M.E.S., Numéro 142, Vol. 2, septembre – octobre 2025
https://www.mesrids.org
Dépôt légal : MR 3.02103.57117
N°ISSN (en ligne) : 2790-3109
N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Revue Internationale des Dynamiques Sociales

Mouvements et Enjeux Sociaux

Kinshasa, septembre - octobre 2025

DIAGNOSTIC COMPARE DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LES SUJETS VIVANT AVEC LA DREPANOCYTOSE

par

Augustin IBANDA MAYAMBA
Attaché de Recherche et Chercheur, de l'Institut de Recherche en Sciences de Santé (IRSS)

Maurice TINGU YABA NZOLAMESO
Jean-Bosco MAHUNDA NZENDO LUBAMBA

Professeurs et chercheurs,

(Tous) *Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education,*
Université de Kinshasa

Résumé

La drépanocytose, également appelée anémie falciforme, est une maladie génétique héréditaire caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale. Cette anomalie de l'hémoglobine provoque la déformation des globules rouges… Elle se manifeste généralement par des crises douloureuses récurrentes, une anémie chronique et des complications organiques multiples. Outre l'aspect biomédical, elle peut engendrer un impact psychologique et psychopathologique important. Cet article met en lumière les conséquences psychologiques induites par la douleur et la durée d'hospitalisation chez les personnes vivant avec la drépanocytose. Un échantillon de 56 cas, dont 26 sujets drépanocytaires et 30 sujets non drépanocytaires, a été constitué avec 12 sujets, soit 21,4 %, de sexe masculin et 14 sujets, soit 25 %, de sexe masculin chez les drépanocytaires, et 15 sujets, soit 26,8 %, sont du genre féminin, exæquo avec les sujets du genre masculin. Chez les non-drépanocytaires. Concernant l'âge ; 14 sujets, soit 53,3 % chez les drépanocytaires et 43,3 % de sujets non drépanocytaires sont compris dans l'intervalle de 9-14 ans. Dans l'intervalle de 15-18 ans, 12 sujets, soit 46,2 %, sont drépanocytaires et 57 % des sujets non drépanocytaires. Les résultats révèlent selon les deux échelles que la dépression était plus élevée chez les drépanocytaires que chez les non-drépanocytaires sans signification statistique. Tandis que les troubles anxieux étaient présents chez les drépanocytaires aussi bien que chez les non-drépanocytaires. Quant à la douleur, les analyses montrent que les drépanocytaires sont autant affectés par le vécu douloureux dépressif que les non-drépanocytaires. Concernant la durée, les troubles psychologiques ne sont pas conséquents de la durée chez les sujets pris en compte, quelle que soit la fréquence des troubles psychologiques entendus (anxiété et dépression).

Mots - clés : *psychodiagnostic, anxiété, dépression et drépanocytose*

Abstract

Sickle cell disease, also known as sickle cell anemia, is a hereditary genetic disorder characterized by the presence of abnormal hemoglobin. This hemoglobin abnormality causes red blood cells to become deformed... It usually manifests as recurrent painful crises, chronic anemia, and multiple organ complications. In addition to the biomedical aspect, it can have a significant psychological and psychopathological impact. This article highlights the psychological consequences of pain and length of hospitalization in people living with sickle cell disease. A sample of 56 cases, including 26 sickle cell patients and 30 non-sickle cell patients, was constituted with 12 subjects (21.4%) and 14 subjects (25%) of male gender among sickle cell patients and 15 subjects (26.8%) of female gender, equal to the number of male subjects. Among non-sickle cell patients. Regarding age, 14 subjects (53.3%) among sickle cell patients and 43.3% of non-sickle cell patients were between the ages of 9 and 14. In the 15-18 age group, 12 subjects, or 46.2% of sickle cell patients and 57% of non-sickle cell patients. The results reveal, according to both scales, that depression was higher among sickle cell patients than among non-sickle cell patients, without statistical significance. Anxiety disorders were present among both sickle cell patients and non-sickle cell patients. As for pain, the analyses show that sickle cell patients are as affected by painful depressive experiences as non-sickle cell patients. In terms of duration, psychological disorders are not consistent with duration in the subjects studied, regardless of the frequency of the psychological disorders considered (anxiety and depression).

