

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES  
ET EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES DE L'EDUCATION ET  
INGENIERIE EDUCATIVE

\*\*\*\*\*

FACULTE DES SCIENCES DE  
L'EDUCATION

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE  
L'EDUCATION SPECIALISEE

\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POST COORDINATE SCHOOL FOR  
SOCIAL AND EDUCATIONAL  
ENGINEERING

\*\*\*\*\*

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND  
TRAINING IN SCIENCES OF  
EDUCATION AND EDUCATIONAL  
ENGINEERING

\*\*\*\*\*

THE FACULTY OF EDUCATION

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SPECIAL  
EDUCATION

\*\*\*\*\*

**REHABILITATION A BASE COMMUNAUTAIRE  
ET VECU DE L'INFIRMITE MOTRICE  
CEREBRALE (IMC) CHEZ LES ENFANTS D'AGE  
SCOLAIRE : UNE ETUDE DE CAS.**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences de  
l'Education*

**Spécialité : handicaps physiques, instrumentaux et conseils  
Option : psychologie professionnelle en handicapologie inclusive**

Par

**Menye Etoundi Appolonie Murielle**

Matricule : 21V3130

Licenciée en Géographie

Jury

<b>Qualité</b>	<b>Noms et grade</b>	<b>Universités</b>
<b>Président</b>	EBALE MONEZE Chandel, Pr	UYI
<b>Rapporteur</b>	BITOGO Joseph, CC	UYI
<b>Membre</b>	BOULLA MEVA'A Alain Roger, Pr	ENS Bertoua



# SOMMAIRE

DEDICACE .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	iv
LISTE DES FIGURES .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	vi
RESUME .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCTION .....	9
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL .....	10
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	11
CHAPITRE 2 : RÉHABILITATION À BASE COMMUNAUTAIRE (RBC) ET GESTION DE L'IMC .....	27
CHAPITRE 3 : IMC ET PRISES EN CHARGE .....	59
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE .....	94
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE .....	95
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....	117
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION .....	141
CONCLUSION .....	152
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE .....	152
ANNEXES .....	152
TABLE DE MATIERES .....	152

**A**

***Ma famille***

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'endroit de notre directeur, Monsieur le Professeur Alain Roger Boulla Meva'a, qui a accepté de nous prendre sous son aile, afin de conduire nos premiers pas dans la recherche scientifique.

Notre gratitude est adressée à Monsieur le Professeur Mgbwa Vandelin, Chef du Département de l'Education Spécialisée, à tous les enseignants et personnels administratifs, pour l'encadrement reçu durant notre formation.

Notre reconnaissance va à l'endroit du Directeur de l'école inclusive de PROMHANDICAM, tout son personnel ainsi que les parents et les sujets de cette étude, pour l'opportunité qui nous a été offerte non seulement pour nos stages académiques, mais également pour la collecte de nos données.

Nous sommes reconnaissants envers Monsieur le Docteur Ebe Zambo, dont l'aide et les conseils nous ont été précieux tout au long de notre apprentissage.

Nous sommes gré à notre famille en général, notamment à nos parents, nos grands frères et grandes sœurs, pour tous les efforts humains, matériels et financiers consentis durant notre formation. Qu'ils trouvent en ce mémoire la récompense pour les sacrifices.

Nos salutations vont à nos camarades de promotion. Qu'ils trouvent ici le plaisir que nous avons eu à cheminer avec eux.

## **LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS**

**BUCREP** : Bureau Central des Recensements et des Etudes de la Population

**CCCP** : Cluster Center Cameroon Program

**CM2** : Cours moyens deuxième année

**CRTV** : Cameroon Radiotélévision

**DIBC** : Développement Inclusif à Base Communautaire

**IDDC** : International Disability Development Consortium

**IMC** : Infirmité Motrice Cérébrale

**MINAS** : Ministères des Affaires Sociales

**MINESEC** : Ministère de l'Enseignement Secondaire

**OEQ** : Ordre des ergothérapeutes du Québec

**OIT** : Organisation Internationale du Travail

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PESH** : Personnes En Situation de Handicap

**PROMHANDICAM** : service pour la Promotion des personnes Handicapées du Cameroun

**RBC** : Réhabilitation à Base Communautaire

**SA** : Semaines d'Aménorrhée

**SNC** : Système Nerveux Central

**UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Les lobes et circonvolutions de l'hémisphère cérébral gauche .....	78
Figure 2 : Vue antérieure des muscles du membre supérieur .....	84
Figure 3 : Vue postérieure des muscles du membre inférieur .....	85
Figure 4 : Vue postérieure des muscles du membre supérieur .....	86

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Matrice de la RBC de l'OMS.....	41
Tableau 2 : Tableau représentatif de la population infirme par region et par sexe au Cameroun .	66
Tableau 3 : Représentation de l'infirmité motrice dans les types du handicap en général.....	67
Tableau 4 : Niveau d'instruction de la population en situation de handicap au Cameroun.....	67
Tableau 5 : Les formes d'IMC selon la description de la topographie.....	74
Tableau 6 : Développement psychomoteur (acquisition minimale de 6 à 12mois).....	79
Tableau 7 : Développement psychomoteur (acquisition minimale de 18 à 24 mois).....	81
Tableau 8 : Déficits associés aux IMC selon la topographie (Djibo,2007).....	88
Tableau 9 : Présentation des cas .....	109

## RESUME

Le présent mémoire traite de la réhabilitation à base communautaire et le vécu de l'infirmité motrice cérébrale (IMC) chez les enfants d'âge scolaire : une étude de cas. Notre travail interroge l'ensemble des capacités disponibles dans un environnement et susceptibles d'impacter positivement ou négativement la façon dont les IMC évoluent sur le plan éducationnel. Pour ce faire, nous avons préalablement présenté les notions de réhabilitation à base communautaire (RBC) et d'IMC ainsi que les différentes composantes qui les entourent. Ainsi, il s'est posé le problème de l'impact des activités de RBC sur le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire. Pour tenter de résoudre cette problématique, nous avons étudié le rôle de la RBC dans la facilitation de l'accès à l'éducation, dans la facilitation de l'inclusion éducative et dans la facilitation de l'apprentissage coopératif. À l'issue de nos entretiens avec les auxiliaires de vie, nous sommes arrivés aux résultats selon lesquels les activités de RBC déterminent le vécu de l'IMC chez ces enfants à travers l'amélioration et l'acquisition des compétences scolaires et les aptitudes socialement adaptées qui facilitent leur intégration.

*Mots Clés : Réhabilitation à base communautaire (RBC), infirmité motrice cérébrale (IMC), inclusion, intégration, enfant en situation de handicap, âge scolaire.*

## ABSTRACT

This thesis deals with community-based rehabilitation and the experience of cerebral palsy (CP) in school-age children: a case study. Our work examines the range of capacities available in an environment that can have a positive or negative impact on the way Cerebral Palsy children evolve educationally. To do this, we first introduced the notions of community-based rehabilitation (CBR) and IMC, and the various components that surround them. This raised the issue of the impact of CBR activities on school-age children's experience of CMI. To address this issue, we studied the role of CBR in facilitating access to education, in facilitating educational inclusion and in facilitating cooperative learning. Based on our interviews with caregivers, we concluded that CBR activities determine these children's experience of Cerebral Palsy through the improvement and acquisition of academic skills and socially adapted abilities that facilitate their integration.

*Keywords: community-based rehabilitation, cerebral palsy, inclusion integration, disabled children, school age*

## INTRODUCTION

"Un enfant enfermé dans ses limites reste incapable de se valoriser et n'arrive pas à s'adapter au monde extérieur." Cette pensée de Maria Montessori nous interpelle sur la nécessité de s'interroger sur les conditions environnementales comme facteur déterminant de l'expérience de vie des enfants. Afin de réduire les obstacles à la liberté éducative des enfants, il est pertinent de s'intéresser à la réhabilitation à base communautaire et le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire. Les enfants à besoins spécifiques sont les plus vulnérables aux mœurs sociales.

Aujourd'hui, la RBC est perçue comme une approche de promotion des droits et de l'égalité des chances pour les personnes en situation de handicap, en vue d'assurer leur développement sur la base de l'intégration sociale. L'OMS 2011 la perçoit comme une stratégie qui prend en compte les difficultés globales des personnes en situation de handicap. C'est ainsi qu'elle publie les axes de la RBC sur cinq volets du domaine de la santé, de l'éducation, des moyens de subsistances, du social et de l'autonomisation.

La RBC tire ses fondements de la déclaration universelle des droits de l'homme qui recommande une prise en charge particulière en faveur des personnes en situation de handicap. Néanmoins, les conditions de vie dans lesquelles se trouvent cette catégorie de personne ne favorisent pas toujours leur épanouissement.

Dans notre travail, nous nous interrogeons sur la façon dont les composantes environnementales influencent l'épanouissement et l'intégration éducative des enfants IMC dans leurs communautés. Afin de répondre à nos questions, nous avons élaboré un plan de rédaction. Suite à la présente introduction, notre mémoire est organisé en deux grandes parties : la première intitulée *cadre théorique* comporte trois chapitres (*chapitre 1 : problématique ; chapitre 2 : Réhabilitation à base communautaire et gestion de l'IMC au Cameroun ; chapitre 3 : Infirmité motrice cérébrale et prise en charge*). La deuxième partie intitulée *cadre méthodologique et opératoire* contient également trois chapitres (*chapitre 4 : Méthodologie ; chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats ; chapitre 6 : Interprétation et discussion des résultats*). Une conclusion, des références bibliographiques et des annexes achèvent notre travail.

**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET  
CONCEPTUEL**

# CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

## 1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### 1.1.1. Contexte

Au Cameroun, les perceptions de l'infirmité motrice cérébrale (IMC) sont orientées vers une image culturelle. Ceci représente une limite à la posture impérialiste qui a pour seule perception, une image biomédicale ; les cultures et traditions camerounaises peuvent également trouver l'origine de ce handicap dans la culture. Le handicap en général et l'IMC en particulier sont davantage sujets des représentations sociales qui ne valorisent pas les victimes. Une image culturelle qui se détourne de celle occidentale pourrait contribuer à trouver des solutions afin que les préoccupations des pouvoirs publics sur la volonté d'une société inclusive soit une réalité. Au Cameroun, les sociétés prônent davantage le vivre ensemble, ainsi, la notion de réhabilitation ou de réadaptation tout court que propose le courant médical se trouve ainsi dépassées ; Aujourd'hui, les cultures voudraient que les personnes en situation de handicap se trouvent incluses dans la société et qu'elles aient des rôles bien précis dans le développement local. Le handicap n'étant donc pas essentiellement biomédiacal, il englobe aussi des composantes culturelles et sociales qui jouent un grand rôle dans le vécu et les habiletés des victimes. Ainsi, bien que l'IMC peut avoir une origine biologique, il est donc important de s'intéresse au contexte culturel africain qui tient compte des coutumes comme patrimoine et héritage laissé par les ancêtres et qui prône les valeurs sociales comme la solidarité, l'amour du prochain l'esprit de partage (Atangana, 2009)

Au regard de ce qui précède, nous pouvons dire que les cultures camerounaises veulent orienter aujourd'hui ce handicap qui touche 3,5 millions soit 5,3% de personnes dans le monde, vers une intégration sociale du sujet. Malgré les avancées de la médecine néonatale, «la prévalence des IMC ne diminue pas, les IMC touchent 2 enfants sur 1000 naissances, c'est à dire 1500 de plus chaque année » (Janicki, 2021, p.2). Les enfants sont victimes des déficits moteurs importants qui relèvent même du polyhandicap. Par ailleurs, « certaines études tendent à prouver que ces derniers ne souffrent pas seulement sur le plan moteur, également sur le plan perceptif et notamment visuo-perceptif » (Janicki, 2021, p.1). D'où l'importance de sensibiliser les sociétés sur la question. Le

choix de l'IMC n'étant pas anodin en ce sens où ce handicap fait partie de ceux qui conditionnent le plus ses victimes en terme de dépendance. Si à cette dépendance s'ajoute une stigmatisation favorisée par une prise en charge essentiellement médicamenteuse, l'enjeu est davantage robuste il est donc nécessaire de trouver une solution. Si pour le Cameroun L'IMC pourrait avoir une connotation culturelle qui facilite l'intégration des victimes.

Les travaux de Noutcha en 2004 mettent en exergue trois axes pour la gestion du Handicap en Afrique à savoir : la représentation ; le rejet et l'acceptation ; et le vécu du handicap. C'est à travers ces paramètres que nous nous intéressons au vécu de l'IMC chez l'enfant d'âge scolaire ; nous pouvons constater que le handicap au Cameroun serait caractérisé par ces trois facteurs qui doivent à priori être examinés. Il est donc nécessaire de se lancer dans un premier temps à la sensibilisation des populations sur la question, en suite à la prise en charge et l'accompagnement psycho-social des victimes qui sont stigmatisées et maltraitées. Ceci permettra de limiter les dommages et Améliorer les conditions de vie des enfants IMC. Tel est le but de la RBC.

### **1.1.2. Justification**

La réhabilitation à base communautaire (RBC) se présente comme une solution qui atténue les symptômes du vécu difficile des enfants cérébrolésés et vient donc jouer le rôle de limite à la fonction médicale qui se concentre essentiellement sur la guérison par l'administration d'un traitement somatique. Cette perception est limitée en ce sens où elle oriente le handicap dans un ordre individuel qui rapporte les causes du handicap à la personne. Or, il s'agit d'inscrire cette recherche dans le cadre du " modèle social du handicap", c'est à dire, tenir compte de tous les aspects ainsi que des besoins de la victime pour une prise en charge globale car le handicap nous concerne tous. C'est d'ailleurs dans ce sens que Ban Ki Moon affirme en 2015 que "La création d'un monde viable à long terme dans lequel il n'y a pas d'exclus exige un engagement sans faille de la part de tous, handicapés ou non" (huitième secrétaire générale de l'Organisation des Nations Unies. C'est pourquoi la RBC peut être utilisée comme stratégie. Celle-ci prend en compte tous les aspects que peut toucher le handicap, social, psychologique, économique, sanitaire, éducationnel etc. C'est donc une solution envisageable pour les enfants à besoins spécifiques, notamment les enfants atteints d'IMC. Rappelons-le il s'agit d'un handicap qui rend presque totalement la victime dépendante des autres car elles ne peuvent qu'avec beaucoup de difficultés réaliser leurs capacités de vie quotidienne (modifications corporelles, systèmes segmentaires et généraux, subjectivité

etc.). Dans une étude réalisée à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé au Cameroun, par Nguefack, Tchiffo, Chiabi, Mah, Enoh, Moifo, Enyanma et Mbonda (2015) ont démontré que "L'IMC constitue un problème de santé publique au Cameroun, non seulement par ses conséquences neurologiques et l'avenir des enfants atteints, mais aussi sur les répercussions sociales du handicap qu'elle entraîne".

Nous l'aurons donc compris, il est judicieux de s'intéresser à la RBC comme moyens potentiel d'amélioration des conditions de vie de l'enfant IMC d'âge scolaire et celle de leur communauté qui sont elles aussi intrinsèquement impliquées. Le choix de notre population est essentiellement social est ce sens où les enfants d'âge scolaire sont non seulement plus vulnérables aux mœurs sociales, mais aussi, puisqu'il est important d'établir de meilleures bases éducationnelles, il est donc nécessaire de commencer par les plus petits qui feront la nation Camerounaise de demain.

## **1.2. OBJET DE L'ETUDE**

Dans un travail scientifique on parle de l'objet de l'étude pour désigner ce sur quoi porte la recherche. Ainsi, notre étude interroge l'ensemble de renforcement des capacités disponibles dans un environnement et susceptibles d'impacter positivement ou négativement la façon dont les enfants IMC évoluent sur le plan éducationnel. Est-ce que le milieu de vie favorise le développement des compétences ? Si non, la RBC peut-elle servir de stratégie d'amélioration des conditions de vie d'enfants IMC d'âge scolaire au Cameroun par le biais du développement des compétences éducationnelles. Utilisé depuis 2007, en majorité par les pays occidentaux, le *Guide de RBC* décrit les étapes clés requises pour la planification de la mise en œuvre des approches à base communautaires du développement des compétences chez les personnes handicapées. C'est une approche multisectorielle pour subvenir aux besoins de la santé, l'éducation, les compétences professionnelles, et les moyens de subsistances.

Pour ce qui est de notre étude, nous nous intéresserons au volet "Education". Le choix de l'éducation n'étant pas anodin en ce sens où elle représente "Le logiciel de l'ordinateur central programmé pour changer l'avenir des sociétés" (Ki-Zerbo, 1990). La RBC se présente ainsi comme moyen de promotion de l'éducation. L'éducation inclusive représente aujourd'hui l'une des préoccupations des pouvoirs publics camerounais. Elle propose une vue d'ensemble sur les

stratégies intégratives et des pratiques du développement efficace qui passe par le moyen de l'éducation sans lequel le changement ne peut se réaliser. C'est dans ce sens que Nelson Mandela, ex président Sud-Africain, déclare que "l'éducation est l'arme la plus puissante qu'on peut utiliser pour changer le monde".

### **1.3. PROBLEME DE LA RECHERCHE**

Le problème de recherche est l'écart entre la norme et la réalité du terrain, entre ce qui est censé être fait et ce qui est fait. Sa particularité est ainsi l'incohérence entre les composantes empiriques et théoriques. Pour ce qui est de notre sujet sur la question de la RBC et le vécu de l'IMC. Nous nous proposons de présenter les aspects théoriques qui seront comparés par la suite aux aspects empiriques afin d'en tirer le problème.

#### **1.3.1. Observations empiriques**

En parlant d'observations empiriques, nous faisons allusion aux réalités en rapport avec le vécu quotidien des enfants IMC. C'est à dire les difficultés auxquelles ils font face. Le journal officiel en langue française de le Cameroun Radiotélévision (CRTV) du 4 Avril 2023 estimait à 72% des dépenses des ménages est épuisé dans la prise en charge sanitaire. D'une manière générale, les familles des personnes handicapées se plaignent des dépenses énormes que demandent la remédiation en terme de santé. Or les textes institutionnels préconisent l'amélioration des conditions de vie économiques de ces victimes de handicap par l'aval des services sociaux et des pouvoirs publics. Pour ceux qui ne bénéficient pas d'assurance maladie c'est donc un enjeu très important. Notons qu'il n'est pas accessible à tous de souscrire à une couverture sanitaire à cause du faible taux de revenus.

Dans le support de plaidoyer pour les organisations des personnes handicapées publié par le "center cameroon cluster program" en juin 2021, il est écrit que : "de nombreux cas d'abus sont signalés, de part et d'autre. Ces abus sont le plus souvent, dus à la non application des textes en vigueur". La non application, quant à elle, résulte soit de l'ignorance, soit d'un jeu d'intérêt malheureusement en défaveur de l'inclusion des personnes en situations de handicap dans divers domaines notamment celui de l'éducation des enfants handicapés.

Ce support de plaidoyer met en exergue le fait que malgré les dispositions claires de la lettre circulaire conjointe N.34/06/LC/MINESEC/MINAS du 02 Aout 2006 relative à l'admission des enfants handicapés et ceux nés de parents handicapés indigents dans les établissements publics d'enseignements secondaires. Il est noté dans les établissements un non-respect généralisé desdites dispositions, excluant ainsi les enfants concernés du système scolaire. Ceci porte atteintes à plusieurs conventions internationales et lois que le Cameroun a adoptées sur le droit à l'éducation pour tous.

Par ailleurs, le guide sur l'éducation inclusive proposé par la PROMHANDICAM-Association met en exergue une réalité observée dans le quotidien des enfants IMC sur l'éducation. Les constats sont les suivants : les enfants handicapés éprouvent plusieurs difficultés à accéder aux écoles ; les élèves porteurs de déficiences ne peuvent pas participer à toutes les activités scolaires et sociales ; très peu de considération est faite pour ces élèves lors des évaluations. Aujourd'hui, le défi, auquel sont confrontés tous les systèmes éducatifs, est de répondre aux objectifs de développement durable (ODD). (PROMHANDICAM-Association, Avril 2021, p.4).

Pour ce qui est de l'IMC, tout au long de notre stage d'imprégnation, nous avons constaté que les porteurs de ce handicap présentent non pas seulement des troubles moteurs, mais aussi souffrent de sérieux problèmes psychiques qu'il faut prendre en compte lors de la prise en charge comme le propose la stratégie de RBC. Ils ont également des besoins d'appareillages pour se mouvoir au quotidien. Suite à notre échange avec le psychomotricien du service Kiné à PROMHANDICAM, nous avons appris que la prise en charge des IMC est complexe et doit se réaliser dans un cadre pluridisciplinaire intégrant la prise en charge médicamenteuse, la rééducation, le suivi de l'appareillage.

Le préambule du *module santé de la RBC* indique que : que les personnes handicapées ont des niveaux de santé de moins bonne qualité que l'ensemble de la population et qu'elles font face à de nombreux défis pour jouir de leur droit à la santé. Malgré les conseils des professionnels de santé, les femmes ont du mal à respecter les instructions que leurs sont données pour éviter ce handicap. La responsable du service Kiné faisait allusion au fait que certaines femmes de nos jours refusent d'accoucher avec douleur et se font injecter la Péridurale qui est un anesthésique qui facilite les contractions mais avec des effets secondaires dangereux pour le bébé, ceci à cause de l'excès de chaleur qu'elle produit dans le ventre de la mère pendant l'accouchement.

Le service social, bien que jouant un rôle important dans la prise en charge psychosociale des personnes handicapées, ne s'implique pas de façon inhérente dans les véritables problèmes des personnes handicapées, le travail est davantage fait dans les bureaux au détriment du travail de terrain. Par ailleurs, le respect de la dignité humaine n'est pas effectif, toute personne mérite d'avoir une dignité que les autres sont tenus de respecter selon la résolution du conseil économique et social de 1975 sur la prévention de l'invalidité et la réadaptation des personnes handicapées.

### **1.3.2. Observations théoriques**

#### **1.3.2.1. Les prédicats posés par les droits de l'homme**

On appelle observation théoriques l'ensemble des textes institutionnels qui régissent les normes sociales à suivre pour une vie harmonieuse. Pour ce qui est de notre sujet, nous avons orienté nos recherches à priori vers la déclaration universelle des droits de l'homme. Alors que les instruments internationaux stipulent que l'enseignement primaire doit être gratuit et obligatoire pour tous les enfants sans discrimination aucune, il est clair que dans la pratique, ceci n'est pas le cas ; c'est pourquoi des accords récents ont insisté sur le besoin de :

- élargir et améliorer la protection et l'éducation de la petite enfance ;
- obtenir un enseignement primaire gratuit, obligatoire, et de qualité pour tous ;
- garantir l'égalité d'accès à un enseignement adéquat, aux programmes d'aptitudes à la vie quotidienne, et à l'enseignement de base, et la formation continue pour tous les adultes ;
- promouvoir l'égalité entre hommes et femmes ;
- faciliter l'inclusion des groupes marginalisés, vulnérables, et discriminés, à tous les niveaux.

Le droit universel à l'éducation est fermement établi dans les instruments internationaux reconnus mondialement tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, article 26 (2) et la Convention relative aux droits de l'enfant, article 28 (3). Et, dans ses textes, des articles spécifiques lui sont dédiés.

- article 26(1). Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. L'enseignement élémentaire est obligatoire, l'enseignement technique et professionnel doit être généralisé ;

l'accès aux études supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leurs mérites.

- article 26(2). L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux ou religieux, ainsi que le développement des activités des nations unies pour le maintien de la paix.
- article 27(1). Toute personne a le droit de prendre part à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer aux progrès scientifiques et aux bienfaits qui en résultent.
- article 28. Toute personne a droit à ce que règne sur le plan social et sur le plan international, un ordre tel que les droits et libertés énoncés dans la présente déclaration puissent y trouver effet.

D'une manière générale, les articles 24,25,26,27 et28 de la déclaration universelle des droits de l'homme stipulent que les personnes handicapées devraient bénéficier d'un accompagnement privilégié en ce qui concerne l'éducation, la santé, l'adaptation et la réadaptation, le niveau de vie adéquat et la protection sociale.

- l'assemblée générale de l'organisation des nations unie, le 9 décembre 1975 "résolution 3447(XXX)" réaffirme sa foi dans les droits de l'homme et les libertés fondamentales et dans et dans le principe de paix, de dignité et de valeur de la personne et de justice sociale proclamés dans la charte.
- la résolution 1921(LVIII) du conseil économique et social, en date du 6mai 1975, sur la prévention de l'invalidité et la réadaptation des handicapés.
- soulignant que la déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social et proclamé la nécessité de protéger les droits et d'assurer le bien-être et la réadaptation des handicapés physiques et mentaux.

Nous pouvons constater qu'il existe une multitude de textes sur la protection des droits et libertés des personnes handicapées que nous ne pouvons pas malheureusement mentionner dans la totalité par souci de respect du temps qui est accordé à notre recherche.

### **1.3.2.2. L'apport de la RBC dans la réalisation des objectifs de la déclaration universelle des droits de l'homme.**

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a initié le concept de réhabilitation à base communautaire (RBC) au début des années 1980. La RBC visait à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées, grâce à des initiatives communautaires. Pour faciliter cela, l'OMS a publié le manuel de RBC " Formation au sein de la communauté pour les personnes handicapées " en 1989. Depuis, il y a eu de nombreux développements au sein et à l'extérieur du secteur du handicap. (Réseau africain de RBC, 2013).

Comme l'indique le *Guide de RBC*, elle comprend les huit principes fondamentaux de la Convention relative aux droits des personnes handicapées: le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes; la non-discrimination; la participation et l'intégration pleines et effectives à la société; le respect de la différence, et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité; l'égalité des chances; l'accessibilité; l'égalité entre les hommes et les femmes ; le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et de ses droits à préserver son identité.

Deux principes supplémentaires tiennent une place centrale dans le travail en RBC : l'autonomisation (ou 'empowerment') - y compris l'auto-plaidoyer -, et la pérennité (Musoke et Geiser, 2013, p.24).

La RBC se positionne comme alternative accessible à toutes les couches vulnérables de la population à besoins spécifiques (Sandjock, 2013). De plus, on peut mentionner également la mise en place d'un district pilote RBC dans la commune de Mbalmayo au Cameroun, qui est une initiative de la fondation FAIR MED (ONG Suisse), en partenariat avec le Ministère des Affaires Sociales depuis 2012. C'est une stratégie s'inscrivant dans le cadre du développement communautaire pour la réadaptation, l'égalisation des chances et l'intégration sociale de toutes personnes en situation de handicap comme le recommande les institutions internationales.

Ce projet présente un espace de contact favorable à l'accueil des usagers, à l'échange d'informations ; à la formation des acteurs qui interviennent dans la stratégie, au partage de l'expérience entre les parents des enfants et entre les personnes en situation de handicap elles-

mêmes. La RBC a surtout fourni des services de santé aux personnes handicapées jusqu'au domicile. Un plan de soins de santé à domicile a été mis en place – également destiné aux personnes âgées et aux personnes ayant une maladie chronique (organisation mondiale de la santé, guide de RBC, module santé, préambule 1).

### **1.3.2.3. Le vécu de l'IMC selon la littérature scientifique.**

S'agissant de l'IMC, le courant médical et plusieurs scientifiques trouvent des explications diverses sur ses conséquences qui pour eux sont davantage physiologiques. Pour Rakoto (2006, p.26), "L'infirmité motrice cérébrale ou IMC est secondaire à une lésion du cerveau survenue pendant la grossesse, l'accouchement ou lors des premiers mois de la vie. L'IMC est une charge non seulement pour l'individu mais aussi pour la famille entière. Pour elle, l'IMC touche un cerveau encore en phase de maturation et la lésion cérébrale étant responsable des troubles moteurs et de la posture.

Tardieu, l'un des pionniers des recherches sur L'IMC, cité par Auferil, de Barbot, le Metayer, Leroy-Malherbe, Mazeau et Thuilleux (2008, p.6), insiste sur l'intérêt pour les médecins de ne pas se limiter qu'au stade du diagnostic et de l'examen neurologique de routine, pour s'engager sur l'évaluation. "L'Approche clinique est primordiale pour dresser un bilan car les examens complémentaires de cette époque n'ont pas la même efficacité que maintenant".

Amadou Djibo (2007, p.11) affirme pour sa part que "les troubles moteurs représentent l'essentiel du handicap". Pour cet auteur, les mesures qui doivent être prises pour pallier réduire le taux d'IMC en Afrique sont les suivantes: informer les populations et les médecins généralistes afin qu'ils orientent vers les structures adaptées les bébés à risque; assurer la meilleure prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en respectant le programme; informer et éduquer les populations afin qu'elles puissent mieux cerner les signes d'alerte des déficiences aux handicaps; Appliquer les conseils des prestataires sanitaires; créer un programme de suivi des nouveaux nés à risque en vue d'une prise en charge.

Au Cameroun, la stratégie de la croissance saturo-pondérale des enfants IMC à été élaborée à Yaoundé par Nguefack et al. (2015) pour diminuer les dommages. L'amélioration de la formation et une meilleure information des professionnels de santé impliqués dans le suivi du développement de l'enfant, des familles et de la société en général pourrait aussi permettre une détection plus

précoce des nouveaux cas afin d'organiser le plus tôt possible et de façon adéquate leur prise en charge. Bien que les mesures sont prises pour l'amélioration des conditions de vie des enfants IMC, la réalité est toute autre.

### **1.3.3. Position du problème**

L'IMC, on l'a démontré, est un grave problème de santé. Les chiffres mondiaux établissent que 2 enfants sur 1000 vivent avec une IMC. Au Cameroun, même si les statistiques ne sont pas disponibles, il nous a été donné d'en rencontrer à PROMHANDICAM, une ONG qui œuvre en faveur des personnes en situation de handicap.

Ces enfants IMC, nous l'avons également dit, présentent d'énormes difficultés posturales et motrices. Toutefois, ils possèdent des capacités cognitives intactes, parfois supérieures à la normale. Et, l'éducation étant le carrefour de tous les futurs, l'accès à l'instruction formelle devrait également leur être offert, voire favorisé. A contrario, on observe que ces enfants ne sont pas toujours scolarisés par leurs familles qui craignent les stéréotypes sociaux. Pour le petit nombre qui a été scolarisé, l'accueil par les autres élèves est difficile, voire répulsif. En effet, les enfants IMC, ont des caractéristiques biophysiques particulières.

La réhabilitation à base communautaire (RBC), selon l'OMS, est une alternative accessible à toutes les couches vulnérables de la population à besoins spécifiques (Sandjock, 2013). Elle comprend huit principes fondamentaux: le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes; la non-discrimination; la participation et l'intégration pleines et effectives à la société; le respect de la différence, et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité; l'égalité des chances; l'accessibilité; l'égalité entre les hommes et les femmes ; le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et de ses droits à préserver son identité.

Compte tenu des particularités morphologiques des enfants IMC, le contexte social dans lequel ils doivent être instruits nécessite une préparation spécifique. D'où le problème de l'actuel recherche qui est l'inadéquation entre les prédicats de la déclaration universelle des droits de l'homme et le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

#### **1.4. QUESTIONS DE L'ETUDE.**

Le problème que nous venons de soulever nous invite à se poser la question principale de cette étude.

Q.P- les activités de réhabilitation à base communautaire transforment-elles le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire ?

En d'autres termes, les activités de RBC déployés dans un programme dédié, sont-elles à même de transformer ou de modifier l'expérience journalière que les enfants IMC vivent dans les milieux d'apprentissage ?

Il est question ici d'investiguer sur la valeur ajoutée de la RBC dans l'amélioration des compétences chez les enfants en situation de IMC. En d'autres termes, nous souhaitons vérifier que la RBC améliore les conditions de vie des enfants en situation d'infirmité motrice cérébrale.

La précédente question nous appelle à son tour à analyser les différents aspects de la RBC sur le vécu des enfants IMC d'âge scolaire. Pour ce faire, nous allons nous poser les questions spécifiques suivantes :

Q.S.1- la facilitation de l'accès à l'éducation transforme-t-elle le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire ?

Q.S.2- l'inclusion à l'école transforme-t-elle le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire ?

Q.S.3- l'apprentissage coopératif transforme-t-il le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire ?

#### **1.5. HYPOTHESES DE LA RECHERCHE**

Les hypothèses de la recherche dans notre travail nous serviront de réponses provisoires nos questions susmentionnées.

H.G.- Les activités de réhabilitation à base communautaire transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

H.S.1- la facilitation de l'accès à l'éducation transforme le vécu de l'IMC chez les enfants D'âge scolaire.

H.S.2- l'inclusion à l'école transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

H.S.3- l'apprentissage coopératif transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

Pour confirmer ces hypothèses, nous allons procéder par une approche qui définit des objectifs que nous serons tenus d'atteindre tout au long de notre travail.

## **1.5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Notre recherche est constituée d'un objectif général (OG) qui obéit, lui aussi à la question principale que nous avons mentionnée plus haut. Cet objectif nous permettra ainsi d'en émettre trois autres qui, dans la même logique obéissent aux questions spécifiques.

-O.G.- montrer que la Réhabilitation à base communautaire transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

O.S.1- vérifier que la facilitation de l'accès à l'éducation transforme le vécu de l'IMC chez les enfants D'âge scolaire.

O.S.2- montrer que l'inclusion à l'école transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

O.S.3- investiguer si l'apprentissage coopératif transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire

## **1.6. INTERET DE L'ETUDE**

L'intérêt de la recherche renvoie au profit que la société civile, la communauté scientifique, voir l'humanité, peut tirer de celle-ci. Ainsi, notre étude présente un intérêt scientifique, professionnel et social.

### **1.6.1. Intérêt scientifique**

Elle contribue à la compréhension de l'IMC chez l'enfant d'âge scolaire et à l'importance des capacités de leur milieu de vie en matière de développement de compétences éducationnelles et d'autonomisation au Cameroun.

### **1.6.2. Intérêt professionnel.**

Notre étude favorise une meilleure maîtrise du handitest qui est un instrument fiable permettant d'évaluer aisément le degré ou le niveau du handicap, d'avoir une meilleure prospective en matière de prise en charge des enfants IMC.

