**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**
**(UAC)**
~~~*~~~
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**
**(FASHS)**
~~~*~~~
**DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE**
**(DP)**
~~~*~~~

**MEMOIRE DE LICENCE EN PSYCHOLOGIE**

**Sujet :**

# ETUDE DES FACTEURS EXPLICATIFS DES CAS DE TENTATIVES DU SUICIDES DES FEMMES, ENREGISTRES A L'HOPITAL ST JEAN DE DIEU DANS LA COMMUNE DE TANGUIETA

**Réalisé par :**

**BARE ElvireViviane**

**Maître de stage**

**GBEDA H. Pulchérie**

Psychologue clinicienne de l'hôpital Saint Jean de Dieu

**Maître du mémoire**

**Dr. OGNIN Modeste**

Enseignant Chercheur

DP/FASHS

**Membres de Jury de soutenance**

**Président :** Dr ZOUNON Orhneilia

**Examinateur** : Dr TCHANSI Anselme

**Rapporteur** : Dr OGNIN Modeste

**Mention : Très bien**

**Soutenance le 16/10/2023**

Année académique : 2022-2023
~~~

## IN MEMORUM

A mon feu père BARE BEMTO.

# DEDICACES

A :

- ma mère KOMBETO Martine
- mon frère BARRE H. Géoffroy

# REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'a été possible que grâce à la contribution de plusieurs particulièrement celles dont nous montrons et manifestons toutes notre gratitude.

- au Dr OGNIN notre tuteur de stage et chef adjoint du Département de Psychologie qui, en dépit de leurs multiples occupations, n'a ménagé aucun effort pour encadrer les travaux entrant dans le cadre de notre stage et de la rédaction de notre rapport ;
- au Dr ZOUNON Ornheilia chef Département qui nous a permis d'aller confronter nos connaissances théoriques aux réalités pratiques du terrain par le stage ;
- a tous les enseignants du Département de Psychologie pour leur contribution dans le cadre de notre formation ;
- à madame GBEDA Pulchérie, psychologue à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta pour avoir accepté de nous encadrer lors du stage ;
- à mon cher époux YANTEKOUA K. Bienvenu qui m'a aidé, encouragé et accompagner durant mon chemin d'études supérieures ;
- à tout le personnel de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta pour l'accueil chaleureux qu'ils nous ont réservé ;
- à tous mes parents, frères et amis pour leurs divers soutiens, nous vous prions de retrouver ici, l'expression de notre sincère reconnaissance.

# LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

**UAC** : Université d'Abomey-Calavi

**FASHS :** Faculté des Sciences Humaines Et Sociales

**DP :** Département de Psychologie

**AMCES** : Association des Œuvres Médicales privées Confessionnelles Associatives et Sociales.

**CCNS** : Commission Catholique Nationale de la Santé

**PDC** : Plan du Développement Communal

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**CEG** : Collège d'Enseignement Général

**CSC** : Centre de Santé d'Arrondissement

**CSC** : Centre de Santé Communautaire

**CS** : Centre de Santé

**RGPH4** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**WHO** : World Health Organization

**ONS** : Observatoire National du Suicide

**ONG :** Organisation Non Gouvernementale

**ONU :** Organisation des Nations Unies

# LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

## ❖ Liste des figures

Figure 2: Répartition des enquêtés selon le Sexe ..... 28
Figure 3: Répartition des enquêtés selon l'âge ..... 29
Figure 4: Répartition des enquêtés selon la religion ..... 29
Figure 5: Présentation de l'ethnie des enquêtés ..... 30
Figure 6 : Existence des cas liés aux tentatives de suicide dans Tanguiéta ..... 30
Figure 7 : Un proche victime de tentative du suicide ..... 32
Figure 8 : La tranche des victimes des cas de tentative de suicide ..... 34

## ❖ Liste des tableaux

Tableau I: Lieux des documentations ..... 23
Tableau II : Données statistiques des tentatives du suicide entre 2019 et 2022 ..... 31
Tableau III : Cause de tentative du suicide dans Tanguiéta ..... 33
Tableau IV : Situation matrimoniale des victimes de tentative du suicide ..... 35

# SOMMAIRE

IN MEMORUM ..... 2

DEDICACES ..... 3

REMERCIEMENTS ..... 4

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... 5

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX ..... 6

SOMMAIRE ..... 7

RESUME ..... 8

INTRODUCTION ..... 9

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE, ETAT DE CONNAISSANCE ET CLARIFICATION CONCEPTUELLE ..... 11

CHAPITRE II : SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE ..... 15

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS ..... 28

CONCLUSION ..... 41

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 43

ANNEXES ..... 47

TABLE DES MATIERES ..... 50

## RESUME

La problématique des tentatives liées au suicide des femmes, reste l'un des premiers défis des centres de psychologie de plusieurs hôpitaux. Il en est de même pour les organisations non gouvernementales et autres structures œuvrant dans le domaine de la lutte et de la prévention des tentatives du suicide. L'objectif général de cette recherche est d'étudier les facteurs explicatifs des cas de tentative du suicide, enregistrés à l'hôpital St Jean de Dieu dans la commune de Tanguiéta de 2019 à 2022.La démarche méthodologique adoptée pour cette recherche est basée à la fois sur l'utilisation de méthodes quantitatives et qualitatives. La collecte des données a été réalisée avec une fiche de lecture, un guide d'entretien et un questionnaire. L'analyse des données recueillies révèle une toile complexe de déterminants sociaux, psychologiques et culturels. Les facteurs sociodémographiques, tels que l'âge, jouent un rôle crucial, tout comme les influences culturelles. Les facteurs psychosociaux et économiques, dont la désintégration sociale et le stress, sont également identifiés comme des déterminants significatifs. Le statut économique précaire est aussi un indicateur de vulnérabilité. Alors, il est nécessaire que des approches intégrées de prévention du suicide à Tanguiéta soient adoptées.



**Mots clés :** suicide, tentative, psychologie, stress, Tanguiéta.



## ABSTRACT

The problem of suicide attempts by women remains one of the main challenges facing psychology centers in many hospitals. The same is true for non-governmental organizations and other structures working to combat and prevent suicide attempts. The general objective of this research is to study the explanatory factors of suicide attempt cases recorded at St Jean de Dieu Hospital in the Tanguiéta commune from 2019 to 2022. The methodological approach adopted for this research is based on the use of both quantitative and qualitative methods. Data was collected using a reading sheet, an interview guide and a questionnaire. Analysis of the data collected reveals a complex web of social, psychological and cultural determinants. Socio-demographic factors, such as age, play a crucial role, as do cultural influences. Psychosocial and economic factors, including social disintegration and stress, are also identified as significant determinants. Precarious economic status is also an indicator of vulnerability. Integrated approaches to suicide prevention are therefore needed in Tanguiéta.



**Keywords**: suicide, sex, attempt, psychology, stress, Tanguiéta.

# INTRODUCTION

Chaque année, 800 000 personnes décèdent de suicide dans le monde, soit une personne toutes les 40 secondes (World Health Organization (WHO) 2016). De ce fait, le suicide cause de nos jours plus de décès que les guerres, actes terroristes et homicides réunis. En France, environ 10000 personnes décèdent de suicide chaque année, soit une prévalence autour de 15 pour 100000 habitants (Observatoire National du Suicide, 2e Rapport : 2016). Bien qu'en légère baisse ces dernières années, cette prévalence reste supérieure à la moyenne européenne (Observatoire National du Suicide, 2e Rapport : 2016). Le suicide, acte volontaire infligé par le sujet lui-même et ayant conduit à sa propre mort, ne représente en réalité qu'une partie d'un spectre plus large de comportements. Le suicide touche les hommes comme les femmes et tous les âges, essentiellement à partir de l'adolescence. On retrouve le plus grand nombre absolu de suicides chez les adultes d'âge moyen, les plus fortst aux de suicide chez les personnes âgées de plus de 75ans, et le suicide est la seconde cause de mortalité après les accidents chez les adolescents et les moins de Bull. (Acad. Natle Méd., 2018, 202, n7, 1651-1663, séance du 16 octobre 2018 25 ans dans le monde). Chaque suicide est un drame humain, une perte tragique et incompréhensible pour l'entourage, une mort couteuse et évitable pour la société.

Le suicide a toujours existé et la façon dont il a été abordé d'un point de vue social a varié énormément selon les époques et les cultures. Au Québec, au siècle dernier, une personne décédée par suicide avait droit à une inhumation par ignominie et la honte retombait sur les familles endeuillées (Mishara et Tousignant, 2010). Jusqu'en 1972, une personne qui avait fait une tentative de suicide devait être traduite en justice ; cependant, selon le juge Guérin (Société Radio-Canada, 1981), lorsqu'elle était arrêtée, cela se faisait dans le but de l'empêcher de se suicider et de lui prodiguer des soins. En 1972, le suicide fut décriminalisé au Canada. En 1978, eut lieu l'ouverture du premier centre de prévention du suicide de Québec. Il existe aujourd'hui 41 centres de prévention du suicide au Québec, sans compter les centres de crise et les CSSS (mission CLSC) qui interviennent également avec des personnes suicidaires. L'Association québécoise de prévention du suicide est une organisation sans but lucratif qui réunit les organisations et les citoyens qui souhaitent voir diminuer significativement le nombre de décès par suicide au Québec et qui gère un programme de formation pour les intervenants qui ont à intervenir avec des personnes suicidaires à l'échelle du Québec.

Le taux de suicide dans le monde a baissé de 26% entre 2000 et 2012. Cette baisse a été observée dans quasiment toutes les régions du monde (Rapport OMS, 2014). Néanmoins, le

suicide demeure la 10e cause de mortalité dans le monde représentant 1,5% des décès toutes causes confondues (Hawton et van Heeringen 2009). L'objectif inscrit dans le plan d'action pour la santé mentale de l'OMS est de réduire de 10% le taux de suicide dans le monde pour 2020 (Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial, OMS 2014). Les efforts faits dans la prévention du suicide ont permis une compréhension plus précise des facteurs biologiques, environnementaux, développementaux, cognitifs, psychopathologiques, affectifs, émotionnels, motivationnels et contextuels des conduites suicidaires et conduisent à la réalisation de modèles complexes (Turecki, 2014). Les processus conduisant à la naissance d'une idée suicidaire et les étapes menant au passage à l'acte suicidaire tendent à s'éclaircir. Cependant la question de la récidive suicidaire chez une population villageoise reste une des préoccupations actuelles majeures. Ces dernières années, les travaux sur l'impulsivité ont connus des avancées considérables et suscitent un vif intérêt de la part de la communauté scientifique. Nombre de ces dimensions interviennent dans diverses pathologies psychiatriques et l'impulsivité pourrait être impliquée dans une part non négligeable de tentatives de suicide non planifiées. Le modèle vulnérabilité-stress (Mann et coll., 1999), la théorie interpersonnelle du suicide (Joiner, 2005) et leurs interactions avec les facteurs de risques de conduites suicidaires identifiés peuvent expliquer actuellement comment une idée suicidaire pensée de façon antérieure à la tentative de suicide peut se révéler de façon brutale dans un contexte stressant. Les mesures objectives de l'impulsivité permettent actuellement une évaluation fine des dimensions cognitives impliquées dans le risque de conduites suicidaire. L'espoir d'une action préventive sur certains facteurs de risques pousse les chercheurs à complexifier les outils de mesure en y incluant notamment un caractère écologique permettant une évaluation dans des conditions expérimentales au plus proches de la réalité sensorielle et subjective vécue par le sujet.

Ce travail de recherche se présente en trois chapitres : le premier chapitre aborde la situation géographique de notre cadre de recherche, le deuxième chapitre aborde la problématique, la revue de littérature et la clarification des concepts et la démarche méthodologique ; le troisième chapitre présente les résultats et leurs analyses puis le quatrième chapitre présente la discussion et perspectives.

