 47

Tableau XIII: facteurs associés sociaux : naissances 47

Tableau XIV: facteurs associés psychologiques : Evénements de vie significatifs 48

Tableau XV: facteurs associés psychologiques : tension nerveuse 48

Tableau XVI: facteurs associés psychologiques : pressions et contraintes diverses 49

Tableau XVII: facteurs associés psychologiques : antécédents psychologiques 49

Tableau XVIII: représentation des modes d'expression de la détresse psychologique à Cotonou 50

Tableau XIX: rapport de prévalence de la détresse psychologique et les idées suicidaires 52

Tableau XX: rapport de prévalence entre détresse psychologique et consommation d'alcool, médicaments et autres substances psychoactives 52

LISTE DES FIGURES

Graphique 1: Histogramme de répartition des enquêtés selon l'âge _____ 32

Graphique 2: diagramme de répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale _____ 33

Graphique 3: Répartition des enquêtés selon le niveau de détresse psychologique _____ 35

Graphique 4: Relation entre Détresse psychologique et l'âge _____ 37

Graphique 5: Relation entre détresse psychologique et situation matrimoniale _____ 38

Graphique 6: Relation entre détresse psychologique et situation d'activité _____ 39

Graphique 7: Relation entre détresse psychologique te niveau d'étude _____ 40

Graphique 8: Relation entre détresse psychologique et le lieu de résidence _____ 41

Graphique 9: Répartition des enquêtes en situation de détresse psychologique selon leur degré de connaissance de la détresse psychologique _____ 42

Graphique 10: Déni de la détresse psychologique _____ 43

RESUME

Contexte : La ville est un espace permanant de tension nerveuse et de pression pour les habitants. L'objectif était d'étudier la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou dans leur confrontation aux réalités d'une ville-capitale en pleine transition.

Cadre et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale avec recueil prospectif de données chez 117 sujets, recrutés par échantillonnage systématique simple du 20 juin 2021 au 17 Janvier 2022 et qui a fourni des informations sur la prévalence de leur détresse psychologique à Cotonou. Un questionnaire complété par une interview enquêteur-enquêté auquel a été intégrée l'échelle de détresse psychologique à six items de Kessler (K6) a été utilisé pour la collecte des données.

Résultats : la prévalence globale en matière de détresse psychologique à Cotonou est de 61,54%. Les hommes (35,9%) sont plus exposés. Les tranches d'âge de 28-38 ans (23,98%) et celle de 38-48 ans (23,08%) sont plus concernées. Les facteurs associés sont économiques, sociaux et psychologiques. Les modes d'expression les plus évocateurs sont physiques ; cognitifs, comportementaux *et* émotionnels.

Le risque anxiodépressif élevé chez les habitants de Cotonou est prédictible d'une augmentation à terme des problèmes de santé mentale dans la cité voire de suicide à prévenir. .

Mots-clés : détresse-psychologique, malaise-urbain, ODD 11, milieu-bâti-sain, Cotonou-Bénin.

ABSTRACT

Context: The city is a permanent space of nervous tension and pressure for the inhabitants. The objective was to study the psychological distress among the inhabitants of Cotonou in their confrontation with the realities of a capital city in full transition.

Framework and Methods: This was a cross-sectional study with prospective data collection from 117 subjects, recruited by simple systematic sampling from June 20, 2021 to January 17, 2022 and having provided information on the prevalence of their psychological distress in Cotonou. A questionnaire completed by an investigator-respondent interview to which the Kessler six-item psychological distress scale (K6) had been integrated was used for data collection.

Results: The overall prevalence of psychological distress in Cotonou was 61.54%. Men (35.9%) were more exposed. The age groups of 28-38 years (23.98%) and that of 38-48 years (23.08%) were more concerned. Associated factors were economic, social, and psychological. The most suggestive modes of expression were physical; cognitive, behavioral, and emotional difficulties

The high anxiodepressive risk among the inhabitants of Cotonou would be predictable of a long-term increase in mental health problems in the city or even suicide to be prevented.

Keywords: psychological-distress, urban-malaise, healthy-built-environment, Cotonou-Benin.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 3

1.1 PROBLEMATIQUE 3

1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES 5

1.3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE 6

1.4 REVUE DE LITTERATURE 15

1.5 CADRE THEORIQUE 21

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 26

2.1 METHODES D'ETUDE 26

2.2 ÉTHIQUE ET DEONTOLOGIE 31

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 32

3.1 RESULTATS 32

3.2 DISCUSSION 53

3.3 QUELQUES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS 66

CONCLUSION 68

BIBLIOGRAPHIE 70

TABLES DES MATIERES 75

ANNEXES lxxvii

Annexe 1 QUESTIONNAIRE SUR LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE lxxviii

Annexe 2 GRILLE D'ENTRETIEN DETRESSE PSYCHOLOGIQUE lxxix

INTRODUCTION

Les villes ont de tout temps été objets de grands intérêts pour les individus. Cela du fait de leurs nombreux attraits et atouts. En effet dans les villes on trouve d'une part de nombreuses infrastructures, tels que les voies bitumées, les moyens de déplacements modernes, des infrastructures sanitaires équipés et de hauts standings, des centres éducatifs de tous niveaux (primaires, secondaires, universitaires et des centres spécialisés), les sièges des grandes entreprises et administrations publiques comme privées, des hôtels huppés, des habitations de tous types (immeubles, villas, habitats populaires), l'éclairage public etc., des jardins et autres espaces aménagés, toutes ces infrastructures ont pour vocation d'apporter le bien-être aux citadins, améliorant ainsi la qualité de vie tout en offrant de nombreuses opportunités de réalisation de soi.

D'autre part, vivre en ville c'est subir les nuisances liées au mode de vie citadin. La ville est un espace permanant de tension nerveuse et de pression. L'on y est confronté à beaucoup de difficultés de vie telles que : les problèmes d'habitations marquées par leurs coûts élevés et parfois peu adaptées aux besoins des citadins. Cette situation amène certains à parcourir de longues distances pour rejoindre leur lieu de travail. Ils sont aussi soumis aux embouteillages, à la pollution de tout genre avec peu de moyens de récupérations physiques et mentales. Ces quelques exemples montrent bien que contrairement aux croyances ordinaires, la ville n'est pas qu'un espace épanouissant, qui n'offre que bien-être et confort tel que souvent miroité et qui suscite légitimement ou non l'intérêt pour la vie en ville. En effet la vie en ville soumet aussi le citadin à des péripéties, qui sur la durée peuvent affecter sa santé mentale. Plusieurs facteurs sont en cause. Si l'on suppose que les politiques d'urbanisation et d'aménagement des villes favorisent un bon cadre de vie, la réalité est tout autre.

En effet à Cotonou de nombreux citadins vivent en surnombre dans des logements inadaptés, non appropriés et parfois précaires. En plus de cela l'on peut noter les problèmes de déplacements qui amènent certains à parcourir de nombreuses distances pour se rendre à son lieu de travail ou de résidence. Cela implique de quitter tôt son domicile et d'entrer tard avec peu de possibilité de récupération. Cette situation propre

au mode vie en ville associé aux problèmes liés aux difficultés et événement significatifs de vie peuvent compromettre la santé mentale du citadin. Avant les problèmes de santé mentale, les citadins passent bien souvent par un état de détresse psychologique élevé qui apparait en signe d'alerte avant de migrer vers des pathologies psychiques plus complexes à défaut de récupération.

Dans cette étude intitulée ***«* DETRESSE PSYCHOLOGIQUE EN MILIEU URBAIN ; A propos de 117 sujets recrutés à Cotonou en 2022 »**, il sera d'abord présenté le cadre théorique de notre recherche ensuite la méthodologie utilisée sera exposée et enfin les résultats obtenus seront présentés, analysés et discutés pour aboutir à quelques suggestions.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

1.1 PROBLEMATIQUE

Les villes africaines connaissent au fil des années, un développement rapide aussi bien sur le plan spatial, des infrastructures que de la densité de la population. Ce développement fulgurant est dans la plupart des cas accompagné d'effets positifs et négatifs. En effet la ville avec ces infrastructures et les principales activités (administratives, commerciales, industrielles, etc.) qui y sont menées, offrent de nombreuses opportunités et de meilleures conditions de vie. Ainsi dans une certaine mesure la ville par ses attraits et son mode de vie favorisent le bien-être des individus.

Ce bien-être tant recherché et qui justifie parfois la ruée vers la ville peut être compromis par les effets négatifs de la vie en ville et impacter la santé mentale des personnes. En effet les citadins sont soumis à un rythme de vie spéciale. Ils parcourent pour la plupart de longues distances pour atteindre leur lieu de travail, subissent les embouteillages, sont exposées aux effets néfastes de la pollution sous toutes ces formes. Leurs activités nécessitent beaucoup de tensions nerveuses dans un contexte de consumérisme et de concurrence. Certains du fait de leurs revenus faibles non pas de logement adéquat. Il ne faut pas aussi oublier les problèmes d'emploi et d'insécurité qui sont parfois très élevé en ville notamment dans les quartiers précaires. Aussi est-il que dans bien de situation, la pauvreté bas son plein également dans les villes.

Les grandes villes sont aussi vectrices d'isolement et se révèlent souvent être le foyer d'une crise du lien social, ce qui peut être un facteur de traumatismes mentaux chez les citadins. Cette situation d'isolement social, dans laquelle peut se retrouver une personne qui fait face à un manque de relations tant sur la durée que sur la fréquence, est une situation de souffrance, voire de risques nuisibles au « complet bien-être physique, mental et social »des individus. Ce phénomène d'isolement social en plus des événements significatifs de vie provoqués par la vie en ville touche tous les individus : personnes âgées, étudiants, personnes atteintes d'handicaps et peuvent entrainer la détresse psychologique Dzodzo Eli Ekploam KPELLY (2011).

Aussi selon une étude menée par des chercheurs de l'université américaine de Stanford, les citadins ont 20% de risques supplémentaires de contracter des troubles de l'anxiété, et 40% de risques supplémentaires de troubles d'humeur que les ruraux. Et la tendance devrait s'accentuer dans la mesure où, si plus de la moitié de l'humanité vit déjà en ville, cette part passera à 70% dans quelques décennies. Aussi est-il que la plupart des villes africaine ne semble pas agir efficacement dans le sens d'une meilleure application du concept ville-santé créé par le bureau Européen de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à Copenhague après le colloque et l'élaboration de la Charte d'Ottawa en 1986.

Les Villes-santé favorisent la santé et le bien-être par la gouvernance, le renforcement du pouvoir d'agir et la participation, la création d'environnements urbains contribuant à l'équité et à la prospérité des habitants, et à l'investissement dans l'humain pour promouvoir la paix.

La ville devrait offrir un espace sain à tous ses membres selon la définition de la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité(OMS 1946) »Un tel concept de la santé rend la ville compétente pour contribuer à la satisfaction des besoins fondamentaux de ses citadins (affectifs, sanitaires, nutritionnels et socioculturels) [(Weber, C. (2018). Qualité de vie, qualité de ville et santé urbaine.].

Cotonou la plus importante ville du Bénin n'échappe pas à cette réalité propre à toutes les villes d'Afrique subsaharien. En effet à Cotonou il n'est pas rare de voir des situations d'embiellage notamment aux heures de pointe tous les jours. Il n'est plus un secret de polichinelle que la ville de Cotonou fait partie des plus polluée en Afrique.

En plus de cela les populations y subissent les affres du réchauffement climatique notamment l'inondation. A cela il ne faut pas occulte la précarité et la misère qui prévaut dans certains quartiers, le chômage des jeunes et les questions sécuritaires ainsi que les nuisances diverses auxquels sont soumis les cotonois.

Un vécu quotidien d'une telle intensité doit nécessairement avoir des effets négatifs sur la santé physique et mentale. C'est au regard de ce rythme de vie de tension et de stress que nous nous somme interroger à travers quelques questionnements à savoir qu'elle est l'ampleur de la détresse psychologique à Cotonou ? Par quels modes les cotonois expriment-ils leur détresse psychologique ?

1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Dans le cadre de cette étude nous avons élaboré les objectifs et hypothèses suivants.

1.2.1 Objectifs

1.2.1.1Objectif général

Etudier la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou selon les modes d'expression et les réalités urbaines.

1.2.1.2Objectifs spécifiques

- Evaluer le niveau de détresse psychologique chez les personnes résidant à Cotonou ;
- Identifier les facteurs de risques associés à la détresse psychologique à Cotonou ;
- Repérer les modes d'expression de la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou.

1.2.2 Hypothèses

1.2.2.1 Hypothèse générale :

Face aux réalités urbaines les habitants de Cotonou et banlieue sont soumis à la détresse psychologique qui induit chez eux des modes d'expression différents.

1.2.2.2 Hypothèses spécifiques ***:***

- Les personnes résidant à Cotonou sont exposées à la détresse psychologique ;
- Les facteurs de risques associés à la détresse psychologique à Cotonou sont prédictibles de l'augmentation du taux de suicide ;

- Les Habitants de la ville de Cotonou expriment leur détresse psychologique selon plusieurs modalités ;

1.3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE

1.3.1 Détresse psychologique

Dans la littérature scientifique, le concept de détresse psychologique et sa symptomatologie ne font pas l'objet d'un consensus. Selon l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS, 2007), la santé mentale est *« un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »*. Cette définition de la santé mentale permet d'expliciter qu'une bonne santé mentale est un état psychologique agréable qui permet de fonctionner et de surmonter les problèmes, c'est-à-dire assumer ses multiples rôles dans la société. L'OCDE (2012) classe les problèmes de santé mentale en deux grandes catégories d'une part les troubles mentaux et d'autre part la détresse psychologique. Cette catégorisation permet de comprendre l'importance de la détresse psychologique dans les problèmes de santé mentale.

C'est d'ailleurs pourquoi le concept a focalisé l'intérêt de nombreux auteurs. Même si un consensus clair ne se dégage, la plupart des auteurs d'une manière générale s'accordent pour dire qu'elle fait référence aux symptômes les plus communs d'un état psychologique perturbé dans la population en général (Desmarais et al., 2000 ; Préville, Potvin, & Boyer, 1995).

La détresse est un état subjectif désagréable. Cet état se distingue des autres troubles psychologiques : la détresse ne fait pas référence à un désordre de la personnalité et n'est pas spécifique à un trouble mental particulier. Dohrenwend, Shrout, Egri et Mendelsohn (1980) ont suggéré l'expression « *détresse psychologique non spécifique* » pour qualifier cet état psychologique perturbé alors que d'autres auteurs parlent également de démoralisation (Link &Dohrenwend, 1980 ; Préville, Boyer, Potvin, Perrault, & Légaré, 1992).

La détresse psychologique se définit comme une perturbation psychique d'un individu, non spécifique à une pathologie donnée, caractérisée par un ensemble de symptômes psychologiques, physiologiques et comportementaux (Ilfeld FW, 1978).

La détresse psychologique est aussi décrite comme le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus, pouvant donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété lorsqu'elles persistent (Camirand H, NanhouV, 2008). Elle est représentée par quatre modalités d'expression dont l'auto-dévalorisation, l'irritabilité-agressivité, l'anxiété-dépression et le désengagement social (Mass R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini A, 1998).

Pour Hardy, Woods et Wall, 2003 ; Ilfeld, 1976 ; Massé, 2000, Ridner, 2004, la détresse psychologique est un état mental pénible principalement caractérisé par la dépression et l'anxiété. De façon générale, les chercheurs reconnaissent à la détresse psychologique cinq (5) caractéristiques :

- la tristesse : une émotion désagréable et douloureuse ; *« Être au bord des larmes »;*
- l'irritabilité : une sensibilité accrue et de vives réactions aux éléments de l'environnement ; *« Avoir les nerfs à fleur de peau » ;*
- le découragement : une fatigue démesurée, un sentiment de désespoir et d'impuissance ; *« Tout semble une montagne »* ;
- la dévalorisation de soi : une remise en question de sa propre valeur, une autodépréciation de ses qualités et capacités et une perte d'estime de soi ; Se sentir comme si l'on était *« moins que rien »*, comme si l'on était *«bon à rien»*;
- l'anxiété : des inquiétudes et des craintes face à ce que réserve l'avenir ; Sans cesse *« craindre le pire ».*

Chez Marchand, 2004, il s'agit d'un ensemble de symptômes psychophysiologiques et comportementaux répartis sur un continuum de temps avec une panoplie de symptômes perceptible chez les individus, dans la phase prépathologique (Marchand, 2004). Ces symptômes sont les réactions anxieuses et dépressives face au travail et à la vie, à la baisse des capacités intellectuelles (mémoire et concentration), l'agressivité,

l'irritabilité, la fatigue, le manque d'énergie, la difficulté à dormir, l'absentéisme, le repli sur soi, les problèmes cognitifs, la consommation excessive d'alcool, de drogue ou de médicaments (Marchand, 2004 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a ; Marchand, Demers et Durand 2005b).

La détresse psychologique comprend deux dimensions principales fortement corrélées : l'anxiété et la dépression (Desmarais et al., 2000 ; Martin, Sabourin, &Gendreau, 1989 ; Massé et al., 1998 ; Mirowsky & Ross, 2003 ; Préville et al., 1995 ; Rosenthal, Wilson, & Futch, 2009). Ces deux symptômes naîtraient des situations que vivent les individus et des conditions dans lesquelles ils évoluent (Desmarais et al., 2000 ; Mirowsky & Ross, 2003). Un lien entre la détresse et les événements de vie négatifs est d'ailleurs souligné dans plusieurs études (Deschenes, 1998 ; Ilfeld, 1976 b ; y stgaard, Tambs, & Dalgard, 1999). La dépression fait référence au fait de se sentir triste, isolé, démoralisé et sans espoir, tandis que l'anxiété se rapporte plutôt au sentiment d'être tendu, irritable, apeuré, etc. (Mirowsky & Ross, 2003). La dépression et l'anxiété sont constituées de deux composantes : le malaise et l'humeur. Le malaise « désigne un état physique, une manifestation comme la distraction dans la dépression ou les maux de tête reliés à un état d'anxiété » (Desmarais et al., 2000, p. 108). L'humeur renvoie à des émotions négatives comme la tristesse ou l'inquiétude (Desmarais et al, 2000 ; Mirowsky & Ross, 2003).

Bien que l'anxiété et la dépression soient définies comme les composantes principales de la détresse psychologique, certains auteurs affirment que celle-ci comprend d'autres dimensions comme : l'irritabilité (ou la colère) et les problèmes cognitifs (Deschenes, 1998; Massé, 1998; Massé et al., 1998; Préville et al., 1995; Rosenthal et al., 2009), l'agressivité (Martin et al., 1989), les traits obsessifs-compulsifs (Derogatis & Cleary, 1977 ; Labelle, Alain, Bastin, Bouffard, Dubé & Lapierre, 2001) , la somatisation (Massé, 2000; Massé et al., 1998), l'autodépréciation (Massé et al., 1998), la sensibilité interpersonnelle (Derogatis & Cleary, 1977) l'hostilité (Derogatis & Cleary, 1977), l' idéation paranoïde (Derogatis & Cleary, 1977) ainsi que le désengagement social (Massé et al., 1998). Massé (1998), qui s'inscrit dans une approche essentiellement phénoménologique, plutôt que médicale, définit ainsi la détresse et ses composantes :

Nous avons vu que l'essence de la détresse résiderait dans une sorte de « souffrance psychologique », un mal de vivre ressenti à travers des émotions et des sentiments de dépression, de tristesse, de démoralisation et d'anxiété. Ce mal-être-au-monde plus ou moins profond prend la forme d'une souffrance-de-soi qui s'inscrit dans un processus d'autodévalorisation et d'autoresponsabilisation : remise en question de ses capacités, de ses qualités, perte d'estime de soi, auto-culpabilisation pour ce qui nous arrive. Le repli sur soi apparaît alors comme l'idiome central autour duquel se construit le langage de la détresse. (P. 57).

