

REL@COM

LANGAGE ET COMMUNICATION



revue électronique

Département des Sciences
du Langage et de la Communication

Université Alassane Ouattara
(Bouaké - Côte d'Ivoire)

ISSN: 2617-7560

Numéro 01 - Décembre 2018

REL@COM

LANGAGE ET COMMUNICATION



revue électronique

Département des Sciences
du Langage et de la Communication

Université Alassane Ouattara
(Bouaké - Côte d'Ivoire)

ISSN: 2617-7560

Numéro 01 - Décembre 2018

REVUE ELECTRONIQUE LANGAGE & COMMUNICATION

ISSN : 2617-7560

DIRECTEUR DE PUBLICATION : PROFESSEUR N'GORAN-POAMÉ LÉA M. L.

DIRECTEUR DE RÉDACTION : DR JEAN-CLAUDE OULAI, MCU

COMITÉ SCIENTIFIQUE

PROF. ABOLOU CAMILLE ROGER, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. ALAIN KIYINDOU, UNIVERSITÉ BORDEAUX-MONTAIGNE

PROF. AZOUMANA OUATTARA, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. BAH HENRI, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. BLÉ RAOUL GERMAIN, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY

PROF. CLAUDE LISHOU, UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP

DR EDOUARD NGAMOUNTSIKA, MCU, UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI

DR FRANCIS BARBEY, MCU, UNIVERSITÉ CATHOLIQUE LOMÉ

PROF. GORAN KOFFI MODESTE ARMAND, UNIVERSITÉ F. HOUPHOUËT-BOIGNY

DR JÉRÔME VALLUY, MCU, HDR, UNIVERSITÉ PANTHÉON-SORBONNE

PROF. JOSEPH P. ASSI-KAUDJHIS, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

DR KOUAMÉ KOUAKOU, MCU, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

DR MAKOSSO JEAN-FÉLIX, MCU, UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI

PROF. N'GORAN-POAMÉ LÉA M. L., UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

DR NANGA A. ANGÉLINE, MCU, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY

PROF. POAMÉ LAZARE MARCELIN, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. TCHITCHI TOUSSAINT YAOVI, UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

PROF. TRO DÉHO ROGER, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

COMITÉ DE RÉDACTION

PROF. ABOLOU CAMILLE ROGER

DR GOKRA DJA ANDRÉ OURÉGA JUNIOR, MCU

DR JEAN-CLAUDE OULAI, MCU

DR KOUAMÉ KOUAKOU, MCU

PROF. N'GORAN-POAMÉ LÉA MARIE LAURENCE

DR NIAMKEY AKA, MCU

COMITÉ DE LECTURE

PROF. IBO LYDIE

DR COULIBALY DAOUDA

DR KOFFI EHOUMAN RENÉ, MCU

DR KOUADIO GERVAIS-XAVIER

DR KOUAMÉ KHAN

DR N'GATTA KOUKOUA ÉTIENNE

DR OULAI CORINNE YÉLAKAN

MARKETING & PUBLICITÉ : DR KOUAMÉ KHAN

INFOGRAPHIE / WEB MASTER : SANGUEN KOUAKOU

ÉDITEUR : DSLC

TÉLÉPHONE : (+225 76 78 76 51 / 48 14 02 02)

COURRIEL : khankouame@gmail.com / jan_cloddeoulai@yahoo.fr

SITE INTERNET : <http://relacom.univ-ao.edu.ci>

LIGNE EDITORIALE

Au creuset des Sciences du Langage, de l'Information et de la Communication, la Revue Electronique du Département des Sciences du Langage et de la Communication **REL@COM** s'inscrit dans la compréhension des champs du possible et de l'impossible dans les recherches en SIC. Elle s'ouvre à une interdisciplinarité factuelle et actuelle, en engageant des recherches pour comprendre et cerner les dynamiques évolutives des Sciences du Langage et de la Communication ainsi que des Sciences Humaines et Sociales en Côte d'Ivoire, en Afrique, et dans le monde.

Elle entend ainsi, au-delà des barrières physiques, des frontières instrumentales, hâtivement et activement contribuer à la fertilité scientifique observée dans les recherches au sein de l'Université Alassane Ouattara.

La qualité et le large panel des intervenants du Comité Scientifique (Professeurs internationaux et nationaux) démontrent le positionnement hors champ de la **REL@COM**.

Comme le suggère son logo, la **REL@COM** met en relief le géant baobab des savanes d'Afrique, situation géographique de son université d'attache, comme pour symboliser l'arbre à palabre avec ses branches représentant les divers domaines dans leurs pluralités et ses racines puisant la serve nourricière dans le livre ouvert, symbole du savoir. En prime, nous avons le soleil levant pour traduire l'espoir et l'illumination que les sciences peuvent apporter à l'univers de la cité représenté par le cercle.

La Revue Electronique du DSLC vise plusieurs objectifs :

- Offrir une nouvelle plateforme d'exposition des recherches théoriques, épistémologiques et/ou empiriques, en sciences du langage et de la communication,
- Promouvoir les résultats des recherches dans son champ d'activité,
- Encourager la posture interdisciplinaire dans les recherches en Sciences du Langage et de la Communication,
- Inciter les jeunes chercheurs à la production scientifiques.

Chaque numéro est la résultante d'une sélection exclusive d'articles issus d'auteurs ayant rigoureusement et selon les normes du CAMES répondu à un appel thématique ou libre.

Elle offre donc la possibilité d'une cohabitation singulière entre des chercheurs chevronnés et des jeunes chercheurs, afin de célébrer la bilatéralité et l'universalité du partage de la connaissance autour d'objets auxquels l'humanité n'est aucunement étrangère.

Le Comité de Rédaction

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS & DISPOSITIONS PRATIQUES

La Revue Langage et Communication est une revue semestrielle. Elle publie des articles originaux en Sciences du Langage, Sciences de l'Information et de la Communication, Langue, Littérature et Sciences Sociales.

I. RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Les articles sont recevables en langue française, anglaise, espagnole ou allemande. Nombre de page : minimum 08 pages, maximum 15 pages en interlignes simples. Marges : Haut 3 cm ; Bas 3 cm ; Gauche 3.5 cm ; Droite 3.5 cm ; Réliure 0.5 cm. Numérotation numérique en chiffres arabes, en haut et à droite de la page concernée. Police : Times New Roman. Taille : 11. Orientation : Portrait, recto.

II. NORMES EDITORIALES (NORCAMES)

Pour répondre aux Normes CAMES, la structure des articles doit se présenter comme suit :

- ✚ Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.
- ✚ Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction, Méthodologie, Résultats, Analyse et Discussion, Conclusion, Bibliographie.
- ✚ Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1. ; 1.1. ; 1.2 ; 2. ; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. ; etc.).

Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante : (Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées). Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : Nom et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Editeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif. Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition.

Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur.

III. RÈGLES D'ÉTHIQUES ET DE DÉONTOLOGIE

Toute soumission d'article sera systématiquement passée au contrôle anti-plagiat et tout contrevenant se verra définitivement exclu par le comité de rédaction de la revue.

NB : Pour les besoins de l'instruction, une contribution financière est demandée.

