



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

MODULE DE FORMATION DES DRÉPANOCYTAIRES ET LEURS PARENTS SUR LA DRÉPANOCYTOSE

Ouagadougou, les 29, 30 Avril et 1^{er} mai 2021

AUTEURS

- Dr BERGES/DAMOALIGA Y Gloria , MD, MPH, DU Drépanocytose
- Dr Sidbéwendin David Olivier ILBOUDO, PhD, Sociologie, M.A Sociologie de la santé, Drépanocytaire
- Dr NIKIEMA N Théodore, MD
- Dr Sr KOUTABA, MD
- Mr SAYOAGA S. Vincent, Attaché de santé en Pédiatrie

EDITION : Avril 2021



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

Remerciements

Nos remerciements s'adressent à l'ensemble des acteurs, cliniciens, associatifs, et autres personnes ressources, dont l'engagement a permis l'élaboration de ce module. Nous remercions en particulier le Ministère de la santé, partenaire institutionnel majeur ainsi que les partenaires financiers internationaux du CID/Burkina dont la Fondation Pierre Fabre et la Principauté de Monaco pour leurs appuis constants et leur franche collaboration.



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

Table des matières

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	5
2. OBJECTIFS DU MODULE	6
2.1 Objectif général.....	6
2.2 Objectifs spécifiques.....	6
3. DEFINITION, MODE DE TRANSMISSION ET DE LA DREPANOCYTOSE.....	6
3.1 DEFINITION.....	6
3.2 LE MODE DE TRANSMISSION.....	7
4. LES MANIFESTATIONS ou LE DIAGNOSTIC CLINIQUE.....	9
4.1 La phase stationnaire ou phase inter-critique	10
4.2 La phase critique.....	10
4.2.1 les crises vaso-occlusives (CVO) douloureuses.....	10
4.2.2 L'anémie.....	11
4.2.3 Les infections bactériennes et/ou parasitaires.....	11
4.2.4 Les accidents vaso-occlusifs.....	11
5. LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE et LE DEPISTAGE.....	12
5.1 DIAGNOSTIC.....	12
5.2 LE DEPISTAGE.....	12
6. LE TRAITEMENT et PREVENTION.....	13
6.1 TRAITEMENT.....	13
6.2 PREVENTION	14
6.2.1 La prévention primaire	14
6.2.2 La prévention secondaire	14
6.2.3 La Prévention tertiaire.....	15
7. PRISE EN CHARGE SOCIALE.....	15
7.1 Prise en charge psychologique de la douleur et de la fatigue	16
7.2 Education du malade et de sa famille.....	16



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

7.2 La prise en charge psychologique de l'adolescent.....	17
7.3 La prise en charge psychologique après le décès d'un enfant.....	17
CONCLUSION.....	17
ANNEXES.....	18
PLAN D'ANIMATION DE LA SESSION.....	18



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La Drépanocytose est une maladie génétique de l'hémoglobine ; elle est la plus répandue dans le monde et est héréditaire touchant tous les continents, et principalement certaines populations noires originaires d'Afrique.

Au Burkina Faso, la Drépanocytose est une préoccupation majeure nationale d'autant plus que les conséquences physiques, psycho-sociales et économiques liées à cette affection sont dramatiques. Elle constitue un problème de santé publique dans notre pays à l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne.

Les enfants de moins de cinq ans payent le plus lourd tribut avec une forte mortalité et de multiples complications.

Cette situation est aggravée par la méconnaissance de la maladie drépanocytaire par les populations et les prestataires de soins. Elles courent alors sans le savoir le risque d'avoir un enfant drépanocytaire en cas d'union avec un partenaire également porteur d'un gène anormal (AS, AC). La plupart des cas sont découverts trop tardivement, soit, lorsque se déclenchent les crises douloureuses caractéristiques de la drépanocytose, soit au stade de complications graves irréversibles de la maladie. La connaissance de son statut d'électrophorèse de l'hémoglobine (AS ou AC ou CC), une meilleure prise de conscience de la maladie (gravité et le coût onéreux des traitements) et le mode de transmission permettrait d'éviter la naissance d'enfants malades par la limitation des unions à risque.

