

Connaissances de la drépanocytose et pratiques de prévention dans la population d'un district urbain de Lomé, Togo.

T. Guédéhoussou (1), A.D. Gbadoé (2), K. Lawson-Evi (2), D.Y. Atakouma (2), A.K. Ayikoé (1), A. Vovor (2), K. Tatagan-Agbi (2) & J.K. Assimadi (2)

(1) Service de pédiatrie CHR Lomé-Commune, BP 7319 Lomé, Togo. Tél. : (00228) 32041 32 / (00 228) 905 1799, fax : (228) 222 79 65, e-mail : tetegued@yahoo.fr
(2) Service de pédiatrie, CHU Tokoin, Lomé, Togo.

Manuscrit n° 3163. "Anthropologie médicale". Reçu le 20 septembre 2007. Accepté le 15 avril 2008.

Summary: Knowledge of sickle cell disease and prevention methods in an urban district of Lomé, Togo.

Despite the important frequency of the gene "S" in Togo, essential information remains insufficient to elaborate a prevention campaign on this affection. In order to assess the knowledge on sickle cell diseases as well as the prevention practices in the Togo population in one of the five districts of the township of Lomé, a cross sectional study was conducted in the third district of the township of Lomé from January 21, 2004 to January 26, 2004 in 210 natives from Togo aged of 15 and over, through a semi-structured questionnaire. The variables studied were: - the socio-demographic features and the knowledge of sickle cell disease characteristics (symptoms, biological diagnosis, treatment and means). Data collected were analysed through software Statically Package for Social Science (SPSS) version 10.0 of Windows using the χ^2 test with 5% significance in the comparison of some variables. 117 women and 93 men were interviewed. Sickle cell disease was known in almost all ethnic groups but incompletely: 79.5% of the individuals knew about premarital check up but only 12.4% knew about haemoglobin electrophoresis check up. 74.8% of the people had a good knowledge of the cause of sickle cell disease, 78.6% had a fairly good knowledge of its symptoms, 57.6% knew the factors inducing attacks, 64.3% the prognosis and 69.5% the prevention methods, but a poor knowledge of the complications (62.4%), biological diagnosis (71%) and treatment (97.2%).

The prevention practices were poorly adopted: 12% had an haemoglobin electrophoresis check up and 15% of them had their husband to have one as well.

Professional status influenced the level of knowledge of the biological diagnosis ($p=0.001$) and prevention means ($p=0.018$). The educational level influenced biological diagnosis knowledge ($p=0.000$) and prevention means ($p=0.02$). On the whole, sickle disease was linked to marital status ($p = 0.00$). Sickle cell disease remains quite unknown in spite of the gene "S" important frequency in Togo. These results are to be taken into account to implement information, education and communication program to struggle against sickle cell disease.

Résumé :

L'insuffisance d'indispensables données sociales permettant la confection des messages éducatifs de prévention de la drépanocytose nous a incité à entreprendre un travail ayant pour but d'évaluer les connaissances sur la drépanocytose ainsi que les pratiques des populations d'un district urbain de Lomé. Cette étude vise à aider à la prévention de cette maladie.