Keywords *: "psychodiagnosis, anxiety, depression, and sickle cell disease"*

INTRODUCTION

De nos jours, la drépanocytose (SCD) n'est plus seulement considérée comme une maladie hématologique aux complications physiques crises vaso-occlusives, anémie, atteintes organiques mais comme une pathologie chronique dont le fardeau s'étend largement au-delà du plan somatique, affectant profondément la santé mentale et la qualité de vie des patients (Mishkin & coll., 2023). En effet, plusieurs travaux ont montré que les personnes vivant avec la SCD présentent fréquemment des troubles psychiques, en particulier la dépression et l'anxiété, avec des taux significativement plus élevés que dans la population

générale, ce qui aggrave la morbidité, l'utilisation des services de santé et la souffrance globale. Par exemple, dans une cohorte de 119 adultes drépanocytaires, le taux de dépression était de 45,4 % et celui d'anxiété de 22,7 % (Al-Marzouki et al., 2021), tandis qu'une étude transversale menée au Népal a recensé une prévalence de dépression de 36,31 % parmi 358 patients (Shrestha et al., 2024). De plus, une revue systématique compilant 36 études réalisées entre 1999 et 2018 rapporte une large variation des prévalences de 0 % à plus de 85 % selon les outils d'évaluation utilisés, mais estime une prévalence moyenne pondérée d'environ 24,01 % pour la dépression chez les adultes drépanocytaires (Oudin Doglioni et al., 2021). Ces données soulignent l'ampleur du fardeau psychologique associé à la drépanocytose ainsi que la nécessité d'une meilleure intégration des comorbidités psychiatriques dans la prise en charge globale.

Cependant, malgré ces constats, de nombreuses lacunes persistent dans la littérature, ce qui rend indispensable la réalisation d'une étude spécifique de « diagnostic comparé ». Premièrement, la majorité des travaux existants s'appuient sur des questionnaires de dépistage (tels que le PHQ-9, le GAD-7 ou le HADS) sans confirmation par un entretien clinique structuré, ce qui peut conduire à des estimations biaisées de la prévalence réelle des troubles psychopathologiques (Mishkin & coll., 2023). Deuxièmement, très peu d'études comparent les taux de troubles mentaux entre différentes sous-populations selon l'âge, la gravité de la maladie, le contexte socioculturel ou socio-économique ou entre les patients drépanocytaires et des groupes témoins. En outre, dans les pays d'Afrique subsaharienne, où la drépanocytose est particulièrement fréquente, les données disponibles sont souvent fragmentaires ou inexistantes ; par exemple, une étude menée à Brazzaville rapporte une altération de l'estime de soi chez 76,1 % des enfants et adolescents drépanocytaires, 29,9 % d'anxiété et 5,5 % de dépression (Auteur(s), année). Une étude comparative apparaît donc nécessaire pour combler ces lacunes méthodologiques, obtenir des estimations robustes et contextualisées, identifier les facteurs cliniques, sociodémographiques et psychosociaux associés aux troubles psychopathologiques, et orienter des stratégies de prise en charge intégrée combinant suivi hématologique et soutien psychologique, adaptées aux réalités des patients vivant avec la drépanocytose.

Chez les drépanocytaires eux-mêmes, les mécanismes psychopathologiques se tissent dès le plus jeune âge, à mesure qu'ils prennent conscience de la gravité et de la chronicité de leur maladie. Le présent article vise à décrire et analyser la réalité du vécu psychologique de la douleur et du temps d'hospitalisation chez les patients drépanocytaires. Il met particulièrement l'accent sur les conséquences psychologiques induites par l'angoisse suscitée par la douleur et la durée du séjour hospitalier chez les enfants drépanocytaires et non drépanocytaires. Après avoir circonscrit le cadre de l'étude dans cette introduction, l'article se structure autour de quatre axes principaux : les concepts et théories mobilisés, les aspects méthodologiques, les résultats obtenus, puis l'analyse et l'interprétation de ces résultats. Une conclusion vient clore l'ensemble de l'étude.

1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

1.1. Matériels

Le milieu retenu pour cette étude est le Centre de Médecine Mixte et d'Anémie SS (CMMASS appelé Mabanga/Yolo, dans la commune de Kalamu à Kinshasa). La population source est l'ensemble des drépanocytaires et non drépanocytaires admis au CMMASS. Un total de 613 sujets étaient reçus entre octobre 2024 et mai 2025 dont 330 drépanocytaires et 283 non drépanocytaires. L'échantillon de cette étude était de 56 sujets dans deux groupes composés de 26 sujets drépanocytaires et 30 sujets non drépanocytaires en hospitalisation dans le Centre de Médecine Mixte et d'Anémie SS de Yolo à Kinshasa. La méthode adoptée étant non probabiliste, nous avons utilisé un échantillonnage de type occasionnel, où les participants ont été sélectionnés sur base de leur volonté, de leur jugement et de leur proximité, après avoir donné un consentement éclairé et un assentiment.

Rappelons que les critères d'inclusion étaient ceux ayant conduit à l'hospitalisation, c'est-à-dire : être admis au CMMASS, présence de la douleur induisant une souffrance psychologique, conscient de la réalité. Les critères d'exclusion sont ceux liés à l'âge : avoir plus de 18 ans ; être patient ambulant et ne pas saisir la réalité.

