UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

****

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

Déterminants des idéations suicidaires : à propos de 03 cas de jeunes à Abomey-Calavi rencontré suite au stage au CEO St Joseph calavi.

<u>Présenté par</u> :

AMOUSSOU Florian Lagloire

Maître de stage :

Dr. Sylvie V. de CHACUS

Maître de Conférences (MC)/CAMES

Tuteur de stage :

Mme Faridath IBRAHIM

Responsable du CEO

St joseph de Calavi

Jury :

<u>Présidente :</u> Dr Sylvie de CHACUS

<u>Rapporteur :</u> Dr ZOUNON Ornheilia

<u>Examinateur :</u> Dr Modeste OGNIN

<u>Mention:</u> Très bien (17/20)

ANNÉE ACADÉMIQUE : 2022-2023

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

LISTE DES TABLEAUX

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE.

1-Présentation du cadre institutionnel et physique du CEO St Joseph

2. Rôle et activités au cours du stage

3. Difficultés rencontrées pendant le stage.

4. Acquis du stage

DEUXIÈME PARTIE : RÉFLEXION CRITIQUE

2-1. Revue de littérature

2-2. Problématique.

2-3.Objectifs de recherche.

2-4.Clarification des concepts

2-5.Cadre théorique et Conceptuel

2-6. Hypothèses de recherche

2-7. Variables et indicateurs

2-8. Méthodologie de la recherche

2-9 Présentation et analyse des résultats de la recherche.

2-9-1 Présentation des résultats de la recherche

2-9-2 Discussion

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

TABLE DES MATIERES.

REMERCIEMENTS

Un sincère merci à tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à notre formation et qui nous ont assistés dans la réalisation de ce travail. Particulièrement notre gratitude va à l'endroit de :

- Notre maître de mémoire, Dr**. Sylvie V. de CHACUS; Maître de Conférences (MC) des universités-CAMES** et **Enseignant-Chercheur** au Département de psychologie de la FASHS qui malgré ses multiples occupations a accepté de suivre ce travail avec nous.
- Tous les enseignants du département de psychologie.
- Dr Ornheilia ZOUNON la chef de Département de Psychologie pour son apport et ces corrections tout aussi bien que pour son soutien académique qu'aucun mot gratifiant ne peut finir d'exprimer.
- Dr Modeste OGNIN, Enseignant-chercheur au département de Psychologie pour son examen de ce document.
- Notre maitre de stage Mme AHOSSI Faridath, Psychologue clinicienne et ancienne responsable du CEO Saint Joseph de Calavi, ainsi qu'à toute la direction de Caritas SCDIH-Cotonou qui a accepté de nous accueillir et de nous suivre tout au long de notre stage dans le CEO saint Joseph.

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

BHS : Beck Hopelessness Scale (Échelle de désespoir de Beck) 1974

CAPE : Centre d'accueil et de protection de l'Enfance.

CEO : Carrefour d'Ecoute et d'Orientation.

DP : Département de Psychologie

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

E/J : Enfant et/ou jeunes

ESD : Enfant en Situation Difficile

OCPM : Office Central de Protection des Mineurs

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SCDIH : Service de la Charité pour le Développement Intégral de l'Homme

TS **:** Tentative de Suicide

TSPT : Trouble du Syndrome Post-traumatique

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Classement des états d'Afrique par taux de suicide…..... 18

Figure I : Le modèle Stress-diathèse ……..…..... 25

Figure II : Le processus suicidaire (Seguin 2000)……...…….. 26

Tableau II : Tableau récapitulatif des profils ……...……..…34

Tableau III: Tableau de synthèse de la discussion des résultats...…….....…38

RÉSUMÉ :

Les suicidants sont souvent progressivement sujet à des réflexions sur leurs poursuites ou non de la vie. C'est pour en savoir plus que durant notre stage au CEO saint joseph de Calavi, nous avons recherché les différents ***déterminants des idéations suicidaires chez les jeunes***. Cette recherche vise à montrer dans quels cas de figures des jeunes désirent, planifient d'attenter à leurs propres vies. Par l'entretien et l'observation nous avons recueilli les données que nous avons traitées de façon manuelle, transformées en informations pertinentes. Les trois (03) cas qui composent notre étude laissent voir combien se sont plus les situations, évènements stressants de vie tel que la dépendance d'autrui, l'absence dans l'environnement de vie de compréhension ainsi que les facteurs cognitifs comme le non contrôle sur comment s'accomplir sont les plus grandes forces qui amènent nos trois sujet à penser à se suicider.

Mots clés : suicide, désespoir, troubles bipolaires, environnement de vie, BHS.

ABSTRACT:

Suicidal people are often progressively subject to reflections on their pursuit or not of life. It is to know more about it that during our internship at the CEO Saint Joseph of Calavi, we have researched the different determinants of suicidal ideations among young people. This research aims to show in which cases young people desire and plan to take their own lives. Through interviews and observation we collected data that we processed manually and transformed into relevant information. The three (03) cases that compose our study let us see how much more the Situations, stressful events of life such as the dependence of others, the absence in the environment of life of understanding; as well as the cognitive factors as the non control on how to accomplish itself are the biggest forces that bring our three subject to think of committing suicide.

Key words: suicide, hopelessness, bipolar disorder, life environment, BHS.

INTRODUCTION

Tout au long d'une vie les difficultés arrivent et nous font grandir. C'est même par elles que nous devenons meilleurs. Certains de ces évènement de vie, nous édifient par leurs manière de favoriser la sortir de ces impasses.Cependant tout le monde ne voit pas les difficultés comme des moyens de grandir et beaucoup d'hommes ne voient plus aucune issue face aux difficultés au point de penser que la mort est la solution à tout leur(s) problème(s). Ce fut le cas de millions de personnes avant nous et au nombre des plus célèbres nous avons Cléopâtre ou encore des chanteurs de rocks très connus même Vladimir Maïakovski, un révolutionnaire russe Décédé par suicide en 1931. Il affirmait même de son vivant que « Dans cette vie, il n'est pas difficile de mourir.Il est plus difficile de vivre.»

Contrairement à ce qu'on a tendance à croire, les suicides ne sont pas rares , d'ailleurs ce phénomène demeure l'une des principales causes de décès chez les adolescents en Europe (Bridge, Goldstein et Brent, 2006; Evans, Hawton, Rodham et Deek, 2005; OMS). Au Canada et en France, le suicide représente la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans après les accidents de la route(Breton et Boyer, 2000; Légaré, et al., 2013 ; OMS) et touche un nombre élevé de personnes âgées. L'on pourrait croire que ce problème de santé publique est celui de ces pays cités mais la répétition dans les articles de presse de personnes suicidées ces derniers mois au Bénin nous prouvent le contraire.

C'est pour comprendre et décrire l'étiologie des idéations suicidaires dans le contexte béninois que nous avons abordé cette thématique durant notre stage . Pour mieux comprendre les motivations au suicide et trouver des moyens pour venir en aide à des personnes vivant avec de pareils pensées. Cet objectif nous à conduit à mener des recherches sur les ***déterminants des idéations suicidaires chez les adolescents et jeunes d'Abomey-Calavi.*** Pour vérifier aborder scientifiquement ce sujet fortement intrapsychique nous avons effectué notre stage au **C**arrefour d'**É**coute

et d'orientation St Joseph de Calavi. Précisons que ce stage a été effectué dans le but de tout d'abord relier les connaissances théoriques acquises (durant notre cursus) à une expérience professionnelle de psychologue en protection de l'enfance et aussi dans le but de nous exercer à l'entretien clinique ainsi qu'à l'étude de cas..

Nous allons exposer dans ce rapport de stage : tout d'abord le cadre institutionnel de notre stage, le déroulement de notre stage, ensuite nous allons aborder le cadre théorique et méthodologique de la recherche. Seront aussi présentés les trois sujets (cas) qui ont participé à notre investigation. Enfin nous allons procéder à la discussion des résultats de notre recherche en finissant par préciser les difficultés rencontrées pour mener cette étude.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE.

1.Présentation du cadre institutionnel et physique du CEO Saint Joseph de Calavi.

1-1. Présentation géographique du Carrefour d'écoute et d'Orientation (CEO) saint Joseph de Calavi.

Le carrefour d'**E**coute et d'**O**rientation **(CEO)** Saint Joseph de Calavi est situé dans la Commune d'Abomey-Calavi. Pour s'y rendre au moment de notre stage, arrivé au carrefour calavi-kpota l'on prend la route menant à Aitchédji ; dans la rue du bar-restaurant 'Savoir manger' à près de 500 mètres. Actuellement le centre est transféré dans le bâtiment de l'Ex fondation Regard d'Amour (FRA) sise à calavi gbodjo derrière la clôture Sud du 1er bataillon de retransmission de la police républicaine ; à quelques mètres du carrefour Arcon-ville.

1-2 Historique du CEO Saint Joseph de Calavi :

L'actuel Carrefour d'Ecoute et d'Orientation (CEO) Saint Joseph, autrefois Ateliers Saint Joseph de Calavi de l'Archevêché de Cotonou est une structure de protection et de réhabilitation des Enfants en Situation Difficile (***ESD***), créée ***en 1998*** sur l'initiative du feu Père ***Claude TEMPLET***. Ce centre avait pour vocation la formation des jeunes en situation difficile, à divers corps de métiers tels que : l'imprimerie, la soudure, la mécanique, la scierie..

A la mort du Père ***Claude TEMPLET*** en 2015, le centre fut fermé. L'ancien CEO Sainte Rita sise à Gbèdagba dans le 8ème arrondissement de Cotonou fut alors transféré à Calavi dans les locaux des Ateliers Saint Joseph ***en Octobre 2015*** en vue d'offrir aux e/j un cadre plus grand, plus simple et plus épanouissant. Il est sous la tutelle de la Caritas diocésaine qu'est le Service de la **C**harité pour le **D**éveloppement **I**ntégral de l'**H**omme (***SCDIH-CARITAS***).