SOMMAIRE

1. Dominique J. M. SOULAS DE RUSSEL (Université François Rabelais de Tours, France)
« Contribution à l'étude du caractère de Paul-Louis Courier » Rapport critique sur la thèse de Doctorat de M. Axthelm 010
2. S. Géraud Landry AHOUANJINO ; Ornheilia F. B. S. ZOUNON ; Agnès Oladoun BADOU (Université d'Abomey-Calavi, Bénin)
Drépanocytose et survie du couple : facteurs psychologiques, sociologiques, cognitifs et communicationnels de prise de décision d'une rupture ou d'une union. 025
3. Jean-Pierre ATOUGA (Université de Maroua, Cameroun)
Le personnage féminin en contexte de guerre : une lecture des correspondances tirées de trois romans du 20^{ème} siècle 040
4. Nadia BAYED (Université Hassan II, Maroc)
TICE et enseignement/apprentissage des langues : vers une approche en « do it yourself » 052
5. Grah Félix BECHI ; Kikoun Brice-Yves KOUAKOU ; Tonio Amani KOFFI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Les SIG dans l'évaluation de l'impact environnemental et social lié à l'exploitation de la carrière de granite de Kolongonouan s/p de Bouaké 064
6. Yapo Joseph BOGNY ; Kouassi Cyrille LOUA (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire)
Les critères de la télélicité dans la typologie des verbes Bron 083
7. Stanislas Modibo CAMARA (Université Péléforo Gon-Coulibaly, Korhogo-Côte d'Ivoire)
Dénonciation et figure de douceur dans le poème *Le Dormeur du Val* d'Arthur Rimbaud 094
8. Mahamadou Hassane CISSÉ (Université Nazi Boni, Burkina-Faso)
La tradition orale dans les cinémas africains 103
9. Perpétue DAH (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
L'héritage littéraire d'Ahmadou Kourouma 114
10. Ousmane DIAO (Université Cheikh Anta-Diop, Dakar-Sénégal)
Le statut de la composition : morphologie ou syntaxe 126
11. Oumar DIÈYE (Université Cheikh Anta-Diop, Dakar-Sénégal)
De la renaissance italienne au nationalisme littéraire de la pléiade française 135

12. Jamal JABALI ; Hafid KHETTAB (Université Hassan Premier, Maroc)
L'enseignement du français sur objectifs spécifiques du lycée à la faculté des sciences et techniques de Settat, Maroc 148
13. Yssa Désiré KOFFI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Martydom in Ernest Gaines's *A lesson before dying* 159
14. Jean-Félix MAKOSSO ; Passi BIBENE ; Olivier Innocent TATY (Université Marien-Ngouabi, Brazzaville-Congo)
Journalisme 2.0 en République du Congo : entre doutes et certitudes 171
15. Hermine Rhousgou MENWA (Université de Ngaoundéré, Cameroun)
La formation des phrases interrogatives en Tupuri 181
16. Angeline NANGA-ADJAFFI (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire)
Les réseaux sociaux et la communication pour la santé en milieu jeunes 192
17. Dame NDAO (Université Cheikh Anta-Diop, Dakar-Sénégal)
Nombre et numérotation en Wolof 203
18. Diby Cyrille N'DRI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Machiavel un conséquentialiste ? 214
19. Mohamed Tidiane OUATTARA (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire)
Usage des TIC et profil des apprenants dans le secondaire général en Côte d'Ivoire 225
20. Wael SALAH HUSSEIN ALY (Université Trent, Ontario-Canada)
Enseigner/apprendre l'oral du FLE dans le contexte universitaire en Egypte 239
21. Hetenin Cavalo SILUÉ ; Konan KOUASSI ; N'Goh Koffi Michael YOMAN ; Arsène DJAKO (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Systèmes pastoraux et conflits agriculteurs-éleveurs dans la sous-préfecture de Sirasso 255
22. Kalidou SY (Université Gaston Berger, St Louis-Sénégal)
Repenser le paradoxe de la diversité. Vers une approche sémiotique 272
23. Alexis TOBANGUI (Université Marien-Ngouabi, Brazzaville-Congo)
Jeunesse scolaire et téléphonie mobile au Congo-Brazzaville 290
24. Aboi François YANGRA (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Analyse de la structure interne des constructions à "verbes légers" en Baoulé 304

**DRÉPANOCYTOSE ET SURVIE DU COUPLE :
Facteurs psychologiques, sociologiques, cognitifs et communicationnels
de prise de décision d'une rupture ou d'une union**

S. Géraud Landry AHOUCANDJINOU

DSL/ Faculté des Lettres, Langues, Arts et Communication
Université d'Abomey-Calavi (République du Bénin)
geraud.ahouandjinou@uac.bj

Ornheilia F. B.S. ZOUNON

DP/Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Université d'Abomey-Calavi (République du Bénin)
ornheilia@gmail.com

Agnès Oladoun BADOU

ESAS/Faculté des Sciences de la Santé
Université d'Abomey-Calavi (République du Bénin)
abognes@yahoo.fr

Résumé :

La présente étude a pour but d'étudier au sein des couples les processus psychologiques, sociologiques, sociocognitifs et communicationnels de prise de décision d'une rupture ou d'une union face aux situations de risque d'avoir des enfants malades. Comment la prise de décision est-elle effectuée au sein du couple ? Quel est le retentissement émotionnel du contrat de communication en jeu ?

Le matériel utilisé est une grille d'entretien élaborée sur la base d'une revue de la littérature par les auteurs. Grâce à un échantillonnage de type boule de neige, il a été identifié 12 personnes porteuses saines du gène de la drépanocytose, ayant été confrontés à la problématique ciblée.

Il ressort des résultats que la connaissance et la méconnaissance de la maladie jouent un rôle prépondérant dans les facteurs de prise de décision. En effet, si les personnes connaissent la maladie en y étant confrontées par un membre de leur entourage, elles prennent plus facilement la décision de rompre. Dans le cas contraire, les sujets invoquent la religion, la pression parentale, les progrès médicaux, l'attachement affectif, la providence ou la chance pour sauver, malgré tout, le couple.

Ces résultats montrent qu'une approche psychologique, sociologique et sociocognitive tenant compte de principes communicatifs spécifiques au couple est nécessaire dans la conception et la mise en œuvre de programmes de santé sur la question d'une prévention à grande échelle de la drépanocytose.

Mots Clés : drépanocytose, rupture, décision, communication, médias

Abstract:

The purpose of this study is to study within couples the psychological, sociological, cognitive and communication processes of decision-making of a break-up or union in situations of risk of having sick children. How is decision-making done within the couple? What is the emotional impact of the communication contract at stake?

The material used is a maintenance grid developed on the basis of a review of the literature by the authors. Thanks to a snowball sampling, 12 healthy carriers of the sickle cell gene have been identified, having been confronted with the targeted problem.

The results show that knowledge and misunderstanding of the disease play a major role in decision-making factors. Indeed, if people know the disease by being confronted by a member of their entourage, they more easily make the decision to break. In the opposite case, the subjects invoke religion, relatives pressure, medical progress, providence or luck to save, nevertheless, the couple.

These results show that a psychological, sociological and socio-cognitive approach that takes into account couple-specific communicative principles and is necessary in the design and implementation of health programs on the issue of large-scale sickle cell disease prevention.