1.2. Procédure d'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'Excel 2016, du logiciel SPSS version 27.0 et de PRISM version 8.3. Les tests d'hypothèse ont été effectués avec un seuil de signification de 5 %, en recourant au test du Khi-carré ou au test exact de Fisher selon les effectifs des sous-groupes. Étant donné que la distribution de l'échantillon n'est pas normale, des tests non paramétriques ont été employés : le test de Mann-Whitney pour les comparaisons entre deux groupes et le test de Kruskal-Wallis pour celles impliquant plus de deux groupes

Pour mieux poser le diagnostic de ces troubles psychologiques chez les personnes vivant avec la drépanocytose, l'article souligne une approche mixte : quantitative et qualitative. Elle s'est appuyée sur la méthode de l'étude des cas et l'observation. Les techniques d'entretiens source de production des renseignements contenus dans les dossiers des patients ont accompagnées ces méthodes et ont aussi servi à l'analyse de cas du vécu subjectif des conséquences psychologiques de la douleur et de la durée d'hospitalisation des sujets (drépanocytaires et non drépanocytaires).

L'administration des échelles HADS et BRPS a permis de déterminer les troubles psychologiques induits par la douleur et la durée d'hospitalisation chez les drépanocytaires et non drépanocytaires.

Les entretiens guidés et semi structurés réalisés pendant les tours de salle, en consultation dans le bureau, au moment de repos ont servi pour décrire le vécu psychologique des patients. Les entretiens menés lors de l'administration des échelles ne duraient que 30 à 40 minutes pendant au plus 3 séances pour chaque patient. L'issue de la maladie déterminait la fin de nos observations chez les patients.

Tous ces processus de récolte des données se sont déroulés dans le respect de l'éthique : un consentement éclairé était présenté aux parents accompagné d'un assentiment pour l'enfant malade. Les participants ont reçu des détails écrits sur l'objectif de l'étude, les procédures, leurs droits et les considérations éthiques en langue locale. L'évaluation de l'expérience de la maladie, les consequences psychologique du vécu de la douleur et la durée d'hospitalisation ont été prise en compte lors de ces entretiens.

1.3. Entretien clinique

Description des résultats de l'analyse de cas du vécu subjectif des conséquences psychologiques de la douleur et de la durée d'hospitalisation des patients était effectuée à travers des entretiens cliniques. Pour consolider les résultats qualitatifs, 4 patients, 2 drépanocytaires et 2 non drépanocytaires ont été prise en compte pour l'analyse subjective à travers l'étude des cas.

II. RRÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Les contenus des échelles et les récits des entretiens de participants ont mis en évidence le diagnostic des troubles psychologiques conséquences des douleurs et durées chez les sujets en hospitalisation. Pour la validité des échelles, nous avons y recours au test de normalité de Kolmogorov-Smirnov qui a montré que les différences p-value sont statistiquement significatives avec un niveau de probabilité inférieur à 0,05. Nous avons eu recours aux groupes de tests non paramétriques, en utilisant les estimations des rangs médians.

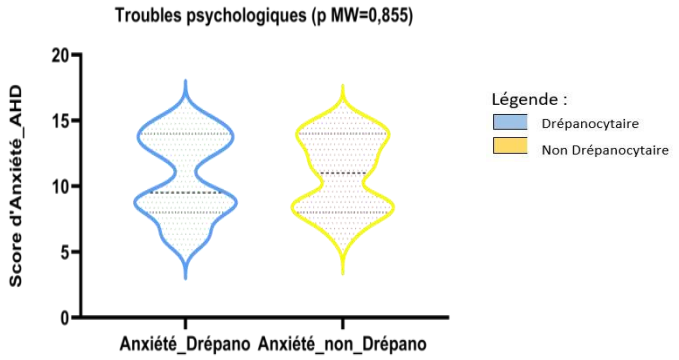
Tableau I. Dépression et anxiété par l'échelle HADS

Caractéristiques Psychologiques	Total	Statut clinique du patient		P-value
		Non Drépanocytaire	Drépanocytaire	
Anxiété _HADs				
Absence	7 (12,5)	3 (10,0)	4 (15,4)	0,255
Douteux	23 (41,1)	10 (33,3)	13 (50,0)	Fisher Exact
Certain	26 (46,4)	17 (56,7)	9 (34,6)	
Dépression _HADs				
Absence	16 (28,6)	13 (43,3)	3 (11,5)	0,039
Douteux	24 (42,9)	10 (33,3)	14 (53,8)	Fisher Exact
Certain	16 (28,6)	7 (23,3)	9 (34,6)	

Le tableau I indique de manière globale que le trouble anxieux est certain chez 26 sujets soit (46,4%), dont 17 sujets (56,7%) chez les non drépanocytaire et 9 sujets soit (34,6) chez les drépanocytaires. La probabilité associée au test de Fisher Exacte au seuil d'erreur étant supérieur à 5% étant supérieur, nous infirmons l'existence de différence significative entre les deux groupes. L'analyse montre que, les enfants drépanocytaires en hospitalisation présentent des troubles d'anxiété autant que les sujets non drépanocytaires dans la même situation.