### **1.6.3. Intérêt social**

C'est une sensibilisation au profit des enfants IMC qui sont victimes de stigmatisation, elle permet de mieux apprécier la personne handicapée dans un regard plus considérable sur les compétences dont ils disposent. Comprendre ce handicap représente un aléa de la nature.

## **1.7. BUT ET PERTINENCE DE L'ETUDE.**

### **1.7.1. But de l'étude**

La survenue du handicap dans la trajectoire de vie d'une personne est un évènement imprévisible et non envisageable. Bien que l'accident et la maladie soient des éventualités plausibles. À la suite d'un accident ou d'une maladie, il est possible que la victime s'en sorte avec des séquelles invalidantes. Ces séquelles conduisent à des situations qui peuvent entraîner une paralysie et la déficience motrice devient irréversible. C'est dans ce sens que nous nous sommes intéressés à la question de l'IMC qui est un handicap physique faisant de ses victimes des prisonniers et des êtres totalement dépendants pour les cas extrêmes. L'IMC étant mal connu au Cameroun voire même incompris, nous avons donc saisi l'opportunité que nous offre notre formation en éducation spécialisée pour tenter de sensibiliser la société civile et locale à travers une recherche sur la RBC et le vécu de l'IMC.

### **1.7.2. Pertinence de l'étude**

Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'éducation spécialisée, a pertinence en science de l'éducation et dans l'expérience du handicap au Cameroun est identifiable à plus d'un titre. Une telle étude justifie son importance par le fait qu'il s'agit des facteurs sans lesquels l'action intégrative est impossible. Il est utile que toutes les personnes en situation de handicap se sentent acceptées, engagées et impliquées dans le groupe de relation entre individus, dans le groupe et la communauté d'appartenance.

Notre recherche est pertinente en ce sens où elle permettra aux africains et aux camerounais en particulier de reconsidérer la cause des personnes handicapées. Pour ce qui est de l'IMC, l'ampleur de ses effets dans la trajectoire de vie ne fait pas de manière effective et efficace l'objet des préoccupations des pouvoirs publics camerounais. Les centres de réhabilitation à base communautaire se comptent encore du doigt. L'accent n'étant mis que sur la prise en charge médicale au détriment de la participation à la vie sociale. En observant une telle situation, nous proposons de dépasser l'approche individuelle en faveur de l'approche communautaire sous l'angle du modèle social.

## **1.8. DELIMITATION.**

Notre étude couvre un cadre spatial, temporel et thématique.

### **1.8.1. Délimitation spatiale.**

Sur le plan géographique, notre travail se déroule Au Cameroun dans la région du Centre, département du Mfoundi et dans l'arrondissement de Yaoundé 4.

### **1.8.2. Délimitation temporelle**

La période allant du 02 Septembre 2022 au 02 Juin 2023 constitue l'intervalle de temps programmé pour notre étude.

### **1.8.3. Thématique de l'étude**

Notre travail se situe dans le vaste champ des sciences de l'éducation, dans le domaine social en général, et en particulier en ce qui concerne la RBC.

Cette Étude cible principalement l'influence positive ou négative sur le vécu des enfants IMC en communauté. Ainsi, la RBC est pour nous un vecteur directeur de l'intégration sociale des enfants IMC.

## **1.9. QUELQUES CONCEPTS ET DEFINITIONS.**

### **1.9.1. RBC**

Le sigle RBC signifie réhabilitation à base communautaire. Il doit son existence à l'organisation mondiale de la santé(OMS) qui l'a mise sur pied en1980.C'est une initiative stratégique qui visait à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées grace à des démarches communautaires, pour faciliter cela, l'OMS a publié le manuel de RBC "formation au sein de la communauté pour les personnes handicapées"1989.

Le réseau africain de RBC la définit comme une stratégie pour mettre en œuvre une approche du développement inclusif, qui soit intersectoriel et basé sur les droits de l'homme. (2013, p21). C'est aussi "une stratégie qui s'inscrit dans le cadre du développement communautaire pour la réadaptation, l'égalisation des chances et l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées". (Sandjok,2013, p.5).

### **1.9.2.IMC**

Le sigle IMC signifie dans le contexte médical du handicap, Infirmité motrice cérébrale. Il doit ses explications au professeur Guy Tardieu, 1955. Pour lui, c'est une atteinte cérébrale précoce, périnatale et non évolutive qui affecte plus ou moins gravement la motricité mais laisse intactes, totalement ou en grande partie, les capacités mentales et relationnelles présence de déficience intellectuelle. Selon lui, c'est un trouble moteur non progressif lié à une lésion du cerveau survenue en période anténatale, périnatale ou dans les mois qui suivent la naissance Elle touche un cerveau encore en maturation (Rakoto Arison,2006, p.25).

Dans la littérature, le terme de paralysie cérébrale regroupe l'infirmité motrice cérébrale (IMC), l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC). (Janicki,2021). L'IMC peut être causée en anténatal par des malformations, une hémorragie cérébrale, une hypoxie, un accident vasculaire cérébral, de l'hypertension artérielle, des maladies infectieuses materno-fœtales (comme la toxoplasmose, le streptocoque B ou la rubéole), des intoxications (alcoolisme fœtal par exemple). Une étude effectuée à l'hôpital gynéco obstétrique et pédiatrique de Yaoundé intitulée :« aspects cliniques et étiologiques des infirmités motrices cérébrales chez l'enfant à Yaoundé » par Séraphin

Nguefack et al. (2015) a montré que sur les 134 enfants étudiés, 9,4% d'entre eux présentaient une IMC d'origine anténatale.

### **1.9.3. Enfant d'âge scolaire.**

L'article 1 de la convention des nations unies relative aux droits des enfants 1989, définit l'enfant comme étant "tout être humain âgé de moins de 18ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable". L'âge scolaire correspond généralement à la période allant de 6 à 12ans. Il est néanmoins important de noter que dans le contexte du handicap, l'accent n'est pas davantage mis sur l'âge scolaire à cause du retard intellectuel qu'entraîner le handicap proprement dit.

## CHAPITRE 2 : RÉHABILITATION À BASE COMMUNAUTAIRE (RBC) ET GESTION DE L'IMC

### 2.1. GENERALITES SUR LA RBC

Il existe un grand nombre d'opinions et de philosophies sur ce qu'est la RBC ou ce qu'elle devrait être. La RBC peut englober des activités, programmes et projets très diversifiés à propos du handicap. L'OMS introduit officiellement le concept RBC en 1978 à la conférence internationale d'Alma Ata (OMS, 1978), et déclare la nécessité d'une action urgente pour les problèmes auxquels font face les personnes en situations de handicaps (PESH) dans les pays dit " en voie de développement " (PED). Des Organisations Non Gouvernementales (ONG) et des Organisations Gouvernementales (OG) ont mis en œuvre des initiatives dans plusieurs pays avec une différence de circonstances socio-économiques, culturelles et politiques. Les principes communs ont été : le transfert des connaissances et des techniques de réadaptation de base aux personnes handicapées et leur famille et l'implication de la communauté dans la création de l'accessibilité à l'éducation, à la formation professionnelle et à l'emploi. (OMS, 2003). En 2004, L'Organisation Internationale du Travail (OIT), l'UNESCO et l'OMS nous proposent la définition suivante :

*"La RBC est une stratégie faisant partie du développement communautaire général qui vise la réadaptation, l'égalité des chances et l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées. La RBC est mise en œuvre grâce aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles, organisations et communautés, et des services gouvernementaux et non gouvernementaux de santé, d'éducation, de formation professionnelle, sociaux et autres services compétents. Les objectifs majeurs de la RBC sont les suivants : Faire en sorte que les personnes handicapées puissent maximiser leurs aptitudes physiques et mentales, accéder aux services et opportunités offerts à toute la population et devenir des contributeurs actifs à la communauté et à la société dans son ensemble; dynamiser les communautés pour qu'elles promeuvent et protègent les droits humains des personnes handicapées par des réformes consistant par exemple à éliminer les obstacles à la participation des personnes handicapées" (OMS, 2005).*

Aujourd'hui, la RBC est perçue comme étant une stratégie de promotion de l'intégration, des droits et de l'égalité des chances pour les PESH en vue d'assurer leur développement sur la base de l'intégration sociale. Dans la pratique, la RBC a évolué, passant d'une orientation

auparavant purement médicalisée, souvent basée sur la prestation de services de façon unilatérale (par exemple par le secteur de la santé ou celui de l'éducation) à une approche intégrale, transsectorielle et fondée sur les droits, axée sur la création de sociétés intégratrices où les PESH ont accès à tous les avantages du développement au même titre que le reste des personnes de leur communauté. La croissance de la RBC dans différentes régions du monde est évidente d'après une étude de l'OMS réalisée en 2007 : environ 92 pays possédaient des projets et programmes de RBC : 35 en Afrique, 26 en Asie, 24 en Amérique Latine et 7 en Europe (Khasnabis et Heinicke-Motsch, 2008). Des congrès RBC ont été organisés au cours de la dernière décennie en Afrique, dans la région Asie-Pacifique et en Amérique Latine. Des réseaux RBC régionaux ont été mis en place à travers la formation et l'échange d'informations, et divers projets de promotion pour un réseau RBC global ont été engagés à Agra en novembre 2012. (World Blind Union, 2014, p.3). La RBC est mise en œuvre grâce aux efforts conjugués des personnes en situation de handicap (PESH) elles-mêmes, de leurs familles organisations et communautés, et des services gouvernementaux et non gouvernementaux de santé, d'éducation, de formation professionnelle, sociaux et autres services compétents. (Organisation internationale du travail, OMS et UNESCO, 2004).

Les principes de la RBC de l'OMS (2010), basés sur la Convention internationale des droits des personnes handicapées des Nations Unies, et développés avec la participation active de diverses organisations de PESH, agences de l'ONU, gouvernements et organisations de la société civile, reconnaissent l'importance de la RBC comme mouvement d'envergure mondiale. Les principes visent à synthétiser les expériences issues des quatre coins du monde pour donner une définition unique du concept et des principes de la RBC. Les principes fournissent une structure pour la programmation et la mise en pratique de la RBC, suite à quoi il sera possible de déployer des activités en fonction des contextes, des besoins et des ressources locales. (op cit). Les principes de la RBC publiés en 2010 par l'OMS s'articulent sous cinq volets, chacun ayant à son tour cinq éléments principaux. En voici le résumé:

- santé : promotion de la santé, prévention, soins de santé, réadaptation, aide technique.
- éducation : protection et éducation de la petite enfance, l'enseignement primaire ; l'enseignement secondaire et supérieur, l'éducation non formelle, la formation tout au long de la vie ;

- moyens de subsistance : développement de compétences, emploi indépendant, emploi salarié ; services financiers, protection sociale ;
- social : assistance personnelle ; relations, mariage et famille, culture et art, activités récréatives, loisirs et sports, justice ;
- autonomisation : plaidoyer et communication, mobilisation de la communauté, participation politique, groupes d'entraide, les organisations de personnes handicapées.

Bien que la matrice de la RBC comporte les cinq composantes que nous venons de citer en amont, pour ce qui est de notre champ d'étude qui est le handicap physique et instrumental, nous allons nous intéresser essentiellement aux modules santé et éducation qui représentent la part prépondérante dans l'accompagnement des enfants IMC.

## **2.2. LA SANTE**

### **2.2.1. Observations générales**

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) traite du droit à la santé pour les PESH. L'article 25 impose aux Etats qu'ils "reconnaissent que les personnes en situation de handicap ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination et marginalisation basée sur le handicap " et conjointement aux articles 20 (Mobilité personnelle) et 26 (adaptation et réadaptation), elle élabore les mesures que les États parties devraient utiliser pour s'assurer que les PESH aient accès à des services de santé, y compris la réadaptation médicale, qui soient sensibles au genre. (OMS, 2011).

Le postulat de la RBC est de travailler en étroite collaboration avec le secteur de la santé afin de s'assurer que les PESH et les membres de leur famille et communauté trouvent une réponse à leurs besoins dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, des soins de santé, de la réadaptation, et des aides techniques. La RBC travaille également avec les personnes et leur famille afin de faciliter leur accès aux services de santé, et avec d'autres secteurs pour s'assurer que tous les aspects de la santé sont (OMS, 2011) La Santé pour Tous en l'An 2000 était un objectif en matière de santé fixé par l'OMS à la Conférence sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata en 1978. Au bout de trente ans, les communautés n'ont toujours pas globalement atteint cet objectif

et plusieurs groupes d'individus, y compris les PESHs, restent astreint à un état de santé de moins bonne qualité que les autres. (OMS, 2011)

### **2.2.2. RBC et secteur de la santé.**

Les programmes de RBC peuvent faciliter l'accès des PESH aux soins de santé en collaborant avec les soins de santé primaires sur le plan local, assurant ainsi la corrélation indispensable entre les PESH et le système de soins de santé. Dans plusieurs pays, comme l'Argentine, l'Indonésie, la Mongolie et le Vietnam, les programmes de RBC sont étroitement liés au système de soins de santé, ils sont gérés par le ministère de la Santé et mis sur pied à travers les structures de soins de santé primaires. Dans d'autres pays, les programmes de RBC sont gérés par des ONG et des organisations gouvernementales, on peut citer le Ministère des Affaires Sociales, comme c'est le cas au Cameroun. Dans ces cas-là, un contact étroit doit être maintenu avec les structures en charge des soins de santé primaires pour s'assurer que les personnes handicapées aient accès auxdits soins et aux services de réadaptation adéquats dans des délais raisonnables. (OMS, 2011).

Les programmes de RBC reconnaissent, soutiennent, et défendent un certain nombre d'aspects clés relatifs aux soins de santé pour les PESH. Le module santé est constitué de cinq principaux éléments : la promotion de la santé ; la prévention ; les soins ; la réadaptation ; les aides techniques.

#### **➤ La promotion de la santé**

Le potentiel de santé des personnes handicapées est souvent ignoré et, par conséquent, elles sont souvent exclues des activités de promotion de la santé. Cette partie traite de la nécessité de la promotion de la santé pour les PESH. Elle propose aux programmes de RBC des moyens pour faciliter l'accès des PESH aux activités de promotion de la santé, et pour mettre sur pied des activités de base lorsque cela s'avère nécessaire. Il est judicieux de rappeler que lorsque la promotion de la santé met l'accent sur le développement d'un grand nombre de déterminants de la santé, cela implique une dimension multisectorielle et non pas uniquement le secteur de la santé. (OMS, 2011).

Le rôle de la RBC est d'étudier des activités de promotion de la santé à un niveau local, régional, et/ou national et de travailler en symbiose avec les acteurs (tels que, les autorités locales et gouvernementale) afin d'y assurer l'accès et l'inclusion des PESH et des membres de leur famille. Un autre rôle de la RBC est de s'assurer que les personnes en situation de handicap et leurs familles connaissent l'importance et la nécessité de se maintenir en bonne santé et de les encourager à participer activement à des actions de promotion de la santé (OMS, 2011)

Les actions de la promotion de la santé que propose la RBC sont variées. Il s'agit notamment de:

- l'élaboration des politiques collectives saines ; développer des législations et des mesures dans tous les secteurs qui protègent la santé des communautés en assurant des biens et des services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des environnements plus propres et plus agréables.
- la création des milieux de vie favorables ; opérer des changements dans un environnement physique et social pour s'assurer que les conditions de vie de de travail sont sûres, stimulantes, satisfaisantes et agréables.
- le renforcement des communautés ; adopter des approches communautaires pour faire face aux difficultés de santé qui ont de fortes conséquences environnementales, socio-économiques et politiques. Renforcer les capacités des communautés pour qu'elles puissent déterminer les priorités, prendre des décisions, élaborer, et mettre en œuvre des stratégies afin d'atteindre un meilleur niveau de santé.
- le développement des compétences individuelles ; développer les compétences des individus en leur fournissant des informations et une éducation pour la santé pour leur permettre de mieux contrôler leur santé et leur environnement et leur permettre de prendre des décisions susceptibles d'améliorer leur état de santé.
- la réorientation des services de santé ; ils doivent se recentrer sur la promotion de la santé au- delà de sa responsabilité d'assurer les soins cliniques et curatifs. (OMS, 2011).

## ➤ La prévention

On estime que grâce à une meilleure application de la prévention primaire et de la promotion de la santé, le fardeau mondial des maladies pourrait être réduit de près de 70 %. (OMS, 2010). Malgré cela, il est communément admis que la prévention (tout comme la promotion de la santé) joue un rôle infime, voire pas de rôle du tout, dans le traitement de la santé des PESH.

Tout comme la promotion de la santé, la prévention nécessite l'implication multisectorielle. Dans le secteur de la santé, les soins de santé primaires jouent un rôle important et comme les programmes de RBC sont étroitement liés à ces derniers, ils peuvent avoir un rôle dominant dans la promotion et le soutien des soins de santé préventifs pour les PESH.

Le rôle de la RBC est de s'assurer que la gestion participative cible des activités de prévention pour les PESH et le reste de la population. Les programmes de RBC apportent le soutien aux personnes en situation de handicap et à leur famille pour s'assurer que l'accessibilité aux services qui aident à la promotion de la santé et à la prévention de maladies générales ou secondaires (complications) soit effective. Selon l'OMS (2011), la prévention se fait selon 3 niveaux:

- la prévention primaire : beaucoup connaissent l'expression " Mieux vaut prévenir que guérir", qui est l'objet de la prévention primaire. Elle utilise des interventions qui préviennent les maladies. Ces interventions ciblent essentiellement les personnes (comme par exemple les changements de comportements de santé, la vaccination, ou la nutrition) et les environnements où ces personnes vivent (approvisionnement en eau potable, assainissement, bonnes conditions de travail et de vie). La prévention primaire est aussi importante pour les PESH que pour le reste de la population, et constitue l'objet principal de cette partie.
- la prévention secondaire : est le dépistage anticipé et le traitement précoce des maladies avec pour objectif de les guérir ou d'en atténuer les conséquences. Des exemples de dépistage précoce incluent les mammographies pour dépister le cancer du sein, et les examens ophtalmologiques pour dépister la cataracte ; des exemples de traitement précoce sont les traitements du trachome aux antibiotiques pour empêcher la cécité, la polychimiothérapie contre la lèpre pour empêcher le développement de la maladie, et le

traitement approprié d'une fracture osseuse pour favoriser une bonne cicatrisation et prévenir les déformations. Les stratégies de prévention secondaire pour les PESH et non handicapés sont nécessaires.

- la prévention tertiaire : vise à limiter ou supprimer l'impact de maladies ou de handicaps existant déjà ; elle comprend des services de réadaptation et des interventions qui visent à éviter les limitations fonctionnelles et à promouvoir l'autonomie, la participation et l'inclusion.

A titre d'exemple, un centre de santé dirigé par une ONG dans la région de Korogocho, près de Nairobi, au Kenya, n'était pas accessible aux fauteuils roulants à cause de plusieurs escaliers. Par conséquent, les programmes de vaccination n'étaient pas accessibles aux PESH, comme les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale (paralysie cérébrale), alors les agents de santé orientaient les familles vers un centre de réadaptation en ville. Le programme de RBC organisa une réunion pour examiner le problème avec des agents de santé et une solution simple fut trouvée puisque le centre de santé accepta de vacciner les enfants handicapés au rez-de-chaussée de l'immeuble. (OMS, 2011).

### ➤ **Les soins de santé**

Les Règles pour l'égalisation des chances des PESH établissent également une liste de responsabilités pour les États en ce qui concerne les soins de santé et soulignent les soins de santé comme une condition préalable pour une participation à égalité dans toutes les activités de la vie. Avec les instructions de la Convention et celles des Règles Standard, le personnel des programmes de RBC peut travailler dans leurs communautés pour s'assurer que les PESH sont à même d'accéder à des soins médicaux inclusifs, appropriés en temps opportun.

Le rôle de la RBC est de travailler avec les PESH, leur famille, et les services médicaux afin de s'assurer que les personnes handicapées aient accès aux services conçus pour dépister, prévenir, atténuer les maladies et les déficiences et/ou y remédier. Les soins de santé que propose la RBC sont regroupés en trois niveaux :

- le niveau de soins primaires : fait référence aux soins de santé de base au niveau communautaire. Il est assuré, d'ordinaire, dans des centres de santé ou des dispensaires

disponibles au sein de la communauté et il constitue habituellement le premier contact que les personnes ont avec le système de santé. Les soins médicaux dispensés au niveau primaire comprennent des traitements de base et pour des maladies aiguës (comme les infections) et le traitement de routine de maladies chroniques (comme la lèpre, l'épilepsie, la tuberculose, le diabète). Les programmes de RBC travaillent au niveau communautaire et travaillent par conséquent en étroite collaboration avec les services de santé primaires.

- le niveau de soins secondaires : fait référence à des services de santé plus spécialisés qui sont fournis par de grands établissements de soins ou des hôpitaux et par des professionnels de santé qui se trouvent généralement dans le district. Les soins de santé primaires assurent un lien important avec les soins secondaires, par des mécanismes d'orientation.
- le niveau de soins tertiaires : consiste en des soins médicaux hautement spécialisés. Ils sont dispensés par des médecins spécialistes, en collaboration avec des infirmières (ers) et du personnel paramédical, et nécessite l'utilisation de la haute technologie spécialisée. Ces services sont assurés par de grands hôpitaux habituellement situés dans les grandes villes (capitales) au niveau national ou régional. Les soins médicaux dispensés au niveau tertiaire peuvent comporter, par exemple, la chirurgie du cerveau, les soins en oncologie, ou la chirurgie orthopédique. (OMS, 2011).

### ➤ **La réadaptation**

Une réadaptation réussie nécessite une implication holistique et transversale de développement à savoir, la santé, l'éducation, les moyens de subsistance, et la sécurité sociale. Cette partie cible les mesures susceptibles d'améliorer les capacités fonctionnelles, qui sont offertes dans le secteur de la santé. Cependant, il est important de noter que les services de réadaptation liés à la santé et la fourniture d'aides techniques ne sont pas nécessairement gérés par le ministère de la Santé. Le rôle de la RBC est de promouvoir, de soutenir et de réaliser des activités de réadaptation au niveau communautaire et de faciliter l'orientation vers des services de réadaptation plus spécialisée. (OMS, 2011)

Les personnes en situation de handicap font l'objet d'évaluations personnalisées et sont impliquées dans l'élaboration des programmes de réadaptation dont elles bénéficient. A ce titre, il est important que:

- les PESH et les membres de leur famille comprennent le rôle et le but de la réadaptation et reçoivent des informations précises concernant les services disponibles dans le secteur de la santé.
- les PESH soient orientées vers des services de réadaptation spécialisés et font l'objet d'un suivi pour s'assurer que ces prestations ont bien été reçues et répondent à leurs besoins.
- les services de réadaptation de base soient disponibles au niveau communautaire.
- des outils-ressources pour le soutien des activités de réadaptation entreprises dans la communauté soient disponibles pour le personnel de RBC, les PESH et leur famille.
- le personnel de RBC reçoive une formation, un enseignement et un soutien adéquats leur permettant d'entreprendre des activités de réadaptation.

La réadaptation est pertinente pour les PESH résultant d'un vaste nombre d'affections ; c'est pour cette raison que la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes en situation de handicap fait référence à " l'adaptation " comme à la " réadaptation ". L'adaptation a pour objectif d'aider les personnes qui ont une déficience congénitale ou ont acquis une déficience dans leur petite enfance comme c'est le cas chez les IMC, et n'ont pas eu l'occasion d'apprendre à évoluer sans ces handicaps ; la réadaptation vise à aider ceux qui subissent une perte ou une limitation fonctionnelle après une maladie ou un traumatisme, et doivent réapprendre à accomplir les activités quotidiennes pour retrouver leurs fonctions optimales. L'adaptation est un terme récent et n'est pas souvent utilisé dans les pays à faible revenu ; par conséquent, le terme de réadaptation est utilisé pour faire référence à l'adaptation et la réadaptation à la fois. (OMS, 2011).

La réadaptation d'une fillette née avec une IMC comprend des activités ludiques pour stimuler son développement moteur, sensoriel, et le développement du langage, et comporte un programme d'exercices pour prévenir les contractures musculaires et travailler sa concentration et le développement de déformations ; elle peut également inclure la fourniture d'un fauteuil roulant avec une adaptation spécifique qui répond à ses besoins afin de permettre un positionnement adéquat pour des activités fonctionnelles. (OMS, 2011).

### ➤ **Les aides techniques**

Les articles 4, 20, et 26 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des PESH demandent aux gouvernements parties de promouvoir la disponibilité d'appareils adéquats et des aides à la mobilité, et de fournir des informations accessibles à ce sujet. Les Règles pour l'égalisation des chances des PESH appellent également les États parties à aider au développement, à la production, à la distribution et à l'entretien d'aides techniques et d'équipements d'assistance, et à la diffusion de connaissances à ce sujet. Dans de nombreux États à faible revenu et à revenu moyen, seuls 5 à 15 % qui ont besoin d'aide techniques et technologiques (OMS, 2011).

Le rôle de la RBC est de travailler avec les PESH et leur famille pour déterminer leurs besoins en aides techniques, tout en faciliter l'accès, et en assurer l'entretien, la réparation, et le remplacement lorsque c'est nécessaire. La gamme des aides techniques varie entre des outils de technologie simple, (comme des cannes ou des tasses adaptées), et, des dispositifs de haute technologie, (comme des logiciels ou un matériel informatique spécialisé ou des fauteuils roulants à moteur). Il est utile de classer cette vaste gamme d'aides techniques sous différentes catégories.

Les aides à la mobilité peuvent avoir des caractéristiques particulières pour répondre aux besoins des utilisateurs. Par exemple, une personne ayant une infirmité motrice cérébrale (Paralysie cérébrale) peut avoir besoin d'un fauteuil roulant avec un soutien pour le tronc/ la tête pour s'assurer qu'elle puisse se maintenir dans une position assise adéquate. Le guide de l'OMS (2011) pour le service des fauteuils roulants manuels pour les enfants IMC dans les pays en développement comme le Cameroun est une référence utile associée à ces difficultés.

L'hôpital de Cumura en Guinée-Bissau, à titre d'illustration, dispose d'un petit atelier d'appareillage pour réaliser des orthèses et deux PESH ont reçu une formation de technicien orthopédique pour y travailler. Souvent, trouver le matériel adéquat est difficile, et l'importation de matériel est très coûteuse ; c'est ainsi que les techniciens essaient de trouver des solutions disponibles localement dans d'autres ateliers. (op-cit, 2011).

## **2.3. L'EDUCATION**

La Convention des Nations Unies relative aux droits des PESH réaffirme les droits mentionnés ci-dessus et constitue le premier document juridiquement contraignant qui stipule le

droit à l'éducation inclusive : Les États parties doivent garantir " un système éducatif inclusif à tous les niveaux " (article 24, partie 1), et les États parties devraient également veiller à ce que " des mesures d'accompagnement individualisées efficaces soient prises dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la socialisation, conformément à l'objectif de pleine intégration " (Article 24, partie 2 ). Ceci inclue l'apprentissage du Braille (un système d'écriture à points saillants à l'usage des aveugles inventé par Louis Braille), de la langue des signes (système de communication non verbal à l'usage des sourds et muets), l'apprentissage des modes, moyens et formes de communication, et le développement des capacités d'orientation et la mobilité. (op-cit, 2011).

### **2.3.1. RBC et secteur de l'éducation**

Le rôle de la RBC est de travailler avec le secteur de l'éducation pour rendre l'éducation inclusive à tous les niveaux, et pour faciliter l'accès à l'éducation et à la formation tout au long de la vie pour les PESH. Un programme de RBC, à Madagascar a travaillé dur pour qu'une jeune fille puisse se rendre à l'école locale. Une fois à l'école, elle se bat pour se déplacer dans un bâtiment scolaire inaccessible, et elle est constamment menacée et intriguée par les autres enfants. Finalement, ses enseignants ont incité ses parents à ne plus l'envoyer à l'école parce qu'elle ne s'adaptait pas. Le rôle de la RBC avec une approche inclusive ciblerait l'école et les obstacles à la participation de cette jeune fille ; par exemple, en aidant à rendre le bâtiment plus accessible, en préparant les enseignants, en créant un environnement accueillant et favorable à sa socialisation en apprenant à tous les enfants à être inclusifs et positifs. Si les enfants handicapés rencontrent des problèmes à l'école, alors l'école, la famille, et les programmes de RBC doivent commencer par identifier les obstacles à la participation. (Convention des Nations unies, 2011).

#### **➤ Protection et éducation de la petite enfance**

L'éducation de la petite enfance sème les graines d'une société inclusive parce que c'est là que les enfants, avec ou sans handicap, peuvent jouer et grandir ensemble. L'éducation de la petite enfance accroît également les chances pour un enfant de compléter son enseignement de base et constitue un moyen de sortir de la pauvreté et des inégalités. Le rôle de la RBC est de recenser les familles qui ont des enfants handicapés, de travailler et collaborer étroitement avec eux, et de les aider à établir les fondements de toutes les activités dans la vie de l'enfant. Le personnel de RBC doit

s'assurer de bien cibler les points forts de l'enfant handicapé. Il est important qu'ils ne mettent pas trop l'accent sur les étapes de développement chez les enfants handicapés, car si ces concepts sont utilisés de façon trop rigide cela peut entraîner les problèmes. Rappelons-le, les enfants à besoins spécifiques ont chacun en ce qui le concerne des besoins encore plus particuliers en dehors de ceux communs ; la prise en charge doit donc se faire de manière particulière et pas toujours conventionnelle. (Convention des Nations Unies, 2011).

Les actions de la RBC pour l'éducation de la petite enfance sont groupées en deux :

- mettre l'accent sur le système : déterminer la situation existante en ce qui concerne la protection et l'éducation de la petite enfance dans la communauté ; savoir quelle sont les parties et les exclus, et où sont les points forts et les points faibles. Cela doit être fait en collaboration avec les familles, les responsables de la communauté, les agents de santé et les enseignants, ainsi que toute personne qui est impliquée.
- mettre l'accent sur l'enfant : développer un système pour identifier et apporter un soutien aux enfants qui risquent d'être marginalisés ou exclus, ou qui peuvent avoir besoin de soutien supplémentaire. Ceci est ce qu'on nomme habituellement le dépistage précoce. (OMS, 2011).

➤ **L'enseignement primaire.**

On ignore souvent que cet objectif d'accès pour tous à l'enseignement primaire ne sera jamais réalisable sans l'inclusion des enfants handicapés. L'UNESCO estime, à l'heure actuelle, que plus de 90 % des enfants handicapés, dans les pays à faibles revenus, ne sont pas scolarisés. Parmi ceux qui le sont, beaucoup abandonnent avant d'avoir complété leurs enseignements primaires et d'autres n'apprennent pas vraiment ou ne participent pas en classe.

Le rôle de la RBC est de collaborer avec les systèmes d'enseignement primaire pour créer des écoles inclusives, d'aider les familles et les enfants handicapés à accéder à l'enseignement primaire dans leur communauté locale, et de développer et maintenir des liens entre la maison, la communauté, et l'école. Une approche scolaire générale s'assure que les responsables, les chefs d'établissements, les enseignants, les administrateurs locaux, les gardiens, les parents, les enfants avec ou sans handicap, et toute autre personne qui a un lien avec l'école, travailleront ensemble

pour sensibiliser la population au handicap, identifier et surmonter les obstacles pour faciliter l'inclusion des enfants handicapés dans l'école locale. (OMS, 2011).

Au Swaziland, les activités entre enfants sont encouragées par le programme de RBC du Ministère de la Santé afin de responsabiliser et d'éduquer les enfants au sujet du handicap. Les enfants composent des chansons, jouent dans des pièces de théâtre, pour sensibiliser la communauté et l'école. Ils couvrent des sujets comme la sécurité routière, le VIH/SIDA, et le handicap. Ils aident à construire des rampes, à rendre les toilettes accessibles, et à réaliser des équipements pour la cour de récréation. Les programmes de RBC peuvent établir des liens entre les écoles primaires locales, la communauté, les ONG, et le département d'éducation du district pour aider les enseignants à mettre au point des programmes souples et des stratégies pédagogiques centrées sur les apprenants. Ceci bénéficiera à tous les enfants. (OMS, 2011).

➤ **Les enseignements secondaire et supérieur.**

Dans de nombreux pays pauvres, seuls quelques élèves ont accès à l'enseignement secondaire et supérieur, à savoir l'éducation au-delà du niveau obligatoire et les étudiants handicapés sont soit complètement exclus soit doivent faire face à un challenge permanent pour prouver leurs capacités. Le droit à l'enseignement secondaire et tertiaire. Le rôle des programmes de RBC dans l'enseignement secondaire et supérieur est de faciliter l'inclusion grâce à un meilleur accès, davantage de participation, et de réussite pour les étudiants handicapés ; leur rôle est, aussi de travailler avec l'administration de l'enseignement afin de rendre l'environnement accessible et le programme flexible. (OMS, 2011).

La rigidité et le ciblage étroit des systèmes d'examen et d'évaluation sont souvent un obstacle important à l'inclusion de personnes handicapées dans l'enseignement secondaire et supérieur. La vraie valeur de l'évaluation est d'aider l'étudiant à trouver ses points forts et à évaluer son propre progrès. Une approche flexible et créative peut les aider à être motivés pour optimiser leur potentiel et développer leurs talents et leurs compétences. Le personnel de RBC peut aider à rester ciblé sur l'intérêt et les capacités réelles des étudiants handicapés.

Les enseignants ont besoin de formation et de soutien ainsi que d'un espace où ils peuvent discuter de leurs réussites et leurs enjeux concernant l'enseignement des PESH. Les programmes de RBC doivent travailler en étroite collaboration avec les enseignants et d'autres acteurs du

secteur de l'éducation, afin d'apporter des conseils et du matériel- ressource, lorsque cela est possible. (OMS, 2011).

➤ **L'éducation non formelle**

L'éducation non formelle ou l'éducation informelle fait référence à l'enseignement qui a lieu en dehors du système scolaire formel (famille, église, groupe d'appartenance, etc). L'éducation non formelle est souvent utilisée de façon interchangeable avec des termes comme l'éducation communautaire, l'éducation des adultes, l'éducation tout au long de la vie, et " l'éducation de la deuxième chance". Elle fait référence à un large éventail d'activités éducatives dans la communauté, allant de l'apprentissage à la maison, aux programmes gouvernementaux et aux initiatives communautaires. Elle inclue des cours accrédités officiellement, gérés par des institutions de renom ainsi que des actions locales avec de petits financements. (OMS, 2011).