Selon Mirowski, & Ross (2003), le bien-être et la détresse psychologique constitueraient les deux extrêmes d'un même continuum. D'autres auteurs estiment que la détresse et le bien-être sont des facteurs de second ordre qui sont influencés par un facteur plus général : la santé mentale (Labelle et al., 2001 ; Massé, 2000 ; Massé et al., 1998 ; Veit & Ware, 1983). Ainsi, selon ces auteurs, l'absence de détresse psychologique ne serait pas nécessairement synonyme d'un état de bien-être psychologique.

1.3.2 Détresse psychologique dans la ville

Dans la présente étude en plus des apports des différents auteurs, la détresse psychologique est aussi perçue comme un signe d'alerte des problèmes de santé mentale liée à une adaptation aux situations nouvelles qu'engendre le rythme de vie dans un environnement en perpétuel mutation.

Cette détresse psychologique ressentit s'intéresse aussi à la gouvernance urbaine et ses incidences sur la santé des habitants. Elle prend donc en compte l'aménagement spécial, les aspects liés à l'habitat, aux transports, aux espaces verts, l'organisation économique, l'accès aux infrastructures sociaux communautaires etc.

La détresse psychologique dans la ville traduit les expériences désagréables de nature émotionnelle, psychologique, physique et sociale génératrices d'un mal être urbain induit par un déséquilibre entre urbanisation, le développement économique et la santé des habitants.

1.3.3 Milieu urbain

Selon Oliver Frey (2012), le milieu urbain est défini comme un groupe social en grande partie socialement et culturellement homogène, avec des styles de vie et des principes similaires. Ce groupe social est lié à des espaces, à des quartiers particuliers et dispose de données, de structures physiques et matérielles spécifiques. Il désigne ce qui a rapport à la ville.

Ce rapport avec la ville doit retenir compte de plusieurs facteurs dans une perspective de garantir aux habitants le bien être.

1.3.4 Ville et Objectif du Développement Durable (ODD)

L'urbanisation galopante et peu planifiée des villes africaines doit s'arrimer avec ODD en général et plus spécifiquement les ODD 3 et 11. Cela pour agir à la fois sur le bien-être et l'environnement des habitants pour une meilleure santé du citadin.

Le troisième objectif qui consiste à donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges vise à assurer la santé et le bien-être de tous, en améliorant la santé procréative, maternelle et infantile, en réduisant les principales maladies transmissibles, non transmissibles, environnementales et mentales. Ces enjeux sanitaires pourront être réalisés à condition de mettre en place des systèmes de prévention visant la réduction des comportements déviants ainsi que tout facteur de risque pour la santé, d'assurer un accès universel à une couverture médicale et aux services de santé, de soutenir la recherche et le développement de vaccins et de médicaments et améliorer la gestion des risques sanitaires dans les pays en développement.

Le onzième objectif quant à lui consiste à faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables vise à réhabiliter et à planifier les villes, ou tout autre établissement humain, de manière à ce qu'elles puissent offrir à tous des opportunités d'emploi, un accès aux services de base, à l'énergie, au logement, au transport, espaces publics verts et autres, tout en améliorant l'utilisation des ressources et réduisant leurs impacts environnementaux.

Titre de la cible et descriptif de la cible

Accès au logement décent11.1 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à un logement et des services de base adéquats et sûrs, à un coût abordable, et assainir les quartiers de taudis.

Transports sûrs, accessibles et viables11.2 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des systèmes de transport sûrs, accessibles et viables, à un coût abordable, en améliorant la sécurité routière, notamment en développant les transports publics, une attention particulière devant être accordée aux besoins des personnes en situation vulnérable, des femmes, des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées.

Urbanisation durable 11.3 : D'ici à 2030, renforcer l'urbanisation durable pour tous et les capacités de planification et de gestion participatives, intégrées et durables des établissements humains dans tous les pays.

Préservation du patrimoine11.4 : Renforcer les efforts de protection et de préservation du patrimoine culturel et naturel mondial.

Prévention et limitation de l'impact des catastrophes 11.5 : D'ici à 2030, réduire considérablement le nombre de personnes tuées et le nombre de personnes touchées par les catastrophes, y compris celles d'origine hydrique, et réduire considérablement le montant des pertes économiques qui sont dues directement à ces catastrophes exprimées en proportion du produit intérieur brut mondial, l'accent étant mis sur la protection des pauvres et des personnes en situation vulnérable.

Impact environnemental 11.6 : D'ici à 2030, réduire l'impact environnemental négatif des villes par habitant, y compris en accordant une attention particulière à la qualité de l'air et à la gestion, notamment municipale, des déchets.

Accès aux espaces verts et lieux publics sûrs11.7 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, en particulier des femmes et des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées, à des espaces verts et des espaces publics sûrs.

Développement territorial11.a : Favoriser l'établissement de liens économiques, sociaux et environnementaux positifs entre zones urbaines, périurbaines et rurales en renforçant la planification du développement à l'échelle nationale et régionale.

Politiques intégrées pour des territoires résilients11.b : D'ici à 2020, accroître considérablement le nombre de villes et d'établissements humains qui adoptent et mettent en œuvre des politiques et plans d'action intégrés en faveur de l'insertion de tous, de l'utilisation rationnelle des ressources, de l'adaptation aux effets des changements climatiques et de leur atténuation et de la résilience face aux catastrophes, et élaborer et mettre en œuvre, conformément au Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030), une gestion globale des risques de catastrophe à tous les niveaux.

Bâtiments durables et résilients11.c : Aider les pays les moins avancés, y compris par une assistance financière et technique, à construire des bâtiments durables et résilients en utilisant des matériaux locaux.

Cet arrimage permet d'aboutir à des villes durables dans laquelle les habitants et les activités économiques s'efforcent continuellement d'améliorer leur environnement naturel, bâti et culturel au niveau du voisinage et au niveau régional, tout en travaillant de manière à défendre toujours l'objectif d'un développement durable global.

1.3.5 Cotonou et Résidents

Cotonou est le plus grand centre urbain du Bénin. Son caractère économique l'associe à une densité de 8595,1 habitants au kilomètre carré. D'une superficie de 79 km2 avec 679 012 habitants (RGPH 2013) Cotonou est la seule commune département. Ville cosmopolite, elle est subdivisée en 13 arrondissements et 156 quartiers de ville. Cotonou concentre à elle seule le principal port et le plus grand aéroport du Benin. On y trouve aussi les principales infrastructures et la plupart des sièges des institutions du pays. Du fait de son statut de capitale économique, la ville accueil en journée plus du double de sa population du fait des activités économiques qui y sont développées. Cotonou en plus de la saturation démographique est aussi confrontée à des problèmes

environnementaux (pollution sonore, atmosphérique et du sol) sans oublier la cherté du coût de vie.

Le terme Cotonois quant à lui désigne les résidents de la ville de Cotonou, il prend également en compte toutes personnes résidents dans la banlieue de Cotonou c'est-à-dire les personnes domiciliées a Abomey-Calavi et Sèmè-Kpodji deux communes voisines de Cotonou, mais qui exerce l'essentiel de leurs activités professionnelles quotidiennes dans l'un des arrondissements de Cotonou.

1.3.6 Concept de Ville-santé

Le mouvement des Villes-Santé a été créé par le bureau Européen de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à Copenhague après le colloque et l'élaboration de la Charte d'Ottawa en 1986. L'OMS cherchait de nouveaux acteurs pouvant agir sur les déterminants de la santé et promouvoir la santé. Initialement constitué d'une poignée de municipalités, le réseau des Villes-Santé s'est formé. Les Villes-Santé en France font partie d'un programme européen des Villes-Santé mis en place par le bureau Européen de l'OMS à Copenhague. Les pouvoirs très étendus, très divers des Maires, permettent à ceux-ci d'agir sur la plupart des éléments de la vie quotidienne des habitants. Ces pouvoirs facilitent la mise en œuvre de démarches concertées et interpartenariales, ce qui est le fondement même de la démarche Ville-Santé. Le programme Villes-Santé propose donc aux villes considérées comme des organismes vivants, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale. « Penser globalement, agir localement » slogan bien connu, retenu dès l'origine par le projet Ville-Santé et repris pour la Journée Mondiale de l'OMS consacrée au thème « Santé-Environnement ». Le développement du mouvement Villes-Santé, à travers les réseaux, permet d'évoluer en commun dans ce sens.

On définit une Ville-Santé comme une ville qui :

- améliore constamment la qualité de son environnement,

- favorise le développement d''une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité,
- agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités,
- développe une économie diversifiée et innovante,
- donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

Une nouvelle phase pour les Villes-Santé européennes a été ouverte en 2018 avec la signature du Consensus de Copenhague « Une meilleure santé et plus de bonheur dans les villes, pour toutes et tous ». Il a pour vocation de guider les travaux des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) jusqu'en 2030.

Les Villes-santé favorisent la santé et le bien-être par la gouvernance, le renforcement du pouvoir d'agir et la participation, la création d'environnements urbains contribuant à l'équité et à la prospérité des habitants, et à l'investissement dans l'humain pour promouvoir la paix sur terre.

Les Villes-santé donne l'exemple, en luttant contre les inégalités et en promouvant la gouvernance et le leadership en matière de santé et de bien-être par l'innovation, l'échange des savoirs et la diplomatie en santé.

*Investir dans **les personnes** qui composent nos villes* : Une Ville-santé donne l'exemple en mettant l'accent sur un développement sociétal à visage humain et en accordant la priorité à l'investissement dans les personnes, pour améliorer l'équité et l'inclusion en renforçant le pouvoir d'agir des habitants.

*Aménager des **espaces** urbains (places/lieux) favorables à la santé et au bien-être* : Une Ville-santé donne l'exemple en créant des espaces inclusifs, en tenant compte des environnements sociaux, physiques et culturels dans une approche cohérente ; elle fait la promotion de la santé et du bien-être pour toutes et tous.

*Plus de **participation** et des partenariats pour la santé et le bien-être* : Une Ville-santé donne l'exemple en veillant à ce que tous les habitants et toutes les communautés

participent aux décisions qui les concernent et ont un impact sur les lieux où ils vivent, s'instruisent, travaillent, s'aiment et se divertissent.

*Une **prospérité** collective accrue et un meilleur accès aux biens et services communs* : Une Ville-santé donne l'exemple en s'efforçant d'accroître la prospérité de la communauté et de renforcer ses atouts grâce à une gouvernance des biens et services communs basée sur des valeurs.

*Promouvoir **la paix** et la sécurité grâce à des sociétés inclusives* : Une Ville-santé donne l'exemple en promouvant la paix par le biais de sociétés inclusives qui mettent l'accent sur les lieux, la participation, la prospérité et la planète, tout en plaçant l'individu au centre de toutes les politiques et actions.

*Protéger la **planète** contre la dégradation, notamment par une consommation et une production durable* : Une Ville-santé donne l'exemple en veillant à ce que la protection de la planète soit au cœur de toutes ses politiques intérieures et extérieures.

1.4 REVUE DE LITTERATURE

La littérature scientifique que nous avons parcourue montre que de nombreux auteurs et chercheurs ont consacré leurs travaux à la thématique de la détresse psychologique. Cependant peu se sont intéressés aux modes d'expression de cette dernière notamment en milieu urbain.

Kubeterzie Eric Somda, Apolos Christophe Oteme (2021) ont à travers l'étude qualitative des déterminants du bien-être et de la détresse psychologique au travail chez des enseignants ivoiriens du secondaire et du primaire public**,** évoqué les données inquiétantes sur l'ampleur des problèmes de santé mentale au travail chez les enseignants ivoiriens, tout en soulevant la rareté des travaux qui se sont intéressés à cette problématique pour en investiguer les déterminants.

Ils se sont appesantis dans leurs recherches sur l'identification des facteurs qui favorisent le bien-être au travail et ceux qui génèrent le mal-être (détresse psychologique) au travail chez des enseignants ivoiriens du primaire et du secondaire.

De leurs analyses il ressort que le métier d'enseignant en Côte d'ivoire fait face à divers facteurs de risques (charge de travail, charge émotionnelle, mauvaise qualité de l'environnement physique et matériel de travail, etc.) pour la santé mentale.

Sadaf Matiullah (2020) quant à lui a examiné le lien entre l'urbanisation et la détresse psychologique des adultes vivant dans la région de l'Estrie, en mettant l'accent sur le rôle des caractéristiques comportementales et environnementales (sociales et physiques) sur cette association. Ses investigations font constater qu'en Estrie, la prévalence globale de détresse est estimée à 23,7 %. Les femmes, les 18-24 ans, les personnes monoparentales, celles ne possédant pas de diplôme, travaillant à temps partiel, ayant un revenu < 20 000$ ou vivant dans les quartiers défavorisés présentent plus de détresse. Cette étude est la première à examiner une association entre l'urbanisation et la détresse psychologique tout en considérant le rôle des caractéristiques individuelles et environnementales en contexte canadien. Ces dernières semblent expliquer en grande partie la relation entre ces deux concepts.

Ouédraogo Saïdou et al (2018) ont évalué la prévalence des troubles anxiodépressifs chez les hémodialysés chroniques des centres publics d'hémodialyse d'Abidjan. Sans évoquer le vocable de détresse psychologique dont les symptômes majeurs sont l'anxiété et la dépression, ils font observer que les troubles anxiodépressifs sont fréquents chez les patients hémodialysés chroniques dans les centres d'hémodialyse publics d'Abidjan. Les facteurs tels que le niveau d'étude primaire et la perte de l'emploi liée à l'insuffisance rénale chronique y sont associés. Ces troubles sont à la racine de beaucoup de problèmes aussi bien pour le malade, sa famille que l'équipe soignante. La prise en charge du patient en hémodialyse doit être multidisciplinaire.

Flore Morneau-Sevigny (2017), montre que la détresse psychologique est très présente chez les étudiants universitaires. Cette détresse est associée à des conséquences graves tel l'échec scolaire, l'abus de substance ou les pensées suicidaires. La méta-analyse a permis d'identifier les facteurs suivants comme étant significativement associés à la détresse psychologique : le sexe féminin, le perfectionnisme et le faible soutien social.

Les résultats de son étude ont permis l'établissement d'un schéma conceptuel portant sur l'expérience de la détresse chez les étudiants universitaires comprenant quatre composantes : les caractéristiques de l'étudiant, les caractéristiques des études, les caractéristiques du réseau social et le contexte propre de l'étude.

Diane Tuyishimire (2017) a évalué l'effet de l'exposition combinée à la détresse psychologique et aux contraintes psychosociales au travail, le risque de récidive d'IM chez les patients qui retournent au travail après le premier infarctus du myocarde (IM), tout en analysant la présence d'interaction additive. Les résultats de son étude ont révélé que l'exposition cumulée à la détresse psychologique combinée aux contraintes psychosociales au travail accroit le risque de récidive de l'infarctus du myocarde.

Annie Gladu-Martin (2016), a identifié les facteurs de risque et de protection qui influencent le stress et la détresse psychologique chez les avocats membres du Barreau du Québec. A travers une recherche qualitative de type descriptif et exploratoire il est parvenu a cartographier les facteurs de risque et de protection au stress et à la détresse psychologique, de cartographier les manifestations physiques, psychologiques et comportementales découlant du stress et de la détresse et finalement, de préciser les déterminants susceptibles d'influencer la détresse psychologique chez les avocats du Québec à partir d'un modèle conceptuel de départ inspiré du modèle de Marchand (2004).

L'analyse des résultats a permis d'identifier et de classer hiérarchiquement 158 facteurs de risque et de protection selon les niveaux macro, micro et méso. Il en ressort que la culture professionnelle (macro) de même que les demandes psychologiques, émotionnelles et contractuelles (méso) sont les catégories ayant le plus d'importance dans l'explication du stress et de la détresse psychologique chez les avocats du Québec.

Ainsi, la culture professionnelle a principalement trait à la compétitivité dans le milieu juridique et aux impératifs professionnels liés à la performance. Les demandes psychologiques concernent particulièrement la surcharge de travail et d'urgences de

même que la complexité des dossiers, alors que les demandes émotionnelles ont trait notamment à la charge émotive importante envers le client et à la difficulté d'établir un détachement personnel vis-à-vis des dossiers traités.

Enfin, les demandes contractuelles sont le type de demandes comportant le plus de facteurs (13), dont la majorité constitue des facteurs de risque pour la santé mentale des praticiens interrogés. Elles concernent principalement les longues heures de travail, les heures facturables et la facturation ainsi que la méthode d'évaluation de rendement se basant principalement sur les objectifs d'heures facturables dans le secteur privé. Il est également ressorti que le genre et le secteur de pratique (privé ou publique) influenceraient les stress et la détresse psychologique.

Laurence Villeneuve (2014), dans une perspective de mieux comprendre la situation de vie des couples aînés vivant à domicile au Québec d'examiner les facteurs contribuant à la détresse psychologique chez cette population fait constater qu'une augmentation de la détresse psychologique au cours du temps était associée à une augmentation du nombre de tracas quotidiens et à une diminution du fonctionnement conjugal chez les hommes et les femmes. De plus, une diminution de la perception de santé physique et une augmentation du nombre de maladies chroniques sont associées à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes uniquement. Un effet de partenaire a été trouvé chez les hommes aînés et indique qu'une augmentation du nombre de tracas quotidiens chez leur conjointe est associée à une augmentation de leur détresse psychologique au cours du temps.

Mélina Couillard (2011) à identifier dans ces travaux les représentations de la détresse (causes, émotions et comportements associés à la détresse) à partir d'un outil de recherche original : le dessin. Elle a aussi exploré les spécificités des représentations graphiques de certains sous-groupes d'adolescents (selon le sexe, le niveau scolaire et le niveau de détresse). L'analyse des données a permis d'identifier que les jeunes perçoivent que les causes de la détresse sont, entre autres, les problèmes relationnels, les deuils et la surcharge de travail. Les adolescents se représentent la détresse comme

étant constituée d'émotions diverses : la dépression, la colère, le sentiment de solitude, l'anxiété ainsi que la confusion (états émotifs contrastés).

En ce qui a trait aux comportements associés à la détresse, les comportements agressifs, le repli sur soi et l'expression de la détresse par les arts figurent entre autres parmi les stratégies qui ont été identifiées dans les représentations graphiques. Les jeunes présentant un haut niveau de détresse éprouvent du mal à exprimer leur détresse en raison de la grande souffrance, alors que ceux présentant un bas niveau de détresse sont en mesure de parler de leur réalité et expriment davantage d'espoir.

Dzodzo Eli Ekploam Kpelly (2011) dans son étude sur l'usage des drogues par les jeunes adultes au Centre Hospitalier National Spécialisé de Lomé au Togo est parvenu à montrer que les événements de vie significatifs ont entraîné une détresse psychologique chez les jeunes adultes d'une part et que d'autre part la détresse psychologique, causée par les événements de vie significatifs, a conduit les jeunes adultes à la prise de drogues. En synthèse, son étude a permis de comprendre que les conduites de consommations de drogues observées chez les jeunes adultes dépendent visiblement des événements de vie significatifs vécus avant la consommation.

Marie-Pier Cyr (2010), dans son étude a évalué l'effet modérateur du facteur professionnel de la latitude décisionnelle sur la relation entre la détresse psychologique et les facteurs professionnels. Cette étude à permis de déterminer que les travailleurs qui ont une bonne relation avec leur supérieur immédiat ont une probabilité inférieure (0.91) de développer de la détresse psychologique. Tandis que les travailleurs qui ont de fortes demandes psychologiques ont une probabilité 1.11 fois plus grande de développer de la détresse psychologique.

Sophie Boivin (2010) montre que depuis plusieurs années, les études se sont attardées aux relations entre les expériences de victimisation antérieures et la violence subie ou infligée dans le cadre des fréquentations à l'adolescence. Cependant, la compréhension des processus psychologiques impliqués dans ces associations demeure incomplète. Il a donc consacré ces travaux à vérifier l'effet médiateur de la détresse psychologique et

de l'hostilité entre différentes formes de victimisation (exposition à la violence inter parentale, harcèlement sexuel subi par les pairs, violence sévère subie par un(e) partenaire) et la violence subie ou infligée lors des fréquentations.