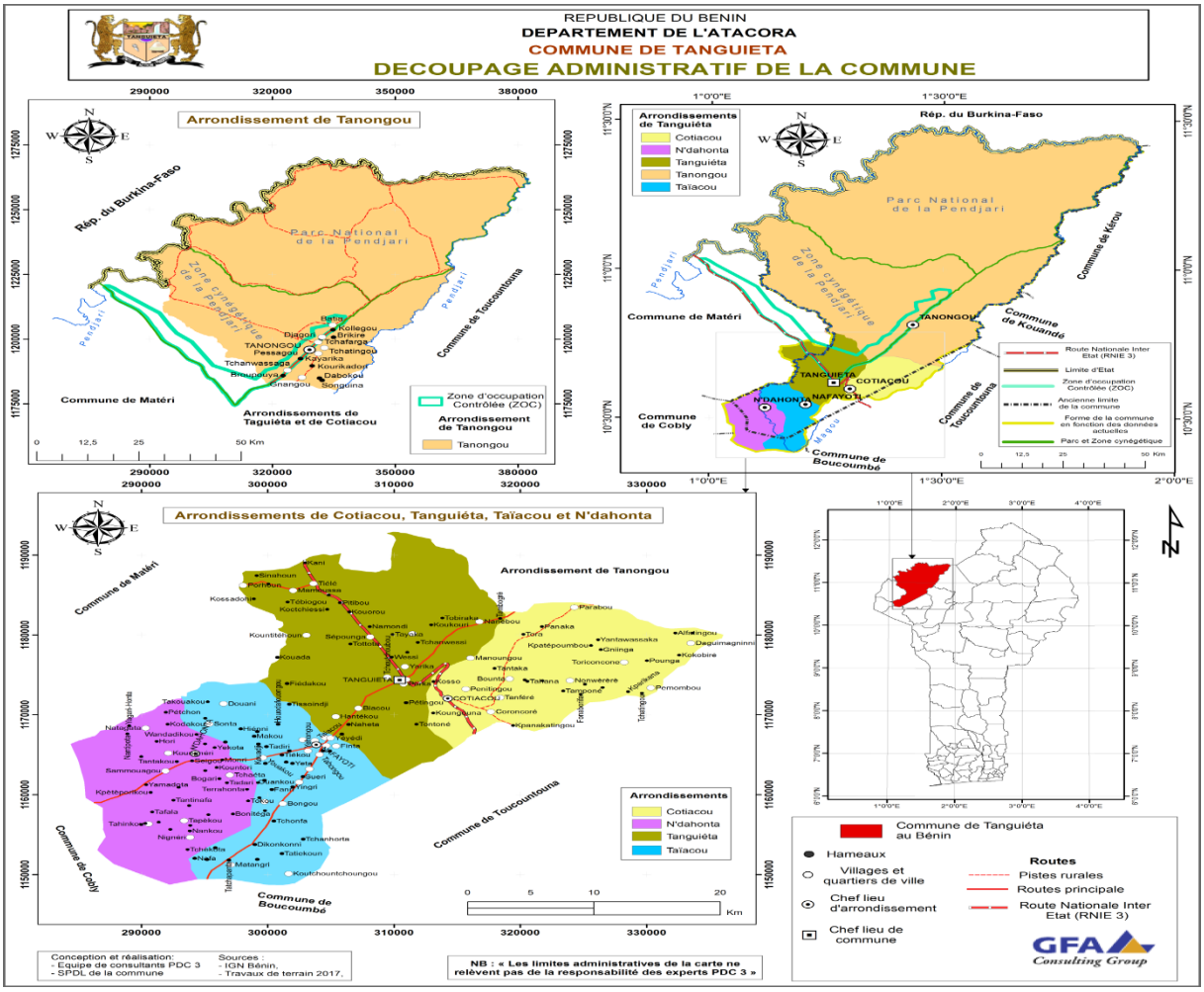
# CHAPITRE I : : SITUATION GEOGRAPHIQUE DU CADRE DE RECHERCHE

Cette section met l'accent sur les spécificités de Tanguiéta au plan géographique, historique, socio-culturel et éducatif.

## 1-1-1 Au plan géographique

- **Situation géographique et organisation administrative**

Située au Nord-Ouest de la République du Bénin et plus précisément dans le département de l'Atacora, entre 10°25' et 11°28' de latitude nord et entre 1°2' et 1°55' de longitude est, la commune de Tanguiéta s'étend sur une superficie de 5 645 km2. Le chef-lieu de la commune est situé environ à 50 kilomètres de Natitingou, chef-lieu du département de l'Atacora. Elle est traversée par la route Inter-Etat Bénin Burkina Faso et fait partie intégrante du territoire de développement de la Pendjari comprenant les communes de Cobly, Matéri. La commune est limitée au Nord par la République du Burkina-Faso, à l'Est par les communes de Kérou et de Kouandé, au Sud-Est par la commune de Toucountouna, au Sud par la commune de Boucoumbé, à l'Ouest par la commune de Matéri et au Sud-Ouest par la commune de Cobly ( Par ailleurs il faut noter que contrairement aux limites anciennement connues de la commune, cette dernière est légèrement modifiée par endroits. De ce point de vue certaines localités sont actuellement administrées par Tanguiéta. Il s'agit entre autres des localités de Tiélé, Porhoun, Mamoussa, Kani et Sinahoun du côté de la commune de Matéri. La commune administre également d'autres localités dans l'arrondissement de Cotiacou notamment Daguimagninnin, Toriconconé et Pémombou.




**Source** : PDC commune de Tanguiéta

### 1-1-2 Présentation de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta

L'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta, fortement désiré par les Missionnaires et les populations de la région au temps de l'Administrateur Apostolique Mgr CHOPARD puis de Mgr Patient REDOIS, a été réalisé entre 1968 et 1970 par les Frères de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu de la Province Lombardo-Veneta de Milan (Italie).

Inauguré le 29 juin 1970, le petit Hôpital de 82 lits a commencé par accueillir et soigner les malades dont le nombre grandissant chaque année a nécessité l'agrandissement progressif de l'œuvre et l'amélioration de son plateau technique. Vu son statut et sa mission, l'Etat béninois l'a exonéré par décret N°179/PR/MFAEP/D.D en 1967 des droits de douane et taxes pour tous les articles et matériaux destinés à la construction et à l'équipement du centre.

Le 13 avril 1989, le Gouvernement de la République Populaire du Bénin d'alors l'a reconnu par une convention. Il a été ensuite érigé en Hôpital de Zone, hôpital de première référence de toutes les formations sanitaires périphériques de la Zone Sanitaire de Tanguiéta, Matéri Cobly par Arrêté Ministériel N°6022/MSP/DC/SGM/CADZS du 14 décembre 1998. Il couvre

ainsi toute la population de la zone sanitaire estimée à 304267 habitants en 2019. Situé à 60 km et à 120 km respectivement des frontières du Burkina Faso et du Togo, il est devenu depuis des années l'hôpital de prédilection pour les populations de ces pays. Ce qui lui confère une tendance d'un hôpital sous régional. L'Hôpital de zone de Tanguiéta en plus de ses activités ordinaires, est un centre de référence pour la prise en charge des fistules obstétricales, de la chirurgie plastique, de la neurochirurgie, de la chirurgie orthopédique, de l'ophtalmologie, de l'ozonothérapie, etc. La présence continue des spécialistes points focaux fait de l'hôpital l'un des centres privilégiés de formation pratique dans les domaines suivants : PCIME, TETU et de SONU. Par ailleurs, sa convention avec les universités du pays et de l'Europe permet de disposer des étudiants étrangers tout au long de l'année dans le domaine de la pédiatrie, de la gynéco de la chirurgie et même de la médecine. L'hôpital est un membre fondateur de l'Association des Œuvres Médicales privées Confessionnelles Associatives et Sociales (AMCES) crée en 1987. En tant que structure médicale catholique, il fait également partie de la Commission Catholique Nationale de la Santé (CCNS).

L'hôpital étant l'œuvre des Frères de l'Ordre Hospitalier Saint Jean de Dieu, sa gestion est assurée par ces derniers en collaboration avec les laïcs.

**Services existants**

- ✓ Pédiatrie
- ✓ Néonatologie
- ✓ Centre de nutrition thérapeutique
- ✓ Chirurgie pédiatrique
- ✓ Chirurgie générale
- ✓ Médecine générale
- ✓ Gyneco-obstétrique
- ✓ Urgences
- ✓ Bloc opératoire
- ✓ Ophtalmologie
- ✓ Stomatologie
- ✓ Laboratoire d'analyse bio médicale
- ✓ Radiologie
- ✓ Kinésithérapie
- ✓ Orthopédie
- ✓ Ozonothérapie
- ✓ Dépôt pharmaceutique

- ✓ Pharmacie vente
- ✓ Laboratoire de phytothérapie
- ✓ Division technique et de maintenance
- ✓ Cuisine, hôtellerie, campement
- ✓ Service social
- ✓ Service de prise en charge psychologique
- ✓ Administratif

**Activités de consultation et d'hospitalisation**

Les activités de routine sont :

Visite, soins et surveillance des malades hospitalisées avec échographie en salle d'accouchement à la demande.

- PEC continue des urgences (gynécologique, obstétricale et néonatale en collaboration avec les pédiatres) ; surveillance et traitement des patientes hospitalisées.
- Consultation externe trois jours par semaines (mercredi –jeudi- samedi)
- La CPN complète est faite tous les jours
- Le programme opératoire a lieu deux fois par semaine (lundi et vendredi)
- Service d'échographie deux jours par semaine
- Réalisation d'Hystéro-Salpingographie à la radiologie mardi et jeudi dans l'après-midi.
- L'hydrotubation, l'hystéroscopie, IVA-IVL pour le dépistage du cancer de col utérin, le calibrage cervical sont offerts à la demande.
- Remplissage de registres spécialisés et archivage des dossiers Fistules.

Pour l'amélioration du fonctionnement du service, un staff hebdomadaire, une réunion mensuelle de service, des séances de recyclage interne et des restitutions de formation sont organisés. Deux types d'audit sont organisés régulièrement : audit de décès maternels, audit d'échappées belles.

## CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre rend compte des faits observés, des entretiens exploratoires, des constats, et de la recherche documentaire dans l'objectif de rendre accessible le problème à étudier et d'orienter la recherche.

### 2-1 Problématique

#### 2-1-1 Enoncé du sujet

La question liée aux tentatives du suicide est depuis longtemps une préoccupation centrale dans les services des psychologues. De nombreux chercheurs ont abordé la question du suicide et les corollaires autour de ce phénomène.

La façon dont le suicide a été compris et analysé à travers les époques a évolué avec le temps. Mishara et Tousignant (2004) présentent les approches contemporaines du suicide en les catégorisant en approches philosophiques, sociologiques, psychanalytiques et psychologiques. Dans l'Antiquité, on abordait le suicide d'un point de vue philosophique, c'est-à-dire que le suicide a été conçu comme un destin incontournable auquel il faut s'adapter selon notre philosophie de vie, soit un choix qui exprime la liberté de l'homme face à son destin. Mishara et Tousignant sont d'avis qu'aujourd'hui, le suicide est plus souvent abordé selon les approches sociologiques, psychologique et psychiatrique.

Pour Durkheim (1897), le suicide est le produit de forces sociales qui dépassent l'individu et de ce fait, la société a une influence structurante positive sur le psychisme de l'individu si elle peut l'encadrer sans l'étouffer. Selon cette thèse, le suicide signifie qu'il existe un déséquilibre dans une société, il est fonction de la régulation sociale celle-ci peut être absente ou excessive. Par exemple, dans les périodes où les perspectives d'avenir sont instables, il se crée une perturbation qui peut engendrer des crises, autant chez les plus riches que chez les plus pauvres.

