**UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI (UAC)**

**********************

**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES**

**(FASHS)**

**********************

**DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE**

**(DP)**

**********************

**Rapport de fin de stage en Psychologie**

**SUJET :**

# Facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons à Abomey et Bohicon

Rédigé par : ADJAHO Nongnibo Percée

**Sous la direction de :**

| **Tuteur de stage :** | **Maître de mémoire** |
|---|---|
| Mme Alice DAVAKAN | Dr N. Anselme TCHANSI KOUAMBER |
| Psychologue clinicienne | (Enseignant-chercheur à l'UAC) |

**COMPOSITION DU JURY**

**Président :** Dr Michel M. MEHINTO, Enseignant-Chercheur DP-FASHS/UAC

**Examinateur :**Dr Modeste OGNIN, Enseignant-Chercheur DP-FASHS/UAC

**Rapporteur :** Dr N. Anselme TCHANSI KOUAMBER, Enseignant-Chercheur DP-FASHS/UAC

**Mention : Très bien**

**Note : 16/20**

**Soutenue le 27 Mai 2024**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE ..... 2

DÉDICACE ..... 3

REMERCIEMENTS ..... 4

LISTE DES SIGLES ACRONYMES ET ABREVIATIONS ..... 5

LISTE DES TABLEAUX ..... 6

LISTE DES FIGURES ..... 7

LISTES DES IMAGES ..... 8

RÉSUMÉ ..... 9

ABSTRACT ..... 10

INTRODUCTION ..... 11

CHAPITRE I: DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DÉROULEMENT DU STAGE PRÉSENTATION DU CHD/ZOU-COLLINES ..... 12

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ..... 22

CHAPITRE III : PRÉSENTATION, INTERPRÉTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....

ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES ..... 35

CHAPITRE IV : DISCUSSIONS ..... 57

CONCLUSION ..... 61

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 62

ANNEXES ..... a

## DÉDICACES

À mes parents géniteurs Mr ADJAHO Cosme et Mme TOHOU Marie.

## REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce document. Nous adressons particulièrement nos sincères remerciements :

- À notre Maître de mémoire, le Dr N. Anselme TCHANSI KOUAMBER pour sa guidance experte et sa patience ;
- Aux membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer la pertinence de ce travail et pour le temps que vous y consacrerai ;
- À Mme Alice DAVAKAN notre maître de stage et Mr Etienne AFFODO pour leur guidance et leur encadrement attentif. Leurs conseils avisés et leur expertise ont été essentiels pour mon apprentissage en tant que stagiaire en psychologie.
- À tous les enseignants du Département de Psychologie (DP) pour avoir contribué à notre formation.
- À la Directrice Exécutive de l'ONG LIBERTAS pour les multiples demandes de permission accordée, ainsi qu'à toute l'équipe de LIBERTAS pour leur accompagnement.
- Aux membres de ma famille et à mes amis pour tout le soutien qu'ils m'apportent ;
- À tous les membres de l'équipe médicale du service de médecine interne du CHD/ZC, qui m'ont accueilli avec bienveillance et avec qui j'ai eu le privilège de collaborer. Leur dévouement envers les soins aux patients et leur ouverture à l'intégration de la psychologie dans le processus de guérison ont été une source d'inspiration.
- À Mr GADA Espérant, Mme SOUHE Coralie et Mme SALANON Stéphanie pour leur soutien et accompagnement ;
- À toutes les personnes qui, de prêt ou de loin, ont contribuées à la rédaction de ce mémoire à travers leur accompagnement, soutient de tout genre, conseils et prières.

## LISTE DES SIGLES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

| | | |
|---|---|---|
| AS | : | Assistante Sociale |
| CARE | : | Cooperative for American Remittances to Europe |
| CDC | : | Centers for Disease Control and Prevention |
| CHD-Z/C | : | Centre Hospitalier Départemental du Zou et des Collines |
| CIPEC | : | Centre Intégré de Prise en Charge |
| DP | : | Département de Psychologie |
| DSM | : | Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux |
| FQMM | : | Fondation Québécoise des Maladies Mentales |
| HAL | : | Hyper Articles en Ligne |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : | Organisation Non Gouvernementale |
| PAS | : | Passage Au Suicide |
| PEC | : | Prise En Charge |
| PSL | : | Produit Sanguin Labile |
| PV/VIH | : | Personne Vivant avec le VIH |
| TS | : | Tentative de Suicide |
| UNICEF | : | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| USAID | : | United States Agency for International Development |
| VBG | : | Violence Basée sur le Genre |
| VIH | : | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| WILDAF | : | Women in Law and Development |

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Données statistiques des patients reçus en consultation psychologique durant notre stage du 27 Juillet au Août au service de la médecine interne .....19
Tableau II : Données statistiques des personnes reçues durant notre stage au CIPEC/VBG du 11 au 25 Août au CIPEC/VBG .....20
Tableau III : Répartition des enquêtés par sexe .....35
Tableau IV : Situation matrimoniale des enquêtés .....37
Tableau V : Niveau d'étude des enquêtés .....39
Tableau VI : Situation socio-économique des enquêtés .....41
Tableau VII : Situation socio-économique des parents des enquêtés .....41
Tableau VIII : Enquêtés présentant plus de 5 symptômes de dépression .....42
Tableau IX : Ayant vécu des problèmes relationnels graves .....42
Tableau X : Répartition des enquêtés ayant rencontré des difficultés significatives lors de leurs parcours académique .....44
Tableau XI : Évaluation du risque suicidaire chez les enquêtés .....46
Tableau XII : Niveaux du risque suicidaire chez les enquêtés .....47
Tableau XIII : Niveau de la relation familiale .....49
Tableau XIV : Opinion des enquêtés sur l'influence des symptômes de dépression et facteurs personnels sur les idéations suicidaires .....50
Tableau XV : Prévalence des symptômes dépressifs et facteurs personnels chez les enquêtés présentant un risque suicidaire.....51

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des enquêtés par tranche d'âge…….....36

Figure 2: Répartition des enquêtés selon la situation maritale des parents.....38

Figure 3: Répartition des enquêtés selon le secteur d'activité.....40

Figure 4 : Répartition des enquêtés en Fonction des conflits relationnels rencontrés .....43

Figure 5 : Répartition des enquêtés en Fonction des sources de pression .....45

Figure 6 : Répartition des enquêtés en Fonction du niveau de pression sociale.....48

Figure 7: Répartition des enquêtés en Fonction du niveau de stress quotidien .....49

## LISTES DES IMAGES

Image 1 : Photo de la devanture du CHD Z/C .....12
Image 2 : Photo du service de la médecine interne.....14
Image 3 : Photo du CIPEC/VBG……..16

## RÉSUMÉ

Ces dernières années, le taux de suicide a connu une croissance grandissante. Lors de notre stage au CHD/ZC nous avons été confrontés à la réalité de ce fléau, dans un milieu où le suicide est souvent associé au spirituel et aux forces du mal. Le manque d'information constitue un blocage majeur en ce qui concerne la prévention et la lutte contre le suicide. L'objectif général de notre étude est d'analyser les facteurs de risque spécifiques associés aux comportements suicidaires chez les Fons à Abomey et Bohicon. Au total, 57 jeunes adultes Fons à Abomey et Bohicon ont été enquêtés. L'utilisation d'une méthodologie mixte nous a permis de recueillir des données quantitatives pour des analyses statistiques, ainsi que des données qualitatives pour une analyse approfondie des contextes et des perceptions. Ces données ont été collectées grâce à un guide d'entretien, un questionnaire et par observation. Les résultats de notre étude ont révélé que la dépression et les facteurs personnels tels que les problèmes relationnels, les difficultés académiques et les pressions professionnelles et sociales étaient associés aux comportements suicidaires. Il est donc urgent de mettre en place des programmes d'accompagnement afin d'aider les individus à surmonter leurs difficultés.

**Mots clés** : Abomey, Bohicon, facteurs de risque, Fon, suicide,

## ABSTRACT

In recent years, the suicide rate has seen tremendous growth. During our scene at CHD/ZC we were confronted with the reality of this scourge, in an environment where suicide is often associated with the spiritual and the forces of evil. The lack of information constitutes a major obstacle with regard to the prevention and fight against suicide. The general objective of our study is to analyze the specific risk factors associated with suicidal behavior among the Fons in Abomey and Bohicon. In total, 57 young Fon adults in Abomey and Bohicon were surveyed. The use of a mixed methodology allowed us to collect quantitative data for statistical analyses, as well as qualitative data for in-depth analysis of contexts and perceptions. This data was collected using an interview guide, a questionnaire and by observation. The results of our study revealed that depression and personal factors such as relationship problems, academic difficulties, and work and social pressures were associated with suicidal behaviors. It is therefore urgent to put in place support programs to help individuals overcome their difficulties.

Keywords: Abomey, Bohicon, risk factors, Fon, suicide

# INTRODUCTION

Fromm (1956), psychanalyste et philosophe social, a défini la santé mentale comme la capacité de l'individu à exprimer sa créativité, à aimer et à être aimé, à être productif, et à développer un sentiment d'appartenance et de solidarité envers l'humanité. Selon Fromm (1956), la santé mentale est intrinsèquement liée à la capacité de s'épanouir en tant qu'être humain. Cette perspective trouve écho dans la définition de la santé par l'Organisation mondiale de la Santé (2005), qui la décrit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, la santé est appréhendée dans sa globalité et associée à la notion de bien-être.

Pourtant, malgré cette aspiration au bien-être mental, le monde est confronté à une réalité alarmante. Près de 700 000 personnes meurent par suicide chaque année, alerte l'OMS (2014), faisant du suicide l'une des principales causes de décès à l'échelle mondiale. Toutes les 40 secondes, une personne met fin à ses jours quelque part dans le monde, et bien plus tentent de suivre ce chemin sombre. Le suicide ne connaît ni frontières régionales ni limites d'âge, mais il frappe particulièrement les jeunes de 15 à 29 ans, constituant ainsi la deuxième cause de mortalité au niveau mondial d'après l'OMS (2014). En Afrique, le taux de suicide est de 11 personnes sur 100 000, dépassant la moyenne mondiale de 9 personnes sur 100 000 selon les chiffres de l'OMS (2014). Cette disparité s'explique en partie par le manque de structures de soins et de professionnels formés pour traiter les problèmes de santé mentale, qui sont en hausse partout dans le monde et en Afrique. La corrélation entre le suicide et les troubles mentaux, en particulier la dépression et les problèmes liés à l'alcool, est bien établie dans les pays à revenu élevé (OMS, 2020). Cependant, de nombreux suicides sont impulsifs, survenant en réponse à des moments de crise et de vulnérabilité face aux défis de la vie, tels que des problèmes financiers, des ruptures, des maladies ou des douleurs chroniques. En outre, les conflits, les catastrophes, la violence, la maltraitance, le deuil et le sentiment d'isolement sont fortement associés au comportement suicidaire. C'est dans ce contexte que nous avons entrepris l'étude des facteurs de risque du suicide chez les Fons, dans le but de prévenir ce fléau, d'améliorer la santé mentale et de réduire son impact sur les individus, les familles et la société dans son ensemble. Les différents chapitres de ce document se proposent de répondre à la question centrale : Quels sont les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon ? Afin de garantir une organisation efficace de

notre travail, nous débutons par une description institutionnelle du lieu de stage. Ensuite, nous entamons une réflexion critique composée d'une problématique, d'une démarche méthodologique, suivie d'une présentation des résultats, d'une discussion et des approches de solutions.

# CHAPITRE I: DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DÉROULEMENT DU STAGE

Nous avons effectué un stage de quatre (04) semaines (du 27 Juillet au 25 Août 2023) au sein du service de la médecine interne du Centre Hospitalier Départemental du Zou et des Collines dont deux (02) semaines en consultation psychologique et deux (02) semaines au CIPEC/VBG. Ce stage effectué a été une expérience enrichissante qui nous a permis de mettre en pratique les connaissances acquises au cours de notre formation en psychologie.

## 1.1. PRÉSENTATION DU CHD/ZOU-COLLINES




**Source :** *Image récupérée sur la page google du CHD/ZC, https://g.co/kgs/.6DKbDZv*

**Image 1 : Photo de la devanture du CHD Z/C**

## 1.1.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE DU CHD/Z-C

Le centre hospitalier départemental du Zou et des Collines (CHD-Z/C), est un établissement public à caractère social, régi par le décret n°90-347 du 14 Novembre 1990. C'est un centre départemental de référence de deuxième niveau sur les trois niveaux de références que compte le pays. Situé dans

la capitale historique du Bénin (Abomey) sur le tronçon Abomey-Bohicon à 700m de la place historique de GOHO et mis en service le 02 Mai 1985 il fut créé initialement pour servir environ un million d'habitants, mais il dessert en réalité une population bien plus importante au-delà des départements du Zou et des Collines. Actuellement, il est dirigé par Mr Darius GOUNFLE.

### 1.1.2 PRÉSENTATION DU CHD/Z-C

Le CHD/Z-C est composé du service administratif et du service médico-technique. Ce dernier est constitué de plusieurs services dont :

- La médecine interne,
- Le service social,
- Le bloc opératoire,
- La réanimation,
- La chirurgie,
- Le laboratoire,
- La maternité,
- La pédiatrie,
- L'ophtalmologie,
- La stomatologie,
- La radiographie et l'échographie,
- La kinésithérapie,
- L'unité de diabète,
- L'atelier technique,
- La buanderie,
- La morgue,
- Le magasin,
- La cession du PSL et le poste fixe du don de sang.

### 1.1.3 PRÉSENTATION DU SERVICE DE LA MÉDECINE INTERNE




**Source** : *Image prise durant notre stage au CHD Z/C, Juillet-Août 2023*

**Image 2 : Photo du service de la médecine interne**

Le service de la médecine est situé à gauche en quittant l'entrée principale juste après le service de la pédiatrie. Il est dirigé actuellement par le Dr Sylvain GLITHO. Ce service comprend :

- Le bureau médical
- Le bureau du médecin chef
- Le bureau de la surveillante
- Le bureau du médecin de garde
- La salle de gardes des infirmiers
- La salle de garde des infirmières
- La salle de garde des aides-soignants
- La salle d'accueil des malades
- Le bloc de consultation (psychologique, dermatologique, diabétologie)
- L'unité du CIPEC/VBG
- Les salles d'hospitalisation ainsi que les catégories
- L'unité de soins palliatifs
- Le bureau du surveillant de la réanimation médicale
- Le secteur de la réanimation médicale

- L’unité de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH (PV VIH)
- Les toilettes

Le service de la médecine interne est un service constitué d’une équipe pluridisciplinaire d’environ 50 agents de santé assurant un rôle non négligeable au sein de la pyramide sanitaire. Au sein de ceux-ci, on dénombre :

- le chef service qui assure la coordination des activités et qui contribue à la prise en charge des patients,
- la surveillante chargée de la planification, de la coordination et de la surveillance des activités menées sur les ailes,
- des médecins généralistes chargés d’examiner le patient et d’investiguer en vue d’aboutir à un diagnostic pour lequel, ils prescrivent un traitement,
- des infirmiers(ères) qui constituent le pivot du système sanitaire, chargés(es) d’exécuter les consignes des médecins par rapport aux patients et ce, quelles que soient les contraintes, avec passion, vocation, tendresse et amour
- des aides-soignants qui sont chargés d’assister les infirmiers dans l’accomplissement des tâches qui leurs sont assignées
- des agents d’entretien chargés de la propreté des lieux y compris la coordination des visiteurs et patients ,
- Le personnel chargé de la communication et de la prise en charge des personnes vivantes avec le VIH (PV VIH).
- Il faut noter qu’il y a des médecins d’une certaine spécialité qui interviennent de façon spécifique lors des investigations des médecins généralistes dans certains cas. C’est le cas des cardiologues, du néphrologue et du psychiatre.
- Un psychologue qui se charge d’identifier et de traiter les aspects psychologiques liés aux problèmes de santé physique et mise à la disposition de tous les services de l’hôpital.
- Nous avons également un dermatologue et un endocrinologue.