En ce qui a trait à la violence physique infligée, les résultats indiquent que les effets du harcèlement sexuel subi et de la violence sévère subie sont réduits par l'insertion de l'hostilité chez les filles, alors que ces effets sont complètement éliminés par la détresse psychologique chez les garçons. Aucune médiation n'a été trouvée à propos de la violence sexuelle infligée par les jeunes. D'autre part, les résultats révèlent que la détresse psychologique agit comme médiateur partiel entre le harcèlement sexuel subi et la violence sexuelle subie par les filles. Pour les garçons, les victimisations antérieures et l'hostilité sont associées à la violence physique subie, mais aucune analyse de médiation ne s'est révélée significative.

C.P. Karunanayake; P. Pahwa,(2009),ont examiné d'une part les différences à l'égard de la détresse psychologique entre les personnes âgées vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain (il s'agit des personnes de plus de 55 ans) et d'autre part l'association à long terme entre l'usage du tabac et la santé mentale ainsi que les besoins de soins de santé non satisfaits et la santé mentale des personnes âgées vivant en milieu rural et en milieu urbain. Les résultats de leur étude révèlent que les personnes âgées vivant en milieu rural étaient proportionnellement plus nombreuses à déclarer une détresse psychologique que les personnes âgées vivant en milieu urbain.

Ouimet, G. (1995). Par une étude exploratoire réalisée auprès de récents diplômés universitaires en chômage prolongé a permis de déceler chez eux la présence d'une sévère dépression caractérisée par des troubles d'humeur (tristesse, pessimisme et irritabilité), des difficultés physiologiques, une forte anxiété, des troubles cognitifs, des contacts sociaux atrophiés, une très vive agressivité et le maintien d'une image de soi étonnamment positive eu égard aux composantes symptomatiques précédentes.

De plus, la teneur de ces composantes s'avère substantiellement projective : leurs origines sont jugées, par les répondants, comme externes à eux. Ceux-ci identifient le

marasme économique, l'incurie de l'appareil gouvernemental, l'égoïsme des générations précédentes, la faible conscientisation de la population et l'attitude purement mercantile des entreprises comme principales sources de leurs tristesse, irritabilité, agressivité et malaise social.

La recension des écrits sur la détresse psychologique montre bien que malgré l'intérêt pour le sujet, peu d'auteurs se sont intéressés aux modes d'expression de la détresse psychologique en milieu urbain en contexte africain en général et plus particulièrement celui béninois objet de notre étude.

1.5 CADRE THEORIQUE

Nos analyses seront fondées sur le « *Stress process model » (*Pearlin, Menaghan et coll. 1981) et les théories cognitivistes notamment la théorie d'adaptation de Jean Piaget.

Le « *Stress process model »* encore appeler théorie sociologique du stress postule que la position sociale en termes de rôle et de statut ; déterminerait le niveau de stress auquel les individus sont soumis et les ressources disponibles pour contrer ses effets nocifs sur la santé. Le processus évolutif selon lequel l'exposition au stress entrainerait en une détérioration de l'état psychique est décrit en trois étapes : d'abord, des circonstances sociales contraignantes créent des tensions, les individus réagissent à ces tensions en mobilisant des ressources et, finalement, la réaction des individus ainsi que l'intensité du stress perçu détermine les répercussions sur la santé (Pearlin 1989).

Ce modèle théorique identifie les circonstances contraignantes issues de l'environnement social, comme l'une des principales causes de stress. ***Ces circonstances sont définies comme étant les conditions de vie, les demandes, les contraintes, les conflits, les incertitudes ou les évènements perturbateurs mettent à l'épreuve la capacité d'adaptation de l'individu, générant ainsi une forte tension sur l'organisme*** (Pearlin, Menaghan et coll. 1981 ; Wheaton 1999).

Les croyances, les actions et les interactions dans lesquelles les individus se mobilisent pour répondre à l'adversité sont appelées collectivement des ressources modératrices

(Pearlin1999). Les ressources modératrices contribueraient à réduire les effets délétères du stress sur la santé. La théorie sociologique du stress identifie trois grands types de ressources modératrices : *« le coping »*, le contrôle et le soutien social (Pearlin 1989).

Le concept « *coping »* désigne tous comportements ou attitudes dont l'objectif est de réduire le stress perçu ou d'en contenir les symptômes afin que ceux-ci ne soient pas préjudiciables pour la santé (Pearlin et Schooler 1978). Le concept de contrôle réfère au sentiment qu'ont les individus de pouvoir orienter leur vie et braver les obstacles (Ross et Sastry1999).

Le soutien social peut être de nature instrumentale ou émotionnelle. Être intégré dans un réseau n'est que la première étape garantissant l'accès à la protection du soutien social. Selon Pearlin, c'est la qualité des relations composant ce réseau qui garantirait l'efficacité du soutien social (Pearlin, Menaghan et coll. 1981). La qualité de ces relations est définie par la réponse aux besoins sociaux de base d'une personne, c'est-à-dire l'affection, l'estime, l'approbation, sentiment d'appartenance, l'identité et la sécurité physique et psychologique (Aneshensel 2009).

La distinction entre contraintes et ressources peut s'avérer difficilement opérationnalisable puisqu'un manque de ressources peut devenir une contrainte et qu'une contrainte n'est pas nécessairement une contrainte pour tous ou dans toutes les situations (Marchand 2004).

La théorie d'adaptation quant à elle permettra d'évaluer les capacités d'adaptation des habitants de Cotonou en rapport avec leurs modes de vie ainsi que l'environnement urbain propre à la ville de Cotonou. En effet l'adaptation psychologique est centrale dans la modélisation en psychologie, définie comme le processus qui entoure l'incessante interaction entre l'homme et le monde en mouvement dans lequel il évolue. Il s'agit d'une dynamique complexe qui articule différentes actions du sujet et divers développements permettant l'émergence de perspectives de transformation (Jakubowicz, 2002). Celles-ci sont actualisées via le traitement de l'information et la

prise de décision, pour agir récursivement sur l'organisation interne du sujet, lui donnant la possibilité de s'adapter aux nouvelles situations (Taché, 2003).

Ainsi cette faculté d'adaptation, qui n'est que l'aptitude que possède l'individu pour modifier sa structure ou son comportement pour répondre harmonieusement à des situations nouvelles peut être mise à mal face aux réalités urbaines. Cela du fait que la perception et l'interprétation dans une situation vécue comme stressante ou troublante varient d'un individu à l'autre et dépendent des stratégies adaptatives mises en place.

Cette stratégie n'est rien d'autres que les efforts cognitifs et comportementaux pour gérer les situations et implique également les ressources dont dispose l'individu pour le faire. En cas de faillite de ces efforts, l'individu peut basculer dans une situation d'inadaptation dont l'une de phase transitoire et d'alerte est la détresse psychologique.

Ainsi à l'adaptation psychologique s'articule également à l'inadaptation, les deux antonymes formant une frontière sur laquelle évolue constamment le sujet humain. L'inadaptation, associée au sentiment de décalage entre soi et les autres, source d'inspiration comme de repli ou de troubles psychiques, est traitée à travers l'exclusion sociale en se basant sur le fait que la capacité d'adaptation est considérée comme le meilleur indicateur de la santé mentale (Rouillon, 1996).

En effet la ville en tant que projet à dimension collective, concentre les facteurs d'inadaptation et les sources de stress, notamment en rapport avec l'environnement matériel et le rythme de vie : urbanisation, déplacements, importance des médias de masses (Scotto, 1996). Par ailleurs, le stress représente la réaction d'adaptation aux contraintes de l'environnement, réaction essentielle à la survie. Plus précisément, il est le processus de transaction entre l'individu et le milieu, à l'origine des ajustements comportementaux et physiologiques auxquels procède l'individu pour rétablir son équilibre interne face aux événements et à leurs interprétations qui menacent son intégrité ou son bien-être (Trudel *et al.*, 2001).

Lorsque les contraintes perdurent, le système d'adaptation s'épuise et des maladies dites *« de l'adaptation »* apparaissent (asthme, ulcères, hypertension ou maladies

psychosomatiques) [Plancherel, 2001] avec pour espace transitoire la détresse psychologique qui prend une forme de signe d'alerte. Ajoutons à ce répertoire de symptômes, l'usage abusif des substances psychoactives, l'alcoolisme, la criminalité et le suicide rencontrés souvent dans de ces villes qui tuent.

Heureusement, les Objectifs du Développement Durable dans son alinéa 11(ODD 11) prend en compte le droit de tous à la santé dans les pays en transition démographique et en voie d'urbanisation rapide tels que les nôtres, proposant un modèle de ville durable [Paquette, C. (2017). Des villes durables dans les villes du Sud : Réflexion à partir de l'Amérique latine.]. ODD 11 « Faire en sorte que les villes et les établissements urbains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables »[(Birch, E. L. (2018). La feuille de route du nouveau Programme pour les villes pour la planification du développement spatial des villes : concrète, gérable et mesurable. Chronique ONU, 53(3), 8-11.], donne des consignes indispensables pour la transition vers une vie meilleure dans un espace bâti plus sain en instituant en amont un meilleur aménagement du territoire dans les futures cités par un meilleur plan d'occupation des sols [Chachour, M. (2022). Plan d'occupation des sols en Algérie. Outil de participation des habitants ou mode de domination sociale ? Deux études de cas à Oran. VertigO : la revue électronique en sciences de l'environnement, 22(1), 1-36.]. A une échelle plus large, le concept OMS de ville-santé apparaît comme source d'inspirations répondant aux défis du développement durable[(Coeugnet, M. (2020). L'aménagement sous le prisme de l'urbanisation sanitaire.)].

Dans une perspective préventive, cet inventaire permet de mesurer l'ampleur de la détresse psychologique chez les résidents à Cotonou et d'identifier les facteurs associés qui enclenchent les processus cognitifs ainsi que les modes d'expressions spécifiques générées par leur détresse psychologique.

Cadre conceptuel de la détresse psychologique des habitants de Cotonou

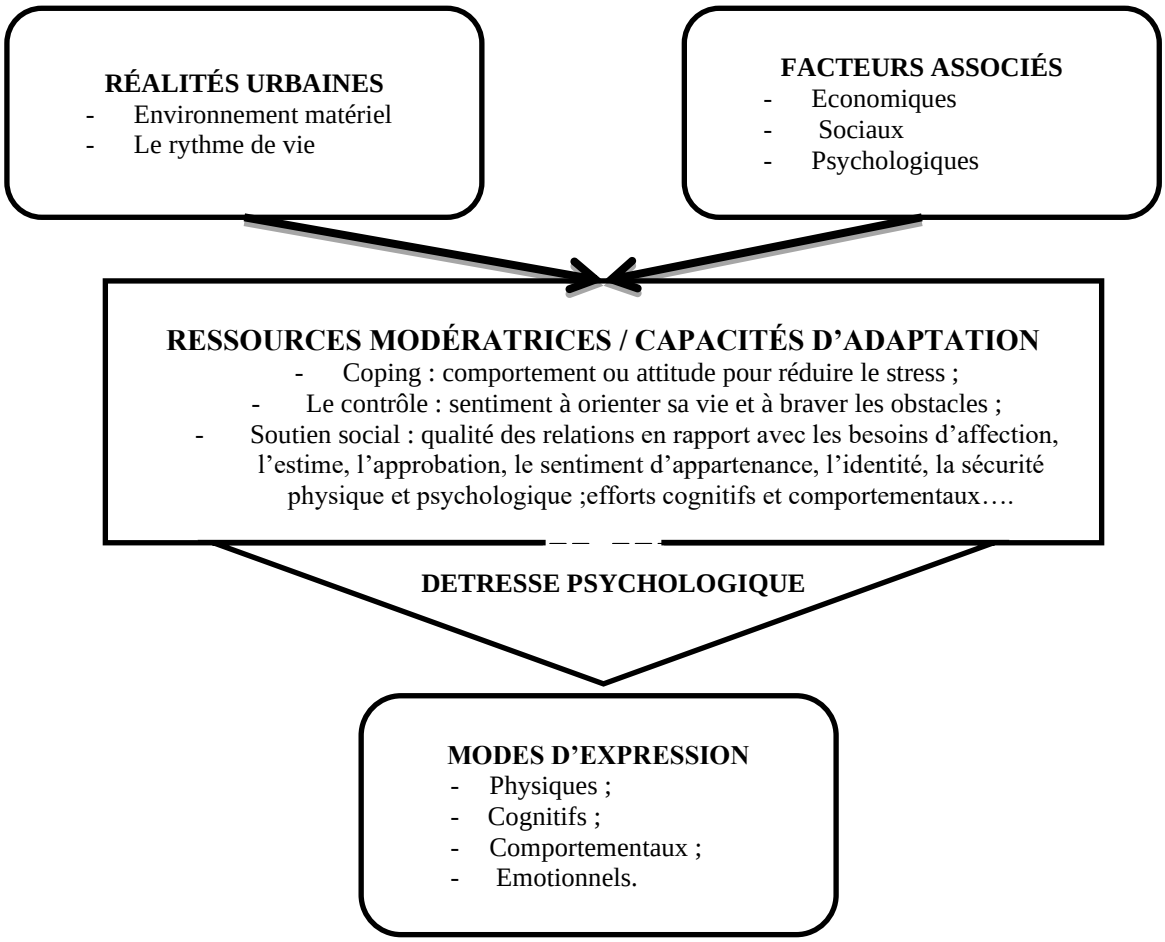


Figure : Cadre conceptuel

Ce cadre postule que les contraintes urbaines auxquelles les habitants de Cotonou sont soumis constituent des sources de tensions à l'origine de leur détresse psychologique. Les facteurs associés (risques) les renforcent en augmentant son intensité. Les ressources modératrices et les capacités d'adaptation (facteurs de protection) réduiraient ces risques. Lorsque ces dernières s'affaiblissent, la détresse psychologique apparait à des degrés divers sous forme de symptômes variés.

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 METHODES D'ETUDE

2.1.1 Type d'étude

Au regard de notre problématique, de la nature de l'étude ainsi que des objectifs de la recherche, nous avons opté pour une approche mixte ce modèle de recherche implique de combiner les éléments d'une approche quantitative et qualitative à des fins de compréhension et de corroboration pour mieux cerner les contours de notre sujet.

Ainsi chaque méthode compensera les limites de l'autre. Notre approche permettra une compréhension plus complète et plus approfondie de la détresse psychologique en milieu urbain béninois qu'une approche quantitative ou qualitative seule utilise.

En plus une intégration des deux sources de données seront utilisé à des moments précis de l'étude. Ainsi la stratégie de collectes de données se fera en deux phases. Une première étape consistera à mesurer l'ampleur de la détresse psychologique de chez les cotonois (ses) à partir d'une démarche quantitative. Ensuite une connexion des résultats quantitatifs sera faite pour la collecte et l'analyse des données de la seconde étape qualitative. Plus précisément il sera question d'utiliser certains résultats de la phase quantitative pour identifier les personnes à enquêter à propos des modes d'expression de la détresse psychologique.

2.1.2 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 20 juin 2021 au 17 Janvier 2022.

2.1.3 Population d'étude

Les participants à cette étude sont principalement les résidents de Cotonou. Il s'agit plus précisément de :

- Personnes résidents à Cotonou depuis au moins cinq (5) ans,

- Personnes résidents dans les banlieues de Cotonou (Abomey-Calavi, Sèmè-Kpodji), qui travaillent à Cotonou et ayant résidé une fois à Cotonou pendant au moins deux (2) ans.

2.1.3.1 Critère d'inclusion

Les critères d'inclusion suivants ont été retenus :

Pour les résidents de Cotonou :

- Résider dans l'un des 13 arrondissements de la ville de Cotonou depuis au moins cinq ans
- Exercer ses activités professionnelles à Cotonou au moins sur une durée de 8 heure d'affiler,
- Être âgé de18 ans au moins.

Pour les résidents de la banlieue de Cotonou :

- Résider à Abomey-Calavi ou Sèmè-Kpodji
- Exercer ses activités professionnelles à Cotonou au moins sur une durée de 8 heure d'affiler par jour,
- Avoir résidé une fois à Cotonou pendant au moins deux ans,
- Être âgé de 18 ans au moins.

La ville de Cotonou avec ses spécificités, nous a amené à inclure les participants résidants dans les banlieues de Cotonou à savoir Abomey-Calavi et Sèmè-Kpodji du fait de l'expérience du vécu à Cotonou de certains avant de rejoindre la banlieue mais qui continue d'être exposé au mode vie citadin. Aussi est-il que ces derniers sont quotidiennement à Cotonou où se trouvent leurs lieux de travail.

2.1.3.2 Critères d'exclusion

Ne sont pas pris en compte dans cette étude :

- les personnes résidents à Cotonou depuis moins de cinq (5) années et n'exerçant pas leurs activités professionnelles à Cotonou,

- les personnes résidents dans la banlieue de Cotonou (Abomey-Calavi ou Sèmè-Kpodji) n'exerçant leurs activités professionnelles à Cotonou au moins sur une durée de 8 heures d'affiler par jour,
- les personnes ne résidents dans la banlieue de Cotonou (Abomey-Calavi ou Sèmè-Kpodji)
- les personnes ayant résidé à Cotonou pendant moins deux ans,
- les personnes âgées de moins de 18 ans

2.1.4 Échantillonnage

2.1.4.1 Taille de l'échantillon

Nous avons utilisé les techniques d'échantillonnage aléatoire et par choix raisonnés. Dans le premier cas nous nous somme rendu dans chaque arrondissement où les participants ont été enquête de manière aléatoire pour mesurer l'ampleur de la détresse psychologique. Ensuite à partir des résultats de cette phase les personnes présentant un seuil de détresse significatif ont été contactées pour la suite des enquêtes. Par ce biais nous avons enquêté 150 participants tel que présenté dans le tableau ci-dessous :

Lieu de résidence	Effectif
Cotonou	100
Abomey Calavi	25
Sèmè-Kpodji	25
Effectif Total	**150**

2.1.4.2 Variables

❖ ***Variable dépendante :***

La variable d'intérêt était la détresse psychologique

❖ ***Variables indépendantes***

- Variable sociodémographique
- Variables facteurs associés à la détresse psychologique

- Variable mode d'expression de la détresse psychologique

2.1.5 Collecte des données

2.1.5.1 Outil de la collecte des données

Compte tenu de l'approche mixte que nous avons choisi et des spécificités des informations recherchés l'étude a pris en compte respectivement les outils à savoir le questionnaire et ensuite le guide d'entretien.

Le questionnaire a servi à produire des données quantitatives pour apprécier l'ampleur de la détresse psychologique qui est le phénomène observé. Les entretiens quant à eux, ils ont été utilisés pour une meilleure connaissance de la problématique et ont permis de mieux comprendre les ressentis, les modes d'expression de la détresse psychologique et le vécu parfois pénible du citadin en proie à la détresse psychologique à Cotonou.

Le questionnaire a permis, de produire des données quantitatives pour mesurer l'ampleur de la détresse psychologique. Ainsi pour plus de fiabilité nous avons appliqué l'indice de détresse psychologique à six (6) items de Kessler (K6). Cet outil nous a permis non seulement de connaitre l'ampleur de la détresse psychologique à Cotonou mais d'apprécier le niveau de détresse significatif chez chaque interviewés.

La grille d'entretien fut structurée selon plusieurs variantes à savoir :

- la connaissance de la détresse psychologique par les enquêtés,
- ensuite les facteurs de risques qui y sont associés
- et les modes d'expressions ainsi que les moyens de prévention.

Cette phase a consisté à faire des entretiens semi structurés avec les personnes ayant révélé un niveau de détresse psychologique d'âpres l'échelle de Kessler.

2.1.5.2 Analyse des données

Cette étude s'est déroulée sur une période de deux (2) mois à Cotonou du 1er novembre au 31 décembre 2021 en trois étapes. Premièrement une recherche documentaire nous

a permis de prendre connaissance des écrits existants sur la détresse psychologique et les liens avec le vécu en milieu urbain.

Ainsi une documentation diverse et variée a été consultée à savoir des mémoires, des thèses, articles et ouvrage. Cette première phase de la méthodologie nous a permis de mieux cerner les contours de notre sujet, de comprendre sa pertinence.