Dès 1930, Halbwachs (dans Baudelot & Establet, 2006), confirme certains points de vue de Durkheim et les complète. Pour lui, il y a des forces qui ne dépendent pas de l'individu mais des réalités sociales qui le dépassent. Ainsi, les caractéristiques individuelles, soit les motifs de suicide et les circonstances l'entourant, dépendent des réalités sociales et font partie des causes du suicide, avec les croyances et les coutumes collectives ; il inclut aussi certains

troubles organiques affectant le système nerveux. Pour Beachier (1975), il ne s'agit pas « du suicide » mais « des suicides », puisqu'il existe, selon lui, différents types de suicides et différents scénarios selon les interactions qui ont lieu entre l'individu et le groupe social. Il en décrit quatre types : 1) le suicide escapiste, défini comme la fuite d'une situation ressentie par le sujet comme intolérable; 2) le suicide agressif, où le sujet retourne sa pulsion agressive vers lui-même, avec ou sans intention de vengeance ou de chantage; 3) dans le suicide oblatif, l'individu se sacrifie afin de sauver une autre personne ou une communauté, et enfin, 4) le suicide ludique qui comprend l'ordalie, qui est en quelque sorte un jeu où le sujet risque sa vie « pour s'éprouver soi-même ou pour solliciter le jugement des dieux » (Beachier 1975p.238), ainsi que différentes pratiques qui donnent à l'individu une sensation de vertige, mais qui peuvent lui être fatales. Parmi les différentes approches existantes, nous retenons l'approche psychologique de Shneidman (1999). Selon lui, lorsque les besoins essentiels à la survie d'un être humain sont sévèrement frustrés, il s'installe une souffrance qui devient insupportable et qui peut mener au désespoir et au geste suicidaire s'il s'ajoute à cela une perturbation psychologique marquée ainsi qu'une pression extrême des circonstances de la vie. Shneidman (1999) présente aussi la banalisation et l'acceptabilité sociale du suicide comme facteurs en cause. Pour lui, l'exemple de tentatives de suicide dans l'entourage risque d'entraîner un processus de légitimation des comportements suicidaires.

Les cas deviennent récurant en Afrique et surtout au Bénin où la majorité des jeunes tentent de se donner volontairement la mort soit par pendaison soit par la prise des produits biochimiques pour des raisons diverses. Cette recherche se penche sur les fondements explicatifs des cas de tentative du suicide enregistrés à l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta.

Quels sont les facteurs explicatifs des cas de tentative du suicide enregistré à l'hôpital St Jean de Dieu de la commune de Tanguiéta ?

Afin de mieux orienter la présente étude, des objectifs et hypothèses de recherche sont définies.

### 2-1-2- Objectifs et hypothèses de la recherche

- **Objectif général**

L'objectif général de cette recherche est d'étudier les facteurs explicatifs des cas de tentative de suicide des femmes, enregistrés à l'hôpital St Jean de Dieu dans la commune de Tanguiéta de 2019 en 2022.

- **Objectifs spécifiques**

L'objectif général se décline en trois (03) objectifs spécifiques à savoir :

- Exposer les cas de tentative du suicide enregistrés dans la période de 2019-2022 à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta ;
- Expliquer les causes et les différents moyens utilisés par les cibles dans la commune de Tanguiéta pour les cas de tentative enregistrés à l'hôpital Saint-Jean de Dieu ;
- Proposer les approches de solution idéale pour pallier à ce phénomène dans la commune de Tanguiéta.

- **Hypothèses de recherche**

- Le service de la psychologie de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta crée en 2019 a enregistré environs une cinquantaine de cas de tentative du suicide dans la commune de Tanguiéta ;
- La majorité des cas enregistrés à l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta trouve leurs sources dans la dépression, dans les conflits domaniaux et conjugaux, dans la quête de l'héritage et leurs moyens sont la prise des produits biochimiques ou par pendaison.
- Les services de prise en charge psychologique à travers les thématiques permettront de sensibiliser sur les mesures de prévention des cas du suicide dans la commune.

### 2-1-3- Clarification conceptuelle

Dans le souci de clarifier le sens de certains mots et groupes de mots utilisés tout le long du présent travail, nous avons abordé leur définition.

- **Suicide** : Mishara et Tousignant (2004) présentent les définitions utilisées couramment au Canada dans le domaine de la suicidologie. Ils définissent ainsi le suicide, ou suicide complété : « une mort intentionnelle causée par soi-même » (p. 32). Les tentatives de suicide sont « des actes intentionnels faits par une personne dans le

but de se suicider et qui n'aboutissent pas à la mort » (p. 34). Une personne est dite avoir des idéations suicidaires lorsqu'elle pense à se tuer. Quant aux comportements para-suicidaires, il s'agit, selon Bégin et Lefebvre (1997) d'une variété de comportements tels que l'automutilation, les lacérations et les brûlures. Bégin et Lefebvre précisent : « Le suicide est un acte, non une maladie. [...] Le comportement suicidaire n'est pas une maladie, mais l'aboutissement d'une interaction complexe de divers facteurs neurobiologiques, psychologiques, culturels et sociaux, qui ont marqué la personne à différents niveaux, mais qui isolément ne suffisent pas à expliquer le recours au suicide. » (Gouvernement du Canada, 1994, p. xiii, dans Bégin & Lefebvre, 1997).

- **Tentative de suicide :** Le terme « tentative de suicide » désigne tout comportement suicidaire non mortel et tout acte d'autointoxication, d'automutilation ou d'autoagression, avec intention de mourir ou pas (Organisation mondiale de la santé, 2014). Il s'agit d'une définition dont la portée est plus large que celle utilisée dans un grand nombre de recherches, qui distinguent souvent l'automutilation avec intention de mourir de celle sans cette intention. Dans les faits, les recherches en Europe ont davantage tendance à regrouper tout comportement autodestructeur sous la rubrique « deliberate self-harm » (c'est-à-dire des conduites automutilatrices ou blessures auto-infligées). En Amérique du Nord et dans d'autres pays, les recherches divisent généralement ces comportements en deux catégories, soit l'automutilation sans intention suicidaire et les tentatives de suicide.
- **Idéations suicidaires :** Les idéations suicidaires réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie. Les recherches indiquent que ce sont les idéations « sérieuses » qui sont davantage associées au risque de tentative de suicide et de suicide. Certaines recherches incluent une gamme de comportements et de pensées suicidaires sous la rubrique « comportements suicidaires », qui peuvent inclure les idéations suicidaires, la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide.

### 2-1-4 Revue de la littérature

Toutes recherches en sciences sociales demandent de faire recours aux travaux de recherche existant pour mieux cerner les problématiques de l'objet de recherche. Les différents ouvrages consultés ont abordé le phénomène du suicide dans tous les aspects et montrant que les cibles le prennent comme échappatoire de leurs problèmes respectifs.

Pour Joiner (2010), les gens se suicident lorsqu'ils ont le désir et la capacité de le faire, qu'ils ont la perception d'être un fardeau pour leur entourage et n'ont pas de sentiment d'appartenance envers un groupe de référence.

Le genre constitue un facteur de risque important. Au Québec, le fait d'être un homme est considéré par certains chercheurs comme un facteur de risque, surtout dans la tranche d'âge des 35 à 49 ans. Selon Dulac et Laliberté (2002), la socialisation masculine fait que les hommes ont tendance à ne pas demander d'aide, du moins jusqu'à la crise grave. En effet, près de la moitié des demandes d'aide pour un homme viennent d'abord de son entourage. De plus, les hommes emploient généralement des moyens plus létaux que les femmes pour se suicider (Gouvernement du Québec, 2011). Un facteur de risque fréquemment invoqué est la présence d'un ou plusieurs troubles mentaux. Une étude d'Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki (2004) suggère que 90% des personnes qui décèdent par suicide sont atteintes d'un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué. Mishara et Chagnon (2011) présentent quelques modèles pouvant expliquer la relation entre les troubles mentaux et le suicide et les raisons pour lesquelles les personnes atteintes d'un trouble mental sont plus à risque dese suicider. La combinaison de la vulnérabilité biogénétique associée aux événements de vie négatifs peut résulter soit en un trouble mental, soit en suicide ou tentative de suicide à cause des distorsions cognitives induites par la dépression, des commandements suicidaires induits par une psychose ou de l'impulsivité due à la surconsommation de drogues ou d'alcool (Dougherty, Marsh-Richard, Hatsis, Nouvion, & Mathias, 2008).

Une plus grande vulnérabilité pourrait résulter des traitements du trouble mental, par exemple l'effet iatrogénique, c'est-à-dire les troubles causés par les effets secondaires du traitement lui-même, ou enfin la prise inadéquate de médicaments prescrits. Elle pourrait être le résultat des conséquences du trouble mental, par exemple, la stigmatisation, les problèmes relationnels et sociaux, l'exclusion sociale ou le désespoir (Afifi, Cox, &Enns, 2006). Enfin, lorsque le trouble mental est associé à une situation de crise, à l'accessibilité d'un moyen pour

se suicider, au manque de soutien social ou aux piètres mécanismes d'adaptation, le risque de suicide est considérablement amplifié (Mishara & Chagnon, 2011).

L'alcoolisme et la toxicomanie constituent également des facteurs de risque importants. Tousignant et Fayette (1997) se basent sur plusieurs recherches américaines, principalement celles de Murphy et Wetzel (1990) et de Murphy (1992) pour estimer qu'au Québec, les troubles reliés aux substances psycho actives sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50 %. Chez les alcooliques, le taux annuel de suicide au Québec serait d'environ 140 par 100.000 ; en comparaison, ce taux serait estimé à 70 par 100 000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme et de seulement 1 par 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique et sans alcoolisme.

D'un point de vue structurel, au Québec, selon plusieurs études, dont celle de Hamel & Pampalon (2002), plus une personne est défavorisée socialement et économiquement, plus elle est à risque de décéder par suicide. Cette étude révèle que la mortalité et les hospitalisations pour causes de traumatismes intentionnels, c'est-à-dire les suicides, les tentatives de suicide et les homicides, progressent systématiquement avec la défavorisation matérielle. La défavorisation sociale, en termes de qualité du réseau social, soit la cohésion ou l'isolement entre les personnes, provoque une augmentation semblable des risques de décès ou d'hospitalisation pour traumatismes intentionnels, car on observe un excédent de 69 % de décès et de 105 % d'hospitalisations dans le quintile le plus défavorisé.

Du point de vue systémique, plusieurs recherches révèlent un lien entre les relations familiales difficiles et l'adversité vécues dans l'enfance et l'adolescence, et les comportements suicidaires à l'adolescence (Fleming, Merry, Robinson, Denny, &Watson, 2007 ; Fotti, Katz, Afifi, & Cox, 2006 ; Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown,&Brook (2002); Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown,& Brook, (2002). Une recherche de Kiimes-Dougan, Free, Ronsaville, Stiiweli, Welsh, & Radke-Yarrow (1998) indique que les enfants et les adolescents de parents déprimés et parfois suicidaires sont à risque d'avoir eux-mêmes des idéations suicidaires. Selon Fleming et al. (2007), les facteurs de risque pour les enfants et les adolescents seraient d'ordre biologique, génétique, et écologique, c'est-à-dire liés à des facteurs environnementaux, par exemple, les milieux familial, scolaire, social et culturel. Les facteurs de risque dépendent aussi de la personnalité et du tempérament et ils sont liés aux symptômes

de la dépression, à la dépendance aux substances psychoactives, à l'orientation non-hétérosexuelle, à l'adversité vécue dans l'enfance et à l'exposition aux comportements suicidaires des autres. Les résultats de l'étude de Johnson et al. (2002) suggèrent que les enfants ayant vécu dans un contexte parental mésadapté peuvent avoir des difficultés à développer les habiletés sociales essentielles au maintien de relations saines avec les pairs et les adultes et que ce manque d'habiletés peut les mener à se retrouver socialement isolés ou à interagir de façon antagoniste. Ce type de fonctionnement pourrait contribuer à l'apparition de détresse, de désespoir et de comportements suicidaires. Pour Mittendorfer-Rutz, Rasmussen et Wasserman (2007), parmi les risques familiaux en regard des tentatives de suicide chez les jeunes, on retrouve les tentatives de suicide d'un parent ou d'un membre de la fratrie et les troubles mentaux des parents. Les recherches de Lieb, Bronisch, Hofler, Shreier et Wittchen (2005) et de Bronish et Lieb, (2008) concluent que les enfants de parents, particulièrement des mères, ayant fait des tentatives de suicide sont significativement plus à risque et tendent à faire des tentatives de suicide plus tôt dans leur vie que les enfants de mères non suicidaires et cela indépendamment de la dépression et des autres psychopathologies. Parmi les facteurs de risque chez les enfants et les adolescents, on retrouve également le fait d'avoir été endeuillés par le suicide d'un parent. Lachal, Geneste, Loubeyre, Durant & Coudert, (1988) ont analysé les réactions d'un groupe de 29 enfants ayant perdu un de leurs parents par suicide entre l'âge de 2 et 20 ans. Au moment de l'entrevue, ceux-ci étaient âgés entre 6 et 20 ans et un maximum de neuf ans s'était écoulé entre l'acte suicidaire du parent et la collecte de données. Les chercheurs ont constaté que certains de ces enfants présentaient des signes de dépression, d'anxiété et étaient particulièrement préoccupés par la santé du parent survivant. Chez d'autres enfants, ces chercheurs ont constaté des troubles du caractère et du comportement et de l'agressivité envers l'entourage et envers le parent survivant. La scolarité était aussi généralement perturbée. Des troubles du comportement peuvent apparaître plus tard dans la vie de l'enfant, tout comme les conduites suicidaires. Selon Philippe et Choquet (cités dans Lachal et al, 1988, p. 357), le risque relatif de tentative de suicide est multiplié par 3,5 lorsqu'il y a eu tentative de suicide ou suicide d'un des parents. Les enfants endeuillés par le suicide d'un parent sont considérés comme étant plus à risque, mais ils ne développeront pas nécessairement de troubles.