Le rôle de la RBC est de collaborer aux programmes d'éducation non formelle pour s'assurer que les PESH puissent accéder à des opportunités d'enseignement adaptées à leurs propres besoins et à leurs intérêts, dans des contextes inclusifs. Le personnel de RBC à El Porvenir, au Honduras, fournissait un tutorat après l'école pour les enfants avec ou sans handicap qui risquaient d'échouer en première année. À la fin de l'année scolaire, les enfants réussirent à leurs examens. Les autorités locales signalèrent que le taux de redoublants cette année avait baissé de 75 %. Cette baisse de l'échec scolaire fournit aux autorités locales une incitation à travailler davantage avec le programme de RBC et à inclure les enfants handicapés dans les écoles primaires. (OMS, 2011).

➤ **La formation tout au long de la vie.**

La formation continue peut avoir lieu dans des plusieurs contextes, formels et non formels. Elle est complémentaire aux autres formes d'éducation et se poursuit même lorsque des opportunités d'éducation ou de formation formelle sont offertes. Étant donné que la formation tout au long de la vie est globale, cette partie comporte de aspects en commun avec d'autres parties, notamment avec l'éducation non formelle. (OMS, 2011).

Le rôle de la RBC est d'offrir aux personnes handicapées des opportunités de formation continue afin d'éviter leur exclusion sociale, leur marginalisation et le chômage. Les adultes ont la capacité et le souhait de diriger leur propre formation, de prendre des initiatives, et des décisions

au sujet de leur apprentissage en fonction de leurs besoins, y compris ce qu'ils veulent apprendre, comment et quand ils veulent apprendre, et de quel soutien additionnel ils ont besoin. On doit les encourager à endosser un rôle de premier plan dans tous les aspects de la planification et de la prestation des opportunités de formation. (OMS, 2011).

Le personnel de RBC est le mieux placé pour assurer la liaison entre les étudiants handicapés et leur famille, les employeurs, les formateurs, et les associations d'auto- plaidoyer. La transition de l'école au travail ou à une consolidation des acquis ou au renforcement de l'autonomie peut être un véritable défi sans soutien. Le personnel de RBC peut conseiller et identifier les carrières qui sont disponibles et les possibilités de conseils par les pairs ; ils peuvent s'assurer que toutes ces possibilités sont accessibles, pertinentes et efficaces. (OMS, 2011)

Tableau 1 : **Matrice de la RBC de l'OMS**

<b>Modules</b>	<b>Éléments du module</b>
Santé	promotion de la santé, prévention, les soins de santé, la réadaptation, les aides techniques
Éducation	protection et éducation de la petite enfance, enseignement primaire, l'enseignement secondaire et supérieur, l'éducation non formelle et la formation tout au long de la vie
Moyens de subsistances	le développement des compétences, emploi indépendant, emploi salarié, service financier, protection sociale
Social	assistance personnelle, relation, mariage et famille, culture et art, activité créative, loisirs et sport, justice
Autonomisation	plaidoyer et communication, mobilisation de la vie communautaire, participation politique, groupes d'entraide, et organisation des personnes handicapées

*Source* : OMS (2011)

Le tableau ci-dessus nous permet de comprendre à quel point la RBC peut représenter la quintessence des stratégies intégratives chez les personnes en situation de handicap au Cameroun, un élément clé de la marche vers l'inclusion des personnes handicapées qui sont la plupart du temps victimes de marginalisation diverses de la part de la société. C'est ce que SHAFIK

Asante,2015, dans son discours sur les états d'inclusion essaye de nous faire comprendre en disant qu'il est temps que nous reconnaissons que nous y sommes tous nés ! ...personne n'a le droit d'i inviter les autres ! en définitive, il nous incombe en tant que société de lever toutes barrières qui prônent l'exclusion puisqu'aucun d'entre nous n'a le pouvoir d'i inviter les autres.

## **2.4. LA RBC ET LE DEVELOPPEMENT INCLUSIF A BASE COMMUNAUTAIRE**

L'OMS, l'OIT et l'UNESCO (2004) considèrent la RBC comme une stratégie qui peut répondre aux besoins des PESH au sein de leur communauté dans tous les pays. Cette stratégie continue de promouvoir le leadership communautaire et la pleine participation des PESH et de leurs organisations. Elle promeut la collaboration multisectorielle pour résoudre les difficultés de la communauté et soutenir ses activités et la collaboration entre tous les groupes qui peuvent contribuer à atteindre ses objectifs.

"Le développement inclusif à base communautaire" (DIBC) est le terme qui est aujourd'hui de plus en plus en plus utilisé pour désigner la RBC. Il correspond à la réalisation d'un but, d'une finalité qui est celle de favoriser l'inclusion dans tous les groupes de personnes marginalisées et handicapées. On l'aura donc compris, il ne s'agit plus ici essentiellement des PESH mais de toute personnes victime de marginalisation et la protection de leur intérêt dans la communauté et la société dans l'ensemble.

L'objectif est que personne ne soit exclu du processus de développement pour quelque raison que ce soit, qu'il s'agisse du sexe, de l'âge, du handicap, de l'ethnie, du groupe de réfugié et de toute autre caractéristique. La RBC est utilisée ici comme outil pour favoriser le développement inclusif à base communautaire ; c'est donc un facteur de celui-ci. Pour atteindre son objectif, le DIBC adopte deux stratégies:

- travailler avec les PESH pour développer les aptitudes, aborder leurs besoins spécifiques, assurer l'égalité des chances et des droits et leur permettre de défendre leurs intérêts de manière autonome.
- travailler avec la communauté et la société dans sa globalité pour éradiquer les obstacles qui excluent les PESH et assurer leur pleine participation dans tous les domaines de

développement, sur la base de l'égalité avec les autres membres de la communauté, (International Disability and Development Consortium, 2012, p.5).

En Bolivie, l'EIPODEC (Escuela de Integración Formación Deportiva, Expresión Artística y Desarrollo) encourage l'intégration des PESH sur le marché du travail. Ce centre met en place des méthodes innovantes dans les activités artistiques et sportives comme moyens de développement personnel et favorisant le sentiment d'auto-efficacité, et sur une approche impliquant parents et communauté.

En Inde, les projets de RBC ont encouragé la formation des groupes d'entraide des PESH dans les villages, Ces groupes ont sensibilisé les autorités locales sur les problèmes que rencontrent les PESH, et ont permis la mise en place de l'attribution d'aide dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Ils ont également conduit des compagnies ferroviaires locales à mettre en place un compartiment accessible pour les PESH. (International Disability and Development Consortium, 2012, p.6).

## **2.5. PLAN D'ACTION DE MISE EN PLACE DES ACTIVITES EN RBC.**

Un plan d'action des activités organisationnelles du programme est préalablement élaboré pour s'assurer de la véritable prise en compte des difficultés que rencontrent les enfants en situation de handicap. On commence par Sélectionner les représentants, programmer une réunion et travailler avec les représentants de la communauté à l'élaboration du plan d'action afin de respecter le processus de gestion participative, définir avec eux qui sera responsable des contributions matérielles et de la mise en œuvre ; quels sont les résultats souhaités chez les enfants en situation de handicap et comment les progrès accomplis seront mesurés ; et la manière dont les représentants vont procéder à la communication des informations sur le plan d'action à l'ensemble de la communauté. Commencer l'exécution du plan d'action, maintenir des contacts réguliers avec les représentants de la communauté et les familles des enfants et organiser des rencontres périodiques avec le plus grand nombre possible de personnes de la communauté. Suivre la mise en œuvre et évaluer les indicateurs définis en commun. Organiser une réunion avec la communauté afin d'évaluer les progrès accomplis à ce jour et de décider des étapes suivantes. Présenter les réalisations par rapport aux objectifs préalablement fixés ; discuter des problèmes et ajuster la mise

en œuvre si besoin. Revoir si besoin la composition du groupe des représentants ; élaborer les plans pour l'année qui suit.

L'allocation des ressources se fait par le biais des plaidoyers, les ressources sont allouées à la RBC selon diverses modalités. L'une de ces modalités est l'allocation directe de fonds pour financer certains éléments du programme de RBC comme la formation ou le renforcement des services de santé, d'éducation, de soutien etc. Une autre méthode consiste à inclure une composante handicap dans toutes les initiatives de développement, en particulier dans les programmes de la stratégie de lutte contre l'analphabétisme. Le gouvernement peut aussi encourager les ONG, les entreprises et les médias à soutenir la RBC. (OIT, OMS, Et UNESCO, 2004). La RBC a toutes les chances de figurer parmi les attributions des agents des services sociaux.

Certains des responsables de la RBC sont des hommes et des femmes en situation de handicap car avant de mener toute action en faveur des PESH, il est crucial de connaître les véritables problèmes qu'elles rencontrent, c'est pourquoi la RBC propose comme idéal, de mettre les personnes victimes du handicap en avant pour ce qui est de l'amélioration de leurs propres conditions de vie. Les fonctions d'un responsable de programme de RBC comprennent la mise en œuvre et le suivi du programme, le soutien et la supervision de la formation des agents communautaires, la liaison entre divers comités communautaires ministère de la santé qui en est chargé. (OMS, OIT, et UNESCO, 2011)

## **2.6. QUELQUES POINTS D'ANCRAGE DE LA RBC DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IMC**

Cette partie décrit la situation actuelle de la RBC dans le monde et le rôle des parties prenantes (thérapeutes, éducateurs spécialisés, agents de terrain, la famille et la communauté, etc) dans l'accomplissement des objectifs d'accompagnement des enfants IMC. On a par exemple l'ergothérapie et la psychomotricité qui sont des moyens de remédiation aux difficultés motrices des enfants cérébrolésés. Le but est de montrer les apports et potentiels actuels des thérapeutes et de la famille en insistant davantage sur la problématique de compatibilité culturelle, la participation de la communauté, le développement des compétences communicationnelles, motrices et sociales chez les enfants IMC et les pistes du développement futur de la profession. (Fransen, 2008).

L'OMS s'est engagé à atteindre l'objectif de "Santé pour tous en l'an 2000". En 1978, lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaire à Alma Ata, l'OMS a déclaré que les soins de santé primaire viseraient à résoudre les principaux problèmes de santé et favoriseraient l'accessibilité à la santé pour tous en assurant des services de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation. Après ces déclarations, l'OMS a mis au point la "stratégie de Réadaptation à Base Communautaire (RBC)." La Réadaptation à Base Communautaire est une stratégie qui s'inscrit dans le cadre du développement communautaire. Elle a pour objectif la réadaptation, l'égalisation des chances et l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées. La mise en œuvre de la RBC fait appel aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles et de leurs communautés, et des services sociaux, de santé, d'éducation et de formation professionnelle appropriée ".

Ce programme a pour but de :

- développer au maximum les aptitudes physiques, mentales et sensorielles des personnes en situation de handicap (PESH) et faciliter leur accès aux différents services en milieu local et ordinaire ;
- mobiliser la communauté pour élaborer et réaliser des programmes en faveur des PESH ;
- créer une dynamique locale autour du thème central de la RBC : " Intégration des PESH et le respect de leurs droits"
- optimiser la participation active des PESH.

La RBC favorise les ressources humaines, financières et matérielles pour l'entraînement dont ont besoin les PESH. Il s'agit de former des personnes au sein même de la communauté afin qu'elles puissent aider les personnes handicapées et leurs familles là où elles vivent. Seuls les besoins complexes nécessitent le recours à des services spécialisés. (Rakoto, 2006, p.37).

### **2.6.1. Le rôle des agents de terrain.**

Dans le processus d'implémentation de la RBC, les agents de terrains sont d'une importance non négligeable. En effet selon Rakoto (2006, p.38) et le "Center Cameroon Cluster Program" (2021, p.14), ces derniers assurent :

- le recensement de la cible sur le terrain (quelle sont les PESH qui vivent dans une zone précise ?) ;
- l'enregistrement de la PESH avec l'autorisation de la famille ;
- la facilitation de la connaissance des services sociaux et la mise en relation entre la famille de la PESH et les services en question ;
- la mobilisation : mise en place du plaidoyer pour la prise en compte des PESH et distribution aux services sociaux et étatiques (mairies, hôpitaux, délégation régionales des ministères de la santé publique, de l'éducation, de la promotion de la femme et de la famille, des enseignements secondaires des affaires sociales etc.) afin de faciliter l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- le rôle d'intermédiaire et facilitateur entre les PESH et les services du gouvernement.
- l'entraînement des PESH dont l'objectif est de diminuer les problèmes liés aux déficits moteurs légers ou modérés concernant 75 % des PESH. Ces problèmes sont des troubles de la locomotion, des problèmes d'autonomie dans la vie quotidienne, des problèmes de langage ainsi que certains problèmes associés (problèmes visuels, problèmes de la propreté vésico-sphinctérienne, etc.) qui sont fréquents chez les enfants IMC. Pour chaque problème lié aux déficits moteurs, il existe des exercices d'entraînement particuliers selon des modules d'entraînement indiqués dans le manuel " Aider les personnes handicapées là où elles vivent ". Ceci va aussi permettre une préparation à la scolarisation et aux formations professionnelles ;
- la formation d'un entraîneur au sein de la famille qui fait faire les exercices en l'absence de l'agent. A noter que l'agent ne voit la PESH que deux fois par mois au maximum ;
- la sensibilisation de la communauté (acceptation familiale et de l'entourage avec leur participation à l'entraînement), l'élaboration de conseils et soutiens pour la famille ;
- le soutien psychologique pour le PESH ;
- la localisation de certains handicaps nécessitant une prise en charge spécifique pour les orienter vers des établissements spécialisés.

### **2.6.2. L'implication de la famille et la communauté dans le vécu de l'IMC en RBC.**

Si la communauté décide de répondre aux besoins des enfants en situation de handicap, le processus d'établissement d'un programme de RBC peut commencer. Une approche de la mise en œuvre de la RBC consiste à s'appuyer sur le leadership de la communauté existant ou d'une autre structure dirigée par le chef du village ou le maire de la ville. A titre illustratif, le comité de développement communautaire peut collaborer avec le secteur de l'éducation pour promouvoir l'éducation intégratrice, des enfants vulnérables ministère des transports pour mettre en place un système de transports accessible aux enfants vulnérables et avec les bénévoles pour former un groupe de volontaires disposés à s'occuper des enfants de façons que leurs parents puissent sortir et faire les courses et d'autres activités qui nécessitent un certain nombre de temps. (OIT, OMS, et UNESCO, 2004)

L'action communautaire en faveur de l'égalité de participation des enfants comme des adultes en situation de handicap est très variable selon les pays comme à l'intérieur des pays. Il existe une politique nationale qui encourage les communautés à assumer la responsabilité de l'inclusion de leurs concitoyens en situation de handicap, c'est dans ce sens que certaines communautés voient en cette action une priorité. Les membres du comité de développement communautaire décident que la RBC requiert une attention particulière et Ils établissent en conséquence un comité pour la RBC. Un tel comité prend des représentants du comité de développement communautaire, des PESH, des membres des familles des PESH, des enseignants, des agents des services de santé et d'autres membres concernés et ceux qui sont intéressés. Il s'agit donc d'une approche communautaire qui fait de la problématique des PESH une priorité pour tous. (OIT, OMS, et UNESCO, 2004).

L'action de la communauté en matière de RBC est souvent déclenchée par un stimulus, venant très vraisemblablement des ONG. Après des discussions avec des représentants intérieurs à la communauté, c'est celle-ci qui décide si la RBC fera partie de ses activités permanentes de développement communautaire. Divers partenaires appartenant à la communauté tel que le comité de développement communautaire. Les organisations de personnes en situation de handicap et autres organisations non gouvernementales peuvent assurer un leadership et assumer la responsabilité du programme. (OIT, OMS, et UNESCO, 2004)

Rappelons que le Les objectifs majeurs de la RBC est de faire en sorte que les personnes en situation de handicap (PESH) puissent maximiser leurs aptitudes physiques et mentales, avoir accès aux services et opportunités offerts à toute la population et devenir des contributeurs actifs au développement de la communauté de la société dans son ensemble. Dynamiser les communautés pour qu'elles promeuvent et protègent les droits humains des PESH par des réformes consistant par exemple à éliminer les obstacles à la participation des PESH. (OIT, OMS, et UNESCO, 2004).

Beaucoup de personnes n'ont pas accès aux compétences et formation visant à aider les PESH. Ceci a souvent compromis le niveau des soins primaires et l'accompagnement que les personnes touchées par le handicap auraient pu avoir dans ce domaine. Les femmes en général et les mères des enfants IMC en particulier sont les premières concernées par les soins des enfants en situations de handicap. Pour résoudre partiellement ce problème et améliorer le niveau de vie quotidien des enfants souffrant de paralysie cérébrale, la RBC organise des séries de formations dans le but de transmettre les compétences aux parents et aux référents familiaux en occurrence les mères des enfants. (Sandjok, 2013).

Ainsi, toutes les mères des enfants ayant été enregistrées au programme de RBC, bénéficient dès les premières séances de réadaptation de leurs enfants, d'une formation par des spécialistes. Ce qui leur permettra de s'impliquer davantage dans la prise en charge de l'enfant. La formation est axée sur sept modules conçus par L'OMS essentiellement basés sur le handicap : une introduction ; une évaluation de l'enfant ; le positionnement de l'enfant ; la communication avec l'enfant ; les activités quotidiennes ; l'alimentation de l'enfant ; et enfin le jeu qui est tout aussi important pour l'équilibre entre santé mentale et physique. (Verspienem, 2022).

### **2.6.3. Les activités de RBC pour les enfants IMC**

Selon Sandjock (2013) le centre de RBC de Mbalmayo au Cameroun propose les activités diverses pour l'accompagnement et le suivi des infirmes moteurs :

- l'encadrement des PESH à travers des exercices de mobilisation afin de prévenir les rétractions musculaires, ces exercices ont pour but de mobiliser les articulations bucco-lingo- faciales pour stimuler le langage chez les enfants IMC ;

- l'accompagnement des enfants IMC à travers des exercices de rééducation, psychomotricité, ergothérapie, relaxation, concentration etc ;
- la confection est la réparation des appareillages par les prothésistes et orthopédistes ;
- l'accompagnement scolaire et le suivi des enfants dans leurs établissements ;
- le plaidoyer en vers les institutions partenaires ;
- la facilitation et l'accès aux loisirs ;
- la vulgarisation des droits des PESH.

#### **2.6.4. L'ergothérapie en RBC.**

L'ergothérapie est une discipline qui intervient auprès des personnes qui éprouvent des difficultés dans la réalisation de leurs activités, pour les PESH, afin de permettre l'accès à une qualité de vie satisfaisante dans la communauté à laquelle elles appartiennent. C'est selon Meryer (2013), un ensemble composé de trois concepts "motivation, volition et engagement" qui s'attache à des aspects émotionnels concernant l'investissement de la personne dans et de ce qu'elle fait. Selon l'ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2023). Les éléments suivants sont évalués l'effet positif ou négatif de l'environnement physique et humain sur la réalisation des activités ;

- les caractéristiques des activités réalisées par la personne ;
- le degré d'autonomie de la personne dans la réalisation de ses activités ;
- l'interaction entre les éléments précités comme moyen d'orientation des actions de la personne sur elle-même et sur son environnement et ses activités ;
- la participation de la personne sur ses activités qu'elles considèrent importantes.

Ces éléments cités en amont sont en parfaite adéquation avec les principes centraux du projet RBC basés sur l'application et le respect des droits des personnes handicapées. Ainsi le processus de RBC fait de l'ergothérapie une discipline capable de répondre pleinement aux difficultés d'éthique pour ce qui est du respect et la promotion des droits des PESH. Des ergothérapeutes pionniers ont travaillé dans des programmes de RBC dans des Pays en développement (PED). Il n'y a pas d'estimation de leur nombre, ni de la distribution entre expatriés et praticiens locaux. La plupart travaillent dans des fonctions de formateur et éducateur, avec le

but de faciliter et développer les programmes et de transférer des connaissances et habiletés vers les agents communautaires. Certains travaillent directement dans et avec la communauté, d'autres sont accessibles sur consultation ou travaillent en tant que chef de projet.

Les rôles courants des ergothérapeutes en RBC peuvent être résumés comme suit (Fransen, 2005):le transfert des techniques de réadaptation de base aux membres de la communauté (famille et agents communautaires, créer des attitudes positives et limiter la charge familiale; fournir une thérapie en cas de besoin (évaluation fonctionnelle lorsqu'elle est requise dans le cadre de l'application d'une loi, évaluation de la fonction neuro musculo-squelettique, prodiguer des traitements etc) pour préparer à la participation à travers la rééducation, la technologie de réadaptation, fauteuils roulants, aide et aptitude de communication, estime de soi; fournir des services de consultation (faire le lien entre communauté et institution); promouvoir la collaboration multisectorielle. (Meyer, 2003).

Plusieurs ergothérapeutes avec de l'expérience en RBC témoignent des éléments fondamentaux en ergothérapie qui sont essentiels dans la pratique de la RBC. Premièrement, le concept central de l'occupation avec comme préoccupation le niveau d'activité et la participation dans la vie quotidienne. L'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement forme la base de la plupart des modèles en ergothérapie. Deuxièmement, les ergothérapeutes sont particulièrement bien placés parmi les professionnels de la réadaptation pour le transfert des connaissances et des habiletés aux personnes et à leurs familles, parce que leur travail quotidien vise les problèmes dans le fonctionnement quotidien en vue d'un processus d'habilitation (réadaptation). Troisièmement, les ergothérapeutes sont formés pour trouver des solutions pratiques à chaque situation, une habileté importante pour pouvoir créer des possibilités dans un contexte de ressources souvent très limitées (autant matériel qu'humain). Enfin, les ergothérapeutes ne considèrent pas les personnes handicapées comme des citoyens actifs et co-créateurs de leur avenir ; l'information et la collaboration sont alors au centre de toute démarche. (Fransen, 2008).

Récemment la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT) a fait de la RBC une priorité (Kronenberg et al., 2005). Cependant la RBC a fait l'objet de plusieurs interprétations et, parfois il existe des confusions concernant ses approches. Ainsi, le WFOT a jugé nécessaire d'établir un projet de recueil de données comme premier pas, pour délimiter le rôle de

l'ergothérapie en RBC. (Kronenberg et al, 2005). Concernant les conceptualisations de la RBC et une perception générale d'adéquation entre l'ergothérapie et la RBC en faveur des enfants IMC. Néanmoins, la plupart des répondants rapportent une formation universitaire insuffisante en vue de la RBC (Sakellariou et al., 2006).

Dans sa dernière définition, la RBC est située comme stratégie de développement communautaire inclusif. Le concept de handicap doit être reconsidéré comme une question sociale et de développement dans laquelle les droits et besoins des PESH peuvent être réalisés par des attitudes sociales inclusives, accompagnées, par un processus de réadaptation individuel. Les ergothérapeutes sont appelés à argumenter leurs connaissances de " l'activité humaine, l'occupation " en relation avec la santé. Des nouvelles notions, comme " droit à la participation sociale " (Rbotokro), " l'apartheid occupationnel " et " le développement occupationnel " serviront de guide (Kronenberg et al., 2005). Le défi est d'utiliser l'activité humaine dans le contexte local comme un outil pour le développement social et communautaire, faisant le pont entre désavantage, dérivation, Privation et potentiel (Fransen 2005).

### **2.6.7. La psychomotricité en RBC**

"La psychomotricité est une approche globale de la personne en tant qu'être psychique et moteur. Il s'agit également d'une thérapie à médiation corporelle au carrefour de la thérapie et de la rééducation à travers la représentation que l'individu fait de son corps et de sa vie psychique." (Banindjel, 2022).

Les actes moteurs témoignent d'une certaine façon de la manifestation conjointe des fonctions intellectuelles, affectives, cognitivo-sensorielles de l'enfant IMC. Il s'agit donc d'une discipline qui permet d'avoir une compréhension holistique de l'enfant à travers ses composantes psychiques et biologiques comme le veut la RBC.

Le premier acte du psychomotricien est l'analyse sémiologique, autrement dit l'examen psychomoteur. Par le biais de l'examen psychomoteur, le psychomotricien recherche des signes, des symptômes. Un symptôme peut être vu comme une caractéristique, présente chez le sujet, qui n'apparaît que dans des organisations morbides Dans le domaine médical, la fièvre, un taux de leucocyte élevé, des hallucinations auditives sont des symptômes (Scialom, Giromini et Albaret, 2015).

L'analyse sémiologique implique, de la part du psychomotricien, une connaissance approfondie des symptômes et des syndromes psychomoteurs pour ce qui est de la motricité fine et globale, et de leurs différentes expressions ainsi que des moyens de les actualiser grâce à la maîtrise de l'examen psychomoteur. Cette analyse est importante car elle permet de mieux comprendre le comportement de l'enfant en communauté et structurer la relation à l'autre et la confiance en soi. Les étapes du bilan psychomoteur sont selon Banindjel (2022), orientées vers l'anamnèse (histoire de la vie de l'enfant, elle se peut se faire avec l'aide des parents ou d'un membre de la communauté proche de l'enfant), la passation de tests, le compte rendu par écrit (explication du problème de l'enfant). Une des caractéristiques des pathologies psychomotrices est de varier suivant l'âge, le sexe et le milieu. Le Pour ce qui est de notre étude, nous allons nous appesantir sur le cas des enfants d'âge scolaire des deux sexes confondus. (Scialom, Giromini, et Albaret, 2015).

L'intervention du psychomotricien est conduite par un ensemble de représentations conceptuelles de l'enfant, de son développement et des processus qui sous-tendent le développement et les pathologies. Pour ce qui relève de la possibilité d'agir sur le développement psychomoteur d'un enfant et sa pathologie, il est important d'en avoir une connaissance préalable, tant dans sa nature que dans les voies d'entrée dont le psychomotricien dispose pour essayer de modifier la trajectoire, de créer un stimulus d'évolution et/ou de compenser les manques. Le développement psychomoteur est un phénomène complexe qui doit être compris pour pouvoir servir de référence, tout particulièrement dans les cas où il est troublé comme c'est le cas chez l'enfant IMC. C'est pourquoi il est judicieux d'identifier le patrimoine culturel et de comprendre l'évolution des premières descriptions et théories du développement psychomoteur jusqu'à nos jours. (Scialom, Giromini, et Albaret, 2015).

L'observation du développement des premiers mois de vie du bébé est restée longtemps celle des seules manifestations motrices. Le nourrisson n'est alors pas vu comme un être émissif ou doué de capacités à percevoir son environnement, il ne peut que réagir, de façon stéréotypée et désordonnée aux stimulations qui l'assailent. La méthode de l'observation du développement privilégiée à cette époque correspond aux moyens disponibles. Peu à peu, l'étude du développement moteur va se doter de méthodes spécifiques et fines permettant de mieux appréhender les compétences précoces et les mécanismes du développement. On put parler ici de

la stimulation à travers les activités psychomotrices et les ressources disponibles dans l'environnement de l'enfant. (Scialom, Giromini, et Albaret, 2015).

Dans le cadre de la RBC au Cameroun, les psychomotriciens du réseau de réhabilitation du service pour la promotion des personnes en situation de handicap de Yaoundé constatent que les difficultés récurrentes observées chez les enfants IMC sont les suivantes :

- absence d'autonomie,
- développement de l'obésité suite à la station sur place qui est permanente,
- les crises d'épilepsie,
- le retard du développement psychomoteur,
- les problèmes respiratoires,
- la capacité musculaire dû à la contraction des muscles et entraînant les mouvements involontaires,
- la raideur musculaire dû à la production du liquide synovial qui joue un rôle de colle dans les muscles,
- les déformations orthopédiques : flexum des genoux, mouvements non coordonnées,
- des difficultés à articuler (dysarthrie).

Ces Psychomotriciens insistent également sur le fait qu'il est important de noter que au demeurant, chaque enfant IMC a des besoins particuliers en fonction du type, du degré, et des compétences souhaitées par les parents. De plus, ils rappellent que les séances en rééducation psychomotrice doivent se faire tout au long de la vie car, il s'agit d'une démarche qui prend une durée non déterminée en fonction des objectifs. Par conséquent, l'arrêt de processus peut entraîner d'autres relâchements musculaires ce qui ramène l'enfant IMC dans un état initial de dépendance totale. (Donglo et Ada, 2023).

En RBC, le rôle du psychomoteur selon Scialom, Giromini, et Albaret (2015) est d'aider l'enfant à maîtriser son corps, à réguler ses comportements et à gérer son environnement afin de dépasser ses difficultés de la vie quotidiennes. Le thérapeute contribue à donner le moyen à l'enfant de trouver un équilibre entre les fonctions psychiques et motrices en vue d'une meilleure adaptation, Mieux, l'enfant se connaîtra dans sa globalité, plus il pourra saisir son milieu et y interagir de façon

adéquate selon ses moyens, ses potentialités et sa façon d'être au monde en dehors de toute normativité (Banindjel, 2022). Pour se faire, ils relèvent les tâches suivantes :

- évaluer les capacités psychomotrices des enfants, les comprendre avec l'aide de sa famille, et sa communauté, l'origine des problèmes,
- rééduquer l'enfant grâce à une thérapie corporelle pour l'aider à établir un bien être, voir effacer un trouble lorsque cela est possible,
- prendre en charge la communication verbale et non verbale de l'enfant,
- détecter les besoins, et attentes du parent en terme d'autonomie,
- participer aux actions d'information avec l'aide de la famille et la communauté dans le but d'évaluer l'évolution de l'enfant dans sa communauté,
- consulter le dossier médical de façon récurrente avec l'aide de la famille,
- mettre en place et appliquer le protocole de traitement.

Le psychomotricien réalise des séances individuelles et collectives avec les parents et /ou quelques membres de la communauté afin de s'assurer de la véritable prise en compte de toutes les difficultés de l'enfant et de sa communauté. La psychomotricité prend en charge un certain nombre de troubles chez les enfants IMC. Ces troubles sont à la fois physiques et psychiques :

- le développement psychomoteur,
- la stimulation psychomotrice et sensori- motrice liées aux retard d'acquisition motrice ou neuro-motrice (troubles de la maturation et de la régulation tonique et posturale),
- les troubles psychomoteurs liés aux troubles de structuration (trouble du schéma corporel, de la latéralité, de l'organisation spatio-temporelle),
- troubles tonico-émotionnels,
- les désordres liés à l'inhibition psychomotrice et à l'instabilité,
- trouble de comportement et de la personnalité,
- troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique (image du corps), (Scialom, Giromini, et Albaret, 2015).

En RBC, le psychomotricien développe des compétences selon les besoins de la famille et la communauté afin de les transmettre à ces derniers pour une prise en charge communautaire. Il joue ainsi un rôle de formateur et de sensibilisateur auprès de la communauté. Les compétences

qu'il transmet peuvent être de nature anatomique, psychologique, relationnelles, sécuritaires, communicationnelles, il s'agit d'une procédure pluridisciplinaire qui incite chez le thérapeute, la famille et la communauté un sentiment de travail en équipe ; se mettre en symbiose pour une seule et même cause. Tel est la quintessence de la RBC comme stratégie de développement communautaire. (Scialom, Giromini, et Albaret, 2015).

### **2.6.8. L'orthophonie en RBC**

L'orthophonie est une discipline médicale qui s'occupe de la prise en charge des personnes présentant des difficultés de la parole, du langage, de communication, de l'apprentissage et de la déglutition (action de mastiquer ou d'avalier), afin de favoriser leur intégration, leur bien-être et leur autonomie en société.

À l'origine, l'orthophonie s'est construite sur trois piliers fondamentaux : l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie, les sciences du langage. Depuis quelques années, la littérature concernant les troubles et les pathologies de la déglutition qui sont récurrents chez les enfants IMC, de la parole, du langage oral et écrit, et de la communication s'est développée, parallèlement aux avancées scientifiques de toutes les disciplines qui concourent à faire de l'orthophonie une discipline désormais spécifique, et donc autonome : la médecine, les neurosciences, la linguistique, la psychologie, la pédagogie, pour ne citer que les principales. Souhaitons que l'Orthophoniste permette à tous les concernés en matière de santé ou d'éducation spécialisée, de se faire une idée de la complexité de la discipline, de la variété de ses approches, de l'importance de son domaine à la jonction des sciences médicales et humaines, et de son histoire en constante évolution depuis sa création jusqu'à nos jours. (Kremer, Lederle, et Maeder, 2016)

La mission communautaire de l'orthophoniste est de favoriser la réhabilitation et la réinsertion de l'enfant, au sein de sa communauté au même titre que l'ergothérapeute et le psychomotricien, quelle que soit la gravité de son déficit ou de son handicap, dans son environnement familial, social et culturel. Loin de s'isoler dans son savoir-faire, l'orthophoniste vit et travaille dans la Cité communautaire. Il prend toute sa place dans la réalité sociale et culturelle des lieux de vie du patient : en milieu hospitalier, en institution spécialisée, en communauté ou en cabinet... Il s'intègre dans toutes les équipes pluridisciplinaires au même titre

que l'ergothérapeute et le psychomotricien au sein desquelles il apporte sa spécificité et sa sensibilité. (Kremer, Lederlé, et Maeder, 2016)

La relation que le thérapeute noue avec l'enfant IMC est authentiquement humaniste, dans le sens où elle reconnaît que la dignité humaine est la valeur suprême comme le veut la RBC dans le respect des droits des PESH et doit être sans cesse valorisée et défendue. Chaque jour, du seul fait de son déficit ou de son handicap langagiers, l'enfant, parce qu'il n'est pas ou plus dans la norme, court le risque permanent de l'exclusion. Pendant longtemps n'a-t-on pas confondu et assimilé la surdité ou l'autisme à la débilité ? Marginalisé tout déviant des structures éducatives scolaires ou professionnels. Classé certains troubles de langage parmi les maladies mentales à tort. (Kremer, Lederle, et Maeder, 2016).