Le Centre dispose de deux grands blocs à savoir :

Un bloc réservé à l'administration et comportant 5 bureaux (Accueil/ Permanence, Infirmerie, bureaux des animateurs) et un espace réservé pour les réunions. Un bloc réservé aux enfants comportant 3 dortoirs pour ceux-ci, un dortoir pour l'animateur de garde, une salle polyvalente, un magasin de stockage des vivres et une cuisine.

Les **Objectifs** du CEO sont divers mais ***principalement***, il vise à améliorer les conditions de vie des ESD en fugue pour cause de maltraitance, en conflit avec les parents/tuteurs ou la loi, ou encore les enfants victimes de traite. De façon spécifiques le CEO vise à ce que**:**

Les ESD accueillis au CEO Saint Joseph sont protégés et réhabilités

Le droit des ESD du CEO Saint Joseph de vivre en famille est promu et respecté. Les ESD du CEO Saint Joseph participent à leur propre réinsertion et réintégration. Notons que pour mener à bien ces objectifs un personnel est mis à la disposition des enfants placés au CEO. Il s'agit d'un 01 psychologue; 01 Assistante Juridique ; 01 cuisinière ; 01 Agent de sécurité.

1-3 Groupes cibles ou bénéficiaires :

Le CEO Saint Joseph accueille et héberge les enfants jeunes de sexe masculin âgés de 10-18ans. Parmi lesquels : les enfants / jeunes en conflits avec la loi ou les parents ; les enfants / jeunes victimes de traite/maltraitance. Tout en précisant que le seul *mode d'admission est l'ordonnance de placement du juge des mineurs.*

De janvier –Décembre 2019 le centre a accueilli et hébergé ***63 e/j.*** A la date de fin de notre stage, le centre compte *près de* ***20*** jeunes pensionnaires âgés de ***07 à 17*** ans. Ces e/j ont été admis par les juges des mineurs d'Abomey-Calavi , d'Allada et celui de Cotonou.

1-4 Volets et activités au CEO :

Accueil et écoute ; Hébergement ; Soins corporels et sanitaires ; Alimentation ; Appui psycho social.

Activités socio-éducatives (groupe de parole, sensibilisation, activités de mains habiles, activités ludiques……) ; Réinsertion /suivi scolaire ; Réinsertion / suivi familial ; Activité de permanence et de garde.

2. Rôle et activités au cours du stage.

Notre stage s'est déroulé en six (06) semaines.

La première semaine en plus de la prise de connaissance du lieu de stage ; nous avons eu droit à une présentation détaillée de la Caritas SCDIH en général et du CEO en particulier. Nous avons été mis au courant de l'historique, des objectifs, du fonctionnement, du personnel, du rythme de travail du CEO ainsi que du mode d'admission des enfants/ adolescents dans le dit centre.

Dès la seconde semaine nous avons été impliqué dans le fonctionnement du centre en assistant notre maître de stage dans toutes ces entrevues professionnelles et nous avons commencé les gardes de nuit.

La quatrième semaine nous avons eu à mener les entretiens seule face aux aidés (enfants ou adolescents) avec ordre strict de consigner un compte rendu dudit entretien sur une fiche de suivi individuel à insérer dans le dossier de l'enfant/ adolescents. Au bout des 06 semaines de stage nous avons assisté à :

- des entretiens pour accueillir de nouveau résidants
- des groupes de paroles d'adolescents
- des entretiens de réinsertion en famille
- des entretiens pour approfondir les projets de vie des enfants/adolescents.
- des entretiens pour faire des installation sécuritaire dans le centre
- des entretiens pour s'imprégner de l'anamnèse de l'enfant/ adolescents.
- des classes pour sensibiliser les enfants sur divers sujets.
- des réunions avec l'équipe dirigeante du CEO.

D'autre part nous avons conduit :

✔ des entretiens pour écouter un enfant lorsqu'il en fait la demande

✔ des classes d'alphabétisation

✔ des classes de sensibilisation (gestion des émotions, choix de métier)

✔ des entretiens pour orienter (ateliers ou école) une pensionnaire

✔ entretien pour mieux comprendre les circonstances d'un viol (sur ordre de la responsable des Carrefours d'Écoutes et d'orientations (CEOs)

✔ des entretiens pour évaluer les possibilités pour un jeune de rendre visite à sa mère souffrante au Nord-Bénin.

3. Difficultés rencontrées pendant le stage.

Durant notre stage au CEO Saint Joseph de Calavi , nous avons rencontré des difficultés comme :

- Écrire en français les faits et informations recueillies auprès des pensionnaires peu ou pas instruit au cours d'entrevues réalisé en fon
- La gestion de l'attachement des plus jeunes enfants pour qui l'adulte du centre régulier devient une figure parentale
- La demande d'actes et tâches que nous n'avons pas apprises durant notre formation au DP (garde de nuit , rédaction de comptes rendus d'entretiens et bien d'autres).

4. Compétences acquises au cours du stage.

Nous avons eu grâce à ce stage l'opportunité et l'occasion de :

★ Pratiquer des entretiens de relation d'aide.

★ Comprendre mieux la psychologie des enfants et celle des adolescents

- ★ Vécu les tâches et responsabilités d'un psychologue en protection de l'enfance ou dans tout projet communautaire
- ★ Accomplis des communications sur la gestion des émotions.
- ★ Compris les troubles psychoaffectifs que peuvent causer le fait de grandir sans ou loin de sa famille.
- ★ Observer les comportements de désobéissance d'adolescents et leurs gestions non violentes de la part de l'adulte.
- ★ Observer beaucoup de carences affectives et leurs conséquences.
- ★ Connaître le milieu de la protection de l'enfance au Bénin et son fonctionnement.

DEUXIÈME PARTIE : REFLEXION CRITIQUE.

Chapitre I : Cadre théorique et méthodologie de la recherche.

2-1-Revue de littérature.

S'il a fallu 1642 pour le nommer, le fait de chercher et de réussir à se donner la mort est pourtant aussi vieux que le monde. Déjà à l'*Antiquité gréco-romaine* (3000 avant Jésus-Christ à 600 ans après Jésus-Christ), la mort volontaire permettait de préserver l'honneur face à l'imminence du déshonneur , des tortures et de la mise en esclavage etc. (RIEDI, G. 2012). Les exemples en sont les cas de Brutus, Cassius (42 av Jésus-Christ) et celui de Cléopâtre. On pouvait également à cette époque sauver les biens immobiliers en se suicidant. Mais Platon un philosophe très connu de ce temps a réprouvé le suicide. Pour lui, les sujets décédés par suicide devaient être enterrés sans sépulture (Les lois, 1970). A sa suite , Aristote quant à lui traite le suicide comme un acte de lâcheté. Il condamne ensuite le fait que le suicidé cherche à fuir un mal et va conclure que celui qui s'ôte la vie est injuste envers la société. Au IVe siècle Saint-Augustin va faire de l'interdiction du suicide chez les chrétiens un prolongement naturel du 5e commandement « tu ne tueras pas » et de « tu *aimeras ton prochain comme toi-même* ». De son raisonnement il ressort donc qu'arrêter sa propre vie revient à assassiner son prochain le plus proche et le plus intime: soi-même.

Browne est celui qui emploie pour la première fois, le terme *« suicide»* dans Religio de medici**.** En 1897, dans "Du suicide" (1897), David Émile Durkheim, s'appuie d'une part sur les thèses des médecins et aliéniste de son temps et d'autre part sur les données statistiques officielles de mortalité par suicide et ceux du recensement de la population de certaines des grandes villes d'Europe. Dans cette œuvre scientifique connue et reconnue ; Durkheim récuse en premier lieu les explications couramment avancées au XIX siècle sur le sujet : à savoir l'hérédité, l'assimilation du suicide à la folie, le climat... À l'aide de statistiques, Durkheim a pu comparer les variations du taux de suicide dans le temps

comme dans l'espace(Europe), afin de saisir les facteurs susceptibles d'affecter le phénomène. Durkheim en conclut donc que *« chaque société est prédisposée à fournir un contingent de suicidés»* (Durkheim E., 1897). Il y distingue le suicide égotiste, le suicide altruiste et celui anomique ; un peu moins que Baechler qui en a dénombré 11 types dans son ouvrage *Les Suicides (1975-1985)*. A leurs suites , le sociologue français Halbwachs suppose que, seul, le vide social créé autour de l'individu cause le suicide. Halbwachs a démontré la dimension sociale de la décision individuelle du suicide : «C'est dans la société qu'il [l'individu] a appris à vouloir, et, même lorsqu'il en est retranché moralement, et qu'il croit ne plus participer à sa vie, il suit encore en partie son impulsion». Selon cet auteur « Le nombre des suicides est un indice assez exact de la quantité de souffrance, de malaise, de déséquilibre et de tristesse qui existe ou se produit dans un groupe » (Halbwachs, G. 1930). Le courant social dont il fait partie, insiste sur le rôle de la société dans la production des conduites suicidaires.

D'après le DSM 5 , les conduites suicidaires se rencontrent dans le contexte de troubles mentaux variés, le plus souvent de trouble bipolaire, de trouble dépressif caractérisé, de schizophrénie, de trouble schizoaffectif, de troubles anxieux (en particulier, troubles paniques associés à un contenu catastrophique et flashbacks du TSPT), de troubles de l'usage de substance (surtout les troubles liés à l'usage d'alcool), de la personnalité borderline, de personnalité antisociale, de troubles des conduites alimentaires et de troubles de l'adaptation. Il survient rarement chez les individus sans pathologie apparente, sauf s'il est entrepris à cause d'une affection médicale douloureuse ou avec l'intention d'être un martyr pour des raisons politiques ou religieuses, ou entre conjoints dans un pacte suicidaire – ces deux situations excluant le diagnostic –, ou quand des tiers informant souhaitent dissimuler la nature du comportement (DSM 5) . Notons que les individus ayant échoué dans leurs tentavive de suicide (TS), restent à haut risque de récidive de TS et de décès dans les 24 mois après une TS (Beautrais ; 2003). D'autre part le risque

suicidaire d'une personne atteinte de trouble bipolaire est estimé être au moins 15 fois plus élevé que dans la population générale et les troubles bipolaires pourraient rendre compte d'un quart des suicides.