L'objet de cette recherche s'investi sur les facteurs explicatifs des cas liés aux tentatives du suicide enregistré à l'hôpital St Jean de Dieu dans la commune de Tanguiéta. Plus loin, nous analyseront les réalités sociales de ces populations autour du phénomène du suicide.

**2-2 Démarche méthodologique et modèle d'analyse**

La démarche méthodologique adoptée dans le cadre de cette étude s'articule autour de quatre points essentiels : la nature de l'étude et la revue de littéraire, l'échantillonnage, la collecte des données, le traitement des données et l'analyse des résultats

### 2-2-1 Nature de l'étude

Pour faire une recherche scientifique de qualité, il est important de faire l'usage d'une bonne démarche méthodologique. Ainsi, dans l'espoir d'atteindre les objectifs fixés, cette étude repose sur une démarche essentiellement mixte à dominance qualitative. En effet, la nature des propos, les raisonnements des différents acteurs impliqués dans la prise en charge psychologique peut-être mieux appréhendée à partir des analyses qualitatives. Alors, le volet quantitatif a été retenu pour ressortir certains indicateurs spécifiques en lien avec les objectifs prédéfinis. La combinaison de ces deux méthodes a permis de prendre en compte tous les aspects qui font l'unanimité dans une recherche. C'est d'ailleurs pourquoi il parait nécessaire de mesurer les modalités successives d'expliquer le problème en vue de contribuer à la régression des cas du suicide la commune de Tanguiéta.

### 2-2-2 Recherche documentaire

Elle a consisté à consulter les documents dans les centres de documentation des institutions spécialisées, sur le réseau Internet et autres organismes dépositaires des informations relatives à la problématique de la recherche. Le tableau ci-dessous fait le point des centres de documentation visités, de la nature des données collectées et des informations recueillies sur le terrain.

**Tableau I:** Lieux des documentations

| Centre de documentation | Nature des documents | Types d'information |
|---|---|---|
| Bibliothèque de Tanguiéta | Articles | Informations liées à la santé, à la psychologie, à la prise en charge des personnes |
| Mairie de Tanguiéta | Articles, Documents | Informations liées au PDC |
| Hôpital St Jean de Dieu | Articles, | Informations liées à la santé et à l'historique de l'hôpital, à la prise en charge des personnes |
| Internet | Articles, revue, mémoires, | Informations liées aux tentatives de suicide |

**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

En somme, la recherche documentaire a permis de dégager les principaux centres d'intérêt et de cerner davantage les contours du sujet. Elle a été complétée par les enquêtes de terrain. La collecte des données s'est faite par un guide d'entretien qui a servi de support aux interviews avec les responsables du service de prise en charge de l'hôpital St Jean de Dieu et quelques personnes ressources pouvant fournir des informations sur notre sujet de recherche. Les interviews avec lesdites personnes ont porté sur les facteurs explicatifs du suicide dans la commune de Tanguiéta et les mesures appropriées pour pallier avec le phénomène. On s'est de même approché des parents et familles ayant été victimes au moins une fois d'un cas de suicide ou de tentative de suicide afin d'étudier les manifestations présentées par ce dernier avant de passer à l'acte. Cela a permis de recenser les causes et les moyens de suicide des victimes dans la commune de Tanguiéta.

### 2-2-3 Echantillonnage

#### 2-2-3-1 Echantillon

En raison de la méthode mixte de la recherche, les acteurs ont été retenus sur la base de la technique d'échantillonnage aléatoire. La taille de l'échantillon a été retenue après avoir constaté le seuil de saturation des informations. Au total, 75 acteurs ont été enquêtés et sont repartis comme suit :

- ✓ 65femmesvictimes ;
- ✓ 05 personnes ressources ;
- ✓ 05 personnels psychologues ;

Les données utilisées dans cette étude ont été collectées à partir d'une recherche documentaire, des enquêtes par questionnaire et des entretiens.

#### 2-2-3-2 Population Cible

La cible de notre recherche concerne les familles victimes du suicide, les personnels de prise en charge psychologiques, les autorités ou personnes ressources de la commune. Ce choix est porté sur eux car ils sont les principaux acteurs concernés par la présente étude. Ces groupes stratégiques ont été retenus pour des raisons relatives aux objectifs fixés par la présente recherche.

#### 2-2-3-3 Déroulement de la collecte

La méthodologie s'appuie sur les enquêtes et entretiens avec les différents acteurs et de l'observation directe sur le terrain. A cause de la non disponibilité de la fiabilité des données secondaires sur les cas du suicide dans la commune de Tanguiéta, notre démarche s'est - entièrement focalisée sur la collecte des données (enquête) auprès des différents acteurs impliqués.

### 2-2-4 Les difficultés rencontrées

Comme tout travail du terrain, cette recherche a connu certaines contraintes, essentiellement technique. Ainsi, nombreuses sont les difficultés rencontrées au cours de cette recherche. La première difficulté rencontrée est qu'il n'existe pas des données statistiques toutes faites à portée de main sur la déperdition scolaire des filles des zones périphériques. Ensuite, nous avons été confronté aux problèmes de la mobilisation des données empiriques. En effet, nous sommes obligés de partir maintes fois chez les parents victimes en raison de leur

indisponibilité liée aux travaux champêtres et à leurs fonctions respectives. Par ailleurs, nous avons été de même confrontés au refus de quelques parents victimes de se confier à nous. A cet effet, nous avions dû prendre tout notre temps pour les mettre dans des conditions de confiance et d'assurance, et à nous familiariser à eux. Nous les avons rencontrés avant les entrevues afin de leur expliquer les objectifs de la recherche et pour leur assurer la confidentialité de l'information qu'ils nous livreraient.

En dépit de ces quelques difficultés sus mentionnées, nous avons pu quand même obtenir des données exploitables.

### 2-2-5 Techniques et outils

Les techniques adoptées au cours de la recherche sont : l'entretien, l'enquête par questionnaire et l'observation.

- **L'entretien direct**

L'entretien est réalisé à l'aide d'un guide d'entretien élaboré selon la cible qui est essentiellement constituées des acteurs du secteur de la santé (les psychologues, les responsables de l'hôpital, les parents victimes et les personnes ressources du secteur etc.), et différents acteurs œuvrant dans notre aire de recherche. L'utilisation de l'entretien en tant que technique de collecte de données dans une recherche sur les facteurs explicatifs des tentatives de suicide chez les femmes à l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta revêt une importance significative pour plusieurs raisons essentielles.

Les entretiens permettent d'explorer en profondeur les expériences, les émotions et les pensées des individus. Dans le cas des femmes ayant tenté de se suicider, cela peut aider les chercheurs à comprendre les facteurs personnels et contextuels qui ont pu contribuer à leurs actions.

Les entretiens permettent de comprendre le contexte dans lequel ces tentatives de suicide se sont produites. Ils peuvent obtenir des informations sur les circonstances familiales, sociales et économiques qui peuvent avoir joué un rôle. Les entretiens génèrent des données qualitatives riches qui peuvent fournir des informations détaillées et nuancées. Ces informations peuvent être précieuses pour identifier des thèmes émergents et des modèles complexes.

Les entretiens donnent la possibilité aux femmes elles-mêmes de partager leur histoire et leur perspective. Cela peut contribuer à donner une voix aux personnes affectées par le problème

étudié. Les entretiens peuvent être aussi utilisés en conjonction avec d'autres méthodes de collecte de données, telles que l'analyse documentaire ou les enquêtes, pour renforcer la crédibilité des résultats par le biais de la triangulation.

Par ailleurs, les résultats des entretiens peuvent orienter le développement d'interventions plus efficaces en identifiant les besoins spécifiques des femmes à risque et en mettant en évidence les domaines qui nécessitent une attention particulière.

En résumé, l'utilisation de l'entretien comme technique de collecte de données dans cette recherche permettra d'explorer en profondeur les facteurs explicatifs des tentatives de suicide chez les femmes, en fournissant des informations riches et nuancées pour mieux comprendre et aborder ce problème de santé mentale complexe.

- **L’enquête par questionnaire**

La technique du questionnaire écrit pour l'approche quantitative est utilisée afin d'aborder la catégorie socio-démographie des enquêtés, les types et nombre de cas de suicide enregistré dans l’hôpital depuis 2019 à ce jour. Ce procédé, permet, contrairement à la première (l’entretien), à l'enquêteur de gagner plus de temps en déposant les questionnaires aux enquêtés. Le dépouillement ici est plus aisé mais nécessite plus de dépenses financières.

L'utilisation de questionnaire en tant que technique de collecte de données dans cette étude sur les facteurs explicatifs des tentatives de suicide chez les femmes à l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta présente plusieurs avantages et une importance significative.

Le questionnaire permet de collecter des données quantitatives, ce qui permet d’obtenir des informations chiffrées sur la prévalence des facteurs explicatifs, la fréquence des tentatives de suicide, etc. Cela peut être utile pour établir des statistiques et des tendances. Il permet de poser des questions standardisées à tous les participants, assurant ainsi une uniformité dans la collecte des données. Cela facilite la comparaison des réponses entre différents individus.

- **Technique d''observation**

Elle nous a permis de prendre connaissance des données qui ne peuvent pas nous parvenir par nos enquêtes empiriques, ainsi vivre la réalité sur terrain. L'observation en tant que technique de collecte de données dans une étude sur les facteurs explicatifs des tentatives de suicide chez les femmes à l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta peut revêtir une importance significative. Elle permet de se familiariser avec l'environnement hospitalier, les protocoles de traitement et les interactions entre le personnel médical et les patients. Cela peut aider à

comprendre le contexte dans lequel les tentatives de suicide se produisent. Elle permet de recueillir des données non verbales, telles que les expressions faciales, les gestes et le comportement des patients. Ces éléments peuvent fournir des indices importants sur l'état émotionnel et mental des femmes impliquées. L'observation peut servir de moyen de validation des données recueillies par d'autres méthodes, comme les entretiens ou les questionnaires. Elle permet de confirmer ou d'infirmer les informations fournies par les participants.

### 2-2-6 Traitement des données et résultats

Le dépouillement et le traitement des données ont été faits à l'aide du logiciel Excel 2010. Juste après la collecte des données, toutes les données ont été vérifiées et les aberrantes sont supprimées. Le traitement des données a pris en considération le dépouillement des guides d'entretien et des fiches d'enquêtes.