## 1.1.4 PRÉSENTATION DU CIPEC/VBG




**Source** : *Image prise durant notre stage au CHD Z/C, Juillet-Août 2023*

**Image 3 : Photo du CIPEC/VBG**

Le Centre Intégré de Prise en charge des victimes des violences Basées sur le Genre est un service de référence pour la prise en charge holistique des violences basées sur le genre. C'est une réponse à la gestion des questions de violence à l'endroit de toutes les catégories d'individu. Ainsi après CARE Bénin-Togo, WILDAF-Bénin en collaboration avec l'USAID a lancé la deuxième phase du projet EMPOWER qui a abouti à la création des dits centres dans trois villes du Bénin : Abomey, Cotonou et Parakou. Retenons que le centre d'Abomey fut le premier à voir le jour en Mai 2014. A la fin du projet en 2016, l'ONG Médecins du monde en collaboration avec l'UNICEF a apporté un appui financier au CIPEC à travers son projet « Favoriser et Améliorer l'accès à une PEC pour les enfants victimes d'abus et de violences sexuelles ».

**Rôle du centre**

Le centre a pour rôle de contribuer à la réduction du taux de violences basées sur le genre, et d'assurer une prise en charge intégrale des victimes de VBG en simplifiant au mieux les tracasseries quant aux procédures en cas de violence.

**Activités réalisées dans le centre**

Pour une meilleure prise en charge des victimes de VBG, le centre est doté de plusieurs prestations;

Il s'agit de :

- ❖ l'assistance psychosociale
- ❖ l'assistance médicale
- ❖ l'assistance psychologique
- ❖ l'assistance juridique

- ❖ L'assistance psychosociale dès que la victime arrive au centre intégré, l'AS l'accueille, l'écoute et suite à l'entretien l'oriente pour la prise en charge médicale au besoin et effectue la prise en charge sociale (repas, déplacement, hébergement d'urgence) selon le cas. Elle consiste aussi aux activités de suivi à domicile et à des enquêtes sociales. L'actuelle Assistante Sociale du CIPEC/VBG s'appelle Mme Georgine AOULOU.
- ❖ L'assistance médicale

Le médecin reçoit la victime en consultation il prescrit les soins, les examens médicaux et les médicaments en faveur de la victime et les transmet à l'AS pour paiement des différents soins.

Il délivre si nécessaire le certificat médical.

- ❖ L'assistance psychologique

Pour reconstruire avec la victime sa personnalité d'avant l'agression, corriger l'humeur de l'heure avec les émotions négatives liées à l'agression. Dédramatiser un peu le scénario afin de lui permettre de mieux faire sa vie dans le futur. L'assistance psychologique est d'une importance capitale où l'on amène la victime à cesser de se culpabiliser et de s'auto-flageller.

L'agression est un événement qui nécessite un besoin. Ceci étant, le psychologue amène le client à activer sa volonté puis la stimuler pour qu'il donne une bonne réponse à la vie. L'actuel psychologue du centre s'appelle Mr Etienne AFFODO, il est psychologue clinicien de profession.

- ❖ L'assistance juridique

L'assistance juridique en cas d'agression de tout genre est une nécessité à ne pas occulter. C'est la phase répressive de la prise en charge des victimes de l'agression, ce qui fait le poids même chez la victime et son présumé agresseur. Seul le magistrat est habileté à se pencher sur le cas pour le juger selon les textes en vigueur.

L'appui aux victimes dans l'obtention des documents tels que le certificat médical favorise l'accès à l'ouverture d'une procédure judiciaire.

## 1.2 ACTIVITÉS ET TÂCHES ACCOMPLIES DURANT LE STAGE

Notre stage auprès de la psychologue de l'hôpital nous a amené à passer deux (02) semaines en consultation psychologique et deux (02) semaines dans l'unité du CIPEC/VBG :

- **Activités au côté de la psychologue de l'hôpital**

- Participer à la réalisation des évaluations psychologiques pour les patients de la médecine interne, en se concentrant sur les aspects psychologiques de leur santé physique.
- Prise en charge de patients ayant fait une tentative d'autolyse (évaluation psychologique, plan de traitement, suivi à long terme, implication de la famille et des proches, prévention).
- Utilisation des entretiens cliniques, des questionnaires pour recueillir des données sur le bien-être émotionnel, les antécédents médicaux et les facteurs de stress.
- Aider les patients à exprimer leurs émotions, leurs inquiétudes et leurs besoins.
- Participer à la mise en œuvre d'une intervention visant à encourager les changements de comportement liés à la santé, comme l'arrêt du tabac.
- Participation à des séances de psycho-éducation avec des patients atteints du VIH/SIDA.
- Rédaction de l'anamnèse ou contexte psychologique après les entretiens psychologiques.
- Dégager la problématique psychologique.
- Apprendre à remplir la fiche médicale des patients (entête, contexte, problématique psychologique, conduite à tenir et rendez-vous).
- Apprendre à reconnaître chez le patient les signes et les symptômes associés à divers troubles.
- Notion sur la personnalité orale et le complexe d'Œdipe.
- Explication sur le déroulement de la psychoéducation et de la psychothérapie axée sur les valeurs.
- Initiation à la pratique de la prise en charge en VBG.
- Notion sur la communication non violente et ses conséquences.
- Résumé du document « prise en charge psychosociale des personnes et familles infectées /et ou affectées par la maladie à Covid-19 »
- Présentation d'exposé sur le thème "Perception et Interprétation : leur rôle dans les maladies mentales''.

- Présentation d'exposé sur la sémiologie psychiatrique.

**Tableau I :** Données statistiques des patients reçus en consultation psychologique durant notre stage du 27 Juillet au 11 Août au service de la médecine interne

| Nombre de personnes reçues par le psychologue | Femmes | Hommes | Total |
|---|---|---|---|
| | **15** | **6** | **21** |

**Source** : *Données du terrain, juillet-Août 2023*

- **Dans l'unité du CIPEC/VBG**

Nous avons eu à mener plusieurs activités à savoir :

- Accueil et écoute,
- Constitution des dossiers de prise en charge des victimes de violence,
- Participation aux démarches administratives qui se Font en direction des services locaux du CHD Z/C tels que la pharmacie, le laboratoire central, la maternité dans le but d'aider les victimes,
- Remplissage du registre d'informations sur les VBG,
- Accompagnement médical et suivi du traitement des victimes ayant des séquelles,
- Faire le résumer des cas.

**Tableau II :** Données statistiques des personnes reçues durant notre stage au CIPEC/VBG du 11 au 25 Août au CIPEC/VBG

| Activités | Effectifs | Cas reçus | Effectifs |
|---|---|---|---|
| **Consultation sociale** | **17** | **Violence sexuelle** | **15** |
| **Consultation psychologique** | **17** | **Violence physique** | **02** |

**Source :** *Données du terrain, juillet-Août 2023*

- **Les acquis**

Ces différentes activités menées et tâches réalisées nous ont permis de comprendre le déroulement d'un entretien psychologique, de reconnaître les signes qui doivent nous interpeler lors de l'observation, de formuler une problématique et de constituer un dossier psychologique. Nous avons également appris de manière pratique des techniques de reconstruction cognitive. Nous avons développé des compétences essentielles en ce qui concerne la prise en charge des patients, la communication, ainsi que la gestion des dossiers clinique.

## 1.3 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES/ SUGGESTIONS

### 1.3.1 DIFFICULTÉS

- **Aux côtés de la psychologue de l'hôpital**

Nous avons rencontré et observé quelques difficultés lors de notre stage au service psychologie de la médecine interne :

- Difficultés liées aux barrières linguistiques ;
- Les bruits autour du bureau du psychologue, ce qui affecte le déroulement des entretiens psychologiques ;
- Le cadre très restreint de la salle de consultation psychologique ;

– Certains patients n'honorent pas les rendez-vous pour un suivi à long terme ;

➢ **Au CIPEC/VBG**

- Le défaut de matériel informatique adapté pour faire les copies ;

- La non disponibilité de médecins pour une prise en charge rapide des victimes, ce qui retarde le processus de la prise en charge

## 1.3.2 SUGGESTIONS

Comprendre et proposer des solutions à ces problèmes rencontrés pendant notre stage est un excellent moyen de contribuer positivement à l'environnement de travail. Voici quelques suggestions pour aborder ces problèmes :

•Organiser des séances d'information ou des ateliers pour le personnel de l'hôpital afin de les sensibiliser à l'importance de maintenir un environnement calme autour du service psychologique.

• Octroyer une nouvelle salle bien espacée et bien fermée qui permet la confidentialité et la mise en confiance du patient.

•Proposer des collaborations ponctuelles avec d'autres services pour montrer les avantages de la psychologie dans le contexte médical.

•Élaborer un plan d'amélioration de la salle de consultation et soumettre une demande de budget à l'administration de l'hôpital pour effectuer les modifications nécessaires.

•Créer des ressources : Élaborez un glossaire ou un guide de traduction des termes psychologiques vers la langue locale pour une référence facile.

- Un recrutement de personnel supplémentaire au CIPEC serait un véritable atout.

# CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

## 2.1 CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

### 2.1.1 PROBLÉMATIQUE

Au fil des décennies, le suicide est devenu un sujet de préoccupation majeur en santé publique à l'échelle mondiale, affectant des millions de personnes et leurs familles, créant des défis complexes pour les sociétés et les systèmes de santé. Durkheim (1987), l'un des pionniers de la sociologie, a déclaré dans son ouvrage sur le suicide que « Le suicide est une énigme ». Cette énigme persiste aujourd'hui, tout particulièrement chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon. Alors que le pays fait face à une augmentation inquiétante des taux de suicide, il est impératif de comprendre les facteurs de risque qui sous-tendent ce phénomène complexe. En Afrique, parler du suicide n'est toujours pas chose facile. Le suicide est vu comme un acte anti-social qui couvre la famille de honte, et on estime que l'entourage n'a pas rempli sa mission de protection si un membre de la famille se suicide (Ezembé, 2023). À l'instar de Durkheim (1987) et d'autres chercheurs, ayant exploré les liens entre la société et le suicide au XIXe siècle, cette recherche se penche sur les facteurs psychologiques, individuels, sociaux et culturels qui contribuent à la vulnérabilité des personnes. Notre étude se concentre spécifiquement sur les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon, chez qui les taux de suicide ont suscité des inquiétudes croissantes. Les représentations culturelles du suicide, tout comme celles des pathologies psychiatriques, sont fortement marquées par l'externalisation de la cause en Afrique, où l'on tend à attribuer le mal-être à des forces extérieures, telles que des possessions ou des envoûtements (Alarcon, 2016). Tognon a déclaré en 2016 que : « dans les zones rurales, les personnes blâment systématiquement les mauvais esprits en cas de tentative de suicide et ne savent même pas que les soignants peuvent peut-être faire quelque chose pour eux ». Cependant, cette vision fataliste empêche souvent de reconnaître les véritables racines du suicide et retarde la prise en charge médicale. Cette situation nous amène alors à nous poser la question suivante : Quels sont les facteurs psychologiques et personnels qui pourraient être liés aux comportements suicidaires chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon ?

En d'autres termes, il s'agira d'étudier les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon.

## 2.1.2 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

### 2.1.2.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

Etudier les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon.

### 2.1.2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1-Analyser les facteurs psychologiques qui pourraient être associés aux comportements suicidaires chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon.

2-Examiner l'impact des facteurs personnels sur le risque de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon.

## 2.1.3 HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

### 2.1.3.1 HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

Les tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon sont associées à une combinaison complexe de facteurs de risque.

### 2.1.3.2 HYPOTHÈSES SPÉCIFIQUES

1- les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon présentant des symptômes liés à la dépression sont plus susceptibles de développer des idées suicidaires.

2- les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon peuvent présenter un risque accru de suicide en raison de facteurs personnels tels que les problèmes relationnels, les difficultés académiques ou les pressions professionnelles et sociales.

## 2.1.4 CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Une bonne recherche exige une clarification des concepts clés et des termes techniques afin de faciliter la compréhension.

**Facteurs de risque** : Ce sont des éléments qui augmentent la probabilité de survenue d'un évènement indésirable. Ces facteurs peuvent être de nature biologique, comportementale ou liée à des circonstances sociales ou économique (Larousse, 2015).

Dans le contexte du suicide, les facteurs de risque peuvent être définis comme des caractéristiques personnelles, sociales, psychologiques ou environnementales qui augmentent la probabilité qu'une personne tente de se suicider. Ces facteurs peuvent être individuels (comme des troubles mentaux, des antécédents de tentative de suicide, des problèmes de santé physique) ou liés à l'environnement social (comme des situations de crise, des événements stressants, des troubles familiaux). Les facteurs de risque de suicide sont des éléments qui, lorsqu'ils sont présents, accroissent la vulnérabilité d'une personne et peuvent contribuer à la survenue d'une tentative de suicide. Ces facteurs ne sont pas nécessairement des causes directes du suicide, mais ils augmentent la probabilité qu'une personne adopte des comportements suicidaires. Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1995) : Le CDC définit les facteurs de risque comme "des caractéristiques ou des comportements associés à une augmentation de la probabilité de développer une maladie. L'OMS (2012) définit le facteur de risque comme étant « tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ».

**Suicide** : selon Larousse (2015) le suicide est un « acte par lequel une personne met volontairement fin à sa propre vie ». Durkheim (1897) dans son ouvrage "Le Suicide" publié en 1897, définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. » Shneidman (1959), un psychologue américain spécialisé dans l'étude du suicide, définit le suicide comme « l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. C'est un comportement intentionnel qui échappe au contrôle social. ». Pour finir, selon Bealchler (1975), le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet.

**Tentative de suicide** : Une tentative de suicide est un acte délibéré par lequel un individu se cause un préjudice physique, dans l'intention de se donner la mort ou d'obtenir un changement d'état (mettre fin à une souffrance physique ou psychique) mais dont l'issue mais dont l'issus n'est pas fatale (Badet, 1996). Shneidman (1959), définit une tentative de suicide comme "un acte auto-infligé qui pose un risque pour la vie, mais qui est interrompu par des circonstances extérieures ou par la volonté du sujet avant qu'il ne réussisse à se tuer."

**Fon** : Les Fons constituent le plus important groupe ethnolinguistique du Bénin (39,2 % de la population totale) soit aujourd'hui plus de 4,1 millions de personnes (en incluant les populations

apparentées). Outre les Fons proprement dits, surtout présents dans le sud du Bénin où ils sont majoritaires, il existe de nombreux sous-groupes établis dans les pays voisins (INSAE,2004).

**Abomey** : est une ville et une commune du sud de la République du Bénin, située à 145 Km de Cotonou, qui est la préfecture du département du Zou, dont elle est le chef-lieu.
**Bohicon** : est une commune du Bénin située dans le département du Zou, au sud du pays, à environ 9km d'Abomey, la capitale historique.

## 2.1.5 REVUE DE LITTERATURE

Thomas (2008) évoque dans un article que de façon générale, le suicide qualifie l'acte de se tuer (ou de tenter de le faire), de se faire tuer, ou seulement de se laisser mourir en vertu d'une décision personnelle préalable, enfin de demander qu'on mette fin à nos jours (suicide assisté). On ne saurait, en effet, parler de suicide qu'au pluriel, surtout si l'on s'attache aux conditions, au sens, aux causes et aux finalités de ces actes mortifères et de certains de leurs équivalents. Le suicide, par exemple, recouvre diverses attitudes et motivations que l'on peut ramener à quatre (Beachler, 1975) à savoir les réactions de fuite à une déchéance, à une trop grande souffrance, à un échec ou une situation inacceptable, à une responsabilité excessive, à la perte du contrôle de soi ou de l'environnement (suicide escapiste) ; les attitudes d'agression à l'endroit d'un monde qui nous abandonne, ne répond pas à nos attentes ou nous semble absurde (suicide agressif) ;les comportements d'oblation tels que se sacrifier à un code d'honneur, se détruire pour que meure l'ennemi (kamikaze), refuser de survivre au chef aimé, donner sa vie pour Dieu (martyre désiré), ou pour défendre une cause politique ; les conduites ludiques et ordaliques automortifères : le jeu, notoirement le jeu de hasard, s'apparente au geste du suicidant.