Ce manuel qui reste perfectible, résulte du travail de l'équipe de l'éducation thérapeutique et du conseil génétique du CID/Burkina et devrait contribuer à donner plus de compétences aux agents communautaires dans la lutte pour la réduction de la Drépanocytose et de ses complications. En outre, il renferme le sens d'un combat mené contre la drépanocytose, par les drépanocytaires en tandem avec la communauté médicale et soignante, très engagée et restée fidèle aux actions du CID/Burkina.

En s'appuyant sur sa communauté polyvalente, il s'agit de mobiliser et d'organiser l'information médicale sous forme de modules de formations à dispenser aux familles drépanocytaires qui fréquentent l'association, contribuant ainsi à la prévention des crises et à la prise en charge psycho-sociale des malades drépanocytaires.

Ces domaines d'actions sont essentiels pour le CID/Burkina qui au fil d'une longue expérience de mobilisation et d'intervention autour de la drépanocytose en l'absence d'un programme national de lutte contre cette pathologie grave qui tue en silence, a su se mettre à l'écoute de centaines de familles qui ont adhéré à l'association. La communauté du CID/Burkina est représentée par un fort ancrage territorial représentée dans 11 antennes régionales à l'échelle nationale. La vie de la structure est ponctuée entre autres par des activités dans les régions tout le long de l'année, et une assemblée générale annuelle réunissant toutes les représentations régionales au Centre.

Au cours des assemblées générales, le besoin d'information spécialisée sur la drépanocytose est apparu crucial pour aider les familles. En effet, des familles mieux informées sur la maladie peuvent développer les bons réflexes



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

et contribuer à une meilleure prise en charge des enfants drépanocytaires. Les acteurs qui ont conçu ce manuel en droite ligne de la dimension communautaire du guide national de prise en charge de la drépanocytose dont le CID/Burkina a activement contribué à son élaboration, ont agi de manière volontariste et débonnaire. Leur principale motivation est de contribuer à mieux faire avancer qualitativement la prise en charge et prévention de la drépanocytose au Burkina Faso.

Le présent module vient combler un vide car il permettra de mettre à la disposition des parents de drépanocytaires et drépanocytaires acteurs de la sensibilisation du CID/Burkina, un document d'orientation dans la sensibilisation et l'éducation thérapeutique collective.

2. OBJECTIFS DU MODULE

2.1 Objectif général

Améliorer la connaissance des parents et des patients sur la Drépanocytose

2.2 Objectifs spécifiques

- Sensibiliser le public cible (patients, parents de patients, et autres membres du CID) sur la Drépanocytose
- Renforcer leur connaissance sur le mode de transmission ; le dépistage et le diagnostic ; la prise en charge médico psycho sociale et la prévention.
- Créer un cadre de partage d'expérience dynamique et animé entre acteurs associatifs toutes catégories réunies.

3. DEFINITION, MODE DE TRANSMISSION ET DE LA DREPANOCYTOSE

3.1 DEFINITION

La Drépanocytose est un liée à une anomalie de structure de l'hémoglobine normale A (HbA) qui aboutit à la formation de l'hémoglobine S (HbS). Sa transmission est indépendante du sexe et s'exprimant lorsque les deux chromosomes transmis par les parents sont porteurs du gène de la maladie).

Il existe deux formes de portage :

- Les **Syndromes Drépanocytaires Majeurs (SDM)** correspondant aux situations cliniques liées au double portage (transmis par la mère ET par le père) du gène S (**homozygote SS**), au portage **hétérozygote composite (SC)**, et plus rarement les hétérozygotes composites **Sβ thalassémies** (Sβ+ thalassémies et Sβ0 thalassémies).
- Le portage d'un seul gène S (**AS**), transmis par la mère OU par le père, aussi appelé porteur du trait drépanocytaire, est asymptomatique (les sujets ne sont donc pas malades). Ces porteurs doivent être avertis du risque qui pourrait être encouru lors d'une union à risque (c'est à dire avec un autre porteur du trait).