Key words : sickle cell disease, breaking, decision, communication, media

Introduction

La drépanocytose, est une maladie génétique touchant l'hémoglobine. Il s'agit d'une modification au niveau du codage de l'allèle, affectant le globule rouge dans sa morphologie. Ainsi, normalement de forme ovoïde, le globule rouge change de forme et sa membrane extérieure devient plus rigide, rendant difficile la circulation sanguine dans les petits vaisseaux par la formation de caillots. S'en suit une multitude de conséquences, sur les plans cardiaque, cérébral, pulmonaire et osseux.

La drépanocytose est à ce jour la première maladie génétique au monde. Elle constitue un sujet majeur de santé publique en Afrique, car elle peut toucher jusqu'à 10% des nouveaux nés avec une prévalence du trait qui peut atteindre les 40% de la population dans certains pays de l'Afrique sub-saharienne (OMS, 2006). Elle survient avec son lot de conséquences désastreuses, aussi bien au niveau de l'enfant malade, qu'au niveau de sa famille.

Il existe des porteurs sains du gène altéré, qui, connaissant ou non leur statut, font des enfants soit malades, soit porteurs, qui à leur tour sont susceptibles de reproduire le même comportement (O. Zounon et al, 2012, p253). C'est là, le mécanisme principal expliquant le maintien du gène par-delà les générations. Dans cette configuration, l'une des solutions préventives les plus efficaces, serait d'éviter que des personnes à risque, prennent la décision de faire, malgré tout, des enfants ensemble.

Toutefois, du moment où l'on est face à des acteurs sociaux, plusieurs paramètres peuvent différer d'un individu à un autre : la perception du risque de santé par rapport à la drépanocytose, les connaissances sur la maladie, les considérations socio familiales, la capacité à prendre une décision « raisonnable » pour la propre survie de l'individu,

...

Avoir un enfant drépanocytaire constitue un risque de santé considérable. En effet, la drépanocytose est une maladie à morbidité importante. Ses répercussions sur la santé des personnes qui en souffrent sont nombreuses et génèrent des hospitalisations longues et coûteuses en énergie et en argent. En effet, en dehors des crises vaso-occlusives extrêmement douloureuses, le sujet drépanocytaire peut avoir des complications d'ordre rénal, cardiaque, cérébral, osseux... Il doit ainsi être rigoureusement pris en charge sur le plan médical, car, à tout moment, il peut faire un accident vasculaire cérébral ou encore vivre d'autres complications (la tête de son fémur peut nécroser). En plus de la personne malade, la drépanocytose constitue un lourd fardeau pour les parents géniteurs en charge de l'enfant tant sur le plan psychologique qu'économique.

Quand on est soi-même un sujet porteur sain de la drépanocytose (AS), le risque d'avoir un enfant drépanocytaire, quand on s'unit avec un autre sujet sain est de 25% à chaque grossesse. Ce risque est donc important, si on le compare à la probabilité de développer les autres affections génétiques. En matière de prévention primaire, la logique voudrait donc que les porteurs sains, de même que les malades, évitent de se reproduire entre eux, au risque d'avoir des enfants malades. Toutefois, on peut se demander si, dans le

contexte d'une union en construction, la décision de rompre était si facile à prendre. Quels sont les facteurs et enjeux qui pouvaient venir moduler la prise de décision ? Quelles sont les conséquences de la prise de décision sur la santé mentale des individus ?

Considérant tous ces facteurs, nous avons postulé qu'il était difficile pour les couples de prendre la décision de continuer une relation ou non, face au risque sanitaire. L'objectif ainsi assigné à cette étude est de discerner et de mettre en relief les déterminants psychologiques, sociologiques, cognitifs et communicationnels d'une telle décision. Plus particulièrement, nous avons cherché à savoir quels étaient la dimension individuelle et socio familiale, les principes et stratégies de communication au sein du couple dans la prise de décision puis le retentissement au niveau psychologique. Il s'agit d'une recherche pluridisciplinaire impulsée par trois spécialistes en psychologie de la santé, en sociologie et en information communication.

1. Méthode

.Participants

Grâce à la méthode boule de neige, il a été identifié douze personnes toutes porteuses du trait drépanocytaire ou malades drépanocytaires. Cela signifie qu'elles sont toutes soit AS soit AC, soit SC (deux des variantes du gène muté de la drépanocytose sont codées S et C). Toutes ces personnes ont été, une fois au moins, déjà confrontées à la prise de décision concernant une rupture ou une union, en face d'un partenaire porteur sain lui aussi. Les restrictions du critère d'inclusion ont rendu difficile le choix des participants. Ils ont été approchés au sein de la ville de Cotonou, à leur domicile ou sur leur lieu de travail. Notons que deux couples mariés font partie de l'échantillon. Les auteurs se sont assurés d'avoir eu leur consentement éclairé.

.Matériel

Pour mener à bien cette étude et atteindre les objectifs fixés, la technique de l'entretien semi directif a été choisie. Ainsi, une grille d'entretien a été élaborée dans un premier temps par les auteurs puis testée sur deux personnes n'appartenant pas à l'échantillon d'étude. Ces deux personnes, en collaboration avec les auteurs ont ensuite participé à l'amélioration des axes de questions afin de produire la grille finalisée, utilisée dans le cadre de l'étude.

En dehors de questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques, six axes ont été retenus :

- **Axe 1 : Description de la relation**

Exemples de questions : Depuis combien de temps, votre conjoint et vous étiez en couple avant de savoir qu'il était comme vous porteur sain ? **Ou encore** Etes-vous toujours en couple depuis ?

- **Axe 2 : Prise de décision**

Exemples de questions : Qui de vous deux a pris la décision de rompre ou de continuer la relation ? **Ou encore** Si une solution était à votre portée vous certifiant d'avoir des enfants en bonne santé, auriez-vous rompu ?

- **Axe 3 : Mécanismes et stratégies de communication**

Exemples de questions : Avez-vous discuté avec votre conjoint avant de prendre une décision ? **Ou encore** S'il a fallu le/la convaincre, comment avez-vous fait ?

- **Axe 4 : Réactions de l'entourage**
Exemples de questions : Qu'ont pensés vos parents de votre décision ? **Ou encore** Qu'ont pensé vos beaux-parents de votre décision ?
- **Axe 5 : retentissement au niveau personnel et social**
Exemples de questions : Quelle a été la réaction de votre conjoint ? **Ou encore** Comment vous êtes-vous sentis après la décision ? ? **Ou encore** quelles implications sociologiques ?
- **Axe 6 : Perspectives**
Exemples de questions : Et si tout était à refaire ? ? **Ou encore** Avez-vous refait votre vie ?

. *Procédure*

Les auteurs ont procédé à des entretiens de manière individuelle, dans un endroit calme. Afin de garantir la confidentialité des échanges. Dans un premier temps, il est exposé brièvement au sujet le cadre de l'étude, puis un rapide résumé du cas particulier. Par la suite, les données démographiques sont recueillies. Enfin vient l'entretien proprement dit. Chaque entretien a duré environ 50 minutes.

2. **Résultats**

Les données recueillies ont donné lieu à une analyse de contenu.

Dans un premier temps, nous avons procédé à un codage ouvert en fonction des hypothèses de départ.

Par la suite, nous avons procédé à un codage axial, puis à un codage sélectif.

L'âge moyen de notre échantillon est de 34,25 (SD=4,12), avec 8 femmes et 4 hommes

Figure 1 : Description de l'échantillon en fonction du sexe.

