Vol. 5, N°19, pp. 617– 629, Septembre 2026
Copy©right 2024 / licensed under CC BY 4.0
Author(s) retain the copyright of this article
ISSN : 1987-1465
DOI : https://www.doi.org/10.62197/BKBC5968
Indexation : Copernicus, CrossRef, Mir@bel, Sudoc, ASCI, Zenodo
Email : RevueKurukanFuga2021@gmail.com
Site : https://revue-kurukanfuga.net

La Revue Africaine des Lettres, des Sciences Humaines et Sociales ***KURUKAN FUGA***

DEPRESSION ET RESILIENCE CHEZ DES DREPANOCYTAIRES SS A ABIDJAN : UNE APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE

Kinanya Donatien TOURE[1]

KONE née YEO Lokotianwa Sali

Kobenan Kossonou Olivier KRA

Paul-Marie MOYENGA[2]

Robe Yann Éphrèm DALI

Université Félix Houphouët-Boigny (RCI), Département de Psychologie
E-mail :……..

****

Résumé : Cette étude examine la construction du vécu de la dépression chez des drépanocytaires à Abidjan. Inscrite dans une perspective qualitative, elle interroge un échantillon de quatre drépanocytaires de phénotype SS sélectionnés à l'aide de la technique de saturation. Les données recueillies par voie d'entretiens semi-directifs ont été traitées à l'aide d'une analyse de contenu thématique associée à l'approche phénoménologique. Les principaux résultats obtenus révèlent un vécu caractérisé par une souffrance psychologique et physique, la peur de la mort, la stigmatisation et le rejet social. Entre les dépressifs et les résilients, la différence ne tient pas tant au degré de la maladie qu'à l'activation des ressources psychologiques et sociales. En effet, les drépanocytaires résilients ne souffrent pas moins, ils souffrent juste différemment avec des ressources qui leur permettent de faire face à la souffrance. Divers modèles théoriques complémentaires (Leventhal, Bury, Frank, Lazarus et Klein) ont permis d'éclairer, d'un point de vue cognitif, narratif, transactionnel et psychodynamique, l'expérience dépressive des patients atteints de drépanocytose. Les résultats obtenus soutiennent l'intégration systématique d'une prise en charge psychologique dans le traitement des personnes atteintes de drépanocytose, notamment en milieu hospitalier où ce type d'accompagnement est quasi inexistant.

Mots-clés : dépression ; drépanocytose ; perception ; phénotype SS ; vécu subjectif.

****

Abstract: This study examines how individuals with sickle cell disease in Abidjan construct their experience of depression. Adopting a qualitative perspective, the study investigates a sample of four patients with the SS phenotype, selected using the saturation technique. Data collected through semi-

[1] tourekinaya@gmail.com
[2] Université Joseph Kizerbo-Burkina Faso

structured interviews were analyzed using thematic content analysis combined with a phenomenological approach. The findings reveal an experience characterized by psychological and physical suffering, fear of death, stigmatization, and social rejection. The difference between those who become depressed and those who demonstrate resilience lies not so much in the severity of the disease itself, but in the mobilization of psychological and social resources. Indeed, resilient patients do not suffer less; rather, they suffer differently, utilizing resources that enable them to cope with their suffering. Various complementary theoretical models (Leventhal, Bury, Frank, Lazarus, and Klein) provide insight into the depressive experience of sickle cell patients from cognitive, narrative, transactional, and psychodynamic perspectives. The results support the systematic integration of psychological care into the treatment of individuals with sickle cell disease, particularly in hospital settings, where such support is virtually non-existent.
Keywords: sickle cell disease; SS phenotype; depression; subjective experience; perception.

****

INTRODUCTION

Dans le DSM-5, la dépression est connue sous le nom de trouble dépressif majeur et constitue un épisode clinique caractérisé par la présence d'au moins cinq symptômes pendant une période minimale de deux semaines, correspondant à une altération significative du fonctionnement par rapport au fonctionnement antérieur. Ces symptômes peuvent être : une humeur dépressive permanente, une perte d'intérêt ou de plaisir importante, des troubles du sommeil, des sentiments de dévalorisation, une fatigue permanente, une baisse des capacités cognitives et, dans les cas les plus graves, des idées suicidaires récurrentes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2026), en 2023, la dépression touchait 4 % de la population et près de 5,2 % des adultes dans le monde, soit environ 322 millions de personnes.