3.2 LE MODE DE TRANSMISSION

La structure normale de l'hémoglobine correspond à l'hémoglobine A (Hb A).

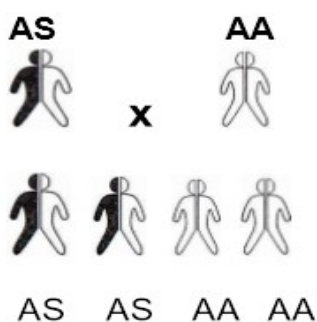
Selon le génotype des parents, on peut assister à plusieurs combinaisons de l'hémoglobine : SS, SC, AS, AC et AA.

Les exemples ci-après illustrent les différentes possibilités

Exemple 1

Si un des parents est hétérozygote AS et l'autre parent est normal AA, ils peuvent avoir des enfants AS et AA.

Figure 1 : Un des parents est hétérozygote (AS) et l'autre parent est normal (AA)

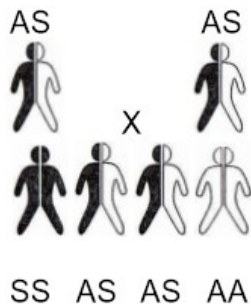


50 % des enfants seront hétérozygotes (AS)
50 % des enfants seront normaux (AA)

Exemple 2

Si les deux parents sont hétérozygotes AS, ils peuvent avoir des enfants SS, AS et AA.

Figure 2 : Les 2 parents sont hétérozygotes (AS)

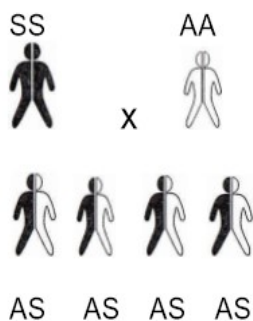


25 % des enfants seront homozygotes (SS)
50 % des enfants seront hétérozygotes (AS)
25 % des enfants seront normaux (AA)

Exemple 3

Si un des parents est homozygotes SS et l'autre parent normal AA, ils n'auront que des enfants AS.

Figure 3 : Un des parents est homozygote (SS) et l'autre parent est normal (AA)

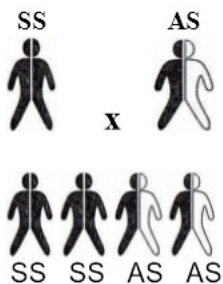


100 % des enfants seront hétérozygotes (AS)

Exemple 4

Si un des parents est homozygote SS et l'autre parent hétérozygote AS, ce couple aura soit des enfants SS ou AS.

Figure 4 : Un des parents est homozygote (SS) et l'autre parent est hétérozygote (AS)

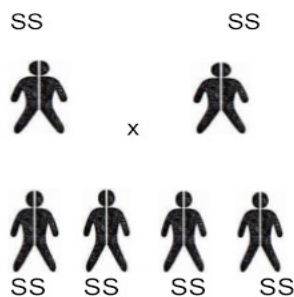


50 % des enfants seront homozygotes (SS)
50 % des enfants seront hétérozygotes (AS)

Exemple 5

Si les deux parents sont homozygotes SS, ils auront à 100% des enfants SS.

Figure 5 : Les 2 parents sont homozygotes (SS)



100 % des enfants seront homozygotes (SS)

Remarque : Par ailleurs, il existe d'autres combinaisons de l'hémoglobine S avec d'autres hémoglobines anormales, notamment l'hémoglobine C, D et les Thalassémies.

4. LES MANIFESTATIONS ou LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Les signes cliniques varient selon les différents types de SDM, mais **la douleur** en est le signe commun. La crise douloureuse a une durée variable pouvant aller à **10 jours ou plus**. Elle est très violente, insupportable

et fréquente pouvant se localiser partout dans l'organisme (os surtout, articulations, abdomen, tête). Ces douleurs sont provoquées par l'obstruction des petits vaisseaux par les hématies falciformes.