Les facteurs de risque Fonctionnent en interaction les uns avec les autres, et l'accumulation de facteurs accentue le risque de suicide (OMS, 2014). Des études « d'autopsies psychologiques » ont permis d'identifier les facteurs prédictifs d'un passage à l'acte suicidaire en établissant un « portrait » de la santé mentale, de la santé physique, de la personnalité, de la situation socio-économique pour mieux comprendre la trajectoire conduisant au suicide (Cavanagh et al., 2003)

Parmi les différentes classifications des facteurs de risque, celle de Hawton et al (2009) propose deux catégories de facteurs de risque du suicide : les facteurs de risque proximaux, ou de stress, et les facteurs de risque distaux, ou de vulnérabilité. Les facteurs de stress (proximaux) sont les évènements ou contextes qui se produisent dans un passé récent et augmentent le niveau de risque actuel. Les facteurs de vulnérabilité (distaux) sont reliés à l'histoire de vie, au réseau familial et de l'entourage mais également à des facteurs individuels. Ils créent une grande fragilité chez l'individu et augmentent la prédisposition au suicide.

Le suicide représente l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde (Hawton and van Heeringen, 2009). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2014), chaque année près de 700000 personnes décèdent par suicide, soit une toutes les 40 secondes, et dix millions de personnes tenteraient de mettre fin à leurs jours.

L'association entre le risque suicidaire chez des adolescents ou adultes jeunes et divers déterminants psychologiques ou biographiques est déjà documentée. Toutefois, le rôle d'événements ou de contextes de vie traumatiques au cours de l'enfance ou du passé plus récent, ainsi que le poids respectif de ces déterminants, méritaient d'être précisés. Mille cent trente-neuf consultants, âgés de 16 à 25 ans, qui se sont présentés consécutivement dans un Centre de prévention sanitaire et sociale de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis à l'occasion d'un examen de santé pris en charge par la caisse, ont été invités à remplir un certain nombre de questionnaires, mesurant notamment le degré de détresse psychosociale et le niveau de pessimisme-désespoir, et à rencontrer un psychologue pour un entretien semi-directif, afin de recueillir des informations sur le contexte biographique et les événements de vie anciens ou récents, et de déterminer le niveau de risque suicidaire, sur la base de l'Échelle de risque suicidaire de Ducher , destinée à évaluer la sévérité d'une idéation suicidaire. Les résultats ont confirmé ceux de la littérature scientifique dans ce domaine et montrent bien que le contexte infantile, le parcours éducatif, la vulnérabilité psychologique et la survenue d'événements de vie récents déstabilisants se potentialisent pour conditionner le risque de passage à l'acte suicidaire. Ils peuvent utilement servir de support à des actions de sensibilisation dans les milieux scolaire et socio sanitaire, dans la perspective d'actions de dépistage et de prévention plus performantes

Le comportement suicidaire associé à la dépression majeure, est souvent conceptualisé le long d'un spectre allant de pensées suicidaires à la tentative de suicide et à la mort, en passant par

l'élaboration de projets suicidaires (Findlay, 2017). En 2015, on estime que 788 000 personnes sont décédées dans le monde des suites du suicide ce qui représente 1,5 % de tous les décès, plaçant le suicide au niveau des vingt principales causes de décès. Le taux de suicide varie en Fonction de l'âge, du sexe et du niveau socio-économique des régions. Selon les données recueillies par l'OMS (2020), le suicide représente aussi 50 % des morts violentes chez les hommes 71 % chez les femmes et il est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. Dans les pays les plus riches, trois fois plus d'hommes que de femmes décèdent par suicide, contre 1,5 fois dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le suicide prélève ainsi un lourd tribut en vies humaines.

Dans l'ouvrage de Michèle, 1957 intitulé « Aider à prévenir le suicide chez les jeunes », un certain nombre de facteurs ont été identifiés et sont admis comme augmentant le risque de décès chez les jeunes qui les présentent. Une nouvelle classification : les facteurs prédisposants et les facteurs contribuants. Depuis quelques années, on subdivise les facteurs associés au suicide en quatre catégories à savoir les facteurs prédisposants ; les facteurs contribuants ; les facteurs précipitants et les facteurs de protection.

Par facteurs prédisposants, on entend ceux qui sont reliés à l'histoire de vie du jeune, qui le rendent plus vulnérable au suicide. Par exemple, la présence de tentatives de suicide antérieures, des relations d'abus et de violence dans la famille, l'isolement et l'exclusion sociale, un long parcours d'expériences scolaires négatives, l'acceptation du suicide comme réponse valable à la détresse.

Chez l'enfant, la banalisation du suicide pourrait être un facteur prédisposant de même que l'absence de liens d'attachement ou encore la présence d'un trouble de santé mentale.

Les facteurs contribuants sont ceux qui augmenteraient le risque présent. Chez l'adolescent, l'abus de drogues et d'alcool serait l'un des premiers facteurs contribuants, de même que les conflits familiaux persistants et un soutien scolaire insuffisant en cas de difficultés importantes. On évoque la grande réticence des jeunes à demander de l'aide bien qu'on ait observé que plusieurs jeunes qui s'étaient suicidés étaient allés voir le médecin en alléguant un tout autre motif de consultation dans les mois précédant leur geste fatal. De plus, les intervenants de l'équipe Solidaires pour la vie (FQMM) ont constaté, au cours de plus de 12 années de sensibilisation dans les écoles secondaires, une recrudescence des demandes d'aide dans les services étudiants après leur passage dans les

écoles. Chez l'enfant, si les situations d'abus physiques et sexuels accentuent le niveau de risque, les conflits persistants et la pauvreté économique du milieu familial Font de même.

Nous choisissons de regrouper globalement ces différents facteurs sous l'appellation facteurs de risque pour en faciliter l'identification.

Lorsqu'un suicide survient dans un milieu, tous sont ébranlés. Plusieurs vivent des sentiments d'échec. Des mécanismes défensifs sont mis en branle (Pommereau et al., 2006). *« Quelle que soit l'institution, aucun événement ne mobilise plus fortement son Fonctionnement que la survenue d'un suicide en son sein »* (p. 84). Les chercheurs ont découvert, par exemple, que les jeunes endeuillés par suicide présentaient des réactions semblables à celles des victimes d'un désastre, d'un crime ou d'une guerre (Klimoff-Dishler, 1991). Ces réactions de stress post-traumatique se manifestent non seulement dans les jours qui suivent le drame, mais longtemps après.

Il en est de même des tentatives ou des idéations suicidaires : personne n'y est impassible. *« Certaines tentatives de suicide peuvent produire des effets négatifs tout aussi importants qu'un suicide complété... » (Gallagher, 1997, p. 53).r*

Lamarre (2014) dans le « suicide l'affaire de tous » nous ressort les facteurs de risque et de protection. Plusieurs facteurs de risque sont connus. La personne qui a déjà fait un geste dans l'intention de se tuer est mille fois plus susceptible que les autres de passer à l'acte à nouveau lors d'un moment difficile. Cependant, comme le rapportent les spécialistes de la perspective optimiste, seulement 10 personnes sur les 100 qui ont fait une tentative mourront par suicide. Les toxicomanies, telle la consommation d'alcool et de drogues de rue, un milieu social appauvri, l'isolement surtout récent, les tendances impulsives et agressives, l'annonce d'une perte (d'emploi, d'argent, d'un conjoint, de la santé) sont autant de facteurs de risque en eux-mêmes et qui, ensemble, deviennent un cocktail explosif obligeant l'entourage à intervenir.

Les facteurs de risques psychiatriques concernent le rôle de la pathologie mentale dans la suicidaire. Environ 90% des suicidés souffriraient d'un trouble mental au moment de leur mort (Cavanagh et al., 2003; Isometsa, 2001;  Anaes , 2001).

Les troubles de l'humeur apparaissent en tête des maladies le plus souvent associées à la suicidalité avec 20 fois plus de probabilités de passer à l'acte quand l'une de leurs modalités est présente

(Anaes, 2001). Entre 40 % et 50 % des morts par suicide avaient une dépression majeure ( Wenzel et al., 2009). 2 % à 12 % des patients avec une dépression majeure meurent par suicide (Wenzel et al., 2009). De même, 29 % des patients bipolaires rapportent au moins une TS. au cours de leur vie (Wenzel et al., 2009). L'ordre des maladies mentales ayant l'impact le plus lourd est variable selon les études.

Les troubles anxieux augmentent de 6 le risque suicidaire (Wenzel et al., 2009), avec une prévalence pour l'anxiété sociale, le trouble anxieux généralisé et le syndrome de stress post-traumatique. La schizophrénie, quant à elle, accroît le risque suicidaire de 8,5 (Wenzel et al., 2009). À vrai dire, toutes les variables psychiatriques sont plus ou moins associées au risque suicidaire. Wenzel et al. (2009) considèrent que *: « virtuellement, toutes les maladies mentales peuvent être des facteurs de risque ».*

Les facteurs de risque historiques concernent l'anamnèse du sujet et tout ce qui, dans la manière dont il a subi ou produit des événements de vie, peut peser sur la problématique suicidaire. Les expériences de vie malheureuses (inceste, violence, traumatismes, carences, etc.), les antécédents psychiatriques, un placement en foyer, sont des facteurs historiques. La variable la plus impliquée dans une mise en acte suicidaire est celle d'avoir déjà essayé de se tuer par le passé. Plusieurs études (Anaes, 2001 ; Suominen et al., 2004,) estiment qu'un antécédent de tentative de suicide est le meilleur prédicteur de récidive. Au terme de leur étude pilote (98 suicidants suivis pendant 73 ans), Suominen et al. (2004) jugent même qu'une seule TS constitue un facteur de risque pour la vie entière. Toutefois, la recherche longitudinale de Bioulac et al. (2000) ne trouve pas de résultats similaires.

Les facteurs de risque environnementaux impliquent les variables liées aux circonstances temporelles et spatiales qui entourent le sujet. La présence de moyens létaux à disposition, le milieu pénitentiaire, l'influence socio-démographique en sont des illustrations. Des recherches discutent par exemple une éventuelle correspondance statistique entre les blessures auto infligées de type suicidaire et leur occurrence au printemps. De même, le nombre de suicidants serait plus élevé parmi les personnes nées au printemps, ce qui n'est pas vrai pour les suicides. Les auteurs expliquent ce phénomène par une modification de la régulation sérotoninergique pendant la grossesse, la sérotonine étant elle-même impliquée dans la gestion de l’impulsivité. Dans leur

échantillon de 759 suicidants (sur un échantillon de base de 318 953 hommes), Mittendorfer et al. (2008) calculent une corrélation entre une faible croissance foetale et la suicidalité.

Les facteurs de risque familiaux concernent essentiellement les constructions affectives liées à l'entourage proche et l'influence de la transmission familiale comme les antécédents de PAS ou de troubles mentaux dans les générations précédentes (Bioulac, 2000).

Les facteurs de risque sociaux concernent les relations et le statut interpersonnel au sein d'une société donnée. Le chômage, être un homme, exercer une profession à risque, avoir des soucis professionnels ou entretenir des relations hostiles avec les autres amplifient le risque suicidaire (Anaes, 2001).

Une étude réalisée par Mayanda et al. (1991) révèle que les tentatives de suicide et suicide, du fait de leur fréquence, constituent une préoccupation en milieu urbain. Or cette situation est en fait plus grave qu'on ne le pense parce que les tentatives de suicide ne parviennent pas toutes à l'hôpital. Environ 0,6 % d'adolescents en France sont chaque année victimes d'une tentative de suicide (TS) ou de suicide ; ces tentatives de suicide et suicides représentent 10 % des appels pour pathologie accidentelle Gaillard (1998). La plupart des auteurs s'accordent pour dire que les tentatives de suicide et suicide quels que soient les moyens utilisés, concernent principalement les filles : 70 % pour Gaillard (1998), 77 % pour Mathieu (1998), 80 % concernant la série de son étude. Cette prédominance féminine est donc constante et ceci quel que soit l'âge. Les intoxications médicamenteuses sont, en France, les principaux modes de tentatives de suicide et suicide avec une prévalence de 80 %. Les drogues ingérées sont celles habituellement retrouvées au domicile du suicidant : il s'agit surtout des neuroleptiques, des sédatifs, des antidépresseurs.

Une étude menée par Ataigba et al. (2023) sur la prévalence et les facteurs associés au risque suicidaire lié à la déception amoureuse chez les 246 élèves dans la commune de Pèrèrè a révélé que la détresse mentale suite à la déception amoureuse était la seule variable ayant une association significative avec le risque suicidaire lié à la déception amoureuse. Toujours dans le Nord du Bénin, une étude réalisée sur le risque suicidaire chez les élèves scolarisés à Parakou (Bénin) par Koulodji en 2021 a démontré que la violence subie au cours de l'enfance, la maltraitance, la violence des pairs à l'école, la dépression, antécédent familial de tentative de suicide, antécédent familial de

suicide, comportement des éducateurs, et la baisse de performance scolaire étaient des facteurs associés au risque suicidaire chez les enquêtés.

Tognon et al. (2019) ont effectué une étude rétrospective menée dans les différents villages de la commune de Cobly du 2 janvier 2013 au 2 avril 2017 sur le suicide. Sur les 52 suicidés 8 avaient laissé une lettre dans laquelle figurent les causes qui les ont poussés au suicide : maladie, pauvreté, mariage forcé. Selon l'autopsie psychologique, les causes suivantes ont été relevées : pauvreté, conflits familiaux, mariage forcé, troubles mentaux, maladie incurable et certaines causes restent inconnues.

Des recherches sur les facteurs associés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide ont été menées en grande partie dans les pays développés Les données ont été obtenues à partir de l'Enquête mondiale sur la santé dans les écoles menée au Bénin en 2009 réalisé par Doku et al. Révélant que l'anxiété, la solitude, l'intimidation, l'abus d'alcool, la consommation de drogues illicites et le manque de soutien parental étaient indépendamment liés aux résultats de l'idéation, à l'idéation suicidaire sans planification et à l'idéation suicidaire avec la planification.

## 2.2 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

### 2.2.1 NATURE DE LA RECHERCHE

Il s'agit d'une étude mixte qui nous a permis de recueillir des données quantitatives pour des analyses statistiques auprès de notre échantillon, ainsi que des données qualitatives pour une analyse approfondie des contextes et des perceptions. Les approches qualitatives nous ont permis d'obtenir une compréhension approfondie et détaillée de notre sujet d'étude tandis que les approches quantitatives nous ont permis d'obtenir des données précises et mesurables.

### 2.2.2 POPULATION CIBLE

Dans le cadre de notre étude, la population cible est essentiellement constituée des Fons d'Abomey et de Bohicon reçus en consultation psychologique lors de notre stage au CHD Z/C pour des raisons de tentatives d'autolyse et ceux questionnés en dehors de notre lieu de stage.

- **Critères d'inclusion**

Pour faire partie de notre échantillon, il faut :

- Être âgé de 15-30ans,

-Être Fon d'ethnie vivant dans les villes d'Abomey et de Bohicon.

❖ **Critères d'exclusion**

-Être d'une ethnie autre que le Fon,

-Avoir moins de 15 ans et plus de 30 ans.

-Vivre en dehors des villes d'Abomey et de Bohicon

## 2.2.3 TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE ET TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Dans le cadre de notre recherche nous avons utilisé une combinaison de deux techniques d'échantillonnages pour une meilleure représentativité de notre population et une complémentarité des données. Pour la population étudiée en dehors du cadre de stage, les individus ont été identifiés et questionnés à travers la technique du choix raisonné qui est une méthode qui permet de sélectionner un échantillon de participants qui soit représentatif pour la recherche tout en tenant compte de certains critères prédéfinis. Afin de collecter des informations en dehors de notre lieu de stage, nous avons rédigé un questionnaire en version physique et en version électronique. Nous avons interrogé des personnes dans les villes d'Abomey et de Bohicon qui ont accepté de participer à notre étude tout en préservant leur anonymat. Le questionnaire en ligne nous a permis de recevoir des réponses de personnes répondant à nos critères mais ne se trouvant pas nécessairement dans les mêmes villes que nous.