Environ 5 à 6% des personnes souffrant de schizophrénie meurent par suicide, environ 20% tentent de se suicider en une ou plusieurs occasions, et un plus grand nombre encore a des idées suicidaires très significatives (Hawton et al. 2005). Selon les écrits scientifiques et publications officiels de l'OMS, les moyens employés par les sujets sont divers. Aux Etats-Unis, des armes à feu sont utilisées dans les deux tiers des suicides environ. Dans d'autres régions du monde, la pendaison est plus commune, suivie par l'utilisation d'une arme à feu, le saut d'une hauteur et la noyade. En Chine, l'intoxication aux pesticides est la méthode la plus courante (Magdalena S. P. 2008)).

Ces deux dernières années au Bénin les cas de suicide rapportés par les médias numériques et relayés sur les foras sociaux ont émus toute la société béninoise. Même si le suicide est régulièrement un sujet abordé dans les médias béninois , les statistiques officielles de personnes mortes par suicide au Bénin n'existent pas. Subsiste tout de même une étude récente (TOGNON et al 2016) réalisée sur le suicide au nord du Bénin dans la ville de Cobly. D'après cette publication, les différentes méthodes utilisées sont la pendaison, la noyade et les pesticides. Toujours d'après ces chercheurs *le suicide au Bénin est souvent minimisé et négligé et sa prévalence est probablement sous-estimé du fait des obstacles socioculturelle, religieux et socio-économique. Pourtant ce phénomène sévit silencieusement* (TOGNON et al 2016). A en croire les résultats de cette étude 69,2 % des suicidés sont de sexe masculin contre 30,8 % pour le sexe féminin. En outre d'après le ***Crude suicide rate*** en 2018, le Bénin possédait le 9ème taux de suicide le plus élevé de son continent.

CLASSEMENT DES ÉTATS D'AFRIQUE PAR TAUX DE SUICIDE POUR 100 000 HABITANTS

Source : "Crude suicide rate", World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals, World Health Organization, 2018.

RANG	ÉTAT OU TERRITOIRE	NOMBRE DE DÉCÈS PAR SUICIDE (pour 100 000 habitants)				
		2000	2005	2010	2015	2016
1	Lesotho	18,0	18,6	20,1	21,0	21,2
2	Guinée équatoriale	15,5	13,7	16,7	16,5	16,4
3	Côte d'Ivoire	9,5	11,2	12,7	14,4	14,5
4	Eswatini	11,6	12,0	11,9	13,1	13,3
5	Cameroun	13,3	11,9	11,7	12,3	12,2
6	Afrique du Sud	11,6	11,8	12,2	11,8	11,6
7	Cap-Vert	9,4	10,1	11,1	11,0	11,3
8	Zimbabwe	12,9	13,9	11,9	10,6	10,7
9	Bénin	9,5	9,7	9,6	9,9	9,9
10	Ouganda	11,1	10,5	10,5	9,9	9,9

Tableau I : **Classement des états d'Afrique par taux de suicide,**

Source: *crude suicide rate. World health statistics 2018 : monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals,World Health Organization, 2018.*

Malgré l' inexistance des statistiques du suicide au Bénin, ce classemment montre que la société béninoise est aussi touchée par ce phénomène. Nous désirons donc étudier le phénomène suicidaire à leurs première étape soit la pensé de se donner la mort que nous regroupons sous le vocable : idéations suicidaires. Nous envisageons de comprendre comment chez des jeunes ou adolescents d'Abomey-Calavi de tels pensées peuvent apparaître le thème de notre recherche est dans ce cas formulé comme suit : *les déterminants des idéations suicidaires chez les jeunes et adolescents d'Abomey-Calavi.*

2-2. Problématique.

Le commun des mortels convient que la vie humaine est sacrée et que pour tout un chacun il faut éviter les situations susceptibles de nous faire perdre la vie ; ce qui est scientifiquement admis sous le vocable d'instinct de survie (ou de conservation. Néanmoins il existe depuis la nuit des temps des morts qui laissent des interrogations. En dehors du fait que la mort est un mystère universel, ces décès succitent questionnement et interrogations du fait que leurs victimes l'ont activement rechérchés et obtenus : on parle de suicide. Maintes fois, le paysage médiatique béninois fait manchette de cas d'individus (souvent majeurs) qui se seraient donné la mort. L'on est souvent tenté de se demander les raisons qui ont poussé un être humain à préférer mourir que vivre. Face à ce phénomène peu étudié au Bénin , nous avons fait option des déterminants des idéations suicidaires chez les jeunes et adolescents ; dans le but de connaitre les raisons qui pourraient pousser au suicide de jeunes béninois et béninoises. Malgré l'existence d'études sur le sujet dans le Nord du Bénin (TOGNON et al 2016), nous désirons aborder le problème dans le contexte géographique du sud Bénin. De plus nous choisissons la tranche des adolescents et jeunes à cause de la pluralité de statistiques et études qui de par le monde les désignent comme majoritairement enclins aux suicides. Afin de répondre à nos interrogation sur les motivations au suicide ; Shawn Christopher Shea (2008), stipule qu'« Une idéation suicidaire peut être déclenchée par trois types principaux de facteurs : (1) situationnels, (2) psychologiques, et (3) biologiques » *(C.Shea 2008)*. C'est dans le but de vérifier si ces mêmes facteurs sont ceux qui pourraient donner des idées suicidaires à des adolescents et jeunes béninois. C'est également dans l'effort trouver des moyens pour venir en aide à des personnes avec de pareils pensées ; que nous avons entrepris cette recherche sur: Les déterminants des idéations suicidaires chez les adolescents et jeunes d'Abomey-Calavi.

2-3-Objectifs de la recherche.

✔ Objectif Général

A travers cette étude, nous voulons tenter d'apporter des explications sur les raisons qui pourraient pousser au suicide des adolescents et jeunes.

✔ Objectifs Spécifiques:

- ❖ Montrer que les jeunes/ adolescent(e)s qui envisagent de se suicider, le font face à des situations qu'ils estiment impossible à vivre
- ❖ Montrer que les jeunes/ adolescent(e)s envisagent le suicide en riposte à des conflits internes
- ❖ Exposer que les jeunes/ adolescent(e)s envisagent le suicide lorsqu'ils abusent de substances qui perturbent leurs cognitions.

2-4. Clarification des concepts.

Précisons qu'il faut distinguer et définir les différents termes du phénomène suicidaire.

2-4-1. Le Suicide : créé par Thomas Browne Le terme «suicide» vient du latin «**sui**» (se , soi) et «**cædere**» (tuer) . Ainsi le suicide est le mettre se soi-même. ***Durkheim*** (1897) l'a défini comme : "la fin de la vie ,résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer Durkheim (1897).

2-4-2. Tentative de Suicide (TS) : la tentative de suicide désigne le passage à l'acte non fatal des suicidants. Plus fréquente chez les sujets féminins , elle constitue un

acte parfois en vue d'attirer l'attention ou dans le cas des hommes conduites véritablement létales. La tentative de suicides n'est souvent spontanée que dans les cas de dérèglements biologiques (schizophrénie, consommation d'alcool etc). Au Bénin, elles sont souvent gardées secrètes au sein de la famille.

2-4-3. Le suicidant : désigne un sujet qui a effectué une tentative de suicide et qui a donc survécu au geste suicidaire contrairement au suicidé.

2-4-4. Les idées suicidaires (ou idéations suicidaires) : quant à elles sont des pensées de désire actif de mort, qui correspondent à des constructions imaginaires de scénario, sans passage à l'acte. Une idée de se suicider correspond à l'idée de mettre fin à ses jours, plus ou moins intense et élaborée. Plusieurs pensées peuvent se succéder chez un même individu :

- Sentiment de lassitude de vivre,
- La conviction que la vie ne vaut pas d'être vécue, (Kessler, RC et al ; 1999).
- Un désir de ne pas se réveiller du sommeil... (Paykel ,ES et al ;1974)

***2-4-5* Le suicidaire :** Le suicidaire est un sujet qui a des idées suicidaires. Toutes personnes qui voient la mort comme solution à ces problèmes.

2-4-6. La menace suicidaire : correspond à la manifestation d'un projet exprimé verbalement ou non de se donner la mort.(Pierre ,J ; 2000) Cette menace se situe entre les idéations suicidaires et le passage à l'acte. Néanmoins de nombreux adolescents et personnes affectivement dépendantes en usent pour attirer l'attention de leurs figures d'attachement**.**

2-4-7 Troubles bipolaires *:* Les personnes atteintes d'un tel trouble alternent épisodes dépressifs et périodes de symptômes maniaques. Lors d'un épisode dépressif, l'individu présente une humeur morose (sentiment de tristesse, d'irritabilité, de vide) ou une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités, pendant la majeure partie de la journée, presque tous les jours. Les symptômes maniaques comprennent l'euphorie ou l'irritabilité, une activité ou une énergie accrue, et

d'autres symptômes comme une plus grande loquacité, des pensées rapides, une meilleure estime de soi, un moindre besoin de sommeil, une distractibilité, et un comportement impulsif et téméraire. Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire sont plus exposées au risque de suicide. (OMS, 2022).

2-5-Cadre théorique et conceptuel.