Il s'agit d'une enquête par interview directe de 210 personnes âgées de 15 ans et plus, tirées au hasard par échantillonnage par grappe à deux niveaux. L'enquête s'est déroulée du 21 au 26 janvier 2004 dans le 3^e district sanitaire de « Lomé-Commune ». Le questionnaire structuré et testé portait sur les variables sociodémographiques et les caractéristiques de la drépanocytose. L'étude a concerné 117 femmes et 93 hommes. La drépanocytose était connue de presque toutes les populations, mais de façon incomplète. L'existence d'un bilan pré-nuptial était connue de 79,5 % des enquêtés, mais 12,4 % des personnes savaient que l'électrophorèse de l'hémoglobine faisait partie de ce bilan; 11,4 % des personnes connaissaient l'interprétation de l'électrophorèse de l'hémoglobine (Hb). De façon générale, la connaissance de la drépanocytose était bonne sur la cause (74,8 %), assez bonne sur les signes évocateurs (78,6 %), les facteurs favorisant les crises (57,6 %), le pronostic (64,3 %) et les moyens de prévention (69,5 %) et passable sur les complications (62,4 %), le diagnostic biologique (71 %) et la prise en charge du drépanocytair (97,2 %). Les pratiques de prévention étaient peu adoptées : 22,4 % des personnes (47/210) ont eu une électrophorèse de l'hémoglobine. Pour 31 d'entre elles (66 %) leurs partenaires avaient aussi bénéficié de cet examen, soit 15 % de l'ensemble des enquêtés. La profession influençait le degré de connaissance du diagnostic ($p = 0,001$), des moyens de prévention ($p = 0,018$) et l'adoption de pratiques de prévention ($p = 0,001$). Le niveau d'instruction influençait le degré de connaissance du diagnostic biologique ($p < 0,0001$) et les moyens de prévention ($p = 0,02$). La connaissance de la drépanocytose était dans

sickle cell disease
popular representations
knowledge
prevention
Lomé
Togo
Sub Saharan Africa

drépanocytose
représentations populaires
connaissances
prévention
Lomé
Togo
Afrique intertropicale

l'ensemble liée à la situation matrimoniale ($p = 0,001$). Si les symptômes « ressentis » font l'objet de représentations populaires, leur lien avec la définition scientifique et les soins médicaux qu'il est possible d'effectuer n'est pas encore suffisamment établi. Les résultats de cette étude, montrant l'écart entre ces deux univers de sens et de pratiques sont importants à prendre en compte pour la conception des programmes d'information, d'éducation et de communication en matière de lutte contre l'hémoglobinopathie « S ».

Introduction

En Afrique, au sud du Sahara, la drépanocytose constitue la première cause d'anémie hémolytique chronique et pose un véritable problème de santé publique. La prévalence de l'hémoglobine « S » est relativement élevée, pouvant atteindre 30 à 40 % de la population des pays d'Afrique équatoriale (10). La morbidité est liée aux complications aiguës et chroniques et à leur impact psychosocial et économique (1). La mortalité est relativement élevée, surtout chez les enfants de moins de cinq ans (7). Au Togo, la prévalence de l'hémoglobine « S » est de 16,1 %, avec 3 à 5 % de formes majeures (2, 13, 11). 10 % des lits au CHU Tokoin, l'hôpital de référence du pays, sont occupés par des drépanocytaires (3, 4). En 1999, la prise en charge hospitalière était évaluée entre 150 et 180 dollars US par an, alors que le revenu moyen par habitant et par an était de 340 dollars au Togo (6). Socialement, les malades sont confrontés aux problèmes de leur insertion socioprofessionnelle (mariage, emploi) et parfois à la détérioration des relations de couple. Cependant, malgré l'ampleur du problème drépanocytairaire, il n'existe pas de véritable programme de santé pour lutter contre cette maladie au Togo. De plus, certaines stratégies mises en œuvre par les autorités sanitaires et les efforts de prévention et de prise en charge initiés par l'Association togolaise de contrôle de la drépanocytose (ATCD) pour pallier ces lacunes sont de portée limitée. L'insuffisance d'informations de base pour confectionner des messages éducatifs adaptés pour la prévention de la drépanocytose nous a amené à faire ce travail qui a pour but d'évaluer les connaissances ainsi que les pratiques des populations d'un district urbain de Lomé visant à prévenir cette maladie.

Population et méthodes

Dans le troisième district sanitaire de Lomé-Commune (un des cinq districts sanitaires de cette région), nous avons conduit, du 21 au 26 janvier 2004, une enquête par entretien direct structuré à l'aide d'un questionnaire. Il s'agit d'une enquête par grappes avec sondage aléatoire à deux niveaux. Au total 210 ménages ont été tirés au hasard à partir de 9 grappes tirées elles aussi au hasard des 60 que compte la zone de l'étude. Une personne de nationalité togolaise âgée de 15 ans et plus a été tirée par ménage. Le questionnaire structuré et testé portait sur les variables sociodémographiques et les caractéristiques de la drépanocytose. L'évaluation des connaissances sur la maladie était basée sur certains critères préétablis (tableau I). Les pratiques de prévention étaient subdivisées en « attitude

Tableau I.