En ce qui concerne la population étudiée au sein de notre cadre de stage nous avons utilisé la technique du choix accidentel également appelé échantillonnage de convenance qui est une méthode dans laquelle les éléments sont sélectionnés en Fonction de leur accessibilité et de leur disponibilité. Avec les patients reçus en consultation psychologique pour des tentatives d'autolyse, nous avons utilisé un guide d'entretien avec l'autorisation de notre tuteur de stage afin de recueillir les informations nécessaires.

Tout ceci nous a permis d'avoir comme taille de notre échantillon un total de 57 participants.

### 2.2.4 MATÉRIEL

Afin de collecter les informations nécessaires à notre étude, nous avons utilisé trois différentes techniques de collectes d'informations : l'observation, l'entretien et le questionnaire.

#### 2.2.4.1 L'OBSERVATION

L'observation directe des comportements sur le terrain nous a permis de recueillir des données de manière empirique et de première main et ensuite de pouvoir mieux comprendre le contexte dans lequel se déroule le fait que nous étudions.

#### 2.2.4.2 LE GUIDE D'ENTRETIEN

Nous nous sommes entretenus avec les patients reçus en consultation psychologique pour des raisons de tentative d'autolyse à travers un entretien semi-directif qui est une méthode d'entretien utilisée en recherche qualitative afin d'obtenir à la fois des données structurées et des informations plus détaillées.

#### 2.2.4.3 LE QUESTIONNAIRE

Nous avons recueilli les données en dehors du cadre de stage grâce à un questionnaire anonyme comportant différentes sections qui nous ont permis de recueillir des informations sur l'identification et la démographie, sur la santé mentale, le risque suicidaire et le contexte sociale ainsi que des commentaires additionnels.

Afin d'évaluer le risque suicidaire chez les enquêtés, nous avons fait usage selon les critères de DSM-IV du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998). L'échelle d'évaluation de risque suicidaire selon MINI comporte 6 questions à choix fermé. Le total des réponses en "Oui" montre la gravité du risque suicidaire qui est classé en trois niveaux : risque suicidaire faible, moyen et élevé.

### 2.2.5 TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNÉES

Les informations recueillies ont été transcris systématiquement. Nous avons suivi la méthode suivante pour le traitement des données :

- Pour le traitement des données qualitatives nous avons utilisé l'analyse de contenu qui est une méthode polyvalente et puissante qui permet d'explorer, de comprendre et d'interpréter les données qualitatives de manière approfondie permettant de tirer des conclusions significatives à partir de données complexes et non structurées.
- Pour le traitement des données quantitatives, deux logiciels ont été utilisé : il s'agit de Word et Excel (2016), un tableur puissant qui a permis d'organiser les données sous formes de tableaux et de graphes afin de faciliter l'analyse et la visualisation.

### 2.2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Toute recherche scientifique basée sur une démarche rigoureuse doit respecter certaines règles éthiques du code de recherche. Dans le cadre de notre recherche, nous avons respecté ces règles éthiques en s'assurant d'obtenir le consentement libre et éclairé des participants, en protégeant les données collectées et en utilisant des pseudonymes pour identifier les participants dans nos analyses.

### 2.2.7 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Nous avons été confrontés à quelques difficultés lors de notre recherche à savoir

- La non disponibilité de certains participants pour nous apporter les informations nécessaires
- La réticence des participants à nous fournir des informations très personnelles
- Le temps limité dont nous disposons pour effectuer nos recherches
- Le fait que nous n'ayons pas eu accès aux dossiers antérieurs des personnes ayant déjà fait des tentatives de suicide, ainsi qu'aux statistiques concernant le suicide.

# CHAPITRE III : PRÉSENTATION, INTERPRÉTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Des informations recueillies lors de nos recherches, nous sommes parvenus à des résultats qui se présentent comme suit :

## 3.1 PRÉSENTATION, INTERPRÉTATIONS DES DONNÉES

Cette partie se concentrera sur la présentation et l'interprétation des données concernant les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon.

### 3.1.1 SECTION 1 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

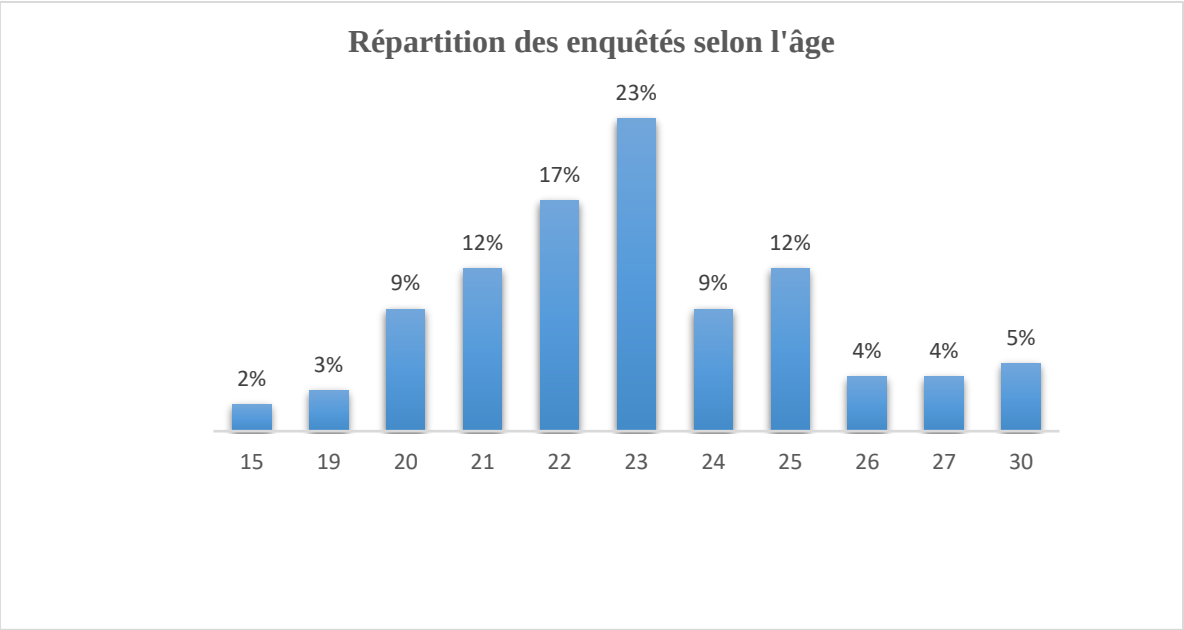
Cette section nous fournit des informations sur la population étudiée. Elle inclut le sexe, l'âge, la profession, le niveau d'étude et le statut socio-économique.

**Tableau III : Répartition des enquêtés par sexe**

| Sexes | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| **Masculin** | 30 | 53 |
| **Féminin** | 27 | 47 |
| **Total** | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau III ci-dessus présente la répartition des enquêtés par sexe. On observe que les femmes représentent 47% de l'échantillon, tandis que les hommes représentent 53%. La population étudiée est donc majoritairement masculine. Cette proportion est importante à prendre en compte dans l'analyse des facteurs de risque car elle peut influencer les résultats en Fonction des différences entre les hommes et femmes en termes de prédispositions au suicide.




**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

## Figure 1 : Répartition des enquêtés par tranche d'âge

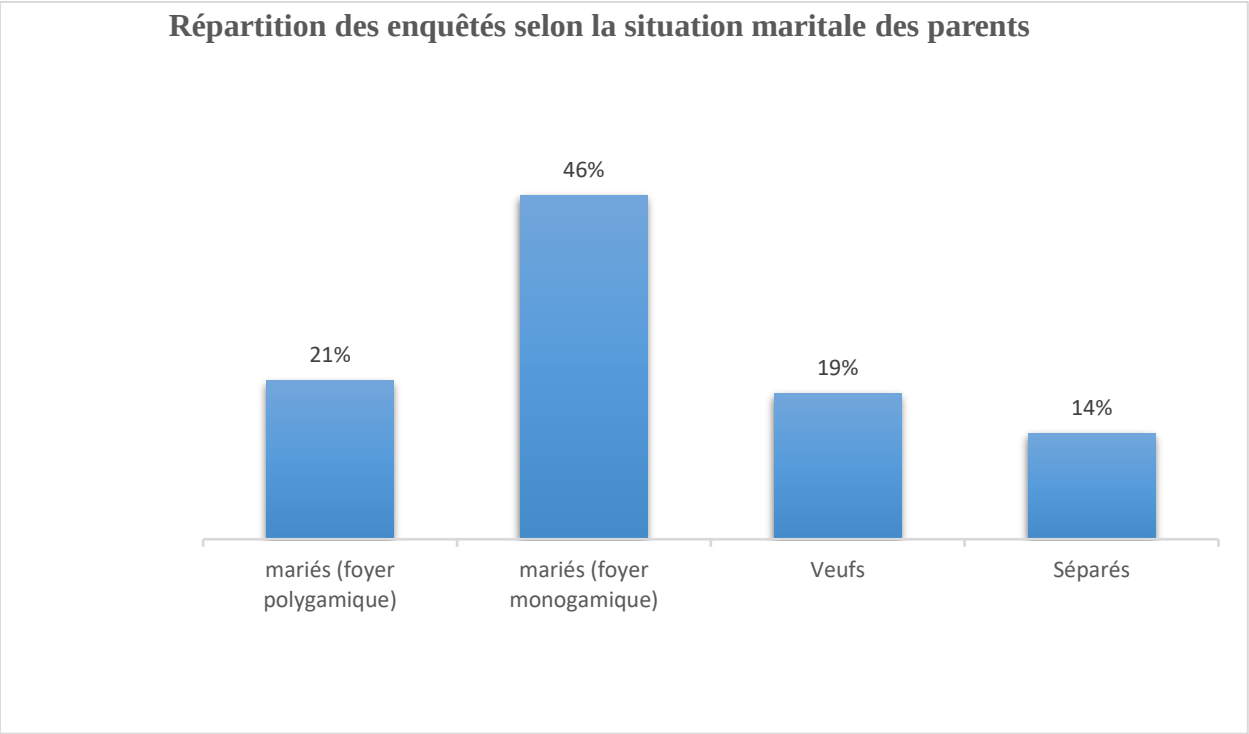
Le graphe 1 ci-dessus montre la répartition des enquêtés selon leur âge. On observe une concentration significative de jeunes adultes, en particulier dans les tranches d'âge de 22 et 23 ans qui représentent respectivement 17% et 23% de l'échantillon. Les adolescents de 15 ans sont les moins représentés, ne constituant que 2% de l'échantillon. Les tranches d'âges des 24 et 25 ans représentent également une part significative de l'échantillon, avec 9% et 12% respectivement. Cela correspond à la période où de nombreux jeunes adultes Font la transition vers l'âge adulte. Cette répartition suggère que notre échantillon est principalement composé de jeunes adultes.

## Tableau IV: Situation matrimoniale des enquêtés

| Situation matrimoniale | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Célibataire avec enfant | 3 | 5 |
| Célibataire sans enfant | 43 | 76 |
| En couple | 8 | 14 |
| Marié(e) | 3 | 5 |
| Divorcé(e) | 0 | 0 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau IV présente la situation matrimoniale des enquêtés. De ce tableau, la majorité des enquêtés (81%) sont célibataires, soit 76% célibataires sans enfants et 5% célibataires avec enfants. Cette prédominance des célibataires est un facteur à considérer dans l'analyse des facteurs de risque du suicide, car le célibat peut être associé à certains stress ou pressions sociales.14% des enquêtés sont en couple, ce qui montre qu'une partie de l'échantillon a des relations conjugales. Les relations de couple peuvent avoir un impact sur le bien-être mental. Seulement 5% des enquêtés sont mariés, et aucun n'est divorcé. Bien que ces proportions soient faibles, il est important de considérer l'impact du mariage et du divorce sur la santé mentale et le risque de suicide. En conclusion, la situation matrimoniale des enquêtés montre une prédominance du célibat, avec une minorité en couple ou marié. Ces données sont pertinentes dans l'analyse des facteurs de risque des tentatives de suicide, en particulier en ce qui concerne l'impact des relations interpersonnelles sur la santé mentale.




**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

## Figure 2: Répartition des enquêtés selon la situation maritale des parents

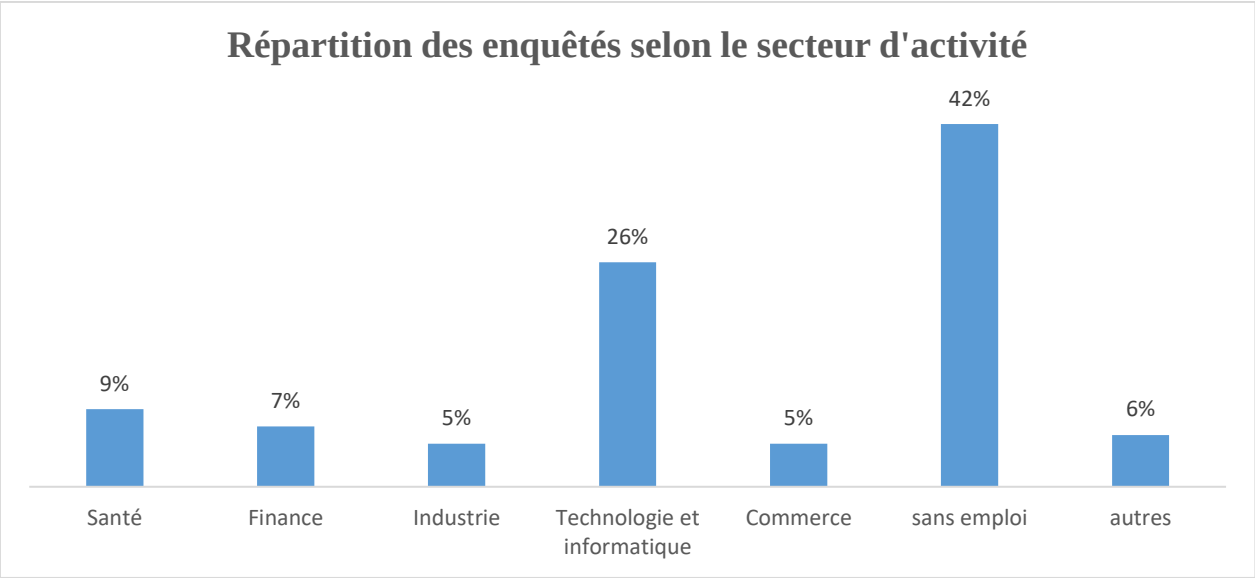
La Figure 2 montre la répartition des enquêtés selon la situation maritale des parents. Sur ce graphique on note que parmi les enquêtés, 21% viennent de foyers polygames et 46% de foyers monogames. 19% des enquêtés ont des parents veufs, ce qui peut être significatif dans l'analyse, car la perte d'un conjoint peut avoir des répercussions émotionnelles importantes sur les membres de la famille. 14% des enquêtés ont des parents séparés. La séparation des parents peut être un facteur de stress pour les enfants et peut être associée à des risques accrus de problèmes de santé mentale, y compris le suicide. On en déduit donc que la répartition selon la situation maritale des parents des enquêtés montre une diversité de situations familiales, avec une proportion importante de foyers monogames, suivie par les foyers polygames, les veufs et les parents séparés.

**Tableau V: Niveau d'étude des enquêtés**

| Niveau d'étude | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Universitaire | 50 | 88 |
| Collégial | 4 | 7 |
| Autres | 3 | 5 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau V présente le niveau d'étude des enquêtés. De ce tableau, on observe que la majorité d'entre eux (88%) ont un niveau universitaire, ce qui suggère un échantillon principalement composé de personnes ayant suivi des études supérieures. Cette concentration de participants universitaires peut influencer les résultats de l'étude, car le niveau d'éducation peut être associé à divers facteurs de risque du suicide, tels que le stress académique, les pressions sociales et les attentes professionnelles. En comparaison, la proportion d'enquêtés ayant un niveau collégial est relativement faible (7%). La catégorie "Autres" représente 5% des enquêtés et incluent les jeunes n'ayant ni un niveau collégial, ni un niveau universitaire. En conclusion, l'analyse du niveau d'études des enquêtés suggère une prédominance du niveau universitaire dans l'échantillon.