Les études (Jonassaint et al., 2016 ; Onyeaka et al., 2019 ; Sogutlu et al., 2011 ; Taylor et al., 2013) consultées mentionnent un lien entre les maladies chroniques caractérisées par des douleurs chroniques progressivement invalidantes avec hospitalisations répétées et la symptomatologie dépressive. Ces symptômes peuvent avoir un impact sur l'humeur des patients. Ces manifestations s'observent également chez les personnes atteintes de drépanocytose.

Egalement appelée anémie falciforme, la drépanocytose est une affection héréditaire qui entraîne une déformation des globules rouges en forme de faucille. Elle se caractérise par la présence d'une hémoglobine S qui provoque l'obstruction des vaisseaux sanguins provoquant des crises vaso-occlusives d'une intensité douloureuse, ainsi que des complications graves (AVC, nécrose osseuse). Dans son rapport de 2025, l'OMS estimait à environ 7,74 millions les

personnes atteintes de la drépanocytose dans le monde en 2021 avec près de 80 % en Afrique subsaharienne et environ 515 000 enfants nés avec cette maladie durant cette même année.

En Côte d'Ivoire, cette réalité est accentuée par la quasi-absence de professionnels de la santé mentale dans les institutions publiques. L'évolution chronique de la maladie impose une dure réalité quotidienne aux patients : une gestion difficile de la douleur, des hospitalisations fréquentes, une stigmatisation sociale, des limitations dans les activités quotidiennes et un accès difficile aux soins. Ces contraintes sont un terrain fertile au développement de troubles dépressifs. En effet, une dépression non traitée pose le problème de l'aggravation des manifestations physiques de la drépanocytose, de l'adhésion au traitement et du cercle maladie-dépression.

La chronicité de cette maladie impose aux patients une réalité quotidienne éprouvante avec de multiples conséquences. Par exemple, on note sur le plan individuel une exacerbation des douleurs physiques, une augmentation de la fréquence des crises et une baisse de la motivation à survivre. L'isolement progressif et les difficultés relationnelles sont des difficultés qui peuvent apparaître sur le plan social. Elles peuvent compromettre l'intégration scolaire et professionnelle de l'individu. Sur le plan familial, la détresse psychologique non prise en charge crée une fatigue financière et émotionnelle pour les proches aidants. Sur le plan systémique, l'absence de soutien psychologique se traduit à travers une forte augmentation des consultations et des hospitalisations liées aux complications psychosomatiques.

Les études consultées établissent un lien entre la dépression et plusieurs maladies chroniques (Katon, 2011 ; Moussavi et al., 2007). Mais celles qui examinent le lien entre la dépression et la drépanocytose en Côte d'Ivoire sont assez rares. C'est en particulier au Nigeria que des travaux ont été recensés. Par exemple, Ohaeri et al. (1995) ont montré dans leur analyse que les personnes drépanocytaires entretenaient des pensées dépressives en lien avec leur condition. Ces résultats ont été confirmés par des études ultérieures (Ohaeri et al., 1995 ; Hasan et al., 2003 ; Asnani et al., 2010). Cette prépondérance des travaux dans les pays autres que la Côte d'Ivoire limite leur application dans le contexte ivoirien. À côté de cette limite géographique, on constate aussi qu'aucune étude, à notre connaissance, n'a encore été menée en Côte d'Ivoire sur l'expérience subjective de la dépression chez les drépanocytaires SS. Au vu de ces éléments, la présente recherche vise à comprendre le vécu de la dépression chez les drépanocytaires SS résidant à Abidjan. Elle soulève la question suivante : comment les patients drépanocytaires perçoivent et construisent-ils leur vécu de la dépression ? Pour répondre à cette question, trois objectifs spécifiques permettent d'orienter notre démarche : (1) comprendre l'expérience vécue de la dépression chez les drépanocytaires SS à Abidjan ; (2) identifier ce qui distingue les drépanocytaires déprimés des non-déprimés ; (3) saisir les stratégies d'adaptation mobilisées pour faire face à la dépression.