Il existe deux (02) phases de manifestation :

4.1 La phase stationnaire ou phase inter-critique

C'est le tableau d'anémie hémolytique chronique, associant un subictère (yeux jaunes) permanent et une splénomégalie (grosse rate) inconstante qui disparaît habituellement avant l'âge de 6 ans. Il existe un retard staturo-pondéral durant l'enfance et un retard à la puberté.

4.2 La phase critique

Elle est faite surtout de complications aiguës que sont :

4.2.1 les crises vaso-occlusives (CVO) douloureuses

Elles sont caractérisées par la douleur et sont dues à :

- L'hypoxémie (manque d'oxygène) favorisée par les milieux confinés, la haute altitude, les anesthésiques généraux, l'utilisation des vaso-constricteurs tels les ocytociques ;
- Le froid entraînant une vasoconstriction ;
- La fièvre provoquant une déshydratation et suggérant une infection ;
- L'acidose résultant de l'effort physique intense et prolongé ;
- La déshydratation du fait des vomissements, de la diarrhée, de la prise des diurétiques, la consommation de boissons alcoolisées ;
- La grossesse surtout au 3ème trimestre. Le siège de la douleur varie selon l'âge :

Chez le nourrisson, la manifestation inaugurale habituelle survient aux alentours de 6 mois sous la forme du syndrome pied-main encore appelé « dactylite » ; c'est une tuméfaction douloureuse des mains et des pieds ;

Chez le petit enfant (1-5 ans), les douleurs sont abdominales et/ou osseuses. Les douleurs abdominales peuvent simuler un abdomen chirurgical ;

Chez le grand enfant et adulte : la douleur peut siéger aux membres, au thorax, au bassin et au rachis.

4.2.2 L'anémie

Elle s'explique par la courte durée de vie des hématies malades.

L'anémie aiguë résulte de l'aggravation de l'anémie chronique préexistante caractérisée par une accentuation de l'ictère et de la pâleur. Elle survient dans les situations suivantes: • Crise d'hyper hémolyse consécutive à un paludisme grave le plus souvent, ou à une infection bactérienne (association de fièvre). Elle peut se traduire par une hémoglobinurie (urines coca-cola).

- Séquestration aiguë splénique se traduisant par une augmentation brutale du volume de la rate accompagnée d'une pâleur intense avec adynamie. Il s'agit d'un accident imprévisible d'une extrême urgence avec un pronostic très défavorable

4.2.3 Les infections bactériennes et/ou parasitaires

Elles sont responsables d'une part importante de la mortalité chez les drépanocytaires.

- Les infections bactériennes : les plus fréquentes sont les pneumopathies, les méningites, les septicémies, les ostéomyélites, les cholécystites infectieuses, les infections urinaires
- Le paludisme Il est responsable d'hyper hémolyse avec aggravation de l'anémie chronique du drépanocytaire.

4.2.4 Les accidents vaso-occlusifs

Tels que :

- Le Syndrome thoracique aigu
- L'accident vasculaire cérébral
- Le priapisme : il se traduit par l'obstruction des corps caverneux et peut entraîner sur le long terme une impuissance sexuelle.
- L'infarctus splénique et pulmonaire
- Nécrose papillaire rénale provoquant une hématurie

- L'amaurose (perte brutale de la vue)

Les complications chroniques les plus fréquentes sont entre autres :

- L'ostéonécrose aseptique de la hanche
- La rétinopathie
- L'insuffisance rénale
- L'insuffisance cardiaque
- L'insuffisance respiratoire chronique
- La baisse de l'audition ou la surdité

5. LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE et LE DEPISTAGE

5.1 DIAGNOSTIC

Les examens biologiques jouent un rôle primordial pour le diagnostic et font intervenir des méthodes telles que l'électrophorèse.

- Certaines techniques telles que le test de falciformation ou test d'Emmel permettent de dépister l'hbS. D'autres techniques permettent de caractériser les syndromes drépanocytaires majeurs (SDM). Exemple : l'électrophorèse de l'hémoglobine.
- Le diagnostic de certitude repose sur l'identification qualitative des fractions et leur quantification par électrophorèse. Cet examen doit être impérativement complété par un hémogramme.