Aussi informations d'ordres méthodologiques, les techniques de rédaction des mémoires et des informations générales et spécifiques ont été obtenu. Cette phase nous a surtout aidé à rédiger le volet théorique, méthodologique de notre recherche et d'élaborer les outils de collecte de données.

Ensuite nous avons procédé à la collecte de données en deux phases d'abord à l'aide du questionnaire d'échelle de détresse psychologique nous avons interviewée les différents groupes cibles. Après dépouillement les résultats ont permis de sélectionner les personnes présentant un niveau de détresse significatif selon l'échelle de kessler ont été ensuite contactés et soumis à un entretien semi directif que nous avons élaboré à cet effet à l'aide d'une grille d'entretien.

Le traitement des données s'est fait en fonction de leur nature. Pour les données quantitatives issues de l'administration du questionnaire de Kessler à six (6) items, elles ont fait objet d'une codification puis d'un dépouillement manuel.

L'échelle de détresse psychologique K6 est une échelle construite par Kessler (2002) pour mesurer la détresse psychologique chez les sujets. Cette échelle est composée de 6 questions. L'échelle des choix de réponses aux questions est une échelle 0 à 4 qui se présente sous la forme suivante :

- 0 = « jamais »,
- 1 = « rarement »,
- 2 = « parfois »,
- 3 = « la plupart du temps,
- 4 =« tout le temps ».

Les scores obtenus sur l'échelle de détresse psychologique K6, qui résultent de la somme des scores obtenus aux six questions, varient de 0 à 24 ; plus la cote est élevée, plus la détresse psychologique est prononcée.

Un score de 7 ou plus à l'échelle de K6 correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle et indique un niveau de détresse psychologique élevé. Les résultats obtenus ont fait objet d'un traitement graphique.

A cet effet le logiciel Microsoft Word a permis de saisir le texte et de réaliser des tableaux. Quant au logiciel Microsoft Excel, il a été utilisé pour confectionner les graphiques et les camemberts. Les données qualitatives issues des entretiens individuels ont été enregistrées et transcrites par la suite sur papier. Le test statistique de Khi-deux de Pearson a été utilisé pour comparer la significativité des facteurs associés à la détresse psychologique. Une analyse univariée a été utilisée. Ainsi Il y avait un facteur associé significatif lorsque la valeur de p (p-value) était inférieure à 0,05.

Ces informations ont servi de support à l'analyse de contenu, par la suite d'un regroupement thématique selon les grands axes de notre grille d'entretien ensuite un travail d'interprétation a eu pour objet de donner une signification aux résultats obtenus.

2.2 ÉTHIQUE ET DEONTOLOGIE

Le présent sujet a été soumis à la coordination pédagogique des Masters du Département de Psychologie pour avis et accord. Après cette étape, un protocole de recherche a été présenté à nos encadreurs (Directeur et Co-directeur), pour validation.

Les outils de collectes des données préalablement testé et en conformité avec les principes éthiques contenu dans la déclaration de l'association médicale mondiale d'Helsinki (Am coll Dent et Al, 2014).

Un message d'information expliquant l'objectif de l'étude précède chaque outil utilisé. Le consentement verbal des enquêtés a été obtenu, l'anonymat et la confidentialité des informations à collecter ont été respectées.

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

3.1 RESULTATS

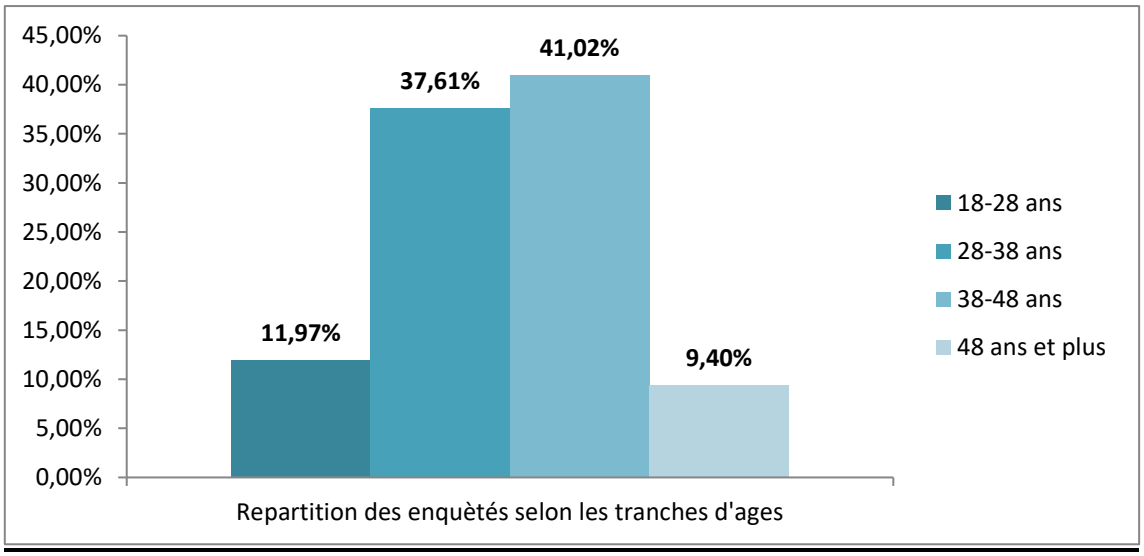
3.1.1 Caractéristique sociodémographique

Tableau I: Répartition des enquêtés selon le sexe

	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	72	61,54
Féminin	45	38,46
Total	117	100,00

Source : *données de terrain_2021*

D'après le tableau ci-dessus, il ressort que sur les 117 personnes enquêtées, 61,54 % sont des hommes et 38,46 % sont des femmes. Ces proportions nous indiquent un déséquilibre entre le nombre d'hommes et celui de femmes enquêtées. Le nombre d'hommes est largement supérieur à celui des femmes.



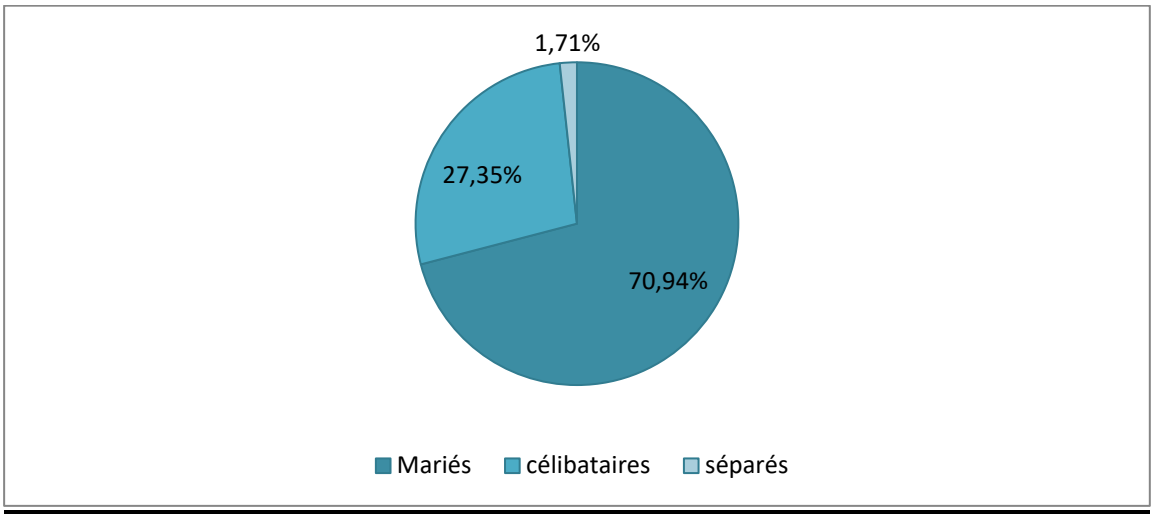
Graphique 1: Histogramme de répartition des enquêtés selon l'âge

Source : données de terrain_2021

La structure par tranche d'âge montre, de façon générale, que la grande majorité des sujets enquêtés sont des adultes avec une moyenne d'âge de 42 ans et 66 ans pour le sujet le plus âgé.

Toutefois, la tranche d'âge la plus représentée au sein de cet échantillon est la tranche 38-48 ans soit au total 41,02 %. Cette catégorie d'âge est suivie de celle de 28-38ans avec un pourcentage de 37,61 % de l'effectif total.

La tranche d'âge la moins représentée est celle de 48 ans et plus. Elle représente 9,40 % de l'effectif. Il faut aussi noter que la tanche d'âge de 18-28 ans représente une proportion non négligeable avec un pourcentage de 11,97 %.



Graphique 2: diagramme de répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

Source : données de terrain_2021

Selon ce tableau, plus de la moitié des personnes enquêtées soit 70,94 % sont mariées. Cette forte proportion est suivie de 27,35% qui représentent le pourcentage des célibataires. Les données collectées précisent également que d'autres personnes enquêtées sont séparées. Toutefois, leur proportion est très faible comparativement aux personnes mariées et célibataires. Leur pourcentage est de 1,71%.

Tableau II: Répartition des enquêtés selon la situation d'activité

Situation d'activité	Effectif	Fréquence (%)
Fonctionnaire	71	60,68%
Artisan	8	6,84%
Autres	38	32,48%
Total	**117**	**100 %**

Sources : données de terrain_2021

La situation d'activité de personnes enquêtées révèle que les fonctionnaires représentent 60,68% de l'effectif total, contre 32,48% pour les autres activités et 6,84% pour les artisans.

Tableau III: Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence (%)
Universitaire	100	85,48 %
Secondaire	3	2,56 %
Primaire	1	0,85 %
Non scolarisé	13	11,11 %
Total	**117**	**100 %**

Source : données de terrain_2021

Au regard de ce tableau, les personnes que nous avons enquêtés à Cotonou ont pour la plupart un niveau d'étude universitaire. Le pourcentage de l'effectif total est de 85,48%. Cette proportion des enquêtés est suivie des non scolarisés représentant 11,11%. Les personnes ayant le niveau d'étude secondaire et primaire sont très peu représentées avec des taux très faibles de 2,56% pour le secondaire et 0,85 % pour le primaire.

Tableau IV: répartition des enquêtés selon le lieu de résidence

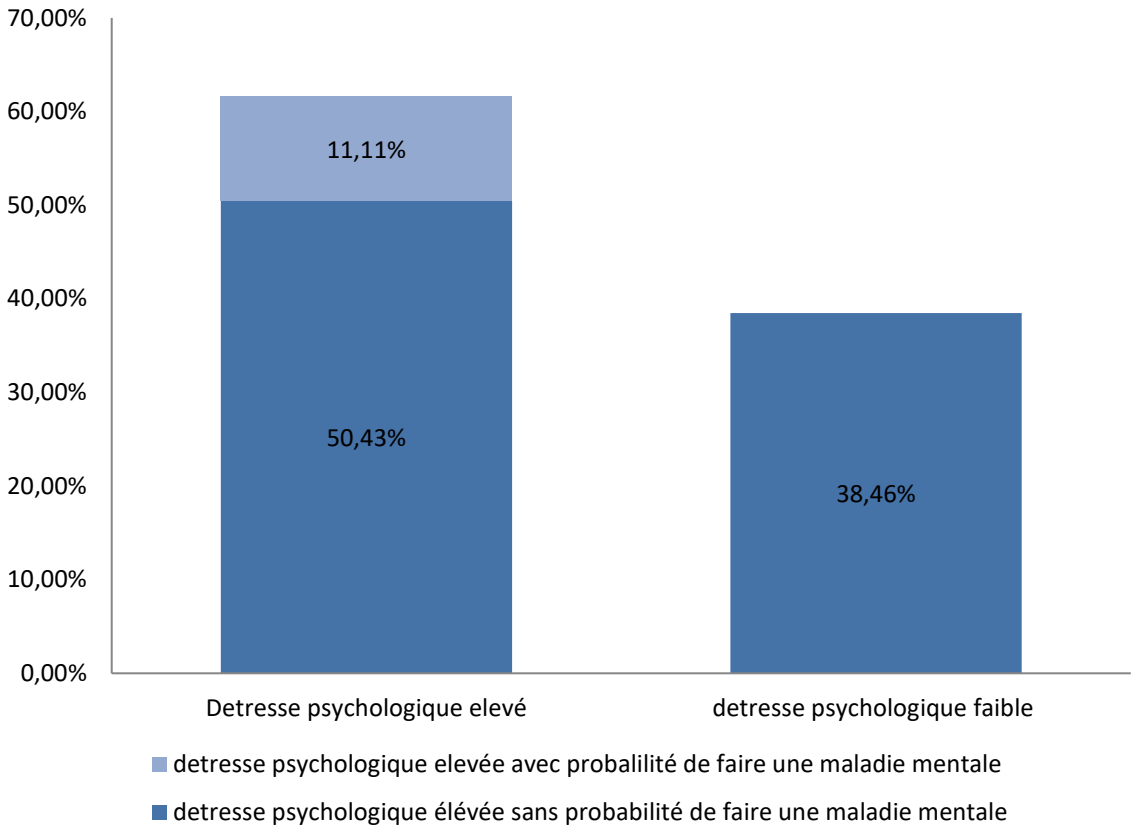
Lieu de résidence	Effectif	Fréquence (%)
Cotonou	72	61,54 %
Abomey-Calavi	25	21,37%
Sèmè-Kpodji	20	17,09 %
Total	117	100%

Source : données de terrain_2021

De notre collecte des données, il ressort que les personnes enquêtées pour la grande majorité résident à Cotonou avec un taux de 61,54%. Ils sont suivis d'enquêtés résidents à Abomey-Calavi ayant déjà une expérience de résidents de la ville de Cotonou pendant au moins deux ans et qui viennent au quotidien travailler à Cotonou pendant au moins huit (8) heures dans la journée. Cette proportion est de 21,37%

Contre 17,09% pour les enquêtés remplissant les mêmes critères mais résidents dans la commune de Sèmè-Kpodji.

3.1.2 Ampleur de la détresse psychologique à Cotonou



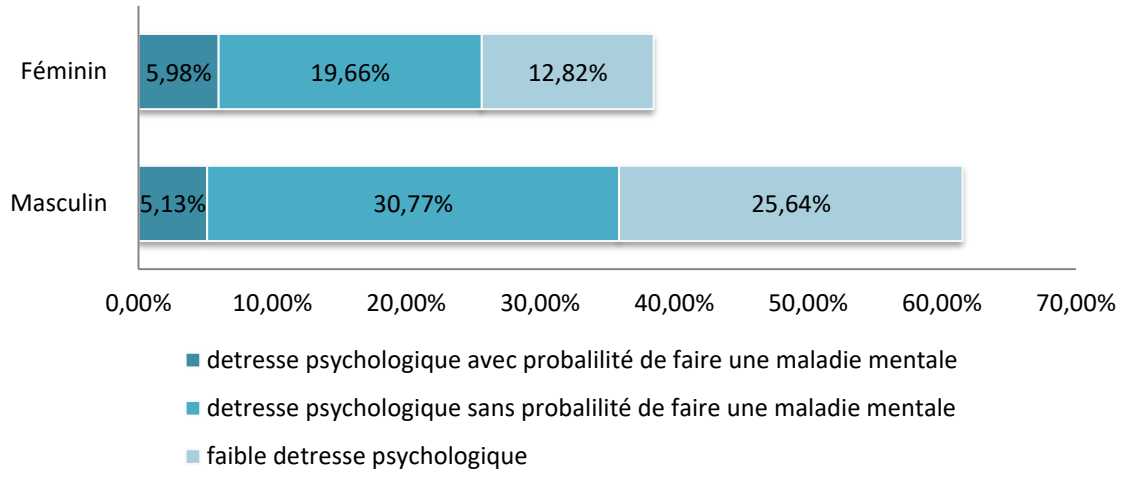
Graphique 3: Répartition des enquêtés selon le niveau de détresse psychologique

Source : données de terrain_2021

La majorité des personnes enquêtées présente un niveau de détresse psychologique élevé soit un pourcentage de 61,54%. Le reste des enquêtés présente un niveau de détresse psychologique relativement faible, cette proportion est de 38,46%.

L'analyse de ce tableau permet de faire remarquer qu'au sein des enquêtés présentant une détresse élevée, une frange importante soit 50,43 % présente certes une détresse psychologique élevée mais sans probabilité de faire une maladie mentale avec des score à l'échelle de Kessler inférieur à 13 et supérieur ou égale à 7. En revanche un effectif de 11,11% Présente un niveau de détresse élevé avec une probabilité de faire une maladie mentale avec des scores de 13 ou supérieurs à 13.

Tableau V: Relation entre détresse psychologique et le sexe

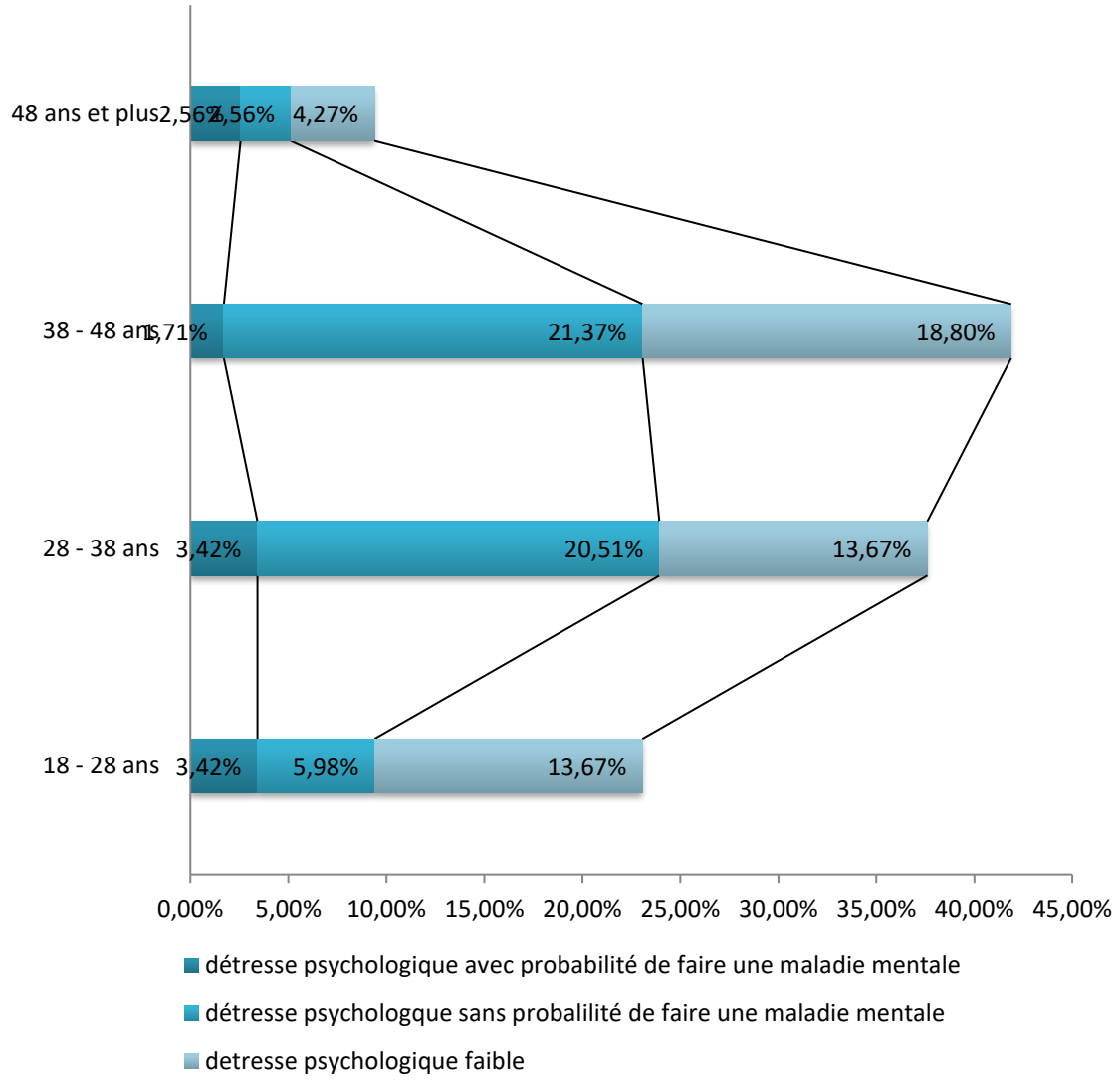


Source : données de terrain_2021

D'après ce tableau le rapport entre la détresse psychologique et le sexe révèle que 35,9% des hommes enquêtés présentent un niveau de détresse élevé. Dans cet effectif, 30,77% présente une détresse psychologique sans probabilité de faire une maladie mentale contre 5,13% présentant un niveau de détresse avec une probabilité de faire une maladie mentale. Le reste de l'effectif ; des hommes soit 25,64% présente un niveau de détresse psychologique faible.