Afin d'atteindre les objectifs fixés ci-dessus, ce travail de recherche prendra forme autour des axes suivants : la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion.

2. MÉTHODES ET MATÉRIELS

Cette section présente les éléments suivants : le site et la population d'étude, les caractéristiques de l'échantillon, l'outil de collecte de données et l'approche choisie pour l'analyse.

2.1 Site et population d'étude

L'étude a été menée à Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire. La population cible est exclusivement constituée de drépanocytaires de phénotype SS, forme homozygote la plus sévère sur le plan clinique, dont la littérature montre qu'ils sont les plus exposés aux troubles dépressifs.

2.2 Échantillon : technique et caractéristiques

L'échantillon est composé de quatre participants drépanocytaires de type SS, résidant à Abidjan, recrutés selon le principe de saturation thématique (Guest et al., 2006 ; Fugard et Potts, 2015 ; Glaser et Strauss, 1967). Les critères d'inclusion étaient : avoir un phénotype SS, âge supérieur à 18 ans, résidence à Abidjan, capacité à s'exprimer librement sur la maladie et son vécu psychologique. Les personnes mineures, celles présentant des troubles cognitifs et les porteurs d'un phénotype autre que SS étaient exclus.

2.3 Instrument et déroulement des entretiens

L'entretien semi-directif a été retenu comme instrument de recueil des données car il offre une structure thématique préétablie tout en laissant place à la libre expression subjective du participant. Le guide d'entretien élaboré à cet effet se structure comme suit : (1) expérience de la dépression ; (2) facteurs distinctifs entre drépanocytaires dépressifs et non dépressifs ; (3) stratégies d'adaptation.

Conduite individuellement sur rendez-vous, chaque séance d'échanges durait de 30-45 minutes. Afin de permettre une collecte de données respectueuse des règles éthiques, nous avons procédé comme suit : information préalable des participants, obtention du consentement éclairé pour l'enregistrement audio, anonymisation des transcriptions.

2.4 Analyse des données

L'analyse s'est appuyée sur une approche phénoménologique et compréhensive, combinée à une analyse de contenu thématique (lecture des retranscriptions, codage des unités de sens, regroupement en thèmes, interprétation). La collecte a été arrêtée au moment de la saturation thématique.

3. RÉSULTATS

L'analyse de contenu faite à partir des entretiens des quatre participants a permis d'obtenir les résultats présentés ci-dessous :

