



Article Original

Dépression chez les Femmes Souffrant de Burnout Maternel au Cameroun : Une Étude Transversale par Questionnaires PHQ-9 et PBA

Depression among Women with Maternal Burnout in Cameroon: A Cross-Sectional Study Using PHQ-9 and PBA questionnaires

Nana Boutchuin Danielle Maeva¹, Eyoum Christian², Fotsing Kwetche Pierre¹, Magnerou Annick Mélanie², Tchoukoua Serge¹, Doumbe Jacques Narcisse², Basseguin Atchou Jonas², Vouemene Randol³, Nana Njamen Théophile^{1,4}

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18670766>

RÉSUMÉ

Affiliations

- ¹ Faculté des Sciences de la Santé, Universités des Montagnes, Cameroun
- ² Faculté de Médecine et de Sciences Pharmaceutique, Universités de Douala, Cameroun
- ³ UFR Sciences médicale, Université Felix Houphouët Boigny
- ⁴ Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Buea, Cameroon

Auteur correspondant

Nana Boutchuin Danielle Maeva
Email
: nanaboutchuim28@gmail.com
Tel : +225 07 10 13 71 35

Mots clés : Dépression ; Burnout maternel ; Santé mentale ; Étude transversale ; Cameroun

Keywords: Depression; Maternal burnout; Mental health; Cross-sectional study; Cameroon

Article history

Submitted: 3 December 2025
Revisions requested: 4 February 2026
Accepted: 22 February 2026
Published: 25 February 2026

Introduction. La dépression, dont l'incidence est plus élevée chez les femmes, et le burnout maternel, un syndrome d'épuisement lié au stress parental prolongé, représentent deux problèmes majeurs de santé mentale possiblement liés. En Afrique subsaharienne, cette association reste très peu documentée. Cette étude avait pour but de déterminer la prévalence de la dépression chez les femmes présentant un burnout maternel à Douala, au Cameroun. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude transversale de janvier à mai 2024 dans les services de gynéco-obstétrique et de vaccination de l'Hôpital Laquintinie et de l'Hôpital Général de Douala. Toutes les femmes ayant au moins un enfant vivant à domicile et consultant en externe étaient éligibles. La dépression a été évaluée par le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) et le burnout maternel par le Parental Burnout Assessment (PBA). **Résultats.** Sur 325 femmes interrogées, 317 ont été incluses dans l'analyse (âge moyen 33,3 ± 6,7 ans). La prévalence du burnout maternel confirmé (score PBA ≥ 76) s'élevait à 5,4 % (n = 17). Chez ces 17 femmes, la prévalence de la dépression (score PHQ-9 ≥ 5) atteignait 94,1 % (n = 16). La majorité des cas étaient modérés à sévères : 29,4 % présentaient une dépression modérée, 23,5 % une dépression modérément sévère et 17,6 % une dépression sévère. Seule une femme (5,9 %) ne rapportait aucun symptôme dépressif significatif. **Conclusion.** Cette étude révèle une association très forte entre burnout maternel et dépression dans le contexte camerounais, avec une quasi-totalité des femmes en situation d'épuisement parental présentant des symptômes dépressifs, souvent sévères. Ces résultats appellent à intégrer un dépistage systématique de ces deux troubles dans les services de santé maternelle et à développer des stratégies de prise en charge conjointes, adaptées au contexte socioculturel local.

ABSTRACT

Introduction. Depression, with its higher incidence among women, and maternal burnout, an exhaustion syndrome related to prolonged parental stress, represent two major mental health issues that may be linked. In sub-Saharan Africa, this association remains poorly documented. This study aimed to determine the prevalence of depression among women with maternal burnout in Douala, Cameroon. **Methods.** We conducted a cross-sectional study from January to May 2024 in the gynecology-obstetrics and vaccination departments of Laquintinie Hospital and Douala General Hospital. All women with at least one child living at home and attending outpatient clinics were eligible. Depression was assessed using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and maternal burnout using the Parental Burnout Assessment (PBA). **Results.** Among 325 women surveyed, 317 were included in the analysis (mean age 33.3 ± 6.7 years). The prevalence of confirmed maternal burnout (PBA score ≥ 76) was 5.4% (n = 17). Among these 17 women, the prevalence of depression (PHQ-9 score ≥ 5) reached 94.1% (n = 16). Most cases were moderate to severe: 29.4% had moderate depression, 23.5% moderately severe depression, and 17.6% severe depression. Only one woman (5.9%) reported no significant depressive symptoms. **Conclusion.** This study reveals a very strong association between maternal burnout and depression in the Cameroonian context, with nearly all women experiencing parental exhaustion also presenting depressive symptoms, often severe. These findings call for integrating systematic screening for both disorders into maternal health services and developing joint management strategies adapted to the local sociocultural context.