Deux méthodes ont permis le traitement des données de cette étude. La première concerne la méthode de traitement manuel. Il s'agit dans ce cas des données qualitatives. En effet, après enregistrement et transcription des données, elles ont été saisies sous le logiciel Word.Nous avions procédé à la catégorisation des données par sous thème puis nous avons procédé à l'analyse du contenu à la lumière des théories.

La seconde a consisté en un groupement des informations recueillies auprès des différentes catégories d'acteurs suivant les différentes articulations des objectifs et hypothèses de travail**.**

Pour ce qui est du traitement des données informatisées, après l'administration du questionnaire, la démarche suivante a été adoptée

- Vérification des questions
- Dépouillement informatisé des questionnaires
- Création des tableaux et graphiques dans Excel
- Transfert de quelques tableaux dans le Word

Ce n'est qu'après cette phase que la rédaction proprement dite a commencée.

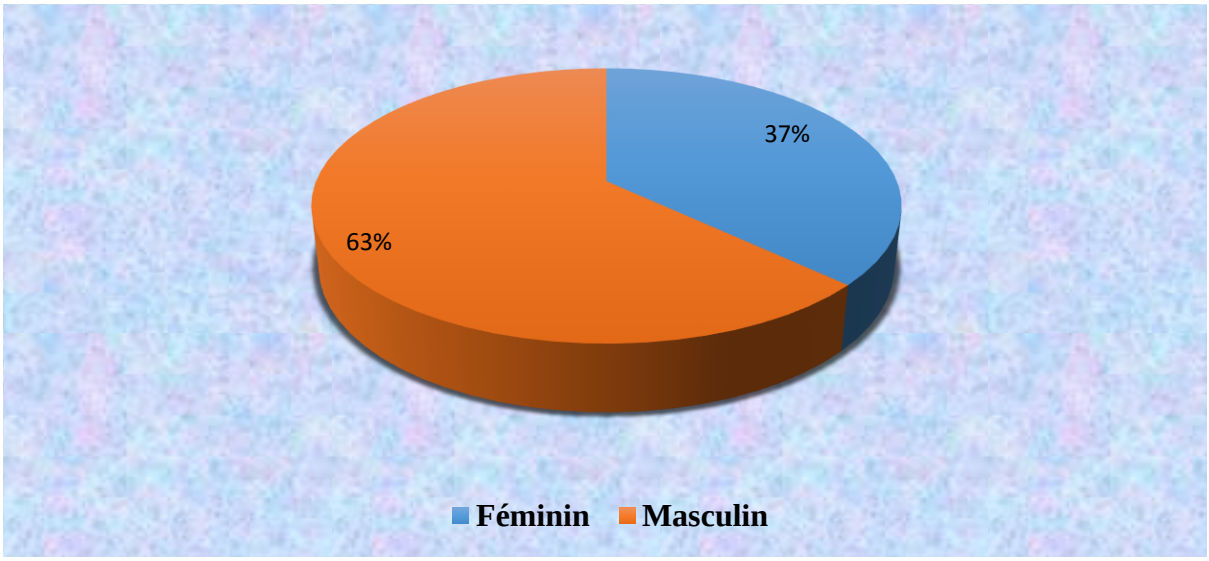
## CHAPITRE III : PRESENTATION, INTERPRETATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre met en exergue les résultats des enquêtes et des entretiens réalisés près des acteurs clés retenus pour dans le cadre de cette recherche.

### 3-1- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les personnes enquêtées dans le cadre de cette recherche appartiennent aux différentes catégories sociodémographiques qui méritent d'être élucidée. Elles sont présentées ci-dessous.

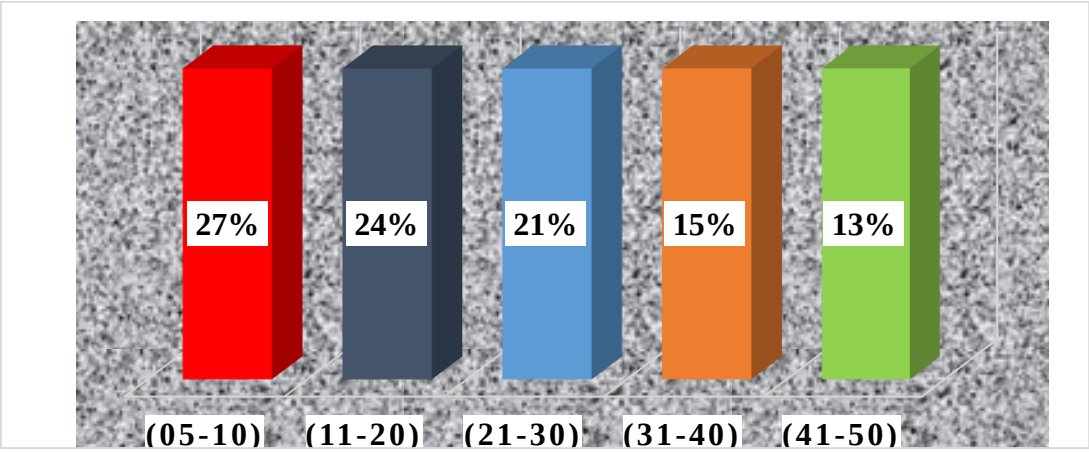
**Figure 1:** Répartition des enquêtés selon le Sexe




**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

La figure n°2 présente en pourcentage le sexe des enquêtés de cette recherche. Ainsi, 63% de nos enquêtés sont de sexe masculin tandis que 37% sont de sexe féminin. Cette recherche est donc majoritairement représentée par les hommes. Ceci s'explique par leur haute responsabilité dans la prise de décision au niveau des ménages. La société a donné une responsabilité forte à l'homme de décider et de gérer selon son vouloir sa famille. C'est donc pour cette raison que la présente recherche a pour marge représentative le sexe masculin.

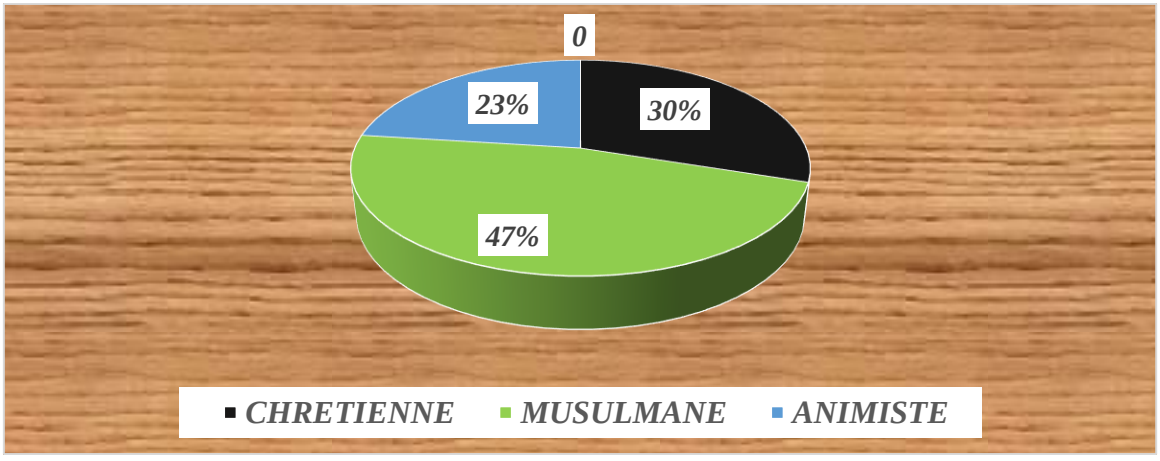
**Figure 2:** Répartition des enquêtés selon l'âge




**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

La figure n°3 présente l'âge de la population cible touchée par cette recherche. L'âge des enquêtés est compris entre 05ans à 50ans. Ainsi, de 05 à 10ans on a 27% des enfants enquêtés, 24% qui ont l'âge compris entre 11ans à 20ans. Ensuite, de 21ans à 30ans l'étude a touchée 21% des enquêtés, de 31ans à 40ans on a eu 15% d'enquêté et enfin, 13% des enquêtés ont leur âge compris entre 41 à 50ans. La grande masse des enquêtés de cette recherche a donc l'âge compris entre 05ans à 30ans ceci en raison des cibles importantes.

**Figure 3:** Répartition des enquêtés selon la religion

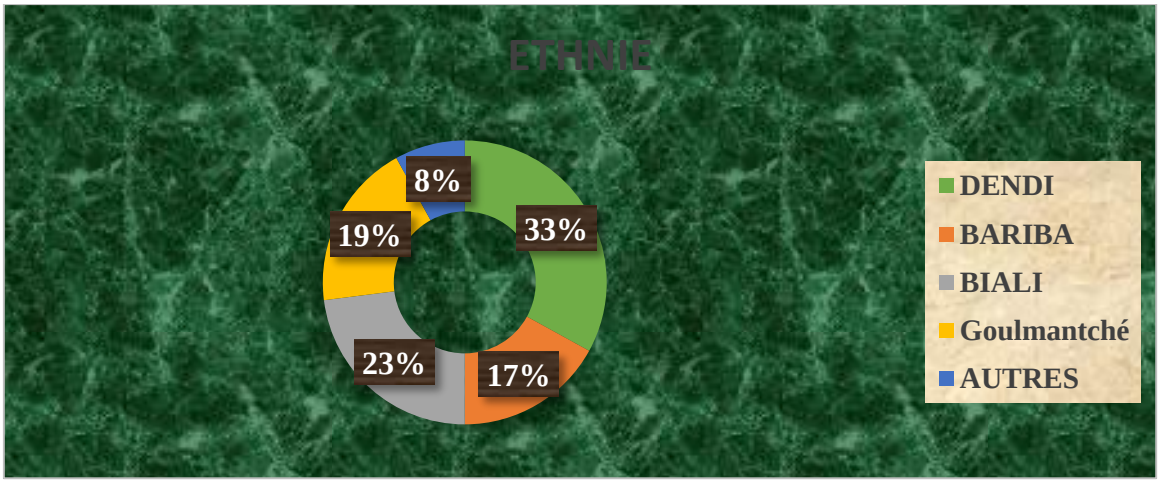



**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

La figure n°4 présente les personnes enquêtées selon leur religion. Alors, pendant l'étude du terrain, les personnes enquêtées sont majoritairement musulmanes (47%). Les animistes

représentent (23%) des enquêtés, les chrétiens sont (30%). L'étude a donc touchée plus les musulmans et les chrétiens que les autres couches religieuses.

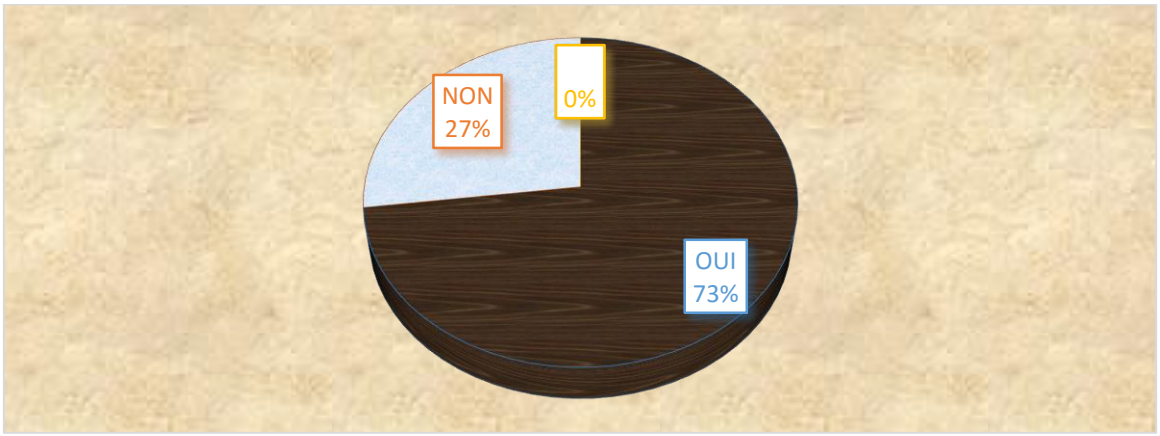
**Figure 4:** Présentation de l'ethnie des enquêtés




La figure n°5 présente les différentes ethnies touchées par cette étude. En effet, les enquêtés cibles sont de quatre ethnies. Il y a les Dendi qui représentent une majorité des cibles de la recherche soit 33%, les Biali 23%, les gourmantchés 19%, les Baatombou 17% et les autres sont de 08%.