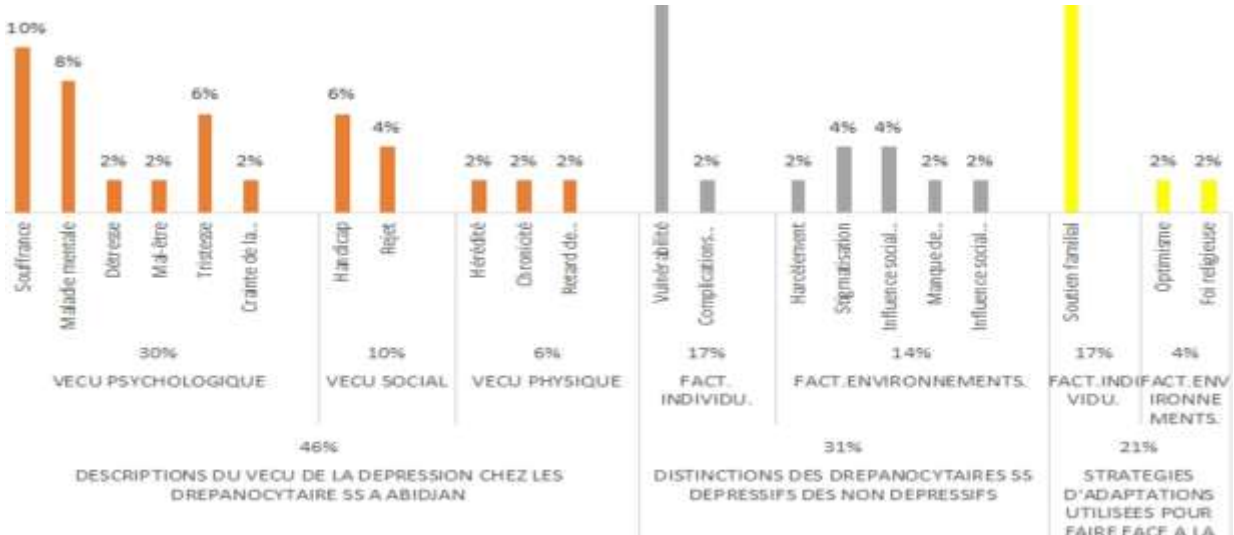


Figure 1 : perception et construction du vécu de la dépression chez les drépanocytaires à Abidjan

Source : extrait de l'analyse des données

L'analyse de contenu réalisée à partir des quatre entretiens a permis d'identifier cinq registres constitutifs du vécu de la dépression : *le vécu psychologique, le vécu social, le vécu physique, les facteurs distinctifs entre profils dépressifs et résilients et les stratégies d'adaptation*. Les fréquences d'apparition des thèmes ne constituent pas des données statistiques généralisables ; leur seule utilité est de rendre compte de la dominance relative d'un thème au sein du corpus.

3.1 Le vécu psychologique

La dimension psychologique constitue le registre le plus saillant, unanimement partagé par les quatre participants. La souffrance s'y manifeste sous des formes variées mais toujours intenses. Une participante l'exprime ainsi :

> « C'est difficile. Je suis constamment malade. Je ne peux pas vivre comme les autres. Faire comme les autres. Être comme les autres. »

Cette affirmation révèle un mal-être identitaire profond : la maladie n'est plus perçue comme extérieure au sujet mais comme une composante étouffante de son identité. Elle traduit également une souffrance liée à la comparaison sociale, vécue comme une injustice. Un second participant formule une rupture avec son propre corps : « Même mon corps est différent. » Dans la perspective kleinienne, le corps devient un objet interne de persécution, source d'angoisse existentielle et de honte. La crainte de la mort occupe également une place centrale : « Je suis tout le temps malade. J'ai tout le temps peur de mourir, de laisser ma famille. » Ce discours, marqué par la répétition de l'expression « tout le temps », traduit un sentiment de fatalité et d'impuissance caractéristique du récit du chaos décrit par Frank (1995).

3.2 Le vécu social

Le registre social se structure autour du handicap (retrait des activités, impossibilité de maintenir une vie scolaire ou professionnelle stable, dépendance croissante à l'entourage) et du rejet social. La stigmatisation vécue au quotidien joue un rôle central dans l'apparition des

symptômes dépressifs : « Être harcelée à l'école, être mise à l'écart. » Ces éléments correspondent à la première étape de la rupture biographique décrite par Bury (1982), la perturbation des structures de la vie quotidienne.

3.3 Le vécu physique

Certes moins dominant que les autres dimensions, il revêt tout de même un registre significatif. Il se décline à travers l'hérédité qui est vécue comme une forme de fatalité programmée à la naissance. La chronicité de la maladie alimente le sentiment d'une maladie sans fin et le retard de croissance, qui est une manifestation physique douloureuse, expose parfois les personnes aux jugements des pairs. Ces aspects rappellent que le vécu dépressif s'enracine aussi dans les contraintes corporelles et biologiques.

3.4 Facteurs distinctifs entre profils dépressifs et résilients

Deux ensembles de déterminants spécifiques ont été identifiés : d'une part, les facteurs individuels qui renvoient à la vulnérabilité psychologique de chaque participant, notamment leur capacité à faire la différence entre souffrance physique et souffrance psychologique et leur degré d'acceptation de la maladie. D'autre part, les facteurs environnementaux tels que le soutien social. Les participants déterminent eux-mêmes l'entourage comme facteur. Cet aspect se perçoit à travers les extraits de discours suivants : « c'est l'entourage, surtout la famille et les amis » ; « l'entourage, le soutien, la tolérance ». Ici, l'accent est mis sur la présence ou l'absence de soutien social. Le harcèlement et la stigmatisation apparaissent comme des facteurs qui aggravent l'état psychologique et physique alors que le soutien familial et l'influence sociale protègent.