L'ESSENTIEL POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu du sujet. La dépression est fréquente chez les femmes en âge de procréer. Le burnout maternel, épuisement lié aux exigences parentales, est un concept émergent. Leur association est suspectée mais peu étudiée, notamment en Afrique subsaharienne.

L'aspect du sujet abordé dans cette étude. Cette étude a mesuré, chez 317 mères consultant à Douala, la prévalence du burnout maternel par l'échelle PBA, puis celle de la dépression (échelle PHQ-9) spécifiquement chez les femmes présentant un burnout confirmé.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Elle objective une prévalence du burnout maternel de 5,4 % dans cette population. Surtout, elle révèle que 94,1 % des femmes en situation de burnout souffrent également de dépression, dont 70,6 % de formes modérées à sévères. L'association est quasi systématique.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures. Face à ce constat, les services de santé maternelle au Cameroun doivent intégrer un dépistage systématique et conjoint de ces deux troubles. La formation des personnels de santé au repérage des signes d'épuisement parental et de dépression est indispensable, de même que le développement d'offres de soins psychologiques accessibles et culturellement adaptées.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la dépression comme un trouble mental courant caractérisé par une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir, souvent accompagnés de troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une baisse de l'estime de soi et d'une fatigue importante [1]. Sa prévalence mondiale est estimée entre 15% et 20%, et son incidence est plus élevée chez les femmes [2]. Elle constitue la première cause de morbidité psychique et est impliquée dans 70% des suicides dans le monde [2]. Parallèlement, le burnout maternel, concept plus récent, est défini comme un état d'épuisement émotionnel, physique et mental intense et prolongé, spécifiquement lié au rôle de mère [3]. Il se manifeste par un surmenage, une distanciation émotionnelle avec les enfants, un sentiment d'inefficacité parentale et un contraste douloureux avec la mère que l'on était auparavant [3].

Si des études menées en Europe et en Iran ont établi une association statistiquement significative entre le burnout parental et la dépression [4-6], les données en Afrique subsaharienne restent très rares. Des travaux récents au Bénin et au Togo ont commencé à explorer ce lien, confirmant son existence dans des contextes socioculturels différents [7,8]. Cependant, aucune étude spécifique n'avait encore été menée au Cameroun sur cette problématique. Face à ce manque de données, la présente étude transversale a été conçue pour déterminer la prévalence de la dépression chez les femmes souffrant de burnout maternel dans deux hôpitaux de référence de Douala, la capitale économique du Cameroun, afin de mieux apprécier l'ampleur du phénomène et d'éclairer les futures politiques de santé mentale périnatale.

MÉTHODOLOGIE**Design et cadre de l'étude**

Nous avons mené une étude transversale descriptive à visée analytique, du 31 janvier au 15 mai 2024. Elle s'est déroulée dans les services de gynécologie-obstétrique et de vaccination de deux hôpitaux de référence de Douala : l'Hôpital Laquintinie (HLD, hôpital de deuxième catégorie) et l'Hôpital Général de Douala (HGD, hôpital de première catégorie). Ces services ont été choisis en raison de leur fréquentation élevée par une population de mères d'enfants en bas âge.

Population et critères d'éligibilité

La population source était constituée de toutes les femmes ayant au moins un enfant vivant sous le même toit et se présentant en consultation externe dans les services concernés. Étaient incluses toutes les femmes répondant à ce critère et acceptant de participer à l'étude. Étaient exclues les femmes dont le questionnaire était incomplet ou qui retiraient leur consentement en cours de passation. La taille minimale de l'échantillon a été calculée à 141 sujets à l'aide de la formule de Cochran, en se basant sur une prévalence de la dépression sévère chez les femmes en burnout maternel de 9,35% [8], avec une puissance de 95% et une marge d'erreur de 5%, corrigée pour un taux de non-réponse de 10%. Un échantillonnage exhaustif non probabiliste a été réalisé.

Variables et instruments de mesure

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré en face-à-face par un investigateur formé, garantissant la compréhension des items, notamment pour les participantes anglophones.

