REPUBLIQUE DU BENIN

******

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année : 2023 **N°2552**

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES DREPANOCYTAIRES SUIVIES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) DE COTONOU EN 2022

THESE

Présentée et soutenue publiquement le **29 Mars 2023** pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

KOUKOUBOU Senan Gratias

Né le 16 Juillet 1997 à Natitingou (République du Bénin)

DIRECTRICE DE THESE

Pr EZIN-HOUNGBE Josiane

CO-DIRECTEUR DE THESE

MA AZA-GNANDJI Guy-Gérard

PRESIDENTE DU JURY

Pr EZIN-HOUNGBE Josiane

MEMBRES DU JURY

MCA AZONBAKIN Simon

MCA PADONOU Caroline

MCA KLIKPO Elyvre

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

Scanné avec CamScanner

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21. Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22. Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24. Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib.....	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Scanné avec CamScanner

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

Scanné avec CamScanner

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

Scanné avec CamScanner

ACTION DE GRACE

Psaumes 34 : 6 LSG

« Quand on tourne vers lui les regards, on est rayonnant de joie, et le visage ne se couvre pas de honte. »

A l'Eternel, Dieu Tout puissant, Créateur de toutes choses.

Jusqu'ici tu as été fidèle, bon et très miséricordieux envers moi.

Grâce à toi je suis parvenu à cette étape de ma vie. Ta grâce et ton amour n'ont cessé de m'accompagner chaque jour. Je te serai éternellement reconnaissant.

DEDICACES

DEDICACES

A ma Mère, feu Georgette BENI

Une simple dédicace ne suffit pas pour te témoigner toute ma gratitude. Merci de m'avoir donné la vie, d'avoir pris soin de moi et de m'avoir conduit au Seigneur. Toute ta vie tu t'es sacrifiée pour nous afin de nous voir prospérer à tous égards. Je me rappelle encore de tous ces moments où malgré la fatigue liée à ton commerce, tu passais du temps à m'aider à finir mes exercices de maison. Avoir un fils médecin a toujours été un rêve pour toi. Tu n'es malheureusement plus là aujourd'hui pour le voir se réaliser mais du haut des cieux j'ose croire que tu es fière et que tu te réjouis avec moi. Maman, j'y suis arrivé.

A mon Père, feu Gédéon KOUKOUBOU

Tu as été un père présent et attentionné. Par ton amour et ta rigueur tu as su nous éduquer et nous hisser très haut avant de partir pour l'au-delà. Enseignant de mathématique que tu es, au travers de ta passion tu as su nous donner à tous un amour pour les sciences. Que l'Eternel te récompense au-delà de tes espérances.

A ma bien aimée Dora HOUNKPATIN.

Ton soutien, ton amour, tes prières et ta disponibilité m'ont été d'une grande utilité. Tu as été là à toutes les étapes de ce travail. Merci pour cette merveilleuse personne que tu es. Puisse Dieu nous unir davantage et nous conduire selon sa volonté.

A mes frères et sœurs Fatou, Déborah, Adoum, Habib, Ismaël, Emmanuel, Noé et Gloria.

Votre amour, votre accompagnement et vos soutiens divers m'ont grandement aidé. Puisse le ciel nous garder toujours unis et nous conduire de gloire en gloire afin d'honorer nos parents.

A mes fidèles amis Kenneth N'TCHA, Ephraïm TCHARO, Régis YANTIKOUA, Josué DEGUENOVO, Ibrahim BIOBATA, Christelle GBENAMETO, Grâce GBENAMETO, Charles YANTIKOUA, Sergio HOUDJI, Orélia SOGLOHOUN.

Vous êtes de merveilleuses personnes que j'ai rencontrées à différentes étapes de ma vie et vous m'avez tous marqué par votre amour et votre amitié. Sans vous, je ne serais peut-être pas à ce niveau. Puisse le ciel nous garder toujours unis.

A toutes les personnes atteintes de drépanocytose et particulièrement à celles suivies au CNHU-HKM de Cotonou,

Vous qui n'avez rien fait pour mériter un tel fardeau. Ce travail est inspiré par vous. N'oubliez jamais que vous êtes précieux aux yeux de Dieu et qu'il vous a créés pour accomplir de grandes choses. Merci pour votre participation à ce travail.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A Monsieur Sèwa Benedictus COMAHOUE.

Merci pour avoir accompagné ce travail par votre appui technique et financier. Nous n'avons pas de mots pour vous dire notre reconnaissance pour tout ce que vous faites pour nous.

Profonde gratitude !

A ma chère amie et sœur Francine TOSSOU.

Merci pour avoir inspiré ce travail et pour m'avoir accompagné dans sa réalisation. Que Dieu te comble de ses grâces.

Au personnel de la clinique universitaire des maladies du sang (CUMAS).

Merci pour avoir accepté d'accueillir cette étude et pour m'avoir accompagné dans sa réalisation.

Aux frères et sœurs de l'Ecole de la Vie par l'Esprit (EVE) et spécialement au couple KOUWANOU Luc et Eyram.

Merci pour vos prières et pour votre accompagnement.

Aux révérends Jacob AARON, Lionel CHODATON et aux fidèles des églises Assemblées de Dieu de Sountchirantikou et Sèdégbé.

Merci pour vos prières et soutiens divers. Puisse Dieu vous bénir.

A mes fidèles compagnons de route et frères Paterne KPOVIESSI, Sabé TOGBE, Odélia HOUEHOUME GANSE.

Depuis que je vous ai connus vous n'avez cessé de me soutenir et de m'accompagner dans les bons comme dans les mauvais moments. Ce travail n'aurait pas toute sa valeur sans vous. Vous êtes précieux pour moi.

Au groupe 6 de stagiaires internes de la 44e promotion.

Merci pour ces moments tant chaud que froid que j'ai passés au milieu de vous pendant cette année d'internat. Puisse nos liens demeurer pour toujours.

A tous mes camarades de la 44e promotion de médecine générale de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou et spécialement à **Rahman OGNIBO, Jourdin BEKOUTONA, Dédisse MEVI, Eniola ENIOLORUNDA, Géraud HOUANSOU, Ramziath MAMA**.

Merci pour ces merveilleux moments passés à vos côtés. Merci pour cette chaleur fraternelle sans laquelle ces années d'étude n'auraient pas été aussi agréables.

A vous tous qui avez contribué de près ou de loin et de diverses manières à l'aboutissement de ce travail. Merci !

HOMMAGES

HOMMAGES

A notre Maître et Directrice de thèse, Professeur Josiane EZIN-HOUNGBE

Nous sommes très reconnaissants de l'insigne honneur que vous nous faites en dirigeant notre travail. Votre humilité, votre simplicité et votre implication dans ce travail nous ont particulièrement marqués. Vous côtoyez pendant la période d'étude nous a fait découvrir davantage une enseignante et mère qui inspire avec douceur et bienveillance le travail bien fait et soigné. Chère Maître, puisse cette thèse être pour vous l'expression de notre profonde admiration.

Hommages respectueux !

A notre Co-directeur de thèse, Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard

Cher maître, votre simplicité, votre disponibilité, votre passion pour votre profession et votre ouverture d'esprit nous ont beaucoup fascinés. Ces moments de travail à vos côtés nous ont permis de beaucoup apprendre. Nous vous remercions d'avoir codirigé ce travail et espérons continuer à jouir de votre accompagnement à l'avenir.

Sincères remerciements !

Au président du jury

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury chargé de juger notre modeste travail. Nous sommes persuadés que vos conseils et recommandations serviront à parfaire ce travail.

Hommages respectueux !

Aux membres du jury

Nous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de soutenance de thèse. Vos remarques et critiques aideront à améliorer la qualité de notre travail.

Profonde reconnaissance !

A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé

Vos enseignements nous ont portés à cette étape. Nous nous efforcerons d'être un sujet de fierté pour vous.

Hommages respectueux !

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEURS AUTEURS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BHS : Beck Hopelessness Scale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga

CUMAS : Clinique Universitaire des Maladies du Sang

CVO : Crise Vaso-Occlusive

DSH : Deliberate Self Harm

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

Ex : Exemple

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

Hb : Hémoglobine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSD : échelle d'évaluation du Risque Suicidaire de Ducher

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

SSI : Scale of Suicide Intent

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques des échelles les plus souvent utilisées dans les études de prévalence du risque suicidaire en soins primaires. 23

Tableau II: Répartition des patients drépanocytaires selon l'âge à la CUMAS..... du CNHU-HKM en 2022. 33

Tableau III: Répartition des patients drépanocytaires selon l'ethnie à la ..... CUMAS du CNHU-HKM en 2022. 34

Tableau IV: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en ..... 2022 selon la situation matrimoniale. 36

Tableau V: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en ..... 2022 selon le statut professionnel. 38

Tableau VI: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en ..... 2022 selon le revenu /argent de poche mensuel (en FCFA). 39

Tableau VII: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en ..... 2022 selon le motif de consultation..... 40

Tableau VIII: Répartition des patients selon la durée de suivi (en années) à la.... CUMAS. 41

Tableau IX: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon les facteurs de risque universels associés au suicide. 42

Tableau X: Répartition des drépanocytaires selon leur score à l'échelle RSD à la CUMAS en 2022 43

Tableau XI: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon le risque suicidaire. 43

Tableau XII: Répartition des patients drépanocytaires selon les facteurs motivants le désir ou les idées de suicide à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022. 44

Tableau XIII: Relation entre le risque suicidaire et les caractéristiques sociodémographiques chez les patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 47

Tableau XIV: Relation entre certains facteurs psycho-sociaux et le risque ..... suicidaire chez les patients drépanocytaires à la CUMAS en 2022. 50

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon la religion. ……35

Figure 2: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon le type de famille……...37

Figure 3: Répartition des travailleurs selon leur profession……...38

Figure 4: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon la fréquence de consommation de l'alcool……42

Figure 5: Répartition des patients drépanocytaires ayant un risque suicidaire positif selon le type de recours à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022…… 45

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION……..…1

1. GENERALITES……...5

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE……..….24

3. RESULTATS…….31

4. DISCUSSION……51

CONCLUSION ET SUGGESTIONS…….58

REFERENCES……62

ANNEXE…….....a

TABLE DES MATIERES…….k

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le suicide est un véritable problème de santé publique dans le monde. Malgré les efforts consentis jusque-là, il continue d'être stigmatisé dans certaines régions notamment d'Afrique. Les données épidémiologiques existantes rendent compte de l'augmentation du nombre de cas en Afrique et partout dans le monde. Chaque année, près de 703 000 personnes se suicident et beaucoup plus font une tentative de suicide. Le suicide intervient à n'importe quel moment de la vie et était la quatrième cause de mortalité chez les personnes âgées de 15-29 ans dans le monde en 2019. Notons que les chiffres en ce qui concerne les tentatives de suicide sont vingt fois plus élevés. D'après les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 2019, le taux de suicide était, en Afrique, supérieur à la moyenne mondiale : 11,2 pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 37% en comparaison avec l'année 2000. [1]

Au Bénin, en 2019 le taux de suicide standardisé selon l'âge était de 12,7 pour 100 000 habitants, taux supérieur à la moyenne mondiale (09 pour 100 000) [1]. Tognon-Tchégnonsi Francis et col dans une étude menée de 2013 à 2017 dans le Nord du Bénin ont estimé à 14,9 pour 100 000 habitants le taux moyen de mortalité par suicide [2].

Plusieurs facteurs de risque ont été dénombrés par les différentes études menées sur le suicide. Au nombre de ceux-ci figurent la douleur et les maladies chroniques [2, 3]. Elles constituent d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires. Les études ont montré que les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale [4]. Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide [5].

En Afrique et particulièrement au Bénin, l'une des affections chroniques associées à la douleur les plus répandues est la drépanocytose du fait des crises

vaso-occlusives qui constituent sa complication aigue la plus fréquente [6]. Dans la Région africaine de l'OMS on enregistre la drépanocytose dans 40 pays au moins avec des taux de prévalence du gène βS variant entre 2% et 30% [7].

Au Bénin, la prévalence du trait drépanocytaire S est estimée à 20% et celle de l'hémoglobine C à 10%. De même, on estime à 4,8% le pourcentage de la population porteur de l'homozygotie SS et l'hétérozygotie composite SC [6]. Cette frange de la population mérite donc une attention particulière en ce qui concerne le suicide.

Face à ces différentes constatations, il importe de mettre en œuvre des stratégies de prévention efficaces contre le suicide. L'un des éléments important de cette prévention est le diagnostic et la prise en charge de la dépression et du risque suicidaire, ce qui passe par l'évaluation du risque suicidaire [8].

Par ailleurs, il n'existe pas de données épidémiologiques en Afrique et particulièrement au Bénin sur le risque suicidaire chez les drépanocytaires quoi qu'ils constituent une population à risque de suicide importante. Nombre de publications sont parues, mais pour préciser la façon de prendre en charge les patients suicidaires ou suicidants, étudier leurs antécédents, leurs facteurs de risque, leurs modifications de comportement dans la période précédant leur passage à l'acte.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude afin d'apporter des données face à ce gap d'informations liées à l'évaluation du risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires et afin d'attirer l'attention des acteurs du secteur de la santé sur la nécessité de la prévention du suicide dans cette population. Ces objectifs sont résumés comme suit :

Objectif général

Evaluer le risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

Objectifs spécifiques

- Déterminer le profil sociodémographique des personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM de Cotonou
- Déterminer la prévalence du risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM
- Identifier les facteurs associés à un risque suicidaire positif chez les personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM
- Identifier les différents recours thérapeutiques utilisés par les personnes drépanocytaires présentant un risque suicidaire

1. GENERALITES

1 Généralités

1.1 Définition des concepts

1.1.1 Drépanocytose

La drépanocytose est une maladie génétique autosomique récessive caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale, qui favorise la falciformation irréversible des hématies en situation d'hypoxie prolongée et aboutissant à des manifestations vaso- occlusives [6].