S'agissant de facteurs qui sont impliqués dans l'étiologie du suicide, plusieurs modèles sont répertoriés ici. Si, pendant très longtemps la philosophie et la religion dominaient le champ d'étude sur la question du suicide ; à partir du XIXe siècle cela a changé avec l'apparition des travaux de Shneidman et Farberow (1967) qui ont permises l'avènement en 1967 de la suicidologie. Cette nouvelle discipline va modifier le sens de la recherche dans ce domaine. Ils inscrivent ainsi la question du suicide dans une démarche clinique : le **décrire et l'expliquer**. La question n'est plus de savoir si se donner la mort de façon volontaire est un crime. L'approche scientifique a permis au contraire de tendre vers une politique de prévention.

L'***approche cognitive*** quant-à-elle a pour but de déterminer les facteurs psychologiques de vulnérabilité aux idées et aux actes suicidaires et certains facteurs de dysfonctionnement cognitifs ont été plus souvent retrouvés chez les suicidants. Un des principaux résultats des études cognitives se traduit dans la difficulté de résolution de problèmes chez les patients suicidants (Orbach, Bar-Joseph et Dror, 1990 ; Pollock et Williams, 1998). Dans les études plus anciennes de l'approche cognitive du suicide, on retrouvait la notion de « ***pensée dichotomique*** » qui revenait de la part du sujet à n'envisager que deux solutions extrêmes face à un problème. On parlait également de « ***rigidité cognitive*** » dans laquelle le sujet avait des difficultés à changer de stratégie pour résoudre un problème. Ces deux notions étaient plus souvent retrouvées chez les patients suicidants (Neuringer, 1964 ; Patsiokas, Clum et

Luscomb, 1979). Dans certains travaux on observe une disposition plus grande à l'autocritique chez les sujets suicidants se traduisant par un perfectionnisme dans lequel le sujet a le sentiment de ne jamais parvenir à ses buts. Ce qui explique que un quart des Obsessionnels compulsifs font une tentative de suicide (DSM 5). Ce perfectionnisme entraînerait des comportements suicidaires par le biais de ruminations qui entraverait la possibilité pour le sujet de trouver des solutions efficaces. Ainsi le sujet est fragilisé et a plus de difficultés à répondre de façon positive aux situations imprévues et stressantes (O'Connor et Noyce, 2008 ; Rasmussen, O'connor, Brodie, 2008). Des modèles cognitifs ont été développés ces dernières années à ce sujet. Le processus suicidaire y est pensé en termes de cascades de déficits et de dysfonctionnements cognitifs (Jakala et Jollant, 2010, p.81).

Le modèle cognitif de Wenzel et Beck

Wenzel et Beck ont proposé basé ce modèle sur la théorie cognitive en partant du principe que les patients suicidaires ne présentent pas tous le même phénotype, qu'ils fonctionnent selon des schémas propres à ces différents phénotypes et que la probabilité que ces schémas soient activés dépend de trois types de facteurs :

- les facteurs de vulnérabilité
- le degré des troubles psychiatriques
- le stress engendré par les événements de vie.

Une fois activés, ces schémas sont associés à des processus cognitifs similaires observables dans la crise suicidaire. Il existerait des liens entre un mauvais traitement de l'information, les pensées négatives, l'humeur et les comportements. Ainsi chaque phénotype est sous-tendu par des schémas développés dans l'enfance et l'adolescence qui donnent des repères et qui peuvent être activés face à un stress. Selon les auteurs, la fréquence, l'intensité et la durée des pensées négatives en lien avec les troubles psychiatriques favorisent la mise en place d'un schéma suicidaire et l'activation de ce schéma favorise lui-même des processus cognitifs spécifiques au suicide. Le

désespoir fait partie des processus cognitifs en lien avec les comportements suicidaires. Selon les auteurs, ce modèle peut être utile dans la pratique clinique dans la compréhension des spécificités en sous-groupe des conduites suicidaires et des choix de stratégies d'intervention (Wenzel et Beck, 2008).

Un autre modèle étiologique du suicide et celui stress-diathèse

Le modèle cognitif stress-Diathèse

Ce modèle a été proposé par Mann (1999) et retenu par de nombreux chercheurs pour étudier le suicide. Une des premières études a concerné 347 patients âgés de 14 à 72 ans hospitalisés dans un Centre Hospitalier Universitaire. Les auteurs sont partis du principe que même si 90% des personnes décédées par suicide souffraient d'une pathologie psychiatrique au moment du décès, tous les patients psychiatriques ne font pas pour autant de tentative de suicide dans leur vie. Les auteurs ont évalués les antécédents de tentatives de suicide, les traits de personnalité agressifs et impulsifs, la sévérité objective et subjective de leur pathologie mentale et l'histoire des troubles liés à la consommation de substances ou d'alcool. Les résultats ont montré que les traits de personnalité obsessifs et impulsifs étaient liés de façon significative aux tentatives de suicide ultérieures chez les patients ayant des antécédents de tentatives de suicide versus les personnes sans antécédent présentant la même pathologie psychiatrique (Mann 1999). A partir de ces observations le modèle stress-diathèse propose de classer les facteurs de risques des comportements suicidaires dans une catégorie « stress » ou une catégorie « diathèse». La composante « stress » regroupe les épisodes aigus de troubles psychiatriques, la comorbidité avec les troubles liés à la consommation de substances ou d'alcool et la présence d'événements de vie négatifs. La composante « diathèse » regroupe les facteurs de risques qui augmentent la susceptibilité au suicide (ex: la constitution génétique), les caractéristiques du comportement. A partir de cette base, le risque des comportements suicidaires et du

suicide augmente en fonction de la prédisposition des facteurs sur la composante « diathèse » et de la présence des facteurs de risque de la composante « stress ».

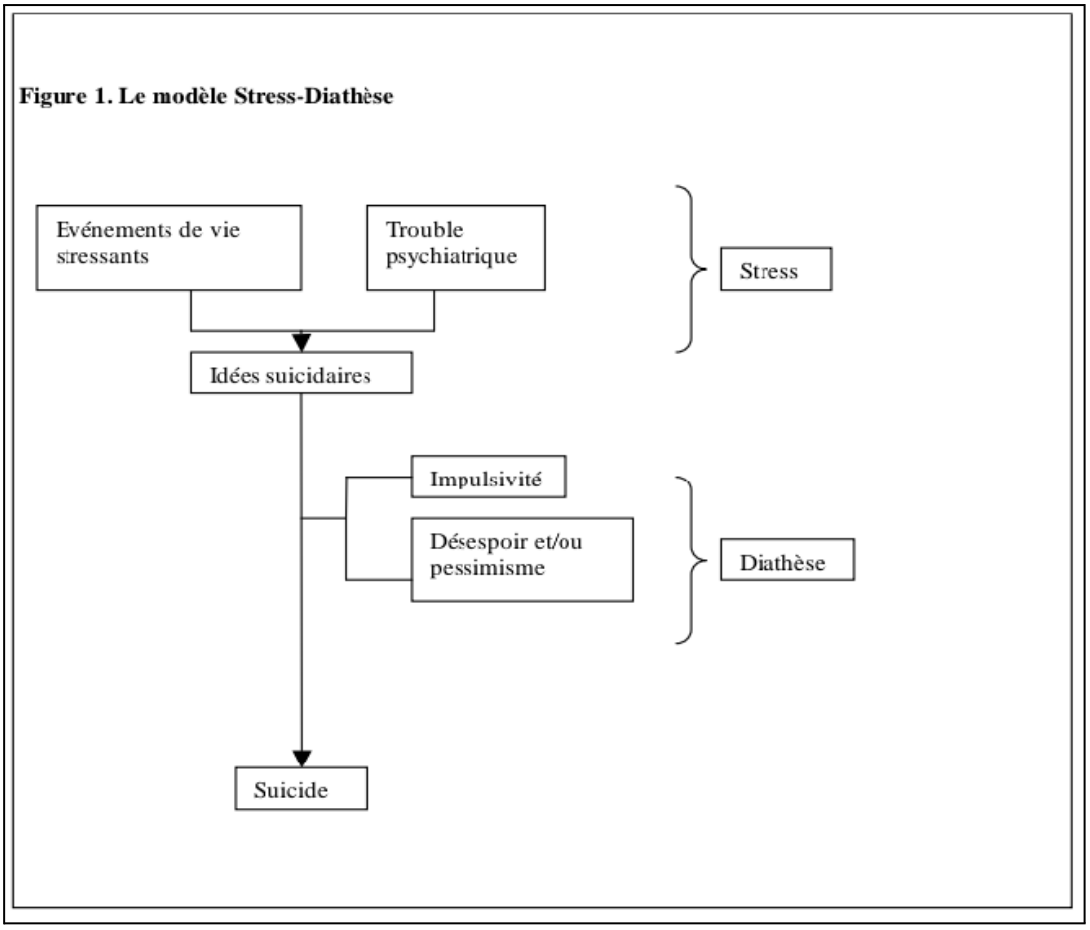


Figure 1 : ***Modèle Stresse-Diathèse*** **Mann (1999)**

Dans ses études sur le suicide, plusieurs institutions tant cliniques que de recherche (notamment L'INSERM (2000) s'appuient sur un autre modèle proposé lors de la Conférence de consensus en octobre 2000 par Monique Séguin en collaboration avec un ensemble d'experts (Séguin, 2000). Le modèle repose sur le principe qu'il est possible d'observer un processus suicidaire chez l'individu avant le passage à l'acte. Lors de situations stressantes, la personne peut réagir de façon inadaptée, fragilisée par l'accumulation de facteurs de risque antérieurs. Le processus est enclenché par une perte qui engendre un état dépressif et la crise se met en place. L'état de crise peut être accompagné d'idéations passagères qui se transformeront en rumination,

puis vont se cristalliser et amener l'individu à l'élaboration d'un plan à trois phases : où ? Quand ? Comment ? Qui deviendra la tentative planifiée.

Le processus suicidaire se déroule en quelques heures ou quelques jours et suit donc un schéma en trois étapes :

- Les pensées ou idées suicidaires (idéation suicidaire) ;
- La crise suicidaire où les pensées deviennent omniprésentes qui poussent à l'élaboration d'un plan ;
- Le passage à l'acte.