5.2 LE DEPISTAGE

Pour réduire la morbidité et la mortalité de la maladie, importantes surtout chez les jeunes enfants, il est nécessaire de dépister très tôt les enfants atteints pour leur proposer un suivi préventif.

Cependant deux types de dépistage peuvent être proposés.

- Le dépistage systématique c'est la stratégie idéale de dépistage. Elle s'adresse à toute la population de nourrissons. Le dépistage peut être précoce avant l'âge de six mois (dépistage néonatale à la naissance) ou se faire après 6 mois.

- Le dépistage ciblé : Il est ciblé sur des critères de risque quand l'un des parents est porteur de l'hémoglobine S ou C.

NB : D'autres types de dépistages peuvent être demandés au besoin (dépistage prénatal, et dépistage pré-nuptial)

6. LE TRAITEMENT et PREVENTION

6.1 TRAITEMENT

La Drépanocytose est incurable par les médicaments mais de nos jours des nouvelles thérapeutiques sont en expérimentation et prometteuses. Cependant certaines permettent de vivre au mieux avec cette pathologie. Ce sont :

- Des apports liquidiens en abondance ;
- Un régime alimentaire sain ;
- Une supplémentation en acide folique ;
- Des médicaments contre la douleur ;
- Des antibiotiques en cas d'infection ;
- La vaccination à titre préventif ;
- Un certain nombre d'autres mesures à visée thérapeutique (transfusion, saignée, échanges transfusionnels etc.)
- Respecter le calendrier de suivi avec les médecins référents

La prise en charge de la phase critique est basée sur certains principes fondamentaux :

- Toute crise douloureuse vaso-occlusive (CVO) doit être considérée comme potentiellement à risque (complications d'emblée associées ou à venir) et impose une vigilance absolue. En particulier, la crise douloureuse peut cacher un risque vital.
- Il faut donc systématiquement rechercher une éventuelle complication associée. Elle doit être considérée comme **une urgence médicale** ; le délai de prise en charge doit être **bref**.
- Devant toute crise associée à une fièvre (sans foyer infectieux patent) penser autant à l'infection pneumococcique que palustre jusqu'à preuve du contraire.

- Devant toute crise qui perdure au-delà de 2 jours, il faut hospitaliser ou référer le malade à l'échelon supérieur. Ce délai sera d'autant plus court qu'il s'agit d'un enfant de moins de 3 ans ou lorsqu'une fièvre est associée.

La prise en charge dépend de la symptomatologie en présence et ou des complications en cours.

- En cas de crise douloureuse aigue, prendre un simple anti douleur (du paracétamol par exemple, prendre la température et noter, boire beaucoup d'eau, se reposer et vérifier la prise des médicaments. Consulter dès que possible.
- En cas d'anémie, consulter. Elle se manifeste par une fatigue, une pâleur palmaire et des vertiges. Elle peut nécessiter une transfusion.
- En cas de priapisme, procéder à un enveloppement chaud du pénis et consulter avant trois heures.
- En cas d'ulcère de jambe, un traitement précoce s'impose dans un centre de santé.
- L'ostéonécrose nécessite une prise en charge spécialisée après une consultation.
- La destruction de la rétine est irréversible. Le suivi ophtalmologique reste la seule arme efficace.
- La femme enceinte drépanocytaire est un terrain particulier qui nécessite un suivi adéquat.
- L'atteinte des autres organes requiert un traitement conséquent.

6.2 PREVENTION

La prévention est aussi le maître mot de la prise en charge de la drépanocytose. Elle consiste au dépistage du trait de drépanocytose, à la sensibilisation des populations et des conseils génétiques à l'endroit des couples à risque.

Trois niveaux de prévention peuvent être considérés.

6.2.1 La prévention primaire

Elle consiste à éviter la naissance d'enfants drépanocytaires. Cela contribue à réduire l'incidence des SDM. Elle est réalisée par le biais du conseil génétique.

6.2.2 La prévention secondaire

Cette prévention vise à réduire la morbidité et la mortalité liées à la pathologie par des actions médico-socio-éducatives très précoces. La prévention secondaire se fait grâce au dépistage précoce et ce, idéalement avant l'âge de six mois.