Critères d'évaluation des connaissances des enquêtés sur la drépanocytose. Evaluation criteria of knowledge of population being interviewed on Sickle cell disease.				
	bien	assez bien	passable	nulle
cause	hérédité	les parents	la famille	NSP*
signes cliniques évocateurs	4 signes et plus**	2 signes à 3 **	1 signe**	NSP*
complications	5 complications et plus**	2 à 4 complications**	1 complication**	NSP*
facteurs favorisants	4 facteurs et plus**	2 à 3 facteurs **	1 facteur**	NSP*
diagnostic biologique	électrophorèse de l'hémoglobine	– test d'Emmel – test d'Itano	prise de sang	NSP*
pronostic	– complications mortelles et invalidantes – fonction de la prise en charge	– mort avant 20 ans – mort après 20 ans	– mort rapide – guérison sous traitement	NSP*
prise en charge du drépanocytairaire	– médicaments – éviction des facteurs favorisants – intégration socio-professionnelle	2 des 3 propositions de la colonne "bien"	1 des 3 propositions de la colonne "bien"	NSP*
moyens de prévention	éviter le mariage entre deux porteurs de la tare S et/ ou C	– éviter le mariage entre les AS – éviter le mariage entre AS et AC – éviter le mariage entre 2 drépanocytaires – dépistage du couple + conseil médical	– éviter le mariage avec un drépanocytairaire – dépistage de la femme enceinte	NSP*

NSP* : ne sait pas ou aucune réponse correcte

** : correctement cité(s) par l'enquêté

appropriée » (pour ceux qui connaissent le phénotype de leur hémoglobine) et en « pratique conséquente » (pour ceux qui connaissent le phénotype de leur partenaire). Les données ont été analysées par le logiciel Statistically Package for Social Science (SPSS) version 10.0 de Windows. Le test de χ^2 de Mantel-Haenszel a été utilisé pour comparer les pourcentages avec un seuil de signification de 5 % ($p < 0,05$).

Tableau II.

Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur la cause de la drépanocytose et les facteurs favorisants les crises.

Distribution of interviewed people according to their knowledge on the cause of sickle cell disease and its factors favouring attacks.

paramètres évalués	effectif (n = 210)	%
causes		
hérédité	157	74,8
IST**	4	1,9
maladies contagieuses	3	1,4
malnutrition	1	0,5
NSP*	45	21,4
facteurs favorisants		
froid	181	86,2
fièvre	80	38,1
stress	29	13,8
efforts résistifs	15	7,1
orage	14	6,7
certaines aliments	13	6,2
bruit de tonnerre	7	3,3
anémie	7	3,3
changement brusque de température	6	2,9
malnutrition	5	2,4
infections	3	1,5
boissons alcoolisées	3	1,5
sédentarité	3	1,5
NSP*	11	5,2

NSP* : ne sait pas ou aucune réponse correcte

IST** : infection sexuellement transmissible

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques de la population

L'étude a concerné 117 femmes et 93 hommes (sex-ratio = 0,79). Près des trois quarts des personnes interrogées (71,9 %) étaient âgées de 20 à 39 ans (extrêmes 15 ans et 59 ans); 14 % étaient analphabètes, 39 % s'étaient arrêtées au niveau primaire, 43 % au niveau secondaire et seulement 4 % avaient atteint le niveau supérieur. Par ailleurs, presque toutes les personnes enquêtées (96,2 %) avaient un partenaire, 22 % étaient légalement mariées, 50 % avaient contracté un mariage autre que civil; les célibataires représentaient 26 %, parfois en union libre; les autres étaient des veuves (2 %).