Ce schéma montre donc que le suicide n'est pas un acte impulsif, mais qu'il est le résultat d'un processus défini dont chaque étape peut faire l'objet d'une intervention (Séguin, 2000)

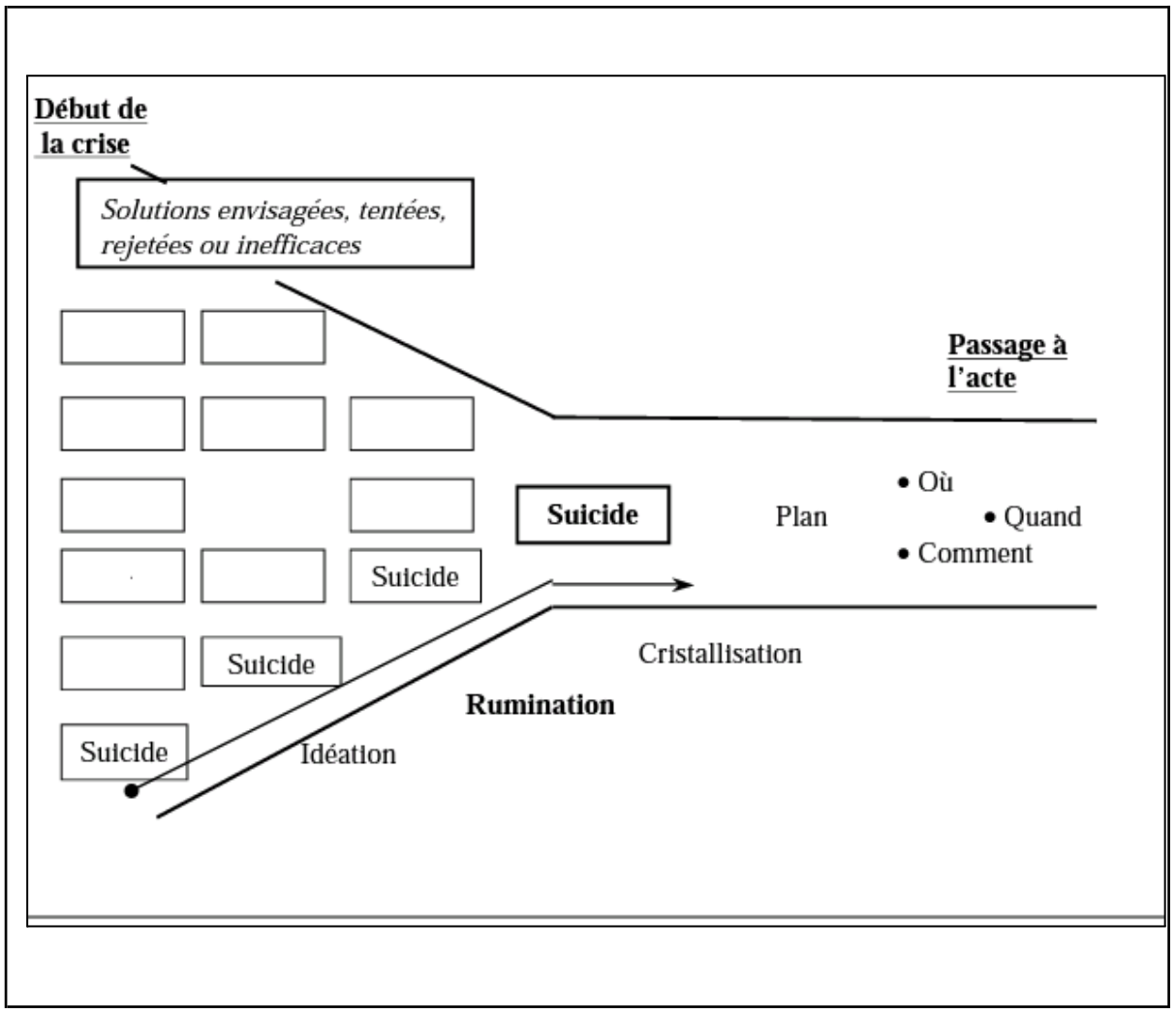


Figure 2 : Le processus suicidaire (Seguin 2000)

2-6- Hypothèses de recherche.

Pour réaliser cette étude , nous avons posé comme hypothèses ce qui suit :

Hypothèse Générale : Certains jeunes béninois qui vivent des situations désespérantes font face à des idéations suicidaires.

Hypothèse 1 : Les événements de vie stressants induisent des idéations suicidaires chez certains adolescents et jeunes béninois.

Hypothèse 2 : Les conflits internes induisent des idéations suicidaires chez certains adolescents et jeunes béninois.

Hypothèse 3: Les substances addictives font apparaître les idéations suicidaires chez certains adolescents et jeunes béninois.

2-7-Variables et indicateurs.

2- 7-1 Variables

a. Idéations Suicidaires (variable dépendante)
b. Situations stressantes (variable indépendante)
c. Conflits internes (variable indépendante)
d. Consommation de substances addictives

2- 7-2 Indicateurs

Décès d'un proche , Désespoir

2- 8. Méthodologie de la recherche.

2-8-1 Nature de l'étude : Il s'agit d'une étude ***descriptive*** fondée sur une approche qualitative. L'approche qualitative nous a permis de recueillir à l'aide de l'entretien de recherche, les idéations suicidaires auxquelles font ou ont fait face les sujets ainsi que le degré de leurs intentions suicidaires.

2-**8-2 Population cible et échantillonnage :**

Population cible : Notre population est constituée de trois (03) personnes ; des adolescents et jeunes présentant un désespoir sévère ou ayant exprimé l'existence de pensées suicidaire. Ces trois cas sont tous des adolescents / jeunes. Le plus jeune

avait 14 ans et la plus âgée 23ans. Une partie des cas nous a été référé tandis que l'autre partie nous l'avons rencontré sur notre lieu de stage (CEO St Joseph).

2-8-3 Échantillonnage : Nous avons employé la technique du choix raisonné. Les deux critères étant : en premier avoir entre 13 ans et 30 ans. Puisque d'après la littérature scientifique , le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les personnes des 15-29 ans (OMS,2022). Le second critère est d'admettre sérieusement être en proie à l'envie de se donner la mort ou admettre l'avoir été.

Techniques et outils de collecte de données : Pour collecter les données relatives à notre travail, nous avons utilisé des techniques telles que: l'observation et le guide d'entretien.

L'observation : nous a permis d'observer les sujets de notre étude au cours de l'entretien. Leurs posture, mimiques pendant qu'ils nous parlent.

L'entretien : nous a permis d'écouter les sujets de l'étude sur leurs idéations suicidaires, les déterminants ou circonstances d'où sont nées ces idéations.

Techniques de traitement et d'analyse des données : Le mode de traitement et d'analyse des données que nous avons adopté est: le mode manuel et l'analyse de contenu. Pour le traitement manuel, s'est agit d'un regroupement des données suivant les différentes articulations du guide d'entretien et du questionnaire. L'analyse du contenu, nous a permis de reproduire fidèlement les résultats du terrain.

Protocole de collecte de données: Afin d'avoir les données nous avons administré à chaque participant :

-l'**échelle de désespoir de Beck** (BHS)

- une **grille semi-structurée** comme suit:

Axe 1 : Stress d'événement de vie (perte, décès, rupture, etc.)

Axe 2 : Pensés et distorsions cognitives

Axe 3 : Consommation de substances

Axe 4 : Degré de planification (ou scénario) suicidaire**.**

2-9. Présentation et analyse des résultats de la recherche.

2-9-1. Présentation des résultats de la recherche.

Présentation des différents Cas : Nous leur emploierons des noms d'emprunt. Cica , Zita et Codjovi.

*** Codjovi**

Codjovi a été rencontré au cours de notre stage au ceo St Joseph et au cours des entretiens sur l'état de sa situation dans le CAPE ; il a fait part de récentes idéations suicidaires. Il a été informé de notre sujet de recherche et à accepter avoir participé à cette recherche.

Le jeune Codjovi a été interné au CEO le 3 janvier 2020. Orphelin de père et aurait été abandonné par sa mère depuis son plus jeune âge et a été élevé par seulement son père. Ce dernier décédé, à l'âge de 8 ans le jeune Codjovi et son petit frère ont été récupéré pas le jeune frère de leur père. Chez ce dernier les deux frères seraient victimes de maltraitance (difficulté de s'alimenter surtout). Fatigué, Codjovi a décidé de quitter la maison et de se lancer. Il se retrouve à Porto-Novo dans le marché d'Ouando où il aurait séjourné durant 3 mois avant de continuer sur sèmè dans le but de se faire retrouver par sa mère. Dans son errance, il a été orienté par une dame à la brigade puis à l'OCPM. Il serait retourné à la maison, aurait repris avec l'errance puis il a été retrouvé à Allada d'où il a été orienté vers le CPS et ensuite à l'OCPM qui l'as cette fois ci amenée au CEO St Joseph sur ordonnance du juge des mineurs.

Depuis son arrivée au CEO et déjà au CPS, Codjovi a notifié clairement qu'il décide d'apprendre le métier de coiffeur et cela fait plus d'un an qu'il est dans le CAPE sans aller en apprentissage malgré les fois où tout semblait être prêt pour.