1.1.2 Suicide

Du latin ‘‘*sui caedere’’*, se tuer soi-même c’est « l’action de se donner volontairement la mort ». Le suicide implique qu’il y ait décès provoqué par la victime elle-même. C’est un acte volontaire. Dans la littérature, on appelait cela autrefois vulgairement le «suicide réussi». Il peut survenir dans un désir conscient de mort, sans désir de mort, (appel à l’aide par exemple) la victime sous-estimant son geste ou le moyen létal choisi ; la mort n’étant qu’une éventualité, la personne tente de trouver des solutions à sa souffrance [9]. Le suicide ou le geste suicidaire est considéré comme un symptôme dans les classifications internationales des maladies mentales : la CIM (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Il est ainsi intégré dans un ensemble de pathologies mentales [10].

1.1.3 Evaluation

Selon le dictionnaire en ligne ‘‘Le Robert’’, c’est l’action d’évaluer, c’est-à-dire fixer approximativement la valeur de quelque chose, apprécier, estimer [11].

1.1.4 Risque

Selon le dictionnaire ‘‘Le Robert’’, c’est l’éventualité d'un évènement qui peut causer un dommage [12]. En épidémiologie, et en première approximation, le risque d'une maladie est sa fréquence de survenue (incidence) dans la population donnée, pendant une période déterminée. C'est donc la probabilité de survenue de la maladie [13].

1.1.5 Risque suicidaire

Probabilité qu’une personne se suicide au cours d’une période donnée.

1.2 Rappels sur la drépanocytose

1.2.1 Données épidémiologiques

Dans la région africaine de l’OMS on enregistre la drépanocytose dans 40 pays au moins avec des taux de prévalence du gène S variant entre 2% et 30% [7]. Au Bénin, la prévalence du trait drépanocytaire S est estimée à 20% et celle de l'hémoglobine C à 10%. De même, on estime à 4,8% le pourcentage de la population porteur de l'homozygotie SS et la double hétérozygotie SC [6].

1.2.2 Physiopathologie [14]

Les molécules d'hémoglobine (Hb) consistent en des chaînes polypeptidiques dont la structure chimique est génétiquement contrôlée. La molécule d'hémoglobine normale de l'adulte (Hb A) est formée de 2 paires de chaînes appelées alpha et bêta. Le sang adulte normal contient également ≤ 2,5% d'Hb A2 (composée de chaînes alpha et delta) et < 1,4% d'hémoglobine F (hémoglobine fœtale), qui a des chaînes gamma à la place des chaînes bêta. L'hémoglobine F prédomine pendant la vie intra-utérine et diminue progressivement, en particulier pendant les premiers mois de vie; sa concentration augmente dans certains troubles de la synthèse de l'hémoglobine

et dans l'aplasie médullaire, dans d'autres troubles d'insuffisance médullaire et les néoplasies myéloprolifératives.

Certaines hémoglobinopathies entraînent des anémies graves chez les homozygotes mais modérées chez les hétérozygotes. Certains patients sont des hétérozygotes pour 2 hémoglobinopathies différentes et présentent une anémie de sévérité variable.

Les différentes hémoglobines distinguées par leur mobilité électrophorétique, sont désignées alphabétiquement par ordre de découverte (p. ex., A, B, C), bien que la première hémoglobine anormale, l'hémoglobine de la cellule drépanocyte, ait été désignée Hb S. Pour les hémoglobines qui ont la même mobilité électrophorétique mais sont de structure différente, on ajoute le nom de la ville ou du lieu de leur découverte (p. ex., Hb S Memphis, Hb C Harlem). La description standard d'une composition de l'hémoglobine d'un patient donne en première position l'hémoglobine à la plus forte concentration (p. ex., AS dans la drépanocytose).

Dans l'hémoglobine de type HbS, une valine remplace l'acide glutamique au niveau du 6e acide aminé de la chaîne bêta. L'hémoglobine S oxygénée est beaucoup moins soluble que l'hémoglobine A oxygénée; elle forme un gel semi-solide qui provoque une déformation en forme de faucille des globules rouges au niveau des sites pauvres en oxygène. Les globules rouges, déformés et rigides, adhèrent à l'endothélium vasculaire et obstruent les petites artérioles et les capillaires, entraînant des infarctus. La vaso-occlusion provoque également des lésions endothéliales, ce qui entraîne une inflammation et peut conduire à des thromboses. Comme les drépanocytes sont fragiles, les contraintes mécaniques circulatoires déclenchent une hémolyse. L'hyperactivité médullaire chronique compensatrice déforme les os.

Des poussées aiguës (crises) surviennent par intermittence, souvent pour une raison inconnue. Dans certains cas, la crise semble être déclenchée par

- fièvre
- infection virale

- traumatisme local.

La **crise vaso-occlusive** est la plus fréquente ; elle est provoquée par une hypoxie tissulaire et aboutit à une ischémie et à un infarctus tissulaire, typiquement de l'os, mais aussi de la rate, du poumon, ou du rein.

Les **crises aplasiques** apparaissent lorsque l'érythropoïèse médullaire diminue au cours d'infections aiguës par le parvovirus humain pendant lesquelles une érythroblastopénie sévère peut apparaître.

Le **syndrome thoracique aigu** résulte d'un embole microvasculaire et est une cause fréquente de mort, avec une mortalité pouvant atteindre 10%. Il est observé dans toutes les classes d'âge, mais plus fréquemment dans l'enfance. La répétition des épisodes prédispose à l'hypertension artérielle pulmonaire chronique.

La **crise de séquestration** survient généralement chez l'enfant, dont la rate n'est pas encore devenue fibreuse du fait d'infarctus spléniques répétés. Une séquestration aiguë de drépanocytes dans la rate peut se produire, aggravant l'anémie.

La séquestration hépatique peut survenir chez l'enfant ou l'adulte, qui provoque une douleur de l'hypochondre droit. Une hypertrophie d'évolution rapide du foie peut survenir et s'accompagner d'une cholestase intrahépatique et d'une insuffisance rénale.

Le priapisme, une complication sérieuse qui peut entraîner des troubles de l'érection, est fréquent chez l'homme jeune.

1.2.3 Histoire naturelle [15]

La sévérité de la maladie et le spectre des complications varient beaucoup d'un patient à l'autre. L'histoire naturelle de la drépanocytose peut être divisée en quatre périodes :

- la période néonatale (0 à 3 mois) est asymptomatique mais importante pour faire un dépistage précoce et une prévention efficace des complications ;

- La petite enfance (3mois à 5ans) : il s'agit d'une période durant laquelle le risque de mortalité et de morbidité est important. Le pronostic vital dépend de la prévention et du traitement adapté des épisodes d'anémie aiguë. L'infection est la deuxième cause de mortalité précoce, particulièrement les septicémies à pneumocoque. Les crises vaso-occlusive (CVO) concernent préférentiellement à cet âge les doigts et les orteils (syndrome pieds mains) ;
- La seconde enfance : les CVO douloureuses dominent la symptomatologie. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la complication la plus redoutable dans cette tranche d'âge. Le risque infectieux est moindre mais il y a une incidence moins non négligeable d'ostéomyélites ;
- L'adulte atteint de la drépanocytose : les crises anémiques et les complications infectieuses sont plus rares. Les CVO restent la première cause d'hospitalisation en urgence. Les syndromes pulmonaires aigus sont fréquents et sont la première cause de mortalité chez l'adulte jeune.

1.3 Rappels sur le suicide

1.3.1 Clarification conceptuelle

- **Crise suicidaire**

La crise suicidaire a fait l'objet de nombreux travaux dans le cadre de l'étude du suicide. Auparavant, la conception psychiatrique du suicide aliénait le suicide à la maladie mentale. Il s'inscrivait dans un processus continu linéaire, comme s'il s'agissait d'une conclusion logique d'une maladie fatale [16]. Elle est à intégrer dans le concept plus général de crise en psychiatrie. Le concept de crise est né avec la psychiatrie communautaire des années 60 dans les pays anglo-saxons [17]. Le premier auteur américain à publier sur le concept de crise est Caplan qui avait articulé le concept de crise à une conception interpersonnelle du

trouble de l'adaptation. Il dit : « une crise survient lorsqu'un sujet est confronté à un obstacle contre les buts importants de sa vie et trouve à ce moment cela insurmontable en regard des techniques qu'il a à sa disposition pour résoudre les problèmes » [18, 19].

Il peut y avoir des prodromes aspécifiques à la crise suicidaire du registre du syndrome dépressif tels que : une asthénie, une anxiété, une tristesse, des pleurs, une irritabilité et agressivité, des troubles du sommeil, une anhédonie, un sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi et un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, des troubles de la mémoire, une perte d'appétit ou boulimie, une rumination mentale, une appétence alcoolique et tabagique, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement etc.

Au moment de la crise certains symptômes deviennent des signes d'alarme d'un possible passage à l'acte suicidaire tel que : une appétence pour le morbide, le cynisme, une souffrance psychique intense, une accalmie suspecte [19].

- **Idéations suicidaires**

Ils correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. On parle de « patient suicidaire ». Une personne est considérée comme ayant des idéations suicidaires quand elle pense se tuer. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher, différencie les idées de mort (pense souvent à la mort, à quelques idées de suicide) des idées de suicide (pense assez souvent au suicide, pense très souvent au suicide et voudrait parfois ne pas exister) de la volonté active de mourir (veut mettre fin à ses jours, sait comment mettre fin à ses jours à court ou long terme) [8, 9].

- **Tentative de suicide**

Terme utilisé pour décrire les gestes intentionnels d'une personne pour mettre fin à sa vie. Le patient est dit « suicidant ». C'est un acte non fatal, dans l'espoir de trouver la mort. Une étude multicentrique, en 1992 en Europe, retient le terme de «parasuicide» ou «delibarate self harm, DSH» des anglo-saxons. Dans

le parasuicide, la victime n'est, à priori, pas motivée par un désir de mort, mais par une sorte d'appel à l'aide sous-tendu par une souffrance psychique [9].

1.3.2 Données épidémiologiques

- **Taux de suicide mondiaux**

Selon le dernier rapport de l'OMS publié en 2021(Suicide Worldwide in 2019 : global health estimates), on a estimé à 703 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2019, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 09 pour 100 000 habitants (12,6 chez les hommes et 5,4 chez les femmes). [1]

- **Taux de suicide par âge**

Selon l'OMS, les taux de suicide sont plus bas chez les personnes âgées de moins de 15 ans et plus élevés chez celles âgées de 70 ans ou plus, aussi bien chez les hommes que chez les femmes et dans presque toutes les régions du monde. Les schémas âge-sexe relatifs aux taux de suicide entre 15 et 70 ans varient toutefois selon les régions. Ainsi, dans certaines, les taux de suicide augmentent régulièrement avec l'âge alors que, dans d'autres, on constate un pic des taux de suicide chez les jeunes adultes qui s'atténue chez les personnes d'âge moyen. Dans certaines régions, les tendances selon l'âge sont identiques chez les hommes et les femmes alors que, dans d'autres, elles sont relativement différentes [1,3].

- **Evolution des taux de suicide entre 2000 et 2019**

Malgré l'accroissement de la population mondiale entre 2000 et 2019, le nombre absolu de suicides est passé de 883 000 à 703 000, soit une baisse de 20% environ. On observe toutefois des tendances très différentes selon les régions. À l'échelle mondiale, le taux de suicide standardisé selon l'âge (qui corrige les différences de taille et de pyramide des âges des populations dans le temps) a affiché une baisse de 36% au cours des 19 années concernées, avec un recul

allant de 17% dans la Région de la Méditerranée orientale à 47% dans la Région européenne et 49% dans la Région du Pacifique occidental.

Toutefois, dans la Région des Amériques, les taux ont augmenté de 17% au cours de la même période.

On ignore les raisons de ces variations soudaines. L'amélioration spectaculaire de la santé mondiale au cours de la dernière décennie pourrait les expliquer en partie. En effet, entre 2000 et 2012, la mortalité standardisée selon l'âge à l'échelle mondiale, toutes causes confondues, a chuté de 18%. La baisse des taux de suicide a été plus rapide que celle de la mortalité globale (26% contre 18%), mais seulement de 8%. [1,3]

- **Taux de suicide au Bénin**

Au Bénin en 2019, le taux de suicide standardisé selon l'âge était de 12,7 pour 100 000 habitants avec 6,1 pour les femmes et 20,3 pour les hommes [1]. Tognon-Tchégnonsi Francis et col dans une étude menée de 2013 à 2017 dans le Nord du Bénin ont estimé à 14,9 pour 100 000 habitants le taux moyen de mortalité par suicide [2].

1.3.3 Facteurs de risque associés au suicide

- **Obstacles à l'accès aux soins de santé**

La comorbidité accroît de façon significative le risque de suicide. Par conséquent, l'accès efficace et en temps opportun aux soins de santé est primordial pour réduire ce risque. Pourtant, dans bon nombre de pays, les systèmes de santé sont complexes et manquent de ressources. S'y retrouver constitue, pour les personnes ne disposant que de peu de notions de base concernant la santé en général, et la santé mentale en particulier, un véritable défi. La stigmatisation associée à la demande d'aide en cas de tentatives de suicide et de troubles mentaux accentue la difficulté. Il en résulte un accès aux soins inapproprié et un risque de suicide accru [3].

- **Accès aux moyens de suicide**

L'accès aux moyens de suicide constitue un facteur de risque majeur. L'accès direct aux moyens (notamment les pesticides, les armes à feu, les lieux en hauteur, les voies ferrées, les poisons, les médicaments, les sources de monoxyde de carbone comme les gaz d'échappement des véhicules ou le charbon de bois, ainsi que d'autres gaz hypoxiques et toxiques), ou leur proximité, augmente le risque de suicide. La disponibilité des moyens de suicide spécifiques, ou les préférences en la matière, dépendent également des contextes géographiques et culturels [3].