Les 4 groupes ethniques principaux que compte le pays étaient diversement représentés dans la zone, avec 12 ethnies recensées. La religion dominante était le christianisme (90 %), suivi de très loin par l'animisme (5 %), l'athéisme (3 %) et l'islam (2 %). Le nombre d'enfants par ménage a varié entre 1 et 28; parmi eux, 9 étaient des drépanocytaires connus.

Connaissance sur la drépanocytose

La « drépanocytose » – ou plus précisément ses symptômes – était connue de presque tous les divers groupes sociaux et linguistiques. Mais cette connaissance était, bien évidemment, « médicalement » incomplète.

En fait, il existe dans chaque population un nom vernaculaire permettant de regrouper un ensemble de symptômes correspondant plus ou moins strictement à ce que la médecine nomme la drépanocytose. Ce terme « sémiologique » signifie « douleur de l'os » dans au moins trois langues sur quatre (10/12), et « douleur du corps » dans la moitié des autres (6/12), « maladie des os » dans un autre tiers (4/12) et « maladie qui écrase ou rongé l'os » dans une sur six (2/12). Dans certaines populations, plusieurs noms peuvent désigner les divers symptômes ressentis de la drépanocytose (tableau II). Autrement dit, il n'y a jamais de correspondance entre la maladie « ressentie » et la pathologie scientifiquement définie selon des critères biologiques.

L'existence d'un bilan prénuptial était connue de 8 personnes sur 10 (79,5 %). Près d'une personne sur cinq a entendu parler de l'électrophorèse de l'hémoglobine (22,4 %); mais seulement 1 personne sur 10 (11,4 %) connaissait l'interprétation de cet examen. La nécessité de faire l'électrophorèse dans le bilan prénuptial était connue de 12,4 % des personnes interrogées.

D'une façon générale, la connaissance de la drépanocytose était bonne sur sa cause (74,8 %), assez bonne sur les signes évocateurs (78,6 %), les facteurs favorisant les crises (57,6 %), le pronostic (64,3 %) et les moyens de prévention (69,5 %) et passable sur les complications (62,4 %), et sur le diagnostic biologique (71 %) et sur la prise en charge du drépanocytairien (97,2 %) (tableaux III, IV et V).

Les pratiques de prévention

Parmi les enquêtés, 47 (22,4 %) avaient bénéficié d'une électrophorèse de l'hémoglobine (attitude appropriée). Parmi eux, 68 % ont eu un phénotype normal (Hb AA) contre 32 % qui avaient un phénotype anormal (présence d'Hb S). Les motifs de ce dépistage étaient le bilan prénatal (54 %), la suspicion de la drépanocytose (20 %) et le bilan de santé (26 %). Près de la moitié des enquêtés pensent que le dépistage de la drépanocytose doit se faire dans le bilan prénatal (48,7 %), un tiers dans le bilan de santé à tout âge (35,6 %), en cas de suspicion de la maladie (16,2 %) et seulement une personne sur dix (12,4 %) lors du bilan prénuptial ou à la naissance (1,4 %).

Tableau III.

Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les signes évocateurs et les examens biologiques du diagnostic de la drépanocytose.

Distribution of interviewed people according to their knowledge on the symptoms and biological exams of the sickle cell disease diagnosis.

paramètres évalués	effectifs (n = 210)	%
signes évocateurs		
crises douloureuses	165	78,6
anémie	129	61,4
retard statur pondéral	63	30,0
ictère	62	29,5
infections répétées	6	2,9
tuméfaction des pieds	4	1,9
déformation du squelette	3	1,5
maux de tête	2	1,0
examens biologiques		
prise de sang	149	71
électrophorèse de l'hémoglobine	24	11,4
examen de selles et/ou d'urines	4	1,9
radiographie des os	2	1,0
test d'Emmel	1	0,5
NSP*	30	14,2
moyens de prévention		
éviter le mariage entre drépanocytaires	119	56,7
éviter le mariage entre les « AS »	39	18,6
éviter le mariage entre « AS » et « AC »	39	18,6
dépistage du couple et conseil médical avant de procréer	29	13,3
dépistage du couple et traitement	21	10,0
dépistage des femmes enceintes	2	1,0
vaccination	2	1,0
prière	1	0,5
NSP*	30	14,3

Tableau IV.

Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les moyens de traitement, les complications et le pronostic de la drépanocytose.

Distribution of interviewed population according to their knowledge on the treatment means, complications and sickle cell disease prognosis.

paramètres étudiés	effectifs (n = 210)	%
moyens du traitement		
– médicaments	194	92,4
produits de l'officine	114	54,2
produits traditionnels	14	6,7
les deux à la fois	66	31,4
– mesures hygiéno-diététiques	50	23,8
éviter les facteurs favorisants	50	23,8
restriction alimentaire	22	10,5
alimentation équilibrée	2	0,9
boire sa propre urine	1	0,5
faire du sport	1	0,5
– prière	7	3,3
sacrifices	3	1,4
complications		
retard statur pondéral	141	67,1
mort	69	32,8
aggravation des crises	20	9,5
anémie	17	8,1
infections	10	4,7
prématurité	9	4,2
mort périnatale	9	4,2
déformation du squelette	6	2,9
paralysie	5	2,5
stérilité	4	1,9
NSP*	12	5,7
pronostic		
mort après 20 ans	120	57,1
complications mortelles et invalidantes	23	11,0
fonction de la prise en charge	20	9,5
mort avant 20 ans	15	7,1
guérison sous traitement	14	6,7
guérison spontanée	05	2,4
NSP*	13	6,2

NSP* : ne sait pas ou aucune réponse correcte

Pour prévenir la naissance d'un enfant drépanocytairien, un peu plus de la moitié des enquêtés préconisent d'éviter le mariage entre drépanocytaires (56,7 %), et pour près du quart, d'éviter les mariages entre les « AS » et « AC » (27,2 %); peu de personnes ont évoqué les prières et la « vaccination » (14,3 %). Enfin, 31 personnes des 47 qui avaient eu une électrophorèse de l'hémoglobine (soit 15 % de tous les enquêtés), avaient

Tableau V.

Influence des variables sociodémographiques sur le degré de connaissance de la drépanocytose.

Influence of socio-demographical variables on the degree of knowledge of sickle cell disease.

facteurs	éléments de connaissance	p
profession	cause	0,02
	facteurs favorisants	0,19 (NS)
	signes évocateurs	0,08 (NS)
	diagnostic biologique	0,001
	prise en charge	0,85 (NS)
	complications	0,79 (NS)
	pronostic	0,028
	moyens de prévention	0,018
religion	cause	0,006
	facteurs favorisants	0,02
	signes évocateurs	0,098 (NS)
	diagnostic biologique	0,07 (NS)
	prise en charge	0,99 (NS)
	complications	0,77 (NS)
	pronostic	0,17 (NS)
	moyens de prévention	0,000
situation matrimoniale	cause	0,000
	facteurs favorisants	0,000
	signes évocateurs	0,002
	diagnostic biologique	0,001
	prise en charge	0,68 (NS)
	complications	0,000
	pronostic	0,002
	moyens de prévention	0,001
niveau d'instruction	cause	0,006
	facteurs favorisants	0,303 (NS)
	signes évocateurs	0,022
	diagnostic biologique	0,000
	prise en charge	0,91 (NS)
	complications	0,27 (NS)
	pronostic	0,13 (NS)
	moyens de prévention	0,02

NS* : différence non significative

des partenaires qui avaient également eu cet examen (pratique conséquent). Pour 9 couples, chaque membre était porteur d'un gène « S » ou « C ». Dans tous ces couples, l'électrophorèse de l'hémoglobine a été réalisée après leur constitution, sauf pour un seul. Aucun couple ne s'était séparé, mais cette connaissance a favorisé une polygamie dans 3 familles.