Au cours d'une écoute pour recueillir son ressenti sur sa situation d'autant plus que la semaine d'avant , il a diligenté une enquête sociale concernant son dossier. Au

cours de l'enquête sociale, Codjovi a visité sa famille dans le plateau. Lors de l'entretien Codjovi a réaffirmé son désir d'apprendre la coiffure, et il évoque le fait d'être toujours dans le CAPE alors que d'autres e/ j venus il y a quelques mois étaient aussitôt scolarisés. Au cours de l'entretien, il se lamente énormément sur sa situation et finit par ajouter. *« Comme personne ne veut m'aider, si je ne sais pas ce que je vais faire ; je prie Dieu qu'il m'ôte de ce monde. J'irai rejoindre mon (défunt) père ».*

Quand suite à cela nous lui avons demandé s'il avait des pensées suicidaires. Il observe un silence puis répond que oui. Voici la retranscription d'un bout de la suite de l'entretien :

- Codjovi : c'est la deuxième fois que j'en ai l'autre fois c'était après le passage du juge.

- Nous : comment as-tu eu envie de le faire, comment comptes-tu réaliser ce désir de ne plus être en vie?

-Codjovi : ceux qui le font, ils le font bien d'une certaine façon.

- Nous :mais toi comment as-tu prévu?

- Codjovi : je n'ai pas prévu quoi que ce soit mais je sais moi que cette situation n'est plus pour longtemps. C'est pour peu de temps encore.

- Nous : pourquoi dis-tu que c'est pour peu de temps encore?

Notons que le jeune Codjovi avait fugué il y a quelques mois avec un autre jeune du CEO. Nous lui avons passé le BHS et l'observation Générale est qu'avant de répondre aux items 13 et 15(ayant trait à l'avenir) du BHS, il demandait à l'enquêteur : J'ai foi en l'avenir , il pose des questions sur les perspectives d'avenir qu'on peut ou pas lui offrir.

Codjovi a pleuré pendant l'entretien, il s'est essuyé les yeux plus d'une dizaine de fois. Nous avons à son endroit prodigué des orientations positives sur la vie et un conte sur la patience (le chien et la tortue)

Nous avons en outre recommandé l'avancée de son dossier et celui des autres en attente d'entrer en apprentissage sans spécifier de raisons extraordinaires.

*Cica

Cica nous a été référée par un informateur, elle a été informée de notre sujet de recherche et à accepter avoir part à cette recherche.

Cica est une jeune étudiante de 22 ans ; elle vit seule loin de sa famille au moment de l'entretien. Elle raconte les circonstances de ces deux tentatives de suicides (TS)

À l'âge de 07 ans sans être informé au préalable, elle est obligée d'habiter chez son père avec sa belle- mère. Cohabiter avec celle-ci "était très dure " raconte Cica. A ces dires «tout ceux qui franchissent le pas du portail pouvaient facilement deviner que je n'étais pas son enfant». Cette situation Cica dit en avoir ressenti de la solitude. Elle dit n'avoir eu« personne avec qui discuter de tout celà»puisqu'elle a exprimé qu'elle ne pouvait le faire avec ces demi-frères. Elle vivait aussi mal le fait de devoir demander la permission avant d'appeler sa mère. Cica en soupirant ajoute : « En gros je n'avais personne à qui parler . Ce fait de se sentir seule , d'être seule dans sa propre maison » . Elle continue à raconter que dans un tel contexte le jour de son 14ème anniversaire, elle à désobéi à l'ordre de faire la sieste donné par sa belle mère. En représailles, elle dit avoir reçu des dizaines de coups de palette dans la main. Cica en le contant demande «c'est quoi on ne pouvait plus avoir la paix même le jour de son anniversaire ?»

Ce jour Cica dit s'être sentie seule surtout à cause du fait de ne pouvoir en parler à sa mère et c'est ce jour elle fit sa première tentative de suicide (TS). Elle nous le raconte ainsi : «La première (TS) fois, je me sentais seul au monde. Ce jour-là

j'enlevais les médicaments des plaquettes et les mettait dans un sachet pour qu'une fois à l'abri je puisse les avaler. J'étais entrain de le faire quand la domestique m'ayant vu, m'a dénoncée à ma belle-mère qui a déplacé les médicaments et informé mon père. » Par la suite les vacances suivants son père est allé en prison et elle dit « je me suis sentie plus seule dans une maison avec ma belle-mère ainsi qu'avec la mère de ma belle-mère qui était venue habiter avec nous. Quand tu as des problèmes et ne sais pas sur qui compter » . Cette nouvelle situation plus accrue de solitude à ces dires l'as conduite à sa deuxième tentative de suicides (TS). Elle a pris des médicaments et les a avalés à l'école puis dit s'être retrouvée à l'hôpital.

Evoquant ces anciennes TS Cica affirme : « C'était pas planifié, c'était sur un coup de tête. Je suis du genre, quand je pense à un truc, je le fais [...] je n'avais plus de solution. Je ne me rappelle pas avoir eu des répétitions ou des ruminations.

Lors de l'entretien, Cica est très positive et confiante en l'avenir : « Je vis actuellement……, imagine la solitude. Mais je me dis qu'il y a encore des choses à vivre. »

* Zita

Zita nous a été référée par un informateur, elle a été informée de notre sujet de recherche et à accepter avoir part à cette recherche.

Âgée de 23 ans, Zita est une jeune fille. Elle est l'ainée à sa défunte mère mais dit avoir plusieurs grands frères et grandes sœurs du côté de son Père. Ce dernier aurait officiellement deux épouses. Elle était brillante durant son cursus jusqu'à sa classe de première ; année de décès de sa mère. L'année qui a suivi Zita va échouer au bac et ceci les deux années suivantes encore. Cela fait quelques années que Zita a des troubles de mémoire d'après ces dires. Elle a déjà redoublé la première année d'université puis refait actuellement sa troisième à la Faculté des sciences et

techniques. Lors de l'entretien Zita avoue explicitement avoir déjà pensé au suicide mais sa foi religieuse catholique fait qu'elle ajoute automatiquement : « mais je me dis que ce serait un péché ». Elle insiste sur le fait que si cela n'était pas un péché elle l'aurait fait depuis longtemps et affirme ' être juste là et n'avoir envie de rien faire durant toutes ces journées' Elle dit vivre avec un profond sentiment de culpabilité depuis la mort de son frère à qui elle a dit des propos blessant et humiliant un jour. « C'était pendant une journée, nous étions tous à la boutique de ma mère. M'étant absentée un moment, notre grand frère (appelons-le Boris) notre grand frère Boris était avec mes petits frères. Je revenais quand il venait de rendre la monnaie à un client qui lui faisait remarquer que sa monnaie était moins que cela. Alors ! Moi je me suis mise à l'insulter. Je lui ai dit qu'il était bête et que c'est parce qu'il se comporte aussi bêtement que papa le traite ainsi. Il y avait là plusieurs personnes. » Quelques temps après, le frère porté disparu a été retrouvé mort des jours plus tard. Zita exprime regretter depuis ces propos et veut : « le revoir, (afin) que ce ne soit pas les derniers mots que je lui ai dit.» Elle s'en veut terriblement aujourd'hui et a des pensées suicidaires si seulement cela n'était pas condamné par sa religion elle l'aurait bien fait volontiers. Zita a obtenu 11 points sur 20 au BHS .Zita a plein de projets et n'en réalise pas un seul.

TABLEAU II : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PROFILS

Nom des sujets	**Cica**	**Zita**	**Codjovi**
Âge	22 ans	24 ans	14 ans
Niveau d'Études	Université	Université	Primaire
Nombre de TS	02	00	00
Score au BHS	07/20	11/20	09/20
Durée de l'entretien	01h	02h	40min
Impression de l'entretien	Très positive et détachée face à son passé surtout lié au sujet abordé.	Lasse de vivre, semble sans désir, sans goût, sans conviction, juste vivante. Déprimée	Une profonde détresse, à tel point qu'il pleurait durant l'entrevue. Déprimée et en colère.

2-9-2. Discussion des résultats

Les analyses présentées s'appuient sur les hypothèses de cette étude. Les phénomènes que nous avons soulignés, se basent sur trois entretiens, réalisés auprès d'adolescents et jeunes qui constituent notre échantillon. Ils ont été sélectionnés pour avoir notamment mentionné dans des cadre de confiance une possible idéation suicidaire et pour avoir rempli le BHS. Ces entretiens nous ont notamment permis d'investiguer autour des différents déterminants que d'idées suicidaires chez eux.

Cependant, nous n'avons pas pu établir le cadre d'entretien que nous aurions voulu. Nous nous concentrerons néanmoins sur leurs expériences, le discours non-verbal que nous percevons, et la manière d'exprimer ces sentiments, le vocabulaire choisi, pour aborder le thème très intime des pensées (voir planifications) suicidaires. Ces entretiens nous ont notamment permis d'investiguer autour des différentes hypothèses de cette recherche et les analyses présentées ci-dessous s'appuient sur elles.

Hypothèse Générale : Certains jeunes béninois qui vivent des situations désespérantes font face à des idéations suicidaires.

Les trois cas présentés : Codjovi, Cica et Zita ont tous admis avoir pensé à se donner la mort face au désespoir engendré par des événements de vie. Tous l'admettent verbalement et même Cica raconte être passée à l'acte. Corroborant ainsi notre hypothèse principale *Certains jeunes béninois qui vivent des situations désespérantes font face à des idéations suicidaires.* De là tous les sujets qui se suicident ne le font pas de manière impulsive dirons-nous, ils y pensent ou le font qu'en face de situations bien spécifiques. Peut-être qu'il existe des événements de vie qui n'engendrent pas exactement ces idéations suicidaires chez tous mais il se pourrait qu'il existe des déterminants idiosyncratiques aux pensées suicidaires (phénotypes).

Hypothèse 1 : Les événements de vie stressants *(par exemple : décès ou rupture avec un proche, perte d'un emploi, humiliation publique, maladie grave)* induisent des idéations suicidaires.