- **Variables sociodémographiques :** L'âge, la région d'origine, la situation matrimoniale et le niveau d'éducation ont été recueillis.
- **Variable d'exposition (Burnout maternel) :** Le burnout maternel a été évalué par la version francophone validée de l'échelle *Parental Burnout Assessment* (PBA). Cette auto-questionnaire de 23 items explore quatre dimensions : épuisement émotionnel, contraste avec le parent antérieur, sentiment de ras-le-bol et distanciation émotionnelle. Selon le score total, le risque de burnout parental était classé comme absent (≤ 30), faible (31-45), modéré (46-60), élevé (61-75) ou confirmé (≥ 76) [9].
- **Variable d'effet (Dépression) :** Les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide du *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), un outil de dépistage validé et largement utilisé. Le score total (0-27) permet de classer la sévérité de la dépression : absente (0-4), légère (5-9), modérée (10-14), modérément sévère (15-19) ou sévère (20-27) [10].

Analyse statistique

Les données ont été saisies sur Cs Pro version 7.5 et analysées avec SPSS version 25.0. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et écart-type, et les variables qualitatives par des effectifs et pourcentages. L'objectif principal étant descriptif, aucune analyse statistique inférentielle (tests de comparaison ou

de corrélation) n'a été planifiée pour comparer les groupes.

Considérations éthiques

Cette étude a été menée conformément à la déclaration d'Helsinki. Une information claire et loyale sur les objectifs et le déroulement de l'étude a été fournie à chaque participante potentielle. Le consentement verbal éclairé a été obtenu avant toute inclusion. L'anonymat et la confidentialité des données ont été strictement garantis.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Sur les 325 femmes initialement interrogées, 8 questionnaires ont été exclus en raison de données manquantes, laissant 317 participantes pour l'analyse finale (taux de réponse de 97,5%). L'âge moyen de l'échantillon était de 33,3 ans (écart-type \pm 6,7 ans ; extrêmes : 17-56 ans), la tranche d'âge des 30-40 ans étant la plus représentée (50,8%). Les participantes étaient majoritairement originaires de la région de l'Ouest (56,2%), mariées (47,3%) et avaient un niveau d'éducation universitaire (63,4%) (Tableau I).

Tableau I Caractéristiques sociodémographiques de la population totale (N=317) et des femmes avec burnout maternel (n=17).

Caractéristique	Population totale (N=317) n (%)	Femmes avec burnout (n=17) n (%)
Âge (années)		
Moyenne \pm ÉT	33,3 \pm 6,7	34,2 \pm 5,8
< 20	2 (0,6)	0 (0,0)
20-29	94 (29,7)	4 (23,5)
30-39	161 (50,8)	9 (52,9)
\geq 40	60 (18,9)	4 (23,5)
Région d'origine		
Ouest	178 (56,2)	11 (64,7)
Littoral	60 (18,9)	2 (11,8)
Centre	44 (13,9)	1 (5,9)
Autres *	35 (11,0)	3 (17,6)
Situation matrimoniale		
Mariée	150 (47,3)	5 (29,4)
Concubinage	79 (24,9)	8 (47,1)
Célibataire	75 (23,7)	2 (11,8)
Divorcée/Veuve	13 (4,1)	2 (11,8)
Niveau d'éducation		
Universitaire	201 (63,4)	7 (41,2)
Secondaire	99 (31,2)	8 (47,1)
Primaire/Aucun	17 (5,4)	2 (11,8)

Prévalence du burnout maternel

La prévalence du burnout maternel confirmé (score PBA \geq 76) était de 5,4% (17/317). Concernant le risque de burnout, 58,4% (n=185) des participantes ne présentaient aucun risque, tandis que 27,8% (n=88) avaient un risque faible, 6,9% (n=22) un risque modéré et 1,6% (n=5) un risque élevé (Figure 1).