- **Couverture médiatique et l'utilisation des médias sociaux inappropriées**

Les mauvaises pratiques en matière de couverture médiatique font du suicide un événement sensationnel et séduisant et augmentent le risque d'imitation chez les personnes vulnérables. Les pratiques médiatiques sont inappropriées lorsqu'elles couvrent sans motif valable le suicide de personnes célèbres, font état de méthodes de suicides inhabituelles ou de vagues de suicides, montrent des images ou fournissent des informations sur les méthodes utilisées ou normalisent le suicide en tant que réponse acceptable à une crise ou une épreuve difficile. Il a été prouvé que l'exposition à des exemples de suicide augmente le risque de comportement suicidaire chez les personnes vulnérables. Par ailleurs, le rôle supplémentaire joué par Internet et les médias sociaux dans la communication sur le suicide soulève des inquiétudes croissantes. Internet représente dorénavant l'une des principales sources d'information concernant le suicide, avec des sites facilement accessibles susceptibles de véhiculer une image erronée du suicide. Des sites web et des médias sociaux ont été pointés du doigt pour avoir encouragé et favorisé les conduites suicidaires. Des particuliers peuvent également diffuser, sans aucun filtrage, des actes suicidaires et des informations connexes accessibles par ces deux médias [3].

- **Stigmatisation associée à la demande d'aide**

La stigmatisation à l'encontre des personnes qui veulent se faire aider pour des comportements suicidaires, des problèmes de santé mentale ou d'abus de substances psychoactives, ou tout autre stress émotionnel, existe toujours dans de nombreuses sociétés. Ainsi stigmatisées, ces personnes ne recevront peut-être pas l'aide dont elles ont besoin. Par ailleurs, par peur d'être à leur tour stigmatisés, les amis et les familles des personnes vulnérables pourraient ne pas leur apporter le soutien dont elles ont besoin voire même choisir d'ignorer totalement leur situation. La stigmatisation est l'un des piliers de la résistance au changement et à la mise en œuvre de programmes de prévention du suicide [3].

- **Catastrophes naturelles, guerres et conflits**

En raison des impacts destructeurs qu'ils ont sur le bien-être, la santé, le logement, l'emploi et la sécurité financière, les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits civils peuvent accroître le risque de suicide. Paradoxalement, les taux de suicide peuvent diminuer pendant ou immédiatement après une catastrophe naturelle ou un conflit, mais ce phénomène varie entre les différents groupes de personnes. Le besoin émergeant de renforcer la cohésion sociale peut expliquer cette baisse subite. Dans l'ensemble, il ne semble y avoir aucune tendance claire en matière de mortalité associée au suicide suite aux catastrophes naturelles, les différentes études mettant en lumière différents schémas [3].

- **Difficultés liées à l'acculturation et au déplacement**

Les tensions liées à l'acculturation et au déplacement des populations constituent un important facteur de risque du suicide qui touche certains groupes vulnérables comme les peuples autochtones, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les personnes incarcérées, les personnes déplacées dans leur pays et les immigrants. Le suicide est prévalent chez les peuples autochtones. Les taux de suicide sont bien plus élevés chez les Amérindiens des États-Unis, les Premières nations et les Inuits du Canada, les Aborigènes d'Australie et les Maoris de Nouvelle-Zélande que dans le reste de la population. Cela est particulièrement

vrai chez les jeunes et, en particulier, les jeunes hommes, qui figurent parmi les groupes les plus vulnérables au monde. Les conduites suicidaires sont également élevées dans les communautés autochtones et aborigènes en pleine transition. L'autonomie politique, économique et territoriale des populations autochtones est souvent bafouée, et leur culture et leurs langues ignorées. Ces circonstances peuvent créer un sentiment de dépression, d'isolement et de discrimination doublé de ressentiment et de méfiance vis-à-vis des services sanitaires et sociaux publics, à fortiori si ces services ne tiennent pas compte du contexte culturel [3].

- **Discrimination**

La discrimination à l'égard de certains sous-groupes au sein d'une population peut être permanente, endémique et systémique. La privation de liberté, le rejet, la stigmatisation et la violence sont autant d'événements stressants vécus par les sous-groupes concernés et pouvant susciter une conduite suicidaire. Parmi les exemples des liens existant entre la discrimination et le suicide, citons :

- les personnes emprisonnées ou détenues ;
- les personnes qui se déclarent lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées ;
- les personnes victimes de harcèlement, y compris par Internet, et de victimisation par les pairs;
- les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants. [3]

- **Traumatismes ou abus**

Les traumatismes ou les abus augmentent les facteurs de stress émotionnels et peuvent entraîner la dépression et des comportements suicidaires chez les personnes déjà vulnérables. Les facteurs de stress psychosociaux associés au suicide sont attribuables à différents types de traumatismes (notamment la torture, en particulier chez les demandeurs d'asile et les réfugiés), aux problèmes d'ordre juridique ou disciplinaire, aux difficultés financières, aux problèmes liés aux études ou au travail et au harcèlement [3,20]. En outre, les jeunes ayant été confrontés à des difficultés dans leur enfance et au sein de leur famille (violence physique, abus sexuels ou psychologiques, négligence,

mauvais traitements, violence familiale, séparation ou divorce des parents, placement en institution ou auprès des services de protection de l'enfance) présentent un risque bien plus élevé de suicide que les autres. Les effets des facteurs négatifs liés à l'enfance tendent à être étroitement liés et corrélés. Leur interaction augmente les risques de troubles mentaux et de suicide [3].

- **Sentiment d'isolement et manque de soutien social**

On parle d'isolement lorsqu'une personne se sent déconnectée de son cercle social le plus proche, à savoir son/sa partenaire, les membres de sa famille, ses pairs, ses amis et d'autres proches. L'isolement va souvent de pair avec la dépression et un sentiment de solitude et de désespoir. Dans de nombreux cas, l'isolement survient lorsqu'une personne traverse des épreuves ou est soumise à un stress psychologique et ne parvient pas à en discuter avec un proche. Combiné à d'autres facteurs, l'isolement peut accroître le risque de comportement suicidaire, en particulier chez les personnes plus âgées qui vivent seules, l'isolement social et la solitude étant d'importants facteurs contribuant au suicide [21]. Les conduites suicidaires se manifestent généralement en réponse à un stress psychologique personnel dans un contexte social où les sources de soutien manquent et peuvent être le signe d'une absence, plus large, de bien-être et de cohésion. La cohésion sociale est le tissu qui unit les gens à différents niveaux de la société, à savoir les individus, les familles, les écoles, les quartiers, les communautés locales, les groupes culturels et la société dans son ensemble. Entretenir des relations étroites, personnelles et durables et partager des valeurs permettent de donner un sens à sa vie et de se sentir en sécurité et en phase avec son entourage [3].

- **Conflit relationnel, mésentente et perte**

Le conflit relationnel (par ex. : la séparation), la mésentente (par ex. : les litiges relatifs à la garde des enfants) et la perte (par ex. : le décès d'un/une partenaire) peuvent susciter des souffrances et un stress psychologique propre à la situation. En outre, ces phénomènes sont associés à un risque accru de suicide. Des relations malsaines peuvent également constituer un facteur de risque. La

violence, y compris sexuelle, à l'encontre des femmes est monnaie courante et est souvent le fait d'un partenaire intime. Les personnes exposées à des violences de la part de leur partenaire intime présentent un risque accru de tentative de suicide et de suicide. À l'échelle mondiale, 35% des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire [3,22].

- **Antécédents de tentative de suicide**

Les antécédents de tentative de suicide constituent, de loin, le meilleur indicateur de risque futur de suicide. Même un an après une tentative de suicide, le risque de suicide et de décès prématuré imputable à d'autres causes reste élevé [3].

- **Troubles mentaux**

Dans les pays à revenu élevé, près de 90% des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux. Chez les 10% restants, chez qui aucun diagnostic clair n'a été posé, les symptômes psychiatriques ressemblent à ceux des personnes décédées par suicide. Dans certains pays asiatiques, les troubles mentaux semblent toutefois moins répandus chez les personnes qui se suicident (environ 60%), comme l'ont montré des études menées en Chine et en Inde [3,23]. Ce facteur de risque doit être considéré avec prudence. La dépression, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les comportements antisociaux sont relativement courants et la plupart des gens qui en sont atteints ne manifestent pourtant pas de conduite suicidaire. Il convient néanmoins de noter que les personnes qui se suicident ou tentent de se suicider présentent une importante comorbidité psychiatrique. Le risque de suicide varie selon le type de troubles, les plus fréquemment associés au comportement suicidaire étant la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool. Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur [3], 7 % chez les personnes alcooliques [24], 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire [3,25] et 5 % chez les personnes schizophrènes [26]. Le risque de comportement suicidaire augmente surtout en

cas de comorbidité. En effet, ce risque est significativement accru chez les personnes qui présentent plusieurs troubles mentaux.

- **Usage nocif d'alcool et d'autres substances psychoactives**

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide [3]. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50% de tous les cas de suicide [24]. En outre, le risque de suicide augmente encore si, à cet usage, s'ajoutent d'autres troubles psychiatriques. Au total, 22% de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool, ce qui signifie qu'un cinquième des suicides ne surviendraient pas si la population ne buvait pas d'alcool [27]. La dépendance à d'autres substances psychoactives, notamment le cannabis, l'héroïne ou la nicotine, constitue également un facteur de risque du suicide [28].

- **Perte d'emploi et pertes financières**

La perte d'emploi, la saisie immobilière et l'insécurité financière sont associées à un risque accru de suicide en cas de comorbidité avec d'autres facteurs de risque tels que la dépression, l'anxiété, la violence et l'usage nocif de l'alcool. Par conséquent, les récessions économiques peuvent être considérées comme un facteur de risque individuel dans la mesure où elles peuvent conduire des personnes à faire face à une perte d'emploi ou à une perte d'argent [3].

- **Désespoir**

Le désespoir, en tant qu'aspect cognitif du fonctionnement psychologique, est souvent utilisé comme un indicateur du risque de suicide lorsqu'il est associé à des troubles mentaux ou des antécédents de tentative de suicide [29]. L'avenir, la perte de motivation et les attentes d'une personne sont les trois principales facettes sur lesquelles porte le désespoir. Souvent, ce dernier est détecté par la présence de pensées telles que « les choses n'iront jamais mieux » et « ma situation ne s'améliore pas » et s'accompagne, dans la plupart des cas, d'une dépression [3].

- **Douleur et maladies chroniques**

La douleur et les maladies chroniques constituent d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires. On a constaté que les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale [4]. Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide [5]. Sont entre autres concernés le cancer, le diabète et le VIH/sida.

- **Antécédents familiaux de suicide**

Le suicide d'un membre de la famille peut profondément bouleverser le cours de la vie d'une personne. Pour la plupart des gens, la perte d'un être cher est un événement déchirant. Outre la peine, la nature du décès peut faire naître un sentiment de stress, de culpabilité, de honte, de colère, d'anxiété et de détresse chez les membres de la famille et les proches. Les dynamiques familiales peuvent changer, les sources habituelles de soutien être perturbées, et la stigmatisation peut décourager les personnes concernées de demander de l'aide et les autres de la leur fournir. L'idée du suicide peut devenir plus acceptable chez une personne qui a perdu un membre de sa famille ou un proche par ce moyen. Pour toutes ces raisons, les personnes touchées par le suicide ou endeuillées présentent elles-mêmes un risque accru de suicide ou de trouble mental [3].

1.3.4 Facteurs de protection contre les risques de suicide [3]

À l'inverse des facteurs de risques, les facteurs de protection prémunissent les individus contre les risques de suicide. Si de nombreuses interventions sont axées sur la réduction des facteurs de risque dans le cadre de la prévention du suicide, il est tout aussi important de connaître et de renforcer les facteurs qui intensifient efficacement la résilience et les liens sociaux et qui protègent contre les conduites suicidaires. Certains facteurs de protection neutralisent des facteurs

de risque spécifiques alors que d'autres protègent les individus d'un certain nombre de facteurs de risque du suicide différents.

- **Des relations personnelles solides**

Le risque de comportement suicidaire augmente en cas de conflit relationnel, de perte ou de mésentente. Inversement, cultiver et entretenir des relations étroites et saines peuvent renforcer la résilience individuelle et agir en tant que facteur de protection contre le risque de suicide. Le cercle social le plus proche d'une personne, à savoir les partenaires, les membres de la famille, les pairs, les amis et d'autres proches, a la plus grande influence et peut soutenir la personne concernée en période de crise. Les amis et la famille constituent une importante source de soutien social, émotionnel et financier et peuvent amortir l'impact des facteurs de stress extérieurs. En particulier, la résilience engendrée par ce soutien atténue le risque de suicide associé aux traumatismes vécus pendant l'enfance. Les relations jouent un rôle particulièrement important dans la protection des adolescents et des personnes âgées, deux groupes davantage dépendants.

- **Les croyances religieuses ou spirituelles**

Les capacités potentielles de protection contre le suicide des croyances religieuses et spirituelles sont un sujet à aborder avec prudence. La foi peut en effet constituer un facteur de protection car elle crée un système de croyance structuré et encourage à des comportements pouvant être considérés comme bénéfiques tant sur le plan physique que mental. Cependant, en raison de leurs prises de position morale sur le sujet, qui peuvent décourager la demande d'aide, de nombreuses croyances et pratiques religieuses et culturelles ont également contribué à la stigmatisation associée au suicide. La valeur protective de la religion et de la spiritualité pourrait s'expliquer par l'accès à une communauté qui assure une cohésion et un soutien sociaux et partage des valeurs communes. Bon nombre de groupes religieux interdisent également des facteurs de risque du suicide comme la consommation d'alcool. En parallèle, les pratiques sociales de certaines religions encouragent l'auto-immolation par le feu chez des groupes

spécifiques tels que les femmes ayant perdu leur mari en Asie du Sud. Par conséquent, la protection contre le suicide que peuvent offrir les croyances religieuses et spirituelles dépend des pratiques et des interprétations culturelles et contextuelles.