Ces déterminants situationnels ou liés à l'environnement de vie sont présents dans les différents cas de cette étude. Ainsi *Cica* affirme avoir vécue :

> *"Un abandon brusque sans son consentement».*

Cela va plus loin dans la cohabitation avec sa belle-mère qui était pour elle *"était très dure."* D'autant plus que elle le vivait entourée mais plus seule que jamais : *je n'avais personne à qui parler."*

> *Cela donna naissance à un lourd sentiment de solitude : "Ce fait de se sentir seul, d'être seul dans sa propre maison ".*

Dans son cas l'hostilité de son cadre de vie ou tout au moins le fait de ne pas s'y être sentie aimée, accueilli et soutenue l'ont conduit à la pensée suicidaire puis à tenter de se suicider. Chez Codjovi c'est également son environnement qui l'a fait désespérer en l'avenir introduisant son désirer d'être mort. Il relate également comment il ne s'est pas senti soutenu dans ce qui compte le plus pour lui. Cela est d'ailleurs très clair dans le fait *qu'avant de répondre aux items 13 et 15(ayant trait à l'avenir) du BHS, il demandait à l'enquêteur :*

> *J'ai foi en l'avenir…. Si on compte m'aider à me réaliser ou si je dois y arriver par mes propres moyens ? C'est bien cela la question ?*

Le cas de Zita présente également de quoi valider cette hypothèse. En effet elle cumule un stress externe liés à la perte de deux personnes dont les décès l'ont touchés : Son demi-frère Boris et sa mère. L'autre facteur situationnel constitue sa situation d'échec tant sur le plan académique que dans la réalisation de ces projets. Tous les trois cas présentent *des facteurs de stress externes (par exemple : décès ou rupture avec un proche, perte d'un emploi, humiliation publique, maladie grave)*(C.Shea ; 2008).

Hypothèse 2 : Les conflits internes *(par exemple : impasses psychologiques, conflits inconscients, distorsions cognitives ou dilemmes)* induisent des idéations suicidaires.

Les conflits internes, les ruminations et paroles dévalorisantes que se répètent certains sujets les conduisent aux suicides d'après Christopher Shea (2008). Au cours

de notre étude, les sujets n'ont pas avoués en faire l'objet. Zita a tout de même exprimé

> *« Je me dis que ce serait un péché ».*

Aussi présent dans l'entrevu avec Codjovi, l'expression « *Je me dis » ;* dénonce un certain travail cognitif : celui de penser au suicide. Un autre facteur cognitif, qui concerne aussi bien les patients qui souffrent de dépression que ceux qui envisagent le suicide, est l'impression de perte de contrôle sur plusieurs aspects très important de sa vie. Ils éprouvent la sensation troublante d'être à la merci de la vie, des autres ou de leurs propres pulsions. Une telle sensation est à la fois désagréable et humiliante, mais il reste un aspect de la vie dont ils peuvent conserver totalement le contrôle : ils peuvent décider de vivre ou de mourir. (C.Shea ; 2008). Ce facteur cognitif est présent est sûrement le plus illustratif des déterminants suicidaires et se remarque tant chez Codjovi qui à 14 ans et avec son passé d'autodidacte dans la rue se retrouve dépendant d'autrui, sans contrôle sur son avenir. Dans la période où Cica a tentée de se suicider elle n'avait également aucun contrôle sur son environnement et même appeler sa mère.

Hypothèse 3: Les substances addictives (comme drogue, alcool) font apparaître les idéations suicidaires.

Les sujets de notre étude n'ont pas des antécédents de consommateurs soit d'alcool ou drogues. Codjovi a tout de même connu l'errance, en ex enfant vivant dans la rue il serait normal qu'il en ait consommé mais les idéations suicidaires se présentent plus d'un an après son errance et il le stipule clairement

Nom du sujet	Score brute au BHS	H.1	H.2	H.3
Cica	07/20			
Zita	11/20			
Codjovi	09/20			

Légende :

Bleu : Hypothèse non validé.

Jaune : Hypothèse validé.

Tableau III : Tableau de synthèse de discussion des résultats**.**

2-10.Difficulté éprouvés pour la recherche.

Les difficultés éprouvées au cours de cette recherche sont:

- La réticence de certaines personnes touchées par les idéations suicidaires à en parler.

- La traduction en langue nationale de certaines thématiques de la recherche voir de certains items du BHS.

- L'absence de statistiques sur le suicide, aux tentatives de suicide au Bénin que ce soit sur le site de l'Instad , etc.

CONCLUSION

La bonne pratique de la psychologie serait une excellente formation couplée des vraies et nombreuses expériences pratiques selon nous. Étant au bout de la première étape de notre formation en Psychologie ; nous somme allé chercher de l'expérience de terrain au Carrefour d'Ecoute et d'Orientation Saint Joseph de Calavi. Au cours de cette immersion dans la pratique du métier de psychologue en milieu de protection de l'enfance nous avons acquis bon nombre d'expériences et compétences. Malgré les différentes difficultés rencontrées , au cours de notre stage nous avons poussé notre curiosité scientifique sur les déterminants des idéations suicidaires chez les adolescents et jeunes vivant au Bénin. Dans l'hypothèse que les idées suicidaires seraient dues soit à des situations stressantes , soit à des distorsions cognitives ou soit dues à la consommation de substances addictives. Après moultes péripéties et refus dues au tabou du suicide au Bénin, nous avons obtenu trois personnes pour mener l'étude. Sur les trois (03) cas que nous avons présentés, nous avons montré que ces personnes vivant avec un profond desespoire développent des pensées suicidaires et sont incitées à l'autolyse au Bénin surtout à cause de situations stressantes vécues dans leurs familles sur fond de grande solitude. Ceux sont surtout du fait soit de facteurs situationnels ou soit de facteurs cognitifs qu'ils ont tenté par l'option de se donner la mort. Malgré les résultats obtenus nous avons connu la réticence de personnes vivantes avec les idéations suicidaires peut faire l'objet de plus amples études sur l'impact qu'à ce tabou sur la perception du suicide dans cette société béninoise. Nous pensons qu'il faudra envisager des études plus sérieuses et solides de par la représentativité de leurs échantillons sur le sujet. Nous espérons que de tels études une fois réalisés donneront lieux à un programme de prévention du suicide

auprès des béninois à des formations de la presse béninoise sur comment communiquer autour d'un suicide sens inciter à la contagion suicidaire (effet Werther) et conduire à l'amélioration de politique de santé mentale au Bénin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Association Psychiatrique Americain., (2013) *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (5ème*édition*,* Ed*)* Elsevier Masson .

Baechler, J. (1979). Suicides. New York: Basic Books

Beautrais, A.L., Gibb, S.J., Faulkner, A., Fergusson, D.M., Mulder, R.T. (2010). Postcard intervention for repeat self-harm: randomized controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 197(1):55-60.

Beautrais, A.L., Gibb, S.J., Faulkner, A., Mulder, R.T. (2008). A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce repeat presentations to the emergency department for suicide attempt. Annals of Emergency Medicine,51:474.

Beck, A.T., Steer, R.A., Sanderson, W.C., Skeie, T.M. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: Discrepant findings in psychiatric outpatients. The American Journal of Psychiatry, 148 : 1195- 1199.

Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. The American journal of psychiatry, 147(2):190-5.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B. (1990). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. The American journal of psychiatry, 142(5):559-63.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology, 42(6):861-5.

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., et Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidai behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(3-4), 372-394.

Conférence de consensus de 19 - 20 OCTOBRE 2000 La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. texte court. Paris: John Libbey 479 Eurotext; 2001.

Durkheim , E. Le Suicide. Paris [France], Alcain, 1897.

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., ET Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Suicide and Life-Threatening Behavior, 35(3), 239-250

Freud, S. (1917). Deuil et mélancolie, in Métapsychologie, trad. De l'allemand, revue et corrigée par Jean Laplanche et J.B. Pontalis. Paris, Gallimard, 1990.

Halbwachs M., Les causes du suicide, Paris, Alcan, 1930.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: asystematic review of risk factors. The Journal of Clinical Psychiatry, 66(6):693-704.

Jakala, A., Jollant, F. (2010). Modélisations cognitives des conduits suicidaires. Dans P. Court et (dir.), Suicides et tentatives de suicide (p ; 81-84). France : Médecine-Sciences, Flammarion.

Jean Malka, P. Duverger. Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent identification et prise en charge. Module 3 : maturation et vulnérabilité - item n°44 et module 11 : synthèse clinique et thérapeutique - item n° 189.

Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1999, 56:617–626.

La violence dirigé contre soi-même, OMS (2017)

Magdalena Szumilas BSC Stanley P. Kutchermd .Youth and suicide. CMAJ .January 29, 2008 JAMC, 178.

Mann, J.J. (1999). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. Neuropsychopharmacology, 21(2):99S-105S.

Minois G. History of suicide: voluntarydeath in Western culture. Baltimore, Maryland [États-Unis d'Amérique], Johns Hopkins University Press, 1999.

Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. Journal of consulting Psychology, 28:54-8.

O'connor, R.C., Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. Behavior research and therapy, 46(3):392-401.

Organisation Mondiale De La Santé (OMS) (2022), Suicide: facts and figures globally.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2022): Principaux repères : troubles mentaux consulté au https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders le 30/05/2023 à 16h30.

Orbach, I., Bar-joseph, H., Dror, N. (1990). Styles of problem solving in suicidal individuals. Suicide & life-threatening behaviour, 20(1):56-64.

Patsiokas, A.T., Clum, G.A., Luscomb, R.L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. Journal of consulting and clinical psychology, 47(3):478-84.

Paykel Es Et AL. Suicidal feelings in the general population: aprevalence study. British Journal of Psychiatry, 1974, 124:460–469.

Pierre Juillet. Dictionnaire de psychiatre. Éditions CILF Hubert Joly Paulin Journeau Abdelouahab Ayadi.ISBN:285319-279-2.Editions 2000.

Platon, Œuvres complètes. Phédon, édition de Léon Robin, Belles Lettres (CUF), Paris, 1970.

Pollock, L.R., Williams, J.M. (1998). Problem solving and suicidal behavior. Suicide et life threatening behaviour, 28(4):375-87.