Le Dépistage précoce a pour but primordial d'identifier les enfants porteurs de formes majeures. Les mesures préventives mises en place permettent de prévenir et de limiter la survenue des symptômes et des complications.

Il s'agit entre autres de prévenir :

- Les infections bactériennes graves par la vaccination et par la pénicillinoprophylaxie,
- Le paludisme : utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides et prescription systématique de chimio prophylaxie saisonnière (CPS) anti palustre pendant l'hivernage,
- L'anémie : supplémentation en acide folique chez tous, en fer si carence avérée.

6.2.3 La Prévention tertiaire

Il s'agit de limiter l'impact des handicaps liés à la drépanocytose sur la vie socioprofessionnelle, par l'offre de soins de réadaptation ou de rééducation fonctionnelle lors de séquelles handicapantes (post-AVC ou ostéonécrose de hanche). Cette prévention concerne trois aspects :

- Le Dépistage précoce des handicaps
- La prise en charge dans les structures adaptées
- Le suivi des handicaps

7. PRISE EN CHARGE SOCIALE

La drépanocytose est une maladie invalidante sujette à de nombreux tabous et de nombreuses stigmatisations dans nos sociétés africaines pouvant aller de l'isolement à la maltraitance du patient, au divorce des parents. De ce fait, en parallèle des soins médicaux, le succès de la prise en charge de la maladie réside dans une approche globale centrée sur le malade et sa famille. Cette globalité est réalisée par un travail d'information et de mise en sens du vécu et des émotions de la personne drépanocytaire et sa famille.

Cette prise charge commence dès l'annonce des résultats et se poursuit durant toute la vie de la personne drépanocytaire et même après le décès.

Elle comprend :

- Le conseil pré dépistage

Cible : femmes enceintes et leurs partenaires, femmes dans le post-partum, Adolescent (es) jeunes

Les familles réagissent différemment face à l'annonce du diagnostic de la drépanocytose. Certains parents semblent accepter la maladie, d'autres développent des sentiments de panique, d'angoisse, d'inquiétude, de déni, de culpabilité. Ces réactions sont liées aux informations véhiculées dans la société au sujet de la drépanocytose. A ce niveau, les entretiens psychologiques permettent d'apaiser l'angoisse et d'envisager un avenir avec l'enfant.

- Le conseil post dépistage et le suivi,

Le conseil post dépistage sera plus ciblé sur un contenu d'information en rapport avec le résultat de l'électrophorèse de l'hémoglobine

- Le conseil génétique

Le conseil génétique est un entretien avec un patient, un couple ou une famille pour l'informer objectivement sur la maladie héréditaire qu'est la drépanocytose. Il ne s'agit donc pas de suggérer ou de recommander une conduite à tenir mais plutôt de donner une information, en évitant d'être directif et d'imposer ses propres convictions.

- La prise en charge psychologique au cours de la vie de l'enfant

7.1 Prise en charge psychologique de la douleur et de la fatigue

Les enfants qui ont des crises sévères ou à répétitions connaissent le retard ou l'abandon scolaire. Aussi, chaque crise douloureuse plonge l'enfant et ses parents dans l'incertitude absolue, la menace de mort ; une angoisse massive est souvent associée. La prise en charge psychologique permettra de redonner confiance aux parents et de jouer un rôle dans la prise en charge de l'enfant car de leur acceptation de la maladie dépendra la qualité de vie et la prise en charge de l'enfant. A ce niveau, le dessin et le jeu sont des moyens d'expression qui permettent à l'enfant de traduire le travail psychique mis en œuvre pour aborder la maladie et ses conséquences. Le psychologue par ses questions et une analyse éclairée l'accompagnera dans ses tentatives de mise en sens et permettra à l'enfant ou à l'adulte de vivre comme un sujet et non objet de sa maladie.