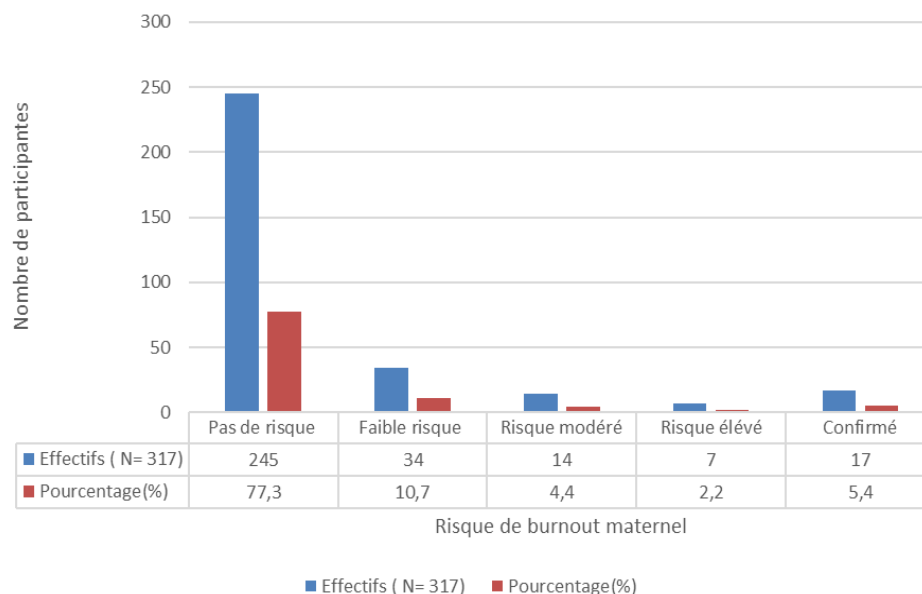


Figure 1 : Prévalence du burnout maternel et du risque

Les 17 femmes avec un burnout confirmé étaient âgées en moyenne de $34,2 \pm 5,8$ ans, étaient principalement originaires de l'Ouest (64,7%), vivaient en concubinage (47,1%) et avaient un niveau d'éducation secondaire (47,1%) (Tableau I).

Prévalence de la dépression chez les femmes en burnout

Chez les 17 participantes présentant un burnout maternel confirmé, la prévalence de la dépression (score PHQ-9 \geq 5) était de 94,1% (n=16). La répartition selon la sévérité

montrait que 23,5% (n=4) avaient une dépression légère, 29,4% (n=5) une dépression modérée, 23,5% (n=4) une dépression modérément sévère et 17,6% (n=3) une dépression sévère. Une seule participante (5,9%) ne présentait pas de symptômes dépressifs significatifs (Tableau II).

Tableau II. Sévérité de la dépression (PHQ-9) chez les femmes avec burnout maternel (n=17).

Sévérité de la dépression	n	%
Absente (score 0-4)	1	5,9
Légère (score 5-9)	4	23,5
Modérée (score 10-14)	5	29,4
Modérément sévère (score 15-19)	4	23,5
Sévère (score 20-27)	3	17,6

DISCUSSION

Cette étude transversale menée à Douala est, à notre connaissance, l'une des premières à quantifier l'association entre le burnout maternel et la dépression chez les mères camerounaises. Notre principal résultat est une prévalence extrêmement élevée de la dépression (94,1 %) chez les femmes présentant un burnout maternel confirmé. Cette forte comorbidité est cohérente avec les données de la littérature internationale. Elle rejoint les 96,4 % rapportés par Ataigba et al. au Bénin (9), ainsi que les liens étroits mis en évidence par Sabzi et al. en Iran (6) et Séjourné et al. en France (4).

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette association. D'une part, la dépression, caractérisée par une fatigue chronique, une perte d'estime de soi et une diminution des ressources psychologiques, pourrait rendre les mères plus vulnérables au stress parental intense et donc au développement d'un burnout (9). D'autre part, le burnout maternel lui-même, avec son sentiment profond d'inefficacité et d'épuisement, pourrait évoluer vers un tableau dépressif caractérisé (6). Il est probable qu'une relation bidirectionnelle et synergique existe entre ces deux entités.

La prévalence du burnout maternel confirmé dans notre échantillon (5,4 %) est similaire à celle retrouvée par Ataigba et al. au Bénin (6,2 %) (9) et par Sánchez-Rodríguez et al. en France (6,6 %) (10). Cette convergence de résultats, malgré des contextes différents, suggère que le phénomène du burnout maternel est une réalité transnationale. Cependant, elle est nettement inférieure aux 20 % rapportés par Séjourné et al. dans une autre étude française (4). Ces divergences pourraient s'expliquer par des différences méthodologiques (outils de mesure, seuils diagnostiques) mais aussi par des facteurs contextuels. Le rôle de la communauté élargie et du soutien familial informel, encore très présent en Afrique subsaharienne, pourrait agir comme un facteur protecteur contre l'épuisement parental total, mais ne semble pas protéger de la dépression une fois le burnout installé (8). De même, Hatta et al. au Togo ont identifié des facteurs de risque spécifiques au contexte ouest-africain (7). Une étude menée auprès de mères somaliennes a également souligné l'importance du soutien social perçu dans la prévention du burnout parental (11).