- **Un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être**

Le bien-être personnel subjectif et les stratégies d'adaptation positives efficaces offrent une protection contre le suicide. Le bien-être dépend en partie des traits de la personnalité qui déterminent la vulnérabilité et la résistance d'une personne au stress et aux traumatismes. Un solide équilibre émotionnel, une vision optimiste et une forte identité personnelle aident à faire face aux difficultés de la vie. L'impact des facteurs de stress et des épreuves vécues dans l'enfance peut être atténué par une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle et des compétences efficaces en résolution de problèmes, qui incluent la capacité à demander de l'aide si le besoin s'en fait sentir. La volonté de se faire aider en cas de problèmes de santé mentale peut notamment être influencée par les attitudes personnelles. Les troubles mentaux étant largement stigmatisés, les personnes qui en sont atteintes (et surtout les hommes) peuvent hésiter à se tourner vers les services dédiés. Cela accentue les problèmes de santé mentaux et, partant, augmente le risque de suicide qui pourrait, en d'autres circonstances, être efficacement évité au moyen d'une intervention précoce. Pratiquer une activité physique régulière, avoir une alimentation et un sommeil appropriés, connaître l'impact de la consommation d'alcool et de drogues sur la santé, entretenir de bonnes relations et des liens sociaux, et gérer efficacement le stress sont autant de choix de style de vie sain qui favorisent le bien-être mental et physique.

L'utilisation d'« approches en amont », comme la prise en charge précoce des facteurs de risque et de protection au cours de la vie, peut, au fil du temps, « renverser la tendance en faveur d'une meilleure adaptation ». Par ailleurs, ce

type d'approches pourrait avoir un impact simultané sur plusieurs résultats sanitaires et sociétaux tels que le suicide, l'abus de substances psychoactives, la violence et la criminalité.

1.3.5 Outils d'évaluation du risque suicidaire

Tableau I: Caractéristiques des échelles les plus souvent utilisées dans les études de prévalence du risque suicidaire en soins primaires. [8]

Nom du questionnaire		Evaluation principale	Mode de passation	Temps de passation	Particularités
aRSD	Echelle d'évaluation du risque Suicidaire de Ducher	Intentionnalité suicidaire	auto-questionnaire	< 5'	Evalue le niveau de décision de quelqu'un face à l'envie de passer à l'acte. Lecture directe (score le plus élevé)
PHQ 9	Questionnaire sur la santé du patient, (Dépression)	Dépression	auto-questionnaire	< 5'	Problème de la validité d'un item (suicide) inscrit dans la construction d'une échelle (dépression) et sorti de son contexte
BHS	Echelle de désespoir de Beck	Désespoir	auto-questionnaire	< 5'	Risque de faux positifs : les idées suicidaires ne sont pas toujours présentes en cas de désespoir
SAD PERSONS		Facteurs de risque suicidaire	hétéro-questionnaire	< 5'	La recherche de facteurs de risque suicidaire détermine plus une population à risque que le risque suicidaire immédiat
SSI	Echelle d'idéations suicidaire de Beck	Intentionnalité suicidaire	hétéro-questionnaire	> 10'	Se concentre sur l'intentionnalité suicidaire Temps de passation long Nécessité de formation des examinateurs.
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale	Evaluation multi-dimensionnelle du risque suicidaire	hétéro-questionnaire	> 10'	Evalue plusieurs dimensions du risque Temps de passation long Nécessité de formation des examinateurs.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2 Cadre et méthode d'étude

2.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la clinique universitaire des maladies du sang (CUMAS) du Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou.

2.1.1 Présentation du CNHU-HKM

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA a été créé en 1962 par la loi N° 62-32 du 30 octobre 1962 pour une capacité de 350 lits et était appelé ''Hôpital 350 lits''. En 1963, il devient l'hôpital autonome de Cotonou. Par le décret N°490 du 21 décembre 1966, il changea de statut et devint le Centre National Hospitalier.

Avec la création de l'Université Nationale du Bénin en 1970, il fut érigé par le décret N°73/008 du 10 janvier 1973 en Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) afin de permettre aux étudiants de médecine d'y faire leur stage pratique.

Le 13 mai 1991 le décret N°91/007 lui conféra le statut d'office à caractère social et scientifique. A la mort du premier président du Bénin, il a été rebaptisé Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA, CNHU-HKM, le 03 décembre 2001, pour honorer la mémoire de ce Président sous le mandat duquel l'hôpital a vu le jour [30]. Aujourd'hui, il s'agit du premier établissement hospitalier du pays dont la capacité d'accueil avoisine les 1000 lits.

Tenant lieu à la fois de centre hospitalier et d'hôpital universitaire, il a pour vocation :

- d'offrir des soins de référence ;

- d'assurer la formation pratique pour les agents de santé (médecins spécialistes, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, assistants sociaux, techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, pharmaciens) ;
- d'assurer l'enseignement et la recherche fondamentale et opérationnelle.

Situé au Sud de la ville Cotonou, il est limité :

- au nord et à l'est par le camp guézo
- au sud par la présidence de la république dont il est séparé par la route inter état bénin nigeria.
- a l'ouest par l'institut national médico-sanitaire (inmes)

Le CNHU-HKM de Cotonou comprend cinq départements à savoir :

- le département des urgences médico-chirurgicales ;
- le département de médecine et spécialités médicales
- le département de chirurgie et spécialités chirurgicales ;
- le département de la santé mère-enfant ;
- le département des services biotechniques.

Le CNHU-HKM est doté d'infrastructures lui permettant :

- l'accueil et le traitement des urgences ;
- l'accueil des consultants dans les services de consultations externes ;
- l'hospitalisation des malades et parturientes dans les différents services.

2.1.2 Présentation de la CUMAS

Clinique universitaire et unique service d'Hématologie clinique du pays, la CUMAS constitue le centre national de référence des pathologies hématologiques dont les hémoglobinopathies. Pour ces dernières, la prise en charge est globale et intègre les activités de prévention, de soins et de suivi.

La Clinique Universitaire des Maladies du Sang est logée dans le deuxième bâtiment à droite lorsqu'on entre dans le CNHU par le portail ouvrant sur l'Avenue Jean-Paul II. Elle est actuellement dirigée par le Professeur Dorothée

KINDE GAZARD. Ce pavillon possède 5 salles d'hospitalisation, 16 lits et est fonctionnel grâce à une équipe constituée de :

- un chef de service, professeur titulaire
- deux assistants
- deux médecins spécialisés en hématologie clinique
- deux médecins généralistes
- huit (8) infirmiers
- six (6) aides-soignants
- un secrétaire.

Beaucoup d'activités sont menées dans ce service : consultation médicale, hôpital du jour, hospitalisation, prise en charge des malades avec des pathologies hématologiques, la formation des étudiants en Médecine et en Pharmacie générale, des Internes des Hôpitaux, des Médecins en spécialisation.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique.

2.2.2 Période de l'étude

Notre enquête s'est déroulée du 15 Août au 13 Novembre 2022.

2.2.3 Population d'étude

La population d'étude était représentée par les personnes drépanocytaires suivies à la CUMAS du CNHU-HKM pendant la période d'étude.

- **Critères d'inclusion**
  - Etre diagnostiqué drépanocytaire ;
  - Etre âgé de 16 ans au moins ;
  - Etre suivi au CNHU-HKM pour sa drépanocytose ;

- ❖ Etre consentant à participer à l'étude.

- **Critères de non inclusion**
  - ❖ Présenter un facteur qui empêche la participation à l'étude (détresse vitale, ivresse, crise douloureuse sévère, etc)

2.2.4 Echantillonnage

Nous avons procédé à un recensement exhaustif de tous les patients drépanocytaires venus en consultation ou hospitalisés pendant la période d'étude, consentants et répondants aux critères d'inclusion. Au total nous avons recensé 65 patients.

2.2.5 Variables

- **Variable dépendante**

La variable dépendante était le risque suicidaire selon l'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher (RSD).

Il s'agit d'une échelle cotée de 0 à 10 avec le risque suicidaire positif pour une valeur supérieure ou égale à 1 ; modéré pour une valeur comprise entre 1 et 6 et sévère pour une valeur supérieure ou égale à 7.

- **Variables indépendantes :**
  - ❖ sexe : masculin ou féminin
  - ❖ âge en année
  - ❖ ethnie : Fon et apparentés, Adja et apparentés, Yoruba et apparentés, Dendi et apparentés, Bariba et apparentés, Otamari et apparentés, Peuhl et apparentés, Yoa et apparentés
  - ❖ nationalité : Béninois, autres
  - ❖ religion : chrétien, musulman, animiste, autres
  - ❖ statut matrimonial : célibataire, concubinage, marié, divorcé/séparé, veuf (ve)
  - ❖ type de famille : monogame, polygame, monoparentale

- ❖ statut professionnel : étudiant/élève, avec un travail, sans travail, arrêt de travail, retraite
- ❖ revenu mensuel : inférieur à 40.000f, 40.000 à 100.000f, 100.000f à 250.000f, 250.000f à 500.000f, supérieur à 500.000f
- ❖ motif de consultation
- ❖ durée de suivi à la CUMAS en année
- ❖ antécédent psychiatrique : oui ou non
- ❖ facteurs de risque universels associés au suicide : discrimination/ violence/abus, sentiment d'isolement, conflit avec l'entourage, consommation d'alcool/tabac, fréquence de consommation
- ❖ recours thérapeutiques : famille, responsables religieux, amis/proches, médecin, autre

2.2.6 Technique et outils de collecte des données

La collecte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire conçu à cet effet et de l'échelle d'auto-évaluation du risque suicidaire de Ducher (voir annexe).
Nous nous sommes rendus sur les lieux de consultation et d'hospitalisation afin de faire remplir le questionnaire par les patients après avoir obtenu leur consentement éclairé ou celui de leurs parents. Le questionnaire a été rempli en notre présence et nous avons répondu aux différentes inquiétudes des participants et servi d'interprète pour les analphabètes afin de mieux les orienter. Des dispositions ont été prises avec l'aide du personnel du service pour traduire aux enquêtés qui ne comprennent pas la langue française les informations du questionnaire dans leurs langues.

2.2.7 Traitement et analyse de données

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO version 7.2.5.0. Le logiciel Microsoft Word a été utilisé pour la saisie de la thèse et Excel pour l'organisation des données sous forme de tableaux et de

graphiques. Après avoir rentré les données recueillies dans les logiciels nous avons vérifié les erreurs éventuelles de saisie ainsi que la cohérence des données puis procédé au codage. Lors de l'analyse, les paramètres quantitatifs ont été regroupés en classes et seront présentés sous forme de moyenne ± écart type, médiane, minimum, maximum, tandis que les paramètres qualitatifs seront présentés par l'effectif suivi du pourcentage. Les comparaisons de fréquence entre des sous-groupes ont été faites grâce au test de chi-2. Les valeurs de $P<5\%$ ont été considérées comme statistiquement significatives.

2.2.8 Considérations éthiques et administratives éventuelles

Notre travail s'est fait dans le strict respect des normes déontologiques et des règles hiérarchiques. Ainsi nous avons obtenu les différentes autorisations administratives avant le démarrage de l'enquête. Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des participants, des parents des participants mineurs et avons respecté la confidentialité et l'anonymat.

2.2.9 Difficultés rencontrées

- Refus de participation de certains patients du fait de la stigmatisation liée au suicide dans notre contexte ;
- Difficultés liées à la compréhension du questionnaire ;
- Interprétation de certains éléments du questionnaire en langues locales ;
- Faible fréquentation du service par les personnes atteintes de drépanocytose pendant la période d'étude.

3. RESULTATS

3 Résultats

3.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

3.1.1 Sexe

Sur le total des 65 patients enquêtés, 38 étaient de sexe féminin soit un pourcentage de 58,46% et 27 étaient de sexe masculin soit un pourcentage de 41,54%.

Les patients de sexe féminin sont les plus représentés avec un sex-ratio H/F égale à 0,71.

3.1.2 Age

L'âge moyen des patients était de 27,04 ±1,95 ans avec une médiane de 25 ans et des extrêmes de 16 et 50 ans.

Le tableau II suivant présente la distribution de ces patients en fonction des tranches d'âge.

Tableau II: Répartition des patients drépanocytaires selon l'âge à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022.

Tranches d'âge(ans)	Effectifs	Pourcentages (%)
16 - 20	16	24,62
20 - 30	31	47,69
30 - 40	14	21,54
40 - 50	04	06,15
Total	**65**	**100,00**

Les patients âgés de 20 à 30 ans étaient les plus représentés avec un pourcentage de 47,69%.

3.1.3 Ethnie

Le tableau III suivant présente la distribution des patients drépanocytaires enquêtés selon l'ethnie.

Tableau III: Répartition des patients drépanocytaires selon l'ethnie à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022.

Ethnies	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Fon et apparentés	39	60,00
Yoruba et apparentés	13	20,00
Adja et apparentés	06	09,23
Yoa et apparentés	03	04,62
Otamari et apparentés	02	03,08
Bariba et apparentés	01	01,54
Dendi et apparentés	01	01,54
Total	**65**	**100,00**

La majorité des patients étaient de l'ethnie Fon ou des ethnies qui s'y apparentent avec un pourcentage de 60%.

3.1.4 Religion

La figure 2 ci-dessous présente la répartition selon la religion des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS pendant notre période d'étude.

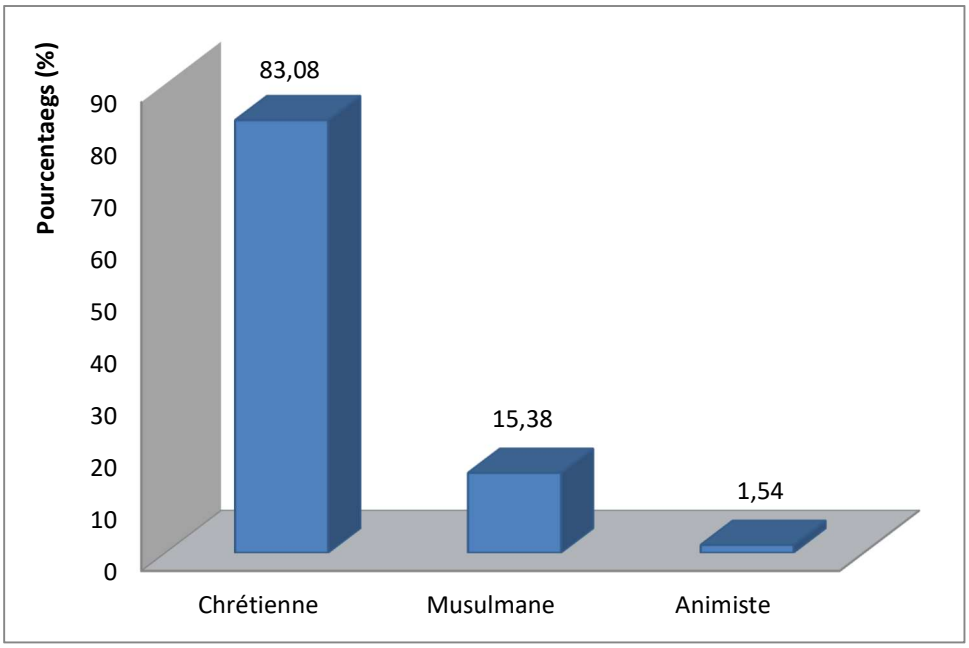


Figure 1: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon la religion.