Tableau 1 : Comparaison entre profil dépressif et profil résilient

Dimension d'analyse	Profil dépressif	Profil résilient
Représentation de la maladie (Leventhal et al., 1980)	L'identité : confusion entre fatigue physique et psychique. Sentiment de fatalité.	La différence entre une crise physique et une condition morale. Perspective biologique de la maladie.
Type de récit (Frank, 1995)	Le récit du chaos : il est centré sur la souffrance, la mort avec un manque de projection du sujet dans l'avenir.	Le récit de la quête d'équilibre : optimisme, foi, épreuve surmontée.
Stratégies d'adaptation (Lazarus & Folkman, 1984)	Les stratégies liées aux émotions passives des sujets : l'isolement, le rejet et la perte de repères.	La mobilisation du soutien familial, de la foi religieuse et d'un optimisme actif.
Position psychodynamique (Klein, 1940)	La position schizo-paranoïde : la maladie comme objet interne persécuteur.	La position dépressive (intégrative) : capacité à intégrer la maladie sans annuler l'identité.

Impact social	L'arrêt des activités, le retrait social et professionnel, la dépendance accrue.	La poursuite des projets malgré les limitations physiques.

Source : établi à partir du point de vue des auteurs consultés

Ce tableau légitime les observations précédentes en ce sens qu'il met en évidence une réalité forte entre les deux profils : la structure du récit est la réelle différence entre les profils dépressifs et les profils résilients. Les patients résilients ne souffrent pas moins, ils souffrent juste différemment avec des ressources qui leur permettent de faire face à ladite souffrance.

3.5 Les stratégies d'adaptation

Nonobstant leur vécu douloureux, les participants mobilisent des ressources pour faire face à la dépression. Trois stratégies principales ont été identifiées : (1) le soutien familial, ressource la plus fréquemment mobilisée, assurant un accompagnement affectif, matériel et social qui atténue l'isolement et favorise l'adhésion au traitement ; (2) l'optimisme, soit une intention maintenue de se projeter positivement dans l'avenir malgré les difficultés quotidiennes ; (3) la foi religieuse, perçue comme une ressource spirituelle d'espoir et de consolation, visible dans le discours : « L'espoir que je vais guérir. Que Dieu va me guérir. »

4. DISCUSSION

Les résultats de cette recherche mettent en lumière la manière dont la dépression, chez les drépanocytaires, s'inscrit dans une expérience globale où l'identité même du sujet se trouve submergée par la maladie. Plusieurs cadres théoriques permettent d'éclairer cette réalité selon des angles complémentaires.

Selon le modèle d'autorégulation du sens commun de Leventhal et al. (1980), les drépanocytaires dépressifs se représentent leur maladie comme permanente, incontrôlable et socialement handicapante. À l'opposé, les résilients, quant à eux, parviennent à établir une distinction entre leur état physique et leur état psychologique, ce qui leur permet de mettre en place des éléments de protection.

La rupture biographique décrite par Bury (1982) est effective et profonde au regard du modèle narratif de la maladie. La distinction entre profils dépressifs et résilients ne dépend pas de la gravité clinique objective, mais de la nature du récit construit autour de l'expérience de la maladie : récit du chaos pour les profils dépressifs, récit de quête de résistance pour les profils résilients (Frank, 1995).

L'approche de Lazarus et Folkman (1984) permet de cerner les dynamiques d'adaptation développées par les participants de la présente étude. En effet, face à une évaluation de la maladie comme menace et perte, les individus mobilisent des stratégies essentiellement centrées sur des aspects émotionnels, telles que le soutien familial, la foi ou l'optimisme pour faire face au vécu difficile. Les analyses de Mishel (1988, 1990) montrent également que dans les maladies chroniques, l'incertitude conduit les patients à mobiliser les facteurs tels que le soutien social et la spiritualité comme principales stratégies de résilience.