Sur le plan sociodémographique, l'âge moyen des participantes (33,3 ans) est comparable à celui observé

dans d'autres études africaines (9,11), mais diffère de celui rapporté dans des pays à revenu élevé où l'âge maternel est souvent plus avancé (13-15). Cette différence peut s'expliquer par une maternité plus précoce en Afrique subsaharienne, comme le souligne Hugon (12). Dans notre étude, les mères en burnout étaient plus souvent en concubinage qu'en situation de mariage officiel, et avaient plus fréquemment un niveau d'éducation secondaire qu'universitaire. Ces tendances, bien que non testées statistiquement, pourraient refléter une précarité socio-économique ou un soutien conjugal moins formalisé, constituant des facteurs de stress additionnels. Ces observations sont en phase avec les données de Ren et al. qui soulignent la multiplicité des facteurs contextuels dans le burnout parental (5). D'autres études menées dans des contextes variés, comme celles d'Arikan et al. en Turquie (13), Chen et al. en Chine (14), ou Blanchard et al. en Belgique (15), ont également rapporté des prévalences et des facteurs associés divers, soulignant l'importance des spécificités culturelles et socio-économiques. Par ailleurs, la fatigue maternelle, explorée par Sanchez Rodriguez et al. (16), pourrait être un facteur intermédiaire important entre le stress quotidien et l'épuisement parental.

CONCLUSION

Cette première étude camerounaise démontre une association forte entre le burnout maternel et la dépression, avec une prévalence de cette dernière atteignant 94% chez les mères en burnout dont la prévalence était de 5,4 %. Ces résultats, bien que préliminaires, interpellent les cliniciens sur la nécessité d'un dépistage systématique et conjoint de ces deux troubles chez les femmes en période périnatale. Ils plaident également pour l'élaboration de stratégies de prévention et de prise en charge intégrées, incluant un soutien psychologique accessible, dans les politiques de santé maternelle et infantile au Cameroun.

DÉCLARATIONS

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la [déclaration d'Helsinki](#). L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

RÉFÉRENCES

- Polizzi C, Giordano G, Burgio S, Lavanco G, Alesi M. Maternal Competence, Maternal Burnout and Personality Traits in Italian Mothers after the First COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):9791.
- Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la dépression. 2022. Disponible

- sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Griffith AK. Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *J Fam Violence*. 2022;37(5):725-31.
 4. Séjourné N, Sanchez-Rodriguez R, Leboullenger A, Callahan S. Maternal burn-out: an exploratory study. *J Reprod Infant Psychol*. 2018;36(3):276-88.
 5. Ren X, Cai Y, Wang J, Chen O. A systematic review of parental burnout and related factors among parents. *BMC Public Health*. 2024;24(1):376.
 6. Sabzi N, Khosravi Z, Kalantar-Hormozi B. Parental burnout and depression among Iranian mothers: The mediating role of Maladaptive Coping modes. *Brain Behav*. 2023;13(4):e2900.
 7. Hatta O, Kpassagou BL. The socio-demographic risk factors for parental burnout in Togo. *Educ Dev Psychol*. 2023;40(2):262-71.
 8. Sodi T, Kpassagou LB, Hatta O, Ndayizigiye A, Ndayipfukamiye J, Tenkué JN, et al. Parenting and parental burnout in Africa. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2020;2020(174):101-17.
 9. Ataigba INE, Gnandji GGA, Koivogui DS, Dagan OC, Tokpanoude CI, Adoufou KA, et al. Maternal Burnout: Prevalence and Associated Factors in Northern Benin (2023). *Open J Psychiatry*. 2024;14(1):29-44.
 10. Sánchez-Rodríguez R, Callahan S, Séjourné N. Development and preliminary validation of the Maternal Burnout Scale (MBS) in a French sample of mothers: bifactorial structure, reliability, and validity. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(4):573-83.
 11. Abshir JNL, Osman F, Dahir G, Dahlberg A. Parental burnout among Somali mothers: Associations with mental health, perceived social support, and sociodemographic factors. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(10):e0002501.
 12. Hugon A. L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne. *Clio*. 2005;(21):212-29.
 13. Arikan G, Üstündağ-Budak AM, Akgün E, Mikolajczak M, Roskam I. Validation of the Turkish version of the Parental Burnout Assessment (PBA). *New Dir Child Adolesc Dev*. 2020;2020(174):15-32.
 14. Chen BB, Qu Y, Yang B, Chen X. Chinese mothers' parental burnout and adolescents' internalizing and externalizing problems: The mediating role of maternal hostility. *Dev Psychol*. 2022;58(4):768-77.
 15. Blanchard MA, Roskam I, Mikolajczak M, Heeren A. A network approach to parental burnout. *Child Abuse Negl*. 2021;111:104826.
 16. Sanchez Rodriguez R, Laflaquière E, Orsini E, Pierce T, Callahan S, Séjourné N. Maternal fatigue and burnout: From self-forgetfulness to environmental expectations. *Eur Rev Appl Psychol*. 2020;70(6):100601.