Nous avons eu 3 personnes célibataires, 2 personnes vivant en concubinage et 7 personnes mariées (dont 2 couples) (Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial.

Six (6) personnes ont décidé de rompre la relation suite à la prise de connaissance du statut génétique de son conjoint, tandis que six (6) (dont deux (2) couples) ont décidé de la poursuivre (Figure 3).

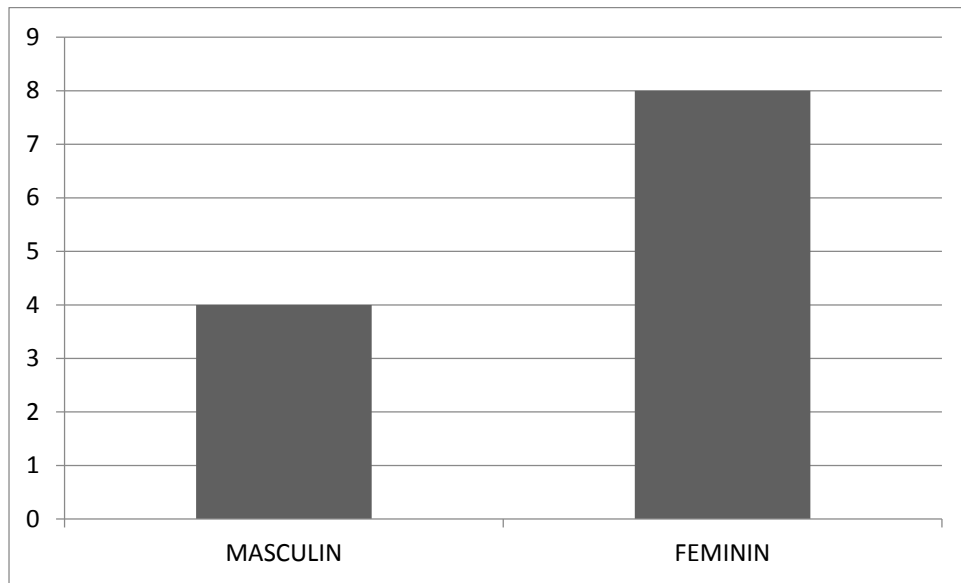


Figure 1 : Description de l'échantillon en fonction du sexe

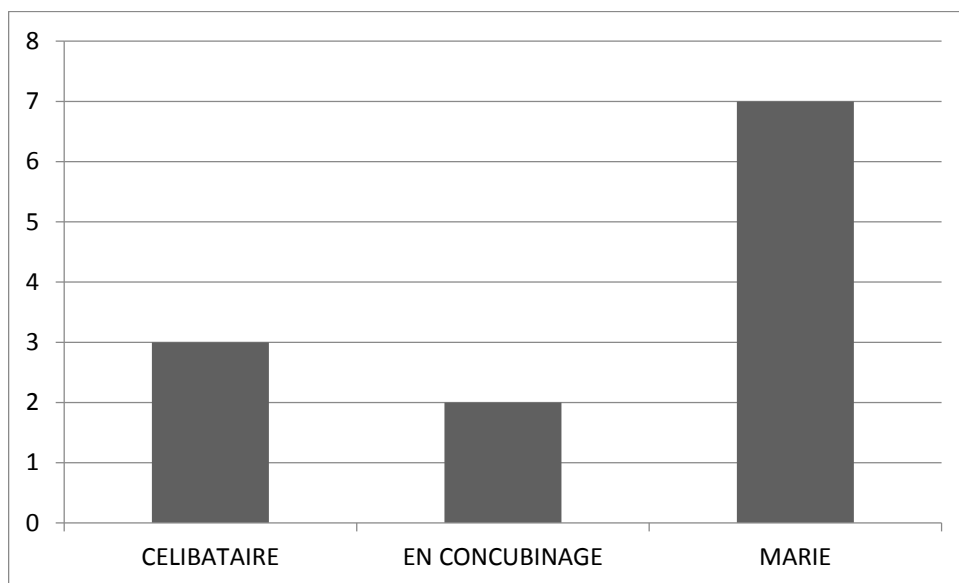


Figure 2 : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial

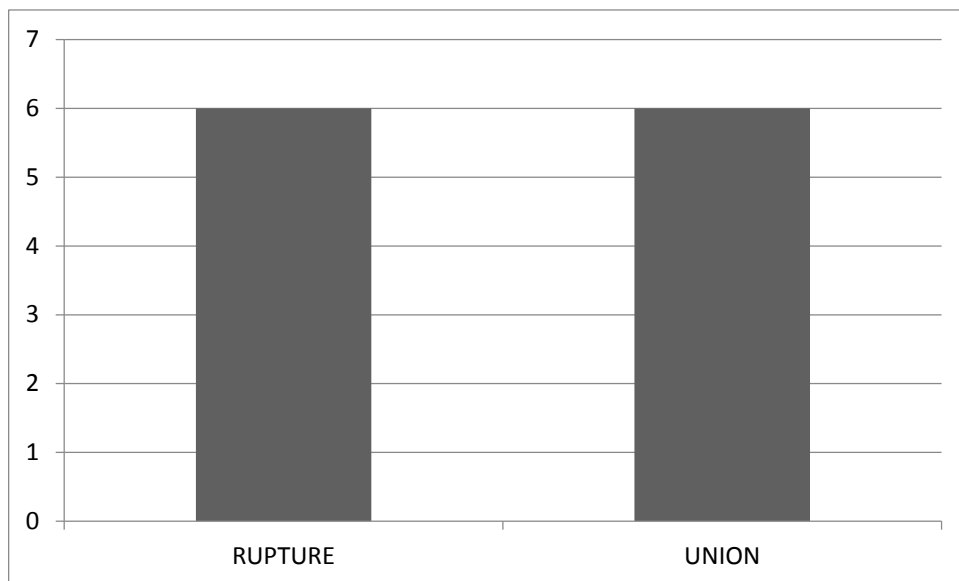


Figure 3 : Répartition de l'échantillon en fonction de la prise de décision

2.1. De qui vient la décision de rompre ou de continuer l'union

« La décision de rompre vient de moi. Je ne pouvais pas continuer dans la relation, sachant le risque qu'on courait. J'aimais beaucoup mon compagnon, la décision n'a pas été facile et il n'a rien fait pour la rendre simple. Mais il fallait que je sois raisonnable pour nous deux et je n'avais aucune envie d'avoir des enfants malades. J'avoue que j'ai pensé à « tenter la chance », mais la peur était plus forte ».

Propos de Mme TG, 31 ans, entretien du 27 Juin 2018, Cotonou

De notre enquête, il ressort que chez les personnes qui ont pris la décision de rompre, ladite décision vient exclusivement des femmes. Ainsi, sur 4 personnes (2 femmes et 2 hommes) ayant pris la décision de rompre, ladite décision vient exclusivement des femmes.

Même les hommes ayant pris part à l'étude ont fait savoir que la décision de la rupture ne venait pas d'eux mais de leur compagne.