Dans sa relation thérapeutique intersubjective en RBC, l'orthophoniste ne réalise pas seulement une action de technicien comme le veut l'approche médicale qui consiste à administrer des soins, mais construit et co-construit des liens fondés sur la responsabilité de l'enfant et de sa famille. Cette responsabilité dont Emmanuel Levinas dit qu'elle est " le fondement de la subjectivité ", la subjectivité étant un facteur sans lequel la RBC ne peut fonctionner. Car il s'agit d'une approche qui fait de l'enfant en situation de handicap, le centre des préoccupations. La responsabilité d'être l'acteur de sa propre remédiation, c'est-à-dire un sujet pensant et agissant. (Kremer, Lederlé, et Maeder, 2016)

Pendant la collaboration thérapeutique intersubjective, l'orthophoniste s'appliquera à aider l'enfant à reconquérir l'autonomie la plus forte possible, celle qui lui permettra de rentrer de surmonter le handicap, d'un point de vue psychologique, de penser et d'agir par lui-même, en utilisant tous les moyens disponibles pour retisser des liens, avec son environnement fussent-ils si fragiles. Sa singularité comme dans son altérité, c'est-à-dire la part essentielle de sa liberté. Certains ont récemment désigné le rôle moderne de l'orthophoniste comme celui d'un passeur de mots, passeur de signes, passeur de sens et de communication... Dans nos sociétés contemporaines de communication, les relations humaines paraissent se détisser de plus en plus, l'orthophoniste, inscrit dans la temporalité spécifique du soin. En RBC il joue également le rôle d'un passeur d'espoir pour l'enfant IMC. (Kremer, Lederlé, et Maeder, 2016).

Selon Ooreka (2013), Les activités menées par l'orthophoniste en RBC pour les enfants sont variées et constituent :

- la motricité de la bouche et des mâchoires, le praticien demande à l'enfant de faire des grimaces pour travailler les muscles du visage, cette activité tout en restant ludique améliore l'attention et l'observation.
- l'articulation, le thérapeute demande à l'enfant de mimer des expressions (peur, surprise, colère, ou bouderie) qui permettent de varier les sentiments et les reproduire
- le souffle et la respiration, l'enfant doit faire progresser une bille en soufflant dessus pour obtenir un score de jeté de dé ou une couleur, il doit également moduler son souffle en déplaçant la balle avec l'aide des sifflets, des pailles, des bulles de savon ...
- la voix, le praticien demande à l'enfant de chanter, un petit microphone qui fait écho à un mégaphone de formateur de voix
- l'articulation, un matériel comme le Whisper phone est utilisé afin que l'enfant puisse entendre sa propre voix et prendre conscience de sa prononciation
- la phonologie, ici on travaille les phonèmes et les syllabes en utilisant des cartes illustrées, des images, ce matériel constitue une aide visuelle sur laquelle s'appuie l'enfant pour manipuler les sons et parvenir à les distinguer et les classer
- le langage oral en utilisant un micro fonctionnant avec un logiciel qui enregistre la voix, l'aspect ludique permet à l'enfant de s'exercer et d'avoir envie de parler.

Notons qu'en RBC le praticien recommande la récurrence en communauté de l'exercice des activités citées en amont pour améliorer d'avantage les habiletés de l'enfant et favoriser également l'autonomisation, le sentiment d'auto-efficacité et la socialisation de l'enfant. Car il s'agit dans l'ensemble des jeux de société qui créent davantage des liens entre les personnes.

### **2.6.9. Poursuite du développement de la RBC.**

La RBC est à présent reconnue par de nombreux gouvernements comme une stratégie efficace pour répondre aux besoins des PESH, en particulier de ceux qui vivent dans les zones rurales. Dans ces pays, certaines communautés rurales ont établi des programmes de RBC. Il faudrait cependant encourager les programmes de RBC existants à étendre leurs activités à d'autres communautés à accorder l'attention voulue à l'égalité entre les sexes et à intégrer les PESH de

tous les groupes d'âge. L'expansion des programmes exige que l'on donne une formation aux personnes appelées à participer à la gestion et à la fourniture des services. (OIT, OMS, et UNESCO, 2004).

La RBC est une stratégie efficace pour renforcer les activités communautaires en faveur de l'égalisation des chances des PESH en les intégrant dans des programmes ayant pour point focal les droits de l'homme, la réduction de la pauvreté et l'intégration. L'OMS, l'OIT et l'UNESCO soulignent l'importance de la participation des PESH à la planification et à la mise en œuvre des programmes de RBC, la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les secteurs qui fournissent les services utilisés par les PESH et le besoin de soutien des pouvoirs publics et de politiques nationales à la RBC. Tous les pays et tous les secteurs sont invités à :

- adopter la Réadaptation à base communautaire comme politique et stratégie propre à promouvoir les droits humains et la réduction de la pauvreté chez les PESH ;
- apporter leur soutien à des programmes de RBC à l'échelle nationale ;
- créer les conditions permettant à la collaboration multisectorielle de faire progresser la RBC dans le cadre du développement communautaire. (OIT, OMS, et UNESCO, 2004)

## CHAPITRE 3 : IMC ET PRISES EN CHARGE

La clarification conceptuelle vise à fournir le maximum d'informations sur l'état actuel des personnes en situation de handicap (PESH) moteur en général et des sujets IMC en particulier au Cameroun. Elle renseignera également sur la question de prise en charge médicale qui passe par l'étiologie et en suite par le traitement approprié. Nous allons proposer une analyse des points de vue divergents et /ou convergents des travaux qui ont été menés sur la question.

80% des personnes en situation de handicap vivent dans les pays en développement. On estime entre 15 à 20% des personnes les plus démunies dans le monde sont des personnes en situation de handicap. Dans 62 pays elles ne disposent pas de service de réhabilitation. Les enfants en situation de handicap ont beaucoup moins de chance que les autres enfants d'être scolarisés. Au Malawi et dans la république de Tanzani, la probabilité que les enfants n'aient jamais été scolarisés est double s'ils ont un handicap.

### 3.1. LA CONSTRUCTION SOCIALE DU HANDICAP EN AFRIQUE

Darmon (2016, p.6) définit la socialisation comme la "façon dont la société forme et transforme les individus". Quant au modèle social du handicap, il trouve son origine dans les critiques que les mouvements des PESH adressent au modèle individuel et à son caractère strictement médical. Ces mouvements ont mis en avant le fait que le handicap procède des réactions de la société aux incapacités et aux déficiences, que ce soit dans le domaine de l'environnement matériel ou social ou dans le domaine de la reconnaissance des droits des personnes (Ndjabo, 2019, p.2). Selon Ravaud (1999), le modèle social présente deux variantes : une approche environnementale et une approche en termes de droits de l'homme.

Comme l'avais déjà constatée Djabea (2010), certains facteurs ne permettaient pas à la personne en situation de handicap (PESH) de valoriser son estime de soi à l'instar des préjugés des discriminations et de l'exclusion sociale. L'identité, selon Marc (2016), " se modifie tout au long de l'existence". Le handicap occupe une place importante du point de vue de ses représentations sociales dans la culture africaine en général et celle camerounaise en particulier. Pour Tchokote, Tsala Tsala et Scelles (2020, p.27), les actions et les jugements que l'on porte sur les personnes en situation de handicap motrices au Cameroun sont pour la plupart à connotation négatives et

contribuent à stigmatiser ces personnes. D'où le programme de réhabilitation à base communautaire (RBC) comme alternative pour pallier ce phénomène et lever les stéréotypes dont sont victimes les PESH.

Tchokoté et al. (2020.) ont également constaté que :

*"S'agissant de la communauté du sujet, l'environnement culturel occupe une place importante. La qualité de l'aide de l'environnement culturel de la personne dépend de la façon dont la culture donne sens aux événements qui surviennent dans la vie du sujet. Par exemple, l'environnement culturel à travers ses pratiques, ses rites et ses représentations du handicap, peut permettre d'identifier les facteurs facilitant le développement du sens que la personne associe à son vécu et contribue à la projection de soi après l'acquisition d'un handicap moteur"*

Diop en 2012 lors de ses travaux, recense les représentations d'ordre spirituelles, avec une dimension invisible. Il affirme que : "si handicap rime avec sorcier, génie, démon, faute, sanction, malédiction, vagabondage, agression, punition, transgression, péché, il conduit forcément à la peur et à la honte" (p.26). Dans les cultures camerounaises, comme le signalaient Tchokote et al. (op. cit.), les représentations du handicap moteur au sein de la communauté d'appartenance de la victime permettent ainsi d'inscrire celle-ci dans un carnet culturel qui tient compte des activités des croyances et des us appliqués à son sein.

Les représentations culturelles que les communautés se font de cette population (croyance en la sorcellerie, pratiques des rites et coutumes, recherche du coupable...) entravent parfois leur quête d'équilibre et contraint le sujet à rechercher une réintégration dans son groupe culturel d'appartenance. Le regard porté sur la personne en situation de handicap est donc renforcé par les représentations culturelles que les communautés se font de cette couche de la population et qui contribuent à renforcer le ressenti douloureux de ces personnes (Hamonet, 1990) Dans le royaume Mankon, le handicap est susceptible de donner lieu à des accusations sorcelleries ou à des doutes concernant la relation des vivants aux morts ou à des vivants entre eux". (Vaginay, Warnier et Yameogo, 2013, p.193).

"On perçoit ici ces croyances qui se vivent, qui se pratiquent et qui se disent autour de la personne déficiente motrice, ne favorisant pas un travail de pensée chez le sujet qui en est atteint.

Le phénomène de la recherche du coupable par le sujet porteur d'une déficience motrice ou par ses proches, démontre que le travail de mentalisation permettant la mise en pensée des événements en vue d'une restructuration psychique, peine à se mettre en place et ceci aura des répercussions sur les capacités de résilience du sujet." (Tchokote et al., 2020, p.36).

"Croyance au "commerce mystique de l'humain" à une "forme de cotisation mystique". La pratique des rites culturels visant à restaurer l'équilibre du sujet est parfois justifiée dans les familles et communautés comme venant empêcher que le sujet ne subisse le sort d' "être vendu" de manière mystique, car cette croyance sous-entend que c'est l'échec de cette "vente obscure" qui a laissé des séquelles de l'ordre de la paraplégie chez le sujet, d'où l'urgence par les membres de la famille d'empêcher l'accomplissement de la "vente de la personne" sur le pan mystique pouvant ainsi occasionner sa mort corporelle et psychique. Le sujet M.T décrit la pratique culturelle effectuée dans le cadre de sa quête de guérison en ces termes" (Tchokoté et al., 2020, p.37).

"Le règlement culturel de la dette symbolique. Dans ce contexte, et dans certaines communautés, on attribue la cause du handicap moteur au non accomplissement d'une dette symbolique culturelle. Cette dette en réalité fait preuve des ruptures, de violation de l'interdit culturel suivant les normes culturelles connues et du non-respect de la procédure au niveau de l'application de ces ensembles de règles culturelles. De ceci, découle suivant l'imaginaire culturel du peuple ou de la communauté, un ensemble de rites culturels qu'il faut impérativement accomplir pour que le sujet retrouve sa place non seulement auprès de sa communauté, de sa famille, mais surtout pour que le sujet retrouve sa santé psychologique. Tout ceci vise aussi à empêcher la survenue d'incidents malheureux dans le futur chez les membres de la communauté, qui obligerait à payer à tout prix une dette symbolique, vise aussi à empêcher la survenue d'incidents malheureux dans le futur chez les membres de la communauté, qui obligerait à payer à tout prix une dette symbolique" (Tchokote et al., 2020, p.39)

Au Cameroun, il ressort que la loi n°2010/002 du 13 Avril 2010 ayant pour but la promotion et la protection des PESH prévoit ainsi un accompagnement psychosocial visant l'équilibre psychique et psychologique de la PESH. Pour répondre à cette loi les centres de services

privés et publiques sont disponibles et ont pour finalité l'accompagnement. Néanmoins, on observe un déphasage entre ce qui est préconisé par la loi et son application dans les structures de prise en charge publiques des personnes. "La diversité et l'ampleur des effets de la survenue du handicap dans la trajectoire de vie ne font pas l'objet d'une préoccupation des pouvoirs publics" (Ndjabo, 2019, p.3). C'est donc une situation qui " ne facilite pas le développement harmonieux de ces personnes " (Ondoua Abah, 2022). Au Cameroun, les enfants en situation de handicap moteur ont les difficultés à bénéficier des services éducatifs au même titre que les enfants dits valides. " Leur parcours est parsemé d'obstacles limitant leur intégration scolaire " (Baleng, 2008, Fonkoua, 2002, Ondoua Abah, 2002).

Les référents culturels peuvent entraver le travail de penser que chacun des membres de la famille individuellement et collectivement devra opérer pour le devenir, l'avenir reste pensable, imaginable. La culture peut contribuer à favoriser l'inclusion comme l'exclusion de la famille ou du groupe social. (Scelles, 2013, p.18). L'expérience d'une vie quotidienne passée près des PESH, leurs défis dans la vie de tous les jours, l'interaction avec leur environnement, avec la communauté, les discriminations dont elles sont victimes, les problématiques d'accessibilité aux services publics, aux divers lieux, voir même aux personnes etc. Cette thématique met ainsi en relief le poids de la société sur le vécu du handicap. Comme le soulignait Diop (2012, p.27), les voies choisies par les PESH sont la résultante des options culturelles que connaît la définition sociale du handicap. Cela relève aussi les formes de réponses que proposent ces sociétés aux différents types de handicap. Ce qui intervient comme une construction sociale, c'est à dire la façon dont les personnes et la société perçoivent, traitent ou même agissent vis à vis des PESH. Elle nous montre aussi que l'expérience du handicap déborde de la sphère médicale en Afrique. Ainsi, pour une même catégorie de handicap, on peut avoir plusieurs dénominations qui sont pour la plupart culturelles. Dans la société camerounaise, la définition du handicap est souvent imprécise et ne permet pas de mieux cerner la réalité. Le vocable du handicap a progressivement remplacé celui d'infirme, d'anormal, d'aliéné, d'inadapté, de personne nécessiteuse ou de retardé à cause de la charge émotionnelle et péjorative de ces termes (Ntsama, 2012).

Au Cameroun, les politiques sociales mises en place au sein du ministère des affaires sociales pour les personnes en situation de handicap, classe cette catégorie dans l'inadaptation sociale, (Janicki, 2021). C'est un état d'une personne donc le comportement est incompatible avec

les normes sociales en vigueur. Ainsi, les cibles de l'inadaptation sociale sont : les personnes en situation de handicap et les victimes des maladies invalidantes. On peut donc le souligner, le vécu des PESH est avant tout lié à l'environnement social qui ne facilite pas l'estime de soi et leur intégration, bien qu'une partie des causes de ce vécu désastreux dépend également d'un regard subjectif que la personne en situation de handicap a d'elle-même, le schéma corporel et l'image du corps.

D'importants travaux de recherche ont été menés par des spécialistes camerounais à l'instar de Noutcha (2004, p. 80), en vue d'apprécier la gestion du handicap au sens des populations camerounaises et même africaines. "Autrefois, dans la société africaine, la personne en situation de handicap était avant tout un sujet de malédiction. Ainsi la société africaine pensait que l'infirmité dont on devine mal l'origine pouvait avoir une fonction religieuse : Dieu aurait envoyé un tel infirme pour mettre à l'épreuve les membres d'une société afin de mesurer leur degré d'humanité et de bonté. De ce fait, la personne en situation de handicap était mieux intégrée dans la société traditionnelle qu'elle ne l'est dans la société moderne".

Il y'a donc lieu de penser que les attitudes et les perceptions du handicap entre les sociétés traditionnelles africaines et camerounaises ne sont pas très divergentes les unes des autres. Les travaux de Noutcha (2004) mettent en exergue trois axes pour la gestion du handicap en Afrique à savoir : la représentation, l'acceptation ou le rejet, et le vécu du handicap. Ils nous permettent de réaliser que le handicap infantilise sa victime" (Ntsama, 2012) en ce sens où il la réduit à sa situation d'assistance en permanence, cet état des choses crée chez les PESH un sentiment d'inutilité, une perte de confiance en soit, tandis que chez la société le sentiment de pitié devient de plus en plus grandissant, qui plus tard se traduit par la méfiance et la stigmatisation. Les PESH sont donc ainsi vulnérables et sont écartées de la vie sociale.

Dans la plupart des situations sociales, être en situation de handicap intervient dans le rapport avec les autres. En examinant la façon dont les personnes atteintes du handicap vivent cette maladie, il semble que leur quotidien reste dominé par la stigmatisation. Dans la plupart des cas observés, les histoires relatées par les PESH montrent que les rapports sociaux qu'ils entretiennent quotidiennement, sont caractérisées par un effritement des liens de sociabilité Ils suscitent toujours prudence et méfiance chez les autres dans l'usage de l'espace public. La perception quotidienne de

cette pathologie et l'ensemble des réponses sociales et culturelles que les personnes et la société ont eu du handicap, justifient cette forte stigmatisation.

L'existence et la mise en acte de certaines pratiques, us, coutumes et rites, ne facilitent pas toujours le travail de résilience nécessaire pour l'atteinte de l'homéostasie intrapsychique dont le sujet a besoin et constituent par conséquent un obstacle pour un devenir harmonieux. Comme l'avait déjà pensé Tsala Tsala (2006, p.180). Les référents culturels peuvent favoriser ou entraver le travail de penser que chacun des membres de la famille individuellement et collectivement devra opérer pour que le devenir, l'avenir reste pensable, imaginable. La culture peut contribuer à favoriser l'inclusion comme l'exclusion de la famille et du groupe social. (Tchokote et al., 2020, p.41).

En résumé, la relation entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui se déroule comme le dit Dubar (2015), à l'intérieur du processus commun qui la rend possible et qui constitue le processus de socialisation de sorte que l'identité soit " le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions " (Ndjabo, 2019, p.72).

Au regard de ce qui précède, il est donc question pour nous de s'intéresser à des stratégies pour améliorer le vécu des personnes en situation de handicap. Pour se faire, les familles et les sociétés devraient commencer par cesser de lier les causes du handicap moteur aux croyances mystiques, de traiter les PESH de sorciers ou de maudits. Durkheim (2004) explique qu' " il faut considérer les faits sociaux comme des choses, c'est à dire les faits que l'on puisse soumettre à une explication scientifique ". Les transformations sociales camerounaises sur le handicap nécessitent une évolution sur l'acceptation de la différence, vers une intégration réelle de tous les axes sociaux.

## **3.2. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DE L'IMC**

### **3.2.1. Dans le monde et en Afrique.**

L'OMS estime à 15% le taux de prévalence des PESH dans le monde. Selon Djabea (2007), 1 à 3 bébés sur 1000 souffrent de paralysie cérébrale dans le monde. Dans les pays développés comme la France, la prévalence de l'IMC est d'environ 0,8% pour 1000 naissances. Une étude

rétrospective portant sur l'épidémiologie de IMC réalisée en Suisse dans le Canton de Saint-Gall en 2016 estime que chaque année 1500 enfants de plus sont prématurés. 15 à 20% des personnes les plus démunies dans le monde sont des PESH et 80% des PESH vivent dans les pays en développement selon la matrice de RBC de l'OMS. Dans 62 pays, les PESH ne disposent pas de services de réhabilitation. (Djabea, 2010). Au Malawi et en Tanzanie, la probabilité que les enfants n'aient jamais été scolarisés est double s'ils ont un handicap (Rakoto, 2006). A Madagascar, selon l'enquête nationale de 2003, 7,5% de la population est en situation de handicap donc environ 1,200.000 et 37,5% d'IMC. Chaque année, le nombre d'enfants IMC augmente d'après Janicki (2021). L'OMS estime que la paralysie cérébrale est un handicap qui touche en majorité est Garçons ; on note 40% de filles contre 60% pour les garçons avec un pourcentage total de 18 dans l'ensemble de la population en situation de handicap infantile dans le monde.

### **3.2.2. Au Cameroun.**

Le troisième recensement général des personnes en situation de handicap au Cameroun a dénombré 262.119 de PESH avec au moins un handicap ; dont 127.382 femmes et 134.738 hommes. Les personnes vivant avec un handicap au Cameroun représentent ainsi 15% de la population selon l'institut Nationale des Statistiques (INS,2006). Le handicap moteur représente selon la même source 4773 pour la ville de Douala et 5869 pour la ville de Yaoundé (ECAM3, 2006). Le milieu rural à un taux de prévalence plus élevé que le milieu urbain ; 1,7% contre 1,3%. Les hommes représentent 51,5% et les femmes 48,6%.

Par région, le taux de prévalence des PESH se regroupe comme suit : Adamaoua 0,9%, Centre 1,6%, Est 1,3%, Extrême-Nord 1,6%, Littoral,1,5%, Nord 1,3%, Nord-Ouest 1,9%, Ouest 1,8%, Sud 2,6% et Sud-Ouest 1,6%. C'est donc la région de l'Adamaoua qui présente le taux le plus faible alors que le Sud enregistre le taux le plus élevé. Les résultats du troisième recensement confirment que la prévalence du handicap augmente avec l'âge, certainement en rapport avec le fait que les maladies invalidantes elles aussi augmentent avec l'âge. La population de moins de 15ans enregistre une prévalence de 1,0%, notons que les infirmes de membres inférieurs sont à la deuxième place,15,3% juste derrière les sourds, quant aux infirmes de membres supérieurs, on enregistre 6,3%. Le tableau ci-dessous nous servira d'illustration.

Tableau 2 : Tableau représentatif de la population infirme par region et par sexe au Cameroun

<b>Infirmes moteur du membre supérieur par région</b>	<b>Taux de prévalence(%) du sexe masculin</b>	<b>Taux de prévalence(%) du sexe féminin</b>	<b>Infirmes moteur du membre inférieur par région</b>	<b>Taux de prévalence(%) du sexe masculin</b>	<b>Taux de prévalence(%) du sexe féminin</b>
Adamaoua	40,0	50,0	Adamaoua	44,2	<b>43,1</b>
Centre	83,3	88,2	Centre	83,1	<b>75,8</b>
Est	79,4	66,7	Est	64,3	<b>58,5</b>
Extrême-Nord	34,2	33,3	Extrême-Nord	52,4	<b>29,9</b>
Littoral	100,2	82,4	Littoral	82,4	<b>66,7</b>
Nord	72,2	72,7	Nord	44,1	<b>26,1</b>
Nord-Ouest	77,8	56,5	Nord-Ouest	56,1	<b>62,0</b>
Ouest	85,2	90,6	Ouest	79,1	<b>69,3</b>
Sud	82,9	95,0	Sud	86,2	<b>75,7</b>
Sud-Ouest	75,9	44,4	Sud-Ouest	50,0	<b>72,0</b>
<b>Total</b>	<b>78,3</b>	<b>69,6</b>	<b>Total</b>	<b>67,6</b>	<b>61,5</b>

*Source:* BUCREP (2010).

Dans le tableau en amont nous pouvons constater que la région du littoral enregistre le taux de prévalence le plus élevé chez les infirmes moteurs du membre supérieur de sexe masculin. Pour ce qui est des femmes, la région du Sud enregistre le taux le plus élevé avec 95%. Il en est de même pour les hommes infirmes du membre inférieur qui sont en majorité dans le Sud avec 86,2%. D'une façon générale, rappelons le handicap moteur au Cameroun touche en majorité les individus de sexe masculin.

Lorsqu'on émet une analyse sur le type de handicap en général, les personnes infirmes motrices occupent une place assez représentative. Le tableau ci-dessous nous montre le rang qu'occupe les infirmes moteurs dans le handicap au Cameroun.

Tableau 3 : Représentation de l'infirmité motrice dans les types du handicap en général

Sexe	Sourd	Muet	Aveugle	Infirmes moteur du membre supérieur	Infirmes moteur du membre inférieur	Malade mental	Lépreux	Albinos	Total
Masculin	36,8	14,0	710,4	7,1	17,0	6,5	6,7	1,4	<b>100</b>
Féminin	40,9	14,6	11,4	5,4	13,5	6,1	6,7	1,4	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>48,8</b>	<b>14,3</b>	<b>10,9</b>	<b>6,3</b>	<b>15,3</b>	<b>6,3</b>	<b>6,7</b>	<b>1,4</b>	<b>100</b>

*Source* : BUCREP (2010)

Selon le BUCREP (2010, p.22), le niveau d'instruction est "l'ensemble des connaissances acquises par un individu après une période plus ou moins longue passée dans un système éducatif donné." La qualité d'une population se définit aussi par son niveau d'instruction. En effet, la mise en place des politiques de santé, d'éducation, etc. dépendent de la qualité des ressources humaines disponibles dans ce pays.

Nous allons présenter les données concernant le niveau d'instruction au Cameroun pour les personnes handicapées.

Tableau 4 : Niveau d'instruction de la population en situation de handicap au Cameroun

Population de 6ans et plus vivant avec un handicap	Population de 6ans et plus sans handicap
Sans niveau d'étude:35,1%	25,4%
Niveau d'étude primaire:40,2%	42,5%
Niveau d'étude secondaire:13,8%	18,0%
Niveau d'étude secondaire de deuxième rang:6,1%	8,0%
Niveau d'étude supérieur:4,8%	6,1%

*Source* : BUCREP (2010).

### **3.3. INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE (IMC)**

IMC est un acronyme de trois lettres dont une voyelle (I) et deux consonnes (M) (C). Pour la signification généralisée il s'agit de l'indice de masse corporelle, c'est d'ailleurs la première information qui s'offre à nous lorsqu'on l'insère dans un opérateur de recherche, ainsi, pour le dictionnaire français Doctissimo (2010), l'IMC ou BMI en anglais pour body mass index, permet de déterminer la corpulence d'une personne, la maigreur, le surpoids, ou l'obésité, cet indice de masse corporelle se calcule en fonction de la taille (en mètre) et du poids (en kilogramme). Il n'est pas correctement interprétable que pour un adulte de 18 à 65ans. L'IMC est le rapport du poids et de la taille élevée au carré. Par exemple, une personne qui mesure 1,70m et pèse 60kg a un IMC de  $60/1,70^2$  égal à 20,76 kg par mètre carré. Chez les adultes, un IMC compris entre 18,5 et 24,9 est considéré comme normal. En dessous d'un IMC de 18,5, on parle de maigreur. Au-dessus de 24,9 c'est l'obésité, son seuil est fixé à 30 et trois stades sont distingués :

- l'obésité modéré
- l'obésité sévère
- l'obésité
- très sévère (encore appelée massive ou morbide).

#### **3.3.1. L'IMC dans la littérature scientifique.**

Dans la littérature, le terme paralysie cérébrale "est souvent utilisé pour qualifier les personnes IMC et l'infirmité motrice d'origine cérébrale et voir même du polyhandicap. Cependant, notre étude traitera principalement de l'infirmité motrice cérébrale proprement dite. Tardieu (1955) décrit l'IMC comme "une atteinte cérébrale précoce, périnatale et non évolutive qui affecte plus ou moins gravement la motricité mais laisse intacte, totalement ou une grande partie, les capacités mentales et relationnelles ". Les enfants qui ont une déficience intellectuelle ne sont donc pas inclus selon cet auteur. C'est une pathologie importante et très spécifique de neuro-pédiatrie, ce qui fait de nos jours un sérieux problème de santé publique. De plus, les IMC touchent 2 enfants pour 1000 naissances et donc 1500 enfants de plus chaque année.

Pour Rokoto (2006, p.25), " l'infirmité motrice cérébrale ou IMC est secondaire à une lésion du cerveau survenu pendant la grossesse, l'accouchement ou alors les premiers mois de la vie ". C'est une maladie qui affecte un cerveau en maturation qui entraîne les troubles moteurs non

évolutifs : (quand une déficience mentale notable est associée à ces troubles moteurs, on parle usuellement d'infirmité motrice d'origine cérébrale ou IMOC (Rakoto, 2006, p.25). Cette définition de l'IMOC vient ainsi clarifier l'idée de Guy Tardieu sur la différence entre l'IMC qui n'attaque pas les fonctions mentales de et l'IMOC qui quant à elle est associée à la déficience mentale.

"L'infirmité motrice cérébrale n'est pas une maladie, mais un syndrome qui associé à des degrés divers des troubles de la posture et des troubles du mouvement. Elle résulte d'une atteinte cérébrale non héréditaire, non évolutive, non contagieuse et survient le plus souvent à l'occasion d'un accident d'accouchement" (Rakoto, 2006, p.26). Dans l'IMC, soulignent encore Lambert et Seron (1986), les symptômes sont fonctions à la fois de la localisation et de l'étendu des lésions. Ainsi, les symptômes spastiques apparaissent lors des lésions des faisceaux pyramidaux du cerveau et de la moelle épinière. L'IMC se présente donc sous divers angles en fonction de la partie du cerveau qui est touchée selon ces deux auteurs précités.

Par ailleurs, lorsqu'on observe les statistiques on constate que ceci correspond à l'âge auquel l'enfant acquiert une motricité volontaire effective et dont à l'âge d'inquiétude pour le parent. D'autre part, il est important de noter que " les enfants plus âgés souffrants d'IMC ont tendance à être cachés à la société par leurs familles à cause de la honte du regard des autres vis à vis du handicap " (Nguefack et al., 2015).

### **3.3.2. Etude nosographique et nosologique de l'IMC**

#### **3.3.2.1. Étude nosographique**

La population des IMC, au sens de Tardieu, démontre que la restriction de la motricité, manipulation et/ou déambulation, autrement dit l'impossibilité d'une réelle expérience de la sensorimotrice, qui passe (encore) pour essentielle, n'empêche ni l'action mentale, ni l'anticipation de se développer. (Truscelli et al., 2008, p.6). Tardieu commence par examiner en quoi consiste l'état déficitaire de ces enfants oubliés. En tant que neurologue, il ne peut que réorienter, au mieux de l'époque, les patients dont la pathologie est dominée non par la neurologie mais par des problèmes d'ordre psychique et/ou mental et/ou social.

Une pièce maîtresse de l'œuvre de Tardieu est de proposer une claire présentation des différentes raideurs musculaires d'origine cérébrale. Il insiste avant tout sur le fait de bien

distinguer les phénomènes qui se produisent sur la partie contractile du muscle et sur la partie viscoélastique. Dans cette perspective, l'examen précis et rigoureux du muscle est complété au moindre doute par l'électromyographie (EMG), au moyen d'électrodes de surface. Un muscle trop contracté, donc raide, a plusieurs raisons d'être dans cet état ; la remarque vaut pour un muscle faible : l'analyse est indispensable. En outre, comme il se doit dans le cadre d'une paralysie de fonction liée à la pathologie cérébrale, le muscle n'est pas vu de façon autarcique mais couplé à son antagoniste voire aux muscles synergique.

Le facteur B ou basal caractérise l'état de relâchement musculaire à la consigne de repos et le facteur E le contrôle exercé sur le muscle par le sujet à l'occasion de perturbations survenues de l'extérieur, comme en particulier le bruit soudain, la menace, la piqûre de la conque de l'oreille, tout ce qui ne déclenche normalement qu'un bref sursaut et une légère bouffée émotive. Un facteur "B" anormal traduit un parasitage de l'état de repos, par des enraidissements ou des mouvements involontaires, de type athétosique ; il peut augmenter avec l'anxiété. Son traitement est une médication sédatrice et myorelaxante, par voie générale, préparant le sujet détendu mais éveillé à mieux profiter de la rééducation, de façon durable. Le facteur E anormal se traduit par une réaction à caractère explosif, dont la durée dépasse de beaucoup celle du sursaut par surprise. La gêne au bruit soudain est souvent considérable car elle provoque un enraidissement global et un risque de chute. Ce facteur pathologique est traité, à l'époque, par le maxiton, sur un court terme, avec des résultats positifs, aidant au self-control. Tardieu distingue B de E car il sait que les lésions cérébrales responsables de ces troubles ne sont pas identiques. Les troubles de B (pallidum, circuit limbique) et de E (néo striatum) peuvent être présents ensemble ou de façon dissociée. (Truscelli et al., 2008).

Tardieu en donne une définition précise et stricte dès 1954. Il refuse, en effet, d'utiliser la notion de spasticité comme dénominateur commun de la paralysie cérébrale. Après des études en laboratoire, il reprend l'étude clinique humaine et définit le trouble comme une " exagération du réflexe d'étirement musculaire, dépendante de la vitesse de l'étirement, liée à une hypertonie gamma" (1955). Ses collaborateurs et lui confirment que la structure musculaire de l'IMC est normale, et sa régulation avec : " plus le muscle est tenu contracté et donc en position raccourcie, plus il aura tendance à s'y fixer." (Truscelli et al., 2008, p.17). Il sera trop court pour assurer ses fonctions sur toute l'amplitude articulaire habituelle. Par ses recherches sur les chats aux pattes

plâtrées en position extrême de flexion ou d'extension, il démontre que l'immobilisation entraîne, à la levée du plâtre, une raideur passive faisant une limite à la mobilité possible antérieurement ; la récupération de la souplesse habituelle se fait en quelques semaines d'exercice naturel.

Dans le geste du serment, si le maintien du bras tendu est assez en force et en durée, il est primordial de découvrir à qui revient la faute. Le muscle (agoniste) exerçant peut-être le responsable de cette insuffisance à moins que le muscle antagoniste ne s'oppose à l'action du premier, incapable alors de développer les moyens suffisants pour résister au " spasme oppositionniste " qui tire le bras vers le bas. L'épreuve main -bouche, qui consiste à diriger la main vers la bouche, réclame l'alignement du coude et du poignet pour que le geste soit utile à l'alimentation, il réclame moins de force que le précédent. Le but est bien compris mais le geste complet est échoué ; comme l'avait pensée Truscelli (2008), "la commande volontaire n'entraîne pas simultanément le poignet et le coude, qui se désolidarisent ; le coude "tombe" Cette réponse peut être interprétée comme une insuffisance proprioceptive ou un défaut de commande sur le coude, et traitée comme telle."

"L'instabilité est un autre élément pathologique qui peut perturber le maintien postural et se prolonger dans les épreuves dynamiques. La correction passe par l'augmentation de l'inertie du segment corporel, c'est à dire un enraidissement massif appelé co-contractions. Ce phénomène compensatoire courant n'échappe ni aux valides ni aux IMC ; il tient au fait que le muscle très contracté est générateur de raideur, gain mécanique supplémentaire propre à la structure du muscle, qui se produit sans aucun recours à un bouclage nerveux. Pour une certaine catégorie d'IMC, cette raideur est loin d'être nocive". (Truscelli et al., 2008, p.19).