Au niveau du sexe féminin, 25,24% présente une détresse élevée avec 19,66% en situation de détresse élevée sans probabilité de faire une maladie mentale et 5,98% ayant une détresse élevée avec probabilité de faire une maladie mentale. Dans cet effectif de femme 12,82% présente une détresse faible.

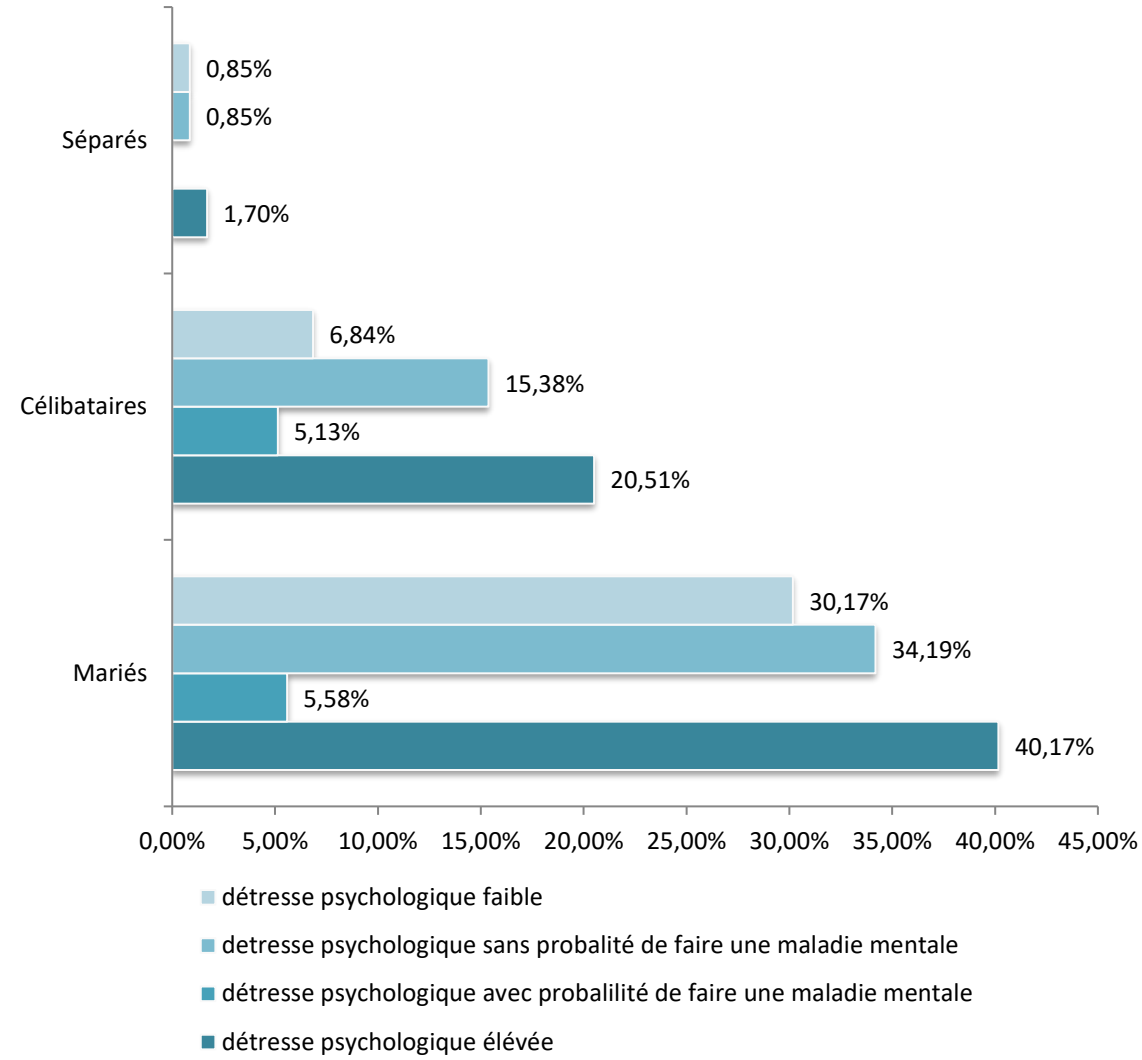
Il est important de faire remarquer que la détresse psychologique est plus présente chez les hommes que les femmes cependant les écarts ne sont pas très élevés surtout au niveau des situations de détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ou les seuils sont presqu'approximatif avec 5,13% chez les hommes et 5,98% chez les femmes. Malgré cela en faisant le lien entre l'effectif plus élevé des hommes d'une manière général, le fait que 5,98% de femme sont en situation de détresse psychologique élevé avec probabilité de faire une maladie mentale reste un indicateur non négligeable chez les femmes.



Graphique 4: Relation entre Détresse psychologique et l'âge

Source : données de terrain_2021

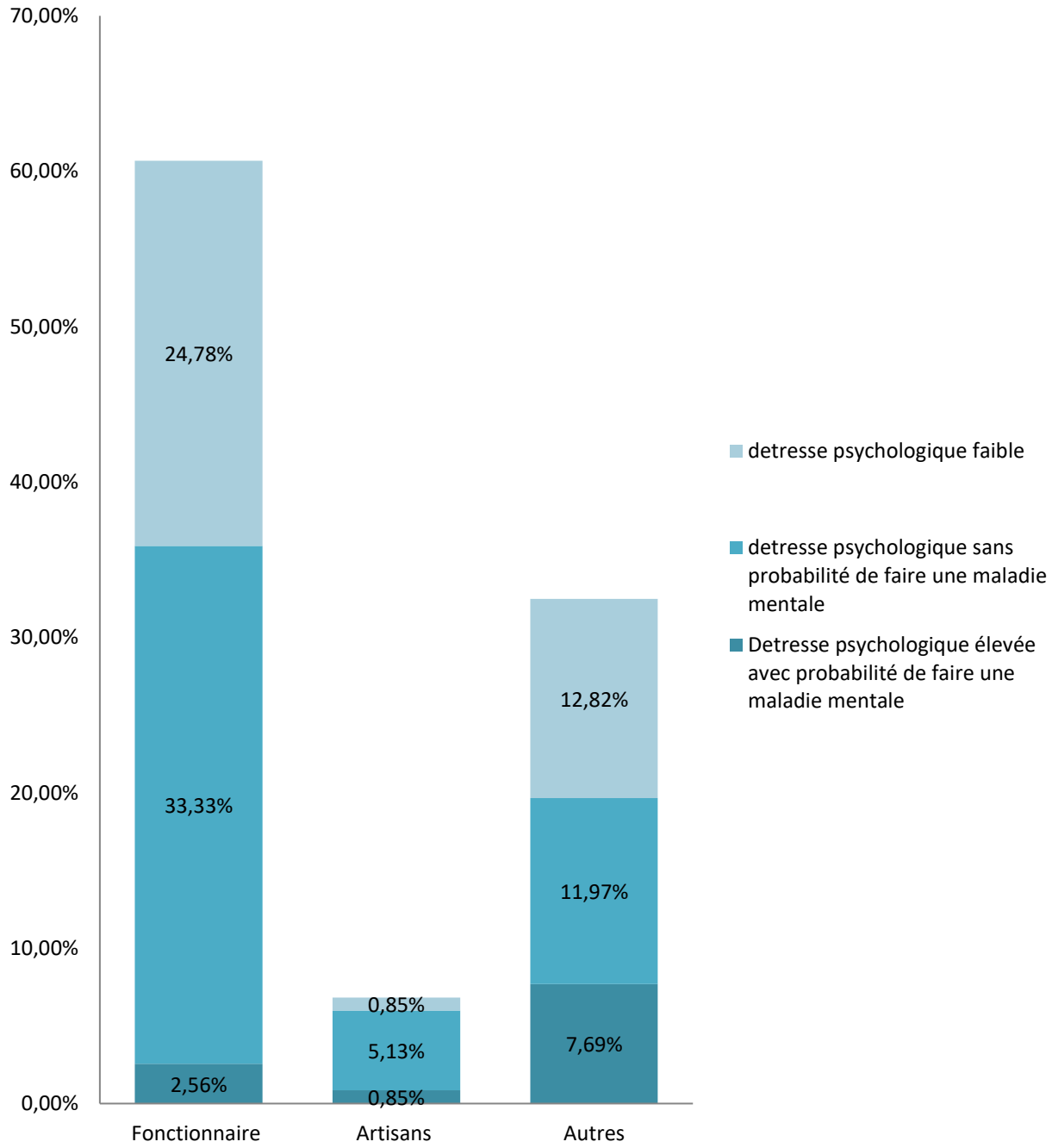
La détresse psychologique est présente au niveau de toutes les tranches d'âge. Elle est cependant plus élevée chez les personnes dont l'âge est compris entre 28 - 38 ans avec un pourcentage de 23,98%, cet effectif est suivi de la tranche d'âge de 38- 48 ans qui représente 23,08%. Les tranches d'âge de 18-28 ans et 48 ans et plus sont faiblement représenté en respectivement les taux de 9,40% et 5,12%. Le tableau révèle aussi que le niveau de détresse psychologique élevé avec probabilité de faire une maladie mentale est plus élevé au niveau des 18-28 ans et les 28-38 ans un taux de 3,42 % chacun suivie des personnes âgées de plus de 48 ans qui représente 2,52% de l'effectif.



Graphique 5: Relation entre détresse psychologique et situation matrimoniale

Source : données de terrain_2021

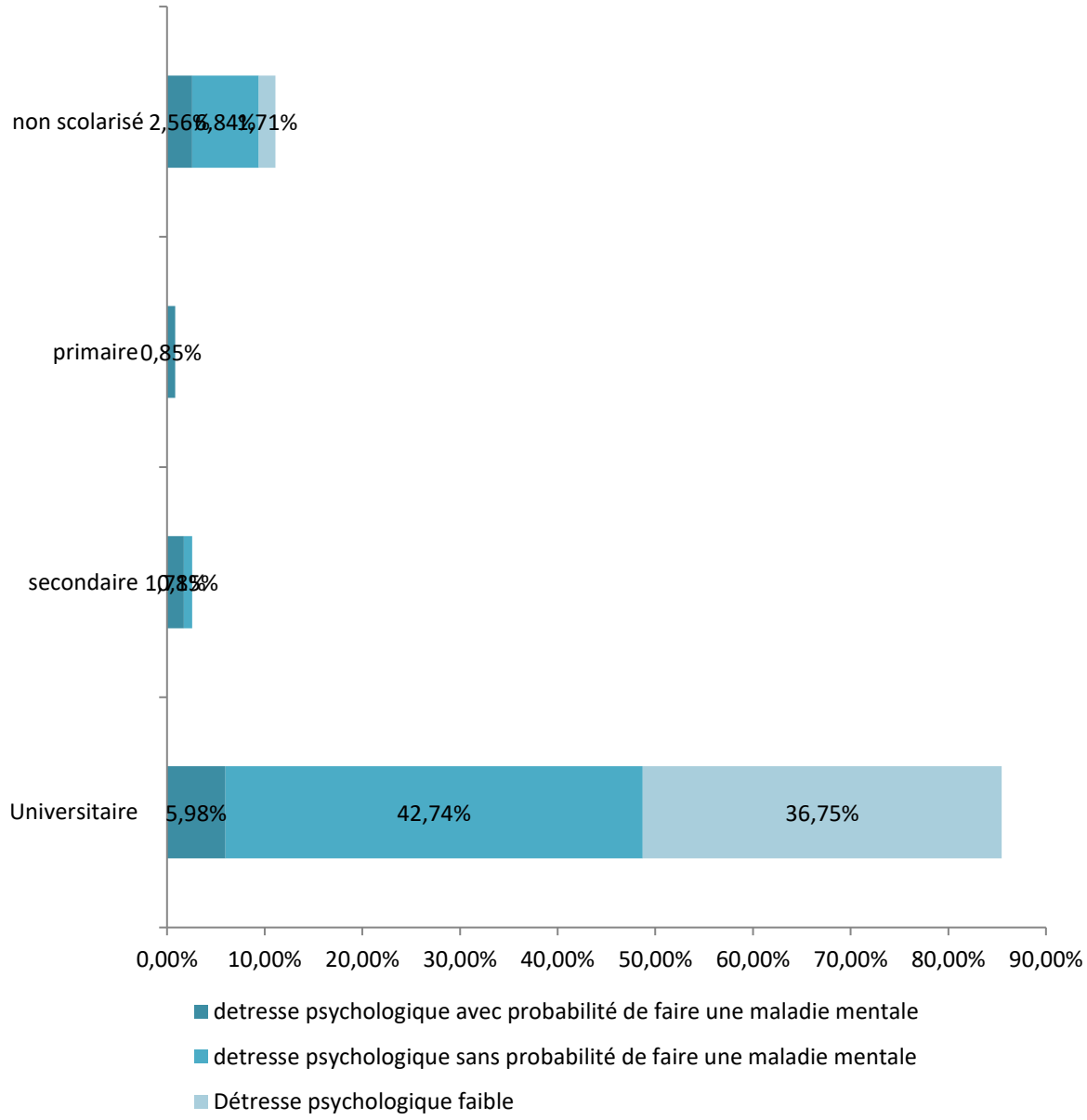
Les mariés au terme de nos enquêtes présentent plus de détresse psychologique avec un taux de 40,17% conte un taux de 20,51% au niveau ces célibataires. Chez les personnes séparées la proportion est très faible avec 0,85%. Toutefois le tableau attire notre attention sur les situations de détresse psychologique élevé ou le taux de personnes en situation de détresse élevé avec probabilité de faire une maladie mentale est presque équivalent entre les mariés et les célibataires avec des pourcentages respectifs de 5,98% et 5,13 %. En revanche au niveau de la détresse élevée sans probabilité de faire une maladie mentale la proportion de marié est deux fois supérieures soit un taux de 34,19% pour 15,38% chez les célibataires.



Graphique 6: Relation entre détresse psychologique et situation d'activité

Source : données de terrain_2021

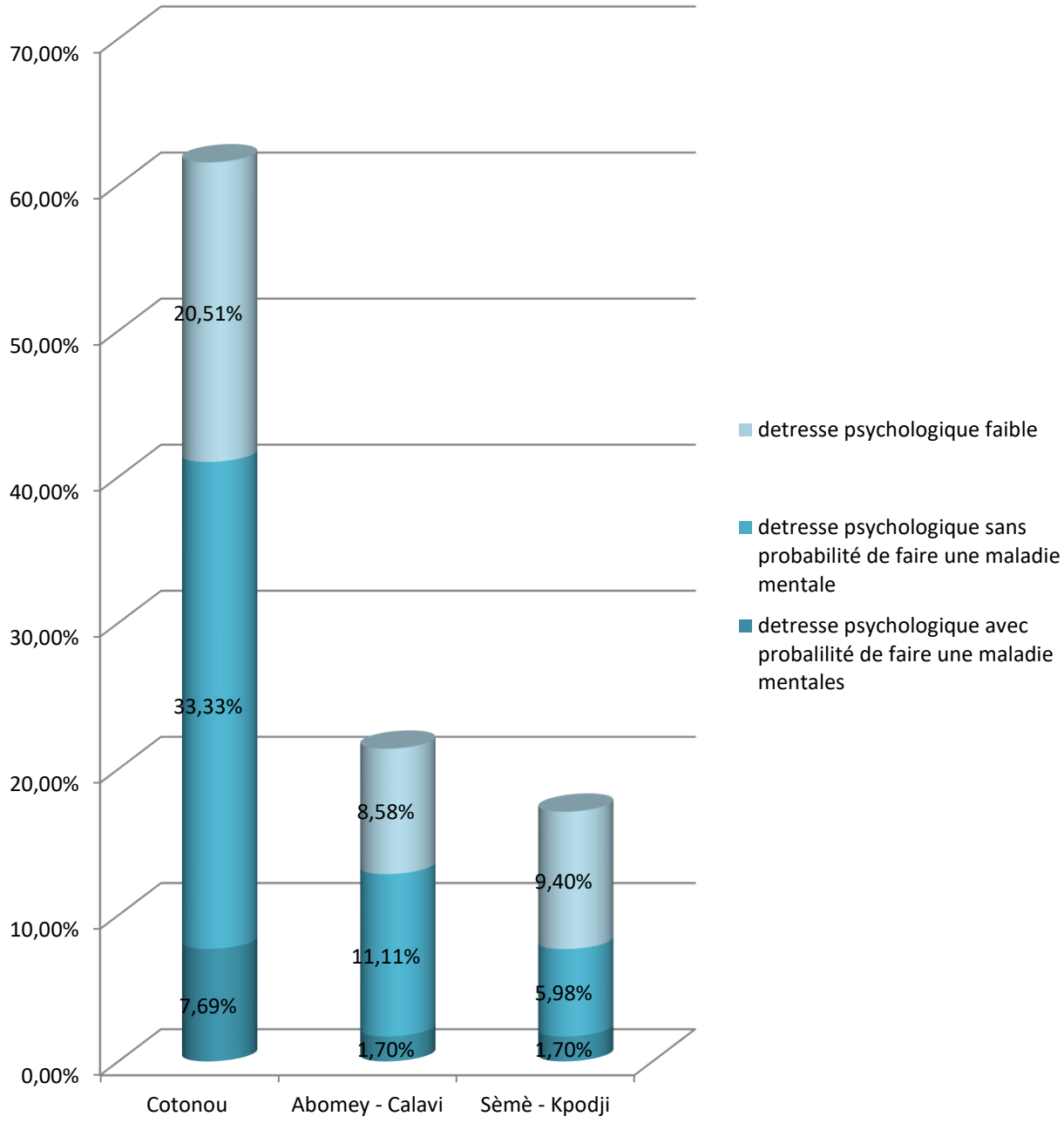
Le tableau ci-dessus montre que la détresse psychologie est plus présente chez les fonctionnaires à une proportion de 35,89% de l'effectif total. Ensuite les personnes ayant une autre situation d'activité représentent 19,66% des personnes ayant un niveau de détresse psychologique élevé. Elles sont suivies des artisans avec pour proportion relativement faible de 6,83% de l'effectif total des enquêtés.



Graphique 7: Relation entre détresse psychologique te niveau d'étude

Source : données de terrain_2021

Les personnes ayant un niveau d'étude universitaire lors de nos enquêtes ont un niveau de détresse psychologique élevé soit 48,72 %, ils sont suivis des non scolarisés qui représente environ 9,40 % de l'effectif. Ceux ayant un niveau d'étude primaire en situation de détresse psychologique sont négligeable soit 0,85%. Les seuils de détresse élevés avec une probabilité de faire une maladie mentale sont plus prononcés chez les personnes à niveau d'étude universitaire suivi des non scolarisés avec respectivement 5,98% et 2,56%.