« C'est elle qui a décidé de rompre. Moi j'étais bien trop amoureux pour pouvoir prendre une telle décision. C'était la femme de ma vie, elle avait toutes les qualités du monde. Je lui en ai beaucoup voulu de vouloir arrêter ainsi une belle histoire. Même si ça ne faisait pas longtemps qu'on se connaissait, je lui avais déjà fait une vraie place dans ma vie et j'avais l'intention de faire du sérieux avec elle. »

Propos de M. IM, 37 ans, entretien du 28 Juin 2018, Cotonou

Concernant les quatre autres personnes (dont deux couples), la décision de continuer l'union est assez influencée par les familles.

« Quand j'ai su que S. était AS et moi AC, nous étions à un an de notre mariage. Nos parents respectifs souhaitaient vivement que l'on se marie afin de fonder une famille. Le résultat m'a fait vraiment peur. Mais nos quatre parents nous ont mis la pression pour se marier malgré tout. Je pense que je n'ai pas eu d'autre choix que de respecter leur volonté. »

Propos de Mme RB, 31 ans, mariée à M. SB, entretien du 23 Juin 2018, Cotonou

2.2. Prise de décision et niveau de connaissance de la maladie

Toutes les personnes ayant participé à l'enquête, nous ont permis, grâce aux propos recueillis de faire le lien entre niveau de connaissance de la maladie et la prise de décision. Ainsi, lorsque les personnes connaissent la maladie, par le biais d'un membre de leur famille ou de leur environnement, elles décident systématiquement de rompre en ayant pris connaissance du statut du futur conjoint, comme le prouvent les extraits de texte mis en relief plus bas.

« J'ai appris qu'il était AS. Or, je savais que je l'étais moi-même et je lui ai demandé de faire l'analyse car nous envisagions de rendre notre relation officielle. J'ai décidé de rompre la relation. J'ai été soutenue dans cette décision par ma mère parce qu'un de mes oncles a eu deux enfants drépanocytaires. Dans la famille, nous savons donc ce que ça implique en souffrance pour l'enfant qui n'a rien demandé et les parents qui assistent souvent démunis à tout ça. »

Propos de Mme TG, 31 ans, entretien du 27 Juin 2018, Cotonou

« Je connais très bien la drépanocytose. J'ai fait un stage de quelques mois dans un service médical de prise en charge de cette pathologie. C'est à ce moment que j'ai pris la décision de ne jamais prendre le risque de faire des enfants qui pourraient en souffrir. Je lui ai demandé de faire le test, avant même d'envisager de me mettre en couple avec lui. Quand le résultat est tombé, l'issue était claire à mon niveau : rupture avant même relation ! »

Propos de Mme KE, 31 ans, entretien du 5 Juillet 2018, Cotonou

Par ailleurs, lorsque les personnes connaissent la maladie, mais n'ont jamais expérimenté de près ses complications et implications, elles acceptent plus facilement de poursuivre leur relation.

« Je connais la drépanocytose. J'avais une camarade de classe qui en souffrait. Elle avait souvent très mal et passait pas mal de temps à l'hôpital. Je ne pense que ça soit si grave que ça et j'ai entendu dire que les tradithérapeutes pouvaient la guérir. »

Propos de Mme RB, 31 ans, mariée à M. SB, entretien du 23 Juin 2018, Cotonou

« J'ai beaucoup souffert de la drépanocytose car je suis SC et cela a perturbé mes études surtout à l'université. Je peux dire que la maladie a compromis mon premier choix matrimonial. Mon fiancé était AS donc j'avais peur d'avoir des enfants malades. La séparation a été dure et venait de moi. Aujourd'hui je suis en couple avec beaucoup de difficultés relationnelles. Le premier choix était mon rêve mais c'est la peur de la maladie qui m'a retenue et j'ai mis fin à une belle relation et personne de mon entourage ne comprenait. Mes parents ne m'avaient pas soutenue et aujourd'hui ils disent que j'ai cherché la difficile relation de mon couple actuel. J'ai des enfants sains mais c'est le prix à payer. »

Propos de Mme OG, 47 ans, entretien du 03 décembre 2018, Cotonou

2.3. Pourquoi continuer malgré tout cette union ?

Il y a trois principales raisons évoquées pour justifier la poursuite d'une union malgré le risque sanitaire. La première raison évoquée est la foi en Dieu et en sa capacité à éviter aux personnes des événements malheureux. La deuxième raison évoquée est relative à la « chance » et traduit l'idée que d'autres couples se sont lancés mais n'ont jamais eu d'enfant malade alors au nom de cette probabilité, on pourrait se lancer aussi

dans l'aventure. La troisième raison est d'ordre thérapeutique. Il s'agit de la foi accordée aux progrès de la médecine biomédicale et de la pharmacopée qui allègeraient et espaceraient les crises en proposant des traitements satisfaisants.

« Moi je suis intimement persuadé que rien ne peut arriver à nos enfants. Ils naîtront tous en excellente santé. Dans le cas contraire, je ne prie pas un Dieu puissant comme celui d'Israël. »

Propos de M. SB, 37 ans marié à Mme RB, entretien du 23 Juin 2018, Cotonou

« Vous savez, tout dans la vie est une question d'étoile. C'est ce qui est prévu dans ton destin qui se réalise. On m'a parlé d'un monsieur qui est AS et sa femme AS aussi. Exactement comme mon compagnon et moi. Ils ont eu 4 enfants, tous AS. Je crois qu'on aura la même chance. Notre aîné a maintenant 3 ans et il est AS. Je suis certaine qu'il sera de même pour nos enfants à naître. »

Propos de Mme JC, 28 ans, entretien du 05 Juillet 2018, Cotonou

« Si nous avons décidé de continuer, c'est parce que notre relation était avancée et on ne pouvait plus se passer l'un de l'autre ; en outre je suis de la santé et je me disais qu'il y a eu assez de progrès dans la prise en charge de la drépanocytose, au cas où un de nos enfants l'aurait ce que je n'envisageais pas du tout. »

Propos de Mme RA, 31 ans, mariée à JT, entretien du 28 Juin 2018, Cotonou

« Je dirai qu'il s'agit d'une ironie du sort. J'ai eu deux femmes dans ma vie. A un moment donné j'étais polygame jusqu'à ce qu'une de mes épouses décède. Toutes sont AS comme moi. Avec ma première épouse défunte, je n'avais pas l'information avant qu'on ne se mette en couple. C'est avec les enfants malades que nous avons sus. Par contre avec ma seconde épouse, je savais mais j'ai décidé de continuer malgré la présence de deux enfants porteurs malades. Je me suis dit que c'est Dieu qui est à l'œuvre dans ma vie. En plus il existe un suivi rigoureux aujourd'hui. Mais si c'était à recommencer j'allais réfléchir par deux fois. J'ai perdu un enfant récemment à cause d'une négligence dans le suivi. »

Propos de FA, 51 ans, entrepreneur, entretien du 03 décembre 2018, Cotonou

2.4. Stratégies communicationnelles au sein du couple

Les personnes enquêtées, ont toutes fait part des difficultés qu'elles ont eu à communiquer avec leur conjoint au cours de la période de prise de décision. Ces difficultés sont particulièrement présentes quand il se profile plutôt la rupture que l'union. Le recours à un médiateur est fréquent, mais dans tous les cas, n'a pas pour autant, facilité le processus de prise de décision au sein du couple. Les verbatims suivants attestent de ce fait.