**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

## Figure 3: Répartition des enquêtés selon le secteur d'activité

La Figure 3 montre la répartition des enquêtés selon le secteur d'activité. Les sans emploi représentent la plus grande proportion d'enquêtés, avec 42% de l'échantillon. Cette proportion peut être significative dans l'analyse, car le chômage peut être un facteur de stress et de risque de suicide. Le secteur technologique et informatique est également bien représenté, avec 26% des enquêtés. Outre les sans emploi et le secteur technologique, une variété d'autres secteurs sont représentés dans l'échantillon. Cela comprend les secteurs de la santé (9%), de la finance (7%), de l'industrie (5%) et du commerce (5%). La diversité des secteurs peut être importante à considérer. En conclusion, la répartition des enquêtés selon le secteur d'activité montre une diversité de secteurs représentés, avec une prédominance de personnes sans emploi et du secteur technologique.

## Tableau VI : Situation socio-économique des enquêtés

| Situation socio-économique des enquêtés | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Niveau de vie faible | 16 | 28 |
| Niveau de vie moyen | 39 | 68 |
| Niveau de vie élevé | 2 | 4 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau VI présente la situation socio-économique des enquêtés. De ce tableau la majorité des enquêtés (68%) ont un niveau de vie moyen. Cela suggère que la majorité de l'échantillon se situe dans une catégorie socio-économique moyenne 28% des enquêtés ont un niveau de vie faible. Cette proportion peut être importante à considérer dans l'analyse, car la précarité économique peut être un facteur de stress. Seulement 4% des enquêtés ont un niveau de vie élevé. En conclusion, l'analyse de la situation socio-économique des enquêtés montre une prédominance du niveau de vie moyen, avec des proportions significatives de niveau de vie faible et élevé.

## Tableau VII : Situation socio-économique des parents des enquêtés

| Situation socio-économique des parents des enquêtés | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Niveau de vie faible | 18 | 31 |
| Niveau de vie moyen | 37 | 65 |
| Niveau de vie élevé | 2 | 4 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Donnée collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau VII présente la situation socio-économique des parents des enquêtés. Dans l'analyse de la situation socio-économique des parents des enquêtés, on observe une répartition similaire à celle des enquêtés eux-mêmes, avec quelques différences notables. La majorité des parents des enquêtés (65%) ont un niveau de vie moyen, ce qui est similaire à la situation des enquêtés eux-mêmes. Cela suggère une certaine concordance entre la situation socio-économique des parents et de leurs enfants.31% des parents des enquêtés ont un niveau de vie faible, ce qui est légèrement plus élevé que la proportion d'enquêtés eux-mêmes dans cette catégorie. Comme pour les enquêtés eux-

mêmes, seule une petite proportion (4%) des parents des enquêtés ont un niveau de vie élevé. Cette observation suggère une certaine homogénéité socio-économique dans l'échantillon étudié. En conclusion, l'analyse de la situation socio-économique des parents des enquêtés montre une prédominance du niveau de vie moyen, avec des proportions significatives de niveau de vie faible.

### 3.1.2 SECTION 2 : ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE

**Tableau VIII: Enquêtés présentant plus de 5 symptômes de dépression**

| Enquêtés | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Ayant déjà constaté des symptômes de dépression | 57 | 100 |
| Plus de cinq (05) symptômes | 35 | 61 |
| Moins de cinq (05) symptômes | 22 | 39 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau VIII présente la répartition des enquêtés présentant plus de 5 symptômes de dépression. La majorité des enquêtés (61%) ont enregistré plus de 5 symptômes de dépression. Cette prévalence élevée suggère que la dépression est un problème important au sein de l'échantillon étudié. Seulement 39% des enquêtés ont enregistré moins de 5 symptômes de dépression. Cette proportion relativement faible indique que la plupart des enquêtés présentent un nombre significatif de symptômes de dépression. En conclusion, l'analyse des enquêtés présentant plus de 5 symptômes de dépression montre une prévalence élevée de la dépression au sein de l'échantillon.

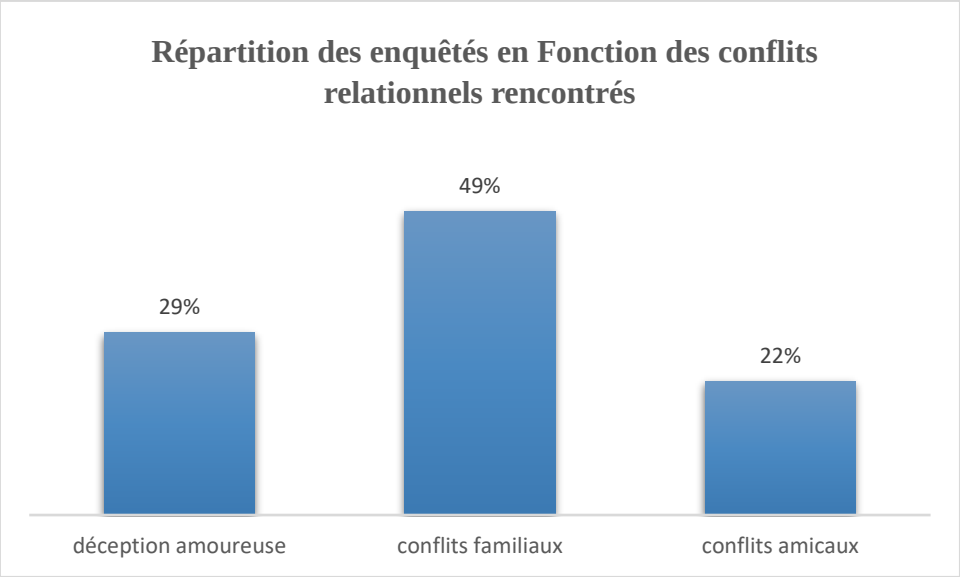
**Tableau IX : Enquêtés ayant vécu des problèmes relationnels graves**

| Enquêtés | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Ayant vécu des problèmes relationnels graves : OUI | 39 | 68 |
| Ayant vécu des problèmes relationnels graves : NON | 18 | 32 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau IX présente la répartition des enquêtés ayant vécu des problèmes relationnels graves. La majorité des enquêtés (68%) ont déclaré avoir vécu des problèmes relationnels graves. Cette prévalence élevée suggère que les problèmes relationnels sont courants au sein de l'échantillon

étudié. Seulement 32% des enquêtés ont déclaré ne pas avoir vécu de tels problèmes. L'analyse des enquêtés ayant vécu des problèmes relationnels graves montre une prévalence élevée de tels problèmes au sein de l'échantillon. Ces résultats soulignent l'importance de considérer les problèmes relationnels comme un facteur de risque des tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon.




**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

## Figure 4 : Répartition des enquêtés en fonction des conflits relationnels rencontrés

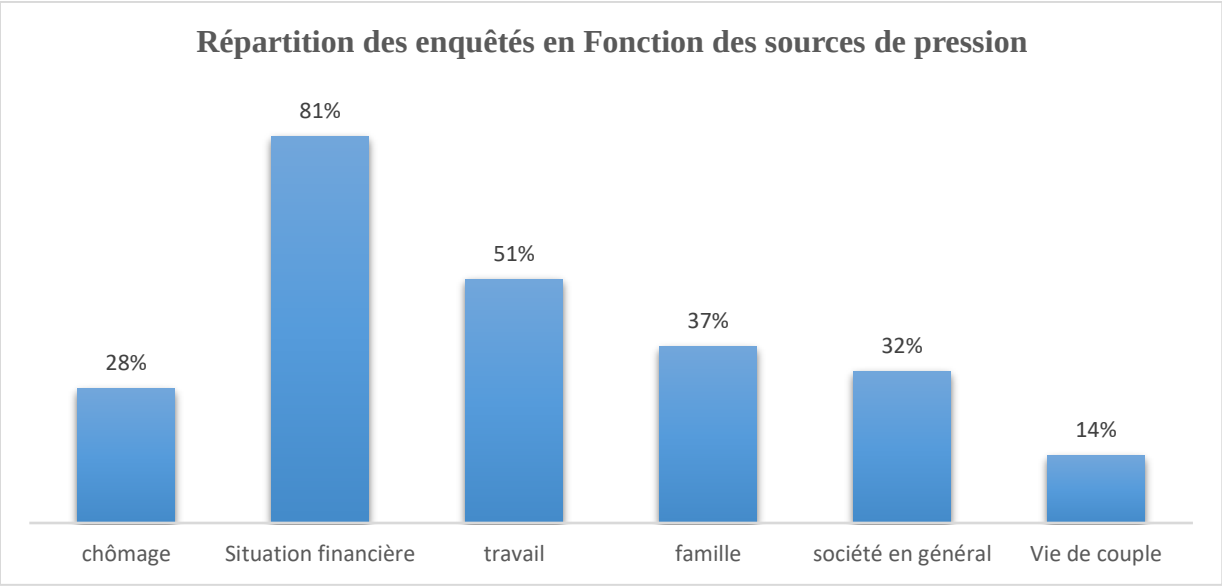
La Figure 4 montre la répartition des enquêtés en Fonction des conflits relationnels rencontrés. Le conflit familial est le type de conflit le plus courant, avec 49% des enquêtés déclarant en avoir rencontré. Cette prédominance suggère que les conflits familiaux sont fréquents parmi les jeunes adultes Fons. Les conflits amicaux sont également assez répandus, avec 22% des enquêtés déclarant en avoir rencontré. Les déceptions amoureuses sont moins fréquentes mais toujours significatives, avec 29% des enquêtés déclarant en avoir rencontré. En conclusion, l'analyse de la répartition des enquêtés en Fonction des conflits relationnels rencontrés montre une diversité de situations, avec une prédominance des conflits familiaux.

**Tableau X : Répartition des enquêtés ayant rencontré des difficultés significatives lors de leurs parcours académique**

| Enquêtés | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Avez-vous déjà fait face à des difficultés significatives lors de votre parcours académique : OUI | 37 | 65 |
| Avez-vous déjà fait face à des difficultés significatives lors de votre parcours académique : NON | 20 | 35 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau X présente la répartition des enquêtés ayant rencontré des difficultés significatives lors de leurs parcours académique. Dans l'analyse des enquêtés ayant rencontré des difficultés significatives lors de leurs parcours académiques, on observe que la majorité des enquêtés (65%) ont déclaré avoir rencontré des difficultés significatives lors de leurs parcours académiques. Cette prévalence élevée suggère que les difficultés académiques sont courantes parmi les jeunes adultes Fons. Seulement 35% des enquêtés ont déclaré ne pas avoir rencontré de telles difficultés. Cette proportion relativement faible indique que la majorité des enquêtés ont été confrontés à des difficultés importantes dans leur parcours académique. En conclusion, l'analyse des enquêtés ayant rencontré des difficultés significatives lors de leurs parcours académiques montre une prévalence élevée de telles difficultés au sein de l'échantillon. Ces résultats soulignent l'importance de considérer les difficultés académiques comme un facteur de risque du suicide chez les Fons.




**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

## Figure 5 : Répartition des enquêtés en fonction des sources de pression

La Figure 5 montre la répartition des enquêtés en Fonction des sources de pression. Dans l'analyse de la répartition des enquêtés en Fonction des sources de pression, on observe que, la situation financière est la source de pression la plus fréquente, avec 81% des enquêtés déclarant en avoir fait l'expérience. Plus de la moitié des enquêtés (51%) ont déclaré avoir subi une pression liée au travail. Les pressions professionnelles peuvent également être un facteur de risque du suicide, en particulier si elles sont associées à des environnements de travail stressants ou à des attentes élevées.37% des enquêtés ont déclaré avoir subi des pressions de la part de leur famille. Environ un tiers des enquêtés (32%) ont déclaré avoir ressenti des pressions de la part de la société en général. Ces pressions peuvent découler de normes sociales ou de stigmates associés à la santé mentale, ce qui peut avoir un impact sur le bien-être des individus.14% des enquêtés ont déclaré avoir subi des pressions liées à leur vie de couple. Les difficultés relationnelles peuvent être une source importante de stress. En conclusion, l'analyse de la répartition des enquêtés en Fonction des sources de pression montre une diversité de facteurs de stress qui peuvent contribuer au risque de suicide chez les jeunes adultes Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon.

### 3.1.3 SECTION 3 : ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

Cette section est dédiée à l'évaluation du risque suicidaire chez nos enquêtés.

**Tableau XI : Évaluation du risque suicidaire chez les enquêtés**

| Enquêtés (Au cours du mois écoulés avez-vous ?) | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) : OUI | 5 | 9 |
| Voulu vous faire du mal : OUI | 10 | 18 |
| Pensé à vous suicider : OUI | 6 | 11 |
| Établi la façon dont vous pourriez vous suicider : OUI | 6 | 11 |
| Fait une tentative de suicide : OUI | 1 | 2 |
| Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide : OUI | 8 | 14 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau XI présente une évaluation du risque suicidaire chez les enquêtés**.** De cette évaluation, plusieurs observations peuvent être faites. Un certain nombre d'enquêtés ont exprimé des idéations suicidaires. 9% ont déclaré avoir déjà voulu ou souhaité être morts, 18% ont déjà voulu se faire du mal, et 11% ont pensé à se suicider. Ces chiffres indiquent une prévalence significative de pensées suicidaires parmi les enquêtés. 11% des enquêtés ont déclaré avoir établi la façon dont ils allaient se suicider. Cette observation est préoccupante car elle suggère une planification concrète du passage à l'acte suicidaire chez certains enquêtés. 2% des enquêtés ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours du mois écoulé, et 14% ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ces chiffres soulignent l'importance de considérer le risque suicidaire comme une réalité potentiellement grave chez les jeunes adultes Fons. En conclusion, l'évaluation du risque suicidaire chez les enquêtés révèle une prévalence significative de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

**Tableau XII : Niveaux du risque suicidaire chez les enquêtés**

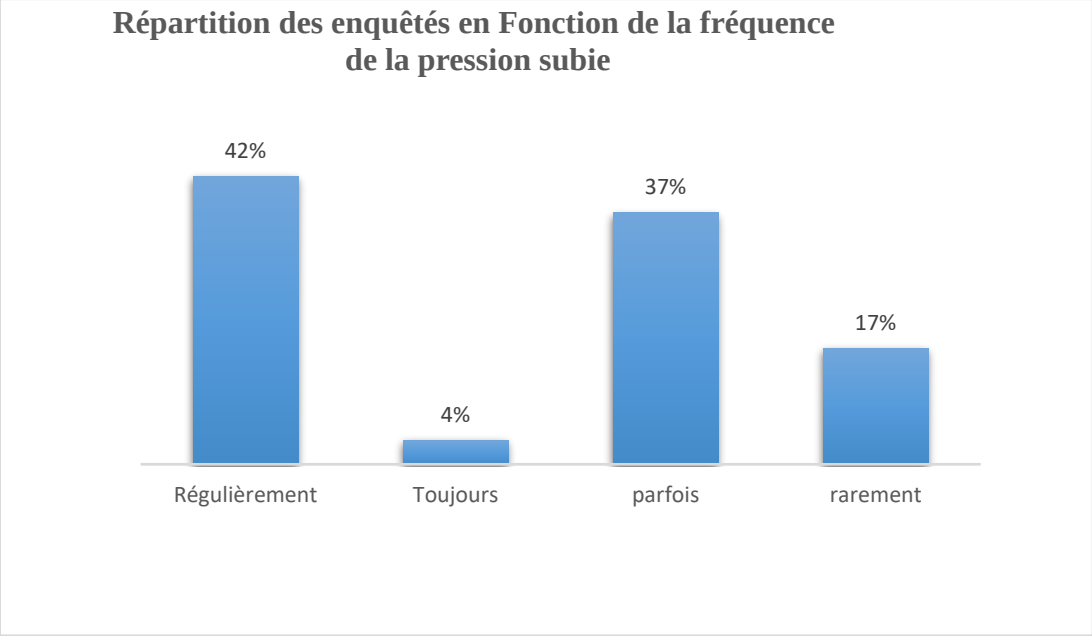
| Risque suicidaire | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Risque léger | 5 | 9 |
| Risque moyen | 2 | 3 |
| Risque élevé | 12 | 21 |
| Risque nul | 38 | 67 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau XII montre les niveaux de risque suicidaire chez les enquêtés. La majorité des enquêtés (67%) présentent un risque nul de suicide, ce qui suggère que la plupart des participants n'ont pas présenté de pensées suicidaires ou de comportements suicidaires significatifs.21% des enquêtés présentent un risque élevé de suicide, ce qui indique une proportion non négligeable de participants ayant exprimé des pensées suicidaires, planifié le suicide ou tenté de se suicider. Respectivement, 9% des enquêtés présentent un risque léger et 3% un risque moyen de suicide. Bien que ces proportions soient plus faibles, elles indiquent tout de même la présence de participants ayant des niveaux de risque suicidaire plus élevés que la moyenne. En conclusion, l'évaluation du niveau du risque suicidaire chez les enquêtés montre une diversité de niveaux de risque, avec la majorité des participants présentant un risque nul mais une proportion significative présentant un risque élevé.