Dans la perspective psychodynamique, Klein (1940) apporte un éclairage sur la dimension inconsciente du vécu dépressif. Elle établit que, chez les participants au profil dépressif, la maladie est vécue comme un objet interne persécuteur (position schizo-paranoïde) alors que chez leurs pairs résilients, elle est intégrée dans le soi sans pour autant l'occulter (position dépressive dans une perspective intégrative). Le soutien familial apparaît ici comme un catalyseur capable de tenir l'angoisse alors que la foi et l'optimisme fonctionnent comme des mécanismes de sublimation.

Ces résultats sont cohérents avec les travaux de Poku, Caress et Kirk (2018), dont la revue intégrative sur l'analyse des expériences des adolescents atteints de drépanocytose avait déjà mis en évidence la présence du désir de normalité, la forte prévalence de l'anxiété et de la dépression dans cette population. Notre étude vient confirmer que ce désir de « vivre comme les autres » est un pivot central du vécu psychologique des drépanocytaires, quel que soit leur âge. Il alimente la comparaison sociale dévalorisante décrite par nos participants.

Dans l'étude narrative d'Essien et al. (2023) sur les défis psychosociaux des personnes atteintes de drépanocytose, la dépression et l'anxiété ont été documentées comme conduisant à une moins bonne observance du traitement, à une augmentation de la douleur et à des perturbations importantes dans divers domaines de la vie. Ces conclusions sont en parfait accord avec celles de notre étude : les profils dépressifs de notre étude sont caractérisés par un retrait social important, un arrêt des activités scolaires ou professionnelles et une diminution de l'observance des soins. Cette étude contribue au travail d'Essien et al. (2023) en y apportant une lecture qualitative et phénoménologique de ce processus. En effet, la dépression n'est pas seulement une comorbidité à mesurer, c'est une expérience vécue dont la structure narrative conditionne les ressources disponibles pour y faire face.

Dans le contexte africain, les travaux d'Ingram (2018) menés au Cap sur le profil des patients adultes atteints de drépanocytose en milieu hospitalier ont mis en évidence la conjonction de

vulnérabilités socio-économiques, de stigmatisation et de déficit de soutien psychologique institutionnel comme facteurs aggravants des trajectoires dépressives. Les résultats viennent confirmer et affiner cette observation dans le contexte ivoirien : les mécanismes de stigmatisation sociale que nous avons identifiés dans notre corpus – harcèlement scolaire, exclusion sociale, regard de l'autre – font partie d'un processus de disqualification sociale qui accroît la souffrance psychologique bien au-delà des crises vaso-occlusives.

La présente étude comporte des limites. En effet, l'échantillon restreint (n=4), bien que justifié par le principe de saturation thématique, expose la recherche à des biais de sélection liés au recrutement exclusivement associatif. Le contexte particulier d'Abidjan et la nature qualitative de la démarche ne permettent pas de généraliser les résultats. On pourrait aussi ajouter à la liste l'absence de diagnostic formel de la dépression dans la sélection des participants et le risque de désirabilité sociale dans leurs réponses.

CONCLUSION

Cette recherche menée auprès de drépanocytaires SS à Abidjan met en lumière la profondeur et la complexité de l'expérience psychologique de ces patients. L'étude souligne que la dépression est une réalité particulièrement éprouvante qui met à l'épreuve la vie des drépanocytaires en plus des complications physiques. La différence entre les profils dépressifs et résilients ne réside pas dans une différence de gravité clinique objective, mais dans une différence de structure narrative et de ressources utilisées. Les principales méthodes d'adaptation/mécanismes identifiés dans cette étude sont le soutien familial, la foi religieuse et l'optimisme.

Les résultats mettent en lumière l'urgence de mettre en place des soins psychologiques en complément des soins médicaux, de créer des cellules d'écoute en milieu hospitalier, d'engager des campagnes de sensibilisation à la santé mentale des patients atteints de maladies chroniques et d'animer des ateliers de formation pour les familles des malades. Bien que ces résultats permettent de comprendre le vécu de la dépression, certaines contraintes méthodologiques limitent leur portée. En effet, la taille réduite de l'échantillon et l'absence de diagnostic formel et préalable des sujets constituent les principales insuffisances à prendre en compte dans les travaux futurs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Asnani, M. R., Fraser, R., Lewis, N. A., & Reid, M. E. (2010). "Depression and loneliness in Jamaicans with sickle cell disease." *BMC Psychiatry*, 10, 40. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-40

Bury, M. (1982). "Chronic illness as biographical disruption." *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167–182.