7.2 Education du malade et de sa famille

Elle vise à rendre les parents d'enfants malades aptes à :

- Reconnaître et traiter une crise simple à domicile (si possible),
- Dépister précocement les signes d'alerte d'une crise grave (dépister l'anémie, une splénomégalie, un syndrome thoracique et un priapisme aigue) et à conduire l'enfant à l'hôpital en urgence.
- Consulter dès l'apparition d'une fièvre ou de tout changement de comportement de l'enfant (irritabilité, pleurs incessants, perte d'appétit, etc.) Cet enseignement/formation peut se faire au cours de la consultation de suivi ou en séance spéciale. Cette éducation vise aussi à amener le malade et sa famille à s'approprier les mesures hygiéno-diététiques suivantes : - éviter le sport de haut niveau. - éviter la consommation de l'alcool et du tabac. - expliquer l'importance des mesures de prévention dont la vaccination. - conseiller un régime alimentaire riche en folates (foie, abats, légumes verts et crudités, jaune d'œuf, champignons, pain, levures). Ce régime doit également être riche car l'enfant drépanocytaire a plus de dépenses énergétiques au repos.

7.2 La prise en charge psychologique de l'adolescent

Il faut veiller à ce que le suivi ne soit pas interrompu lors du passage du suivi pédiatrique au suivi d'adulte. Rassurer l'adolescent qui est anxieux (réputation d'une espérance-vie limitée à 20 ans). Le rassurer sur sa puberté qui, bien que tardive, se fera normalement.

7.3 La prise en charge psychologique après le décès d'un enfant.

Les parents ressentent un épuisement physique et psychique. Cette expérience renforce leurs sentiments de culpabilité et augmente leur isolement. Ce moment du deuil est un moment où le soutien psychologique s'avère indispensable pour leur permettre de continuer à s'occuper des autres enfants drépanocytaires.

CONCLUSION

La prise en charge de la Drépanocytose est multidimensionnelle. Au-delà de la prise en charge médicale et/ou chirurgicale de certaines complications, la personne drépanocytaire ainsi que sa famille ont besoin de soutien



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

psychosocial sans faille. Les énormes dépenses occasionnées par la maladie nécessitent un appui financier substantiel pour y faire face surtout à l'endroit des familles démunies.



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

ANNEXES

PLAN D'ANIMATION DE LA SESSION

<u>Contenu</u>	<u>Techniques pédagogiques</u>	<u>Méthodes d'évaluation</u>	<u>Matériel</u>	<u>Durée</u>
JOUR 1				
<u>INTRODUCTION / DEFINITION ET MODE DE TRANSMISSION DE LA DREPANOCYTOSE</u>	Brainstorming Exposé	Questions / Réponses orales	Module de formation	01H30
<u>MANIFESTATION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE</u>	Brainstorming Exposé	Questions / Réponses orales	LIVRET du participant	02H00
<u>DIAGOSTIC BIO ET LE DEPISTAGE</u>	Brainstorming/ Exposé	Questions / Réponses orales	FILM PEDAGOGIQUE IECD	01H30 mn
JOUR 2			Boite à image CID	05H00
<u>TRAIREMENT ET PREVENTIONS</u>	Brainstorming/	Questions /		01H30



COMITÉ
D'INITIATIVE CONTRE
LA DRÉPANOCYTOSE

	<u>Exposé</u>	<u>Réponses orales</u>	<u>Marqueurs ou Tableau/</u>	
<u>PEC PSHYCHOSOCIAL</u>	<u>Brainstorming/ Exposé</u>	<u>Questions /</u> <u>Réponses orales</u> <u>Groupes de travail</u>	<u>Craie</u> <u>OUTILS ROFSED :</u> <u><i>Drepanorisk version poche</i></u> <u><i>BROCHURES</i></u> <u><i>Carte médicament</i></u> <u><i>Drepanorigine</i></u>	<u>02H00</u> <u>mn</u>
<u>Evaluation de la session</u>	<u>Questionnement</u>	<u>Méthode</u> <u>Questions- réponses</u>	<u>OUTILS ROFSED :</u> <u><i>Drepanorisk version poche</i></u> <u><i>BROCHURES</i></u> <u><i>Carte médicament</i></u> <u><i>Drepanorigine</i></u>	<u>01H00mn</u>