« J'ai demandé à certains de nos amis communs de servir de médiateur, parce que tous les deux, nous n'arrivions pas à nous comprendre. Mais cela a lamentablement échoué. Je me suis documentée sur le sujet, il n'y avait pas d'autres solutions. Mais c'était vraiment impossible de discuter paisiblement sur le sujet. »

Propos de Mme KE, 31 ans, entretien du 5 Juillet 2018, Cotonou

« Mon ex, il a été longtemps d'abord l'un de mes meilleurs amis. Quand nous nous sommes mis en couple et que cette histoire de AS est arrivée, nous n'avons jamais pu en discuter sans que ça finisse en drame. J'ai rapidement arrêté de vouloir dialoguer. Il a pensé que c'est parce que j'en aimais un autre. Pourtant rien ne pouvait le laisser penser ça, il me connaissait assez pour ça. »

Propos de Mme AI, 31 ans, entretien du 2 Juillet, Cotonou

2.5. Quel retentissement au niveau psychologique ?

De nos entretiens avec les sujets, nous avons relevé dans les discours, plusieurs indices de retombées psychologiques, dues à la décision de rompre la décision ou non et ses conséquences.

2.5.1. Des troubles dépressifs

En s'appuyant sur la classification du DSM-5, nous avons noté chez plusieurs sujets, des symptômes que l'on pourrait catégoriser comme appartenant aux troubles dépressifs. Ce sont :

- L'humeur dépressive,
- L'insomnie,
- La perte d'intérêt pour les activités du quotidien,
- La fatigue,
- La culpabilité excessive,
- Une perte de poids en l'absence de privation de nourriture.

Il faut préciser que ces symptômes ont été relevés uniquement chez les personnes ayant décidé de rompre suite à la prise de connaissance de leur statut génétique. Ils étaient particulièrement présents chez une enquêtée dont la rupture remontait à moins de trois mois.

2.5.2. Des troubles anxieux

En s'appuyant sur la classification du DSM-5, nous avons relevé chez plusieurs enquêtés, spécifiquement les personnes qui avaient décidé de continuer l'union malgré le risque génétique, des symptômes que nous pouvons regrouper dans les troubles anxieux. Notons ici que le DSM-5 est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Rédigé et régulièrement mis à jour par l'American Psychiatric Association (APA), il répertorie et classifie les différents troubles d'ordres psychiatriques et psychologiques. Dans le cadre de cette étude, nous avons relevé les symptômes ci-après :

- Palpitations,
- Peur ou anxiété intense à l'idée d'avoir des enfants drépanocytaires,
- Peur de voir mourir son enfant,
- Peur de devoir se séparer de son conjoint au final,
- Evitement des contenus relatifs à la maladie (le sujet ne veut pas s'informer ou se tenir informé au sujet de la maladie),
- Troubles du sommeil.

3. Discussion

La discussion se focalise sur les résultats majeurs que sont la différenciation sexuelle de la perception du risque, la nuance entre la connaissance et l'expérience personnelle de la maladie, la mobilisation de facteurs socio-religieux, la rupture de la communication et les répercussions psychologiques.

3.1. Concernant la prise de décision : les femmes semblent avoir pris le pouvoir

Malgré le fait que la taille de notre échantillon nous incite à la prudence en matière de généralisation des résultats, il semble ici, que les femmes prennent systématiquement la décision de la rupture. Ce résultat, surprenant dans le contexte de notre étude est concordant avec la plupart des études sur le genre et la prise de risque. En effet, comme l'indique nombre de travaux en psychologie et en sociologie, la prise de risque est fortement liée au genre.

Par exemple, dans une étude relative à la prise de risque dans une situation de jeu télévisé, les résultats montrent que le genre jouait un rôle très important dans la décision de prendre un risque (R. Brooks, *et al.*, 2009, pp 47-49). L'étude conclut ainsi que les femmes tendent à prendre moins de risques que les hommes.

Dans une autre étude, les auteurs s'appuient sur la biologie évolutionniste pour postuler que les hommes seraient plus à même de prendre des risques que les femmes, en raison de leur taux élevé de testostérone (E. Ermer, *et al.*, 2008, p117). Leur étude, par des expériences, montre que les hommes sont plus à même de prendre des risques lorsqu'ils pensent être en situation d'évaluation sociale par des pairs.

Ce rôle prépondérant de la testostérone a déjà été mis en relief dans d'autres travaux. Ainsi, dans une étude sur l'univers du trading boursier, il est souligné que les taux de testostérone mesurés le matin chez les traders sont liés au degré de risques financiers que ces derniers prendront dans la journée (Coates & Herbert, 2008). Autrement dit, l'étude permet de montrer que, plus le taux de testostérone est élevé, plus les traders sont à même de prendre de gros risques financiers au cours de la journée de travail.

Les études sur le genre faisant cas de la différenciation sexuelle des rôles (E. Esplen, 2009 ; B. Bertho, 2012 ; M. E. Handman, 2008) révèlent que ce sont les femmes qui assurent la reproduction biologique et sociale. Elles sont confinées dans la sphère domestique et s'occupent du nursing c'est-à-dire des soins aux membres de la famille. Ainsi en présence d'un enfant drépanocytaire, la charge mentale et affective pèse davantage sur la femme qui a la responsabilité d'amener aux soins et d'assurer le suivi à la maison. Le plus souvent elle paie plus le fardeau de la maladie qui affecte sa santé et sa profession. C'est l'une des raisons qui peut expliquer leur tendance à la rupture d'union en prévision de telles responsabilités à venir en cas d'union avec un conjoint porteur sain. En outre, dans le contexte socio culturel béninois, la femme est davantage stigmatisée et tenue pour responsable en cas de drames génétiques au sein de la famille. Puisque c'est elle qui accouche, c'est elle qui transmet les malformations.

Ces résultats rapportés à nos travaux permettent de comprendre pourquoi une différence inter genre semble s'être démarquée. Nous pourrions expliquer ce résultat par le goût du risque plus prononcé chez les hommes que chez les femmes mais aussi par la différenciation des rôles sociaux selon le genre. Par ailleurs, le fait de s'unir à une femme et de faire des enfants, participe à une évolution dans le statut social du couple. Chacun est alors perçu comme responsable, stable et fiable. Renoncer à cela pourrait aussi expliquer la différence inter genre dans la prise de décision.

Il serait intéressant dans une future étude d'observer si l'âge et la profession ont aussi un impact sur la prise de décision.

Dans le contexte béninois où les relations d'alliance ne se limitent pas au seul couple, les familles ont également une influence sur la prise de décision. L'argument biologique (ou du risque médical) avancé pour expliquer la rupture ne semble pas convaincre les familles. Les critères sociaux de validation d'une union sont davantage liés aux comportements, au degré de sociabilité des futurs conjoints.

3.2. Concernant la connaissance de la maladie : l'expérience parle plus que le savoir

La drépanocytose est à la fois connue et mal connue « (...) plus précisément ses symptômes – était connue de presque tous les divers groupes sociaux et linguistiques.

Mais cette connaissance était, bien évidemment, « médicalement » incomplète » puisse que souvent un seul symptôme était souvent appréhendé (T. Guédéhoussou *et al.*, 2009). C'est ce qui est aussi corroboré par notre étude. Car, plus que la simple connaissance de la maladie, c'est l'expérience que les sujets en avaient qui compte plus et qui rend possible la prise en compte des risques encourus par le couple. Ainsi, les personnes ayant dans leur environnement une personne malade ou ayant été confrontées à la maladie par leur profession adoptent de meilleurs comportements en matière de prévention primaire.