Essien, E. A., Winter-Eteng, B. F., Onukogu, C. U., Nkangha, D. D., & Daniel, F. M. (2023). "Psychosocial challenges of persons with sickle cell anemia: A narrative review." *Medicine*, 102(47), e36147. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000036147

Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago : University of Chicago Press.

Fugard, A. J. B., & Potts, H. W. W. (2015). "Supporting thinking on sample sizes for thematic analyses: A quantitative tool." *International Journal of Social Research Methodology*, 18(6), 669–684. https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1005453

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago : Aldine.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). "How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability." *Field Methods*, 18(1), 59–82. https://doi.org/10.1177/1525822X05279903

Hasan, S. P., Hashmi, S., Alhassen, M., Lawson, W., & Castro, O. (2003). "Depression in sickle cell disease." *Journal of the National Medical Association*, 95(7), 533–537.

Ingram, C. K. (2017). *Perceptions of health-related quality of life among adults living with sickle cell disease in Cape Town, South Africa* [Mémoire de master (MSc Med), University of Cape Town]. Le Cap, Afrique du Sud : University of Cape Town.

Jonassaint, C. R., Jones, V. L., Leong, S., & Frierson, G. M. (2016). "A systematic review of the association between depression and health care utilization in children and adults with sickle cell disease." *British Journal of Haematology*, 174(1), 136–147. https://doi.org/10.1111/bjh.14023

Katon, W. J. (2011). "Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness." *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7–23.

Klein, M. (1940). “Mourning and its relation to manic-depressive states.” *International Journal of Psycho-Analysis*, 21, 125–153.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). “The common sense representation of illness danger.” In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (Vol. 2, pp. 7–30). Oxford : Pergamon Press.

Mishel, M. H. (1988). “Uncertainty in illness.” *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232.

Mishel, M. H. (1990). “Reconceptualization of the uncertainty in illness theory.” *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256–262.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). “Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys.” *The Lancet*, 370(9590), 851–858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9

Ohaeri, J. U., Shokunbi, W. A., Akinlade, K. S., & Dare, L. O. (1995). “The psychosocial problems of sickle cell disease sufferers and their methods of coping.” *Social Science & Medicine*, 40(7), 955–960. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00154-L

Onyeaka, H. K., Queeneth, U., Rashid, W., Ahmad, N., Kuduva Rajan, S., Jaladi, P. R., & Patel, R. S. (2019). “Impact of depression in sickle cell disease hospitalization-related outcomes: An analysis of the National Inpatient Sample (NIS).” *Medicina*, 55(7), 385. https://doi.org/10.3390/medicina55070385

Organisation mondiale de la Santé. (2025, 6 août). *Sickle-cell disease*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sickle-cell-disease, consultée le 30/09/2026

Organisation mondiale de la Santé. (2026, 11 septembre). *Depressive disorder (depression)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression, consultée le 30/09/2026

Poku, B. A., Caress, A.-L., & Kirk, S. (2018). “Adolescents’ experiences of living with sickle cell disease: An integrative narrative review of the literature.” *International Journal of Nursing Studies*, 80, 20–28. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.008

Sogutlu, A., Levenson, J. L., McClish, D. K., Rosef, S. D., & Smith, W. R. (2011). “Somatic symptom burden in adults with sickle cell disease predicts pain, depression, anxiety,

health care utilization, and quality of life: The PiSCES project." *Psychosomatics*, 52(3), 272–279. https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.01.010

Taylor, L. E. V., Stotts, N. A., Humphreys, J., Treadwell, M. J., & Miaskowski, C. (2013). "A biopsychosocial-spiritual model of chronic pain in adults with sickle cell disease." *Pain Management Nursing*, 14(4), 287–301. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.06.003