S'agissant de la dépression, 16 sujets soit 28,6% ont le trouble dépressif certain dont 7 sujets soit 23,3% chez les non drépanocytaires et 9 sujets soit 34,6% chez les drépanocytaires. Avec un p-value de 0,039 selon la méthode Fisher exact (p-value de Khi-carré = 0,039), Les troubles dépressifs étaient significativement plus élevés chez les sujets drépanocytaires que chez les sujets non drépanocytaires

Figure 1: Comparaison du niveau d'Anxiété selon le statut du patient (approche HADS)



Pour un p-value de Mann Whitney égale à 0,855 la différence n'est pas significative entre sujets drépanocytaires et sujets non drépanocytaires. D'où l'anxiété est autant présente significativement chez les sujets drépanocytaires et aussi chez les patients non drépanocytaires.

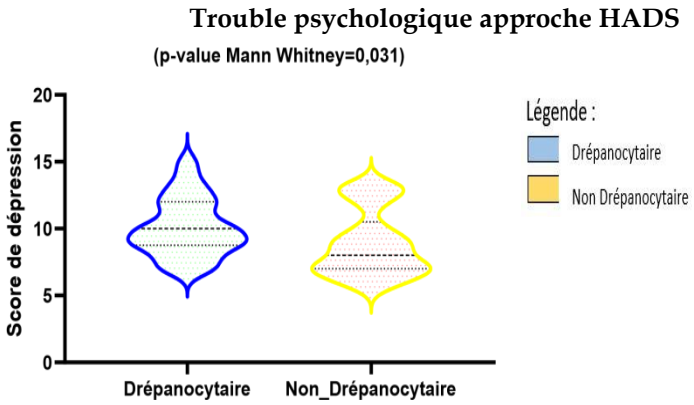


Figure 2: Comparaison du niveau de Dépression selon le statut du patient (Echelle HAD)

De cette figure n°2 nous pouvons voir avec p-value de Mann Whitney = 0,031. Les rangs médians de la dépression sont très élevés chez les drépanocytaires que chez les non drépanocytaires. Le score médian diffère significativement entre patient Drépanocytaire et non Drépanocytaire, La présence de la dépression chez les drépanocytaires est plus prononcée que chez les non drépanocytaires de manière significative.

Tableau II. Anxiété et Dépression selon l'échelle BPRS

Caractéristiques

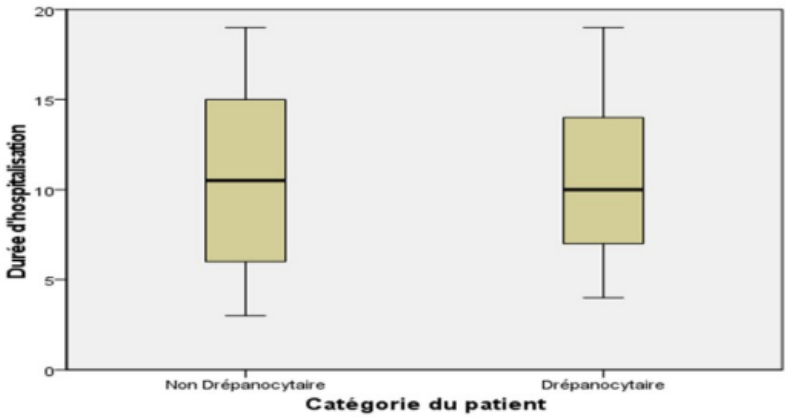
Psychologiques	Total		Non Drépanocytaire		Drépanocytaire		P-value
Anxiété _BRPS	f	%	f	%	f	%	
Légère	12	(21,4)	5	(16,7)	7	(26,9)	
Modérée	24	(42,9)	14	(46,7)	10	(38,5)	0,632
Sévère	20	(35,7)	11	(36,7)	9	(34,6)	Khi-carré
Dépression _ BRPS							
Légère	14	(25,0)	7	(23,3)	7	(26,9)	
Modérée	26	(46,4)	19	(63,3)	7	(26,9)	0,008
Sévère	16	(28,6)	4	(13,3)	12	(46,2)	Fisher Exact

Le tableau II fait état de l'évaluation des troubles psychologiques à l'aide de l'échelle BRPS. Au regard de ce dernier, nous constatons que 20 sujets, soit 35,7% des 56 sujets, ont présenté une anxiété sévère, tandis que 24 sujets, soit 42,9% des sujets, ont présenté une anxiété modérée. Les troubles dépressifs sévères ont été manifestés chez 16 sujets 28,6%, les troubles modérés chez 26 sujets 46,4%.