Les pratiquants de la religion chrétienne étaient les plus représentés avec un pourcentage de 83,08%.

3.1.5 Situation matrimoniale

Le tableau IV suivant nous présente la distribution des patients enquêtés selon la situation matrimoniale.

Tableau IV: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentages (%)
Célibataire	42	64,62
Marié(e)	16	24,62
En concubinage	06	09,23
Divorcé(e)	01	01,54
Total	**65**	**100**

Il ressort de ce tableau que les patients célibataires étaient les plus représentés avec 64,65%.

3.1.6 Type de famille

La figure 3 ci-dessous nous présente la répartition selon le type de famille dans laquelle vivent les patients drépanocytaires de la CUMAS inclus dans notre étude.

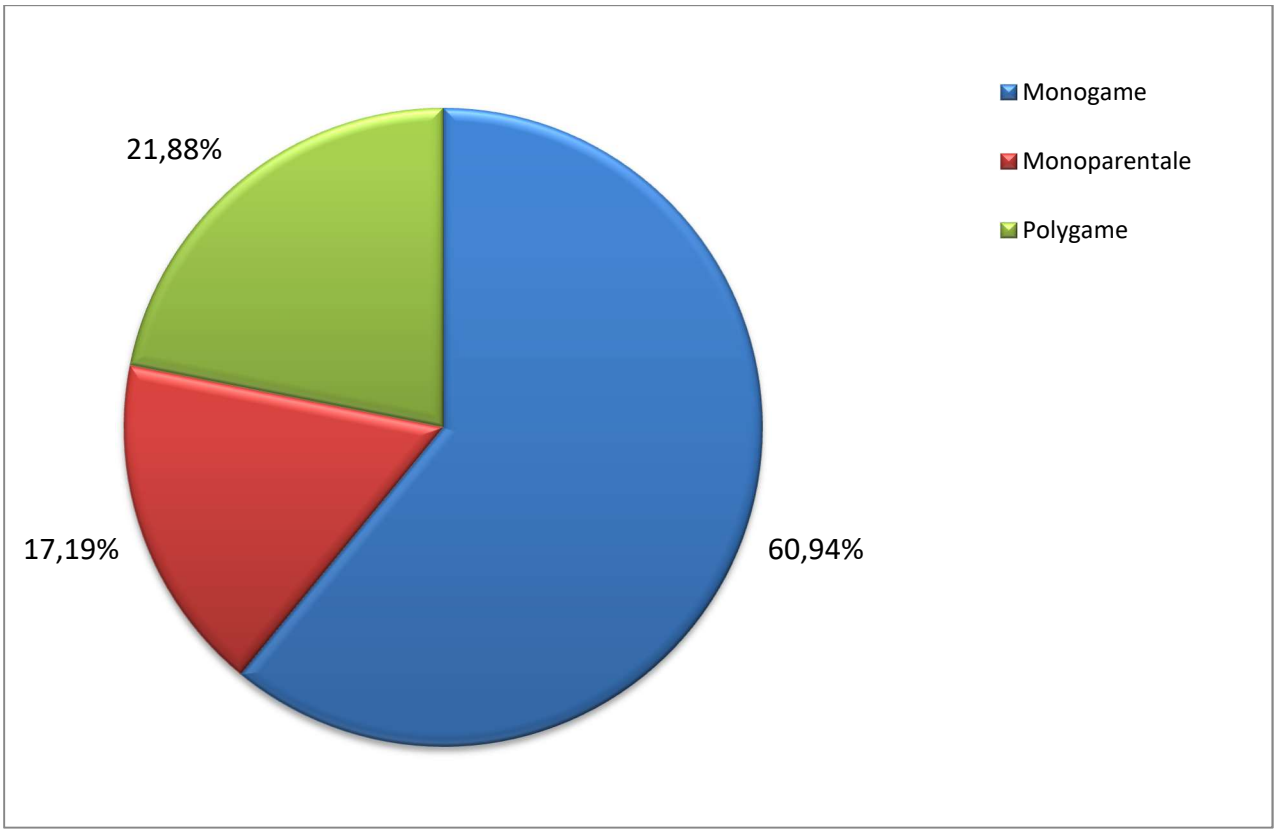


Figure 2 : Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon le type de famille.

Il en ressort que la majorité des patients vivaient dans une famille monogame soit 60,94%.

3.1.7 Statut professionnel

Le tableau V ci-dessous nous présente la répartition selon le statut professionnel des patients drépanocytaires de la CUMAS du CNHU-HKM.

Tableau V: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon le statut professionnel.

Statut professionnel	Effectifs	Pourcentages (%)
Travailleurs	38	58,46
Elève / Etudiant	21	32,31
Sans emploi	06	09,23
Total	**65**	**100,00**

Les travailleurs étaient les plus représentés avec 58,46% de l'échantillon.

La figure 4 ci-après présente la distribution de ces travailleurs selon le type de profession.

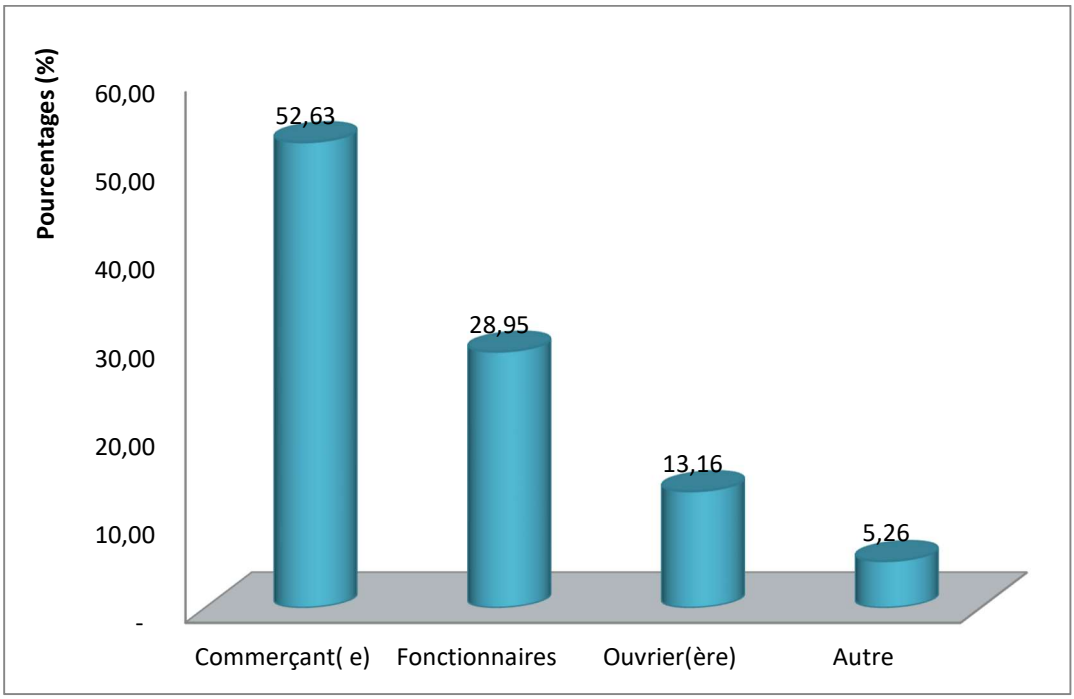


Figure 3 : Répartition des travailleurs selon leur profession.

Parmi les travailleurs, les commerçant(e)s étaient prédominants.

3.1.8 Revenu mensuel

Le tableau VI ci-après présente la distribution selon le revenu mensuel de notre population d'étude.

Tableau VI: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon le revenu /argent de poche mensuel (en FCFA).

Revenu mensuel	Effectifs	Pourcentages (%)
< 40 000	35	53,85
40 000 - 100 000	19	29,23
100 000 - 150 000	04	06,15
150 000 - 200 000	03	04,62
200 000 - 250 000	01	01,54
300 000 - 400 000	01	01,54
400 000 - 500 000	01	01,54
> 500 000	01	01,54
Total	**65**	**100,00**

Le revenu mensuel était inférieur ou égal à 100 000FCFA pour 83,08% des patients et 53,85% avaient un revenu mensuel en dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).

3.2 Motif de consultation

Le tableau VII ci-dessous présente la répartition des patients enquêtés selon le motif de consultation.

Tableau VII: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon le motif de consultation.

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentages (%)
Suivi (sans plaintes)	38	58,46
Douleur	14	21,54
Asthénie	04	06,15
Anémie	02	03,08
Toux	02	03,08
Dyspnée	01	01,54
Fièvre	01	01,54
Grossesse	01	01,54
Soins journalier	01	01,54
Vertige	01	01,54
Total	**65**	**100,00**

Dans notre série, 58,46% n'avaient pas de motif de consultation clinique mais étaient présents dans le cadre de leur suivi. La présence dans le service de 41,54% était sous-tendue par des plaintes somatiques dont 21,54% pour douleur, soit la moitié de ces derniers.

3.3 Antécédents

3.3.1 Durée de suivi dans le service

La durée moyenne de suivi dans le service était de 10,69 ans avec une médiane de 06 ans et des extrêmes de 03 mois et 38 ans.

Le tableau VIII ci-après présente la répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon la durée de suivi.

Tableau VIII: Répartition des patients selon la durée de suivi (en années) à la CUMAS.

Durée de suivi (ans)	Effectifs	Pourcentages (%)
≤ 1	24	36,92
1 - 5	08	12,31
5 - 10	07	10,77
10 - 20	08	13,31
20 - 30	15	23,08
> 30	03	04,62
Total	**65**	**100,00**

La majorité des patients drépanocytaires de notre population d'étude soit 36,92% étaient suivis depuis moins d'un an.

3.3.2 Notion de suivi en psychiatrie

Sur les 65 patients pris en compte par notre étude, un seul avait été suivi auparavant dans un service de psychiatrie.

3.3.3 Facteurs de risque universels associés au suicide

Le tableau IX ci-après présente la répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon les facteurs de risque (FDR) universels associés au suicide.

Tableau IX: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022 selon les facteurs de risque universels associés au suicide.

FDR universels	Effectifs	Pourcentages (%)
Consommation d'alcool	24	36,92
Sentiment d'isolation et/ou manque de soutien	17	26,15
Discrimination, violence et abus	08	12,31
Conflit avec l'entourage	02	03,08
Consommation de tabac/drogue	01	01,54

La consommation d'alcool était le facteur de risque le plus retrouvé chez les patients.

La figure 5 nous donne les détails sur la fréquence de consommation.

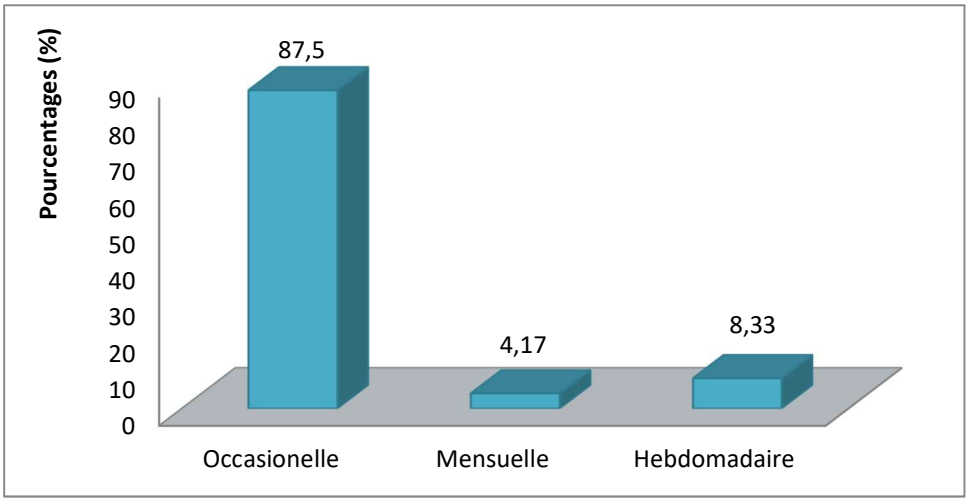


Figure 4: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon la fréquence de consommation de l'alcool.

La grande partie des consommateurs d'alcool (87,5%), était des consommateurs occasionnels.

Le seul consommateur de tabac était aussi un consommateur occasionnel.

3.4 Risque suicidaire

Le tableau X suivant présente la répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon le score obtenu à l'échelle RSD.

Tableau X: Répartition des drépanocytaires selon leur score à l'échelle RSD à la CUMAS en 2022

Score RSD	Effectifs	Pourcentages (%)
0	36	55,38
1-6	20	30,77
7-10	09	13,85
Total	**65**	**100,00**

La majeure partie des patients (55,38%) avait un score nul à l'échelle RSD.

Le tableau XI suivant présente la répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon le risque suicidaire.

Tableau XI: Répartition des patients drépanocytaires suivis à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022 selon le risque suicidaire.

Risque suicidaire	Effectifs	Pourcentages (%)
Pas de risque	36	55,38
Risque modéré	20	30,77
Risque sévère	09	13,85
Total	**65**	**100,00**

Les scores à l'échelle RSD nous indiquent que 44,62 % des patients drépanocytaire pris en compte par notre étude avaient un risque suicidaire positif. On note également une proportion de 13,85 % de patients avec un risque suicidaire sévère. Vu autrement, 13,85 % des patients enquêtés avaient une volonté active de mourir voire un projet de suicide défini à court ou long terme.