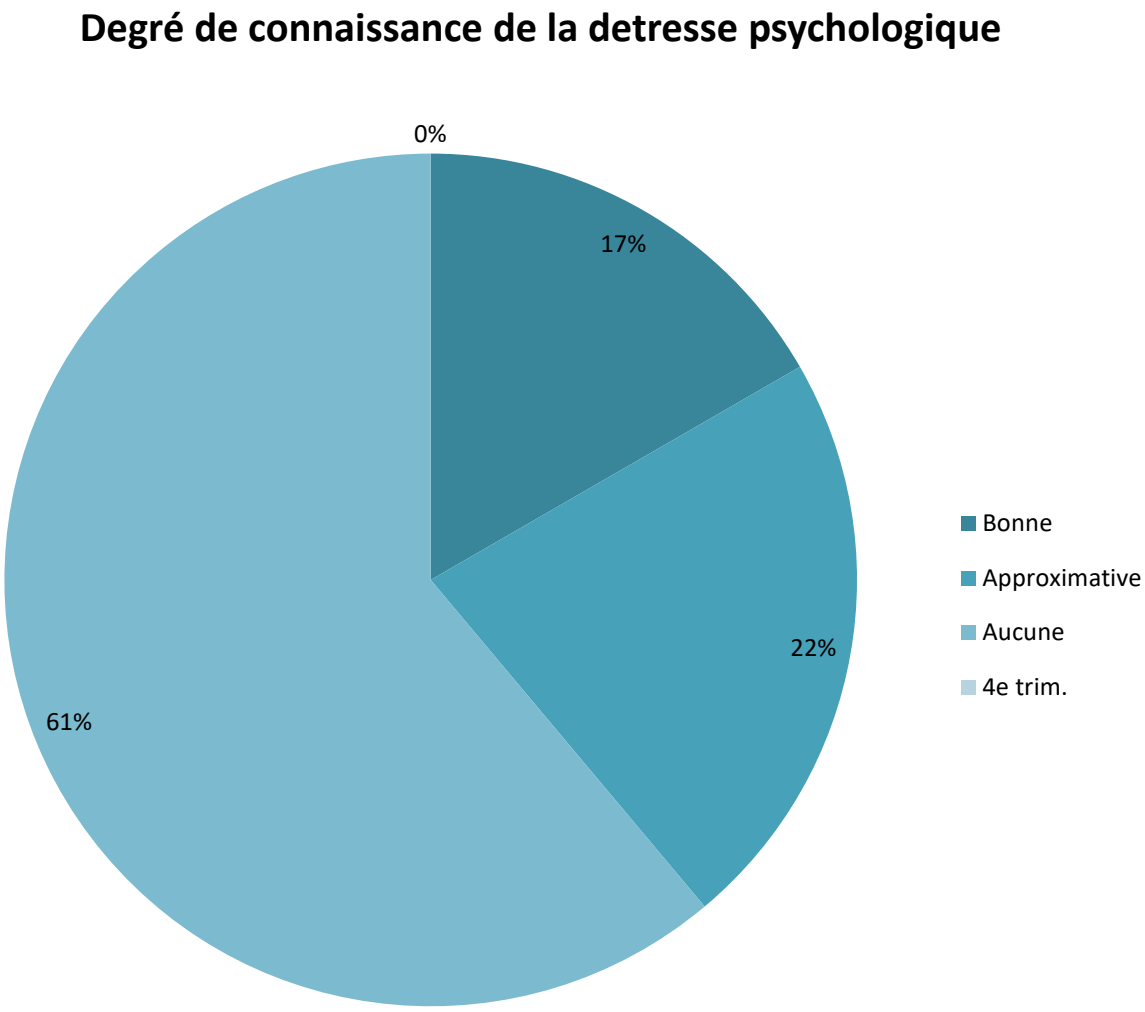


Graphique 8: Relation entre détresse psychologique et le lieu de résidence

Source : données de terrain_2021

La détresse psychologique est bien présente au niveau de chaque localité de résidence. Toutefois le plus fort taux s'observe à Cotonou avec un pourcentage de 44,99% suivie de la commune d'Abomey-Calavi avec un niveau de détresse psychologique de 12,81%. Quand a la commune de Sèmè-Kpodji elle présente un taux 7,68%.

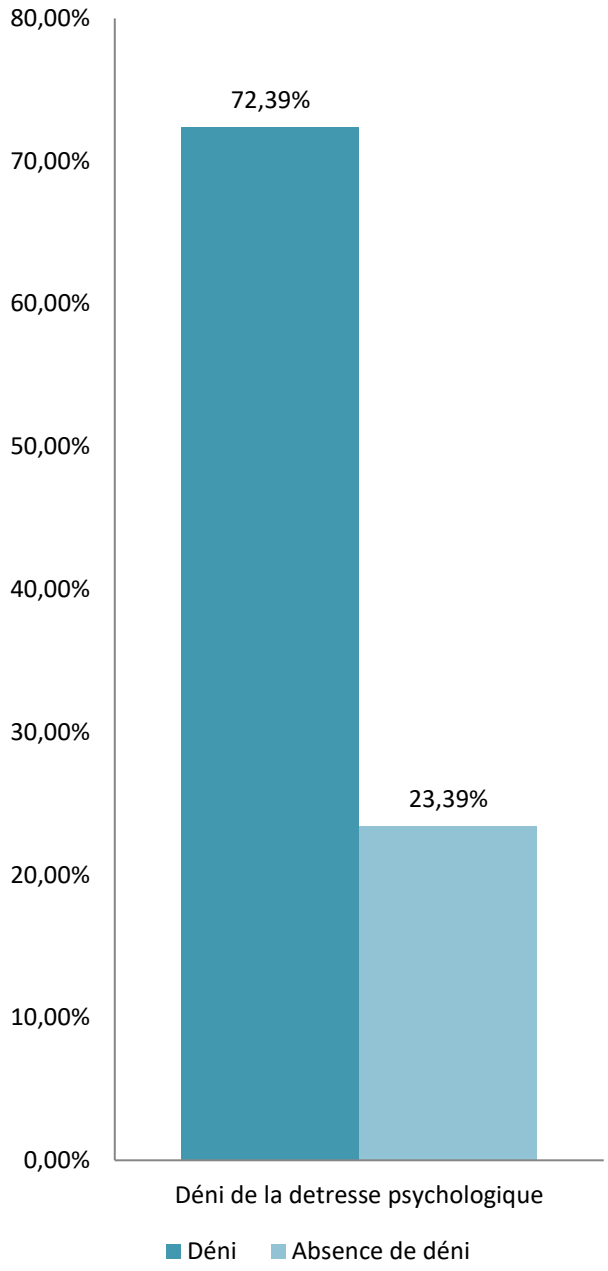
3.1.3 Connaissance de la détresse psychologique



Graphique 9: Répartition des enquêtes en situation de détresse psychologique selon leur degré de connaissance de la détresse psychologique

Source : données de terrain_2021

A la question de savoir si les enquêtés avaient des connaissances ou des informations sur la détresse psychologique, il s'est avéré que 61% des enquêtés n'avaient aucune connaissance sur la détresse psychologique. Cette proportion est suivie de ceux qui ont une connaissance approximative de la détresse psychologique avec un taux de 22%. Seulement 16 % des enquêtés ont une bonne connaissance de la détresse psychologique.



Graphique 10: Déni de la détresse psychologique

Source : données de terrain_2021

Bien que tous testé positif à la détresse psychologique à l'échelle de Kessler, 76,39% de l'effectif des enquêtés en situation de détresse psychologique estime n'avoir jamais été victime. Seulement 17 d'entre eux le reconnaisse soit un taux de 23,61%.

3.1.4 Facteurs associés à la détresse psychologique

Tableau VI: Présentation des facteurs associés économiques : revenu

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	**Facteurs associés: revenu**			***p***
	Non	Oui	Total	
Non	11	47	58	*0.0000*
	50.00	94.00	80.56	
Oui	11	3	14	
	50.00	6.00	19.44	
Total	22	50	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Parmi les facteurs associés économiques, le revenu est très significatif d'après ce tableau.

Tableau VII: Présentation des facteurs associés économiques : le manque d'argent ou les problèmes financiers

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	**Facteurs associés: Manque d'argent**			***p***
	Non	Oui	Total	
Non	0	58	58	*0.0000*
	0.00	85.29	80.56	
Oui	4	10	14	
	100.00	14.71	19.44	
Total	4	68	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Les problèmes financiers au regard de ce tableau sont eux aussi des facteurs associés économiques significatifs de la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou.

Tableau VIII: facteurs associés sociaux : le milieu de provenance

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés : Milieu de provenance			*P*
	Non	Oui	Total	
Non	28	30	58	*0.2821*
	75.68	85.71	80.56	
Oui	9	5	14	
	24.32	14.29	19.44	
Total	37	35	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Ce tableau montre que le milieu de provenance n'est pas un facteur social important associé à la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou.

Tableau IX: Tableau VIII : facteurs associés sociaux : Statut social et niveau intellectuel

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés : Statut social et niveau intellectuel			*P*
	Non	Oui	Total	
Non	38	20	58	*0.0413*
	88.37	68.97	80.56	
Oui	5	9	14	
	11.63	31.03	19.44	
Total	43	29	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Ce tableau révèle que le statut social et le niveau intellectuel sont des facteurs sociaux très significatifs dans la détresse psychologue à Cotonou.

Tableau X: facteurs associés sociaux : la pauvreté et la précarité

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés : Pauvreté et précarité			*P*
	Non	Oui	Total	
Non	0	58	58	*0.0035*
	0.00	82.86	80.56	
Oui	2	12	14	
	100.00	17.14	19.44	
Total	2	70	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

La pauvreté et la précarité sont des facteurs associés très significatifs de la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou.

Tableau XI: facteurs associés sociaux : chômage

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés: Chômage			P
	Non	Oui	Total	
Non	9	49	58	0.4161
	90.00	79.03	80.56	
Oui	1	13	14	
	10.00	20.97	19.44	
Total	10	62	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Le chômage ne se révèle dans cette étude comme un facteur associé significatif de la détresse psychologique.

Tableau XII: facteurs associés sociaux : insécurité

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés: Insécurité			*P*
	Non	Oui	Total	
Non	11	47	58	*0.0036*
	57.89	88.68	80.56	
Oui	8	6	14	
	42.11	11.32	19.44	
Total	19	53	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

L'insécurité est très associée à la détresse psychologique parmi les facteurs sociaux.

Tableau XIII: facteurs associés sociaux : naissances

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés: Nuisances			P
	Non	Oui	Total	
Non	18	40	58	0.8575
	81.82	80.00	80.56	
Oui	4	10	14	
	18.18	20.00	19.44	
Total	22	50	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Ce tableau indique que les nuisances ne figuraient pas de façon significative parmi les facteurs associés

Tableau XIV: facteurs associés psychologiques : Evénements de vie significatifs

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés : Evénements de vie significatifs			*P*
	Non	Oui	Total	
Non	0	58	58	*0.0000*
	0.00	85.29	80.56	
Oui	4	10	14	
	100.00	14.71	19.44	
Total	4	68	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Les événements de vie significatifs sont des facteurs psychologiques important associés à la détresse psychologique.

Tableau XV: facteurs associés psychologiques : tension nerveuse

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés: Tension nerveuse			P
	Non	Oui	Total	
Non	40	18	58	0.0161
	74.07	100.00	80.56	
Oui	14	0	14	
	25.93	0.00	19.44	
Total	54	18	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Les tensions nerveuses sont très significatives parmi les facteurs psychologiques associés à la détresse.

Tableau XVI: facteurs associés psychologiques : pressions et contraintes diverses

Détresse psychologique ?	Facteurs associés : Pressions et contraintes diverses			P
	Non	Oui	Total	
Non	10	48	58	0.0385
	62.50	85.71	80.56	
Oui	6	8	14	
	37.50	14.29	19.44	
Total	16	56	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Les pressions et contraintes diverses sont révélées par le tableau ci-dessus comme étant des facteurs psychologiques associé.

Tableau XVII: facteurs associés psychologiques : antécédents psychologiques

Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ?	Facteurs associés: Antécédents psychologiques			P
	Non	Oui	Total	
Non	4	54	58	0.0995
	57.14	83.08	80.56	
Oui	3	11	14	
	42.86	16.92	19.44	
Total	7	65	72	
	100.00	100.00	100.00	

Source : données de terrain_2021

Les antécédents psychologiques ne sont pas très significatifs parmi les facteurs associés à la détresse psychologique.

Les facteurs associés à la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou étaient économiques [Le revenu (p=0,0000) ; Le manque d'argent (p=0,0000)], sociaux [Statut social et niveau intellectuel (p=0,0413); Pauvreté et précarité (p=0,0035); Insécurité (p=0,0036)] et psychologiques [Evènements de vie significatifs (p=0,0000) ; Tension nerveuse (p=0,0161); Pressions et contraintes diverses (p=0,0385)].

« Ne vous trompez pas monsieur, le manque d'argent est la pire des choses et le principal facteur de détresse psychologique. Car dans ce monde d'aujourd'hui si vous n'en avez pas c'est comme si vous n'existez pas et vous subirez tous les traumatismes. »

« La condition de pauvreté vous plonge dans les soucis constants, vous vous trouver impuissant face aux situations les plus banales. Cela fait que vous n'êtes pas bien ni dans votre corps ni dans votre tête. Je ne souhaite pas cette situation même à mon pire ennemi »

« Quand tu es au chômage c'est le sentiment d'être inutile et les mauvaises pensées vous rongent »

« Dans la vie il y a des situations quand ça vous arrive, il faut vraiment être garçon sinon vous pouvez devenir fou où vous donnez la mort ».

3.1.5 Mode d'expression de la détresse psychologique

Tableau XVIII: représentation des modes d'expression de la détresse psychologique à Cotonou

Modes d'expression de la détresse psychologique		Effectif	Fréquence (%)
Mode d'expression physique	Fatigue	50	69,44%
	Nervosité	43	59,72%
	Troubles somatiques	65	90,78%
	Céphalées	27	37,5%
	Palpitations	59	81,94%
	Insomnie	72	100%
	Perte ou gain de poids	20	27,78%

Modes d'expression de la détresse psychologique		Effectif	Fréquence (%)
Mode d'expression cognitif	Difficultés à prendre des décisions	40	55,55%
	Problèmes de concentration et de mémoire	50	69,44%
	Confusion	40	55,55%
Mode d'expression comportemental	Difficultés relationnelles	63	87,5%
	Sautes d'humeur	70	97,22%
	Isolement	25	34,78
	Méfiance	15	21%
	Attitude rigide	17	23,61%
	Passivité	22	30,56%
	Troubles alimentaires	36	50 %
	Abus de café, d'alcool, de drogues ou de médicaments	43	59,72%
Mode d'expression émotionnel	Irritabilité	19	26,39 %
	Anxiété	30	41,67%
	Dépression	40	55,56%
	Colère/Agressivité	27	37,5%
	Remord	31	43 ,06%
	Culpabilité	31	43 ,06%
	Diminution de l'estime de soi	19	26,40%
	Idées suicidaires	31	43,06%

Source : données de terrain_2021

D'après les données du tableau ci-dessus il est à faire observer que la détresse psychologique s'exprime sur plusieurs modes selon des modalités spécifiques et significatives. Ils se présentent dans les proportions suivantes : Les modes d'expression les plus évocateurs étaient physiques [les troubles somatiques (90,78%)] ;cognitifs[les problèmes de concentration et de mémoires (69,44%)],

comportementaux [Sautes d'humeur (97,22%) ; Difficultés relationnelles(87,5%)] et émotionnels [Dépression (55,56%) ; Anxiété (41,67%) ; Les idées suicidaires (43,06%)].

« La consommation d'alcool permet un peu d'oublier les situations à la base de nos soucis qui nous mettent en détresse »

« Quand je suis en fragilité psychologique, j'ai tendance à beaucoup manger surtout les aliments sucrés et gras ».

« L'incompréhension et le manque d'écoute de mes parents, mes proches amis me font culpabiliser au point où je pleure dans la plupart des cas et cela de manière récurrente »

Tableau XIX: rapport de prévalence de la détresse psychologique et les idées suicidaires

		Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie		**Total**	**Rapport de prévalence**
		oui	non		
Idées suicidaires	**oui**	13	18	31	17,19
	non	1	40	41	
Total		14	58	72	

Source : données de terrain_2021

La prévalence de la détresse psychologique était 17,19 fois plus élevée chez les personnes ayant déclarées avoir des idées suicidaires.

Tableau XX: rapport de prévalence entre détresse psychologique et consommation d'alcool, médicaments et autres substances psychoactives

		Détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie		**Total**	**Rapport de prévalence**
		oui	non		
Abus d'alcool, drogue et médicament	**oui**	11	32	43	2,47
	non	3	26	29	
Total		14	58	72	

Source : données de terrain_2021

La prévalence de la détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie était 2,47 fois plus élevée chez ceux ayant mentionné l'abus d'alcool, drogue et médicament.

3.2 DISCUSSION

La discussion des résultats de l'étude sur la « Détresse psychologique en milieu urbain : facteurs associés et modes d'expression chez les habitants de Cotonou et banlieue » comporte trois (03) axes à savoir :

- Atteinte des objectifs de l'étude ;
- Limite, qualité et la validité des résultats ;
- Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

3.2.1 L'atteinte des objectifs de l'étude

Au terme de l'étude les objectifs fixés qui étaient de :

- mesurer le niveau de détresse psychologique chez les personnes résidant à Cotonou ;
- identifier les facteurs de risques associés à la détresse psychologique à Cotonou ;
- repérer les modes d'expression de la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou

ont été atteints.

Pour le premier objectif, l'étude fait état d'une prévalence globale en matière de détresse psychologique de 61,54% chez les habitants de Cotonou avec des risques anxiodépressif (RP = 61,54% ; $IC_{95\%}$= [52,09% - 70,38%]) relativement élevé. Quant à l'identification des facteurs associé les résultats indique les facteurs économiques [Le revenu (p=0,0000) ; Le manque d'argent (p=0,0000)], sociaux [Statut social et niveau intellectuel (p=0,0413); Pauvreté et précarité (p=0,0035); Insécurité (p=0,0036)] et psychologiques [Evènements de vie significatifs (p=0,0000) ; Tension nerveuse (p=0,0161); Pressions et contraintes diverses (p=0,0385)] comme étant

significativement associé à la détresse psychologique chez les habitants de Cotonou. Enfin les modes d'expression physiques [les troubles somatiques (90,78%)] ; cognitifs [les problèmes de concentration et de mémoires (69,44%)], comportementaux [Sautes d'humeur (97,22%) ; Difficultés relationnelles (87,5%)] et émotionnels [Dépression (55,56%) ; Anxiété (41,67%) ; Les idées suicidaires (43,06%)] ont été repérés.

3.2.2 Limites de l'étude, qualité et la validité des résultats

3.2.2.1 Limites de l'étude

Cette étude est basée sur des données déclaratives à partir d'un faible échantillon. Ainsi, elle présente probablement des biais de rapportage ou de déclaration ; biais de rappel et biais de prévarication. Mais le fait que l'outil de collecte utilisé ait été préalablement testé et ajusté est susceptible de minorer ces biais et permettre l'extrapolation des résultats à la population quant à la détresse psychologique vécue dans la ville de Cotonou.

3.2.2.2 Qualité et validité des résultats

La qualité et la validité des résultats de cette étude se rapportent d'abord à la méthodologie utilisée pour la collecte des données. En optant pour une approche mixte dans cette étude transversale, les failles de chaque approche ont pu compenser celle de l'autre. La fiabilité des outils utilisés qui ont été d'abord testés avant les enquêtes. Le traitement statistique des données s'est appuyé sur deux modèles d'analyse : l'une descriptive et l'autre analytique. L'applicabilité de nos résultats permettra d'influencer la gouvernance dans les villes pour une meilleure conciliation du développement économique avec la santé et le bienêtre dans les villes.

3.2.3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

3.2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

- *Sexe, âge et situation matrimoniale*

Les résultats obtenus au terme de nos enquêtes de terrain montrent que 61,54 % des enquêtés sont des hommes et 38,46 % des femmes comme l'indique le tableau 1. Bien que l'on observe une disparité entre la proportion d'hommes et de femmes. Il est à faire

remarquer que sur la question de la détresse psychologique, tous les sexes sont concernés. Quant à l'âge, l'étude a portée sur des personnes adultes âgées d'au moins 18 ans.

Cependant comme l'indique le tableau 2 la tranche d'âge la plus représentée est de 38-48 ans soit au total 41,02 %. Cette catégorie d'âge est suivie de celle de 28-38 ans avec un pourcentage de 37,61 % de l'effectif total. La tranche d'âge la moins représentée est celle de 48 ans et plus. Elle représente 9,40 % de l'effectif. Il faut aussi noter que la tanche d'âge de 18-28 ans représente une proportion non négligeable avec un pourcentage de 11,97 %. Aussi faut-il faire remarquer que le plus âgé de cette étude à 66 ans et le plus jeune 18 ans. En ce qui concerne la situation matrimoniale présenté dans le tableau 3, 70,94 % affirme être mariées ; 27,35% des célibataires et 1,71% de séparées.