Influence des facteurs sociodémographiques sur la connaissance

La profession influence le degré de connaissance du diagnostic biologique ($p = 0,001$), des moyens de prévention ($p = 0,018$), du pronostic ($p = 0,028$) et l'adoption de pratiques de prévention ($p = 0,001$). La religion n'influence pas l'adoption de pratique de prévention ($p = 0,822$). Le niveau d'instruction influence très significativement le degré de connaissance du diagnostic biologique ($p < 0,0001$), et un peu les moyens de prévention ($p = 0,02$), mais pas l'adoption de l'attitude appropriée ($p = 0,96$). La connaissance de la drépanocytose est dans l'ensemble liée à la situation matrimoniale ($p = 0,001$).

Discussion

Dans le questionnaire de l'enquête, nous avons essayé de prendre en compte les aspects sociodémographiques et certains paramètres dont la bonne connaissance devrait permettre une prise en charge adéquate de la drépanocytose. L'intérêt de cette étude est aussi sa focalisation sur les adultes togolais. Ces personnes sont en âge de procréer, donc susceptibles de réduire la prévalence des drépanocytoses majeures (homozygote SS et double hétérozygote SC ou S-thal) et la morbi-

mortalité liée à la drépanocytose à condition qu'elles mettent en pratique les mesures de prévention de cette maladie.

Données sociodémographiques

Près des trois quarts des enquêtés avaient moins de 40 ans (entre 20 et 39 ans). Cette tranche d'âge est la plus féconde et représente 61 % de la population adulte (5). La prédominance féminine serait liée à l'absence d'hommes dans certains ménages au moment de l'enquête pour des raisons professionnelles. La prédominance des Chrétiens serait due au fait que les religions chrétiennes sont les plus répandues au Togo (51 % de la population générale selon l'enquête démographique et de santé au Togo en 1998) et en particulier dans la région de Lomé-Commune (14). Concernant les ethnies, tout comme pour toute la région maritime, Lomé, la capitale connaît une forte concentration de populations venant de toutes les régions administratives du pays (14). Ainsi tous les groupes ethniques que compte le pays ont été retrouvés dans la zone de l'étude.

Connaissances sur la drépanocytose

La drépanocytose se manifeste par des symptômes douloureux. Et, bien évidemment, les populations désignent leur pathologie par ces signes « ressentis ». De ce fait un nom particulier regroupant sans doute d'autres pathologies comme les rhumatismes subsume ces pathologies dans 10 ethnies parmi les 12 recensées. Le nom populaire donné à la maladie est lié aux manifestations cliniques de celle-ci et dans certaines langues, elle a plusieurs noms compte tenu de ses différentes manifestations cliniques. Cette conception de la maladie est en rapport avec certaines conduites profanes, comme l'interdiction faite au malade de « casser les os » au cours du repas. Près des trois quarts des enquêtés connaissaient la cause de la drépanocytose, sans pour autant avoir une idée précise sur sa prévention. L'hérédité ne semble donc pas être perçue par certains enquêtés. Tout au moins, elle n'est pas interprétée en termes génétiques, mais selon des notions profanes de « transmission » de la maladie. Quatre enquêtés sur 5 savaient que les crises douloureuses étaient un signe évocateur de la drépanocytose. Cette constatation serait liée au fait que les douleurs ostéo-articulaires impressionnantes de cette maladie sont très connues. La bonne connaissance de ce signe résiderait également dans la signification des noms donnés à cette maladie dans différentes ethnies. La splénomégalie n'était pas reconnue comme signe évocateur de la drépanocytose par les enquêtés malgré sa fréquence élevée chez les drépanocytaires. Ceci n'est guère surprenant même s'il existe des pratiques rituelles, telles que les scarifications faites sur l'hypocondre gauche du malade pour traiter ce symptôme, si l'on considère la grande fréquence de ce symptôme dans de nombreuses affections en milieu tropical. Le froid était le facteur favorisant la crise le plus connu. Il semble être la cause de la maladie pour les guérisseurs locaux. (9).