Nous avons également identifié chez les patients ayant un risque suicidaire positif, les facteurs qu'ils reconnaissent comme motivant le désir ou les pensées de suicide.

Le tableau XII présente la répartition de ces patients en fonction des facteurs motivants le désir ou les pensées de suicide.

Tableau XII: Répartition des patients drépanocytaires selon les facteurs motivants le désir ou les idées de suicide à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022.

Facteurs motivant les idées de suicide	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Douleurs	13	44,83
Chronicité de la drépanocytose	05	17,24
Pauvreté	04	13,79
Sentiment d'être un fardeau pour la famille	03	10,34
Restrictions liées à la drépanocytose	02	06,90
Autres	02	06,90
Total	**29**	**100,00**

Près de la moitié des patients ayant des pensées ou un désir de suicide (44,83%) avaient évoqué la douleur comme facteur motivant leurs idées ou désir de suicide. Comme autres facteurs on notait également la chronicité de la drépanocytose, la pauvreté (manque de moyens pour la prise en charge), le sentiment de poids pour la famille et les restrictions liées à la drépanocytose.

3.5 Recours thérapeutiques

Parmi les patients ayant un risque suicidaire positif, 10 (soit 34,48%) avaient déjà parlé de leurs idées ou désir de mourir à quelqu'un.

On note cependant qu'aucun d'eux n'a eu recours à un service de santé spécialisé ou non.

La figure 6 ci-dessous présente la répartition des patients selon le type de recours.

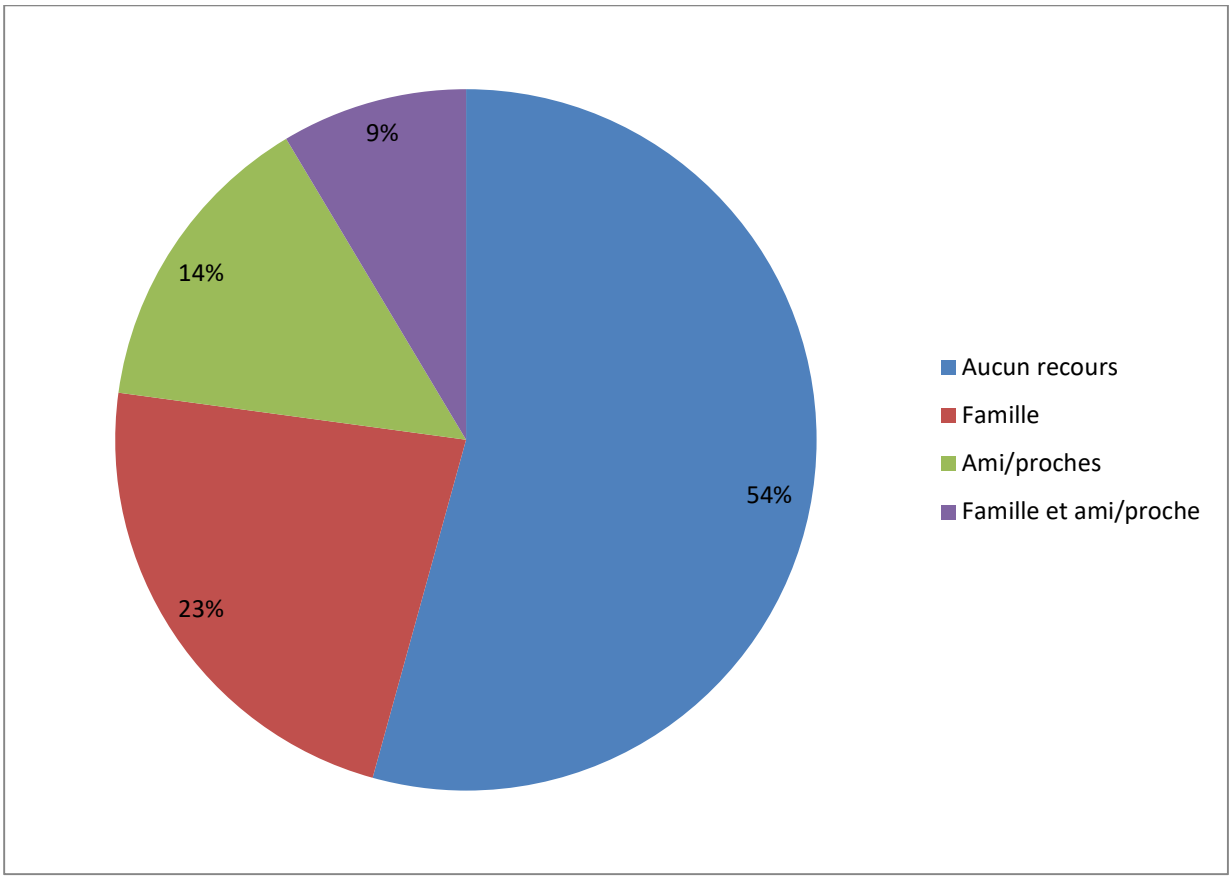


Figure 5: Répartition des patients drépanocytaires ayant un risque suicidaire positif selon le type de recours à la CUMAS du CNHU-HKM en 2022

Il ressort de cette figure que la majorité des patients ayant un risque suicidaire positif (54%) n'en avaient parlé à personne. Ceux qui en ont parlé, ont fait recours pour la plupart à leur famille.

De notre étude, il ressort également que les patients ayant parlé de leur idée ou désir de suicide ont pour la plupart reçu que des encouragements et conseils. Aucun d'eux n'a été orienté vers un service médical pour ces idées suicidaires.

3.6 Etude analytique

Nous avons procédé au croisement de certaines données avec le risque suicidaire afin d'identifier les associations statistiquement significatives entre le risque suicidaire et certains facteurs.

Les tableaux XIII, XIV ci-dessous présentent les résultats de cette analyse.

Tableau XIII: Relation entre le risque suicidaire et les caractéristiques sociodémographiques chez les patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022

Caractéristiques sociodémographiques	Risque suicidaire				
	Oui	Non	P-value	OR	IC95% [OR]
Sexe					
Masculin	09	18	0,12	1	
Féminin	20	18		2,23	0,79 - 6,17
Age (ans)					
16 - 20	06	10		1	
20 - 30	14	17	0,90	1,37	0,39 - 4,71
30 - 40	07	07		1,66	0,38 - 7,15
40 - 50	02	02		1,66	0,18 - 15,13
Groupe ethnique					
Fon et apparentés	20	19		1	
Adja et apparentés	01	05		0,19	0,02 - 1,77
Yoruba et apparentés	04	09	0,21	0,42	0,11 - 1,6
Bariba et apparentés	01	00		0,8	0,45 - 1,42
Otamari et apparentés	02	00		0,83	0,48 - 1,44
Dendi et apparentés	00	01		0,8	0,47 - 1,36
Yoa et apparentés	01	02		0,47	0,03 - 5,67
Religion					
Chrétienne	24	30		1	
Musulmane	05	05	0,63	1,25	0,32 - 4,82
Animiste	00	01		1,04	0,29 - 3,62

Il n'y avait aucun lien statistiquement significatif entre le risque suicidaire et l'âge, le sexe, les groupes ethniques et la religion.

Tableau XIII bis : Relation entre le risque suicidaire et les caractéristiques sociodémographiques chez les patients drépanocytaires suivis à la CUMAS en 2022

Caractéristiques sociodémographiques	Risque suicidaire				
	Oui	Non	P-value	OR	IC95% [OR]
Situation matrimoniale					
Célibataire	21	21		1	
Marié(e)	05	11	0,47	0,45	0,13 - 1,53
En concubinage	03	03		1	0,18 - 5,53
Divorcé(e)	00	01		0,79	0,45 - 1,39
Type de famille					
Monogame	14	25		1	
Monoparentale	09	02	0,02	8,03	1,51 - 42,51
Polygame	06	08		1,33	0,38 - 4,64
Statut professionnel					
Travailleurs	17	21		1	
Elève / Etudiant	09	12	0,88	0,92	0,31 - 2,71
Sans emploi	03	03		1,23	0,22 - 6,92
Revenu mensuel (FCFA)					
< 40 000	18	17		1	
40 000 - 100 000	06	13		0,43	0,13 - 1,4
100 000 - 150 000	03	01		2,83	0,26 - 29,95
150 000 - 200 000	01	02	0,40	0,47	0,03 - 5,69
200 000 - 250 000	00	01		0,55	0,23 - 1,29
300 000 - 400 000	00	01		0,55	0,23 - 1,29
400 000 - 500 000	00	01		0,55	0,23 - 1,29
> 500 000	01	00		0,61	0,27 - 1,37

Il existe une association statistiquement significative entre le type de famille et le risque suicidaire chez les patients drépanocytaires (**p=0,02 ; IC95% [1,51-42,51])**. Les patients vivants dans des familles monoparentales sont à risque de suicide par rapport à ceux vivants dans les familles monogames ou polygames.

Par ailleurs, on ne notait pas de lien statistiquement significatif entre le risque suicidaire, la situation matrimoniale, le statut professionnel et le revenu mensuel.

Le tableau XIV ci-dessous présente la relation entre le risque suicidaire et certains facteurs psycho-sociaux étudiés chez les patients drépanocytaires de la CUMAS du CNHU-HKM.

Tableau XIV: Relation entre certains facteurs psycho-sociaux et le risque suicidaire chez les patients drépanocytaires à la CUMAS en 2022.

Facteurs psycho-sociaux	Risque suicidaire				
	Oui	Non	P-value	OR	IC95% [OR]
Consommation d'alcool					
Non	17	24	0,30	1	
Oui	12	12		1,41	0,51 - 3,88
Sentiment d'isolation et/ou manque de soutien					
Non	19	29	0,13	1	
Oui	10	07		2,18	0,7 - 6,72
Discrimination, violence et abus					
Non	26	31	0,72	1	
Oui	03	05		0,71	0,15 - 3,28
Conflit avec l'entourage					
Non	27	36	0,10	1	
Oui	02	00		1,06	0,65 - 1,72
Consommation de tabac/drogue					
Non	28	36	0,26	1	
Oui	01	00		1,27	0,23 - 1,96

Il n'y avait aucun lien statistiquement significatif entre le risque suicidaire et la consommation de substances psychoactives, les conflits, la discrimination, les violences, les abus, le sentiment d'isolation et/ou de manque de soutien.

4. DISCUSSION

4 Discussion

La discussion des résultats de notre étude s'articulera autour des points suivants :

- l'atteinte des objectifs de l'étude ;
- les limites de l'étude ;
- la comparaison des résultats et commentaires personnels

4.1 Atteinte des objectifs

Notre étude nous a permis d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés. Ainsi, nous avons pu :

- déterminer le profil sociodémographique des personnes drépanocytaires suivis au CNHU-HKM de Cotonou
- déterminer la prévalence du risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM
- identifier quelques facteurs associés à un risque suicidaire positif chez les personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM
- identifier les différents recours thérapeutiques utilisés par les personnes drépanocytaires présentant un risque suicidaire.

4.2 Limites

Les limites se situent à plusieurs niveaux :

- Notre étude s'étant déroulé dans un centre de référence national, les résultats obtenus peuvent ne pas refléter la population générale du fait de la fréquence élevée de cas graves et du nombre restreint de personnes fréquentant les hôpitaux de référence nationale. Toutefois, du fait que le recrutement a été fait à Cotonou, cosmopolite et principale ville du pays ces résultats sont exploitables

- Bien que le suicide soit un sujet de santé publique, il continue d'être un sujet tabou dans certaines contrées notamment d'Afrique. Certains patients n'avouent pas aisément qu'ils ont des idées de suicide. Il pourrait donc y avoir des sous déclarations ou dissimulation de certaines informations jugées gênantes ; ceci pourrait avoir un impact sur leur score à l'échelle d'évaluation du risque suicidaire. Les croyances socio-culturelles et religieuses pourraient également renforcer cet état de chose.

- La petite taille de notre échantillon ne nous a pas permis d'avoir une puissance statistique suffisante. De même, notre étude étant transversale, elle présente des limites dans l'identification des facteurs de risque ; les études de cohorte et cas-témoins étant les plus fiables.

Malgré ces limites, les résultats auxquels nos travaux ont permis d'aboutir, sont intéressants pour la compréhension du risque suicidaire dans notre contexte sur plusieurs plans.

4.3 Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, l'âge moyen des sujets était de 27,04 ±1,95 ans avec des extrêmes de 16 et 50 ans. Ce résultat est supérieur à celui de Dodo et al (24,2 ans) [6], Laghdaf et al (24,75ans) [31] et Dahmani et al (14ans) [32].

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle des sujets âgés de 20 à 30 ans (47,69%). Dodo et al avaient également retrouvé la prédominance de cette tranche d'âge dans leur étude sur les urgences drépanocytaires au service des maladies du sang du CNHU-HKM en 2015. La prédominance de cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par l'espérance de vie relativement faible chez les sujets drépanocytaires dans notre contexte(bien qu'ayant évolué ces dernières années).

L'âge moyen élevé dans notre étude comparativement aux autres études africaines[6,31,32] pourrait s'expliquer par le fait que les patients incluent dans notre étude étaient des sujets âgés de plus de 16ans contrairement aux autres où

aucune limitation d'âge n'a été faite. Le choix de la limitation d'âge dans notre étude s'explique par la sensibité du thème étudié et les considérations éthiques.

Notre population d'étude était à prédominance féminine (58,46%) avec un **sex-**ratio de 0,71. La prédominance féminine est également retrouvée en Mauritanie où l'étude faite par Laghdaf et al [31] notait une prédominance féminine à 58,51% avec un sex ratio de 0,7 et au Maroc selon l'étude de Dahmani et al [32]. Ces résultats s'opposent par contre à ceux de Dodo et al [6] où on retrouvait une prédominance masculine à 60,8%. La prédominance féminine pourrait s'expliquer par la prédominance féminine de la population béninoise.