Nos résultats sont approximatifs à ceux de J. Caron, A. Liu (2010) en ce qui concerne l'âge moyen de 44 ans dans ces travaux. Les Rapport hommes-femmes d'environ 1 dans son étude est contraire à nos résultats qui présentent un taux plus élevé.

Pour ce qui est de la situation matrimoniale le taux de mariés est de 52,32 % et est inférieur à ceux obtenus dans notre étude qui est de 70,94%. Ces résultats diffèrent de ceux de Préville, M. (2014) ou l'âge moyen est de 73,4 ans (SD = 6,1) et le taux de femmes 69,3% ce qui n'est pas le cas dans nos travaux.

- *Situation d'activité, niveau intellectuel et lieu de résidence*

Quant à la situation d'activité on observe 60,68% de fonctionnaires suivent ensuite les autres activités avec 32,48% et une faible proportion d'artisans avec un taux 6,84% comme le révèle le tableau 2 ; Le tableau3 indiquent que les personnes enquêtées dans cette étude ont majoritairement un niveau d'étude universitaire soit de 85,48%. Les non scolarisés représentent 11,11%. Quant au niveau d'étude secondaire et primaire ils représentent respectivement 2,56% et 0,85 %.

Pour ce qui est du lieu de résidence, 61,54% vivent à Cotonou, 21, 37 vive à Abomey-Calavi avec une expérience antérieure de résidents de la ville de Cotonou pendant au moins deux ans, ceux ayant cette même expérience et vivant à Sèmè- Kpodji représentent 17,09%. Ces résultats diffèrent de ceux de Préville (2014) ou 32,4% des répondants ont une scolarité de niveau primaire et 29,7% une scolarité postsecondaire contre ceux J. Caron, A. Liu (2010) ou 55,42% ont effectué des études postsecondaires.

3.2.3.2 Détresse psychologique à Cotonou

La prévalence globale en matière de détresse psychologique à Cotonou tel que révélé par cette étude est de 61,54%. Cette prévalence est marquée par deux tendances à savoir celle des personnes présentant une détresse élevée sans probabilité de faire une maladie mentale exclusivement composer des personnes avec des scores à l'échelle de Kessler inférieur à 13 et supérieur ou égale à 7soit 50,43 %. Ensuite celles avec une prévalence de détresse psychologique accompagnée d'une probabilité de faire une maladie mentale soit 11,11% avec des scores supérieurs ou égaux à 13.

Cette présence de la détresse psychologique chez les cotonois présente de nombreuses variantes. Ainsi par rapport au sexe, 35,9% des hommes enquêtés présentent un niveau de détresse élevé.

Dans cet effectif, 30,77% sont en situation de détresse psychologique sans probabilité de faire une maladie mentale et 5,13% en situation de détresse avec une probabilité de faire une maladie mentale. Au niveau des femmes, 25,24% présente une détresse élevée avec 19,66% en situation de détresse élevée sans probabilité de faire une maladie mentale et 5,98% avec probabilité de faire une maladie mentale. Il est donc à faire remarquer que la détresse psychologique est plus présente chez les hommes que les femmes cependant les écarts ne sont pas très élevés surtout au niveau des situations de détresse psychologique avec probabilité de faire une maladie mentale ou les seuils sont presqu'approximatif avec 5,13% chez les hommes et 5,98% chez les femmes. Malgré cela en faisant le lien entre l'effectif plus élevé des hommes d'une manière générale, le fait que 5,98% de femme soient en situation de détresse psychologique

élevé avec probabilité de faire une maladie mentale reste un indicateur non négligeable chez les femmes.

Les tranches d'âge les plus concerné par la détresse psychologique élevé sont les 28-38 ans soit 23,98%, suivi de la tranche de 38-48 ans qui représente 23,08% et la tranche de 18- 28 ans avec9,40% et les 48ans et plus avec un taux de 5,12%. Ce résultat révèle aussi que la détresse psychologique élevée avec probabilité de faire une maladie mentale est plus élevé au niveau des 18-28 ans et les 28-38 ans un taux de 3,42 % chacun.

Au niveau de la situation matrimonial c'est chez les mariés que la détresse psychologique est plus élevée soit 40,17% conte un taux de 20,51% au niveau ces célibataires. Sur la question des situations de détresse psychologique élevées avec probabilité de faire une maladie mentale les mariés et les célibataires sont proportionnellement représentés avec les taux respectifs de 5,98% et 5,13 %.

La détresse psychologie est plus présente chez les fonctionnaires à une proportion de 35,89% de l'effectif total. Ensuite les personnes ayant une autre situation d'activité représentent 19,66% des personnes ayant un niveau de détresse psychologique élevé.

Les personnes ayant un niveau d'étude universitaire lors de nos enquêtes ont un niveau de détresse psychologique élevé soit 48,72 %, ils sont suivis des non scolarisés qui représente environ 9,40 % de l'effectif. Pour Les seuils de détresse élevés avec une probabilité de faire une maladie mentale les personnes à niveau d'étude universitaire représente 5,98% et 2,56%.

Pour les localités de résidence, c'est Cotonou qui enregistre les plus forts taux avec 44,99%, d'Abomey Calavi avec 12,81% et Sèmè-Kpodji pour un taux de 7,68%.

Cette prévalence de la détresse psychologique telle que constatée à Cotonou est aussi due à la méconnaissance du phénomène. En effet 61% des enquêtés n'avaient aucune connaissance sur la détresse psychologique. Cette proportion est suivie de ceux qui ont une connaissance approximative de la détresse psychologique avec un taux de 22%.

Seulement 16% des enquêtés ont une bonne connaissance de la détresse psychologique. Cette méconnaissance à induit une forme de déni de la détresse psychologie. Car la majorité des enquêtés soit 76,39% bien que testé positif à l'échelle de kessler affirmaient n'avoir jamais été en situation de détresse psychologique. Seulement 23,61% reconnaisse avoir effectivement été exposé à la détresse psychologique.

Ces résultats montrent que la détresse psychologique est bien présente à Cotonou confirmant ainsi notre première hypothèse selon laquelle les personnes résidantes à Cotonou sont exposées à la détresse psychologique.

Contrairement à nos résultats Sadaf Matiullah (2020) dans ces travaux sur le lien entre l'urbanisation et la détresse psychologique des adultes vivant dans la région de l'Estrie, fait constater que la prévalence globale de détresse est estimée à 23,7 % en Estrie. Les femmes, les 18-24 ans, les personnes monoparentales, celles ne possédant pas de diplôme, travaillant à temps partiel, ayant un revenu < 20 000$ ou vivant dans les quartiers défavorisés présentent plus de détresse.

C.P. Karunanayake; P. Pahwa, (2009) quant à eux affirment dans leurs recherches que les personnes âgées vivant en milieu rural étaient proportionnellement plus nombreuses à déclarer une détresse psychologique que les personnes âgées vivant en milieu urbain.

Cette incidence était toutefois à la limite de la signification statistique [RC = 1,16 ; IC à 95 % : 0,98, 1,37]. Duthé Géraldine, Bonnet Doris, Rossier Clémentine, (2013) bien que ne traitant pas précisément de la détresse psychologique mais plutôt de la santé mentale en général estiment que les personnes vivantes dans un contexte d'urbanisation rapide et de pauvreté, les habitants des quartiers périphériques de la capitale burkinabè sont potentiellement vulnérables face à la dépression qui est une composante majeure de la détresse psychologique.

Aussi faut-il faire remarquer que la prévalence d'une détresse psychologique élevée avec probabilité de faire une maladie mentale qui est plus élevé au niveau des 18-28

ans et les 28-38 ans traduit que les jeunes notamment les adolescents sont le plus exposés.

Cette situation est surtout due au fait que l'adolescence est une période cruciale pour le développement sociales et émotionnelles gage de bien-être mental des jeunes adolescents.

A cette étape de vie l'adolescent doit adopter un rythme de vie sain à travers un bon sommeil, des activités physiques régulières, de meilleures capacités d'adaptation et d'apprentissage ainsi que des relations interpersonnelles solides et une bonne gestion des émotions. Pour ce faire un environnement protecteur et favorable au sein de la famille, à l'école et dans la communauté est nécessaire.

Lorsque ces préalables ne sont pas remplis, de multiples facteurs influencent la santé mentale de l'adolescent. Parmi eux on note l'exposition à l'adversité, la pression pour se conformer aux pairs et l'exploration de l'identité. L'influence des médias et les normes de genre peuvent exacerber la disparité entre la réalité vécue par un adolescent et ses perceptions ou aspirations pour l'avenir.

D'autres déterminants importants de la santé mentale des adolescents sont la qualité de leur vie familiale et leurs relations avec leurs pairs. On sait que la violence (en particulier la violence sexuelle et le harcèlement), les pratiques éducatives sévères, les problèmes graves et les difficultés socioéconomiques font peser un risque sur la santé mentale.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), certains adolescents risquent davantage de souffrir de troubles mentaux en raison de leurs conditions de vie, de la stigmatisation, de la discrimination ou de l'exclusion, ou encore du manque d'accès à un accompagnement et à des services de qualité. Il s'agit notamment des adolescents vivant dans des situations de crise humanitaire et de fragilité ; des adolescents souffrant de maladies chroniques, de troubles du spectre autistique, d'un handicap intellectuel ou d'autres troubles neurologiques ; des adolescentes enceintes, des parents adolescents ou des adolescents mariés de force ou à un âge précoce ; des

orphelins ; ainsi que des adolescents issus de minorités ethniques ou sexuelles ou d'autres groupes victimes de discrimination.

L'exaspération de ces facteurs peuvent entraver sévèrement la santé mentale des adolescents et les amenés à développer des troubles émotionnels (anxiété, les troubles dépressifs), les suicides, Les troubles du comportement, les troubles de l'alimentation (l'anorexie mentale et la boulimie) etc…

Les adolescents sont aussi soumis à de nombreux comportements à risque pour la santé, comme la consommation de substances psycho actives ou les comportements sexuels à risque. Les comportements à risque peuvent à la fois constituer une stratégie inefficace pour faire face à des difficultés émotionnelles et avoir de graves conséquences sur le bien-être mental et physique d'un adolescent.

On observe également une prévalence de la détresse psychologique chez les fonctionnaires cette situation est en lien avec leurs situations d'activité qui implique une certaine tension psychologique au sein de l'environnement de travail cumulé avec d'autres difficultés d'ordres sociales, comme le confirme les travaux de Marie-Pier Cyr (2010) les travailleurs qui ont une bonne relation avec leur supérieur immédiat ont une probabilité inférieure (0.91) de développer de la détresse psychologique. Tandis que les travailleurs qui ont de fortes demandes psychologiques ont une probabilité 1.11 fois plus grande de développer de la détresse psychologique. Il en est de même chez Pelletier, M., Carazo, S., Jauvin, N., Talbot, D., De Serres, G et Vezina, M. (2021) qui affirme que le niveau d'exigences psychologiques élevées et la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle sont associés a un risque de deux à cinq fois plus grand de détresse psychologique liée au travail. Le fait de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité et celui de devoir faire un travail qui heurte sa conscience professionnelle y sont également fortement associés, le risque étant deux a trois fois plus élevé.

La prévalence de détresse psychologique liée au travail est associée de façon directement proportionnelle au nombre de risques psychosociaux auxquels les

travailleurs rapportent être exposés simultanément (exigence psychologique élevée, autorité décisionnelle faible ou modérée, faible reconnaissance, faible soutien des collègues et du supérieur). La prévalence de détresse psychologique élevée est environ quatre fois plus importante chez les travailleurs exposés a quatre ou cinq risques psychosociaux comparativement a ceux qui sont exposes a aucun.

Aussi faut-il faire remarquer que cette prévalence est aussi importante chez les personnes ayant un niveau d'étude supérieur. Cela du fait que dans cette proportion certains enquêtés bien qu'ayant ce niveau sont soit des étudiants ou des diplômés en situation de chômage, or ce statut est souvent générateur de perturbations psychologiques comme le confirme les travaux de Ouimet, G. (1995) réalisées auprès de récents diplômés universitaires en chômage prolongé qui révèlent chez eux la présence d'une sévère dépression caractérisée par des troubles d'humeur (tristesse, pessimisme et irritabilité), des difficultés physiologiques, une forte anxiété, des troubles cognitifs, des contacts sociaux atrophiés, une très vive agressivité.

Toutefois ces derniers maintiennent une image de soi positive du fait qu'ils attribuent les origines de leur situation à des facteurs externes à eux à savoir : le marasme économique, l'incurie de l'appareil gouvernemental, l'égoïsme des générations précédentes, la faible conscientisation de la population et l'attitude purement mercantile des entreprises comme principales sources de leurs tristesse, pessimisme, irritabilité, retrait social et agressivité.

3.2.3.3 Facteurs associés à la détresse psychologique à Cotonou en 2022

Les facteurs associés à la détresse psychologique sont aussi bien d'ordres économiques, sociaux et psychologiques. Cependant pour chacun de ces facteurs certains éléments sont les plus évoqués par les enquêtés. Ainsi au niveau des facteurs économiques : *Le revenu (p=0,0000) et Le manque d'argent ou les problèmes financiers (p=0,0000)* viennent entête. La prééminence de l'avoir est surtout évoquée comme l'atteste les dires suivants de l'un de nos enquêtés :

« ne vous trompez pas monsieur, le manque d'argent est la pire des choses et le principal facteur de détresse psychologique. Car dans ce monde d'aujourd'hui si vous n'en avez pas c'est comme si vous n'existez pas et vous subirez tous les traumatismes. »

Au niveau des facteurs sociaux, c'est le statut social et le niveau intellectuel (p=0,0413) ; la pauvreté et précarité (p=0,0035) et l'insécurité (p=0,0036*)* qui viennent en premier. Les aspects sont peu significatifs. Les propos suivants attestent en quoi ces facteurs affectent la vie des enquêtés :

« La condition de pauvreté vous plonge dans les soucis constants, vous vous trouver impuissant face aux situations les plus banales. Cela fait que vous n'êtes pas bien ni dans votre corps ni dans votre tête. Je ne souhaite pas cette situation même à mon pire ennemi »

« Quand tu es au chômage c'est le sentiment d'être inutile et les mauvaises pensées qui vous rongent »

S'agissant de facteurs psychologiques se sont les évènements de vie significatifs (p=0,0000) ; la tension nerveuse (p=0,0161) ; les pressions et contraintes diverses (p=0,0385) qui sont les plus représentatifs.

« Dans la vie il y a des situations quand ça vous arrive, il faut vraiment être garçon sinon vous pouvez devenir fou où vous donnez la mort »

Samer Tajeddine (2014) en précisant que la transition à la retraite est une étape importante dans la vie des aînés. C'est une période de la vie caractérisée par plusieurs bouleversements tels que la fin du rôle de travailleur, une diminution considérable du revenu et un changement du mode de vie qui peuvent affecter le bien-être psychologique des retraités. Selon Atchley (1989), le risque de détresse psychologique augmente lorsque la transition vers la retraite entraine une discontinuité dans les ressources internes et les ressources externes dont disposent les individus avant et après la retraite. La détresse psychologique des retraités augmente en fonction de leur

niveau de détresse avant la retraite et du stress financier et général vécu après la retraite. Elle diminue en fonction du sentiment de contrôle ressenti après la retraite et du changement dans le réseau social et le sentiment de contrôle avant et après la retraite.

Heather Orpana, Louise Lemyre et Ronald Gravel (2009) ces auteurs examinent, sur une période de 12 ans, la relation entre le faible revenu et le risque d'éprouver une grande détresse psychologique. Celles dont le revenu était faible couraient un risque significativement plus élevé d'éprouver de la détresse psychologique, et un grand nombre de facteurs de stress étaient associés à un risque de détresse significativement plus élevé. Les facteurs de stress rendaient compte de 22 % du lien entre le faible revenu et la détresse chez les hommes, et de plus du tiers de ce lien chez les femmes. Le faible revenu constitue un important facteur de risque de détresse psychologique et une part de l'accroissement du risque est attribuable aux facteurs de stress.

Dans leurs travaux Heather Orpana**,** Ronald Gravel et Louise Lemyre(2021) ont établi que le faible revenu est associé à un plus grand risque de détresse, mais que ce risque est attribuable en partie à la plus forte prévalence des facteurs de stress dans la vie des personnes ayant un faible revenu. L'environnement social semble aussi jouer un rôle dans cette relation. Ils concluent que d'autres facteurs que la privation matérielle contribue aux variations de l'état de santé mentale selon le revenu. Alors que les problèmes financiers et les problèmes liés au quartier sont associés plus étroitement aux ressources matérielles, des facteurs de stress comme les problèmes avec les enfants et les problèmes relationnels sont davantage de nature sociale. Étant donné que l'association entre le revenu et l'apparition de la détresse psychologique diminue lorsque l'on prend en compte les facteurs de stress, l'étude corrobore le rôle médiateur joué par les facteurs de stress de nature sociale dans les inégalités en matière de santé liées au revenu. Il existe une forte relation entre le faible revenu et la santé mentale, y compris le fait de ressentir de la détresse psychologique. La prévalence des facteurs de stress est plus grande chez les groupes à faible revenu, ce qui peut expliquer une partie de cette relation.

Contrairement à nos travaux Serge Paugam (2009) établit qu'il existe bien, au-delà des causes individuelles à la détresse psychologique, des causes structurelles liées à l'espace du quartier. La première de ces causes est le chômage. Lorsqu'il affecte collectivement un groupe social, a pour effet de produire une communauté lasse et déprimée. Il évoque également l'effet de la similitude sociale sur la détresse psychologique. Lorsque les habitants expriment massivement qu'ils se sentent semblables aux autres personnes de leur quartier, ils reconnaissent indirectement qu'ils se sentent appartenir à une communauté de destin.

Ce degré de similitude sociale agit comme une protection individuelle face au risque de détresse psychologique. Il constitue une défense naturelle des plus pauvres que l'on rencontre de façon très courante dans les régions économiquement très pauvres. Lorsque les « pauvres » forment un groupe social étendu, ils ne sont pas fortement stigmatisés et acceptent plus facilement de se soutenir les uns les autres.

3.2.3.4 Mode d'expression de la détresse psychologique

D'après les données du tableau ci-dessus il est à faire observer que la détresse psychologique s'exprime sur plusieurs modes selon des modalités spécifiques et significatives. Ainsi au niveau du mode d'expression physique les modalités spécifiques se présentent selon le degré d'importance de la façon suivante : l'insomnie 100%, les troubles somatiques 90,78%, les palpitations 81,94%, la fatigue 69,44%, nervosité 59,72%, les céphalées 33,50%.

Pour ce qui est du mode d'expression cognitif les modalités spécifiques sont évoquées ainsi qu'il suit : les problèmes de concentration avec 69,44%, les difficultés de prendre les décisions et la confusion représentent respectivement 55,55%, le remord et la culpabilité viennent en dernier avec 43,06%.

« L'incompréhension et le manque d'écoute de mes parents, mes proches amis me font culpabiliser au point où je pleure dans la plupart des cas et cela de manière récurrente »

Quant au mode d'expression comportemental se sont les sautes d'humeur qui viennent en tête avec 97,22%, les difficultés relationnelles qui occupent 87,50%, l'abus des substances 59,72%, l'isolement, la passivité, les attitudes rigides et la méfiance viennent eux respectivement avec 37,78%, 30,56%, 23,61% et 21%.

« La consommation d'alcool permet un peu d'oublier les situations à la base de nos soucis qui nous mettent en détresse »

« Quand je suis en fragilité psychologique, j'ai tendance à beaucoup manger surtout les aliments sucrés et gras »

Enfin le mode d'expression émotionnel est marqué par la dépression qui occupe 55,56% quant à l'anxiété il est de 41,67%, les idées suicidaires (43,06%) la colère et l'agressivité viennent avec 37,50%, l'irritabilité 26,39% et la diminution de l'estime de soi 26,40%.