"Les troubles dynamiques peuvent s'expliquer par des anomalies qui sont déjà repérées dans des situations statiques et restent gênantes dans le geste, comme les mouvements involontaires, les contractions, l'insuffisance de la commande volontaire. Ils peuvent n'apparaître qu'avec le paramètre "vitesse". (Truscelli et al., 2008, p.19). C'est par des épreuves qui testent le contrôle du mouvement, le freinage et l'anticipation pour éviter les fluctuations du geste que Tardieu revient au sujet valide. Trois épreuves, à vitesses différentes, sont exécutées selon des consignes précises : un trait libre rapidement exécuté, un autre réalisé sans but mais le plus lentement possible, à vitesse constante, le dernier "entre deux lignes verticales " le plus rapide possible, pourvu d'arriver au but sans le dépasser. Chacun y a ses limites propres, au-delà

desquelles des fluctuations sont inévitables". (Truscelli et al., 2008, p.20). Chez l'IMC, les résultats aux tests aident à comprendre dans quelles circonstances la vitesse est contrôlable ou non.

### **3.3.2.2. Étude nosologique**

Depuis W. Phelps, de nombreuses classifications ont été proposées par d'autres chercheurs, Certaines se réfèrent à la symptomatologie : spasticité, rigidité, tremblements, mouvements involontaires, ataxie. D'autres sont des descriptions de la topographie l'atteinte clinique : hémiparésie, diparésie, tétraparésie etc. Selon les formes qui découlent des symptômes, Djibo (2007) propose la classification suivante :

#### **➤ Le syndrome spastique**

La spasticité se caractérise surtout par une hypertonicité musculaire et un maintien insuffisant de la posture. C'est une anomalie fonctionnelle qui résulte de l'augmentation du réflexe tonique d'étirement due à une lésion du système pyramidal. L'atteinte prédomine sur les fléchisseurs aux membres supérieurs et les extenseurs aux membres inférieurs d'où leur attitude :

- le membre supérieur se met en rotation interne avec le coude demi fléchi, le poignet en pronation, les doigts en flexion et le pouce en adduction et opposition.
- le membre inférieur se met en extension, les cuisses en rotation interne et adduction, le pied en varus équin. Le syndrome spastique donne des signes neurologiques tels une exagération de réflexes ostéo-tendineux qui sont vifs avec clonus, signe de Babinski. Les formes spastiques touchent 70% des sujets IMC (Rakoto, 2006, p.28).

#### **➤ Le syndrome athétosique**

L'athétose (du grec a téthenai "sans poser") est un trouble du contrôle postural avec mouvements involontaires lors de la posture et du mouvement de faible amplitude et prédominant aux extrémités des membres. Les mouvements sont caractérisés par leur atténuation par le repos complet et leur exagération en situation de maintien d'une attitude volontaire et surtout lors des émotions. Les formes athétosiques selon Rakoto (2006) touchent 20% des personnes IMC.

### ➤ **Le syndrome ataxique**

L'ataxie se définit comme un trouble de la coordination et de la statique. La coordination intervenant pour régler la direction et l'amplitude des mouvements ainsi sera créée une activité gestuelle efficace et harmonieuse.

- la statique ou les ajustements posturaux interviennent dans le maintien d'une position donnée grâce à des contractions musculaires volontaires ou réflexes.

Il existe 3 types d'ataxies :

- l'ataxie cinétique : Caractérisée par des mouvements élémentaires, complexes et alternatifs, retard au départ et à l'arrêt du mouvement.
- l'ataxie statique ou posturale : C'est l'impossibilité qu'a le sujet de contrôler sa station debout par des ajustements posturaux permanents. On la recherche par le signe de Romberg (chute à la fermeture des yeux).
- l'ataxie locomotrice : C'est un défaut d'ajustement postural nécessaire à une marche convenable. Elle est mise en œuvre à la marche les bras écartés, l'ataxie se caractérise par une irrégularité et une diminution des enjambées avec marches ébrieuses. Les troubles ataxiques sont représentés chez 10% des IMC (Rakoto, 2006, p.28).

#### **3.3.2.3. L'hypotonie centrale**

Dans ce cas il semble qu'une régulation coordonnée soit totalement impossible. Le mécanisme de contrôle est au point mort. Il est impossible pour l'enfant hypotonique de parvenir à une position ou de la conserver, chaque tentative est frustrante. (Rakoto, 2006, p.22 à 24).

### 3.3.2.4. Les formes d'IMC selon la description de la topographie

Amadou DJIBO (2008) propose les variétés topographiques d'IMC suivantes :

Tableau 5 : Les formes d'IMC selon la description de la topographie

Hémiplégie	membre supérieur et membre inférieur du même côté, surtout le membre supérieur
Diplégie	les 4membres mais prédomine très franchement sur les membres inférieurs
Quadriplégie	les 4membres atteints de façon comparable
Hémiplégie double	les membres, mais surtout les membres supérieurs
Monoplégie	membres supérieur le plus souvent(en fait souvent hémiplégie avec membre inférieur presque normal
Triplégie	probablement avec une variété de quadriplégie

Dans leur étude menée à Yaoundé, Nguefack et al. (2016) ont trouvés les formes d'IMC suivantes :

- la tétra parésie spastique (67,9%) et
- l'hémiplégie cérébrale infantile (17,2%).

On peut ainsi dire que la forme d'IMC la plus prépondérante au Cameroun est la tétra parésie spastique. Nous allons donc étudier ces deux formes d'infirmités motrices cérébrales.

#### ➤ **La tétra parésie**

C'est une paralysie cérébrale légère consistant en une diminution des possibilités de contraction des muscles des quatre membres, due à des perturbations neurologiques survenant au niveau de la moelle épinière, de localisation cervicale (au niveau du coup). Elle est encore connue sous le nom de "quadri parésie", et se présente comme la paralysie des quatre membres en terme plus clair. A long terme, cette pathologie conduit à l'émergence de contracture, à un changement dans l'état final des membres, une perte totale de la fonction motrice ou l'atrophie musculaire. Ils sont victimes de sérieuses difficultés dans la vie de chaque jour. La maladie se développe en formant des lésions au niveau du système nerveux central, en suite sont atteints les hémisphères du cerveau (Ngufack et al., 2016). Sous forme plus grave, la tétra parésie se montre lorsque le sujet

subit un traumatisme au niveau de la colonne vertébrale. Cela peut avoir lieu après une hémorragie cérébrale interne qui intervient après des processus métaboliques ou après un accident vasculaire cérébrale. Elle est beaucoup plus fréquente dans les premières années de la vie comme l'avait déjà souligné Nguetack (2016).

On distingue deux formes de tétra parésie :

- la quadri parésie aigüe avec pour cause: une ischémie (diminution de la vascularisation) du tronc cérébral (zone du système nerveux central située entre le cerveau et la moelle épinière), ou de la moelle épinière au niveau cervical (cou); un traumatisme; un dérèglement du métabolisme (fonctionnement normal de l'organisme); une faiblesse idiopathique touchant les muscles (due à une élévation des toxines ou à une paralysie périodique); une poly neuropathie aigüe démyélinisant (affection neurologique se caractérisant par une destruction de la myéline qui est la couche recouvrant l'axe nerveux permettant la transmission des influx nerveux, l'axone).
- la quadri parésie chronique ou subaigüe : elle se développe sur des semaines, des mois, voire des années, et dont les causes sont : la destruction des hémisphères cérébraux ; la destruction du tronc cérébral et de la région cervicale de la moelle épinière.

Dans l'optique d'un diagnostic du tétra parésie, il est possible de procéder aux examens médicaux suivants :

- un scanner du cerveau en présence du coma
- Une technique permettant d'obtenir des images à partir de la résonance magnétique musculaire (IRM) aidera à détecter les lésions, les malformations vasculaires etc. C'est l'examen le plus performant pour explorer le cerveau, car elle détecte les anomalies cérébrales jusque dans les petites structures et détermine la cause.
- un électromyogramme (étude de conduction nerveuse à l'intérieur des nerfs) permet l'évaluation de la quadri parésie chronique.

### **3.3.3. L'étiologie de l'IMC**

#### **3.3.3.1. Les atteintes anténatales**

Ici la maladie peut être causée par des malformations, une hémorragie cérébrale, une hypoxie, un accident vasculaire cérébral, de l'hypertension artérielle, des maladies infectieuses materno-foetales (comme la toxoplasmose, le streptocoque B ou la rubéole), des intoxications (alcoolisme fœtal par exemple). Une étude effectuée à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé intitulée " aspects cliniques et étiologie des infirmités motrices cérébrale chez l'enfant à Yaoundé " par Nguefack et al. (2015) ont montré que sur les 134 enfants étudiés, 9,4% d'entre eux présentaient une IMC d'origine anténatale. Dans l'histoire de la période anténatale, on doit questionner le déroulement de la grossesse, l'existence ou non des vomissements incoercibles, le groupe sanguin de la mère, à la recherche de l'incompatibilité fœto-maternelle (A, B, O, rhésus), la vaccination antitétanique, les bilans effectués pendant la grossesse et leurs résultats. (Rakoto, 2006, p.49). "En cas d'un accident du système nerveux central(SNC), si la lésion se trouve dans le cerveau ou à l'intérieur de la moelle épinière, la situation devient plus délicate et le corps et la peau en pâtissent davantage". Selon Rakoto (2006), les causes les plus probables sont généralement :

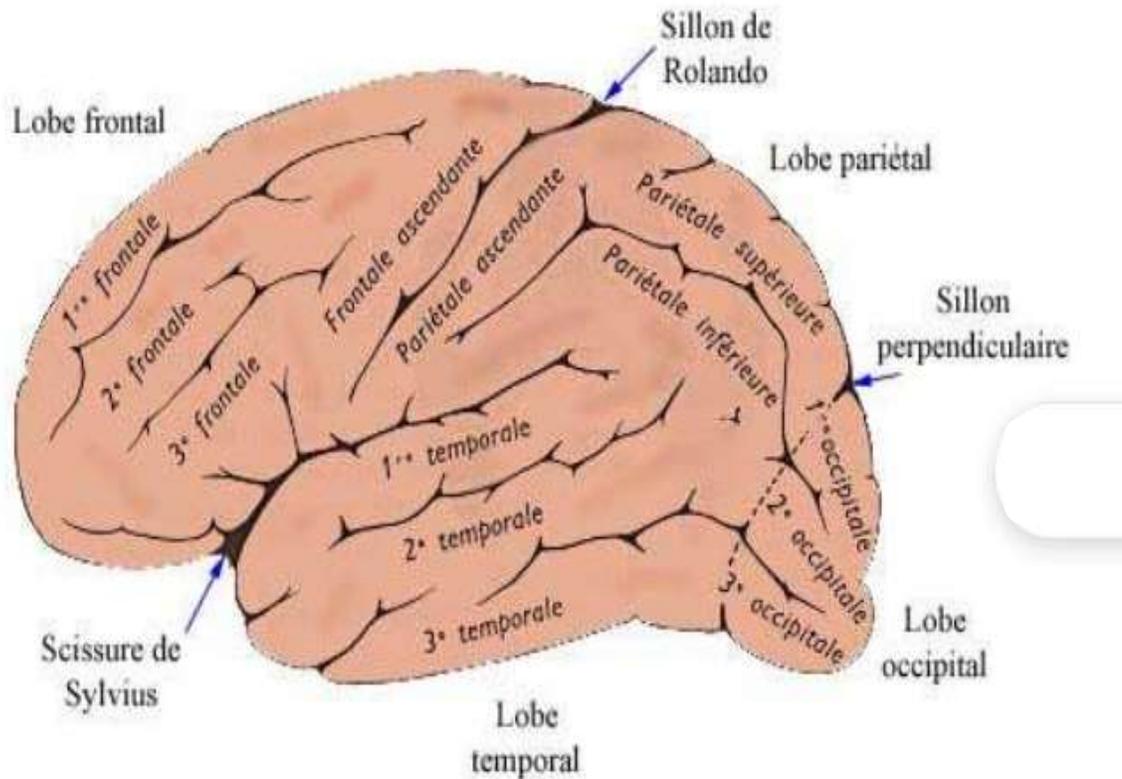
- les hémorragies cérébrales
- les anomalies placentaires
- les infections maternelles pendant la grossesse
- les tentatives manquées d'avortement
- les métrorragies abondantes en début de grossesse.

#### **3.3.3.2. Les atteintes prénatales.**

Ici on s'intéresse aux circonstances de l'accouchement : le lieu, le mode, la durée de travail, le temps de l'expulsion, le moment de la rupture de la poche des eaux avec l'aspect du liquide amniotique, la situation de la mère et les événements incidents de l'accouchement (choc, opération, césarienne, hémorragie au cours du travail, hémorragie de la délivrance, etc). On doit également mentionner les anomalies du cordon ombilical (circulaire, procidence, brièveté) ou du placenta (poids, mode d'expulsion, complète ou non) (Rakoto, 2006, p.50). Parmi les causes prénatales on note :

- la prématurité : c'est la naissance avant 37 semaines d'aménorrhée correspondant à 8 mois de grossesse. 25% des IMC sont des prématurés de 6%, des prématurés sont des IMC, (RAKOTO,2006). Cette prématurité s'accompagne d'une immaturité qui donne les formes athétosiques de l'IMC. En cas de prématurité, il existe toujours une lésion cérébrale de type ischémique. Mais cette lésion est plus importante si l'enfant est né avant 32 semaines d'aménorrhée (SA) avec un faible poids de naissance. Par exemple 27 à 30 SA avec un poids de naissance entre 500 et 1200 grammes : 13% ont un handicap sévère, 25%, modéré, 70% présentent des troubles scolaires avec un quotient intellectuel normal. (Rakoto, 2006, p.51).
- l'hypoxie et le traumatisme obstétrical : l'hypoxie peut affecter le cortex frontal et le cortex pariéto-occipital. Comme les lobes occipitaux sont très consommateurs d'oxygène, ils sont les premiers à souffrir en cas d'hypoxie. Les atteintes prénatales semblent être la cause d'IMC la plus fréquente, selon l'étude menée par Nguefack et al. (2015). Pour l'étude citée précédemment effectuée à Yaoundé, 81.2% des enfants atteints d'IMC l'étaient des suites d'une atteinte périnatale.

D'après les travaux d'Allen et Tsukara en 1970, une série de schémas ont tenté de mettre en relation la séquence d'opérations réalisées dans l'organisation d'un acte moteur et les structures qui y sont impliquées. La relation établie repose sur des études anatomiques et électrophysiologiques, sur l'analyse de l'activité des neurones au cours de la tâche motrice et sur la visualisation de l'activité des aires corticales. L'acte moteur est décomposé en plusieurs étapes qui sont la planification du mouvement, la mobilisation des segments du corps et l'exécution du mouvement. A chaque étape correspond un ensemble de structures responsables. Ces schémas supposent la distinction entre les aires primaires motrices (qui commandent directement les muscles) et les aires "associatives" (qui structurent l'action motrice en un ensemble complexe et qui construisent des représentations complexes de la forme ou de l'espace visuel ou proprioceptif) (Rakoto, 2006, p.8).



**Figure 1: Les lobes et circonvolutions de l'hémisphère cérébral gauche**

### 3.3.3.3. Les atteintes post-natales.

Les causes post-natales peuvent survenir jusqu'aux 2 ans de l'enfant. On retrouve dans les atteintes postnatales les causes suivantes : traumatismes, tumeurs, maladies infectieuses bactériennes ou virales (méningite, toxoplasmose, cytomégalovirus, VIH), radiothérapie, causes toxiques médicamenteuses. Selon l'étude que nous avons déjà citée plus haut, on retrouve un échantillon de 13.7% dont les causes sont postnatales. (Janicki, 2021, p.13). Après l'accouchement, il faut déterminer le poids de naissance et l'indice d'APAGAR. Cet indice est apprécié par l'intensité des cris à la naissance, et la fréquence cardiaque, le tonus musculaire, la réactivité de l'enfant à la stimulation et la coloration cutanéomuqueuse.

- pendant les premiers mois : il faut rechercher les notions de crise convulsives, d'ictères, de cris incessants, de somnolence continue durant la journée, de vomissements réguliers ou non et d'autres anomalies, il faut demander aussi si l'allaitement s'est fait immédiatement. (Rakoto, 2006, p.23)

- le développement psychomoteur : il faut repérer les chronologies des grandes étapes du développement psychomoteur (la tenue de la tête, le premier sourire, la station assise, la marche, les premiers mots, la propreté de jour et de nuit, la préhension).
- dans l'optique de repérer les indices pathologiques, Rakoto (2006), propose les questionnements suivants ;
- après une anomalie infectieuse (rougeole, varicelle, oreillon, scarlatine, rubéole, coqueluche), s'est-elle accompagnée de torpeur, fièvre, convulsion, paralysie ? Les symptômes ont duré combien de temps ?
- après un traumatisme crânien : y'a-t-il eu une notion de perte de connaissance initiale ? Combien de temps cela a duré ? Existe-t-il une intervention neurochirurgicale ? Y'a-t-il eu une aggravation ?

Tableau 6 : Développement psychomoteur (acquisition minimale de 6 à 12mois)

<b>Sphère de développement</b>	<b>acquisition minimal (6mois)</b>	<b>acquisition minimal (12mois)</b>
Contact social et comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'intéresse à l'entourage</li> <li>- Commence à distinguer les étrangers des familiers</li> <li>- Sourit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imiter les gestes et les mimiques. Secoue la tête pour dire non</li> </ul>
Vision et manipulation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- regarde et essaye de saisir les objets autour de lui et hors de sa portée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essaye d'attirer l'attention</li> <li>- Fixation et poursuite oculaire sur 180%</li> <li>- Relâchement volontaire, fin et précis</li> <li>- Relation contenant contenu</li> <li>- Manipulation des boîtes et cubes</li> </ul>
Motricité fine et préhension	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préhension volontaire, globale et palmaire à prédominance radiale,</li> <li>- Transfert des objets à la bouche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pince fine</li> <li>- Pointe du doigt les petits objets</li> <li>- Mâche les aliments solides</li> <li>- Peut manger seul un biscuit</li> </ul>
Audition et langage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tourne la tête vers la source du son</li> <li>- Répond quand on lui parle en émettant les sons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit un à trois mots spécifiques, habille de longs monologues spécifiques</li> <li>- comprend un ordre simple, localise la source du son</li> </ul>

Motricité grossière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se tourne du dos vers le ventre,</li> <li>- Supporte son poids du corps sur les mains bras tendus en décubitus assis avec appui</li> <li>- Debout, stade du sauteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passe d'une position à l'autre</li> <li>- Assis se retourne pour prendre un objet</li> <li>- Se met debout en s'accrochant aux meubles</li> <li>- Se baisse pour ramasser les objets</li> <li>- Déplacement: debout, tenu par la main à 4pattes sur les sièges, rampe</li> </ul>
---------------------	---	---

**Source :** Rakoto (2006)

Les causes post-natales sont responsables de 10% des cas d'IMC d'après Rakoto (2006), ils consistent en :

- des infections
- des traumatismes entraînant les lésions cérébrales comme le syndrome de Sylverman, c'est à dire des enfants victimes des sévices, accident de circulation,
- des maladies métaboliques
- des intoxications
- la déshydratation
- des convulsions
- des hydrocéphalies.

Ces causes post-natales « peuvent survenir jusqu'à 2ans de l'enfant (Janiki, 2021, p.13). Selon l'étude de Nguéack et al. (2016), on retrouve un échantillon de 13,7% dont les causes sont post-natales.

Tableau 7 : Développement psychomoteur (acquisition minimale de 18 à 24 mois)

Sphère de développement	Acquisition minimal (18mois)	Acquisition entre 2 et 3ans
Contact social et développement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imiter les tâches ménagères</li> <li>- Manifester sa volonté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aider les membres de sa famille dans certaines activités</li> </ul>
Vision et manipulation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser tasse et cuillère, boire dans un verre et manger seul presque tous les aliments sans aide</li> <li>- jeux de construction : tour de 2 à 3 cubes, encastrement des formes dans une planche en bois,</li> </ul>	
Motricité fine et appréhension	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre des raisins secs dans une bouteille et les ressortir</li> <li>- Gribouiller avec un crayon sur les papiers</li> <li>- Aider à se déshabiller</li> <li>- Manifester son envie d'aller aux toilettes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trier des objets différents,</li> <li>- Jeter un ballon,</li> <li>- S'habiller avec de l'aide,</li> <li>- Utiliser les latrines sans aide</li> </ul>
Audition et langage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vocaliser quelques mots spécifiques</li> <li>- Parler, jargonner, avec quelques mots compréhensibles</li> <li>- Reconnaître les petits objets</li> <li>- Montrer les différentes parties de son corps</li> <li>- Marcher, se baisser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Commencer à dessiner, poser des questions</li> <li>- Courir bras et jambes écartés</li> </ul>
Motricité grossière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grimper, marcher à reculons,</li> <li>- Monter et descendre l'escalier en se tenant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Shooter une balle et la lancer en haut</li> <li>- Rester en équilibre sur un pied, sauter.</li> </ul>

*Source* : Rakoto (2006)

Les tableaux précédents nous permettent de savoir si un enfant évolue normalement dans sa motricité et son développement mental. Ils renseignent également sur les capacités cognitives de l'enfant en fonction son âge. Néanmoins, en dehors de ces tableaux on peut également passer par les diagnostics provenant des signes cliniques pour examiner si un enfant est atteint d'IMC ou non.

### **3.3.4. Les signes cliniques de l'IMC.**

#### **➤ Les signes révélateurs.**

La lésion cérébrale est responsable de l'atteinte motrice observée chez les personnes IMC. Les signes révélateurs sont souvent été nécessaires pour la prévention chez les enfants vulnérables à cette maladie :

- précocement on observe un développement lent, le bébé met plus de temps que d'ordinaire à apprendre à tenir la tête, à s'asseoir, ne sourit pas à 3 mois, etc. Il peut avoir tendance à utiliser plus une partie de son corps qu'une autre (une seule main plutôt que 2).
- un peu plus tard on observe une rigidité soudaine dans certaines positions comme celle couchée sur le dos où il devient difficile de fléchir le corps du bébé, l'on peut également observer une hypotonie : la tête du bébé retombe et il est incapable de la redresser, les bras et les jambes restent ballants quand on le soulève (Rakoto,2006, p.52) Le bébé bouge trop peu, il s'alimente peu, il tète et évolue avec difficulté, il a du mal à fermer la bouche.
- un comportement anormal attire souvent l'attention, il se peut que ça soit un enfant qui pleure beaucoup, qui est irritable, qui dort mal ou par contre un enfant trop calme et qui dort beaucoup. Notons que ceci s'accompagne par une intelligence normale (Rakoto, 2006, p.53).

#### **3.3.4.1. Les symptômes de la quadri parésie**

Cette pathologie est loin d'être commune, ainsi, ses symptômes sont très vite remarqués. Lorsque quelqu'un individu est atteint de la tétra parésie, il n'arrive plus à bouger facilement ses muscles ; c'est à dire, les muscles du sujet ne se contractent plus aisément. Selon Nguetack et al (2016) il a tendance à ressentir une paralysie incomplète et légère de ses quatre membres. Aussi, la force musculaire du malade diminue plus ou moins dans le début. De telles difficultés doivent inspirer chez les hommes en général et les africains en particulier, des sentiments de solidarité et d'action communautaire en vers les personnes IMC. Car cela contribue à rendre plus abordable la vie quotidienne. D'autant plus que nous venons de mentionner le fait que l'infirmité et la paralysie peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie d'un individu. C'est pourquoi on la considère comme un sérieux problème de santé publique que les communautés et les gouvernements doivent reconsidérer. Par ailleurs, on distingue aussi une autre forme d'IMC au Cameroun.

## ➤ **L'hémiplégie cérébrale infantile**

### • **Généralités**

Dans le cadre de l'IMC, les causes sont majoritairement d'origine prénatale, sans incident significatif pendant la grossesse et l'accouchement : cependant, les images radiologiques lésionnelles sont volontiers impressionnantes et en discordance avec ce qui est constaté de l'extérieur. Dans son étude réalisée à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé sur les aspects cliniques et étiologies de l'IMC, Nguefack (2016) nous explique qu'il est classique de parler d'un intervalle libre entre la survenue de la lésion passée inaperçue et l'apparition du déficit moteur au cours des premiers mois de la vie. Cette notion ne devrait pas être maintenue si le médecin accepte de recourir à l'examen de la motricité innée, capable de faire découvrir des signes passés inaperçus à un examen superficiel. Il n'est pas rare de trouver, s'agissant de pathologie congénitale, quelques anomalies du côté réputé sain, sans vraie gêne fonctionnelle. Un bon pronostic de déambulation existe dans la très grande majorité des cas (en moyenne la marche est acquise vers l'âge de 2 ans), à l'exception de ceux qui souffrent d'une surcharge épileptique grave, associée ou non à une déficience mentale.

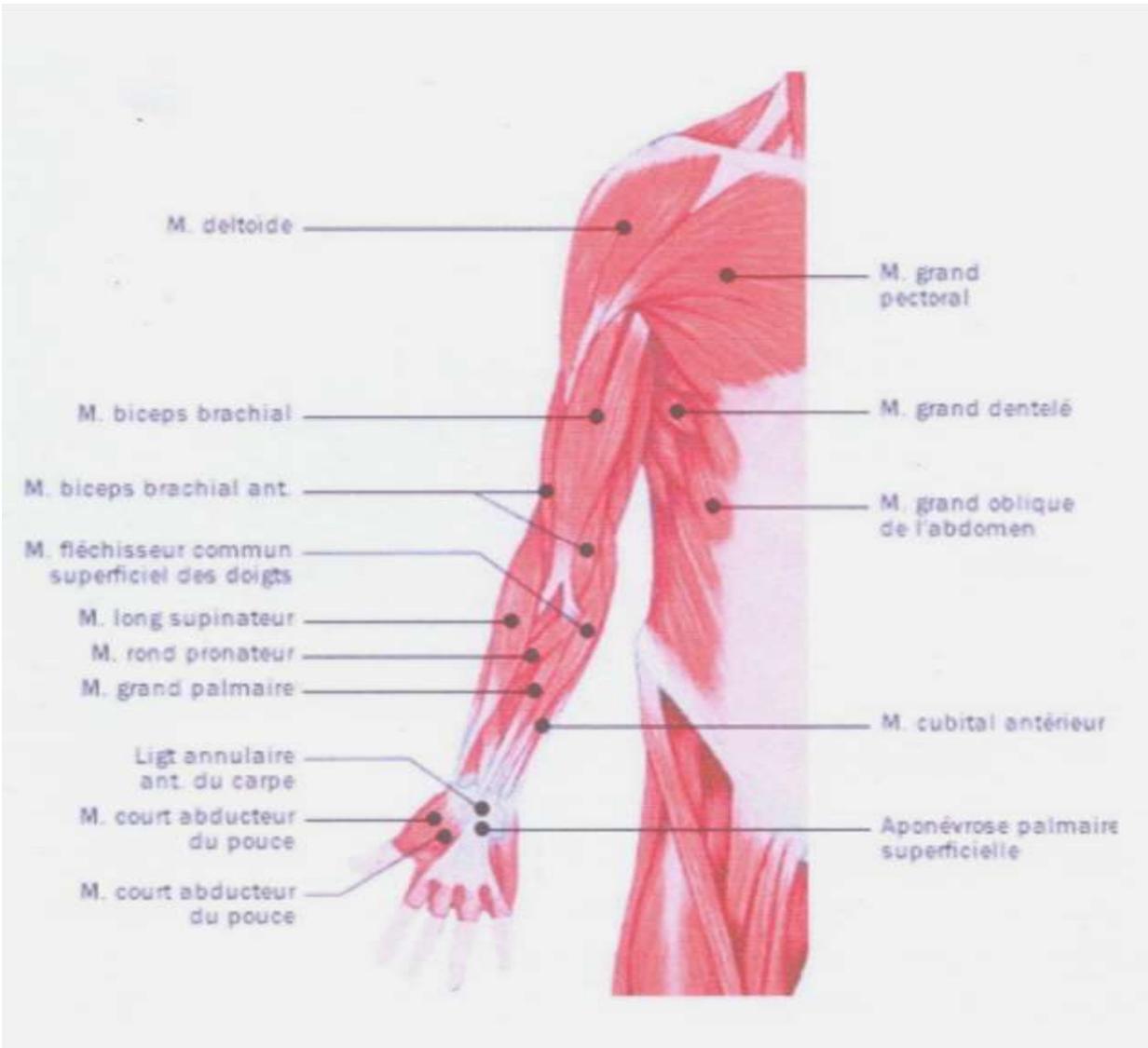
Les hémiplégies acquises, consécutives à un trauma crânien, une méningite ou méningo-encéphalite, un accident vasculaire cérébral, un syndrome hémiconvulsion-hémiplégie, ont un pronostic en lien avec l'origine de l'accident cérébral et l'âge où il s'est produit. Elle se présente chez 10% des IMC (Rakoto, 1006, p.54). Elle est réparable vers l'âge de 5-6 mois par une asymétrie dans les attitudes et les mouvements de l'enfant (préhension unilatérale, attitude en flexion-pronation du membre supérieur). (Truscelli, Auferil, De Barbot, Le Metayer, Leroy-Malherbe, Mazeau et Thuilleux, 2008, p.24)

Ici la marche est acquise à 2ans, ce qui entraîne une autonomie motrice. L'atteinte asymétrique domine au niveau du membre supérieur avec flexion du coude et du poignet, pronation de la main, difficulté à prendre une attitude dystonique (extension des doigts, lente et non dissociée lors de la prise des objets). L'asymétrie de l'atteinte est due à une lésion qui n'est pas strictement limitée à un hémisphère cérébral.