L'ethnie la plus représentée était l'ethnie Fon et apparentés avec 60% de l'effectif total. Cette ethnie est la plus représentée dans la population béninoise notamment dans le Sud.

Les célibataires étaient les plus représentés dans l'étude avec 64,62% de l'effectif total. Cette prédominance des célibatatires pourrait s'expliquer par la prédominance juvénile de la population d'étude et par les rétience des populations à épouser des personnes drépanocytaires.

Les élèves et étudiants étaient les plus représentés à 32,31% suivis des commerçants(30%).

Dans notre étude, 53,85% des sujets avaient un revenu mensuel en dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le Bénin est selon la Banque Mondiale un pays à revenu intermédiaire inférieur.

4.4 Motifs de consultation

De façon globale, le motif le plus fréquent était le suivi systématique (29,23%). En termes de signe fonctionnel, le motif le plus fréquent était la douleur.

L'asthénie, la pâleur, la toux, la dyspnée et la fièvre étaient également représentés. Dodo et al [6] avaient également retrouvé la douleur comme motif de consultation le plus fréquent. Cette observation pourrait se justifier par le fait que la crise vaso-occlusive est la principale complication de la drépanocytose [6, 14, 31].

4.5 Risque suicidaire

Les scores à l'échelle RSD nous indiquent que 29 sur les 65 soit 44,62 % des patients drépanocytaires pris en compte par notre étude avaient un risque suicidaire positif. On note une proportion de 13,85 % de patients avec un risque suicidaire sévère et 30,77 % avec un risque modéré. Vu autrement, 13,85 % des patients enquêtés avaient une volonté active de mourir voire un projet de suicide défini à court ou long terme et 30,77% avaient des idées de mort ou suicide.

Nous n'avons trouvé dans la littérature aucune étude concernant le risque suicidaire chez les personnes atteintes de drépanocytose. Toutefois, nous comparerons nos résultats à des études similaires sur le risque suicidaire.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Trinanes et al (32.5%) [33] en ce qui concerne les idéations suicidaires.

Tang et al [4] dans leur étude sur le risque suicidaire dans les douleurs chronique, de même que Ducher et al [8] dans leur étude sur l'épidémiologie descriptive du risque suicidaire dans le système médical français de médecine générale, avaient respectivement rapporté un risque suicidaire à 20% et 24,3% ; valeurs inférieures aux nôtres. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de population d'étude. En effet dans l'étude mener par Ducher et al [8], la population d'étude était représentée par des consultants en soins primaires quel que soit leur antécédent contrairement à la nôtre qui concernait les personnes atteintes de drépanocytose (les maladies chroniques ou génétiques étant déjà un facteur de risque de suicide selon l'OMS [3]).

4.6 Facteurs associés au risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires

Il ressort de notre analyse que seul le type de famille était associé de façon significative au risque suicidaire chez les sujets drépanocytaires. En effet, le fait de vivre dans une famille monoparentale constituait un facteur de risque (p=0.02). L'organisation mondiale de la santé, dans son rapport publié en 2014 sur la prévention du suicide [3] avait également noté ce facteur comme augmentant le risque suicidaire.

Nous relevons toutefois de notre étude que la douleur était un facteur important. En effet, 44,83% des patients de notre étude ayant un risque suicidaire positif avaient évoqué la douleur comme l'élément justifiant leurs idées ou désirs de suicide. Tang et al [4] de même que Trinanes et al [33] avaient également retrouvé la douleur comme facteur de risque.

L'âge, le sexe, de même que le groupe ethnique n'étaient pas significativement associés au risque suicidaire dans notre étude. Cette observation est conforme également au rapport de l'OMS sur la prévention du suicide [3]. Ducher et al [8] ne notaient pas aussi de lien statistiquement significatif entre l'âge et le risque suicidaire. Par contre, ils ont retrouvé une association significative entre le sexe et le risque suicidaire ; les femmes étaient plus à risque (p=0,02).

La religion, le statut matrimonial, le statut professionnel, la consommation d'alcool ou de tabac n'étaient pas significativement associés au risque suicidaire dans notre étude. L'OMS [3] de même que Ducher et al [8] avaient par contre retrouvé une association significative entre le statut matrimonial, le statut professionnel, la consommation d'alcool ou de tabac et le risque suicidaire. En effet, le divorce ou la séparation, le manque d'emploi, la consommation d'alcool ou de tabac augmentaient tous le risque suicidaire selon leurs résultats. Van Praag [34] dans son étude sur le rôle de la religion dans la prévention du suicide avait conclu que la religion était significativement associée au risque suicidaire et constituait un facteur protecteur contre le suicide. Cette différence de résultats

entre notre étude et les leurs pourrait s'expliquer par la différence de population d'étude et également par la faible puissance statistique liée à notre taille d'échantillon.

Le sentiment d'isolation et/ou de manque de soutien, la discrimination, les violences ou abus, la notion de conflit avec l'entourage n'étaient pas significativement associés au risque suicidaire chez les sujets drépanocytaires dans notre étude contrairement à l'OMS [3]. Ce constat pourrait s'expliquer par la faible proportion de sujets de notre étude présentant ces facteurs.

4.7 Recours thérapeutiques

Parmi les patients ayant un risque suicidaire positif, 10 (soit 34,48%) avaient déjà parlé de leurs idées, désirs ou projet de suicide à quelqu'un. On note cependant, qu'aucun d'eux n'a eu recours à un service de santé spécialisé. Ils ont pour la plupart eu recours au membre de leur famille.

De notre étude, il ressort également que les patients ayant parlé de leurs idées ou désirs de suicide ont pour la plupart reçu que des encouragements et conseils. Aucun d'eux n'a été orienté vers un service médical.

Ces résultats sont conformes à ceux de l'Organisation mondiale de la santé [3] qui stipulait que la demande d'aide en cas de crise suicidaire reste faible surtout en ce qui concerne le recours aux soins de santé spécialisés ; les populations du fait de la stigmatisation liée au suicide ou de l'absence de service de psychologie ou psychiatrie ne recherchent pas d'aide [3].

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Au terme de cette étude sur l'évaluation du risque suicidaire chez 65 patients drépanocytaires suivis à la clinique universitaire des maladies du sang du CNHU-HKM en 2022 les résultats suivants ont été obtenus :

- l'âge moyen des sujets était de 27,04 ±1,95 ans avec des extrêmes de 16 et 50 ans ; la tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle des sujets âgés de 20 à 30 ans (47,69%). La population d'étude était à prédominance féminine (58,46%) avec un sex-ratio de 0,71. La plupart des sujets étaient de l'ethnie Fon, célibataires, étudiants ou revendeurs avec un revenu mensuel inférieur au SMIG et vivaient dans une famille monogame ;

- une proportion considérable soit 44,62 % des patients drépanocytaires pris en compte par notre étude avaient un risque suicidaire positif et 13,85 % de ces patients un risque suicidaire sévère ;

- les facteurs associés au risque suicidaire positif étaient la douleur et la monoparentalité

- une faible proportion(34,48%) parmi les patients présentant un risque suicidaire ont recherché de l'aide. Il s'agissait notamment du recours aux parents et amis. Aucun d'eux n'a eu recours aux services médicaux et aucun également n'a été orienté vers de tels services par ses proches.

Les derniers rapports de l'OMS [1,3] sur le suicide ont pu mettre en évidence une augmentation du nombre de cas de suicide au fil des années en Afrique. Les résultats de cette étude viennent encore une fois attirer notre attention sur ce sujet qui reste encore stigmatisé dans notre contexte.

SUGGESTIONS

Les résultats issus de cette étude nous inspirent certaines suggestions.

- **A l'endroit des autorités politico-administratives de notre pays**

  - Mettre en place une politique de prise en charge ou de réduction des frais de suivis des malades drépanocytaires

  - Créer d'avantage de services de santé mentale sur toute l'étendue du territoire national

  - Mettre en place des politiques de formation et de recrutement des agents de santé mentale (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, etc).

  - Sensibiliser la population par des campagnes régulières d'information sur les troubles psycho-sociaux afin de réduire la stigmatisation liée à ces troubles et de faciliter la demande d'aide.

  - Sensibiliser la population par des campagnes régulières d'information sur la drépanocytose afin de réduire l'incidence de cette dernière.

  - Doter les services des maladies du sang et autres services gérant des affections chroniques, de psychologues.

- **A l'endroit de la Clinique universitaire des maladie du sang du CNHU-HKM**

  - Aborder des questions concernant la santé psychique et sociale des patients au cours des échanges lors des consultations de suivi.

  - Former le personnel sur l'utilisation d'échelle d'évaluation du risque suicidaire à passation rapide telle que le RSD.

- Doter le service de psychologue et d'assistants sociaux afin de mieux accompagner les patients

- Orienter vers le service de santé mentale les patients ayant un risque suicidaire sévère pour une meilleure prise en charge.

➢ **A l'endroit de la population**

- Se faire dépister afin de connaitre son type d'hémoglobine et prévenir les unions incompatibles.

- Communiquer avec ses proches et les agents de santé lorsqu'on a des idées dépressives ou de suicide.

- En cas de crise suicidaire, rechercher de l'aide vers les services de santé mentale ou n'importe quel agent de santé à défaut.

- Eviter la stigmatisation des personnes présentant des idées suicidaires ou tout autre troubles psycho-sociaux.

- Ne pas négliger les propos suicidaires de quelconque proche à nous mais accompagner ces personnes.

REFERENCES

REFERENCES

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization, Geneva. 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve

2. Tchégnonsi Tognon F, Djidonou A, Alphonse Biaou C, Kpatindé F, et al. Suicide en Afrique Sub-Saharienne : étude descriptive à Cobly (Nord Bénin) sur une période de 5 ans. Psy-Cause. 2019;77:43-47.

3. Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève. 2018;99(1314):452–452.

4. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med. 2006 May;36(5):575–86.

5. Stenager E, Stenager El, Erlangsen A. Somatic diseases and suicidal behaviour. Oxford University Press. 2009;293−9.

6. Dodo R, Zohoun A, Baglo T, Mehou J, Anani L. Urgences drépanocytaires au Service des Maladies du Sang du Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Benin. Pan Afr Med J. 2018;30.

7. Organisation Mondiale de la Santé. Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. 2010. AFR/RC60/8

8. Ducher JL, Llorca PM, Callahan S, de Chazeron I. Épidémiologie Descriptive Du Risque Suicidaire Dans Le Système Médical Français De Médecine Générale. Can J Psychiatry. 2021;66(5):451–9.

9. Mishara BL, Tousignant M. Comprendre le suicide. PUM. 2004. 179 p.

10. Caillard V, Chastang F. Le geste suicidaire. Elsevier Masson; 2010. 572 p.

11. Evaluer - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cited 2022 Nov 28]. Available from: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/evaluer

12. Risque - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cited 2022 Nov 28]. Available from: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/risque

13. Université de Lorraine. Recherche clinique et épidémiologique - Notions de risque, facteurs de risque et groupes à risque en épidémiologie [Internet]. 2011[cited 2022 Nov 28]. Available from: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23863/mod_resource/content/2/co/Notions_Risque.html

14. Evan M. Drépanocytose : Hématologie et oncologie. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 23].

Available from:
https://www.msdmanuals.com/fr/professional/hématologie-et-oncologie/anémies-hémolytiques/drépanocytose

15. Serjeant GR. The Natural History of Sickle Cell Disease. Cold Spring Harb Perspect Med [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 23];3(10). Available from: /pmc/articles/PMC3784812/

16. Abbar M, Ades J, Baron-Laforet S. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaitre et prendre en charge. Hôpital de la Pitié-Salpêtrière-Paris. 2000. p.1-17.

17. Quenard O, Rolland J-C. « Aspect clinique et état de crise suicidaire. » Suicide et conduites suicidaires. Aspects cliniques et institutionnels. Paris:Masson ;1982. p.13-47.

18. Abbar M, Ades J, Baron Laforet S. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. John Libbey Eurotext; 2001. 464 p.

19. Perot C. Suicide des médecins : état des lieux de la souffrance psychique des médecins et des internes (Thèse). Limoges : Université de Limoges ; 2016;(87).

20. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. Arch Suicide Res. 2011;15(1):1−15.

21. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(2):118−24.

22. World Health Organisation. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève, Organisation mondiale de la Santé.2013. Available from : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/.

23. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. Indian J Psychiatry. 2012;54(4):304−19.

24. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. Arch Suicide Res. 2009;13(4):303–16

25. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058−64.

26. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(3):247−53.

27. OMS. Global status report on alcohol and health 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. Available from : (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)

28. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. Addiction. 2014;109(1):155−62.

29. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. Lancet Psychiatry. 2014;1(1):73-85.

30. Reshaoc.info [Internet]. Cotonou : Réseau des Hôpitaux d'Afrique, de l'Océan indien et des Caraïbes. [cited 2022 Nov 28]. Available from: https://www.reshaoc.info/CNHU-Hubert-K-MAGA-de Cotonou.html

31. Laghdaf S, N'Diaye AM, Cheikh M, Heinhane MM, et al. La Drépanocytose en Mauritanie : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, à propos de 135 cas. Tunis Med. 2022 Apr 1;100(4):313.

32. Dahmani F, Benkirane S, Kouzih J, Woumki A, Mamad H, Masrar A. Profil épidémiologique des hémoglobinopathies: étude transversale descriptive autour du cas index. Pan Afr Med J. 2017 Jun 29;27:1937–8688.

33. Triñanes Y, González-Villar A, Gómez-Perretta C, Carrillo-de-la-Peña MT. Suicidality in Chronic Pain: Predictors of Suicidal Ideation in Fibromyalgia. Pain Pract. 2015 Apr 1;15(4):323–32.

34. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. Oxford University Press; 2009:7−12.