### 3-2 Les cas de tentative du suicide enregistrés dans la période de 2019-2022 à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta.

**Figure 5** : Existence des cas liés aux tentatives de suicide dans Tanguiéta




**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

La figure n°6 présente les résultats de l'enquête sur la connaissance et l'existence des cas de suicide dans la commune de Tanguiéta. Au nombre des enquêtés soumis à cette interrogatoire, 73% estiment avoir connaissance des cas de suicide de la commune tandis que 27% restent passif sur la question. C'est dans ce sens qu'un personnel de centre de santé nous confie « *la question des cas de suicide est malheureusement une réalité qui touche certains patients au sein de l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta* ». N. L. Personnel Psychologue, 2022.

De ce fait, il existe bel et bien le phénomène du suicide au sein de la commune.

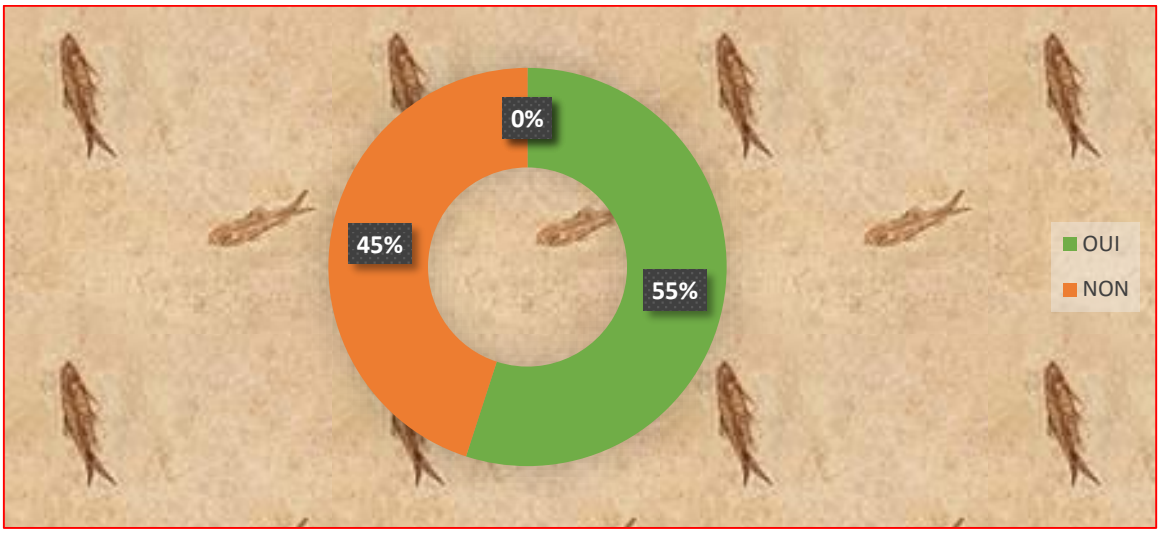
**Tableau II** : Données statistiques des tentatives du suicide entre 2019 et 2022

| Année | Sexe Masculin | Sexe Féminin | Effectif total |
|---|---|---|---|
| **2020** | 12 | 21 | 33 |
| **2021** | 26 | 32 | 58 |
| **2022** | 10 | 17 | 27 |
| **Total** | **48** | **70** | **118** |

**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

Le tableau 2 fait le récapitulatif des données statistiques liées aux tentatives du suicide enregistrées à l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta. Les résultats de cette statistique est relatif aux données des années 2020,2021 et 2022. En 2020, l'hôpital a enregistré 33 tentatives de suicide dont 12 hommes et 21 femmes. En 2021, le nombre total de tentative de suicide s'est élevé à 58 cas dont 26 cas de sexe masculin et 32 cas de sexe féminin. Pour l'année 2022, l'hôpital a enregistré un nombre inférieur de cas tentative. Il y a 10 cas de sexe masculin et 17 cas de sexe féminin. On retient un nombre total de 27 cas de tentative pour l'année 2022 à l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta. En guise de conclusion de ces différentes statistiques, on constate un nombre total de 118 cas de tentative de suicide sur les trois années dont 48 cas pour le sexe masculin et 70 cas pour le sexe féminin.

**Figure 6 :** Un proche victime de tentative du suicide




**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

La figure n°7 expose les résultats des enquêtés ayant été victime ou non de tentative du suicide. Ici, 55% des enquêtés ont un ou plusieurs proches victimes de ce phénomène alors que 45% se réjouis de n'avoir pas un proche dans le cas.

### 3-3 Les causes et les différents moyens utilisés par les cibles dans la commune de Tanguiéta pour les cas de tentative enregistrés à l'hôpital Saint-Jean de Dieu.

Dans la commune de Tanguiéta, après les recherches sur les cas de tentatives du suicide enregistrés à l'hôpital Saint Jean de Dieu, il est important de faire une synthèse sur les causes et les moyens mis en œuvre par les victimes. Les figures et tableaux ci-dessous exposes ces résultats de terrain.

**Tableau III** : Cause de tentative du suicide dans Tanguiéta

| Causes du suicide | Réponses en pourcentage |
|---|---|
| Déception amoureuse | **3%** |
| Conflit domanial | **30%** |
| Conflit conjugal | **20%** |
| Echec scolaire | **10%** |
| Divorce des parents | **13%** |
| Grossesse en milieu scolaire | **07%** |
| Volonté personnelle | **17%** |
| Total | **100%** |

**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

Le tableau n°3 expose selon les enquêtés les causes des cas tentative de suicide constaté dans la commune de Tanguiéta. Au nombre des informations reçues sur la question des causes du suicide, les enquêtés ont souligné les causes telles que : conflit domanial (30%), déception amoureuse (23%), volonté personnelle de la victime (17%), divorce des parents (13%), échec scolaire (10%) et les grossesses en milieu scolaire (07%). Au cours de cette recherche, les résultats montrent pertinemment les moyens utilisés par ces victimes pour faire leur manœuvre.

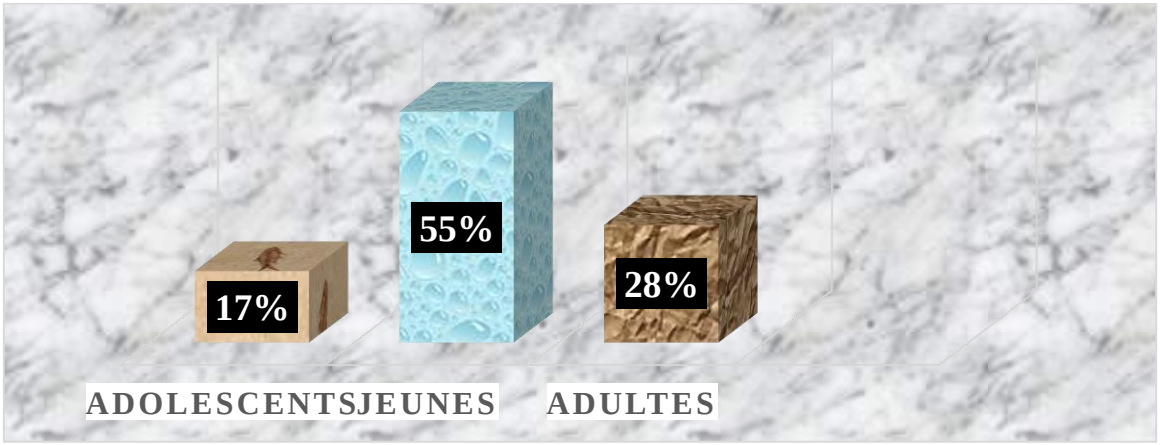
A cette question de des causes des cas de suicides enregistrés, certains enquêtés ont confié que « *l'une des principales causes que nous avons identifiées est la prévalence des troubles de santé mentale, tels que la dépression et les troubles anxieux, parmi les femmes qui ont tenté de se suicider. Ces troubles peuvent être des facteurs de risque significatifs.De nombreuses femmes qui arrivent à notre hôpital ont signalé des niveaux élevés de stress psychosocial. Cela peut découler de problèmes familiaux, de la pauvreté, de la pression sociale ou de la violence domestique, et peut contribuer à leur détresse émotionnelle* ». G. A. Personnel Psychologue, 2022.

Pour un autre, la violence domestique et l'isolement social en sont les principales causes. Il affirme ainsi que « *malheureusement, la violence domestique est une réalité pour de nombreuses femmes dans notre région. Les expériences de violence physique, émotionnelle ou sexuelle peuvent conduire à un sentiment d'impuissance et à des pensées suicidaires. D'un autre côté, l'isolement social est un facteur de risque que nous avons observé. Certaines femmes se sentent seules et sans soutien social, ce qui peut augmenter leur vulnérabilité aux pensées suicidaires* ». H. K. Personnel Psychologue, 2022.

Dans le même sens un autre enquêté, estime que « *les difficultés financières peuvent être un facteur de stress considérable. Les femmes qui luttent pour subvenir aux besoins de leur famille peuvent se sentir dépassées* ». N. L. Personnel Psychologue, 2022.

Il est essentiel de comprendre que ces facteurs ne sont souvent pas indépendants les uns des autres, mais interagissent de manière complexe.

**Figure 7** : La tranche des victimes des cas de tentative de suicide




**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

La figure n°8 présente la tranche des victimes des cas de tentative du suicide dans la commune de Tanguiéta. Des résultats de l'enquête, les statistiques montrent que la tranche d'être humain la plus victime de ce phénomène, ce sont les jeunes. Pour 55% de nos enquêtés, les jeunes se faire suicider facilement, 28% de certains des enquêtés estiment que c'est les adultes et enfin 17% précisent que les adolescents aussi ne sont pas des moindre parmi les victimes.

Tableau IV **: Situation matrimoniale des victimes de tentative du suicide**

| Situation matrimoniale | Réponses en pourcentage |
|---|---|
| **Célibataires** | **47%** |
| **Mariés** | **16%** |
| **Divorcés** | **37%** |
| **Total** | **100%** |

**Source** : Résultat de l'enquête, septembre 2022

Le tableau n°4 montre la situation matrimoniale des victimes de tentative du suicide enregistré dans la commune de Tanguiéta. Pour les enquêtés, la grande marge des victimes sont des célibataires (47% des répondants), les divorcés suivent avec 37% de répondants et 16% parlent enfin des mariés. Les cas du suicide prennent donc toutes les couches de la situation matrimoniale des victimes.

## CHAPITRE IV : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Dans ce chapitre, nous confrontons les résultats obtenus par des résultats des recherches antérieures afin de tirer des conclusions actives.

### 1- DISCUSSION

Le suicide chez les femmes a toujours existé. Selon Joiner (2005), les jeunes femmes sont plus vulnérables aux tentatives de suicide en raison de leur accès limité aux mécanismes d'adaptation. Cette conclusion est cohérente avec notre constat de prévalence plus élevée des tentatives de suicide chez les femmes plus jeunes. Bhugra (2006) met en évidence l'impact de la stigmatisation culturelle sur la sous-déclaration des cas de suicide. Notre étude a révélé que cette stigmatisation constituait un obstacle à la recherche d'aide, surtout en milieu rural, corroborant ainsi les conclusions de Bhugra. Les travaux de Mann et al. (2005) indiquent aussi que les troubles de l'humeur, tels que la dépression, sont des précurseurs significatifs des tentatives de suicide. Nos résultats montrent une corrélation entre les antécédents de troubles de l'humeur et les tentatives de suicide, ce qui est en accord avec leurs conclusions.