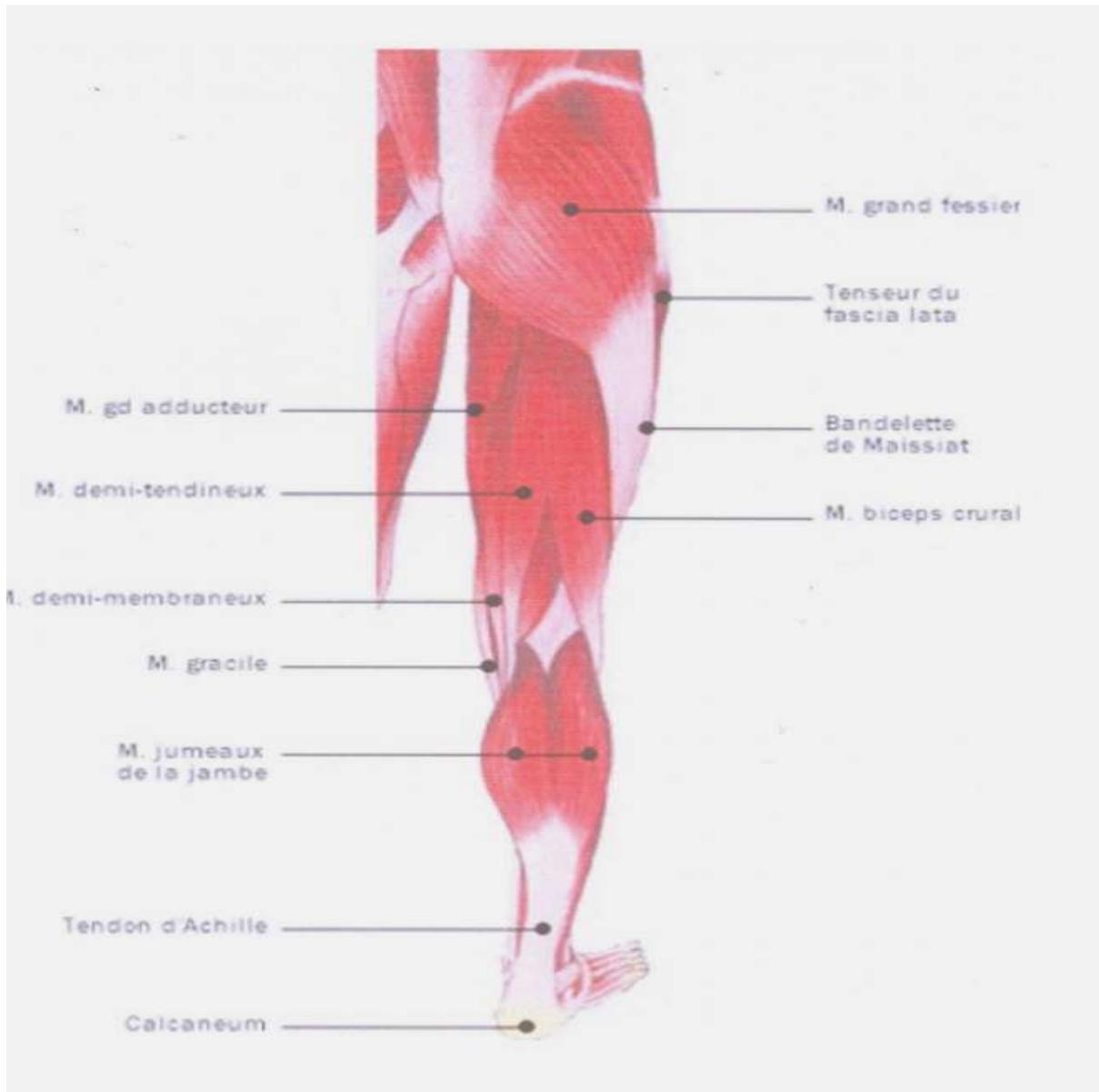
Les signes associés à l'hémiplégie infantile cérébrale sont :

- l'hémianopsie,

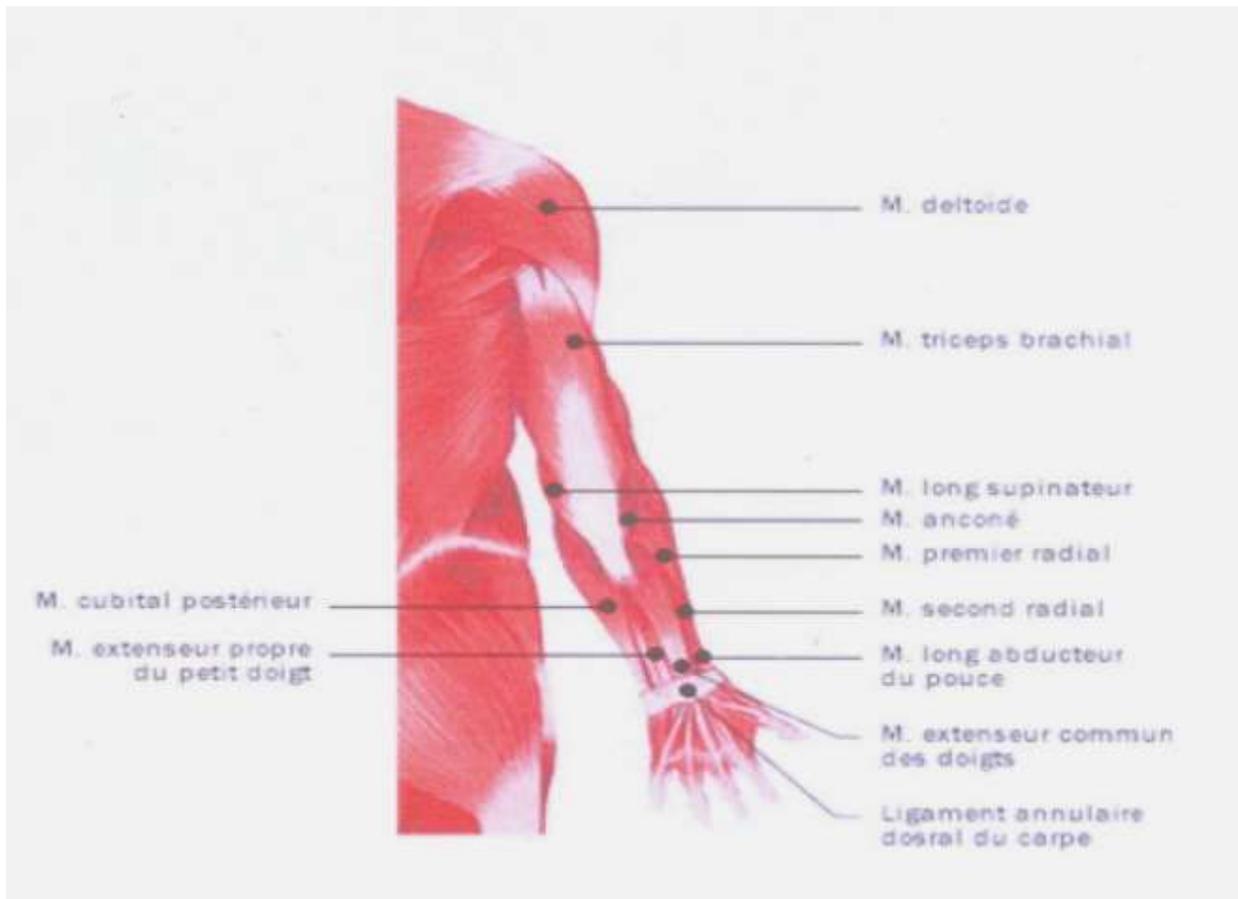
- le strabisme
- l'astéréognosie (non reconnaissance par le touché des formes, volumes, consistances...) les troubles spécifiques du langage, visuo-spatiaux, épilepsie (partielle motrice, spasme en flexion)



**Figure 2 : Vue antérieure des muscles du membre supérieur**



**Figure 3 : Vue postérieure des muscles du membre inférieur**



**Figure 4 : Vue postérieure des muscles du membre supérieur**

➤ **Les problèmes associés aux troubles moteurs.**

Les problèmes associés aux troubles moteurs peuvent être visuels, cognitifs, scolaires, etc. :

- les troubles visuels : ils peuvent être visuo-constructifs et visuo-perceptifs, strabisme observé chez 40% des IMC, anomalie de la coordination oculaire hémianopsie. Il est donc important d'établir la réfraction de ces enfants relativement tôt, car " le risque d'anomalie réfractive (40%) est bien plus important que dans les populations classiques (9,5%) ", (Janiki, 2021, p.24). Et la prévalence de strabisme se situe entre 26 et 60% chez les cérébrolésés contre 3 à 5% dans la population générale (Janiki, 2021, p.24).
- les troubles de l'audition et du langage : il convient de savoir que ces troubles localisés et les difficultés de la parole qui en découlent peuvent être déclenchés ou aggravés par des troubles moteurs de l'axe corporel et des membres. Les troubles moteurs focalisés aux

organes de la phonation. On note la semi-surdité qui est observée chez 25% des IMC, comme le soulignait Janicki (2021). Pour ce qui est du langage, on prendra soin d'explorer les capacités d'expression et de compréhension langagière en faisant en sorte d'utiliser des épreuves adaptées aux capacités motrices des sujets et de prendre en toute précautions nécessaires sur le plan de l'interprétation.

- les troubles du processus cognitif : dyspraxie (c'est une difficulté d'organisation du mouvement), apraxie visuo-constructive (difficulté dans le repérage des données spatiales), agnosie visuelle (difficulté d'analyse des images ou des objets sans qu'il existe de problème d'acuité visuelle).
- une épilepsie chez 50% des IMC (Rakoto, 2006) et 57,5% des enfants IMC au Cameroun (Nguefack et al., 2016) surtout les spaciques
- Les troubles de la propreté vesico-sphincterienne : on observe un retard de la propreté, l'incontinence urinaire est due à des difficultés motrices telles que : les difficultés à s'asseoir, le problème postural, les difficultés de déshabillage etc. de déplacement
- les problèmes déglutition, 55,2% des enfants IMC à Yaoundé (Nguefack, 2016).
- les problèmes psychoaffectifs : la dépression secondaire au sentiment d'anormalité et augmentée par l'éloignement des proches et la raréfaction des gestes affectifs ; la manifestation d'agressivité et d'instabilité ; l'absence d'autonomie de pensée ; les problèmes de réalisation de soi.

Nous allons ainsi vous présenter la proposition de Djibo (2007) sur les déficits associés aux IMC en fonction de la topographie :

Tableau 8 : Déficits associés aux IMC selon la topographie (Djibo,2007)

Variétés	Physiopathologie	Orientations étiologies	Déficits associés
Formes spastiques hémiplégié	pyramidale, prépondérant, inforçissement d'un territoire artériel	prénatale nouveau-né à terme	hémianopsie, déficit sensitif
Diplégie	leucomalacies péri-ventriculaires	post-natal nouveau-né prématuré	strabisme
Quadriplégie	leucomalacies péri-ventriculaire étendues et ou lésions corticale	hypoxie, ischémie, infection périnatal	débilité mentale épilepsie
Formes dyskinétiques	(extrapyramidale prédominant) noyaux gris centraux	Hypoxie ischémie infection prénatale	déficit auditifs, trouble du langage
Formes ataxiques	lésions du servlet	rarement ischémie, plus souvent génétique	

### 3.4. PRISES EN CHARGE

#### 3.4.1. La prise en charge de l'IMC en zone occidentale.

Si la lésion n'est pas évolutive, ses conséquences le sont malheureusement au cours de la croissance, du processus de maturation et même au cours du vieillissement. Le but du traitement est d'arriver à une indépendance maximale dans la limite des handicaps moteurs et autres du patient. La rééducation fonctionnelle, l'ergothérapie, l'appareillage, la chirurgie orthopédique et l'orthophonie peuvent être nécessaires (Rakoto, 2006). Il s'agit donc d'une prise en charge qui favorise l'atténuation des sumptômes chez le sujet.

## ➤ La kinésithérapie

Le but est de : maintenir les amplitudes articulaires ; éviter les déformations orthopédiques des pieds et surtout des hanches et du rachis ; favoriser la réalisation de mouvements fonctionnels. Différentes méthodes (analytiques et globales) et différentes techniques sont utilisées. Cette thérapie présente néanmoins des limites en ce sens où elle relève essentiellement de la réadaptation motrice et ne contribue pas à l'intégration sociale comme c'est le cas dans la prise en charge psychologique.

- l'orthophonie : Elle a plusieurs objectifs, selon les causes : réduire les troubles de l'articulation ; prendre en charge les troubles de la déglutition : Un bon nombre d'IMC présente des troubles de l'oculomotricité et on a souvent recours à une rééducation orthoptique. (Rakoto,2006, p33)
- rééducation fonctionnelle : à cette éducation thérapeutique prennent part tous les professionnels aidant l'enfant (ergothérapeute, Kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, éducateurs).
- traitements médicaux : Ils concernent avant tout la spasticité et les dystonies. Traitement per os : Les contractures basales de repos liées à l'anxiété sont bien traitées par des anxiolytiques à faible dose. Pour les contractures spastiques excessives on pourra essayer les benzodiazépines, la baclofène ou le dantrolène.
- traitements locaux : Ils ont pour but de diminuer la spasticité de façon localisée. L'alcool à 45° indiqué dans l'exagération du réflexe myostatique dans sa phase tonique. L'effet du geste est de plusieurs mois (parfois 18 mois voire plus). La toxine botulique est devenue le traitement de choix. L'injection se fait dans le corps musculaire concerné et l'effet dure 4 à 5 mois.
- traitement intrathécal : la pompe intrathécale à baclofène commence à se répandre en pédiatrie et contre la spasticité des membres inférieurs. Il faut commencer par de très faibles doses et augmenter progressivement la posologie jusqu'à la dose suffisamment efficace sans effet secondaire.
- traitements chirurgicaux : ces traitements s'adressent essentiellement à l'hypertonie et à ses conséquences. Neurotomies sélectives qui agissent dans le territoire d'un nerf périphérique dans le but de diminuer la spasticité. Les plus fréquentes intéressent le nerf

obturateur pour l'hypertonie des adducteurs) ou le nerf fémoral (pour l'hypertonie des fléchisseurs de hanche).

- radicellectomie sensitive partielle : elle porte sur les racines postérieures et permet de diminuer le tonus musculaire.
- chirurgie tendinomusculaire : les gestes les plus fréquents sont Les allongements du tendon d'Achille, la chirurgie des ischiojambiers associée ou non à un transfert du droit antérieur, les abaissements de rotule, la ténotomie des adducteurs.
- chirurgie osseuse : elle peut porter sur les fémurs (dérotation fémorale), sur les pieds (arthrodèse sous astragaliene) ou sur la hanche en cas de luxation.
- appareillage : différentes attelles et appareillages seront en fonction des déformations. Appareillages fonctionnels : les appareils de marche : différents modèles sont proposés pour limiter l'adduction et la rotation interne des membres inférieurs. Ils ne doivent être utilisés que dans les atteintes symétriques. Les verticalisateurs : ce sont des appareils de mise en charge soit par l'intermédiaire des pieds, soit par un appui sous ischiatique. On peut commencer à mettre un enfant en charge des douze mois. Il ne faut pas mettre en charge un enfant qui présente une hanche. (Truscelli, 2008, p.35-37)
- la tosure batulinique et autres médicaments pour reduire la spacité.
- la relaxation activo-passive de Wintrebert : Henri Wintrebert (1922-2000), psychiatre et psychothérapeute, a été un des leaders de la relaxation de l'enfant en France avec le docteur Jean Bergès. Ses travaux ont pris naissance dans le service de neuropsychiatrie de l'enfant de l'hôpital de la pitié-Salpêtré à Paris. Cette méthode se présente en 3 phases utilisant les mobilisations dites activo-passives. Le contact physique induit d'emblée une relation maternante (holding) qui fait partie du traitement. Les phases de cette relaxation sont les suivantes :
- l'electro-encéphalogramme : c'est un examen fonctionnel explorant l'activité électrique produite spontanément par les cellules nerveuses. Le principe de l'EEG est de recueillir les potentiels électriques sur un appareil qui amplifie les signaux, puis transcrit pour qu'ils puissent être analysés.
- les psychothérapies à travers le dialogue tonique et le dialogue tonico-imaginaire : pour le premier il s'agit d'une théorie de Ajourriaguerra (1969) qui la définit dans la continuité des travaux de Wallen. Ce dernier met en évidence le lien entre le tonus et l'émotion,

notamment chez le nourrisson qui passe d'une hypertonie d'appel à une hypotonie de satisfaction. Pour ce qui est du dialogue tonico-imaginaire, Wintrebert a proposé une méthode basée sur l'influence des mouvements passifs et sur le dialogue dans lequel la fonction du corps est d'établir la jonction entre la réalité et l'imaginaire.

- la communication non verbale, le rythme alpha, la proxémie, le toucher, l'image du corps et le schéma corporel : les étapes de la cure constituent notamment : la régulation du tonus par les mouvements passifs, la phase d'immobilité, la réadaptation des mouvements sont des approches psychothérapeutiques.

### **3.4.2. La conception et la prise en charge de l'IMC en Afrique Noire Traditionnelle.**

Dans la pratique thérapeutique africaine, le praticien part du corps pour effectuer " un diagnostic de structure visant en fait à déterminer la signification de la maladie afin d'apaiser l'angoisse existentielle au niveau de la totalité vécue du patient " (Banindjel, 2021, p.150). Pour Sow (1978), le but ici est de rechercher le conflit plus profond. Dans cette circonstance, le praticien se servira des instruments de diagnostic appelés ici "mantiqes". Il s'agit d'un système interprétatif reposant sur un univers de représentations. La praxis de l'Afrique traditionnelle selon Banindjel (2021), se réfère essentiellement en ses moments interprétatifs et thérapeutiques ce qu'on pourrait appeler "un collectif imaginaire structuré".

La prise en charge se fait par le biais des guérisseurs qui maîtrisent les us et coutumes et utilisent des plantes pour atténuer les symptômes du handicap. Cette prise en charge passe par une sorte d'anamnèse du sujet de façon traditionnelle ; on commence par questionner l'histoire de la famille du sujet ; sa tribu, ses ancêtres, les événements qui ont marqués la vie du sujet. Il est important de mentionner que cette étape est faite dans le but de trouver des origines du handicap. Atangana (2009, p.117) nous invite à comprendre l'histoire du handicap au Cameroun dans la culture Béti. Le mot " handicap" signifie " nyeyem ", pour parler du handicap moteur on utilise le mot " ebog " qui veut dire la paralysie ou " mbobog " pour mentionner un paralytique. Il ajoute que :

" Chez les Béti, toutes ces maladies peuvent être soignées simplement par des herboristes ou dans les dispensaires et les hôpitaux par la médecine occidentale ; cependant, certaines situations apparemment banales prennent des tournures telles qu'il faut parfois recourir aux tradi-

patriciens ; on parle de "alum okon": jeter la maladie, transmettre une maladie par des voies occultes, par des voies mystiques. Dans certaines circonstances, seuls les voyants, les tradipatriciens et les exorcistes peuvent intervenir efficacement. Et quand un guérisseur soigne, il ne se soucie pas de la dose qui est quantitativement forte, s'appuyant sur un principe : " Okon ongaso oteme a mebala ", la maladie doit baigner dans les remèdes. " Atangana (2009, p.118)

Pour l'homme Béti, le physique et le mystique sont en étroite symbiose. Chez certaines personnes l'un prend le dessus sur l'autre d'après Atangana (2009). " EVU " qui signifie " la force mystique " permet au détenteur de faire du bien ou du mal. Il s'agit d'une force ambivalente et donne l'impression d'une extraordinaire habileté. Il est localisé dans le ventre, (Atangana, 2009, p.100). Si un homme a l'EVU, on dit de lui qu'il a 4 yeux et cela lui confère des capacités spéciales servant à faire ressortir l'histoire de la paralysie d'une personne afin de lui apporter un traitement approprié par les herbes bien déterminées qui portent souvent le nom de " mebiang " qui signifie recette magique. " Le principe spirituel est en relation avec le pôle ancestral (Banindjel, 2018, p.150). Les éléments fondamentaux qui constituent la personne en Afrique sont le corps, les principes vitaux, et les principes spirituels. (Sow, 1977, p.97). L'esprit est selon lui une sorte de " députation " de la substance ancestrale en chacun de nous, il ajoute que cela témoigne de la présence de l'ancêtre, de son verbe, de sa loi. Son affaiblissement peut ainsi être attribué à la sorcellerie qui peut occasionner une mort subite.

Généralement, dans les cultures africaines, les personnes IMC le sont à cause de la transgression des interdits soit par les parents ou un membre de la famille selon Atangana (2009). Pour ramener le sujet à la santé, il faut passer par un rite " akpe-mekeng " à l'aide d'un bassin médicinal " etog " utilisé par les guérisseurs pour faire des ablutions, source purificatrice. (Atangana, 2009, p.102). L'IMC est souvent synonyme de malédiction comme nous l'avons dit en amont. Lorsqu'on constate un échec multiforme causé soit par la nature " ebue, olanda " ou par une personne malveillante " elog ". Selon Atangana (2009), dans ces circonstances, il convient de choisir un jour où l'on rassemble certaines personnes présumées de bonne foi. La personne qui sollicite la purification " eva mete " doit se confesser publiquement à la reconnaissance des actes mauvais commis volontairement ou non.

On traite ainsi la maladie par des incantations, des onvocations, on fait appel à Dieu, aux morts, et aux esprits. Ceci est dans le but d'accompagner la prise en charge psychologique à la

prise en charge physique. On identifie une altérité responsable de la souffrance du sujet. De même on intègre absolument le sujet dans le groupe car c'est la solitude qui est la mort. Cette prise en charge traditionnelle favorise ainsi l'inclusion du sujet au sein de sa communauté d'appartenance et joue un rôle significatif dans le développement des habiletés sociales chez le sujet ainsi que chez les autres membres de la communauté.

Dans les systèmes " ngambi ", " ngam " est aussi synonyme de " ngambi " et signifie " la mantique ", " l'art de la double vision suprasensible ". Dans les lexiques, on repère " ngum " qui veut dire " voir, trouver, avoir une vision " Le " ngam " est aussi lié à la géomancie, au dévoilement (Babindjel, 2021, p.154-155). Notons que parmi les mantiques précédemment mentionnées, celles les plus prisées de la vallée sont les scarabées qui étaient aussi le principe même de révélation ; il est bien le " Ngambi " (basaa, duala, bafia, beti, sanaga etc). La parenté phonétique est sémantique est ainsi évidente (Banindjel, 2021). Pour tout ceci on demande pardon et l'on sollicite la réconciliation avec sa communauté. Cette réconciliation ne garantit pas nécessairement la guérison de l'enfant mais a pour but de rompre la malédiction pour la progéniture avenir. Pendant la cure, de nombreux traitements est affligé au patient ; on peut avoir des scarifications sur le corps etc. Le bénéficiaire de " l'ave mete " est donc tenu d'offrir des sacrifices (bête, cabri etc). " L'ave mete " est un rite de réhabilitation souvent porteur de changement et de bonheur.

**DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET  
OPERATOIRE**

## CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

Dans un travail scientifique, la méthodologie renvoie à l'ensemble des démarches et stratégies que l'on peut mettre en marche dans le but de répondre à une question de recherche, tester les hypothèses et rendre compte des résultats. (Fonkeng, Chaffi et Bomda, 2014, p.83). Pour Angers, (1992, p.20) la méthodologie est l'ensemble des démarches que le chercheur adopte et qui fait transparaître sa conception de la recherche ou sa méthode. Autrement dit, il s'agit d'un compte rendu de la démarche utilisée pour atteindre un résultat en passant par l'obtention des données fournies. Cette partie importante de notre étude comporte les éléments suivants : le type de recherche, le cadre géographique de l'étude, la population de l'étude, l'instrument de collecte de données et sa description, la technique de collecte de données, la validité de l'instrument, la procédure de collecte des données, la méthode d'analyse des données, les techniques d'analyse des données, l'espace temporel de l'étude, la vérification des hypothèses, l'outil statistique et les questions d'éthique.

### **4.1. RAPPEL DE L'OBJET DE L'ETUDE ET DU PROBLEME DE RECHERCHE.**

À travers cette recherche, nous avons tenté d'interroger l'ensemble des renforcements des capacités disponibles localement et susceptibles d'impacter positivement ou négativement la façon dont les enfants victimes d'infirmité motrice cérébrale (IMC) évoluent sur le plan éducationnel. Le milieu favorise-t-il le développement des compétences ? Si non, la réhabilitation à base communautaire (RBC) se présente comme stratégie d'amélioration des conditions de vie chez les enfants cérébrolésés.

#### **4.1.1. Rappel du problème de recherche**

Le problème de cette étude est l'inadéquation entre les prédicats de la déclaration universelle des droits de l'homme et le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

#### **4.1.2. Rappel de la question de recherche**

Notre question principale est la suivante

QP : les activités de RBC transforment-elles le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire ?

#### **4.1.3. Rappel de l'hypothèse générale**

Selon Grawittz (1990) "l'hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre les faits significatifs." En effet, un travail scientifique part toujours d'une hypothèse que l'on cherche à confirmer ou à infirmer plus tard. Pour Tsala Tsala (1992), L'hypothèse de recherche est une affirmation provisoirement suggérée comme explication d'un problème. Employé dans cette optique, notre travail constitue deux types d'hypothèse, un étant l'hypothèse générale et l'autre, les hypothèses spécifiques ou secondaire. Notre hypothèse générale de recherche est la suivante :

HG : les activités de RBC transforment le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

#### **4.2. DESCRIPTION ET OPERATIONALISATION DE L'HYPOTHESE GENERALE**

Dans notre étude, l'hypothèse générale que nous avons mentionnée en amont sera utilisée comme hypothèse de travail. Cette hypothèse dégage deux types de variables : une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD).

##### **4.2.1. La VI et sa description**

VI : les activités de réhabilitation à base communautaire (RBC)

M1 : la facilitation de l'accès à l'éducation

Indicateur : le taux de scolarisation des enfants IMC

Indice : - le nombre d'enfant IMC effectivement enrôlé à l'école

- le taux de fréquentation des enfants IMC

M2 : la facilitation de l'inclusion éducative

Indicateur : - le taux d'intégration des enfants IMC dans les activités d'apprentissage en classe

- le taux d'intégration des enfants IMC dans les activités post et périscolaires

Indice : -fiches d'activités prenant en compte les besoins des enfants IMC

- fiches de présence pendant les activités

M3 : la facilitation de l'apprentissage coopératif

Indicateur : présence des groupes hétérogènes dans les classes

Indice : le nombre de groupe de travail intégrant les enfants IMC

#### **4.2.2. La VD et sa description**

VD : le vécu de l'infirmité motrice cérébrale (IMC)

M1 : appréciation par rapport à son aspect physique

Indicateur : qualité du narcissisme

Indice : adjectifs qualificatifs utilisés dans la description du corps

M2 : appréciation par rapport à ses interactions avec l'altérité

Indicateur : qualité du contact avec l'environnement humain

Indice : attrait/retrait des groupes sociaux.

### 4.2.3. Le tableau synoptique

Dans le tableau que nous allons présenter ci- dessous, il s'agit de montrer l'influence ou l'impact de la VI sur les modalités de la VD selon notre hypothèse générale.

Hypothèse générale	Variable indépendante	Modalités	Indicateurs	Indices	Variable dépendante	Modalités	Indicateurs	Indices
les activités de RBC déterminent le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire	les activités de RBC	facilitation de l'accès à l'éducation	taux de scolarisation des enfants IMC	-le nombre d'enfant IMC effectivement enrôlé à l'école, -le taux de fréquentation des enfants IMC	le vécu de l'infirmité motrice cérébrale	appréciation par rapport à son aspect physique	qualité du narcissisme	adjectifs qualificatifs utilisés dans la description du corps
		facilitation de l'inclusion éducative	-le taux d'intégration des enfants IMC dans les activités d'apprentissage en classe, -le taux d'intégration des enfants IMC dans les activités post et périscolaires	-fiches d'activités prenant en compte les besoins des enfants IMC,  -fiches de présence pendant les activités		appréciation par rapport à ses interactions avec l'altérité	qualité du contact avec l'environnement humain	attrait/retrait des groupes sociaux
		facilitation de l'apprentissage coopératif	présence des groupes hétérogènes dans les classes	nombre de groupe de travail intégrant les enfants IMC				

### **4.3. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE**

Notre hypothèse générale nous a permis de déceler trois autres qui sont des hypothèses secondaires :

HR1 : La facilitation de l'accès à l'éducation transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire

HR2 : L'inclusion à l'école transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire

HR3 : L'apprentissage coopératif transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire

### **4.4. LES CENTRES D'INTERET DE L'ETUDE**

- les activités de Réhabilitation à base communautaire (RBC)
- La facilitation de l'accès à l'éducation (taux de scolarisation des enfants IMC ; le nombre d'enfant IMC enrôlé dans l'établissement ; le taux de fréquentation des enfants IMC)
- la facilitation de l'inclusion éducative (le taux d'intégration des enfants IMC dans les activités d'apprentissage en classe ; le taux d'intégration des enfants IMC dans les activités post et périscolaires ; les fiches d'activités prenant en compte les besoins des enfants IMC ; les fiches de présence pendant les activités)
- la facilitation de l'apprentissage coopératif (présence des groupes hétérogènes dans les classes ; le nombre de groupes de travail intégrant les enfants IMC)
- le vécu de l'infirmité motrice cérébrale (IMC)
- appréciation par rapport à son aspect physique (qualité du narcissisme ; adjectifs qualificatifs utilisés dans la description du corps)
- appréciation par rapport à ses interactions avec l'altérité (qualité du contact avec l'environnement humain ; attrait/retrait des groupes sociaux)

### **4.5. LA DEMARCHE DE L'ETUDE**

En science sociale, il est d'usage de montrer comment on a procédé pour vérifier les hypothèses. Notre démarche basée est basée sur la recherche appliquée.

#### **4.5.1. Le type de recherche : la recherche appliquée**

Elle correspond aux études scientifiques menées sur la personne humaine, en vue de développer des connaissances biologiques ou médicales. (Inserm, 2021). Il s'agit des études prospectives qui impliquent le suivi des patients ou des volontaires sains. La recherche clinique peut s'avérer indispensable pour mieux cerner les maladies et affections, pour mieux les traiter et percevoir les aléas potentiels.

Quand on parle de recherche clinique, on peut faire référence aux essais cliniques, aux tests projectifs, aux entretiens, à l'observation etc qui visent à évaluer un dispositif nouveau ou une thérapie nouvelle. Notre choix pour cette recherche est justifié par les éléments suivant :

- identification des mécanismes moléculaires et cellulaires impliqués dans une maladie ou, une affection, ces mécanismes à leurs tours permettent d'identifier les nouvelles orientations thérapeutiques ;
- identification des facteurs de risques génétiques ou environnementaux comme c'est le cas de notre étude à travers la RBC comme stratégie préventive ;
- comparaison de plusieurs approches diagnostiques et thérapeutiques disponibles et permettant de réorienter les recommandations en rapport avec l'aspect de prise en charge ;
- elle est très encadrée et respecte le protocole d'étude bien déterminé et n'est réalisée qu'à certaines conditions :
- elle a pour but d'augmenter les connaissances des maladies et affections peu et mal connus comme la paralysie cérébrale,
- elle nécessite toutes les mesures pour protéger les personnes qui participent à l'intervention,
- elle nécessite l'obtention des autorisations réglementaires et avoir procédé à toutes démarches légales et éthiques nécessaires,
- elle nécessite le recueil du consentement des personnes impliquées à l'intervention (Inserm, 2021).

Ce choix est également justifié par le fait qu'elle vise la position du patient dans sa globalité et sa spécificité par la même occasion par rapport aux grands problèmes humains, l'individualisation est la quintessence de la recherche clinique, avec pour méthode courante l'observation clinique. La

clinique donne accès aux différentes catégories des faits qui mis ensemble constituent un champ cohérent de la réalité.

Les différents faits sont répertoriés et regroupés selon les catégories et les descriptions qui en résultent sont claires et pertinentes et donc facilitent la transmission de manière à aboutir à une base irréfutable (Banindjel, 2018). Elle nous permet également de comprendre des phénomènes sociaux dans le contexte particulier du handicap physique, en mettant l'accent sur les expériences et les points particuliers des sujets. Elle permet de comprendre les comportements, les faits du sujet. Après avoir présenté notre type de recherche, nous allons proposer notre méthode de recherche.

#### **4.5.2 L'approche de la recherche : hypothético- déductive**

##### **La méthode clinique**

La méthode clinique nous a permis de recenser les informations en tenant compte de la survenue des phénomènes pour les sujets atteints d'Infirmité motrice cérébrale (IMC). Cela passe par l'observation de la gestuelle de l'enfant son regard, son silence etc. pour analyser son socle de communication. Pour Parot et Denon (1991, p.499), c'est une " méthode d'investigation scientifique consistant à enregistrer par le sens, systématiquement, les caractères et les informations de l'objet étudié. Elle constitue la première démarche de toute science empirique, et elle conserve toute son importance dans l'expérimentation qui, la complète plutôt qu'elle ne la remplace." Les principales démarches en méthode clinique sont la construction de cas, l'entretien clinique, l'observation, les tests projectifs, les groupes, les études de cas. Pour ce qui est de notre étude nous allons procéder par l'observation, l'observation clinique une étude de cas et des entretiens.

##### **4.5.3. La méthode de la recherche : l'étude de cas**

La méthode de recherche correspond à la démarche qu'utilise le chercheur pour mener son investigation. Pour notre étude, nous avons utilisé la méthode observationnelle de cas.

Puisqu'il s'agit d'étudier une situation complexe (l'impact des activités de réhabilitation à base communautaire sur le vécu de l'infirmité motrice cérébrale chez les enfants d'âge scolaire), notre étude nous invite à emprunter l'étude de chaque paramètre susceptible d'avoir une influence

sur le vécu quotidien des acteurs de notre recherche. Pour se faire, l'étude de cas étant approprié en ce sens où elle nous permet d'étudier de façon holistique les caractéristiques d'un sujet (Collerette, 1997).

L'étude de cas comme méthode de recherche à rapporter une situation réelle prise dans un contexte, et d'étudier pour découvrir comment les phénomènes traités par le chercheur évoluent dans le temps (Collerette, 1997). On peut également avoir dans cette méthode l'action de moult paramètres en interaction, ce qui rend compte de la richesse des informations, d'où sa particularité. Nous justifions également le choix de cette méthode par le fait qu'elle nous a permis de mettre en exergue l'influence positive qu'à la RBC sur l'amélioration des conditions de vie des personnes en situation de handicap (PESH) en général, et des enfants IMC en particulier.

Elle permet d'améliorer la connaissance des maladies et affections ainsi que leur évolution dans le temps. Elle est réalisée dans le cadre du suivi des malades dans des centres ou des programmes de référence comme la RBC. Les études observationnelles de cas permettent de mesurer certains résultats, ici aucun traitement n'est administré au sujet ; la finalité est l'analyse de l'état naturel des facteurs de risque susceptibles d'impacter les maladies.

Les rapports de cas jouent un rôle très important dans la description détaillée des événements nouveaux ou notables, ces éléments justifient la plupart du temps une enquête formelle plus approfondie. (Sedgwick, 2012). Nissen, et Wynn (2014) estiment que les études de cas ont le mérite sur la détection de nouveauté sur la génération des hypothèses applicables lorsque les autres modèles ne sont pas disponibles, sur la compréhension approfondie et ont également une valeur éducative.

#### **4.5.4. Les instruments et les outils de collecte de données**

En science sociale et humaine, nous avons plusieurs instruments de collecte de données à savoir ; les focus group, le questionnaire, l'interview, l'entretien etc. Le concept d'efficacité en recherche voudrait que l'instrument utilisé par le chercheur renseigne effectivement sur ce qu'il cherche. Grawittz (2001), explique dans que dans la recherche, la nature même des infos qu'ils convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les moyens pour le faire (...) il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche. Heritt (2007, p.54) souligne qu'en fonction du type d'information que l'on recherche, la précision des réponses données, le nombre de personnes

concernées. Le chercheur est appelé à choisir entre plusieurs possibilités : l'observation, le questionnaire, l'entretien, etc ainsi, nous avons utilisé les instruments suivant : l'entretien et le handitest.

#### **4.5.4.1. L'entretien clinique a visée de recherche**

##### **- Généralités**

L'entretien de recherche peut être considérée comme un échange verbale entre le chercheur et ses participants. Loin d'être un questionnaire, il est fait dans le but de recueillir les informations recherchées par le chercheur à travers les propos des participants.

##### **- Le protocole d'entretien**

Ce protocole d'entretien a fait l'objet de notre guide pendant les procédures de collecte et de traitement des données.

Thème 1 : identification du répondant (nom, genre, âge, situation matrimoniale etc)

Thème 2 : les activités de la réhabilitation à base communautaire en vue de la scolarisation des enfants IMC

Sous-thème : la facilitation de l'accès à l'éducation (taux de scolarisation des enfants IMC ; le nombre d'enfant IMC effectivement enrôlé à l'école ; le taux de fréquentation des enfants IMC)

Sous-thème 2 : la facilitation de l'inclusion éducative (taux d'intégration des enfants IMC dans les activités d'apprentissage en classe ; le taux d'intégration des enfants IMC dans les activités post et périscolaires ; fiches d'activités prenant en compte les besoins des enfants IMC ; fiches de présence pendant les activités)

Sous-thème 3 : la facilitation de l'apprentissage coopératif (présence des groupes hétérogènes dans les classes ; nombre de groupes de travail intégrant les enfants IMC)

Thème 3 : l'infirmité motrice cérébrale (IMC)

Sous-thème 4 : appréciation par rapport à son aspect physique (qualité du narcissisme ; adjectifs qualificatifs utilisés dans la description du corps)

Sous-thème 5 : appréciation par rapport à ses interactions avec l'altérité (qualité du contact avec l'environnement humain ; attrait/retrait des groupes sociaux).

#### **4.5.4.2. Le handitest**

##### **- Généralités**

Le handitest est un instrument d'analyse et de mesure du handicap en quatre dimensions, une évaluation fonctionnelle, une évaluation situationnelle, une évaluation de la subjectivité, et un score final avec une échelle de sévérité globale. Nous avons constaté que cet instrument englobe les principaux aspects de la personnalité comme l'exige la méthode clinique. Il nous a également permis de recueillir la population Cet instrument a contribué à la connaissance de la situation réelle du handicap de l'IMC. Notamment sur le degré ou le niveau du handicap des enfants IMC avant et pendant le programme de RBC.