### 3.1.4 SECTION 4 : ÉVALUATION DU CONTEXTE SOCIAL

Dans cette section nous évaluerons le contexte social dans lequel vivent nos enquêtés.




**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

**Figure 6 : Répartition des enquêtés en fonction du niveau de pression sociale**

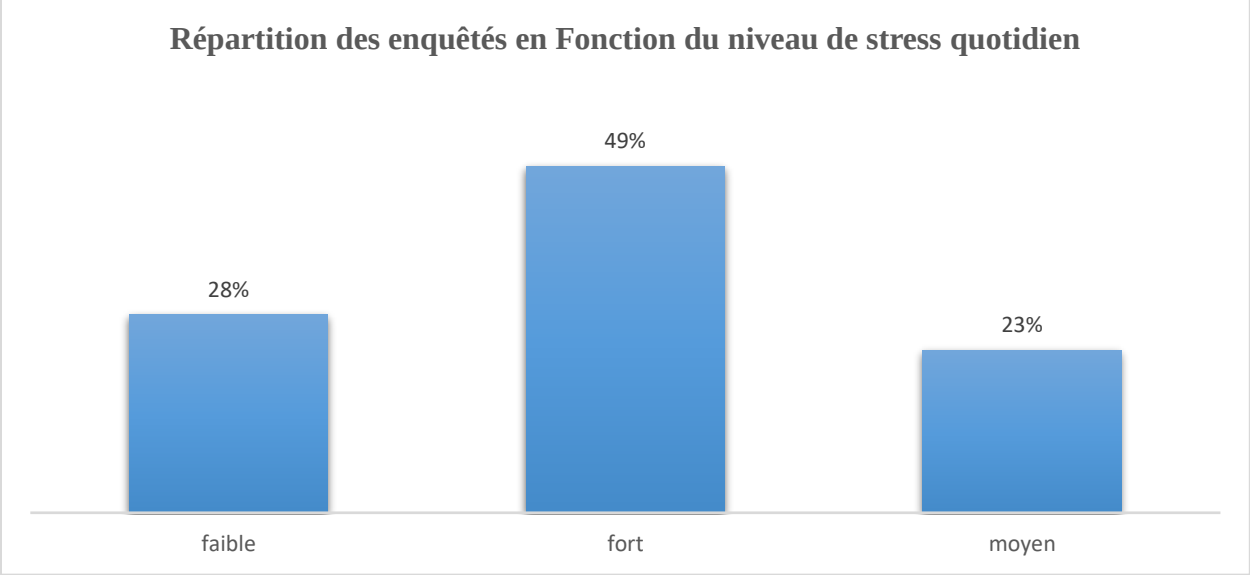
La Figure 6 présente la répartition des enquêtés en Fonction de la fréquence la de pression sociale. De cette analyse on observe que 42% des enquêtés ont déclaré subir une pression régulière. Cette catégorie suggère que pour une partie importante de l'échantillon, la pression est constante, ce qui peut avoir un impact significatif sur leur bien-être mental. 37% des enquêtés ont déclaré subir une pression parfois, et 17% rarement. Ces catégories indiquent une variabilité dans l'expérience de la pression au sein de l'échantillon, avec certains enquêtés étant moins fréquemment confrontés à des situations stressantes. Seulement 4% des enquêtés ont déclaré subir une pression toujours, ce qui représente une proportion relativement faible. Cependant, même cette petite proportion est importante à considérer, car une pression constante peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale. En conclusion, l'analyse de la répartition des enquêtés en fonction de l'intensité de la pression montre une variabilité dans l'expérience de la pression au sein de l'échantillon, avec une proportion significative subissant une pression régulière.

**Tableau XIII : Niveau de la relation familiale**

| Relation familiale | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Faible | 11 | 19 |
| Moyen | 28 | 49 |
| Fort | 18 | 32 |
| Total | 57 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le Tableau XIII montre Niveau de la relation familiale. De ce tableau**,** on observe que la majorité des enquêtés (49%) ont un niveau de relation familiale moyen. Cela suggère qu'une proportion importante de l'échantillon a des relations familiales qui ne sont ni très faibles ni très fortes. 32% des enquêtés ont un niveau de relation familiale fort. Cette proportion significative indique que de nombreux participants ont des relations familiales perçues comme étant fortes et positives.19% des enquêtés ont un niveau de relation familiale faible. Bien que cette proportion soit plus faible que les autres catégories, elle représente tout de même une part non négligeable de l'échantillon ayant des relations familiales perçues comme étant faibles. L'analyse du niveau de la relation familiale des enquêtés montre une variabilité dans la qualité des relations familiales au sein de l'échantillon, avec une proportion significative ayant des relations perçues comme étant moyennes ou fortes.




**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

**Figure 7: Répartition des enquêtés en fonction du niveau de stress quotidien**

La Figure 7 présente la répartition des enquêtés en Fonction du niveau de stress quotidien**.** Dans l'analyse du niveau de stress quotidien des enquêtés, on observe que la majorité des enquêtés (49%) ont un niveau de stress quotidien élevé. Cette prévalence élevée de stress élevé suggère que de nombreux participants peuvent être confrontés à des situations stressantes dans leur vie quotidienne, ce qui peut avoir un impact sur leur santé mentale et leur bien-être général. Respectivement, 23% des enquêtés ont un niveau de stress quotidien moyen et 28% un niveau de stress faible. Bien que ces proportions soient plus faibles que celle du stress élevé, elles indiquent tout de même la présence de participants ayant des niveaux de stress plus modérés. En conclusion, l'analyse du niveau de stress quotidien des enquêtés montre une prévalence élevée de stress élevé, avec une minorité ayant des niveaux de stress plus modérés.

**Tableau XIV: Opinion des enquêtés sur l'influence des symptômes de dépression et facteurs personnels sur les idéations suicidaires**

| Opinion des enquêtés | Effectifs | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Fortement lié : OUI | 19 | 100 |
| Fortement lié : NON | 0 | 0 |
| Total | 19 | 100 |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau XIV présente les opinions des enquêtés sur l'influence des symptômes de dépression et facteurs personnels sur les idéations suicidaires**.** Dans l'opinion des enquêtés ayant un risque de suicide non nul, 100% estiment que les symptômes de dépression et les facteurs personnels sont fortement liés à leurs idées suicidaires. Cela suggère une forte corrélation perçue entre ces éléments et les idées suicidaires chez les participants.

**Tableau XV : Prévalence des symptômes dépressifs et facteurs personnels chez les enquêtés présentant un risque suicidaire**

| Eléments | | Risque suicidaire léger | Risque suicidaire moyen | Risque suicidaire élevé | Risque suicidaire global |
|---|---|---|---|---|---|
| Sexe | Féminin | 01(5,2%) | 02 (10,5%) | 07(36,8%) | 10(52,6%) |
| | Masculin | 04(21,1%) | 0 | 05(26,3%) | 09(47,4%) |
| Age | Moins de 20 ans | 0 | 0 | 03(15,8) | 03(15,8%) |
| | 20-25 ans | 04(21,1%) | 02 (10,5%) | 09(47,4%) | 15(79%) |
| | Plus de 25 ans | 01(5,2%) | 0 | 0 | 01(5,2%) |
| Situation matrimoniale des parents | Mariés | 02 (10,5%) | 01(5,2%) | 05(26,3%) | 08 (42,1%) |
| | Séparés | 02 (10,5%) | 0 | 01(5,2%) | 03(15,8) |
| | Veufs/Veuves | 01(5,2%) | 01(5,2%) | 06(31,6%) | 08 (42,1%) |
| Symptômes graves de dépression | Plus de 5 symptômes | 04(21,1%) | 01(5,2%) | 08 (42,1%) | 13 (68,4%) |
| | Moins de 5 symptômes | 01(5,2%) | 01(5,2%) | 04(21,1%) | 06(31,6%) |
| Problème relationnel grave | Oui | 05(26,3%) | 02 (10,5%) | 10(52,6%) | 17 (89,5%) |
| | Non | 0 | 0 | 02 (10,5%) | 02 (10,5%) |
| Pression sociale | Régulière | 02 (10,5%) | 01(5,2%) | 08 (42,1%) | 11(57,8%) |
| | Parfois | 02 (10,5%) | 01(5,2%) | 03(15,8) | 06(31,6%) |
| | Toujours | 0 | 0 | 01(5,2%) | 01(5,2%) |
| | Rarement | 01(5,2%) | 0 | 0 | 01(5,2%) |
| Relation familiale | Faible | 04(21,1%) | 02 (10,5%) | 08 (42,1%) | 14 (73,7%) |
| | Moyen | 01(5,2%) | 0 | 04(21,1%) | 05(26,3%) |
| | Fort | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Parcours académique | Oui | 05(26,3%) | 01(5,2%) | 04(21,1%) | 10(52,6%) |
| | Non | 0 | 01(5,2%) | 08 (42,1%) | 09(47,4%) |
| Stress quotidien | Faible | 0 | 0 | 01(5,2%) | 01(5,2%) |
| | Moyen | 0 | 02 (10,5%) | 03(15,8) | 05(26,3%) |
| | Fort | 05(26,3%) | 0 | 08 (42,1%) | 13 (68,4%) |
| Source de pression | Famille | 02 (10,5%) | 03(15,8) | 07(36,8%) | 12 (63,2%) |
| | Situation financière | 05(26,3%) | 02 (10,5%) | 04(21,1%) | 11 (57,9%) |
| | Travail | 03(15,8) | 02 (10,5%) | 08 (42,1%) | 13 (68,4%) |

**Source** *: Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Le tableau XV montre la relation entre symptômes dépressifs, facteurs personnels et risques suicidaires. Voici des conclusions basées sur les données collectées :

En ce qui concerne le sexe, les femmes présentent un risque légèrement plus élevé que les hommes, avec 52,6% des femmes ayant un risque suicidaire non nul contre 47,4% des hommes. Cela montre que le sexe féminin peut être associé à un risque légèrement plus élevé de suicide.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-25 ans, ce qui montre que les jeunes adultes Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon sont particulièrement susceptibles de présenter un risque suicidaire non nul.

Au niveau de la situation matrimoniale des parents il n'y a pas de conclusion évidente sur l'influence de la situation matrimoniale des parents sur le risque suicidaire de nos enquêtés, car les pourcentages sont similaires entre les différentes catégories.

Dans le cas des symptômes de dépression, la grande majorité des enquêtés soit 68,4 % présentent plus de 5 symptômes de dépression, indiquant que la dépression est un facteur prépondérant chez les enquêtés à risque.

La prévalence élevée soit 89,5% des problèmes relationnels chez les enquêtés à risque souligne l'importance des relations interpersonnelles dans la santé mentale.

En ce qui concerne la pression sociale, 57,8% des enquêtés avec un risque suicidaire non nul subissent une pression régulière de la part de la société. La pression sociale est une réalité pour une grande partie des enquêtés à risque, montrant l'impact du contexte social sur leur santé mentale.

En parlant de la famille, 73,7% des enquêtés à risque entretiennent de faibles relations avec leur famille. On déduit donc que la majorité des enquêtés à risque ont une relation familiale faible, ce qui suggère que la mauvaise qualité de la relation familiale influence l'état de la santé mentale chez nos enquêtés.

Au niveau du parcours académique : Plus de la moitié soit 52,6% des enquêtés à risque ont rencontré des difficultés liées à leur parcours académiques, ce qui constitue un facteur de stress important.

Le niveau élevé de stress quotidien soit 68,4% chez les enquêtés à risque montre l'impact du stress sur leur santé mentale.

Concernant les sources de pression la famille, la situation financière et le travail sont des sources de pression importantes pour les enquêtés à risque, on conclut que ces facteurs ont un impact sur le risque suicidaire.

## 3.2 ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

La recherche des données de type qualitatives dans notre étude nous a permis de recueillir les différents verbatims suivants chez nos enquêtés :

**Verbatim 1 :** Un enquêté déclare lors de l'entretien que **:**

*Quand j'avais l'âge de 7 ans, je suis restée chez la femme de mon oncle qui m'a maltraité pendant 3ans avant que je ne retourne chez mes parents. J'ai toujours occupé la première place en classe, j'étais très brillante mais suite au décès de mon père j'ai dû abandonner le chemin de l'école. Mon père était la seule personne qui m'aimait, ma mère ne m'aime pas, elle me frappait pour un rien, mais ce n'était pas le cas avec mes sœurs. Et quand j'ai atteint un âge donné les gens m'ont proposé de me marier pour quitter la maison ; aujourd'hui je suis mariée avec 4enfants mais ça ne va pas avec mon mari avec qui je suis tout le temps en conflits, c'est suite à notre dernière dispute que je suis sortie de la maison pour me jeter dans un puits ».* **[Enquêté A de sexe féminin, 25 ans qui en est à sa troisième tentative de suicide]**

**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

De ce verbatim ressort d'importants facteurs à prendre en compte dans l'analyse des facteurs de risque. En effet, plusieurs facteurs de risque ici sont associés au comportement suicidaire noté chez l'enquêté A. Il s'agit de la mauvaise qualité de la relation entre parents et enfants, de l'abandon de ses études suite au décès de son père ainsi que des traumatismes qu'elle a commencé à subir déjà dès le bas âge. Nous pouvons conclure que tous ces facteurs aujourd'hui sont directement liés aux multiples tentatives de suicide observées chez A.

**Verbatim 2**

*« Mes parents sont trop stricts, ils me surveillent tout le temps et ne me permettent pas de m'amuser avec mes amis. Je suis tout le temps seule et je n'ai pas souvent ce que je désire. J'ai toujours pensé qu'ils ne m'aiment pas. Dernièrement nous avons organisé une sortie à l'école et pour une énième fois de plus ils n'ont pas voulu que j'y participe. C'est suite à cela que j'ai voulu me donner la mort pour mettre fin à tout ceci. »* [**Enquêté B de sexe féminin âgé de 15 ans à sa première tentative de suicide]**

**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Après les dires de l'enquêtée B, on relève que la relation de cette dernière avec ses parents est instable, ce qui crée des tensions amenant ainsi l'enquêtée B à se sentir incomprise, moins aimée. Cette situation est un facteur qui a contribué au mal-être émotionnel et a renforcé sa vulnérabilité aux pensées suicidaires.

**Verbatim 3**

« *Je suis orpheline de père. Suite au décès de mon père ma vie a basculé. Je vis avec ma mère qui se débrouille par tous les moyens pour subvenir aux besoins de mes frères et moi et je me sens incapable de pourvoir lui venir en aide. Il y a souvent des problèmes de mal compréhension entre elle et moi et je suis pour la plupart très blessée suite à ses mots* » [**Enquêté C de sexe féminin âgé de 22ans à sa première tentative de suicide]**

**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

De ce verbatim, on identifie une pression liée à l'attente sociétale, l'enquêtée C qui se voit dans l'incapacité de pouvoir aider sa mère en ce qui concerne les charges financières, ce qui est à la source d'une tension entre sa mère et elle rendant ainsi instable la relation qu'elle entretient avec cette dernière.