Concernant l'anxiété et le statut clinique selon l'échelle BPRS, nous constatons dans le tableau ci-dessus que l'anxiété sévère touche 11 sujets, soit 36,7% des non drépanocytaires, et 9 sujets, soit 34,6% des drépanocytaires. Dans ce groupe, le statut sérologique des sujets et les données recueillies démontrent que les troubles anxieux sont aussi présents chez les drépanocytaires que chez les non drépanocytaires. Par ailleurs, cette présence n'est pas fonction du statut des sujets (p-value = 0,632 Khi-carré).

Quant à la dépression et le statut clinique sous l'échelle BPRS, la statistique de Fisher Exact montre l'existence d'un lien d'association entre la dépression et le statut du participant (p-value de Fisher Exact = 0,008). Sa prévalence est légère auprès de 14 sujets soit (25%), modérée pour 26 sujets (46,4%) et sévère chez 16 sujets (28,6%). La dépression sévère concernait 12 sujets drépanocytaires, soit 46,2%, et 4 sujets non drépanocytaires, soit 13,3%. Ainsi, les sujets drépanocytaires hospitalisés sont plus dépressifs que les sujets non drépanocytaires.

2.1. Association variable durée d'hospitalisions et douleur



Durée d'hospitalisation des sujets en jours (p-value Man Whitney = 767)

Figure n°3 : Prisme de la durée d'hospitalisation des sujets drépanocytaires et non Drépanocytaires.

Le résultat observé dans la figure n°3 révèle que la durée d'hospitalisation médiane était autour de 10 jours pour les sujets dans les deux groupes, cette durée ne diffère pas significativement au seuil de 5% (p-value du test de Mann-Whitney = 0,767) .

2.2. Présentation de la variable Douleur (Fréquence de la douleur)

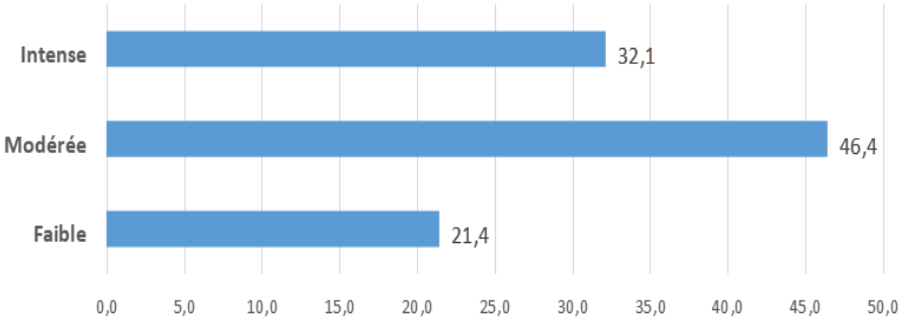


Figure n°4 : Observation de la douleur chez les sujets (% de Cas)

La majeure partie des sujets a présenté une douleur modérée 46,4%, 32,1% des douleurs intenses et 21,4% une douleur faible.

Tableau III. Représentation de degré de douleur, statut drépanocytaire et troubles psychologiques/HADS

Intense

Statut du patient	f	%	F	%	F	%	f	%	
Non Drépanocytaire	30	(53,6)	8	(66,7)	17	(65,4)	5	(27,8)	0,032
Drépanocytaire	26	(46,4)	4	(33,3)	9	(34,6)	13	(72,2)	Fisher Exact
Anxiété _HAD									
Absente	7	(12,5)	0	(0,0)	5	(19,2)	2	(11,1)	0,451
Douteux	23	(41,1)	6	(50,0)	8	(30,8)	9	(50,0)	Fisher Exact
Certain	26	(46,4)	6	(50,0)	13	(50,0)	7	(38,9)	

Dépression HAD	_								
Absente	16	(28,6)	6	(50,0)	5	(19,2)	5	(27,8)	0,225
Douteux	26	(46,4)	2	(16,7)	13	(50,0)	4	(50,0)	Fisher Exact
Certain	16	(28,6)	4	(33,3)	8	(30,8)	9	(22,2)	

En ce qui concerne l'association de la douleur avec le statut clinique des sujets, nous pouvons constater au tableau n°7 que 13 sujets, soit 72,2%, chez les drépanocytaires ont présenté des douleurs intenses, contre 5 sujets, soit 27,8%, chez les non drépanocytaires. L'analyse statistique a révélé un P-value de 0,032 à l'aide du test de Fisher exact permettant d'accepter l'hypothèse de signification.

Quant à la douleur associée à l'anxiété dans l'échelle HAD, le tableau III indique que parmi les sujets qui présentent des troubles anxieux, 13 sujets soit 50% ont indiqué des douleurs modérées et 7 sujets soit 38,9% ont indiqué des douleurs intenses (p-value Fisher Exact = 0,451) avec un manque de signification. Ce résultat indique qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre la douleur et l'anxiété vécue par les sujets dans les deux groupes.