La théorie de Durkheim (1897) suggère que la désintégration sociale et l'isolement augmentent le risque suicidaire. Les femmes de notre échantillon avec des niveaux d'éducation plus bas et un statut économique précaire avaient un risque plus élevé de tentatives de suicide, ce qui confirme les travaux de Lorant et al. (2003) sur les inégalités socioéconomiques en santé mentale. De plus, Lazarus (1966) affirme que le stress chronique peut contribuer aux tentatives de suicide. Les femmes ayant vécu des événements stressants, tels que des conflits familiaux, étaient plus susceptibles de faire une tentative de suicide, soutenant ainsi les conclusions de Kessler et al. (2005) sur le rôle du stress dans les troubles de l'humeur.

Les recherches de Van Orden et al. (2010) mettent en avant le rôle protecteur du soutien social dans la réduction du risque suicidaire. Cependant, nos résultats révèlent que la qualité du soutien social varie considérablement. Les femmes ayant des relations familiales ou amicales positives étaient moins susceptibles de faire une tentative de suicide, tandis que celles souffrant de conflits familiaux avaient un risque plus élevé. Ces résultats mettent en évidence la complexité de la relation entre le soutien social et les tentatives de suicide.

Par ailleurs, la consommation d'alcool a maintes fois été identifiée comme un facteur prédictif de tentative de suicide (Rossow, 1996). L'abus de substance est fréquemment retrouvé dans les cas de suicide, généralement comorbide d'un trouble thymique. Cette comorbidité a été identifiée dans 27 à 57 % des cas dans une revue de la littérature d'autopsies psychologiques de Cavanagh et ses collaborateurs (Cavanagh et coll., 2003). Selon Beautrais et ses collaborateurs, plusieurs facteurs peuvent expliquer cette corrélation. Le fait d'être intoxiqué à l'alcool pourrait augmenter la probabilité d'actes impulsifs et violents, augmenter le courage, la confiance en soi et atténuer la douleur (Beautrais et coll., 1997). En ce sens, dans une étude de Turnerr en 2005 portant sur une population de jeunes incarcérés, la consommation d'alcool ou de toxiques était significativement associée à des stratégies de coping (adaptative) pour réguler l'humeur négative (Turnerr et coll., 2005). Ces stratégies d'adaptation étant par ailleurs fortement associées à la naissance lorsqu'elles sontdépassées. Il a été évoqué que l'intoxication à l'alcool pouvait augmenter le risque de survenue de certains événements de vie tels que des ruptures dans les relations amoureuses ainsi que les conflits violents avec des amis ou des parents, ces éléments étant connus pour être parmi les événements déclencheurs de tentative du suicide (Beautrais et coll., 1997). Cependant, le fait de consommer de l'alcool jusqu'à l'ivresse peut être confondu avec le manque de contrôle des impulsions et la recherche de sensations, facteurs pouvant jouer un rôle dans la dimension impulsive du comportement suicidaire. Par ailleurs une consommation d'alcool semble augmenter le risque de létalité lors des tentatives de suicides (Mac Manam 2012). Ces notions renvoient aux traits cognitifs de type impulsif qui pourraient sous-tendre un endophénotype.

Selon l'étude d'autopsie psychologique de Schaffer et coll, 46% des suicides réussis seraient associés à un diagnostic de troubles des conduites (TC) (Schaffer et coll., 1991). Apter et ses collaborateurs insistent sur le caractère impulsif de ces passages à l'acte plutôt que planifié ; ils seraient par ailleurs associés à des symptômes dépressifs (Apter et coll., 1995).

Les résultats de ces chercheurs s'alignent avec notre étude, démontrant la complexité des facteurs contribuant aux tentatives de suicide chez les femmes. En mettant en perspective les résultats de ces auteurs avec nos propres découvertes, il est clair que les tentatives de suicide chez les femmes de l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta sont le résultat d'une interplay complexe de facteurs, y compris les aspects sociodémographiques, culturels, psychosociaux, économiques, de santé mentale et de soutien social.

En conclusion, l'analyse des travaux de ces auteurs en corrélation avec nos propres résultats révèle un tableau complet des facteurs explicatifs des tentatives de suicide chez les femmes de l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta. Pour aborder efficacement ce problème de santé publique, des interventions multifactorielles devraient être mises en place, prenant en compte les divers facteurs identifiés. De plus, une sensibilisation accrue à la santé mentale, la réduction de la stigmatisation et l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale sont essentielles pour prévenir les tentatives de suicide chez les femmes de Tanguiéta, en intégrant les leçons tirées de ces recherches antérieures.

## 2- **PERSPECTIVES**

Voici des recommandations pour pallier au phénomène des tentatives de suicide dans la commune de Tanguiéta :

1. *Sensibilisation et éducation :*

- Mettre en place des campagnes de sensibilisation régulières sur la santé mentale et la prévention du suicide à travers les médias locaux, les écoles et les centres communautaires ;
- Intégrer des programmes d'éducation à la santé mentale dans le curriculum scolaire pour sensibiliser dès le plus jeune âge.

2. *Formation des intervenants :*

- Former les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux, les enseignants et d'autres acteurs clés à repérer les signes précurseurs du suicide et à intervenir de manière appropriée ;
- Organiser des ateliers de formation pour les membres de la communauté afin de les doter des compétences nécessaires pour apporter un soutien émotionnel.

3. *Accès aux services de santé mentale :*

- Améliorer l'accès aux services de santé mentale en augmentant le nombre de professionnels de la santé mentale et en ouvrant des centres de santé mentale communautaires ;

- Réduire les coûts associés aux soins de santé mentale et envisager des programmes de santé mentale subventionnés pour les personnes à faibles revenus.

4. *Restriction des moyens létaux :*

- Travailler en collaboration avec les autorités locales pour mettre en place des mesures de contrôle strictes concernant l'accès aux moyens létaux, en particulier les pesticides, qui sont couramment utilisés dans les tentatives de suicide.

5. *Suivi et intervention post-tentative :*

- Établir des protocoles de suivi après une tentative de suicide pour assurer un soutien continu et un traitement approprié ;
- Mettre en place une ligne d'assistance téléphonique d'urgence pour les personnes en détresse émotionnelle.

6. *Lutte contre la stigmatisation :*

- Organiser des campagnes visant à réduire la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale, encourageant ainsi les individus à rechercher de l'aide sans crainte de discrimination.

7. *Collaboration intersectorielle :*

- Favoriser la collaboration entre les départements de la santé, de l'éducation, des services sociaux et d'autres organismes gouvernementaux pour élaborer des approches intégrées de prévention du suicide.

8. *Recherche locale continue :*

- Soutenir la recherche locale pour comprendre les facteurs spécifiques qui contribuent au suicide dans la commune de Tanguiéta, afin d'adapter les stratégies de prévention de manière plus précise.

9. *Engagement communautaire :*

- Encourager la participation active des membres de la communauté dans la planification et la mise en œuvre des programmes de prévention, en reconnaissant que les solutions efficaces doivent être ancrées localement.

*10. Réseau de soutien social :*

- Promouvoir le développement de réseaux de soutien social solides en organisant des groupes de soutien pour les personnes vulnérables, notamment les jeunes et les personnes âgées.

En combinant ces recommandations, la commune de Tanguiéta peut élaborer une approche globale de prévention du suicide qui englobe la sensibilisation, l'accès aux soins de santé mentale, la réduction de l'accès aux moyens létaux, la formation et le soutien communautaire. Il est essentiel que ces efforts soient continus et centrés sur les besoins spécifiques de la population locale pour obtenir des résultats significatifs.

# CONCLUSION

Au terme de ce travail qui a porté sur l'étude des facteurs explicatifs des cas de tentative du suicide enregistré à l'hôpital St jean de Dieu dans la commune de Tanguiéta, il est important de de faire le point général de tout ce qui a été fait jusqu'aux résultats. L'analyse des données collectées dans le cadre de la présente recherche ainsi que le niveau des indicateurs de base (tableaux des données et figures) permettent de confirmer l'existence du phénomène de suicide dans la commune ciblée par cette étude.

Le suicide est souvent considéré comme une stratégie d'adaptation utilisée par une personne qui souffre énormément, et qui ne conçoit pas d'autres stratégies d'adaptation permettant de diminuer sa souffrance et d'améliorer sa situation. Des recherches indiquent que les personnes qui font des tentatives de suicide ont un moins grand répertoire de stratégies d'adaptation pour faire face aux problèmes de leur vie, et ont souvent tendance à utiliser des stratégies peu efficaces. Cette observation suggère que si on était en mesure d'augmenter le répertoire de stratégies d'adaptation efficaces des individus, ces derniers seraient moins à risque de recourir aux comportements suicidaires lors de situation de crise et pour diminuer leur souffrance. Les recherches indiquent que les personnes qui ont fait une tentative de suicide constituent l'un des groupes les plus à risque de faire une autre tentative et de mourir par suicide. De nombreuses recherches rapportent qu'un suivi après que la personne quitte l'hôpital même des suivis simples par cartes postales, messages textes ou brefs appels téléphoniques peut diminuer l'incidence de récidive. La conduite de cette recherche nous a permis de comprendre les différentes causes de tentative du suicide. La recherche a connu plusieurs dimensions méthodologiques, à la fois empiriques, analytiques et descriptives. Les méthodes qualitatives et quantitatives nous ont permis d'appréhender au plus près les perceptions des différents acteurs impliqués dans la gestion du phénomène des cas du suicide. A ce titre, nous avons avancé trois hypothèses qui ont servi de réponses provisoires à notre préoccupation. En vue de vérifier nos hypothèses, nous avons mobilisé un ensemble de méthodes, de techniques et d'outils d'investigations à savoir la recherche documentaire, les entretiens et les questionnaires. Les déterminants de ce dernier ont été cernés dans leur ensemble et leur compréhension ne constitue plus une énigme.

Au terme des analyses, il ressort que l'étude approfondie des facteurs explicatifs des tentatives de suicide chez les femmes enregistrées à l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta

révèle une toile complexe de déterminants sociaux, psychologiques et culturels. En alignant nos découvertes avec les travaux antérieurs, il devient manifeste que ce phénomène requiert une approche holistique et nuancée pour la prévention et l'intervention. Les facteurs sociodémographiques, tels que l'âge, jouent un rôle crucial, tout comme les influences culturelles qui peuvent stigmatiser la maladie mentale. Notre étude met en évidence la nécessité d'une sensibilisation culturellement adaptée et d'une réduction de la stigmatisation, conformément aux constatations de Bhugra (2006). Les facteurs psychosociaux et économiques, dont la désintégration sociale et le stress, sont également identifiés comme des déterminants significatifs, soutenant ainsi les théories de Durkheim (1897) et Lazarus (1966). L'accès limité à l'éducation et le statut économique précaire sont des indicateurs de vulnérabilité, en accord avec les travaux de Lorant et al. (2003). L'importance du soutien social et de la santé mentale est une autre conclusion majeure, corroborant les théories de Van Orden et al. (2010) et les recherches sur le stress menées par Kessler et al. (2005).

En somme, cette étude souligne la nécessité d'approches intégrées de prévention du suicide à Tanguiéta. Les recommandations englobent des campagnes de sensibilisation culturellement sensibles, une amélioration de l'accès aux services de santé mentale, la restriction de l'accès aux moyens létaux, la formation des professionnels de la santé et la promotion d'un réseau de soutien social solide. En fin de compte, la prévention des tentatives de suicide chez les femmes à Tanguiéta nécessite un effort concerté de la communauté, des professionnels de la santé, et des autorités locales. Cette recherche aspire à contribuer à cette entreprise en éclairant les facteurs sous-jacents et en proposant des pistes pour des stratégies de prévention efficaces et adaptées à cette population spécifique.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES


1- Afifi, T. O., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2006). Mental Health Profiles Among Married, Never-Married, and Separated/Divorced Mothers in a Nationaily Representative Sample. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(2), p. 122-129.

2- Apter, Alan, Doron Gothelf, Ronny Offer, Gidi Ratzoni, Israel Orbach, Sam Tyano, et Cynthia R. Pfeffer. 1997. « Suicidal Adolescents and Ego Defense Mechanisms. » Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 36 (11): 1520-27. doi:10.1016/S0890-8567(09)66560-6.