**Verbatim 4**

« *Je vis avec mon époux qui a été contraint par la belle famille de prendre une deuxième épouse. Il ne s'occupe pas de moi et est très souvent absent. Je suis orpheline de père et de mère et je n'ai plus aucune famille. Je suis actuellement enceinte et il est absent. Je ne sais vraiment pas ce qui m'a pris* » [**Enquêté D de sexe féminin âgé de 23ans à sa première tentative de suicide]**

**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Nous relevons ici que les difficultés liées à son couple ont un impact direct sur son état émotionnel la rendant ainsi vulnérable à des comportements suicidaires.

**Verbatim 5**

« *Mon père est trop colérique, il crie pour tout et pour rien ; quand il est présent on se sent mal à l'aise et quand il commence même maman est obligée de sortir de la maison pour revenir quand il redevient calme. Dernièrement j'ai formaté la mémoire du téléphone de mon père sans le savoir, une fois de retour à la maison il a accusé ma petite sœur et la bastonné gravement ; je n'ai pas pu supporter cela et j'ai bu du raticide* » [**Enquêté E de sexe masculin âgé de 19ans à sa première tentative de suicide]**

**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Ce verbatim traduit aussi l'instabilité de la relation familiale qu'entretient l'enquêté avec son père.

**Verbatim 6**

« *Ma relation amoureuse avec ma petite amie dernièrement a pris un coup ; j'ai constaté que beaucoup de chose ont changé entre nous ; elle me demande souvent des choses que je n'arrive vraiment pas à lui offrir. Et récemment elle a rompu notre relation de 6 ans pour se mettre avec un autre homme. C'était tellement insupportable pour moi qu'à un moment, j'ai failli me donner la mort ; actuellement j'avance difficilement car je me dis que les choses auraient été tout autre si elle était là avec moi* ». [**Enquêté F de sexe masculin âgé de 24ans avec des idéations suicidaires]**

**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

De ce verbatim, la déception amoureuse apparaît comme un facteur de risque aux tentatives de suicide. Suite à la séparation de l'enquêté avec sa partenaire, les émotions intenses ont conduit ce dernier dans un état de désespoir et de détresse émotionnelle qui à leur tour ont augmenté le risque de pensées suicidaires.

**Verbatim 7**

« *Mon boulot me stresse énormément, mais je n'ai le choix que de supporter car autrement je ne pourrai subvenir à mes besoins ni à celle de la famille qui compte énormément sur moi ; Je ne sais pas comment j'en suis arrivée là mais la vie est vraiment dure* ».[**Enquêté G de sexe masculin âgé de 25ans à sa première tentative de suicide]**

**Source** : *Données collectées du mois de Juillet à décembre 2023*

Nous sommes en face d'une personne qui vit sous une forte pression provenant non seulement de son milieu professionnel mais aussi de la société en ce sens qu'il ne se sent pas épanouie dans son travail mais se retrouve dans l'incapacité d'abandonner compte tenu des besoins de la famille.

Ces différents verbatims montrent qu'en réalité les facteurs de risque des tentatives de suicide sont multifactoriels et interconnectés. Nous relevons assez d'élément significatifs à savoir les expériences traumatiques de maltraitance pendant l'enfance, le manque de soutien familial, les pressions sociales pour se conformer aux attentes sociétales, les pressions professionnelles, les déceptions amoureuses et bien d'autres. Ces facteurs contribuent à un environnement où les individus peuvent se sentir isolés, sans soutien émotionnel et confrontés à des conflits personnels et familiaux.

# CHAPITRE IV : DISCUSSIONS

Après l'analyse des résultats de notre étude visant à déterminer les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon, il apparaît que les femmes présentent un risque suicidaire plus élevé que les hommes. Ce résultat est cohérent avec les données internationales, telles que le Rapport mondial de l'OMS sur la prévention du suicide de 2014. Leiwinsohn et al. (2001) ont démontré que les taux de tentatives de suicide sont deux à trois fois plus élevés chez les filles que chez les garçons. De même, une étude menée Zarrouq (2015) sur les risques suicidaires et leurs facteurs chez les adolescents scolarisés de la ville de Fès (2014-2015) a conclu que les filles présentaient un risque suicidaire plus élevé que les garçons. En revanche, le taux de suicide chez les hommes est plus élevé que chez les femmes (Durkheim, 1987).

Ce constat a été nommé le « gender paradox » (Canetti et al., 1998), qui explore le paradoxe de genre du comportement suicidaire, examine sa validité et remet en question certaines des explications, concluant que le paradoxe de genre est un phénomène réel plus lié à la culture qu'on ne l'a traditionnellement supposé, et non un simple artefact de collecte de données. Il est noté que les femmes ont tendance à choisir des méthodes plus « passives » (comme l'empoisonnement), tandis que les hommes optent plutôt pour des méthodes « actives » comme la pendaison (Durkheim, 1987).

Grâce à nos résultats, nous pouvons affirmer que la dépression joue un rôle prépondérant en augmentant le risque qu'un jeune adulte passe à l'acte. Selon l'OMS dans sa publication de Mars 2017, la dépression est étroitement liée à d'autres troubles ou maladies non transmissibles. En effet, elle accroît le risque de troubles liés à l'abus de substances psychoactives et de certaines maladies, et constitue un facteur de risque important pour le suicide, qui cause chaque année des centaines de milliers de décès (OMS, 2017).

De plus, des études montrent que la dépression et l'anxiété semblent être des facteurs de risque pour le suicide, en association avec des facteurs individuels et contextuels (Turecki et Brent, 2016). Il est également important de noter que la plupart des personnes suicidées présentent un trouble psychiatrique diagnostiquable, le plus souvent un trouble de l'humeur (Sher et Oquendo, 2023). Nordentoft (2007) dans une étude sur la prévention du suicide et tentatives de suicide au Danemark a montré que les facteurs de risque de tentative de suicide étaient les tentatives de suicide

antérieures, l'abus d'alcool et de drogues, la dépression, la schizophrénie, la sociopathie, le chômage, la solitude. Une analyse portant sur des cas de suicides commis par des habitants âgés de 15 à 30 ans de Cracovie ou de ses environs entre septembre 2002 et septembre 2023 a révélé que près de la moitié des suicidés concernés avaient été soignés pour des troubles mentaux, principalement la dépression et les troubles addictifs (Polewka , Bolechała et al, 2002-2003). Une étude réalisée sur l'incidence du suicide au Canada a permis de révéler que quatre-vingt-dix pour cent des idées suicidaires et des tentatives de suicide surviennent chez des personnes souffrant de dépression seule ou de dépression accompagnée d'autres maladies mentales (Lamarre,2014) **:** *De tout ce qui précède nous confirmons notre première hypothèse selon laquelle les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon présentant des symptômes liés à la dépression sont plus susceptibles de développer des idées suicidaires.*

Grâce aux résultats de nos analyses, il est clair que les facteurs personnels tels que les difficultés académiques, les problèmes relationnels et les pressions familiales ou professionnelles constituent des éléments importants augmentant la probabilité de suicide. En effet, 100% des enquêtés présentant un risque suicidaire non négligeable ont admis que les facteurs personnels ont contribué au développement des idées suicidaires. De plus, les résultats révèlent que 89% des enquêtés à risque souffraient de problèmes relationnels graves, notamment des déceptions amoureuses et des conflits familiaux ou amicaux (Figure 4). En outre, plus de 57% des participants étaient soumis à des pressions sociales régulières, tandis que 73,7% entretenaient des relations familiales faibles. Ces divers facteurs constituent des sources importantes de pression et de stress, ce qui confirme les 68,4% d'individus signalant un niveau élevé de stress quotidien. Nous confirmons ces résultats avec ceux d'une étude réalisée sur le risque suicidaire chez les élèves scolarisés à Parakou (Bénin) par Koulodji en 2021 qui a démontré que la violence subie au cours de l'enfance, la maltraitance, la violence des pairs à l'école, la dépression, les antécédents familiaux de tentative de suicide et la baisse de performance scolaire étaient des facteurs associés au risque suicidaire chez les enquêtés. Ces résultats correspondent également avec ceux d'une étude menée sur les tentatives de suicide et suicides de l'adolescent au CHU de Brazaville à propos de 93 cas par Mayanda et al, (1993) qui a révélé que les problèmes familiaux et psychologiques, les problèmes sentimentaux, les difficultés scolaires constituent les principaux mobiles observés. Les problèmes psychologiques et sociaux constituent les mobiles du geste suicidaire chez le garçon, les problèmes sociaux prédominent

(68,5 %) chez la fille, les aspects sentimentaux sont majoritaires a (44,5 %) précédant les conflits familiaux. Tognon et al. (2019) ont effectué une étude rétrospective menée dans les différents villages de la commune de Cobly du 2 janvier 2013 au 2 avril 2017 sur le suicide qui a révélé selon l'autopsie psychologique, les causes suivantes : pauvreté, conflits familiaux, mariage forcé, troubles mentaux, maladie incurable et bien d'autres.

De même Whitlock (2014) dans la revue journal of Adolescent health, Whitlock et ses collègues ont identifié plusieurs facteurs de risque de suicide chez les jeunes adultes, notamment la dépression, les expériences traumatiques, les problèmes de santé mentale dans la famille et les difficultés relationnelles. Pour renchérir, dans une étude réalisée sur l'estime de soi et le risque suicidaire Perrot (2015) a énuméré parmi les principaux facteurs de risque les événements de vie négatifs, le chômage, les difficultés financières et professionnelles d'après le HAL (Hyper Articles en Ligne) et c'est d'ailleurs ce qui ressort des différents verbatims de nos enquêtés ayant un risque de suicide élevé : *De tout ce qui précède nous confirmons notre deuxième hypothèse selon laquelle les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon peuvent présenter un risque accru de suicide en raison de facteurs personnels tels que les problèmes relationnels, les difficultés académiques ou les pressions professionnelles et sociales.*

❖ LIMITES

Notre étude sur les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon comporte certaines limites. La taille de notre échantillon reste relativement restreinte pour tirer des conclusions généralisables sur l'ensemble de la population.
Nous n'avons pas pu utiliser des outils d'analyse statistique au niveau du tableau XV pour évaluer statistiquement le lien entre les facteurs de risque et le risque suicidaire parce que la taille de notre échantillon ne le permettait pas. Ensuite nous n'avons pas pu vérifier si les envoûtements constituaient effectivement des facteurs de risque à considérer davantage que les autres facteurs chez les jeunes adultes de cette ethnie. Nous n'avons pas de données sur le nombre de tentative de suicide enregistré au niveau des départements, cela nous aurait permis de suivre l'évolution du nombre de cas et de mener des analyses supplémentaires. Pour finir, notre étude s'est concentrée principalement sur les facteurs de risque des tentatives de suicide et n'a pas exploré en profondeur les facteurs de protection ou les interventions préventives.

## SUGGESTIONS

Suite à nos recherches sur les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons, nous avons remarqué une prédominance marquée de la religiosité, ce qui conduit les individus à attribuer systématiquement des aspects spirituels ou liés à la sorcellerie à des problèmes de nature psychologique. Souvent, les proches supposent que les troubles sont l'œuvre du malin. Cependant, les différentes conclusions ont montré que tous les problèmes ne sont en réalité pas liés à des phénomènes de sorcellerie ou autres. Pour cela, une nécessité d'actions concrètes se fait sentir afin de répondre aux conclusions de cette étude. En premier lieu, il est impératif de sensibiliser la population Fon en particulier et celle béninoise en général aux véritables facteurs de risque des tentatives de suicide, en dépassant les explications traditionnelles. Des campagnes d'information et de prévention doivent être mises en place, en mettant l'accent sur les signes précurseurs de la dépression et en encourageant le dialogue ouvert sur les problèmes psychologiques. Ces programmes de sensibilisation doivent être adaptés pour tenir compte des croyances et intégrer les pratiques culturellement appropriées. C'est en ce sens que nous lançons un appel aux leaders communautaires, aux chefs religieux ainsi qu'au Préfet du Département du Zou pour qu'ils s'impliquent dans la promotion de la santé mentale au Bénin, car leur engagement jouera un rôle essentiel dans cette démarche.

Ensuite, il est essentiel de renforcer les services de santé mentale au Bénin, en augmentant le nombre de professionnels qualifiés et en améliorant l'accès aux soins. Cela implique également de former les professionnels de santé à reconnaître les signes de détresse psychologique et à fournir un soutien adéquat aux personnes en situation de crise. De plus, des programmes de soutien psychosocial doivent être développés, notamment dans les écoles et les milieux de travail, pour aider les jeunes adultes à faire face aux pressions sociales et professionnelles.

Enfin, des politiques publiques doivent être élaborées pour réduire les facteurs de stress liés au travail et à l'éducation, tout en renforçant les réseaux de soutien social. Ces mesures, combinées à une sensibilisation accrue et à des interventions ciblées, contribueront à prévenir efficacement les tentatives de suicide chez les jeunes adultes Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon et à promouvoir une meilleure santé mentale chez la population.

# CONCLUSION

Notre stage au service de la médecine interne du CHD Z/C a été une expérience formatrice qui a renforcé notre conviction quant à l'importance de l'intégration de la psychologie dans les soins médicaux. Nous avons pu constater de manière concrète comment le soutien psychologique peut avoir un impact positif sur le bien-être des patients confrontés à des maladies graves et chroniques. Nous avons également appris l'importance de la collaboration interdisciplinaire au sein de l'équipe de soins de santé pour assurer une approche holistique du traitement des patients. Notre étude sur les jeunes adultes Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon a mis en lumière des données significatives sur les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les jeunes adultes Fons dans les villes d'Abomey et de Bohicon. Contrairement à la perception répandue qui attribue souvent les suicides à des envoûtements ou à des forces surnaturelles, nos résultats soulignent l'importance des facteurs psychologiques et sociaux. En effet, la dépression apparaît comme un facteur majeur, corroborant ainsi de nombreuses études internationales. Par ailleurs, les pressions professionnelles, les difficultés académiques et les problèmes relationnels se révèlent également être des éléments déterminants dans la survenue des tentatives de suicide. Les résultats obtenus revêtent une importance particulière dans un contexte culturel où les explications traditionnelles dominent souvent les discours sur le suicide. D'un autre côté, il convient de prendre en compte la stigmatisation associée au problème de santé mentale y compris la dépression, qui peut influencer la prévalence des tentatives de suicide. Au Bénin, il existe une forte stigmatisation autour des maladies mentales, ce qui peut décourager les personnes souffrant de dépression à rechercher de l'aide. Sensibiliser la population et les professionnels de santé à ces facteurs de risque réels est donc crucial pour une prise en charge adaptée et une prévention efficace. Notre étude souligne l'importance de mener des recherches supplémentaires pour approfondir notre compréhension des facteurs de risque spécifiques à cette population et pour élaborer des interventions plus ciblées et efficaces.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES


Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (2001). *La crise suicidaire. Reconnaitre et prendre en charge*. Montrouge, John Libbey Eurotex

Bardet, M. (1996). *Le suicide, Paris*, Milan.

Beautrais, A. (2001). Suicides and serious suicide attemps: two populations or one? *Psychological Medecine, 31* (5), 837-845.

Bioulac, S., Bourgeois, M., Ekouevi, D.K., Bonnin, J.-M., Gonzalez, B., Castello, M-F. (2000). Les facteurs prédictifs du suicide: une étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *L'Encéphale*, XXXVI , 1-7.

Beachler, J. (1975). *Les suicides*. *Paris*: Calmann-Levy.

Btissame, Z. (2015). *Risque suicidaire et ses facteurs de risque chez les adolescents scolarisés de la ville de Fès : Enquête transversale auprès de 1070 élèves* [Mémoire de Licence, Université Sidi de Mohammed Abdellah]. https://www.researchgate.net/publication/283576655 consulté sur ResearshGate le 18 Décembre à 16h.

Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(1), 1-23.

Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, L., Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. *Psychological Medicine*, 33 (3), 395-405.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1995). Suicide among children, adolescents, and young adults--United States, 1980-1992. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 44*(15), 289-291.

Clémence, P. (2015). *Estime de soi et risque suicidaire*. *Médecine humaine et patholog*ie. Dumas-01302500.

Danet, F. (2008). *L'accompagnement psychothérapeutique des suicidants*. In Morasz L., Danet F. *Comprendre et soigner la crise la crise suicidaire*. Paris, Dunod, p.41-63

Durkheim, E. (1897/1983). *Le suicide. Paris*: PUF.

Facteurs de risque – Site de l'OMS – 23/02/2012.https://www.who.int/topics/risk_factors/fr/

Gaillard, M., & Herve, C. (1988). Epidémiologie, sur une période de 8 ans, des tentatives de suicide chez l'enfant, en Médecine d'urgence. *Annales Pediatriques*., *35*(8), 572-576.

Gallagher, R. (1997). *Crise suicidaire, tentative de suicide et suicide*, Montréal, Direction de la santé publique.

Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2024). Suicidal ideation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.europepmc.org

Hawton, K. et Van Heeringen, K. (2009), « Suicide », *The Lancet, 373* (9672), p. 1372-1381.

Hérichon, E., Erich F., *Société aliénée et société saine : du capitalisme au socialisme humaniste* : psychanalyse de la société contemporaine , Paris, le Courrier du livre, 1956. In: *L'Homme et la société, N. 11,* 1969. Freudo-marxisme et sociologie de l'aliénation. pp. 230-233.

Ataigba I., Djidonou, A., Moussa D., Gandaho P., Zika, O., Houndonougbo, P., Tokpanoude , I., Tognon, T., Adoufou, A., Maiga, D.,(2023).Prévalence et facteurs associés au risque suicidaire lié à la déception amoureuse au Nord Bénin. *PSY-CAUSE, 77*, 51-68

Jérémie, V. (2006). *Psychopathologie du suicide*. Bruxelles: Ed de Boeck Université.

Kelly, G. L. (1991). Childhood depression and suicide. *Nursing Clinics of North America, 26*(3), 545-558.

Klimoff-Dishler, S.J. (1991). *The Meaning of Suicide : Adolescents React to the Suicide of a Peer of Casual Acquaintance*, Thèse, Michigan, University of Northern Colorado.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Baldwin, C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 40 (4), 427-434.

Marlène, F. (2002). *Huit clés pour la prévention du suicide chez les jeunes*.

Mathieu, P., & Grivois, H. (1988). Adolescence et suicide. *La Pratique Médicale, 3*, 32-34.

Michèle, L. (1957). *Aider à prévenir le suicide chez les jeunes* (2e éd.). Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents.

Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). Chapitre 4. Caractéristiques personnelles associées au suicide. In: Comprendre le suicide. Montréal: *Presses de l'Université de Montréal.*

Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F. et Wasserman, D. (2004), « Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring : A cohort study », *The Lancet, 364* (9440), p. 1135-1140.

Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in *Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Danish Medical Bulletin, 54*(4), 306-369.

Oquendo, M. A., Currier, D. et Mann, J. J., (2006), « Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders : What is the evidence for predictive risk factors ? », *Acta Psychiatr. Scand., 114 (3)*, p. 151-158

Organisation mondiale de la santé (2020). Dépression.[www.who.int/fr/news/item/news-room/fact-sheets/detail/depression] consulté le 19 Septembre 2023 à 8h

Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/handle/10665/131801 consulté le 10 Novembre à 18h

Polewka, A., Bolechała, F., Kołodziej, J., Chrostek Maj, J., Groszek, B., Trela, F., & Foryś, Z. (2005). Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults in Kraków in the years 2002-2003. *Przeglad Lekarski, 62*(6), 422-426.

Pommereau, X. (2006). *Ado à fleur de peau*. Paris: Albin Michel.

Randall, JR, Doku, D., Wilson, ML et Peltzer, K. (2014) Comportement suicidaire et facteurs de risque associés chez les jeunes d'âge scolaire en République du Bénin. *PLOS UN, 9*,

e88233.
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088233

Romain, K. (2021) *Prévalence et Facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents scolarisés dans la commune de Parakou*. doctorat Thèse, Université de Parakou, Parakou.

Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996-2019: a register study. *BMJ Mental Health, 27*(1), e300940.

Sher, L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide: An overview for clinicians. *Medical Clinics of North America, 107*(1), 119-130. doi: 10.1016/j.mcna.2022.03.008.

Shneidman, E.S., Farberow NL. (1959). «Suicide and death», dans H. Feifel, *The Meaning of Death*, New York, McGraw-Hill

Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt : a 37 years follow-up study. *American journal of Psychiatry*, 161 (3) 526-563

Suzanne, L. (2014). *Le suicide l'affaire de tous*. Montréal, Québec: Les Editions de l'homme, division du Groupe Sogides inc.

Turecki, G., & Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet, 387*(10025), 1227-1239. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2

Thomas, L.-V. (2008). Compte rendu de [Les suicides : extrait de l'article « Les suicides. L'Afrique et nous », publié dans la revue Frontières, vol. 1, no 2, automne 1988]. *Frontières, 21*(1), 141–142.

Tognon, F., Djidonou, A., Biaou Chabi, A., Gandaho P., Chabi A., Kpatindé F., Charlier P. (2019).Suicide en Afrique Sub-Saharienne : Etude descriptive à Cobly (nord Bénin) sur une période de cinq ans. *PSY-CAUSE, 77*, 43-47.

Van Heeringen, K. (2003). The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(4), 292-300.

Wenzel, A., Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behaviour : theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.

# ANNEXES

## A-GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction et présentation de la recherche :

« Nous menons actuellement une étude sur les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons à Abomey et Bohicon. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les causes sous-jacentes des comportements suicidaires dans cette communauté afin d'améliorer les stratégies de prévention du suicide et de promouvoir la santé mentale des Fons. Votre participation à cette étude est très importante, car vos réponses nous aideront à mieux comprendre les défis auxquels sont confrontés les Fons en matière de santé mentale et de bien-être. Toutes les informations que vous fournirez seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Vous avez également le droit de refuser de répondre à certaines questions ou de mettre fin à l'entretien à tout moment. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à les poser avant de commencer. Votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez choisir de vous retirer de l'étude à tout moment sans aucune conséquence. Maintenant, nous allons aborder différentes questions pour mieux comprendre votre expérience et vos perspectives. »

Les axes abordés lors de l'entretien :

- Informations démographiques
- Antécédents de tentatives de suicide
- Facteurs de stress et de pression
- Soutien social
- Santé mentale
- Antécédents familiaux
- Croyances culturelles
- Accès aux moyens de suicide
- Ressources communautaires
- Objectifs de vie et perspectives d'avenir
- Facteurs de protection

## B-QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE ADRESSE AUX FONS A ABOMEY ET BOHICON. Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de licence en psychologie dont le thème est " Les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les Fons à Abomey et Bohicon, nous voudrions avoir vos avis par rapports aux points représentés par les questions suivantes. Pour participer à notre étude, il faut être Fon d'ethnie vivant dans les villes d'Abomey et de Bohicon et âgé de 15 à 30 ans. Nous avons juste besoin d'environs trois (03) minutes de votre temps pour le remplissage du formulaire. Nous vous garantissons la confidentialité de vos informations. Ces dernières seront utilisées pour des fins de recherches. Veuillez lire chacune des affirmations et choisir la réponse qui vous correspond le plus. Merci pour votre participation.

Section 1: Identification et démographie

1-Sexe

- Masculin
- Féminin

2-Age

3-Ethnie

4-Votre situation matrimoniale

- Célibataire avec enfants
- Célibataire sans enfants
- En couple
- Marié(e)
- Divorcé(e)

5-Situation maritale des parents

- Mariés (foyer polygamique)
- Mariés (foyer monogamique)
- Séparé
- Veufs

- Foyer polygamique

6-Votre niveau d'étude

- Collégial
- Universitaire
- Autre

7-Comment décrirez-vous votre situation socioéconomique ?

- Budget limité, j'ai un peu de mal à joindre les deux bouts, je me débrouille
- Niveau de vie moyen, je dois surveiller mes dépenses
- Niveau de vie élevé

8-Comment décrirez-vous la situation socioéconomique de vos parents

- Niveau de vie élevé
- Niveau de vie Faible
- Niveau de vie Moyen

Section 2 : Évaluation de la santé mentale

9-Avez-vous déjà constaté les symptômes suivants sur une longue durée avec persistance ? Vous pouvez cocher plusieurs cases

- perte d'intérêt ou de plaisir
- insomnie
- idée suicidaires
- sentiments de culpabilité, de dévalorisation
- Changement d'appétit
- Fatigue ou perte d'énergie
- tristesse persistante
- sentiment de vide
- ou d'irritabilité fréquente

- fatigue ou perte d'énergie
- Autre (Précisez)

10- Avez-vous déjà vécu des problèmes relationnels graves ?

- Oui
- Non

11- Si oui, lesquels ?

- Déception amoureuse
- Conflits familiaux
- Conflits amicaux
- Problème de couple
- Autre

12-Avez-vous déjà fait face à des difficultés significatives lors de votre parcours académique ?

- Oui
- Non

13- Vous avez ressenti une pression liée..... (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- à votre situation financière
- au chômage
- à votre travail
- à votre famille
- à la société en général
- à votre couple
- Autre :

Section 3 : Évaluation du risque suicidaire

Au cours des mois écoulés avez-vous

14- Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?

- Oui
- Non

15-Voulu vous faire du mal ?

- Oui
- Non

16- Pensé à vous suicider ?

- Oui
- Non

17- Établie la façon dont vous pourriez vous suicider ?

- Oui
- Non

18- Fait une tentative de suicide ?

- Oui
- Non

19- Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

- Oui
- Non

Section 4 : Contexte sociale

20- A quelle fréquence ressentez-vous des pressions sociales dans votre vie quotidienne ?

- Toujours
- Régulièrement
- Parfois
- Rarement

21-Evaluez vos relations familiales de 1 à 5 (1 étant faible et 5 étant élevé)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

22- Sur une échelle de 1 à 10, évaluez votre niveau de stress quotidien

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

23-Pensez-vous que vos idéations suicidaires ont un lien avec les symptômes de dépression et les facteurs personnels que vous avez énuméré ?

- Fortement lié : Oui
- Fortement lié : Non

Section 5 : Commentaires additionnels

Merci de votre participation

- **Test d'évaluation du risque suicidaire**

Au cours des mois écoulés avez-vous :

C1- Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e)

C2-Voulu vous faire du mal ?

C3- Pensé à vous suicider ?

C4- Établie la façon dont vous pourriez vous suicider ?

C5- Fait une tentative de suicide ?

C6- Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

**Evaluation du résultat**

Y a-t-il au moins un oui ci-dessus ?

si oui spécifier le risque suicidaire comme ci-dessous

C1 ou C2 ou C3= LEGER

C3 ou (C2+C6) = MOYEN

C4 ou C5 ou (C3+C6) = ELEVE

**Source** : *DSM-IV du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al.,1998)*

# TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE ..... 2

DÉDICACES ..... 3

REMERCIEMENTS ..... 4

LISTE DES SIGLES ACRONYMES ET ABREVIATIONS ..... 5

LISTE DES TABLEAUX ..... 6

LISTE DES FIGURES ..... 7

LISTES DES IMAGES ..... 8

RÉSUMÉ ..... 9

ABSTRACT ..... 9

INTRODUCTION ..... 10

CHAPITRE I: DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE ET DÉROULEMENT DU STAGE ..... 12

1.1. PRÉSENTATION DU CHD/ZOU-COLLINES ..... 12

Image 1 : Photo de la devanture du CHD Z/C ..... 12

1.1.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE DU CHD/Z-C ..... 12

1.1.2 PRÉSENTATION DU CHD/Z-C ..... 13

1.1.3 PRÉSENTATION DU SERVICE DE LA MÉDECINE INTERNE ..... 14

Image 2 : Photo du service de la médecine interne ..... 14

1.1.4 PRÉSENTATION DU CIPEC/VBG ..... 16

Image 3 : Photo du CIPEC/VBG ..... 16

1.2 ACTIVITÉS ET TÂCHES ACCOMPLIES DURANT LE STAGE ..... 18

Tableau I : Données statistiques des patients reçus en consultation psychologique durant notre.....19

Tableau II : Données statistiques des personnes reçues durant notre stage au .....20

1.3 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES/ SUGGESTIONS .....20

1.3.1 DIFFICULTÉS.....20

1.3.2 SUGGESTIONS.....21

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE .....22

2.1 CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL .....22

2.1.1 PROBLÉMATIQUE .....22

2.1.2 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....23

2.1.2.1 OBJECTIF GÉNÉRAL .....23

2.1.2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES .....23

2.1.3 HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE.....23

2.1.3.1 HYPOTHÈSE GÉNÉRALE .....23

2.1.3.2 HYPOTHÈSES SPÉCIFIQUES .....23

2.1.4 CLARIFICATION CONCEPTUELLE .....23

2.1.5 REVUE DE LITTERATURE.....25

2.2 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE .....31

2.2.1 NATURE DE LA RECHERCHE .....31

2.2.2 POPULATION CIBLE .....31

2.2.3 TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE ET TAILLE DE L'ÉCHANTILLON.....32

2.2.4 MATÉRIEL ..... 33
2.2.4.1 L'OBSERVATION ..... 33
2.2.4.2 LE GUIDE D'ENTRETIEN ..... 33
2.2.4.3 LE QUESTIONNAIRE ..... 33
2.2.5 TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNÉES ..... 33
2.2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES ..... 34
2.2.7 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ..... 34
CHAPITRE III : PRÉSENTATION, INTERPRÉTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS ..... 35
3.1 PRÉSENTATION, INTERPRÉTATIONS DES DONNÉES ..... 35
3.1.1 SECTION 1 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ..... 35
Tableau III : Répartition des enquêtés par sexe ..... 35
Figure 1 : Répartition des enquêtés par tranche d'âge ..... 36
Tableau IV: Situation matrimoniale des enquêtés ..... 37
Figure 2: Répartition des enquêtés selon la situation maritale des parents ..... 38
Tableau V: Niveau d'étude des enquêtés ..... 39
Figure 3: Répartition des enquêtés selon le secteur d'activité ..... 40
Tableau VI : Situation socio-économique des enquêtés ..... 41
Tableau VII : Situation socio-économique des parents des enquêtés ..... 41
3.1.2 SECTION 2 : ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE ..... 42
Tableau VIII: Enquêtés présentant plus de 5 symptômes de dépression ..... 42
Tableau IX : Enquêtés ayant vécu des problèmes relationnels graves ..... 42

Figure 4 : Répartition des enquêtés en Fonction des conflits relationnels rencontrés .....43

Tableau X : Répartition des enquêtés ayant rencontré des difficultés significatives lors de .....44

Figure 5 : Répartition des enquêtés en Fonction des sources de pression .....45

3.1.3 SECTION 3 : ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE.....46

Tableau XI : Évaluation du risque suicidaire chez les enquêtés.....46

Tableau XII : Niveaux du risque suicidaire chez les enquêtés .....47

3.1.4 SECTION 4 : ÉVALUATION DU CONTEXTE SOCIAL .....48

Figure 6 : Répartition des enquêtés en Fonction du niveau de pression sociale.....48

Tableau XIII : Niveau de la relation familiale .....49

Figure 7: Répartition des enquêtés en Fonction du niveau de stress quotidien .....50

Tableau XIV: Opinion des enquêtés sur l'influence des symptômes de dépression et facteurs .....50

Tableau XV : Prévalence des symptômes dépressifs et facteurs personnels chez les enquêtés.....51

3.2 ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES.....53

CHAPITRE IV : DISCUSSIONS .....57

SUGGESTIONS.....60

CONCLUSION .....61

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....62

ANNEXES ..... a

TABLE DES MATIÈRES .....b