S'agissant de la dépression, 8 sujets soit 30,8% présentant des troubles dépressifs certains ont déclaré des douleurs modérées et 4 sujets soit 22,2% ont déclaré des douleurs intenses (valeur de p de Fisher exact = 0,225). Nous notons un manque de différence significative.

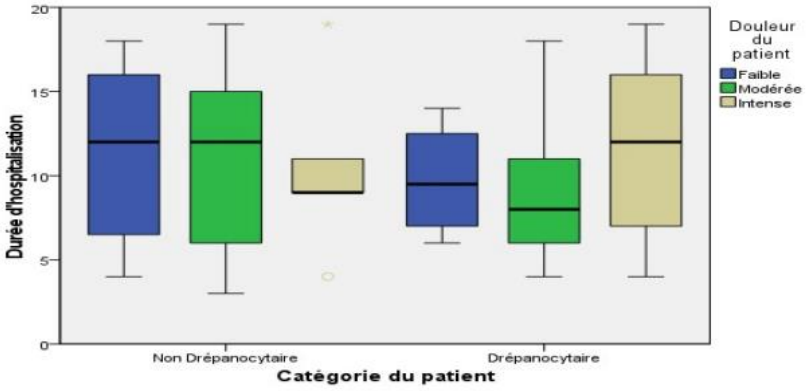


Figure n°5 : Douleur, Durée d'hospitalisation et statut drépanocytaire des sujets (p-value Kruskal Wallis = 0,787)

La figure n°5 met en évidence le lien entre la douleur, la durée de l'hospitalisation et l'état clinique, en fonction du fait que l'expérience de la douleur des sujets atteints de la drépanocytose ne diffère pas significativement de celle des sujets non atteints.

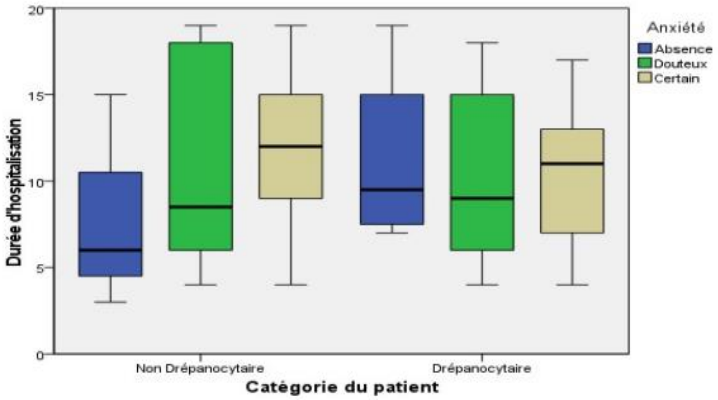


Figure n°6 : Durée d'hospitalisation, troubles psychologiques par l'approche HAD et statut drépanocytaire du sujet

Concernant l'association de la durée d'hospitalisation, l'état anxieux chez les drépanocytaire par l'échelle HAD, les tendances statistiques des résultats sur la figure n°6 analysés par le test Kruskal Wallis, avec un P-value=0,458 montre que la différence n'est pas significative.

Tableau IV. Association douleur et le statut clinique des sujets avec les troubles psychologiques selon l'échelle BRPS

Troubles psychologiques Echelle BRPS	**Douleur chez le patient Drépanocytaire**				**Douleur chez le patient non Drépanocytaire**			
	Faible n=4	Modérée n=9	Intense n=13	P-value	Faible n=8	Modérée n=17	Intense n=5	P-value
Anxiété								
Légère	0 (0,0)	1 (11,1)	6 (46,2)	0,186	2 (25,0)	2 (11,8)	1 (20,0)	0,517
Modérée	1 (25,0)	5 (55,6)	4 (30,8)		5 (62,5)	7 (41,2)	2 (40,0)	
Sévère	3 (75,0)	3 (33,3)	3 (23,1)		1 (12,5)	8 (47,1)	2 (40,0)	
Dépression								
Légère	2 (50,0)	3 (33,3)	2 (15,4)	0,503	2 (25,0)	3 (17,6)	2 (40,0)	0,908
Modérée	1 (25,0)	3 (33,3)	3 (23,1)		5 (62,5)	11 (64,7)	3 (60,0)	
Sévère	1 (25,0)	3 (33,3)	8 (61,5)		1 (12,5)	3 (17,6)	0 (0,0)	

P-value: Test de Fisher Exact

L'analyse des combinaisons du tableau IV montre que 4 sujets soit 30,8% sont drépanocytaires avec douleur intense, ont présenté des troubles anxieux certains, contre 3 sujets soit 60% non drépanocytaires avec douleur intense présentant des troubles anxieux certains. La douleur (quel que soit son niveau) n'est pas associée aux troubles psychologiques dans les deux groupes pris en compte selon l'échelle HADS.