En revanche, d'autres facteurs tels que « casser l'os », le grondement de tonnerre et la sédentarité relèveraient d'autres interprétations de la causalité de cette maladie. Le pronostic était assez bien connu. L'adage selon lequel le drépanocytair n'excède pas 20 ans semble dépassé. La « mort avant 20 ans » n'a été citée que par 7 % des enquêtés contre 57 % des enquêtés pour la « mort après 20 ans ». Cette longévité actuelle du drépanocytair ne semble pas être le résultat de l'utilisation des produits « anti-drépanocytaires », mais celui d'une élévation du niveau de vie : meilleur logement, meilleure alimentation et attention médicale accrue (8). Toutefois le pronostic demeure encore sombre dans certains pays avant

l'âge de 20 ans, avec 75 % de décès, dont 50 % avant l'âge de 5 ans (15).

Le diagnostic biologique était mal connu, ceci par manque d'information. Cette constatation est inquiétante en ce qui concerne la prévention primaire de la drépanocytose. La grande majorité des enquêtés avaient une connaissance passable sur la prise en charge du drépanocytaire. Ceci est le reflet de la mauvaise connaissance des facteurs favorisant les crises et des complications de la maladie.

Prévention

La prévention de la naissance d'un enfant drépanocytaire dans un couple était assez bien connue. Ceci est un espoir pour la prévention de la maladie, mais le manque d'intérêt pour le dépistage prénuptial reste inquiétant. L'information de la population, surtout des jeunes, sur l'importance du dépistage avant le mariage, permettrait une bonne prévention. Très peu de personnes interrogées (22,4 %) avaient réalisé l'électrophorèse de l'hémoglobine au cours du bilan prénatal (54 %) et sans savoir l'importance du résultat de cet examen (11,4 %). Les deux tiers de ceux qui avaient eu une électrophorèse de l'hémoglobine avaient des partenaires qui avaient aussi subi cet examen.

Certes, l'adoption des pratiques de prévention est théoriquement un avantage pour la réduction de la prévalence de cette affection. Cependant, son application pose des problèmes d'acceptation et d'éthique. Le couple doit être libre de prendre sa décision de façon éclairée et dans tous les cas, il doit être accompagné en évitant le plus possible les risques de stigmatisation. Au Bénin, 26 % des femmes ont été enceintes malgré la connaissance du risque d'avoir un enfant drépanocytaire (12). Ceci peut s'expliquer par le grand désir de maternité chez les femmes africaines, source de valorisation et d'intégration dans la communauté.

Une augmentation de dépistage avant la grossesse de la drépanocytose devrait également favoriser le dépistage néonatal, dans la perspective d'une prise en charge précoce. Le dépistage précoce pourrait aussi contribuer à la réalisation du diagnostic anténatal. Un dépistage précoce, associé au conseil génétique, pourrait réduire la constitution de couples « à risque ».

Facteurs influençant les connaissances sur la drépanocytose et les pratiques de prévention

Les interprétations sur un mode magico-religieux sont liées au caractère complexe de cette maladie, On incrimine dans certains cas un mauvais sort ou une manifestation de la colère d'une divinité, particulièrement celle de la foudre « Heviesso » (9). Cette conception de la cause influe sur les conduites d'accès aux soins et sur la prise en charge et la prévention par les populations. Bien que la drépanocytose soit très peu enseignée en milieu scolaire, nous avons noté, ce qui est finalement assez évident, une corrélation entre le niveau d'instruction et le degré de connaissance de la drépanocytose. Mais, plus que par des programmes construits, ceci serait probablement lié à un phénomène d'auto information plutôt que favorisé par des acquis scolaires. Cependant, RAHIMY *et al.* en 1994 au Bénin avaient trouvé que la pratique conséquente ne paraissait pas être liée au niveau d'instruction (12).

En dehors du degré de connaissance de la cause de la drépanocytose, l'usage et l'actualisation des connaissances sont liés à la situation matrimoniale. En effet, la majorité des couples mariés connaissaient le phénotype de leur hémoglobine. Ceci est un atout pour la lutte contre la drépanocytose, si l'électrophorèse de l'hémoglobine était réalisée de façon systématique dans le bilan prénuptial.

Conclusion

La drépanocytose est une maladie connue dans ses symptômes, mais les explications biomédicales et causales sont encore mal diffusées, malgré la prévalence élevée du gène « S » au Togo.