Cet instrument de mesure du handicap nous a permis d'analyser le programme. Ce test est élaboré ainsi qui suit : l'identification de la personne (nom, adresse, genre, date de naissance etc ; l'évaluation corporelle (modifications du corps, lésions corporelles comme chez les enfants IMC avec la lésion cérébrale, etc) ; la latéralité (gauche, droite, préhension, manipulation, etc) ; la cognition, l'affectivité, le contrôle sphincters ; actes de la vie courante (manger, boire, etc); contrainte des soins ( nécessité des soins professionnels); subjectivité.

##### **- La grille du handitest (voir annexes)**

Le choix de nos instruments est justifié par le fait qu'il s'agit des instruments qui permettent l'intégration de toutes les composantes de la personnalité comme le veut la réhabilitation à base communautaire (RBC). Les informations verbales et écrites nous permettent d'avoir une diversité dans les données et donc riches. Avec l'entretien semi- directif que nous avons utilisé, il est possible pour nous d'obtenir des réponses ouvertes et donc qui fournissent d'avantages des renseignements supplémentaires à notre étude. Il s'agit d'un instrument efficace et valide car il fournit les données que nous recherchons. De plus, il est flexible et donc facile à utiliser, il est rapide et moins coûteux il respecte le principe de la méthode clinique par sa capacité à fournir les informations spécifiques à un sujet particulier.

Notre population est constituée des enfants IMC âgés entre 6 et 16ans et inscrits au Service pour la promotion des personnes handicapées du Cameroun (PROMHANDICAM- Association) et implémenté dans le programme de Réhabilitation à base communautaire de leurs parents et encadreurs. Il s'agit de 5 enfants cérébrolésés des deux sexes confondus qui ont été choisi selon un échantillonnage probaliste et suivant un concentement libre et éclairé.

#### **4.5.5. Déroulement de la collecte**

Pour collecter les informations auprès de nos participants, nous avons commencé par :

- une sensibilisation de notre cible en leur présentant nos objectifs de recherche et la contribution qu'ils pourrait apporter dans notre travail afin d'obtenir leur consentement,
- a l'issus de la sensibilisation, nous avons eu avec les participants qui étaient réceptifs un entretien collectif qui réunissait les parents, les agents de terrain, le personnel éducatif de l'école et les tuteurs légaux,
- nous avons expliqué le processus d'entretien aux participants ; comment procéder, pourquoi il faut donner des réponses subjectives,
- un entretien individuel de 15min avec chaque participant a suivi dans le but de collecter des informations spécifiques de chaque enfant.

#### **4.5.6. Le temps requis**

Etant donné que toute planification comprend des indications temporelles pour réaliser une tâche, il est important de définir les étapes et les moments de collecte de données. Les entretiens se déroulaient pour la plupart du temps les jours des réunions avec les parents d'enfants IMC du programme. Par ailleurs, notre collecte a été réalisée entre début Janvier et fin Mai de l'année scolaire en cours, soit sur une durée de 15semaines. Nous allons joindre en annexe un calendrier qui renseignera la période et les étapes temporelles de notre étude.

- semaine 1et 2- stage d'observation (documentation et échange avec le personnel de RBC,
- semaine 3 et 4- prise de contact avec les enfants IMC du Groupe 1 et 2 et leurs éducateurs spécialisés,
- semaine 5 et 6- descente permanente sur le terrain en compagnie des agents de terrain dans les communes de Yaoundé 3, 4, et 6 pour le recensement des enfants IMC et sensibilisation

des familles et de la communauté dans les quartiers afin de leurs faire bénéficier du programme,

- semaine 7 et 8- participation aux réunions organisées par le programme,
- semaine 9 et 10- sensibilisation et entretiens avec les participants,
- semaine 11 à 15- réajustement des données issues des entretiens et envoi des courriels de remerciements aux participants.

#### **4.5.7. Méthode de traitement des données et analyse des résultats**

Après avoir adopté une posture compréhensive, empathique et impliquée lors de nos entretiens, il fallait se tenir de respecter les besoins de distance, d'objectivation et de rigueur nécessaires pour effectuer notre travail. Pour se faire, nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenu.

L'analyse de contenu consiste à rendre compte de ce qui est dit dans les entretiens avec les participants de la façon la plus objective possible. Pour Berelson (1952), il s'agit d' "une technique de recherche pour la description objective , systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication". En psychologie clinique, le but est d'analyser l'enquête collectée par le biais d'observation c'est ce qui nous a permis d'utiliser les transcriptions des données verbales en texte écrit et le traitement des données.

##### **4.5.7.1. La transcription**

Bardin (1977), estime que l'analyse de contenu est un ensemble de techniques de communication qui consiste en la transformation d'un discours oral en texte écrit, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification et le sens des propos, un chargé d'étude utilise l'instrument pour décoder ce qui a été dit par le participant. Enfin, l'analyse établit le sens du discours. Généralement, le problème se trouve au niveau du rassemblement des informations difficilement compréhensibles et incomplètes et contradictoires, l'analyse des similitudes et des différences entre les répondants.

Pour Bloch et al (2005), il s'agit d'une méthode de traitement des communications utilisant des techniques rigoureuses et systématiques dans le seul but d'interpréter sous un angle psychologique et ou sociologique. Cette analyse de contenu trouve son essence dans le fait qu'elle

invite à étudier les différents aspects des réponses que proposent les participants, car elle prend en compte les éléments de la communication non verbale (gestes, émotions, signes etc).

Les entretiens menés ont été retranscrits en données saisies ; nous avons étudié les échanges dialogiques entre les participants lors des réunions organisées par les personnels de l'école et de RBC. L'analyse des transcriptions écrites issues des entretiens nous a permis de déceler les facteurs des conditions de vie des enfants IMC et celles de leur communauté. Nous avons analysé les informations suivantes :

- les marques langagières ont également été étudiées et observées lors des transcriptions des entretiens, cela nous permettait de mesurer la présence d'un facteur satisfaisant par rapport aux activités de RBC. À ce propos, Bakhtine (1984, p.299) affirme que " l'instance sur certains points de réitération, le choix d'expression plus tranchées (ou au contraire moins tranchées), la tonalité provocante ou au contraire concessive, etc". L'expression des émotions (le rire, les malaises, le mécontentement ou au contraire, d'une satisfaction face à l'image que son enfant à désormais de lui-même. La voix, les réactions émotionnelles qui peuvent constituer des marques de satisfaction, de surprise agréable ou de confirmation.
- les énoncés polyphoniques qui revenaient de façon récurrentes sur les discours les nouveaux discours portés sur leurs enfants, des discours qui étaient auparavant péjoratifs.
- les répétitions et les hésitations ont également été analysées, les moments où les discours étaient interrompus par les hésitations et les répétitions des mots pouvait selon nous traduire un conflit intrapsychique en ce sens où la participant ne veut pas forcément exprimer une chose dont il a honte, ce qui est récurrent dans le vécu du handicap. Inversement, les expressions répétées avec sérénité et conviction pouvaient traduire chez le parent, l'acceptation du handicap de son enfant. Ces éléments peuvent être interprétés comme les marques de délibération à propos des conflits des normes sociales (Saujat 2010).
- nous avons interprété le langage non verbal, le souci de traduire une expression par un mot revenait fréquemment, les gestes destinés à remplacer des expressions pourraient selon Faïta, 2011) traduire une mise en débat des normes
- l'analyse des données relatives à l'auto- affectation nous a permis de relever des informations objectives car, Clot, (2008) se référant à Spinoza pense que le développement du pouvoir d'agir est indissociable du pouvoir d'être affecté. Nous avons ainsi interprété

ces marques par des signes de préoccupation des acteurs face à la prise en charge de leurs enfants.

- les indicateurs relatifs à la création de nouveaux buts, lors des entretiens, les parents envisageaient de développer de nouvelles habitudes quotidiennes comme, l'inscription des enfants aux activités pendant les vacances, faire participer leurs enfants aux jeux de sociétés.

#### **4.5.7.2. Le traitement des données**

Pour traiter nos données nous avons procédé aux étapes suivantes :

- la création d'un registre de traitement des données, cette étape nous a permis de recenser l'intégralité de nos données afin d'avoir une vue d'ensemble sur tous les traitements de données que nous devons réaliser.
- l'identification des activités principales, l'objectif de chaque activité, la catégorisation des données par âge, genre, statut matrimonial etc, la qualité des personnes qui peuvent accéder aux données, le temps de conservation des données qui est fixé à un an.
- le tri des données, cette étape nous a permis de réaliser que certaines données ne nous ont pas été nécessaires, d'où l'importance du tri. Cela nous permettait également de respecter le principe de minimisation des données. De plus, à travers ces tris nous avons classé les données par cas afin de réaliser un travail qui met en lumière la particularité de chaque individu ainsi que les facteurs de son vécu.
- la sécurisation des données que nous avons traitées, pour éviter la perte des informations pendant la recherche.

#### **4.5.7.3. Les difficultés rencontrées**

Pendant notre analyse et le traitement des données nous avons été heurté aux difficultés suivantes :

- la dissociation des informations similaires, il était parfois difficile pour nous de faire la différence entre les données relevées lors des entretiens avec les participants,
- certaines interventions prenaient plus de temps que prévu pour chaque entretien, il était difficile pour nous de respecter nos intervalles de temps journalier.

- les difficultés financières, il fallait se rendre à la structure chaque jour ouvrable car le règlement de la structure imposait une présence régulière et cela passait par des enregistrements quotidien (l'heure d'arrivée, l'heure de départ), la difficulté de transport était dans le fait de partir de notre quartier de résidence (Nsimeyong) pour la structure (Mimbonan) ce déplacement revenait à 1500f/ jour, ce qui représentait un total par semaine de 7500f/semaine pendant 5mois. De plus, pour effectuer les descentes sur le terrain avec les agents de RBC, il fallait payer soi-même les frais de carburant.
- l'analyse et le traitement des données incomplètes, certains participants ne proposaient pas des réponses aux questions qui leurs étaient posées malgré la clarté des questions,
- la compréhension et l'interprétation des données recueillies,

#### 4.5.8. Les caractéristiques et la sélection de nos répondants

Notre recherche a eu besoin, pour être conduite à bon port, d'une cible plurielle qui ne correspond pas au schéma habituel en matière d'échantillonnage. En effet, il nous a fallu identifier des enfants IMC. Compte tenu des difficultés d'expression verbale qu'ils avaient, nous avons fait appel aux parents ainsi qu'aux auxiliaires éducatifs qui s'occupent desdits enfants, afin de collecter les données dont nous avons besoin.

Nos répondants sont donc les parents et les auxiliaires éducatifs des cinq (05) enfants suivants :

Tableau 9 : Présentation des cas

N°	Identification	Age	Classe fréquentée
1	Ebo	7 ans	Groupe 2
2	Eyet	10 ans	Groupe 2
3	Kas	15 ans	Groupe 2
4	Faïma	14ans	CM 2
5	Yemg	12 ans	CP

## **4.6. LE SITE DE L'ETUDE**

Notre étude se trouve dans la région du centre, département du Mfoundi et arrondissement de Yaoundé IV, dans la périphérie Est de la ville et dans le quartier Mimbonan plus précisément au rond point petit marché.

Le service pour la promotion des personnes handicapées en abrégé PROMHANDICAM est un établissement privé à but non lucratif et une œuvre sociale créée le 15 Août 1975 par le colonel Daniel Rouffignac. La structure est reconnue par le ministère des affaires sociales, décision N.79/0025/D/MINAS/SG/SCES/BS du 9 Avril 1979. 10 ans après sa création, la structure devient PROMHANDICAM-Association et est confiée en 1994 à la congrégation des fils de l'immaculée conception (CFIC) et reconnue à son tour par le ministère de l'administration territoriale après avis favorable de la présidence de la république. En janvier 2023, sa gestion est confiée à un ancien consultant de l'établissement sous le nom de Enoga Laurent, titulaire d'un PHD en droit privé.

Nous avons choisi ce site à cause de son programme de Réhabilitation à base communautaire, bien qu'il ne s'agisse pas du plus grand centre de réhabilitation pour les personnes en situation de handicap, il est néanmoins le seul de la région du centre qui dispose à la fois d'un centre spécialisée, d'une école primaire inclusive et d'un programme de RBC.

### **4.6.1. L'objectif de la structure.**

L'objectif principal suivi par PROMHANDICAM-Association est le développement de toute action susceptible de favoriser l'épanouissement des PESH, leur intégration socio-économique et leur pleine participation au processus de développement inclusif. Notre recherche a été menée dans le service du Programm Cluster center cameroon program (CCCP) qui est doté d'un programme de réhabilitation à base communautaire et dont l'objectif est l'amélioration des conditions et du niveau de vie des PESH dans les communes de la ville de Yaoundé. Pour mener à bien son objectif principal, PROMHANDICAM propose les services suivants :

- éducation inclusive ;
- éducation spécialisée pour les enfants à besoins spécifiques ;
- accompagnement social des apprenants de la maternelle jusqu'aux études supérieures ;

- production es ouvrages braille pour les apprenants déficients visuels à travers l'imprimerie braille tout en développant la culture et l'information ;
- confection et réparation des aides techniques roulantes ;
- soins de kinésithérapie et d'ergothérapie, appareillages orthopédique, dépistage des maladies des yeux et soins oculaires ;
- accompagnement psychologique;
- développement inclusif à base communautaire. Ce dernier point est celui qui fait l'objet de notre intérêt dans le choix de la structure de PROMHANDICAM Association. pour mener à bout son objectif, le programme RBC est organisé ses ressources humaines comme suit : un coordonnateur, Kamen Claude qui organise les missions; un responsable du plaidoyer, Essam Joel qui assure le rôle collaboration entre les membres de la communauté et les responsables des structures sanitaires et éducatives au sein de la communauté des PESH dans le cadre du respect de leurs droits; un chargé du suivi et de l'évaluation, Deffo, qui fait les rapports hebdomadaires, mensuels et annuels de l'évolution des activités de RBC afin de faire une analyse sur l'atteinte des objectifs du programme; des agents de terrains, regroupés selon les différentes communes de la ville qui sont charger du recensement des PESH dans les quartiers et procèdent par la suite à la sensibilisation afin de mettre la communauté en confiance pour démarrer avec les moyens disponibles localement à la réhabilitation.

#### **4.6.2. Organisation interne de la structure**

Pour son bon fonctionnement, la structure fixe ses actions par les membres de l'administration ayant à sa tête un directeur général qui approuve les programmes et projets d'actions conformément à la politique de réhabilitation, la rédaction des projets obéit à une méthodologie élaborée par la structure elle-même. Il s'agit donc des projets qui répondent parfaitement aux besoins du personnel et des PESH. Les services sont organisés selon la structure suivante :

##### **➤ Un service de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité)**

Celui-ci propose des soins médicaux en kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie...spécialisé pour résoudre les problèmes de réadaptation fonctionnelle et de

rééducation (pieds bots, varum, et valgum, retard psychomoteur, paralysie etc) pour tout âge et sexe confondu. Les personnes chargées de la prise en charge sont : SOWA Eric Marius : chef service Kinésithérapie ; AMOUGOU AMOUGOU Joseph : appareilleur/orthopédiste ; kinésithérapeute : NECDEM DONGMO Stéphanie ; kinésithérapeute : OYONO Christian.

➤ **Un service de consultation ophtalmologique**

Il est accompagné d'un cabinet d'optique pour les besoins et les problèmes de santé oculaire, les consultations se font par un ophtalmologue professionnel.

➤ **Une école inclusive**

Elle est aménagée pour accueillir les enfants avec ou sans déficience. Elle propose des services spéciaux aux handicapés en fonction de leurs déficiences ; Exemple : aux handicapés visuels elle propose des techniques palliatives spécifiques comme le braille, la locomotion indépendante... les leçons suivent l'ordre général de la pédagogie en place proposée par le ministère de l'éducation de base. On y voit donc les activités suivantes : l'éveil le matin, la lecture, les leçons (histoire, géographie, maths, science, informatiques, anglais etc.), les travaux dirigés pour les classes de CMI et CMII, les contrôles de connaissance en préparation aux examens de fin trimestre et des examens officiels pour les classes de CMI et CMII

Notons que le personnel enseignant reçoit des formations en vue de la prise en charge des déficients (aveugles, malvoyants, IMC, etc.) Les enseignants sont ainsi aptes à pallier la problématique de chaque élève dans une salle en fonction de ses besoins spécifiques. Notons par exemple le fait que les épreuves sont toutes transcrites en écriture correspondant aux systèmes communicationnels des enfants déficients. Les ressources humaines sont constituées de : TSOPFACK Pierre, directeur de l'école inclusive ; EKOTO Martine, secrétaire générale ; MBELLE Benjamin, responsable salle multimédia et formateur en réhabilitation ; les enseignants des classes respectives.

➤ **Un centre d'éducation spécialisée**

Pour les enfants déficients intellectuels et infirmes moteurs cérébraux. Ses activités ont pour objectifs de permettre à l'élève ayant une déficience intellectuelle sévère ou motrice, d'acquérir des compétences liées à la communication, à la motricité, à la socialisation, à l'effectivité

et à la vie communautaire. Il accueille les enfants ayant une déficience sévère et n'ayant pas encore reçu le processus de réadaptation. Ce service est d'ailleurs celui qui faisait l'objet de notre intérêt lors du choix de la structure de stage. Il contient la population même de notre étude. Le centre spécialisé est constitué d'un personnel enseignant et formateur dans les domaines artistiques tels que : la peinture, la cuisine, l'enfilage des perles, l'apprentissage aux petits métiers etc.

Les missions des éducateurs spécialisés reposaient sur: la maîtrise des enfants à la station assise, la lecture labiale des phonèmes (voyelles, consonnes, et syllabes), l'écriture des graphèmes sur ardoise (voyelles, consonnes,), le coloriage et peinture des images de la vie quotidienne (fruits, objets etc.), l'initiation au chant pour développer le langage expressif, le rassemblement de tous les élèves en salle après la pause, le développement des capacités d'indépendance personnelle (apprendre à manger seule, manifester le besoin d'aller aux toilettes, se laver les mains après le repas, ranger ses affaires etc.), le ménage pour la propreté de la salle de classe.

Le but recherché ici est d'accroître l'autonomie et la socialisation dans les différents milieux de vie social. L'approche par objectif utilisée ici ne tient pas compte du nombre d'années que peut passer un enfant dans une classe mais le but est l'atteinte des objectifs que l'on a pris le soin de fixer pour améliorer chez l'enfant une certaine autonomie. À l'issue de la réadaptation, certains élèves peuvent être admis à l'école primaire inclusive si leur réadaptation a été plus ou moins canalisée, et ceux dont la déficience est très sévère sont retenus pour utiliser leurs compétences au service de la société et ainsi garantir leur autonomie. Les ressources humaines sont constituées pour les groupes un et deux des éducatrices spécialisées uniquement de sexe féminin pour s'assurer de la prise en charge affective et soignée des enfants en situation de handicap.

#### ➤ **Un service d'accompagnement psychologique**

La psychologue évalue la situation des enfants afin de déterminer si la déficience est légère, moyenne ou grave en fonction des sujets et ceci par le biais des tests psychométriques bien précis. La psychologue joue également le rôle de clinicienne pour la prise en charge des enfants.

#### ➤ **Un service social**

Pour le suivi des enfants en collaboration avec les parents d'élèves et tout le personnel intervenant dans le processus de réadaptation. L'assistante sociale apporte une contribution dans

le travail de la psychologue et sensibilise les familles des enfants sur la façon dont ils doivent être considéré. Son travail consiste en une étude préalablement minutieuse de chaque enfant en fonction de son handicap qu'elle classe par dossier actualisé chaque trimestre afin de s'assurer de la meilleure qualité du suivi et de l'accompagnement des enfants. Elle accompagne les jeunes filles sur la gestion du cycle menstruelle, l'hygiène corporelle, la sensibilisation aux mœurs sociales, sur responsabilité sexuelle etc. Mme MUTOMBO Odile est le nom de la responsable.

➤ **Un atelier d'appareillage orthopédique**

Ici on fabrique, entretient et répare les aides techniques de marche (béquilles, cannes anglaises, orthèses et attelles de correction). On y trouve également les aides techniques roulantes (fauteuils roulants, et tricycles) ; les chaussures orthopédiques ; les conseils et les adaptations ergothérapeutiques.

➤ **Un programme CCCP (center cameroon cluster program)**

C'est un programme qui a été élaboré en 2014 et a lancé ses activités un an plus tard à l'issue de son financement par une ONG Allemande appelée Christian Blind Mission (cbm) basée au quartier omnisport à Yaoundé. Le programme est mis sur pieds par PROMHANDICAM-Association, il est en partenariat avec les structures comme : ESEDA, CJARD, le PNLC. L'objectif général étant l'amélioration de la qualité de vie des PESH dans la vie socio-économique dans la région du centre. Les activités sont nombreuses et sont basées sur le travail avec les personnes handicapées et celles à risque de déficiences tout en sollicitant la participation du gouvernement, de la société civile, les centres sociaux. Le but étant de faciliter l'accès aux services publics en mobilisant les représentants de l'Etat pour une session d'échange avec les agents RBC et avec les paires pour faciliter l'amélioration de vie de ces personnes à risque...

Le personnel ici est composé de : KAMEN Claude : coordonnateur du projet DEFO FOSSO Guibert : chargé du suivi et de l'évaluation ESSAM Joël Paul : chargé du plaidoyer Et des agents de terrain qui ont la charge de : Identifier la cible sur le terrain, Enregistrer la personne, Mettre la famille et la communauté de la personne en contact avec les services (hôpitaux, mairie etc.), Faciliter la connaissance des services en question, Sensibiliser la communauté sur la nécessité de la prise en charge et l'amélioration de vie de la personne, tout ceci par un travail méthodique qui fait appelle à la psychologie afin de cultiver la confiance chez sujet, Un réseau de RBC

(Réhabilitation à base communautaire) Il offre des services de proximité aux personnes handicapées, dans leur milieu de vie, par des personnes de leur communauté en utilisant autant que possible des ressources locales.

La structure PROMHANDICAM- Association a pour cible toute PESH et leurs familles, handicapés physiques et moteurs, sensoriels (aveugle, mal voyants, etc), mentaux (trisomies, déficiences intellectuelles, autisme etc), sociaux (victimes de violence familiale, maltraitance etc), les familles et les communautés des PESH.

#### **4.7. LES DONNEES EN RAPPORT AVEC L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE**

La déclaration universelle des droits de l'homme relative aux personnes en situation de handicap (PESH), souligne les valeurs et les principes qui assurent le respect de la dignité des PESH. Selon Fortin, les principaux droits évoqués dans les codes d'éthique pour la recherche, applicables à toute forme d'intervention auprès des personnes sont :

- le droit d'auto-détermination
- le droit de l'intimité,
- le droit de la confidentialité,
- le droit de la protection,
- le droit du traitement juste et équitable

Dans le souci de mettre en pratique ce code d'éthique, nous avons renseigné les informations complètes sur le but et le déroulement de l'entretien à chaque participant afin d'obtenir leur adhésion. Notamment les parents et car tout mineur est sous la responsabilité de son parent ou tuteur légal. Pour ce qui est du consentement administratif, nous avons déposé les pièces suivantes :

- une demande de stage à la direction générale de la structure PROMHANDICAM- Association (service pour la promotion des personnes handicapées du Cameroun).
- une demande de collecte de données à la direction générale, à la direction de l'école inclusive et au service du programme de RBC de la structure.
- une demande de prolongement de collecte de données étant donné que nous avons été obligé de réajuster les échéanciers à cause des imprévus qui nous ont empêché de respecter notre intervalle de temps préalablement établi,

- nous avons également rempli et signé un formulaire de respect du code d'éthique de la structure.

À l'issus du dépôt des pièces citées en amont, il nous a été délivré une autorisation de collecte et de prolongement des échéanciers par signature du directeur général. Quant aux participants, une autorisation de libre publication des informations issues des entretiens nous a été accordé.

## **CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS**

### **5.1. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS EN RAPPORT AVEC LA VARIABLE INDEPENDANTE**

Notre variable indépendante porte sur les activités de réhabilitation à base communautaire (RBC). Pour obtenir les données correspondant à cette dernière, nous avons procédé par une collecte par entretien. Nos entretiens étaient adressés à 5 participants. À l'issue de ces échanges, nous avons transcrit les répondants sous forme de texte que nous avons classé selon les sous-thèmes préalablement établis.

#### **5.1.1. Présentation et analyse par rapport aux sous- thèmes de la VI.**

Nous avons orienté nos centres d'intérêt sur la facilitation de l'accès à l'éducation, la facilitation de l'inclusion éducative et la facilitation de l'apprentissage coopératif. Ainsi, nous allons présenter et analyser nos résultats sur la base de ces trois éléments.

##### **5.1.1.1. Sous-thème 1 : la facilitation de l'accès à l'éducation**

Nous nous sommes entretenu avec les auxiliaires de vie des enfants, ceux-ci étaient constitués des enseignants et du directeur de l'école inclusive et du centre spécialisé. Ils nous ont expliqué comment ils fonctionnent en symbiose avec le personnel du programme de la réhabilitation à base communautaire pour améliorer les compétences de leurs apprenants. L'accès à l'éducation peut être définie comme l'ensemble des paramètres ou des conditions qui facilitent l'enfant d'âge scolaire a bénéficier des avantages que la société offre à l'acquisition des valeurs éducatives. Lorsqu'on analyse les réactions de l'auxiliaire de vie du groupe un au centre spécialisé (émotions, rires, gestes, silence, surprises etc), on peut voir un enthousiasme qui l'habite, d'ailleurs, elle associait de façon répétitive des propos sur le fait que beaucoup d'élèves dans sa classe seraient non scolarisés si le programme n'accompagnait pas certaines familles ayant des difficultés financières. Au regard de ce que disait cet auxiliaire de vie, les activités de RBC de par la facilitation à l'accès à l'éducation contribuent de façon irréfutable à la scolarisation des enfants

inscrits au programme de réhabilitation à base communautaire (RBC). Nous pouvons illustrer cela par ses propos suivant :

*" tu vois un comme Ebo, il y'a le programme qui subventionne une partie de sa pension(...) beaucoup de mes élèves ici sont subventionnés, on leurs fait des dons de fauteuils roulants, de nourriture, du matériel de travail ici chaque année(...) ce n'est pas facile c'est que beaucoup d'entre eux sont au quartier.(...) certains ont cessé de venir pour des problèmes de moyens financiers, leurs parents ne parvenaient plus à payer la pension et comme ils n'étaient pas enregistrés au programme, il ne pouvaient pas bénéficier comme les autres..."*

Au regard de ce cette citation, on peut voir l'impact de la RBC sur la facilitation de l'accès à l'éducation à travers l'appui financier et matériel qu'elle offre aux enfants issus des familles socialement défavorisées.

Nous pouvons par la même occasion analyser les répondants qui rentrent dans les effectifs, l'auxiliaire de vie nous a expliqué que sa salle elle celle qui compte le plus grand nombre d'enfants IMC de toute l'école ; dix (10) qui sont inscrits et huit (8) qui viennent à l'école régulièrement. Elle ajoute que cela est dû au fait que la majorité d'entre eux sont bénéficiaires du programme de RBC en terme de subvention. Les propos du directeur de l'école inclusive et du centre spécialisé peuvent mieux démontrer ce taux de scolarisation plus ou moins considérable.

*" Nous avons dans toute la structure de PROMHANDICAM vingt-huit (28) enfants IMC inscrits (...) dix filles (10) et dix-huit (18) garçons, (...) Au centre spécialisé nous en avons dix-neuf (19) reparti de cette façon : dix au groupe deux (2), quatre (4) au groupe un (1), trois (3) au groupe trois et deux (2) au groupe 4. (...) à l'école inclusive nous avons Neuf (9) IMC répartis ainsi : quatre à la sil, quatre au DP et un (1) au CM2"*

Ce taux de scolarisation peut être analysé en ce sens où la facilitation à l'accès à l'éducation qu'offre les programmes de RBC, représente un avantage significatif pour les enfants IMC dans leurs besoins éducatifs, ceci à travers le nombre non négligeable d'enfant IMC enrôlé dans l'établissement. Ce taux est non négligeable car les enfants à besoins spécifiques dans le monde et en Afrique sont pour la plupart du temps privés d'éducation.

En outre, à côté du taux d'enfants IMC enrôlé à l'école, nous avons analysé le taux de fréquentation de ces enfants à l'école. Ceci dans le but d'évaluer l'effectivité de l'accès à l'éducation. Rappelons-le, beaucoup d'établissements ne mettent pas en pratique les textes des institutions internationales en faveur des personnes en situation de handicap. C'est pourquoi nous avons interrogé nos participants sur le taux de fréquentation des enfants IMC inscrits dans leur structure, les réponses ont été pour la plupart dans le sens de la fréquentation permanente. Un autre auxiliaire de vie, de par ses réponses claires et précises nous a permis de réaliser que les enfants IMC qui sont inscrits dans son établissement sont effectivement réguliers à l'école. Nous allons présenter l'extrait de ses propos ci- dessous.

*"Nous avons 25 réguliers qui viennent tout le temps à l'école et trois (3) qui ont cessé de venir soit par manque de moyens, soit pour des raisons familiales(...) Faïma est inscrite ici depuis la classe de la maternelle (...)"*

Ce taux de scolarisation peut être justifier par le fait que le programme RBC de la structure répond aux besoins matériel des enfants à travers les dons de futailles roulants, le matériel de travail, les denrées alimentaires et bien d'autres. C'est probablement dans ce sens que les activités que nous venons de mentionner contribuent à l'excès à l'éducation des enfants IMC.

Pendant nos entretiens avec les auxiliaires de vie, nous avons appris que les enfants IMC qui sont enregistrés au programme de RBC bénéficient également d'un moyen de transport pour les se rendre à l'école et rentrer à la maison le soir après l'école, l'auxiliaire de vie de Kas du groupe deux (2) au centre spécialisé explique que certains enfants se font transporter de leurs domiciles pour l'école et en fin de journée ils sont ramenés à la maison par un chauffeur qui fait partir du programme RBC de PRHOMHANDICAM. Dans ses propos on pouvait ressentir le privilège qu'ont ces enfants à besoins spécifiques ; cet extrait de texte peut illustrer cette analyse :

*" Presque tous les enfants de ma classe vont dans le cas, il n'y a que quatre enfants qu'on vient chercher (...) presque tous les enfants du centre vont dans le car, (...) c'est en majorité les enfants du centre qui vont dans le car, et quelques de l'école inclusive (...) on privilégie d'abord ceux du centre. (...)"*

Cet extrait de texte peut être analysé dans le sens où moult facteurs influencent positivement le taux de fréquentation régulier des enfants IMC, ils viennent à l'école de façon

permanente à cause de la facilitation de déplacement qu'offre le programme de RBC. Nous pouvons également orienter notre analyse sur la facilitation de l'accès à l'éducation de la RBC en faveur des enfants IMC.

Au regard de tous ce qui précède, nous constatons que la facilitation de l'accès à l'éducation pourrait représenter une composante irréfutable au service des enfants IMC d'âge scolaire. Par ailleurs, nos entretiens sur l'impact de la facilitation de l'accès à l'éducation nous ont permis de réaliser que l'accès à l'éducation des enfants en situation de handicap au Cameroun peut être grandement et positivement impactée par les programmes de l'accompagnement financier. Ceci à travers les subventions, les remises de dons, etc, ceci grâce à la bonne volonté d'une communauté qui décide de s'unir en faveur des enfants à besoins spécifiques.

Bien que la facilitation de l'accès à l'éducation représente une composante indéniable de la RBC, il serait incohérent de se limiter essentiellement sur ce facteur pour analyser notre variable indépendante. À côté nous avons la facilitation de l'inclusion éducative qui représente le sous-thème deux (2) de notre variable indépendante.

#### **5.1.1.2. Sous-thème 2- la facilitation de l'inclusion éducative**

L'éducation inclusive peut être définie comme la pratique qui consiste à l'acquisition du savoir-faire, du savoir être, et du savoir vivre dans un environnement qui regroupe en son sein les apprenants valides et handicapés ou à besoin spécifiques. En d'autres termes c'est une éducation dans laquelle on peut voir dans une même salle de classe des apprenants dits valides et ceux dits en situation de handicap. Mieux encore, dans une salle de classe on peut avoir, un autiste, un déficient intellectuel, un enfant valide, un trisomique, un déficient visuel, un déficient auditif, un IMC, etc.

Lors de nos entretiens avec nos participants de PROMHANDICAM, nous avons pu recueillir les informations qui nous ont renseigné sur la situation de l'inclusion éducative de leur établissement en rapport avec les activités de RBC. Nous avons cherché à savoir si les enfants IMC participaient aux activités d'apprentissage en classe et les réponses que nous donnait l'auxiliaire de vie du groupe deux (2) du centre spécialisé étaient plus ou moins satisfaisantes en ce sens où elle nous expliquait ses méthodes de travail. Avec les enfants IMC en particulier, elle nous a fait

comprendre qu'elle utilise un moyen méthodique qui lui permettait d'inclure chacun d'eux dans les activités.

Pour le cas de Kas par exemple, elle nous a présenté de façon brève comment la structure organise les activités post et périscolaires. Elle nous a expliqué comment, lors des fêtes comme la fête de la jeunesse et la journée culturelle, il est acteur au défilé et est toujours présent lors de la journée culturelle qu'organise l'école. Cette participation peut être analysée comme l'effectivité de l'inclusion éducative par le biais des dons offerts par le programme. Cet auxiliaire nous a fait comprendre que c'est généralement pendant la période du 11 Février que le programme fait des remises de dons aux enfants pour qu'ils participent au défilé.