3- Baechler, J. (1975). Les suicides. Éditeur Calmann-Lévy, Paris, France, 662 p.

4- Baudelot, C. & Establet, R. (2006). Suicide : changement de régime. Un observateur hors pair, Maurice Halbwachs. Intervention au colloque « Dialogue avec Maurice Halbwachs », Paris, Campus Paris-Jourdan, jeudi 1er décembre 2005, Liens socio, janvier 2006.

5- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a casecontrol study. The American Journal of Psychiatry, 153(8), 1009-1014.

6- Bégin, C. & Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites. Santé mentale au Québec, 22(1), P. 43-68.

7- Bronisch, T. & Lieb, R. (2008). Maternal Suicidality and Suicide Risk in Offspring. Psychiatric Clinics ofNorth America, 31(2), p. 213-221.

8- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine, 33(3), 395-405.

9- Dougherty, D. M., Marsh-Richard, D. M., Hatzis E.S., Nouvion, S.O. & Mathias, C. W. (2008). A Test of Alcohol Dose Effects on Multiple Behavioral Measures of Impulsivity. Drug and Alcohol Dependence, 96, p. 111-120.

10- Dulac, G. & Laliberté, A. (2002). Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque suicidaire : La limite des aidants naturels. Dans C. Lacharité, G. Pronovost, & E. Coutu (Eds.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

11- Fleming, T., Merry S., Robinson, E., Denny, S. & Watson, P. (2007). Self Reported Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Secondary School Students in New Zealand. Australian and New Zealand Journal ofPsychiatry. 41(3), p. 213-21.
12- Fleming, T., Merry S., Robinson, E., Denny, S. & Watson, P. (2007). Self Reported Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Secondary School Students in New Zealand. Australian and New Zealand Journal ofPsychiatry. 41(3), p. 213-21.
13- Fotti, S. A. Katz, L. Y., Afifi, T. O. & Cox, B. J. (2006). The Associations Between Peer and Parental Relationships and Suicidai Behaviors in Eariy Adolescents. Canadian Journal ofPsychiatry, 51(11), p. 698-703.
14- Gouvernement du Québec (Institut national de santé publique) (2011). Tendance de la mortalité par suicide au cours des 30 dernières années au Québec: Est-ce que le suicide demeure un problème? Québec: Publications du Québec, 51 pages.
15- Hamel, D. & Pampalon, R. (2002). Traumatismes et défavorisation au Québec. Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec. Publications du Québec, 96 pages.
16- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. Lancet, 373(9672), 1372-1381. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X
17- INSAE (2013), Quatrième Recensement Général de la Population et de l'habitat (RGPH4). Cotonou, MDAEP/INSAE. p. 33
18- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J. & Brook, J. S. (2002). Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Eariy Chiidhood. Arch Gen Psychiatry, 59, p. 741-749.
19- Joiner, T. (2010). Myths about suicide. Cambridge : Harvard University Press, 288 pages.
20- Joiner, T. E (2005). Why people die by suicide. Cambridge, MA : Harvard, University Press;
21- Kiimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stiiweli, J., Welsh, J., & Radke-Yarrow, M. (1998). Suicidai Ideation and Attempts: A Longitudinal Investigation of Chiidren of Depressed and Well Mothers. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(6), p. 651-659.

22- Lachal CH., Geneste J., Loubeyre, J. B., Durant, F. & Coudert, A. J. (1988). Les conduites suicidaires parentales et l'enfant, Psychologie médicale, 20(3), p. 355358.
23- Lieb, R., Bronisch, T., Hofler, M., Schreier, A. & Wittchen, H. U. (2005). Maternai Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring: Findings from a Community Study. American Journal ofPsychiatry, 162(9), p. 1665-1671.
24- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. The American Journal of Psychiatry, 156(2), 181-189.
25- Mishara B. L., Tousignant M. Comprendre le suicide. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2004. (Paramètres).
26- Mishara, B. L. & Chagnon, F. (2011). Understanding the Relationship Between Mental Illness and Suicide and the Implications for Suicide Prevention. Dans R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), International Handbook of Suicide Prevent ion: Research, Policy and Practice, Chichester: Wiley-Blackweli, p. 609-623.
27- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). Comprendre le suicide, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 172 pages.
28- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Wasserman, D. (2007). Familial Clustering of Suicidal Behavior and Psychopathology in Young Suicide Attempters: a Register-Based Nested Case Control Study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiolog-y, 43(1), p. 28-36.
29- Murphy, G. E. & Wetzel, R. D. (1990). The Lifetime Risk of Suicide in Alcoholism. Archives ofGeneral Psychiatry, 47, p. 383-392.
30- Murphy, G. E. (1992). Seven Risk Factors for Suicide in Alcoholics. Suicide in Alcoholism. NewYork, Oxford: Oxford University Press.
31- Observatoire national du suicide. Suicide: connaître pour prévenir. Dimensionsb nationales, locales et associatives. 2e rapport/février 2016. Paris: ONS; 2016. 481 p. https://solidarites sante.gouv.fr/IMG/pdf/2erapport de l'observatoire national du suicide.pdf
32- Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/fr/

33- Rossow, I. (1996). Alcohol and suicide--beyond the link at the individual level. Addiction (Abingdon, England), 91(10), 1413-1416.
34- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 53(4), 339-348.
35- Shneidman, E. S. (1999). Le tempérament suicidaire, risques, souffrances et thérapies. Bruxelles : De Boeck et Belin, 174 pages.
36- Société Radio-Canada (1981). La décriminalisation du suicide au Canada. Entrevue de G. Guérin, à l'émission La vie quotidienne, Montréal Société Radio-Canada. En ligne: <http://archives.radiocanada.c&versionprint.asp?page:1&IDLan=0&IDClip=63 86&IDDossier0& IDCat=223&IDCatPa=1 52>.
37- TANGUIETA, (2017), Plan du Développement Communal
38- Tousignant, M. & Fayette, T. (1997). Suicide et toxicomanie deux phénomènes inter reliés. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 45 pages.
39- Turecki, G. (2014). Epigenetics and suicidal behavior research pathways. American Journal of Preventive Medicine, 47(3 Suppl 2), S144-151. http://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.011
40- Turner, A. P., Larimer, M. E., Sarason, I. G., & Trupin, E. W. (2005). Identifying a negative mood subtype in incarcerated adolescents: relationship to substance use. Addictive Behaviors, 30(7), 1442-1448. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.01.009
41- World Health Organization (WHO). Suicide statistics. 2016

# ANNEXES

# GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour Monsieur /Madame, je m'appelle…….…….., je suis étudiante en instance de soutenance de la licence en Psychologie à l'université d'Abomey Calavi et je désire faire un entretien avec vous sur « Etude des facteurs explicatifs des cas de tentatives du suicides des femmes, enregistres à l'hôpital st jean de dieu dans la commune de Tanguiéta ». Dans le but d'élaborer mon mémoire de licence Professionnelle, je tiens à vous dire que toutes les informations que vous allez me fournir seront traitées de manière confidentielle.

1.) Qu'est-ce qu'un suicide selon vous ?
2.) Quels sont vos perceptions sur les cas de suicide enregistrés dans votre service ?
3.) Selon vous, quelles sont les raisons de ses morts volontaires ?
4.) Pouvez-vous nous donner les manifestations des cas du suicide ?
5.) Selon vous quels sont les moyens concrets qui ont été mis en œuvre par les acteurs du service psychiatrique pour pallier à ce phénomène ?
6.) Quelles sont les conséquences que ce phénomène peut avoir sur la famille, les enfants, et le développement d'une commune à long terme ?
7.) Quelles approches de solution proposeriez-vous pour éradiquer le phénomène ?

## QUESTIONNAIRE ADRESSE A LA POPULATION

| N° | Questions | Codes | Réponses |
|---|---|---|---|
| 01 | Quels sont vos noms et prénoms ? | | /……../ |
| 02 | Quel âge avez-vous ? | | /……../ |
| 03 | Quel est votre statut matrimonial ? | 1. Célibataire<br>2. Marié (e)<br>3. Divorcé<br>4. Veuf (ve) | /……../ |
| 04 | Que faites-vous dans la vie ? | 1-sans emploie<br>2-Artisan<br>3-Commercant | /……../ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 4-Salarié<br>5-Autre (précisé) | |
| 05 | Constatez-vous des cas de suicide à Tanguiéta ici ? | 1- Oui<br>2- Non | /……../ |
| 06 | Avez-vous un proche qui a déjà été victime du suicide ? | 1-oui<br>2-non | /……../ |
| 07 | Si oui, quelles en sont les raison ? | 1. Déception amoureuse<br>2. Conflit domanial<br>3. Echec scolaire<br>4. propre volonté<br>5. Autres précisé | /……../ |
| 08 | Les victimes des cas du suicide sont-ils de quelle tranche ? | 1- Adolescent<br>2- Jeune<br>3- Adultes | /……../ |
| 09 | Les victimes des cas du suicide sont-ils mariés ? | 1- Oui<br>2- Non | |
| 11 | Proposez nous des solutions envisageables dans le but d'éviter les cas du suicide dans la commune de Tanguiéta | | |

# TABLE DES MATIERES

IN MEMORUM ..... 2

DEDICACES ..... 3

REMERCIEMENTS ..... 4

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... 5

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX ..... 6

SOMMAIRE ..... 7

RESUME ..... 8

INTRODUCTION ..... 9

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE, ETAT DE CONNAISSANCE ET CLARIFICATION CONCEPTUELLE ..... 11

1-1- Problématique ..... 15

1-1-1 Enoncé du sujet ..... 15

1-1-2- Objectifs et hypothèses de la recherche ..... 17

1-1-3- Clarification conceptuelle ..... 17

1-1-4 Revue de la littérature ..... 19

CHAPITRE II : SITUATION GEOGRAPHIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE ..... 15

2-1-1 Au plan géographique ..... 11

- Situation géographique et organisation administrative ..... 11

2-1-2 Au plan historique et socio-culturel ..... **Erreur ! Signet non défini.**

- Démographie et données sociales ..... **Erreur ! Signet non défini.**

2-1-3 Grands traits physiques ..... **Erreur ! Signet non défini.**

- Relief ..... **Erreur ! Signet non défini.**

- Climat et hydrographie ..... **Erreur ! Signet non défini.**

- Végétation et sols ..... **Erreur ! Signet non défini.**

2-1-4 Education formelle ..... **Erreur ! Signet non défini.**

- Enseignement secondaire ..... **Erreur ! Signet non défini.**

2-1-5 Secteur de la Santé ..... **Erreur ! Signet non défini.**

2-1-6- Présentation de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta ..... 12

- Services existants ..... 13
- Service de la Gynéco-Obstétrique ..... **Erreur ! Signet non défini.**
- Activités de consultation et d'hospitalisation ..... **Erreur ! Signet non défini.**

2-2 Démarche méthodologique et modèle d'analyse ..... 22

2-2-1 Nature de l'étude ..... 22

2-2-2 Recherche documentaire ..... 22

2-2-3 Echantillonnage ..... 24

2-2-3-1 Echantillon ..... 24

2-2-3-2 Population Cible ..... 24

2-2-3-3 Déroulement de la collecte ..... 24

2-2-4 Les difficultés rencontrées ..... 24

2-2-5 Techniques et outils ..... 25

- L'entretien direct ..... 25
- L'enquête par questionnaire ..... 26
- Technique d"observation ..... 26

2-2-6 Traitement des données et résultats ..... 27

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS ..... 28

3-1- Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ..... 28

3-2 Les cas de tentative du suicide enregistrés dans la période de 2019-2022 à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta. ..... 30

3-3 Les causes et les différents moyens utilisés par les cibles dans la commune de Tanguiéta pour les cas de tentative enregistrés à l'hôpital Saint-Jean de Dieu. ..... 32

3-4 Approches de solution idéale pour pallier à ce phénomène dans la commune de Tanguiéta. ..... **Erreur ! Signet non défini.**

3-5 Discussion ..... 36

CONCLUSION ..... 41

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 43

*ANNEXES* ..... 47

TABLE DES MATIERES ..... 50