Les travaux de Gérard Ouimet (1995) auprès de récents diplômés universitaires en chômage prolongé vont dans le même sens que les résultats obtenus par notre étude en ce qui concerne les modes d'expressions de la détresse psychologique. Ils révèlent la présence d'une sévère dépression caractérisée par des troubles d'humeur (tristesse, pessimisme et irritabilité), des difficultés physiologiques, une forte anxiété, des troubles cognitifs, des contacts sociaux atrophiés, une très vive agressivité et le maintien d'une image de soi positive. Saliou Salifou et al (2018) font également apparaitre des troubles physiques tels que L'arthrose, l'hypertension artérielle et l'ulcère gastrique et/ou duodénal dans les antécédents personnels respectivement chez11,4%, 10,4% et 8,7%. 14,9% souffraient d'une mésentente sociale et/ou professionnelle. 52% en proie à des événements de vie stressants significatifs. La mauvaise estime de soi était vécue par 26,1% de l'échantillon. La prise de médicament (62,0%), les prières (38,5%) et la consommation d'alcool (33,2%) ont été les principaux moyens de gestion du stress, de l'anxiété et de l'insomnie. Il conclut en affirmant que Face à la détresse psychologique, la population de Sokodé s'adonne

principalement à l'automédication, à la prière et à la consommation de diverses sortes d'alcool.

3.3 QUELQUES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

La détresse psychologique est un indicateur très important en matière de santé mentale. En tant que signe d'alerte, elle devient un facteur déterminant à prendre en compte dans les politiques de réduction des problèmes de santé mentale. La connaissance de la prévalence de la détresse psychologique, ses facteurs associés et ses modes d'expression constituent des pistes permettant de mettre en place des solutions adaptées selon l'environnement, la communauté ou les groupe cible.

Les résultats obtenus à travers cette étude montrent que la détresse psychologique est bien présente chez les Cotonois et ce à un taux très important. Cette prévalence de la détresse psychologique dans le plus grand centre urbain du Bénin est un indicateur très important sur les problématiques de la santé mentale et sur le bien-être des individus. Si cette tendance n'est pas inversée sur la durée, elle pourrait exposer les habitants de cette agglomération à de graves problèmes de santé mentale. C'est pourquoi nous préconisons les pistes de solutions suivantes en vue de contribuer à sa réduction.

En effet les approches de solutions doivent s'articuler autour des facteurs de promotion de la santé mentale telle que définit par la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé (1986) et consistera à la mise en place d'un ensemble d'activités visant à rendre capables les personnes à prendre en charge leur santé et de l'améliorer. Si l'on admet que la santé mentale n'est pas simplement l'absence de troubles mentaux mais plutôt un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté. » (Organisation mondiale de la santé, 2007.), les approches de solutions doivent nécessairement s'intéresser à deux dimensions à savoir la détresse et le bien-être psychologique. Ainsi il faudra prévenir la détresse psychologique d'une part et promouvoir le bien être psychologique d'autre part.

C'est en prenant en compte ces aspects qu'en termes de mesures préventives nous suggérons que des activités de sensibilisation sur la détresse psychologique soient

initiées cela pour aider les personnes à les reconnaitre afin de mieux les gérer. Il s'agira donc de :

- promouvoir les activités de relaxation par la création d'espaces urbains aménagés pour permettre aux individus de récupérer mais aussi de mener d'autres activités relaxantes comme le sport ;
- mettre en place un système de surveillance de l'état de santé mentale et physique des individus en les incitants à des visites médicales et en faisant des enquêtes ;
- surveiller les facteurs associés les plus significatifs ;
- promouvoir des programmes de désintoxication du tabagisme, de l'alcoolisme et autres toxicomanies ;
- veiller au respect des lois sur les différentes formes de pollutions en milieu urbain ;

Promouvoir le bien-être psychologique

La promotion du bien-être psychologique des citadins consistera à :

- mener des actions leurs permettant de prendre en charge leur santé et à l'améliorer. Ces actions doivent aller dans le sens ou chaque individu doit être capable de reconnaître leur état de santé en général et mentale en particulier ;
- détecter les signes précurseurs de la maladie,
- repérer les facteurs associés afin de prendre les mesures nécessaires pour s'en protéger ;
- connaitre les différents moyens de stimuler leur santé physique et mentale ;
- développer de saines habitudes de vie.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous pouvons retenir que la détresse psychologique qui est un déterminant important dans la prédiction des problèmes de santé mentale est bien présente à Cotonou et ses environs dans des proportions inquiétantes. Cependant les communes environnantes notamment Abomey- Calavi et Sèmè - Kpodji disposent des facteurs modérateurs qui reste peu connu. Mais avec l'urbanisation galopante, ceux-ci pourraient être mis à mal.

Les facteurs associés les plus évoqués sont à la fois économiques (le manque d'argent, les problèmes financiers et le revenu), sociaux (le statut social et le niveau intellectuel, la pauvreté et la précarité, l'insécurité.) et psychologiques (les événements de vie significatifs, la tension nerveuse, les pressions, contraintes diverses etc.).

Comme modes d'expression privilégié on retrouve sur le plan physique, les insomnies, les troubles somatiques, les palpitations, les fatigues, les états nervosités, les céphalées etc. Sur le plan cognitif on ales problèmes de concentration, les difficultés de prendre les décisions et la confusion, le remord et la culpabilité etc. Au plan comportemental se sont les sautes d'humeur, les difficultés relationnelles, l'abus des substances, l'isolement, la passivité, les attitudes rigides et la méfiance. Et sur le plan émotionnel se sont les états dépressifs, l'anxiété et les idées négatives suicidaires qui dominent, suivis de la colère, l'agressivité, l'irritabilité et la diminution de l'estime de soi.

Au regard de ce qui précède il est important d'envisager des mécanismes de sensibilisation sur la détresse psychologique pour la faire connaitre au public, cela aidera à prévenir certains problèmes de santé mentale. Il serait aussi judicieux que des mesures préventives soient également envisagées au niveau de certaines couches de la population en vue d'atténuer les situations de détresse psychologiques élevée. Il est également nécessaire que les autorités de la ville de Cotonou s'approprient davantage le concept ville santé en vue d'envisager une gouvernance qui favorise une meilleure conciliation du développement économique avec la santé et le bien être des habitants de la ville de Cotonou.

Il faut également que les recherches se poursuivent au niveau du risque suicidaire à Cotonou. Aussi est-il que certaines couches, notamment les adolescents, les mères monoparents etc doivent également avoir une place de choix dans les études sur détresse psychologique. Les facteurs modérateurs de la détresse psychologique dans les communes d'Abomey-Calavi et de Sèmè-Kpodji sont nécessaires à connaitre. Que d'autres études s'intéressent également aux rapports entre les revenus et la détresse psychologique chez les Béninois.

BIBLIOGRAPHIE

1- Annie Gladu-Martin. (2016). Les facteurs de risque et de protection sociaux, individuels, organisationnels et hors travail au stress et à la détresse psychologique chez les avocats membres du Barreau du Québec, mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke

2- Barlow, D. H., Durand, V. M., La lumiere, M. L., & Stewart, S. H. (2005). Abnormal psychology: an integrative approach(Fourth Canadian editioned.).

3- Camirand H, Nanhou V. (2008). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec ;

4- C.P. Karunanayake; P. Pahwa,(2009),Modélisation statistique de la détresse psychologique chez les personnes âgées vivant en milieu rural et urbain, Maladies chroniques au Canada , , Vol 29, No 3,

5- Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. (2012). Epidemiology of psychological distress, INTECH Open Access Publisher;

6- Diane Tuyishimire. (2017). Effet combiné de la détresse psychologique et des contraintes psychosociales au travail sur le risque de récidive de l'infarctus du myocarde, Maîtrise en épidémiologie, Québec, Canada

7- Dzodzo Eli EkploamKPELLY.(2011). Evénements de vie indicatifs, détresse psychologique et dépendance aux drogues, Diplôme d'études supérieures spécialisées, Université de Lomé, Lomé

8- Dyrbye, L. N, Thomas, M. R, &Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress amongUS and Canadian medical students. *Academic Medicine, 81*(4), 354-373.

9- Flore Morneau-Sevigny. (2017).Détresse psychologique chez les étudiants universitaires : un devis mixte incluant une méta analyse, thèse de doctorat en psychologie – recherche et intervention (orientation clinique Philosophiae doctor (Ph. D.) Quebec, Canada

10- Gioninta Papanikola, Daniela Borcan, Evangelia Sanida, Emmanuel Escard (2015) Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ? Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 23 septembre 2015

11- Heather Orpana, Louise Lemyre et Ronald Gravel (2009) Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social • Travaux de recherche Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social * Statistique Canada, no 82-003-XPF au catalogue • Rapports sur la santé, vol. 20, no 1, mars 2009 1

12- Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health (London, England :1997), 11*(3), 273.

13- Ilfeld FW. Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. Archives of generalpsychiatry. 1978 ;35(6) :716-24.

14- J. Caron, A. Liu (2010)Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé– Maladies chroniques au Canada Vol 30, No 3, juin

15- Kubeterzie Eric SOMDA, Apolos Christophe OTEME.(2021). Etude qualitative des déterminants du bien-être et de la détresse psychologique au travail chez des enseignants ivoiriens du secondaire et du primaire public. Revue des Arts, Linguistique, Littérature &Civilisations, n°02, 05-22

16- Laurence Villeneuve. (2014), étude longitudinale sur la santé des couples aînés : détresse psychologique et facteurs associés. Thèse de doctorat, Université du Québec, Montréal

17- Marchand, A. (2004). Travail et santé mentale : un perspectif multiniveau des déterminants de la détresse psychologique. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal

18- Marchand, A. (2007). Mental health in Canada: Are there any risky occupations and industries? *International Journal of Law andPsychiatry*30 : 272-283.

19- Marchand, A., Demers, A., et Durand, P. (2005a). Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociology of Healthand Ilness*27: 602-627.

20- Marchand, A., Demers, A., et Durand, P. (2005b). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine* 60 : 1-14.

21- Marchand, A., Demers, A., et Durand, P. (2006). Social structures, agent personality and worker's mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian workforce. *Human Relations* 59 (7): 875-901.

22- Marchand, A., Demers, A., Durand, P. et Simard, M. (2003). Occupational variations in drinking and psychological distress: A multilevel analysis. *Work : A Journal of Prevention, Assessment, &Rehabilitation*21(2) : 153-163.

23- Marchand, A., Durand, P. et Demers, A. (2005c). Work and Mental Health: The experience of the Quebec workforce between 1987 and 1998. *Work* 25 : 135-142.

24- Marchand, A., Boyer, R., Martin, M. et Nadeau, C. (2010). Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers – Volet rétrospectif. *IRSST* : 1-120.

25- Mass R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. Revue canadienne de sante publique, 89(3) :183 -87.

26- Mélina Couillard. (2011). Les représentations graphiques de la détresse psychologique chez des adolescents. Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec, Trois-Rivières

27- Marie-Pier Cyr (2010), La détresse psychologique et les facteurs professionnels : étude du milieu policier. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal

28-OCDE. (2014). Education at a Glance: OECD indicators. http://www.oecd.org/edu/Education-at-a-Glance-2014.pdf.

29-OCDE. (2012). Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi. *Santé mentale et emploi*, Éditions OCDE.

30-OMS (2007). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, Organisation mondiale de la Santé.

31-Ouédraogo Saïdou et al. (2018). Troubles anxio-dépressifs chez les patients hémodialyses chroniques dans les centres publics d'hémodialyse d'Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revint sc méd -RISM-2018 ;20,3 :213-217*

32-Ouimet, G. (1995). Étude de la détresse psychologique de récents diplômés universitaires victimes d'un chômage prolongé. *Santé mentale au Québec*, *20*(1),139–176. https://doi.org/10.7202/032337ar

33-Oliver Frey, "Sociologie urbaine ou sociologie de l'espace ? Le concept de milieu urbain ", *Sociologie*[Online], Files, Online since15 November 2012, connectionon04January2022.

34-URL:http://journals.openedition.org/sociologies/4168;DOI:https://doi.org/10.4000/sociologies.4168

35-Pelletier, M., Carazo, S., Jauvin, N., Talbot, D., De Serres, G et Vezina, M. (2021). Etude sur la détresse psychologique des travailleurs de la sante atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique. Institut national de sante publique du Québec.

36-Préville M. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé- Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des communications. ;

37-Préville, M., Gontijo-Guerra, S., Mechakra-Tahiri, S.-D., Vasiliadis, H.-M., Lamoureux-Lamarche, C. & Berbiche, D. (2014). L'effet de l'âge, du genre et du statut socioéconomique sur l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique : résultats du programme de recherche ESA sur la santé mentale et le vieillissement. Santé mentale au Québec, 39(1), 243–272. https://doi.org/10.7202/1025916ar

38- Patrick Boulet. (2003). Enquête auprès des directions d'établissement scolaire portant sur la détresse psychologique et la prévention du suicide chez les élèves au secondaire. Mémoire de Maîtrise, Université du Québec, Trois-Rivières

39- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 45*(5), 536-545. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003. 02938.x

40- Sadaf Matiullah. (2020). Association entre le lieu de résidence et la détresse psychologique chez les adultes vivant en milieu rural et urbain en Estrie,Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

41- Sophie Boivin. (2010). Victimisations et violence lors des fréquentations à l'adolescence : Le rôle médiateur de la détresse psychologique et de l'hostilité, thèse de doctorat, Université Laval,

42- Salifou, S., Soedje, K. M. A., Wenkourama, D., Anagonou, L., Kanekatoa, S., Bouraima, Z., &Dassa, K. S. (2018). Gestion de la Détresse Psychologique par les Populations de la Commune de Sokode au Togo. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, *19*(4).Retrieved from http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1006

TABLES DES MATIERES

DEDICACE i

REMERCIEMENTS ii

LISTE DE TABLEAUX iii

LISTE DES FIGURES iv

RESUME v

ABSTRACT v

SOMMAIRE vii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 3

1.1 PROBLEMATIQUE 3

1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES 5

1.2.1 Objectifs 5

1.2.1.1 Objectif général 5

1.2.1.2 Objectifs spécifiques 5

1.2.2 Hypothèses 5

1.3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE 6

1.3.1 Détresse psychologique 6

1.3.3 Milieu urbain 10

1.3.5 Cotonou et Résidents 12

1.3.6 Concept de Ville-santé 13

1.4 REVUE DE LITTERATURE 15

1.5 CADRE THEORIQUE 21

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 26

2.1 METHODES D'ETUDE 26

2.1.1 Type d'étude 26

2.1.2 Période d'étude 26

2.1.3 Population d'étude 26

2.1.3.1 Critère d'inclusion 27

2.1.3.2 Critères d'exclusion 27
2.1.4 Échantillonnage 28
2.1.4.1 Taille de l'échantillon 28
2.1.4.2 Variables 28
2.1.5 Collecte des données 29
2.1.5.1 Outil de la collecte des données 29
2.1.5.2 Analyse des données 29
2.2 ÉTHIQUE ET DEONTOLOGIE 31
CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 32
3.1 RESULTATS 32
3.1.1 Caractéristique sociodémographique 32
3.1.2 Ampleur de la détresse psychologique à Cotonou 35
3.1.3 Connaissance de la détresse psychologique 42
3.1.4 Facteurs associés à la détresse psychologique 44
3.1.5 Mode d'expression de la détresse psychologique 50
3.2 DISCUSSION 53
3.2.1 L'atteinte des objectifs de l'étude 53
3.2.2 Limites de l'étude, qualité et la validité des résultats 54
3.2.2.1 Limites de l'étude 54
3.2.2.2 Qualité et validité des résultats 54
3.2.3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs 54
3.2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques 54
3.2.3.2 Détresse psychologique à Cotonou 56
3.2.3.3 Facteurs associés à la détresse psychologique à Cotonou en 2022 61
3.2.3.4 Mode d'expression de la détresse psychologique 64
3.3 QUELQUES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS 66
CONCLUSION 68
BIBLIOGRAPHIE 70
TABLES DES MATIERES 75
ANNEXES lxxvii
Annexe 1 QUESTIONNAIRE SUR LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE lxxviii
Annexe 2 GRILLE D'ENTRETIEN DETRESSE PSYCHOLOGIQUE lxxix

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE SUR LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

Dans le cadre de notre mémoire de Master en psychologie clinique et psychopathologie, nous réalisons une enquête dans la ville de Cotonou en vue de mesurer l'ampleur de la détresse psychologique chez les Cotonois(e).

1- Caractéristiques sociodémographiques

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Age : ……...

Situation matrimoniale : Marié(é) ☐ Célibataire ☐ Séparé(é) ☐

Situation d'activité : fonctionnaire ☐ Artisan ☐ Autre *(préciser)* ……

Niveau d'étude : Universitaire ☐ secondaire ☐ primaire ☐ non scolarisé ☐

Quartier de Résidence :……Tél : …….

2- Mesure de la détresse psychologique selon l'indice de Kessler (K6)

Consigne : cochez une seule colonne pour chaque question.

	Tout le temps	**La plupart du temps**	**Parfois**	**Rarement**	**Jamais**
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux ?					
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti désespéré ?					
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti agité ou ne tenant pas en place ?					
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti si déprimé que plus rien ne pouvait vous faire sourire ?					
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti que tout était un effort ?					
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti bon à rien ?					

Merci pour votre contribution

Annexe 2

GRILLE D'ENTRETIEN DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

Dans le cadre de notre mémoire de Master en psychologie clinique et psychopathologie, nous réalisons une enquête dans la ville de Cotonou. Dans cette étude, nous cherchons à connaître le les modes d'expression de la détresse psychologue chez les Cotonois(e).

Au cours de cet entretien, nous aborderons les thèmes suivants : la détresse psychologique, les facteurs associés à la détresse psychologique, les modes d'expression de la détresse psychologique et les moyens de prévention de la détresse psychologue à Cotonou.

Question principale	Question complémentaire	Question de clarification
Pouvez-vous nous parler de la détresse psychologique ? Où Que pensez-vous de la détresse psychologique ?	Comment en avez-vous pris connaissance ? En avez-vous été victime une fois ? Dans quelles conditions cela est-il survenu chez vous ?	Pouvez-vous nous donner plus de détails ? Peut-on en savoir davantage ?
D'après votre expériences et vécu à Cotonou, quels sont selon vous les facteurs de risques associés de la détresse psychologique à Cotonou	Pensez-vous que les problèmes économiques (revenus, le secteur d'activité etc.) sont en cause ? A propos de problèmes sociaux tel que, milieux de provenance, statut sociale, niveau intellectuelle, chômage, pauvreté, précarité, la nuisance de la ville (circulation, bruit, embouteillage), le mode de vie, le quartier, l'habitat, insécurité etc. qu'en dite vous ? Sont-ils aussi des facteurs de risque ? La pollution sous toutes ses formes ainsi que le type de logement peuvent-ils selon votre expérience être considérer comme des facteurs de risques ? Les événements de vie, le stress, les tensions nerveuses, les contraintes divers, antécédents psychologiques, vous t'ils être des facteurs de risques ?	Pouvez-vous nous donner plus de détails ? Peut-on en savoir davantage ?
Selon vous par quels modes la détresse psychologique est exprimée	Existe-t-il des modes spécifiques d'expression comme : peur, anxiété, impuissance, tristesse, colère etc. ? Peut-on dans l'expression de sa détresse être confue où avoir de des remord ou de	Pouvez-vous nous donner plus de détails ? Peut-on en savoir davantage ?

Question principale	Question complémentaire	Question de clarification
	la culpabilité etc. ? Sur le plan relationnel la détresse psychologique peut-elle nous affecter ? La détresse psychologique peut-elle vous conduire à consommer des substances psychoactives, alcool, médicaments ou avoir des réactions physiques inhabituelles ? Avez-vous parfois des idées suicidaires ou des idées négatives en rapport avec la mort ?	
D'après votre vécu par quels moyens peut-on prévenir la détresse psychologique à Cotonou.		
Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter concernant la détresse psychologique que nous n'avons pas abordée		

Durée de l'entretien : 1 heure