Les univers populaires et médicaux restant, en grande partie hétérogène, il est difficile de construire un dialogue régulier avec les populations.

Or la prévention implique ici une bonne connaissance des causes de la maladie et de ses modes de transmission. C'est pourquoi les résultats de cette étude sont importants à prendre en compte pour la conception des programmes d'information, d'éducation et de communication en matière de lutte contre l'hémoglobinopathie « S ».

Cette étude souligne aussi combien les personnels de santé doivent prendre l'habitude d'établir un dialogue cohérent et régulier, attentif aux interprétations populaires de la maladie, dans le cadre de leurs consultations. Loin d'être accessoire, cette composante anthropologique et linguistique est une des composantes essentielles de la pratique médicale.

Références bibliographiques

1. AKENZUA GI – Screening for psychosocial dysfunction in children with sickle cell anaemia. *Nigerian Journal of Paediatrics*, 1990, 17, 15-21.
2. AMEGNIZIN K – Les anomalies de l'hémoglobine au Togo. *Revue des sciences médicales et biologiques du Togo*, 1981, 5, 33-37.
3. ASSIMADI JK, GBADOÉ AD & NYADANU M – L'impact familial de la drépanocytose au Togo. *Arch Pédiatr*, 2000, 7, 615-620.
4. ATEGBO S, KAMPATIBE N, BODJONA H & ASSIMADI K – Hôpital et drépanocytose. In: GALACTÉROS F & DORMONT S, (Eds), *Drépanocytose et santé publique*. CIE-INSERM, Paris, 1991, 155-160.
5. BOUKPESSI B – Nuptialité et exposition au risque de grossesse. *Enquête démographique et de santé au Togo (EDST)*. Rapport national, 1998, 115-121.
6. INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES (INED). *Population et société*, INED, Paris, 1999.
7. KOKO J, DUFILLOT D, M'BA-MEYO J, GAHOUMA D & KANI F – Mortalité des enfants drépanocytaires dans un service de pédiatrie en Afrique centrale. *Arch Pédiatr*, 1998, 5, 965-969.
8. KONOTEY-AHULU FI – The sickle cell diseases. Clinical manifestations including the "sickle crisis". *Arch Intern Med*, 1974, 133, 611-619.
9. KOUNOUGNAN K – *Conception de la drépanocytose en milieu traditionnel*. [Mémoire] Lomé, Université de Lomé, 1999.
10. LABIE D & WAJCMAN H – Épidémiologie et génétique, physiopathologie et diagnostic anténatal. In: BÉGUÉ P, (Eds), *La maladie drépanocytaire*. Sandoz, Paris, 1984, 14-47.
11. NORTH ML, PIFFAUT MC, DUWIG I, LOCOH-DONOU AG, & LOCOH-DONOU AM – Detection of haemoglobinopathies at birth in Togo. *Nouv Rev Fr Hematol*, 1998, 30, 237-241.
12. RAHIMY MC, GANGBO A, CODO M, GBEDJI E & ALIHONOU E – Connaissance sur la drépanocytose et pratiques des femmes enceintes porteuses d'hémoglobine S ou C (Hb S ou Hb C) à Cotonou. *African Child Health Journal*, 2001, 3, 59-64.
13. SÉGBÉNA AY, MESSIE AK, KUÉVIAKÓÉ L, VOVOR A, GBADOÉ AD & ASSIMADI JK – Situation de la drépanocytose au Togo. *Actes des Journées scientifiques de l'Université de Lomé, Togo*. 2003, 203-205.
14. UNITÉ DE RECHERCHES DÉMOGRAPHIQUES (URD) – *Rapport sur le recensement de 1981 au Togo*. Université de Lomé, 1981.
15. ZOHOUN SI – Épidémiologie de la drépanocytose en Afrique Occidentale et Centrale : la drépanocytose au Bénin. Colloque Abidjan. *Bull Eur Physiol Pathol Respir*, 1983, 19, 381-383.