Cette notion d'expérience pourrait expliquer, entre autres paramètres, pourquoi, dans certaines maladies, malgré le niveau de connaissance très élevé, des comportements sains ou préventifs sont très peu adoptés. Ainsi, une étude menée sur les risques cardiovasculaires au Cameroun montre que dans la population du district de santé de Deido, malgré un bon niveau de connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires, les pratiques de prévention étaient insuffisantes (F. Kandem *et al.*, 2018).

Il faut noter que la connaissance et l'expérience qu'on a d'une maladie peuvent s'entretenir dans un cycle d'amélioration. En effet, l'expérience pourrait améliorer la connaissance de la maladie. Cela est d'ailleurs suggéré par des travaux qui montrent qu'après un événement ischémique majeur (affection cardio vasculaire), la connaissance des facteurs de risque est meilleure chez les sujets, même si cela n'entraîne pas automatiquement une modification des règles hygiéno-diététiques (A. S. Lensel *et al.*, 2013). Les résultats de ces travaux suggèrent d'évaluer l'intérêt d'un programme d'éducation thérapeutique.

Dans le cas précis de la drépanocytose, l'éducation thérapeutique dans un cadre de dépistage et de conseil génétique pourrait permettre de mieux accompagner les familles et susciter des comportements préventifs plus adaptés. Ceci doit tenir compte à la fois de facteurs affectifs (émotionnels) et de facteurs cognitifs dans le processus d'accès à l'information et à l'expérience sur la maladie (K. Matteau, 2018, p12). Le rôle prépondérant des médias et nouveaux médias au service des travailleurs sociaux doit ici être pris en compte. Il pourrait s'agir de faire intervenir des témoignages de malades dans le cadre de sensibilisation au bilan prénuptial orienté dépistage de la drépanocytose. Au-delà des couples et des familles, ce sont les jeunes qui doivent être ciblés. Développer des groupes d'échanges et de discussions sur les médias sociaux pourrait être un axe très porteur.

3.3. Concernant les raisons évoquées : L'amour ? Pas seulement ! Dieu et la chance aussi

Le fait religieux est très prégnant dans le contexte béninois. Tout le monde a une religion ou presque. Par-dessus tout, la grande majorité des pratiquants, toutes religions confondues se réfèrent à un Dieu plus grand que tous les autres dieux, qui aurait le mot de fin quant à la destinée de chacune de ses créatures. Ainsi, même si je prends le risque de faire des enfants drépanocytaires en me mettant en couple avec un partenaire à risque, si Dieu décide que ma progéniture sera saine, alors, certainement, évidemment, aucun de nos enfants ne sera drépanocytairaire. Ces croyances, très prégnantes dans la société, expliquent, à notre avis, ce résultat.

Des travaux ayant précédé ceux-ci montrent que la foi en une puissance supérieure pourrait encourager les gens à prendre des risques considérables *et al.*, 2015). Dans leurs travaux, les auteurs, via huit (8) expérimentations, montrent que le fait de croire en Dieu augmentait la prise de risque.

Une analyse intéressante rapporte la prise de risque et la chance au personnage de James Bond dans plusieurs films. « James Bond est un risqueur qui trompe la mort. Les autres espions n'ont pas toujours sa chance insolente. Bond représente le paradoxe de l'humain immortel. Fidèle à son personnage, James Bond est l'homme qui gagne trop facilement dans les cercles de jeu (car James Bond gagne toujours !), qui réussit brillamment les

missions les plus périlleuses (car James Bond ne perd jamais), qui sait rester invincible (car James Bond tue toujours mais ne meurt jamais). » (E. P. Toubiana, 2009).

La chance est envisagée ici comme un facteur de protection, rendant la probabilité d'incidence du risque tellement faible, que le sujet peut décider de s'y frotter. Il envisage ainsi que l'événement puisse survenir, mais la chance rend sa survenue suffisamment improbable pour qu'elle soit considérée comme impossible. Dans ce cas particulier, les gamètes mâles comme femelles, porteuses de l'hémoglobine normale, telles des « James Bond » organiques, se fauileraient parmi tous les écueils, défieraient toutes les lois physiologiques pour toujours produire des bébés sains.

Il est important de rappeler que le risque pourtant, n'est pas négligeable. Dans le cas de l'union de deux individus porteurs sains « AS », une grossesse sur 4 peut produire un enfant drépanocytaire « SS ».

3.4. Concernant la communication au sein du couple : plus rien ne va

Les résultats de notre étude montrent qu'avec l'obligation de prendre une décision concernant l'avenir du couple, la communication se rompait. Plus précisément, dans les cas où c'est une rupture qui se profile, les deux protagonistes n'arrivent plus à se comprendre. La communication se charge de nombreux bruits relatifs aux non-dits, aux suppositions et fantasmes. Puisque dans notre étude, la décision de rompre est venue systématiquement des femmes, les hommes avec lesquels elles étaient en couple ont rompu tout dialogue avec elles. Elles se sont vues soupçonnées d'infidélité, se servant du statut génétique comme d'un alibi rendant la rupture plus acceptable.

Bien qu'elles aient toutes recouru à de l'aide pour la médiation dans leur couple, cela n'a pas servi à grand-chose. Il y a eu deux cas de figures. Dans certains cas, les personnes à qui elles avaient recours n'étaient pas suffisamment informées sur la maladie et n'étaient pas en accord avec la décision de la rupture. Par ce fait, elles tentaient plutôt de convaincre à l'union plutôt que de chercher à instaurer une vraie médiation. Dans les autres cas, la personne est convaincue mais n'arrive pas, malgré cela à influencer la position de l'ex-conjoint. Dans tous les cas, à l'heure de notre enquête, aucune des enquêtées n'a de relation aplanie et cordiale avec son ex-partenaire.

L'intervention des professionnels de la médiation serait, dans ces cas précis d'un grand secours. En effet, assistants sociaux, sociologues et psychologues pourraient accompagner les mesures d'éducation à la santé, afin d'optimiser la prévention mais aussi accompagner la prise de décision au sein du couple confronté au risque surtout.

Le processus communicationnel pour atteindre ses objectifs devra tenir compte du contrat de communication (P. Castel *et al*, 2011, pp 26-32) et des spécificités respectives de l'homme et de la femme et de leur rôle dans le couple et des représentations sociales afférentes tout en admettant « que la parole est une qualité injustement distribuée, qui remplit des fonctions différentes selon les sexes... » (I. Jonas, 2007, pp 21-24).

3.5. Concernant les répercussions psychologiques : anxiété et dépression ?

Nos résultats permettent d'identifier chez les sujets qui ont participé à cette étude, des symptômes relevant de deux catégories :

- Les troubles anxieux,
- Les troubles dépressifs.

Plus précisément, cela ne nous permet pas d'affirmer que les personnes souffrent de troubles anxieux ou dépressifs, puisque le diagnostic n'a pas été l'objectif du seul entretien que nous avons eu avec elles. Toutefois, nous avons pu faire quelques constats. Premièrement, les personnes qui ont pris la décision de rompre, ou celles à qui on l'a imposé manifestent des symptômes relevant des troubles dépressifs. Dans leur grande majorité, ces personnes subissent les contrecoups de leur décision, même si elles ne la regrettent pas.