Rasmussen, S.A., O'connor, R.C., Brodie, D. (2008). The role of perfectionism and autobiographical memory in a sample of parasuicide patients: an exploratory study. Crisis, 29(2):64-72.

Riedi, G. (2012). *Évaluation aux d'urgence des facteurs de risque pour la récidive suicidaire dans l'année* [thèse de doctorat, Université Toulouse 3 Paul Sabatier].

Seguin, M. (2000). Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte? Dans La crise suicidaire, Reconnaître et prendre en charge, Fédération Française de psychiatrie, Editions John Libbey Eurotex.

Shawn Christopher Shea, M.D.(2008). *Évaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir.(2e).Coordination scientifique de l'édition française Jean-Louis Terra, Monique Séguin*. France; Elsevier Masson page 21 ; 23 ; 56.

Tognon, F. T., Djidonou, A., Biaou, C. A., F. Kpatinde, Gandaho, P., Charlier, P. ; Suicide en Afrique Sub-Saharienne : étude descriptive à Cobly (Nord Bénin) sur une période de 5 ans ; 2019

Wenzel, A., Beck, A.t. (2008). A cognitive model of suicidal behavior : Theory and treatment. Applied and Preventive Psychology, 189-201.

ANNEXES

Annexe 1 :

ECHELLE H
ECHELLE DE DESESPOIR
(HOPELESSNESS SCALE)

A.T. BECK
Traduction française : J. COTTRAUX et al.

Outil d'évaluation

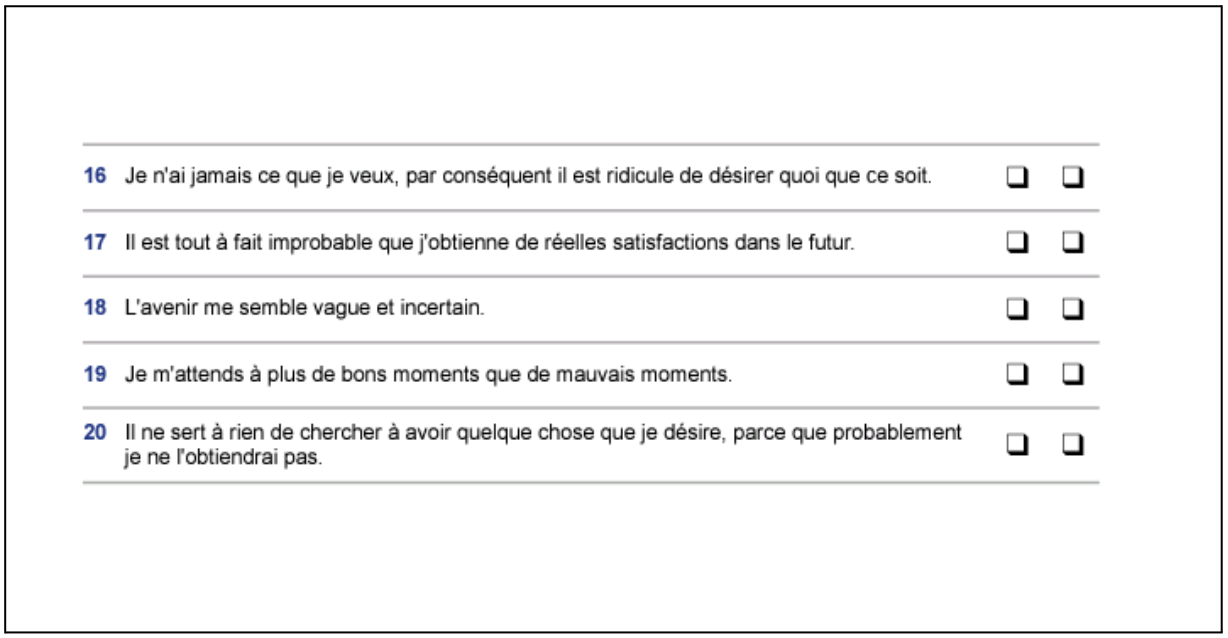
NOM : ⌊_⌋

PRENOM : ⌊_⌋

SEXE : ⌊_⌋ AGE : ⌊_⌊_⌋ DATE : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋

INSTRUCTIONS
Veuillez attribuer à chacune des affirmations ci-dessous la caractéristique vrai ou faux en cochant la case correspondante.

		Vrai	Faux
1	J'attends le futur avec espoir et enthousiasme.	❑	❑
2	Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.	❑	❑
3	Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.	❑	❑
4	Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans.	❑	❑
5	J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire.	❑	❑
6	Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.	❑	❑
7	Mon avenir me semble sombre.	❑	❑
8	Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.	❑	❑
9	Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raisons de croire que j'en aurai dans le futur.	❑	❑
10	Mon expérience passée m'a préparé(e) parfaitement pour l'avenir.	❑	❑
11	Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.	❑	❑
12	Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus.	❑	❑
13	Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.	❑	❑
14	Les choses ne sont pas comme je le veux.	❑	❑
15	J'ai foi en l'avenir.	❑	❑



16	Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit.	❑	❑
17	Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.	❑	❑
18	L'avenir me semble vague et incertain.	❑	❑
19	Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.	❑	❑
20	Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.	❑	❑

Annexe 2 Guide d'entretien

Guide d'entretien semi-structuré en 4 axes

Présentation de la recherche : je suis étudiante en psychologie et l'étude que je mène a pour but de comprendre les déterminants (les sources qui pourraient causer) des idées ou pensées suicidaires chez des adolescents et des jeunes adultes. Vous avez déjà rempli un questionnaire (une échelle) grâce auquel nous avons pu recueillir un certain nombre de données concernant le sujet.
Notre entretien durera moins d'une heure, et il va me permettre d'approfondir avec vous les sources, les fréquences et le degré intentionnalité des idéations suicidaires chez les adolescents et les jeunes. Tout d'abord, j'aimerais savoir si vous êtes toujours d'accord avec l'idée de procéder à cet entretien. Je changerai votre nom afin de garantir votre anonymat. Sachez que vous pourrez arrêter l'entretien dès que vous le souhaitez et que vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions, surtout si elles vous mettent mal à l'aise. On peut y aller ?

Question pour démarrer l'entrevu

1. Je voudrais que vous me racontiez dans un premier temps le contexte de vos pensées suicidaires.

AXE 1 : Évènement de vie stressants (par exemple : décès ou rupture avec un proche, perte d'un emploi, humiliation publique, maladie grave).

1. Comment allez-vous ressentir l'impact de cette perte pour vous ?

2. D'après vous, existe-t-il un moyen de compenser cette perte pour vous ?

3. Sur une échelle de un à dix, « un » représentant « aucune souffrance » et « dix » une « souffrance insupportable », à quel niveau placeriez-vous votre propre souffrance ?

4. D'après vous, existe-t-il un moyen quelconque permettant d'atténuer ou de faire disparaître cette souffrance ?

#Attrait de l'au-delà en évaluation du potentiel Suicidaire

1. Croyez-vous en une vie après la mort ?

2. Croyez-vous que vous reverrez [nom de l'être cher] au paradis ?

3. Vous imaginez-vous retrouvant [nom de l'être cher] ?

4. Racontez-moi comment vous pensez que cela se passera ?

5. Combien de temps avez-vous passé à vous imaginer retrouvant [nom de l'être cher] ?

6. Pensez-vous que Dieu approuve le suicide ?

7. Pensez-vous que Dieu vous pardonnera si vous vous suicidez ?

AXE 2: Les conflits internes (par exemple : impasses psychologiques, conflits inconscients, distorsions cognitives ou dilemmes).

Pour vérifier cette hypothèse nous allons rechercher les styles cognitifs (1) surgénéralisation, (2) catastrophisme, (3) autodénigrement, et (4) une vision « tout en noir ou en blanc » du monde ; dans le discours du patient. Dans la manière de penser durant la période ou les suggestions suicidaires étaient ou sont présentes.

AXE 3: Consommation des substances et fréquence de cette consommation.

Dans la période des deux semaines avant ces IS aviez-vous consommées :

1. De la drogue (quelques soit la forme)

2. De l'alcool ?

3. Des médicaments prescrits ou non ?

AXE 4 : Planification de l'idéation Suicidaire :

Il convient de déterminer.

1. les plans spécifiques qui ont été envisagés ;

2. les actions déjà entreprises par le patient ;

3. combien de temps le patient a passé sur ces planifications.

Question pour évaluer l'impact sur l'entourage que se fait le patient qui a des idéations suicidaires

1. D'après vous, si vous étiez mort, dans quelle mesure cela affecterait votre famille ?

2. D'après vous, qu'est-ce que vos proches ressentiraient si vous vous suicidez ?

3. Que pensez-vous de vos responsabilités vis-à-vis de votre famille et de vos enfants si vous vous étiez suicidé.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS……02

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES…….....03

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES…….....04

RESUME…….....05

INTRODUCTION…….....06

PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE....08

1-1.Présentation du cadre institutionnel et physique du CEO St Joseph de Calavi…….....09

1-2.Rôle et activités au cours du stage…….....11

1-3 Difficultés rencontrées pendant le stage……..…….12

1-4 Difficultés rencontrées pendant le stage……..…….13

DEUXIÈME PARTIE : RÉFLEXION CRITIQUE…….....14

Chapitre I: Cadre théorique et méthodologie de la recherche…….15

2- 1-Revue de la littérature …….…15

2- 2- Problématique …….....19

2- 3-Objectifs de recherche ……..……....20

2- 4-Clarification des concepts ……..……..20

2- 5-Cadre théorique et conceptuel …….…22

2- 6-Hypothèses de la recherche ……..…27

2- 7-Variables et Indicateurs ……..……..27

2- 8-Méthodologie de la recherche……..…….27

2- 9-Présentation et analyse des résultats de la recherche……..……. 29

CONCLUSION …….……..40

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES …….……...41

ANNEXES…….……45

TABLE DES MATIERES…….…….…49