Les non drépanocytaires ont davantage présenté des troubles anxieux, avec 3 sujets soit 60,0% concernés, mais ce résultat n'est pas significatif (p-value de Fisher Exact = 0,561. Nous pouvons donc dire que les troubles anxieux sont autant présents chez les sujets drépanocytaires que chez les sujets non drépanocytaires, quel que soit le niveau de la douleur.

Ce même tableau renseigne aussi sur l'association douleur, statut clinique et dépression selon l'échelle HADS : 4 sujets, soit 30,8% de sujets drépanocytaires avec douleur intense, ont présenté des troubles dépressifs certains. Aucun sujet n'a présenté à la fois un trouble dépressif certain et douleur intense. Le niveau des troubles anxieux est proportionnel chez les drépanocytaires et les non drépanocytaires, avec 4 sujets 30,8% dans chaque groupe.

Les drépanocytaires ont plus présenté des troubles dépressifs sévères, avec p-value non significatif (P Fisher Exact=0,503). Ce qui veut dire que, le groupe des drépanocytaires est autant affectés par le vécu douloureux dépressif que le groupe de non drépanocytaires.

Le tableau n°8 présente les résultats de l'association entre la douleur et les troubles psychologiques dans les deux groupes de sujets que nous considérons comme deux strates. Les tests statistiques appliqués dans ces deux groupes ne révèlent aucun lien d'association entre la douleur et ces troubles.

Concernant l'association de la douleur et du statut clinique avec l'anxiété selon l'échelle BRPS, le tableau n°8 révèle les résultats suivants : parmi les sujets drépanocytaires présentant une douleur intense, 3 sujets soit 23,1% ont présenté des troubles anxieux sévères et 4 sujets soit 30,8% des troubles anxieux modérés. Parmi les non drépanocytaires, 2 sujets sur 4 (50%) ont présenté des troubles anxieux sévères ou modérés. Avec un seuil de signification de 0,517 et un test de Fisher exact, nous constatons une différence significative. Cela ne signifie qu'aucun de ces deux groupes a vécu la douleur intense avec un état anxieux plus que l'autre.

Quant à l'association de la douleur, le statut clinique et la dépression selon l'échelle BRPS, les résultats du tableau n°8 révèlent que les 8 sujets soit 61,5% avec troubles dépressifs sévères ont présenté de douleur intense chez les drépanocytaires alors qu'ailleurs, aucun sujet n'a présenté de trouble dépressif sévère avec douleur intense dans le groupe des non drépanocytaires.

Tableau V. Troubles psychologiques et facteurs sociodémographiques du patient selon l'échelle HADS

Facteurs	B	p-value	Intervalle de confiance à 95,0% pour B	
			Borne inférieure	Borne supérieure
Anxiété Echelle HADS				
Age du patient	-0,288	0,022	-0,534	-0,043
Sexe du patient	0,299	0,707	-1,285	1,882
Niveau instruction	-1,693	0,038	-3,290	-0,096
Depression approche HADS				
Age du patient	0,012	0,907	-0,197	0,221
Sexe du patient	0,184	0,775	-1,099	1,467
Niveau instruction	0,207	0,758	-1,136	1,550

Il ressort du tableau V que, suivant l'association entre les variables âge, niveau d'étude et l'anxiété sous l'échelle HADS que l'âge et le niveau d'instruction du sujet influencent son anxiété au sens négatif (β =-0,288 ; p-value = 0,022 pour le facteur âge et β = -1,693 p-value = 0,038). Les résultats de ce modèle linéaire généralisé montrent que les sujets les moins âgés et les sujets ayant un niveau d'instruction primaire avaient moins des troubles anxieux sous l'échelle HADS. Ceci revient à dire que plus le patient est âgé plus il a un état anxieux ; plus il avance dans sa scolarité plus il est aussi anxieux. Concernant la dépression et facteurs sociodémographiques du patient par l'échelle HADS au regard de ce même tableau n°9, relatif à l'association de même variables, nous observons qu'aucun facteur n'est associé à la dépression au seuil de 5%.

III. DISCUSSION DES RÉSULTATS

En somme, les données de cette étude suggèrent que l'anxiété et la dépression sont tout aussi fréquentes chez les sujets drépanocytaires que chez leurs homologues non drépanocytaires en hospitalisation. Ces résultats rencontrent dans un sens ou dans un autre ceux rendus publique par Bediako et al (2012) parlant des attitudes sociales et la qualité de vie liée à la santé, soulignent la complexité de l'évaluation de l'anxiété dans la drépanocytose. Ils relèvent que les scores d'anxiété peuvent être élevés, mais pas toujours significativement plus hauts que dans des populations comparables confrontées à d'autres maladies chroniques ou à l'hospitalisation. Cependant, l'association entre douleur et troubles anxieux et/ou dépressifs n'apparaît pas significative dans les deux groupes : la présence d'une douleur élevée ne se traduit pas systématiquement par une anxiété ou une dépression plus marquée.