Deuxièmement, les personnes qui ont pris la décision de rester en couple malgré le risque génétique présentent des symptômes pouvant relever des troubles anxieux. Ainsi, la peur d'avoir des enfants souffrant de la maladie est la principale source anxieuse. S'y greffent d'autres symptômes, comme la peur de se séparer au final de son conjoint, des troubles du sommeil... c'est ce que démontrent les résultats de J. Assimadi et al., 2000 et E. Luboya et al., 2014. Ces auteurs ont montré l'impact de la drépanocytose sur la famille sur le plan psychosocial. Ils ont mis en exergue l'insomnie, la frustration, la peur du décès, le sentiment de panique et l'angoisse.

Ces résultats sont à creuser, lors d'une prochaine étude, car tels quels, ils ne constituent que des indices qui méritent plus ample investigation.

Conclusion

La drépanocytose, sujet majeur de santé publique en Afrique, touche jusqu'à 8% des nouveau-nés avec une prévalence du trait qui peut atteindre les 40% de la population. Elle survient avec son lot de conséquences désastreuses, aussi bien au niveau de l'enfant malade, qu'au niveau de sa famille. Il s'agit d'une maladie chronique, mais aussi héréditaire transmissible par les deux parents. La question de mettre un enfant au monde va obligatoirement confronter le couple aux risques encourus. C'est pourquoi, à travers la présente recherche qui a pris en compte les couples sujets dans cette situation, nous avons cherché à évaluer les processus psychologiques, cognitifs et communicationnels de prise de décision d'une rupture ou de conservation l'union.

Il est ressorti de nos travaux que le degré de connaissance et d'expérience de la maladie du fait d'avoir eu un proche malade joue un rôle prépondérant dans le questionnement, la communication inter-couple et la prise de décision. Par ailleurs, les femmes semblent être plus raisonnables que les hommes en matière de prise de risque, dans ce contexte particulier. Enfin, parmi les répercussions au niveau psychologique nous avons pu mettre en relief des symptômes liés à troubles anxieux et des troubles de l'humeur ou dépressifs.

Ces résultats montrent qu'une approche psychologique et sociocognitive tenant compte de principes communicatifs spécifiques au couple est nécessaire dans la conception et la mise œuvre de programmes de santé sur la question d'une prévention à grande échelle de la drépanocytose. Au-delà du couple, c'est toute la population et surtout les jeunes qui doivent être approchés dans le cadre des programmes de santé sexuelle et reproductive. Les médias et les nouveaux médias pourraient constituer un mix de canaux à privilégier pour atteindre cette cible.

Une approche quantitative pourrait être envisagée afin de pouvoir certifier le lien entre les variables mises à jour par l'approche qualitative privilégiée ici.

Références Bibliographiques

Assimadi Jean Kossi., Gbadoe, Adama Dodji., Nyadanu, Mawuli, 2000, « L'impact familial de la drépanocytose au Togo ». Archives de Pédiatrie, 7, 615-620.

Bertho Béatrice, 2012, « Trajectoires et revendications féminines dans le règlement des différends conjugaux autour de deux études de cas en milieu mossi (Burkina Faso) », Autre part, N° 61, 2012/2 p. 99-115

Esplen Emily, 2009, « Genre et soin aux personnes : Panorama », LeBulletin de Bridge N° 20.

Brooks Robert, Faff Robert, Mulino Daniel, Scheelings Richard, 2009, « Deal or No Deal, That Is the

Question: The Impact of Increasing Stakes and Framing Effects on Decision-Making under Risk ».

International Review of Finance 9, no 1 2, 27 50.

Castel, Philippe, Salès-Wuillemin E., Lacassagne Marie-Françoise, 2011, Psychologie sociale, communication et langage, 1ère édition, Liège, DeBoeck.

Coates Jonh, Herbert Joe, 2008 « Endogenous Steroids and Financial Risk Taking on a London Trading Floor ». Proceedings of the National Academy of Sciences 105, no 16, 6167 6172.

DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, s. d.

Ermer Elsa, Leda Cosmides, et John Tooby, 2008, « Relative Status Regulates Risky Decision Making about Resources in Men: Evidence for the Co-Evolution of Motivation and Cognition ». Evolution and Human Behavior 29, no 2: 106 118.

Guedehoussou, Tete, AD Gbadoé, K Lawson-Evi, DY Atakouma, AK Ayikoé, Ahoefa Vovor, K Tatagan-Agbi, et J K Assimadi, 2008, « Knowledge of sickle cell disease and prevention methods in an urban district of Lomé, Togo ». Bulletin de la Société de pathologie exotique (1990) 102, 247 251.

Handman Marie-Élisabeth, 2008, « L'anthropologue et le système sexe/genre », Connexions, 2008/2 n° 90, p. 77-85.

Jonas Irène. Les relations entre hommes et femmes au miroir de la littérature de thérapie de couple. In : Recherches et Prévisions, n°89, 2007. Conflits de couples et maintien du lien parental. pp. 21-30 ; http://www.persee.fr/doc/caf_1149-1590_2007_num_89_1_2307.

Kandem Félicité, Djomou Florent Arnel, Ba Hamadou, Ngonsala Suzanne, Jingi Ahmadou Musa, Biholong Christian, Djaya Joelle, Kenmegne Caroline, et Kingue Samuel, 2008, « Knowledge of cardiovascular risk factors and personal attitudes to prevention in the community of the health district of Deido – Cameroon ». Health Sciences and Disease 19, no 1, 36 42.

Kupor Daniella M., Kristin Laurin, et Jonathan Levav, 2015, « Anticipating Divine Protection? Reminders of God Can Increase Nonmoral Risk Taking ». Psychological Science 26, no 4, 374 384.

Lensel, A.-S., P. Lermusiaux, C. Boileau, P. Feugier, A. Sérusclat, Y. Zerbib, et J. Ninet, 2013, « La connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire est-elle meilleure après la survenue d'un évènement ischémique majeur ? Enquête auprès de 135 cas et 260 témoins ». /data/revues/03980499/v38i6/S0398049913003351/, 26 novembre 2013

LuboyaEvariste, Tshilonda Jean-Christophe ,Ekila Bothale Mathilde , et Aloni Ntetani Michel, 2014, « Répercussions psychosociales de la drépanocytose sur les parents d'enfants vivant à Kinshasa, République Démocratique du Congo: une étude qualitative, Pan Afr Med J, 19: 5.

Matteau Katherine, Modification des comportements citoyens : pertinence de l'utilisation des réseaux sociaux en communication environnementale, Essai présenté

au Centre universitaire de formation en environnement et développement durable,
Université de Sherbrooke, juin 2018

OMS, 2006, Cinquante-neuvième assemblée mondiale de la santé : Drépanocytose.

Toubiana Éric-Pierre, 2009, « La Passion du Risque : James Bond 007 ». *Topique*, no 107, 17-29.

Zounon Ornheilia, Anani Ludovic, Latoundji Sèmiou, Sorum Paul Clay, et Mullet Etienne, 2012, « Misconceptions about sickle cell disease (SCD) among lay people in Benin ». *Preventive Medicine* 55, no 3, 251-253.