ANNEXE

ANNEXE

ANNEXE 1 : Questionnaire

Date :

A. Données sociodémographiques

Age : **Sexe** : Masculin☐ Féminin☐

Ethnie :

Nationalité : Béninois☐ Autres☐

Religion : Chrétien☐ Musulman☐ Animiste☐ Autres☐

Situation matrimoniale : Célibataire☐ En concubinage☐ Marié(e)☐

Divorcé(e) ou séparé(e)☐ Veuf(ve)☐

Type de famille: Monogame☐ Monoparentale☐ Polygame☐

Profession :

Revenu mensuel : < 40.000f☐ 40.000f-100.000f☐ 101.000f-150.000f☐

151.000f-200.000f☐ 201.000f-250.000☐ 251.000f-300.000f☐

301.000f-400.000f☐ 401.000f-500.000f☐ >500.000f☐

B. Motif de consultation

Pourquoi êtes-vous venu en consultation ce jour ?.....

C. Antécédents

Q1. Depuis quand êtes-vous suivis dans ce service ? :…….

Q2. Avez-vous été suivi en psychiatrie par le passé ? Oui ☐ Non☐

D. Facteurs de risque universels. Cochez la ou les cases qui vous correspondent.

Q1. Etes-vous victime de discrimination, de violence ou d'abus ? Oui☐ Non☐

Q2. Vous sentez-vous isolé et/ou sans soutien ? Oui☐ Non☐

Q3. Etes-vous en conflit avec votre entourage ? Oui☐ Non☐

Q4. Consommez-vous de l'alcool ? Oui☐ Non☐

Si oui, à quelle fréquence ?

Occasionnellement☐ chaque jour☐

une fois par semaine☐ une fois par mois ☐

Q5. Consommez-vous du tabac ou des drogues ? Oui☐ Non☐

Si oui, à quelle fréquence ?

Occasionnellement☐ chaque jour☐

une fois par semaine☐ une fois par mois ☐

E. Evaluation du risque suicidaire

Q1. Ces derniers jours, vous arrive-t-il de penser à la mort plus qu'habituellement ? Oui☐ Non☐

Si oui, à quelle fréquence ? Rarement☐ Souvent☐

Q2. Vous arrive-t-il de penser à vous donner la mort ? Oui☐ Non☐

Si oui, à quelle fréquence ? Rarement☐ Souvent☐

Très souvent☐

Q3. Pensez-vous actuellement qu'il vaudrait mieux être mort que d'être vivant et drépanocytaire ? Oui☐ Non☐

Si oui, avez-vous souhaité mourir ou être mort ces derniers jours ?

Oui☐ Non☐

Q4. Qu'est-ce qui justifie vos pensées ou votre désir de mort ?.....

……

……

Q5. Avez-vous un fort désir de mourir mais retenu par l'amour que vous portez pour un proche ou pour quelque chose ? Oui☐ Non☐

Si oui, précisez nous ce qui vous a retenu .....
.....

Q6. Avez-vous déjà décidé de vous donner la mort ? Oui☐ Non☐

Si oui, avez-vous déjà conçu en tête la manière dont vous le ferez ?

Oui☐ Non☐

Q7. Avez-vous déjà tenté de vous donner la mort ? Oui☐ Non☐

Si oui, comment avez-vous procédez ? ……

……
……

Q8. Pensez-vous pouvoir tenter de vous donner la mort un jour ? Oui☐ Non☐

F. LES DIFFERENTS RECOURS

Q1. Avez-vous déjà parlé de vos idées de mort ou de votre envie de mourir ?

Oui☐ Non☐

Si oui, à qui ?.....

Qu'est-ce qui a été fait ?.....
……

NB : A remplir par l'enquêteur :

Echelle d'évaluation du Risque Suicidaire de Ducher (R.S.D.) *Coter l'item le plus fort*			
0	**PAS D'IDEES DE MORT**		**Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement**
1			**Pense plus à la mort qu'habituellement**
2	**IDEES DE MORT**		**Pense souvent à la mort**
3			**A quelques idées de suicide**
4	**IDEES DE SUICIDE**		**A assez souvent des idées de suicide**
5			**Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister**
6	**DESIR PASSIF DE MOURIR**		**Désire mourir ou plutôt être mort**
7	**a : lien fort** **b : lien faible**		**Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher…)**
8	**VOLONTE ACTIVE DE MOURIR**		**Veut mettre fin à ses jours**
9	**a : projet défini à long terme** **b : projet défini à court terme**		**Sait comment il veut mettre fin à ses jours**
10	**DEBUT DE PASSAGE A L'ACTE**		**A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte**

ANNEXE 2 : Formulaire d'information et fiche de consentement

Formulaire d'information

Madame, Monsieur,

Vous êtes invités à participer de façon volontaire à une étude. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques.

Objectif et description de l'étude

Chaque année, près de 703.000 personnes se suicident et beaucoup plus font une tentative. Parmi les facteurs incriminés figurent la douleur et les maladies chroniques. En Afrique et particulièrement au Bénin, l'une des affections non seulement chronique mais également pourvoyeuse de douleur est **la drépanocytose.** C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude afin d'évaluer dans notre contexte le risque suicidaire et les facteurs de risque chez les personnes atteintes de drépanocytose et ainsi suggérer des actions visant la prévention du suicide aux autorités.

Si vous acceptez de participer à cette enquête il vous sera demander de remplir un questionnaire conçu à cet effet.

Participation volontaire et protection de la vie privée

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles.

Promoteur de l'enquête : KOUKOUBOU Senan Gratias (doctorant en médecine générale à la FSS-UAC) sous la supervision du Pr EZIN HOUNGBE Josiane (Pr titulaire de Psychiatrie d'adulte FSS-UAC, chef clinique santé mentale CNHU-HKM) et de Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard (Maitre assistant Psychiatrie d'adulte FSS-UAC)

Personnes à contacter

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'étude, maintenant durant ou après votre participation, vous pouvez nous contacter : +229 66012342/grakoub@gmail.com.

Fiche de consentement éclairé

Titre de l'étude : Evaluation du risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM.

Engagement du (de la) participant(e)

Je soussigné(e), (nom du participant)……déclare avoir lu ou avoir été informé par une tierce personne et compris le contenu de la note d'information.

Je certifie avoir discuté avec Gratias KOUKOUBOU et compris l'objectif, la modalité de participation, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant cette étude et le chercheur y a répondu à ma satisfaction.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant……..……..… Date……

Engagement du chercheur :

Je soussigné, Senan Gratias KOUKOUBOU certifie :

a) avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire de consentement;

b) lui avoir clairement indiqué que sa participation est libre et volontaire et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Je m'engage à respecter la confidentialité et tout ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Signature du chercheur…….……Date……

ANNEXE 3 : Autorisations

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN – MINISTÈRE DE LA SANTÉ
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

CNHU-HKM

CELLULE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 17 Août 2022

N°1253/MS/CNHU-HKM/DAF/CSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte

Références :- Bordereau n°115/MS/CNHU-HKM/CSMR du 28 Juillet 2022 ;
- Demande de monsieur KOUKOUBOU S. Gratias en date du 25 Juillet 2022 ;
- Photocopie de la Carte d'étudiant.

Dans le cadre de sa Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, portant sur le thème «**Evaluation du risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires suivies au CNHU-HKM**», Monsieur **KOKOUBOU Senan Gratias**, étudiant en septième année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données, dans la **Clinique Universitaire des Maladies du Sang** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA.

A cet effet, la Chef de Clinique et son Surveillant sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux sources de données.

Ladite collecte se fera sous l'encadrement du chef Cellule de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressé devra transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».

La présente note de service est valable à compter du **22 Août au 30 Septembre 2022.**

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

Ampliations :
- DAF, C/SRH, P/CME, C/CSRM
- C/CUMAS, Surveillant,
- Intéressé, Archives, Chrono

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HKM
Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

CS Scanné avec CamScanner

Cotonou le 16 Août 2022

Dr Josiane EZIN HOUNGBE
Chef service Santé mentale
CNHU-HKM

À

Madame la ministre, chef service de la Clinique universitaire des maladies du sang du CNHU-HKM

16 08 2022
Dr Baglo.
Pour disposition à prendre

Objet : Collecte de données

CNHU-HKM DE COTONOU
Prof. Dorothée KINDE GAZARD
Chef de Service
Clinique Universitaire des
Maladies du Sang (CUMAS)

Madame la ministre,

Dans le cadre de la rédaction de la thèse de doctorat en médecine générale de l'étudiant KOUKOUBOU Senan Gratias, je viens par la présente solliciter auprès de votre autorité, l'autorisation de mener une enquête dans votre service.

Ce travail porte sur « Evaluation du risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires suivies au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou ».

Merci pour tout ce que vous et votre équipe ferez pour l'aboutissement de cette étude.

Dans l'espoir d'une suite favorable, je vous prie d'agréer, madame la Ministre, l'expression de mes salutations respectueuses.

Docteur EZIN HOUNGBE Josiane
Professeur Titulaire de Psychiatrie
CNHU-HKM / COTONOU
N° 0178 / ONMB / ATL / 99

Josiane EZIN HOUNGBE
Professeur titulaire de Psychiatrie d'adulte

Pièce jointe :

- Copie du protocole de recherche

Scanné avec CamScanner

TABLE DES MATIERES

Table des matières

DEDICACES iv
REMERCIEMENTS vii
HOMMAGES x
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xiv
LISTE DES TABLEAUX xvi
LISTE DES FIGURES xviii
SOMMAIRE xx
INTRODUCTION 2
1 Généralités 6
1.1 Définition des concepts 6
1.1.1 Drépanocytose 6
1.1.2 Suicide 6
1.1.3 Evaluation 6
1.1.4 Risque 7
1.1.5 Risque suicidaire 7
1.2 Rappels sur la drépanocytose 7
1.2.1 Données épidémiologiques 7
1.2.2 Physiopathologie [14] 7
1.2.3 Histoire naturelle [15] 9
1.3 Généralités sur le suicide 10
1.3.1 Clarification conceptuelle 10
1.3.2 Données épidémiologiques 12
1.3.3 Facteurs de risque associés au suicide 13
1.3.4 Les facteurs de protection contre les risques de suicide 20
1.3.5 Outils d'évaluation du risque suicidaire 23
2 Cadre et méthode d'étude 25
2.1 Cadre d'étude 25

2.1.1 Présentation du CNHU-HKM 25
2.1.2 Présentation de la CUMAS 26
2.2 Méthode d'étude 27
2.2.1 Type d'étude 27
2.2.2 Période de l'étude 27
2.2.3 Population d'étude 27
2.2.4 Echantillonnage 28
2.2.5 Variables 28
2.2.6 Technique et outils de collecte des données 29
2.2.7 Traitement et analyse de données 29
2.2.8 Considérations éthiques et administratives éventuelles 30
2.2.9 Difficultés rencontrées 30
3 Résultats 32
3.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude 32
3.1.1 Sexe 32
3.1.2 Age 32
3.1.3 Ethnie 34
3.1.4 Religion 35
3.1.5 Situation matrimoniale 36
3.1.6 Type de famille 37
3.1.7 Statut professionnel 38
3.1.8 Revenu mensuel 39
3.2 Motif de consultation 40
3.3 Antécédents 40
3.3.1 Durée de suivi dans le service 40
3.3.2 Notion de suivi en psychiatrie 41
3.3.3 Facteurs de risque universels associés au suicide 41
3.4 Risque suicidaire 43
3.5 Recours thérapeutiques 45
3.6 Etude analytique 46
4 Discussion 52

4.1 Atteinte des objectifs 52
4.2 Limites 52
4.3 Caractéristiques sociodémographiques..... 53
4.4 Motifs de consultation 54
4.5 Risque suicidaire..... 55
4.6 Facteurs associés au risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires ……56
4.7 Recours thérapeutiques..... 57
CONCLUSION 59
SUGGESTIONS..... 60
REFERENCES..... 63
ANNEXE ..... b

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances, Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

LE PRESIDENT DU JURY

LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Le suicide est un véritable problème de santé publique. Peu d'étude existe sur la question en Afrique. La douleur et les affections chroniques étant des facteurs de risque de suicide, nous avons au travers de cette étude, évalué le risque suicidaire chez les personnes drépanocytaires suivis au CNHU-HKM de Cotonou.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique réalisé sur les patients drépanocytaires suivis au CNHU-HKM d'Aout à Novembre 2022

Résultats : Au total, 65 patients ont été inclus. L'âge moyen des sujets était de 27,04 ±1,95 ans avec des extrêmes de 16 et 50 ans. On notait une prédominance féminine (58,46%) avec un sex-ratio de 0,71. Sur les 65 patients inclus, 29 soit 44,62 % avaient un risque suicidaire positif et 13,85 % de ces patients un risque suicidaire sévère. Comme facteurs associés au risque suicidaire positif, nous avons identifié la douleur et la monoparentalité. Peu (34,48%) parmi les patients présentant un risque suicidaire ont recherché de l'aide. Il s'agissait notamment du recours aux parents et amis. Aucun d'eux n'a eu recours aux services médicaux et aucun également n'a été orienté vers de tels services par ses proches.

Conclusion : Ces données montrent l'importance de la prévalence du risque suicidaire chez les personnes atteintes de drépanocytose et donc la nécessité d'une intervention dans cette frange de la population au Bénin.

Mots clés : Suicide, risque suicidaire, drépanocytose, facteurs associés.

ABSTRACT

Introduction : Suicide is a real public health problem. Few studies exist about it in Africa. Since pain and chronic diseases are risk factors for suicide, we have assessed through this study, the risk of suicide in people with sickle cell disease treated at Cotonou CNHU-HKM.

Method : This was a descriptive and analytical cross-sectional study carried out on sickle cell patients followed from August to November at the CNHU-KKM.

Results : A total of 65 patients were included. The average âge of patients was 27,04±1.95 years with extremes of 16 and 50 years. There was a female predominance (58.46%) with a sex ratio of 0.71. Of the 65 patients included, 29 or 44.62% had a positive suicide risk and 13.85% of these patients a severe suicide risk. As factors associated with positive suicide risk, we identified pain and single parenthood. Few (34.48%) of the patients with risk of suicide sought help. These included the use of relatives and friends. None of them had recourse to medical services and neither had any of them been referred to such services by their relatives.

Conclusion: These data show the importance of the prevalence of suicide risk among people with sickle cell disease and therefore the need for intervention in this segment of the population in Benin.

Keywords: Suicide, suicide risk, sickle cell disease, factors associated with suicide risk