Nos résultats rejoignent ceux affirmés dans la littérature, nous citons l'étude de Williams & Craig, (2016) ou ils encouragent un changement de paradigme : il ne s'agit plus de traiter la douleur comme un simple symptôme, mais de l'aborder comme un phénomène complexe influencé par l'état émotionnel et les contingences psychosociales. La douleur est un facteur majeur dans l'apparition ou l'exacerbation de troubles anxieux et dépressifs, et les sujets drépanocytaires, du fait de l'intensité et de la récurrence de leurs crises douloureuses, sont particulièrement à risque.

Concernant l'influence de la durée d'hospitalisation sur les sujets : les résultats de l'étude indiquent que la durée médiane d'hospitalisation est de 10 jours pour l'ensemble des patients, sans différence notable entre les drépanocytaires et les autres patients. De plus, l'analyse ne révèle pas de corrélation significative entre la durée d'hospitalisation et l'intensité des troubles anxieux ou dépressifs. Autrement dit, rester plus longtemps à l'hôpital ne prédispose pas forcément à développer davantage l'anxiété ou la dépression, aussi bien chez les drépanocytaires que chez les non drépanocytaires.

Plusieurs études (Asnani et al., 2009 ; Bediako et al., 2011) confirment qu'il n'existe pas nécessairement de lien direct et systématique entre la durée d'hospitalisation et le niveau d'anxiété ou de dépression, tant chez les personnes drépanocytaires que chez d'autres patients atteints de maladies chroniques. Mais Ballas (2010) nuance qu'une hospitalisation prolongée peut néanmoins être le reflet d'une plus grande sévérité clinique.

CONCLUSION

Cette étude a évalué les troubles psychologiques chez les sujets vivant avec la drépanocytose sous l'échelle de l'anxiété et la dépression (hôspital hanxiety and dépression scale, HADS) et l'échelle psychiatrique brève, BRPS. L'étude a conclu que l'anxiété est significative chez les patients hospitalisés avec un taux de 56,7%, tandis que la dépression est à 34,6% selon l'échelle HADS. Les résultats ne montrent pas que la douleur ou la durée d'hospitalisation induisent spécifiquement un état anxieux dans l'un ou l'autre groupe sous cette échelle. Même si un nombre plus élevé de drépanocytaires a ressenti une douleur intense, celle-ci n'est pas corrélée à l'anxiété de manière statistiquement significative, selon l'échelle HADS.

Selon l'échelle BPRS, l'anxiété est sévère à 36,7% chez les non drépanocytaires et à 34,6% chez les drépanocytaires. La dépression sévère est cependant plus élevée chez les drépanocytaires (46,2%) que chez les non drépanocytaires (13,3%). La présente étude ne semble pas esquisser la question sur le diagnostic des troubles psychologiques chez les drépanocytoses, néanmoins, elle apporte sa modeste contribution à la compréhension sur ce sujet tant complexe qu'il en exige d'autres études de complément à grande echelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Al-Marzouki, A., Al-Harthi, H., Al-Sayyid, H., Al-Zahrani, M., Al-Shamrani, K., & Al-Amoudi, S. (2021). The prevalence of depression and anxiety among sickle cell disease patients in King Abdulaziz University Hospital. *Journal of Nature and Science of Medicine*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34646713/
- Asnani, M. R., Lipps, G., & Reid, M. (2009). Depression and loneliness in patients with sickle cell disease: the role of disease severity, religious practice, and medication usage. *BMC Psychiatry*. 9. 75.
- Bediako, S.M., Lavender, A.R., & Byrd, G. (2011). Need for belonging, relationship satisfaction, and depression in patients with sickle cell disease. *Clinical Practice in Pédiatric Psychology*. 2(1). 30-37.
- Mishkin, A., DeBaun, M. R., & Kanter, J. (2023). Mental health disorders are prevalent and underdiagnosed in individuals with sickle cell disease. *The Hematologist*. https://ashpublications.org/thehematologist/article/doi/10.1182/hem.V20.6.202366/498546
- Oudin Doglioni, C., Fayad, A., Lionnet, F., & Girot, R. (2021). *Depression in adults with sickle cell disease: A systematic review of methodological issues in assessing prevalence*. *BMC Psychology*. 9(1). 1–17.
- Shrestha, D., Chaudhary, S., & Kunwar, S. (2024). Prevalence of depression and associated factors among patients with sickle cell disease in Western Nepal. *Asian Journal of Psychiatry, 93*, Article 103857. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40496429/