L'auxiliaire de vie de l'école inclusive au sujet de Yemg dit qu'elle participe aux activités d'apprentissage de façon active et permanente, nous allons vous présenter ses propos dans la citation suivante :

*" Oui, nos enfants IMC participent aux activités de façon active et permanente, Yemg est très dépendante à cause de son handicap elle a du mal pour écrire car elle tient le stylo avec sa bouche mais pour communiquer elle le fait bien pendant les enseignements (...).*

Il ajoute au sujet de Eyet que lui en particulier participe aux activités post et périscolaire, elle ajoute que tous les enfants dont les parents sont d'accord bénéficient des nouveaux fauteuils roulants pour l'occasion. dit-elle :

*" Les activités post et périscolaires sont en général lors des fêtes comme le 11 Février, la journée culturelle, et nous intégrons les enfants dont les parents sont d'accord (...) néanmoins, Eyet défile toujours lors du 11 Février avec son fauteuil et participe à la journée culturelle(...) d'ailleurs ses parents sont très réceptifs sur le fait qu'il soit acteurs des activités de ce genre."*

Nous pouvons analyser les présentes données relatives à la facilitation de l'inclusion éducative des enfants IMC par le rôle de la RBC dans l'opportunité qu'elle offre aux enfants de participer aux activités post et périscolaires comme la participation au défilé à travers les dons des équipements qui seront utiles pour les activités en question. Le personnel de RBC se mobilise pour

la bonne organisation et la réussite des événements qui nécessitent les activités poste et périscolaires. Nous avons également interrogé l'état de l'inclusion éducative à travers la prise en charge des besoins spécifiques des enfants IMC. Pour ce faire nous nous sommes intéressés à la façon dont les enseignants répondent aux besoins des enfants IMC lors des activités et nous avons eu des réponses qui allaient dans le sens d'une prise en compte effective des enfants IMC.

Les paroles de l'auxiliaire de vie mettaient clairement en lumière le fait que chaque enfant a des besoins spécifiques à ses propres besoins spécifiques. Elle mentionnait également le fait qu'elle travaille dès lors avec chaque enfant en fonction de ses besoins. Elle nous l'explique dans l'extrait suivant :

*"J'ai des fiches de travail pour chaque enfant, je peux avoir 10 enfants IMC dans ma classe mais ils ont chacun leurs besoins, leurs préoccupations, c'est pourquoi même quand je donne les devoirs aux élèves, s'ils sont dix (10), il y' aura dix devoirs en fonction de la difficulté de chaque enfant(...)"*

L'auxiliaire de vie de l'école inclusive quant au sujet de Faïma du CM2 nous fait part de la méthode qu'on utilise pour ses difficultés, il utilise les propos suivants :

*" Oui je suis particulièrement son parcours car elle fait partie de nos succès stories ici à PRROMHANDICAM(...). Nous avons des épreuves adaptées pour elle lors des évaluations, le fond reste le même que celui de ses camarades mais la forme est plus simplifiée, par exemple ses épreuves sont constituées des questions à choix multiples, des vrai ou faux où elle doit juste mentionner la bonne réponse, lors des évaluations, elle se fait assister par l'enseignant qui lui lit oralement les questions. Son maître a proposé un modèle de travail avec ses parents à la maison pour faciliter la révision de ses leçons."*

Au regard de ces propos, on peut ainsi voir l'impact de la facilitation de l'inclusion éducative, travers l'adaptation des épreuves pour faciliter son parcours éducatif ; de plus, la famille et le personnel de l'école travaillent ensemble pour une seule cause, le maître de Faïma dit avoir développé un système qui a permis à ses autres élèves et à lui-même de décrypter son langage ainsi, si elle dit quelque chose ses camarades peuvent comprendre et donc lui venir en aide. Ainsi nous pouvons analyser cela comme une forme d'inclusion en ce sens où sa communauté au sein de

l'école met les moyens nécessaires en jeu pour faciliter son intégration dans l'environnement scolaire.

Pour ce qui est de Yemg du CP, l'auxiliaire de vie explique que le programme lui a fabriqué une chaise adaptée à ses besoins moteurs car, explique-t-il, elle a du mal avec sa situation de quadriplégie. Il a également été élaboré par son enseignante un système de travail oral, les extraits suivants servons de détail :

*" Oui, elle a établi un système de travail oral avec elle puisqu'elle a du mal avec sa motricité fine et donc les leçons qu'elle copie avec sa bouche sont révisées oralement à l'école et à la maison et son auxiliaire de vie prend plus de temps à lui faire assimiler les cours (...). Elle a sa chaise adaptée pour ses besoins avec un casier et les dispositions nécessaires pour faciliter son travail"*

L'auxiliaire de vie de Kas nous fait savoir que d'une façon générale les enfants à besoins spécifiques ont un sérieux problème de concentration, selon elle, il est très difficile de retenir l'attention d'un enfant a besoin spécifique pendant plus de 5min. Rappelons-le, nous avons été confronté à cette difficulté lors de notre stage d'observation qui a duré deux (2) mois. Elle nous présente des stratégies qu'elle a élaborées pour retenir l'attention de Kas lors des activités :

*"avec lui je travaille de façon individuelle, il a un sérieux problème d'attention comme la plupart des enfants à besoins spécifiques mais comme il fait des séances en psychomotricité avec le psychomotricien ça s'améliore peu à peu. Comme il aime beaucoup regarder autour de lui, j'utilise les éléments comme les couleurs pour attirer son attention, je lui fais asseoir près de moi et lui fait ranger des pinces autour d'un vase en fonction des couleurs, cette activité est pour lui l'occasion de se concentrer, et il peut passer toute la journée à le faire. Ils sont huit (8) IMC et il fait partie de ceux qui participent toujours."*

Ce psychomotricien et membre du personnel RBC met ses Compétences au service des enfants IMC, on peut ainsi comprendre par cet extrait que la communauté se mobilise avec les moyens à disposition pour faciliter l'inclusion des enfants IMC. Rappelons que, la RBC est une approche holistique qui fait intervenir les ressources humaines des domaines d'activités variés pour

la prise en charge globale de la personne. Le psychomotricien intervient ici en appui au travail de la maîtrise pour faciliter sa participation aux activités d'apprentissage et donc son inclusion.

Nous avons analysé le taux de présence des enfants IMC lors de ces activités dans le but d'étudier l'effectivité de la facilitation à l'inclusion. L'auxiliaire de vie de Eyet nous fait comprendre que les enfants IMC de sa salle sont réceptifs à toutes les activités. Elle explique que puisqu'ils sont huit (8) IMC régulier à l'école, sept (7) d'entre eux sont toujours engagés à travailler avec les autres. Nous illustrons ses paroles sur le cas de Roger dans l'extrait ci-dessous :

*" puisque nous associons nos activités d'apprentissage avec des activités ludiques, il s'intéresse à cause du fait qu'il aime les jeux mais il apprend aussi de ça, lors des activités, si les huit (8) IMC sont présents, sept (7) participent sauf un qui est sous traitement il est tout le temps fatigué mais la volonté y est".*

Lorsque nous observons les répondants de nos participants sur la facilitation de l'inclusion éducative nous comprenons tout de suite qu'il s'agit d'un élément de la RBC qui apporte un plus dans le développement des compétences des enfants IMC d'âge scolaire à travers la mise en oeuvre des systèmes de travail adapté, la fabrication des dispositifs, adaptés, l'apport des spécialistes et le travail en symbiose de tous les acteurs pour une seule et même cause, celle de l'inclusion.

À côté de la facilitation à l'inclusion éducative, nous avons également analysé l'apprentissage coopératif des enfants IMC d'âge scolaire. Cet élément fera l'objet de notre sous-thème 3 en vue de l'analyse de nos résultats sur la variable indépendante.

### **5.1.1.3. Sous-thème 3- la facilitation de l'apprentissage coopératif**

L'apprentissage coopératif est une approche interactive de l'organisation du travail en classe selon laquelle les élèves apprennent les uns des autres, ainsi que de l'enseignant et du monde qui les entourent. Son importance réside dans le fait que qu'il favorise le soutien et l'entraide entre les apprenants par la création des petits groupes de travail à la réalisation d'une tâche scolaire. Les objectifs doivent être partagés par tous les membres du groupe, chaque membre est responsable d'effectuer une tâche et être en mesure de démontrer ses efforts. Selon Tardif (2009), les principes fondamentaux de l'apprentissage coopératif sont : l'interdépendance positive, la responsabilité individuelle, l'habileté de coopération, l'évaluation du fonctionnement du groupe, l'interaction en

salle de classe, l'importance de la coopération à une valeur ajoutée, et le climat favorable et le but commun.

Nous avons analysé l'apprentissage coopératif sur la base de l'évaluation du système de travail que les auxiliaires de vie ont élaboré pour fonctionner avec les enfants dans les activités d'apprentissage. Pour se faire, nous avons échangé avec nos participants sur la présence des groupes hétérogènes et les critères de sélection des différents membres des groupes ainsi que sur les nombres d'enfant par groupe et en fin le nombre total de groupe que l'on peut avoir dans une salle de classe hétérogène. Nous avons obtenu les renseignements sur l'hétérogénéité effective des groupes de travail est le but recherché par l'enseignant lors de la formation de ces groupes.

Selon les propos de l'auxiliaire de vie de Kas, elle forme des groupes de cinq (5) élèves chacun, ses critères de sélection constituent un mixage de toutes les déficiences dont elle dispose dans sa classe, représenté en un échantillon. Elle nous explique que son choix de cinq (5) est justifié. Le fait que chaque enfant doit réellement participer aux tâches. Aussi, explique-t-elle, former des groupes de cinq (5) est pour elle l'occasion de mieux suivre le travail de façon méticuleuse. Illustrons ses propos dans l'extrait qui suit :

*" Oui, je travaille en groupe de cinq (cinq), dans ces groupes je mélange un déficient intellectuel, deux (2) autistes, et deux (2) IMC car les autistes et les IMC sont plus nombreux. (...) pour qu'ils apprennent à travailler en équipe pour produire une satisfaction collective cela est bien pour la solidarité et l'entraide."*

L'auxiliaire de vie de l'école de l'école inclusive à propos de Faïma du CM2 nous montre à son tour la méthode qu'utilise son enseignant pour la facilitation de l'apprentissage coopératif à travers le regroupement des enfants dits valides, et ceux dits handicapés pour former des groupes diversifiés. Nous allons présenter sous forme d'exemple cet extrait de citation évoqué par le directeur :

*" Avec ses camarades valides, des déficients visuels et d'autres déficients intellectuels, l'enseignant forme des groupes d'exposé dans lesquels elle est membre et donc appelée à travailler en équipe, les groupes d'exposé sont constitués de cinq (5) élèves pour s'assurer de la participation de tout le monde"*

Ces extraits de texte nous ont permis d'analyser la facilitation de l'apprentissage coopératif, le personnel éducatif forme des groupe hétérogènes sur la base des différents types de handicap dont ils disposent. Par ailleurs cela nous rappelle la mise en œuvre des activités de RBC qui s'appuient davantage sur l'utilisation des moyens disponibles localement, nous pouvons ainsi analyser ces informations dans la logique où cette méthode de travail provient de la RBC.

Notre analyse nous a également conduit vers le nombre de groupes hétérogènes que peut avoir une salle de classe. Les auxiliaires de vie proposaient des réponses qui étaient plus ou moins homogènes et semblables. D'abord sur le nombre de membre dans une équipe, la majorité des auxiliaires de vie formaient des équipes de cinq (5) élèves chacun. Par ailleurs, le nombre de groupe total dépendait du nombre d'élèves présents le jour de l'activité.

Pour le centre spécialisé, l'auxiliaire de vie du groupe deux (2) avait en tout 5 équipes en fonction de nombre de présence du jour. Elle nous a fait comprendre que ses séances de travail en groupes allaient de dix (10) à quinze (15) min. De plus, elle avait opté pour la peinture lors des travaux en groupé, elle justifiait son choix par le fait que la peinture étant une activité artistique, lui permet d'observer les difficultés de chacun. Par ailleurs, les enfants explorent le monde extérieur et développent l'esprit de créativité par les jeux de couleurs. Présentons un extrait de son discours :

*" je travaille la peinture avec eux en petites équipes de cinq (5) hétérogènes, deux IMC, deux autistes et un déficient intellectuel, je fais au total cinq (5) groupes comme ils sont vingt-huit (28) ... Je permute en fonction de ce que j'observe sur les besoins de chaque enfant" (...) et je peux aussi voir comment ils forment leur créativité"*

Dans ces propos on retient le fait qu'elle permute les enfants en fonction de leurs besoins, on peut comprendre ici qu'un enfant IMC peut commencer dans un groupe et finir dans un autre lorsque son groupe de base ne facilite pas forcément le développement des compétences que l'on souhaite que l'enfant acquiert pendant le travail en groupe.

L'apprentissage coopératif peut être facilité par la formation des petites équipes hétérogènes que nos participants nous ont expliqué lors de nos entretiens. C'est une composante aussi importante dans la RBC au même titre que la facilitation de l'accès à l'éducation et la facilitation de l'inclusion éducative en ce sens où il favorise le développement des compétences

chez les enfants IMC. Cette méthode de travail qu'utilisent les enseignants des enfants peut représenter un point de départ pour l'acquisition des compétences qui leurs seront utiles pour leurs vies professionnelles.

### 5.1.2. Tableau de synthèse de l'analyse thématique de contenu de la VI

Dans ce tableau, nous allons présenter de façon globale une analyse thématique des réponses issues de nos entretiens en rapport avec nos sou-thèmes préalablement élaborés.

Sous-thèmes	Contenus correspondants
La facilitation de l'accès à l'éducation	<p>"nous avons dans toute la structure de PROMHANDICAM 28 enfants IMC inscrits, dont 10 filles et 18 garçons (...) nous avons 25 réguliers qui viennent tout le temps à l'école et 3 qui ont cessé de venir(...) soit pour des raisons familiales"</p> <p>"dans ma salle j'ai au total 10 enfants IMC qui sont inscrits (...) ils sont tous réguliers, il n'y a que 2 qui ne viennent pratiquement plus depuis la fin du premier trimestre, (...)certains ont cessé de venir(...) et comme ils n'étaient pas enregistrés au programme de RBC ils ne pouvaient pas bénéficier d'une subvention comme ceux qui sont inscrits"</p> <p>"tu vois un comme Ebo ,il y'a le programme qui subventionne une partie de sa pension (...) beaucoup de mes élèves ici sont subventionnés, on leurs fait des dons de fauteuils roulants, de nourriture(...)"</p>
La facilitation de l'inclusion éducative	<p>" Eyet est réceptif aux activités comme je l'ai dit, puisque nous associons nos activités d'apprentissage avec des activités ludiques, il s'intéresse à cause du fait qu'il aime les jeux mais il apprend aussi(...)lors des activités, si les 8 IMC sont présents, 7 participent sauf un qui est sous traitement"</p>

	"Ebo défile toujours lors du 11 Février avec sa voiture et il participe à la journée culturelle d'ailleurs ses parents sont très réceptifs sur le fait qu'il soit acteur des activités de ce genre"
La facilitation de l'apprentissage coopératif	"oui, je travaille en équipe de 5 enfants, dans ces équipes je mélange un déficient intellectuel, 2 autistes, et 2 IMC car ils sont plus nombreux pour qu'ils apprennent à travailler en équipe pour produire une satisfaction collective" "(...) je forme des équipes de 5 qui sont constitués de toutes les catégories de handicap que j'ai dans ma salle j'ai généralement 5 groupes que je permute en fonction de ce que j'observe sur les besoins de chaque enfant"

Comme nous pouvons le constater ce tableau présente les propos fidèlement relevés de nos participants au sujet de notre variable indépendante qui repose l'es activités de la RBC. Au sein de l'école. Comment le personnel éducatif en symbiose avec le programme de RBC s'y prend en vue de la scolarisation effective des enfants IMC. À l'issu de cette analyse sur les activités de RBC, nous allons présenter et analyser les résultats sur le vécu de l'IMC qui constitue notre variable dépendante.

## **5.2. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA VARIABLE DEPENDANTE**

Notre variable dépendante est le vécu de l'IMC. Pour tenter de l'analyser nous allons procéder par l'étude des sous-thèmes en rapport avec le vécu de l'IMC, et l'étude des données que nous avons recueillies à l'issu de l'utilisation du handitest.

### **5.2.1. Présentation des données en rapport avec le handitest**

Comme nous l'avons mentionné en amont, nous avons étudié 5 cas en détaille que nous allons présenter de la manière suivante :

#### **5.2.1.1. Le cas de Ebo**

Ebo est né le 11 Mai 2016, il est de sexe masculin et fait l'école adaptée dans le centre spécialisé de PROMHANDICAM. Il est originaire de la Région du centre au Cameroun (Ewondo) et d'obédience religieuse catholique. Sa mère avec qui il vit est veuve et sans activité professionnelle. Elle a à sa charge 3 autres enfants.

- identification de la pathologie : Lucas est un IMC souffrant de la quadriplégie c'est à dire qu'il est infirme des membres supérieurs et des membres inférieurs, ses quatre membres sont atteints et son handicap a commencé à se manifester autour du neuvième mois après sa naissance, les signes ont été évalués et le diagnostic a été fait par un médecin. Son cas s'améliore avec le temps et la prise en charge.
- évaluation corporelle : Lucas souffre d'une lésion cérébrale de sévérité grave, cette lésion n'est pas associée aux troubles des organes de l'audition et de la vision. Néanmoins, il souffre d'un problème de mastication et du maintien de sa tête et du coup de façon plus ou moins légère. À côté de ça nous avons les organes de la phonation de l'olfaction et de l'appareil respiratoire qui sont également associés et qui lui posent un véritable problème au quotidien. Lucas souffre des problèmes cardio- vasculaires d'une sévérité considérable, pour ce qui est de son appareil urinaire, des organes digestifs et ano-rectaux, des glandes endocrines, de l'appareil hématopoïétique et immunologique, et de l'appareil sexuel et de reproduction, la sévérité est de zéro et donc représente une difficulté minime pour lui. Le revêtement cutané est légèrement visible or pour ce qui est de la colonne vertébrale, la sévérité est très considérable il a du mal à se placer sur la position assise, car sa colonne vertébrale est elle aussi affectée. Les 4 membres de Lucas sont totalement infirmes, la sévérité est au state maximal, il est donc totalement dépendant.
- évaluation fonctionnelle : Lucas utilise sa main droite, il reste beaucoup dans la position couchée, et ne peut se tenir debout à cause de son infirmité, il ne reste que dans la position assise pour une courte durée et se tourne peu lorsqu'il est couché. Pour ce qui est de ses

capacités à mouvoir son corps, il ne peut ni marcher, ni courir, ni se lever du sol ni maintenir son équilibre. Nous pouvons également relever son problème de motricité fine, il ne peut ni prendre ni arrêter des objets pour une durée permanente, néanmoins il déplace ses mains dans l'espace avec un peu de difficulté. Il parle bien il écrit plus ou moins des lettres, chiffres il forme des petits dessins sur les ardoises. Pour communiquer il utilise également d'autres formes de communication, l'audition des deux oreilles fonctionne parfaitement, la vue des deux yeux, il voit bien et à une mémoire en bonne santé et formule des raisonnements logiques, on peut ainsi dire que la déficience motrice de Lucas n'affecte en rien sa capacité mentale. Son comportement affectif est en bonne état puisque la sévérité est de zéro et donc aucune limitation fonctionnelle. Par contre il a du mal avec le contrôle de l'émission des urines et ce n'est pas le cas pour le contrôle de l'émission des matières fécales. Il s'adapte à l'effort physique, à la mastication et la déglutition, son sommeil est normal.

- évaluation situationnelle pour ce qui est des actes de la vie courante, il ne peut aller aux toilettes, il mange et boit seul mais avec un peu de difficultés, il ne peut ni s'habiller ni se déshabiller et fait beaucoup d'efforts pour utiliser la partie supérieure de son corps. Il ne peut ni se coucher ni se mettre déplacer à l'intérieur du logement il ne peut ramasser un objet au sol, il utilise plus son moyen de transport individuel qui est son fauteuil roulant. Avec sa famille et les voisins, il entretient des relations affectives il ne pratique pas vraiment des activités de loisirs or du cadre de l'école. Pour ce qui est de son état d'apparence et son esthétique, il est léger et discret. Les contraintes de soins par des professionnels sont nécessaires une fois par mois et il se fait prendre en charge en psychomotricité.

Au regard de tout ce que précède, nous pouvons dire que le cas de Lucas est complexe en ce sens où il souffre d'un très grand handicap. Nous avons une limitation des activités, nécessité d'aides humaine en permanence, une forte restriction des activités et une dépendance médicamenteuse, d'aide technique, et d'adaptation du milieu. Sa quadriplégie fait de lui un être totalement dépendant. Néanmoins, on a pu constater que malgré cela il entretient des rapports affectifs avec sa communauté, fait des efforts considérables pour améliorer ses compétences. Nous pouvons dire que sa scolarisation et sa prise en charge en sont pour beaucoup dans l'amélioration de ses conditions de vie.

### 5.2.1.2. Le cas de Eyet

Eyet est un enfant né le 2 Avril 2013, il est de sexe masculin et vit avec sa mère célibataire au quartier Nkoa-bang, il est l'aîné de sa fratrie et à un seul petit frère valide, il est infirme des membres inférieurs. D'obédience religieuse catholique, c'est un originaire du centre Cameroun (Ewondo). Il fait l'éducation adapté au centre spécialisé de PROMHANDICAM et est inscrit au groupe 2.

- identification de la pathologie : il souffre de l'IMC des membres inférieurs, l'apparition des signes révélateurs s'est faites chez lui à l'âge de ans. Son état est stable et il a subi une intervention qui avait aboutie à une amélioration du langage.
- évaluation corporelle : il n'a pas de difficultés de mastication et de déglutition, ses organes de la vision, de l'audition, de l'olfaction, de la phonation sont en parfait état, il sait tenir sa tête et son cou en équerre, il respire bien et n'a pas de problème cardio- vasculaire son appareil urinaire, ano-rectal et ses organes digestifs ne sont pas défailants, les glandes endocrines, l'appareil hématopoïétique et immunologique, sont en état normal, son appareil reproducteur aussi. Sa colonne vertébrale n'est pas défailante ni ses membres supérieurs gauche et droit, mais ses membres inférieurs sont endommagés par la paralysie cérébrale.
- évaluation fonctionnelle: Roger utilise des deux mains, ne peut rester sur la position debout, il reste sur la position assise et se tourne lors de son sommeil, il plie ses pieds de façon volontaire, il essaye de temps en temps de passer de la position assise à la position debout à l'aide d'un support, il ne peut ni courir ni sauter, lorsqu'il maintient son corps en équilibre il y'a un grand risque de chutes, il prend les objets avec sa main droite et sa main gauche quant à elle est raide, il déplace sa main gauche dans l'espace. D'une façon globale sa manipulation et sa préhension ne sont presque pas défailantes. Pour ce qui est de la communication, Roger améliore son langage oral, il articule les mots et communique autrement avec les gestes, la vision et l'audition. Lorsqu'il exprime quelque chose, le raisonnement est logique. Il n'a donc pas un problème mental. Son affectivité est un peu trop extra, il aime tout le monde autour de lui et est extraverti. Le contrôle des sphincters est par contre un véritable challenge pour lui il fait ses besoins sur lui. Roger s'adapte à l'effort physique, la déglutition, la mastication, il a un sommeil normal.

- évaluation situationnelle : pour les actes de la vie courante, il est à quelques difficultés, il mange seul mais ne peut aller aux toilettes, il aide sa maman à faire sa toilette, il se déshabille tout seul et pleure lorsqu'il est en cas de détresse pour faire appel à l'aide. Il va se coucher tout seul, il se déplace à l'intérieur du logement d'une pièce à l'autre, il aide dans les tâches domestiques, il peut également ramasser un objet au sol, Il peut faire des gribouillages. Roger ne suit plus de traitement médical depuis son opération. Il peut se rendre à l'extérieur du domicile mais ne peut monter et descendre l'escalier à cause de son infirmité des membres inférieurs. Il ne peut pas utiliser un moyen de transport en commun tout seul, il se déplace avec son fauteuil roulant. Il entretient des relations affectives avec ses camarades et voisins, contrairement à Lucas il pratique des activités de loisirs et participe aux jeux de sociétés dans sa communauté. Roger se fait suivre par le psychomotricien plusieurs fois par semaine.
- évaluation de la subjectivité : son point de vue sur les circonstances de la survenue de son état de personne en situation de handicap est plus ou moins minime en ce sens où il a un ressenti peu considérable il n'exprime pas son mécontentement. Sur l'état actuel de ses capacités fonctionnelles il se sent différent mais pas diminué. Pour ce qui est des situations qu'il rencontre il ne se sent pas exclu probablement à cause des relations affectives qu'il entretient avec son entourage. Son comportement ne donne pas l'impression d'un enfant qui passe par une souffrance psychique il est sociable et extraverti.

À l'issue de l'analyse des données recueillies sur le statut de Roger, nous pouvons dire qu'il souffre d'un handicap moyen car on observe une restriction nette de l'activité avec fractionnement de l'activité avec une dépendance d'aides techniques (fauteuil roulant) et d'adaptation au milieu, sans dépendance d'aide humaine. Au demeurant, il a une vie sociale épanouie de par les relations affectives qu'il entretient avec sa communauté, les activités sociales de loisirs, etc C'est probablement dû à sa réadaptation. Cette réhabilitation contribue à l'amélioration de ses compétences comme on a pu le voir avec le langage, la communication et les capacités motrices.

### **5.2.1.3. Le cas de Faïma**

Faïma est une adolescente née le 3 Janvier 2009, elle est originaire de la Région de l'Ouest du Cameroun (Bamoun), d'obédience religieuse musulmane, elle vit en famille avec sa mère célibataire qui est une enseignante qui a cinq enfants à sa charge. Faïma suit une éducation

ordinaire en classe de CM2 à l'école inclusive de PROMHANDICAM. Elle est infirme des membres inférieurs.

- identification de la pathologie : elle souffre d'une IMC hémiparétique qui s'est manifesté en 2009, soit la même année de sa naissance. Son cas s'améliore puisqu'elle est scolarisée depuis la classe de la maternelle et développe par conséquent des aptitudes nécessaires pour avancer dans ses études.
- évaluation corporelle : sa lésion cérébrale est plus ou moins légère, sa moelle épinière, ses organes de l'audition, de la vision, de la mastication ne sont pas défaillants. C'est aussi le cas pour le maintien de sa tête et son cou. Ses organes de la déglutition sont plus ou moins défaillants ainsi que ceux de la phonation. Son appareil respiratoire et les organes de l'olfaction fonctionnent de façon normale, l'appareil cardio-vasculaire et urinaire sont correctement en état. Pour ce qui est de ses organes digestifs, ano-rectaux, les glandes endocrines, l'appareil hématopoïétique et immunologique, l'appareil sexuel reproducteur, le revêtement cutané et les organes de la sensibilité superficielle, ils sont tous en parfait état. Elle a une colonne vertébrale légèrement défaillante ; la cage thoracique, les membres supérieurs gauche et droit ne sont pas défaillants, néanmoins, les membres inférieurs sont infirmes à cause de sa légère lésion cérébrale.
- évaluation fonctionnelle : elle reste dans la position allongée, elle se tient debout avec une gêne et un inconfort et donc avec beaucoup de difficultés, elle reste parfaitement dans la position assise sans limitation fonctionnelle. Pour ce qui est du maintien et le déplacement, Faïma reste peut passer de la position couchée à la position assise sans difficulté ni aide, elle ne peut ni marcher mais se déplace vers l'horizontal, elle peut se lever, elle ne peut pas courir ni sauter, elle se lève du sol avec de l'aide, elle essaye de maintenir son équilibre mais avec des risques de chutes elle utilise sa main droite pour prendre les objets, en ce qui concerne sa main gauche c'est avec une légère difficulté, elle déplace ses mains dans l'espace aisément. Sa communication est davantage orale et écrite, elle articule des phrases complètes et écrit, elle prend ses notes toute seule en classe. Elle utilise également bien son audition, sa vision, sa mémoire et on peut voir dans ses raisonnements une certaine logique. Elle n'a donc pas de problème mentale car sa capacité d'apprentissage n'est pas défaillante, elle s'oriente dans le temps et l'espace. En ce qui concerne le contrôle des

sphincters, elle contrôle l'émission des urines et des matières fécales, elle s'adapte à l'effort physique, mastication, déglutition, elle a un sommeil normal et est assez vigilante.

- évaluation situationnelle : les actes de la vie courantes, elle mange et boit seule, s'habille et se déshabille seule elle se met au lit seule et se déplace aisément à l'intérieur du logement elle participe aux tâches ménagères, elle peut ramasser un objet au sol, elle peut écrire, elle peut utiliser un téléphone, prendre ses médicaments et gérer son budget. Elle ne peut ni monter ni descendre un escalier ou une pente toute seule elle peut utiliser un moyen de transport en commun seule et utilise également son moyen de transport individuel qui est sa chaise. Sa vie affective et sociale est effectivement en bon état car elle entretient avec sa famille et sa communauté, des relations affectives, participe aux loisirs à l'école et à la maison, se déplace de son lieu de résidence vers l'école, établie des relations adaptées avec ses camarades et son enseignant. Elle est discrète et son comportement sur son apparence esthétique peu parfois changer avec un obstacle majeur à la vie sociale. Elle se fait prendre en charge au service de psychomotricité plusieurs fois par semaine.
- évaluation de la subjectivité : son point de vue sur les circonstances de la survenue de son état de personne en situation de handicap à une influence peu significative sur sa subjectivité. Les modifications de son corps lui font se sentir différente en ce sens où elle sait qu'elle est différente, rappelons que c'est une adolescente et donc il on peut observer chez elle un retentissement subjectif moyen. Son point de vue sur l'état actuel de ses capacités ne modifie pas sa subjectivité, elle pense au contraire qu'elle est une personne comme les autres à cause du fait qu'elle progresse dans ses capacités fonctionnelles et éducatives. Au regard de son statut de personne en situation de handicap, elle ne sent pas exclu, probablement par ce qu'elle suit une éducation inclusive. Elle sait qu'elle est sur la bonne voie lorsqu'elle regarde ce qu'elle a déjà accomplie jusqu'à ce niveau, elle est disposée à toutes possibilités de réadaptation. Faïma peut parfois manifester une souffrance psychique qui influence sa subjectivité de façon moyenne.

Le cas de Faïma est très complexe à cause de son statut d'adolescente, c'est pendant cette phase que l'enfant veut se créer une identité, veut interroger les questions morales, et veut s'affirmer en tant que personne à part entière, nous pouvons constater que malgré sa scolarisation et son handicap léger (inconfort et pénibilité), son épanouissement social et l'amélioration considérable de ses compétences, elle a un retentissement subjectif minime.

#### 5.2.1.4. Le cas de Kas

Kas est un garçon né le premier Janvier 2008, il est originaire de la Région du Sud Cameroun (Bulu) et suit une éducation adaptée au centre spécialisé de PROMHANDICAM, il est inscrit au groupe 2 et vit avec sa maman célibataire. Il est triplet avec deux filles. Edmond souffre d'une IMC des membres inférieurs.

- identification de la pathologie : il est hémiplégique, et donc infirme des membres inférieurs uniquement, l'apparition des signes révélateurs s'est manifestés depuis les premiers mois de sa vie lorsque sa mère constatait des défaillances au niveau de son développement psychomoteur. Sa situation présente une amélioration avec le temps.
- évaluation corporelle : sa moelle épinière, ses organes de l'audition, de la vision, de la mastication ne sont pas défaillants, sa tête et son coup ne sont pas défaillants, les organes de la déglutition, et de la phonation présentent une défaillance, l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, urinaire ont un fonctionnement normal. Par contre, les organes digestif et ano-rectaux sont d'une lésion minime, il est la plupart du temps constipé. Les glandes endocrines, l'appareil hématopoïétique et immunologique, l'appareil sexuel n'ont aucune lésion. En ce qui concerne le revêtement cutané et les organes de la sensibilité superficielle, ils sont d'une lésion d'importance moyenne. Sa colonne vertébrale n'a aucune lésion et ses membres supérieurs droits et gauches également. Ses membres inférieurs ont par contre des problèmes à cause de l'importante lésion cérébrale, les membres inférieurs droit et gauche souffrent de raideur musculaire.
- évaluation fonctionnelle : Edmond est gaucher, il reste dans la position allongée sans limitation fonctionnelle il se tient debout s'il prend de l'appui sur un support, il reste assis, il ne peut se tourner lorsqu'il est couché, il ne se couche que sur le dos, il passe de la position couchée à la position assise, il se déplace à l'aide de ses mains qui sont pour lui un support il ne peut ni courir, ni se lever du sol ni sauter, s'il se tient debout il y'a des risques de chutes. Sa préhension se fait à l'aide de ses deux mains de façon aisée, ils les déplacent dans l'espace. Pour sa communication il articule juste des sons vocaliques, il ne parle pas, il utilise d'autres formes de communication, les gestes, les images etc, néanmoins il entend et voit bien. Sa mémoire est temporairement défaillante, il peut parfois identifier les objets mais il lui arrive souvent de perdre temporairement la mémoire lorsqu'il a été victime d'une

chute. Il souffre donc d'une atteinte mentale. Au demeurant, il sait s'orienter dans le temps et l'espace et acquiert certaines connaissances d'apprentissage. Edmond à une vie affective plus ou moins particulière, il est très calme de nature mais entretient des liens affectifs avec ses sœurs jumelles et difficilement avec d'autres personnes. Il sait contrôler l'émission des urines et des matières fécales, il s'adapte à l'effort physique, la mastication, la déglutition, il a un sommeil normal, il est vigilé et se rappelle qu'il doit gérer une tâche importante.

- évaluation situationnelle : dans les actes de la vie courantes, il mange seul, il boit seul mais il ne peut faire sa toilette tout seul, il aide à enfiler ses vêtements, il se fait assister pour aller dormir, il peut se déplacer à l'intérieur du logement et faire des tâches domestiques, il peut également ramasser un objet au sol. Il sait classer ses jouets après utilisation, il peut sortir et entrer dans son logement, il ne peut par contre exercer une marche d'escalier, sa vie affective est davantage familiale, il n'entretient pas de relation avec les voisins, néanmoins à l'école il lui arrive souvent de prendre part aux jeux. Avec ses camarades de classe il établit des relations adaptées, c'est le cas aussi avec les enseignants. Il a un état d'apparence esthétique qui subit l'influence du regard des autres, il a souvent honte lorsqu'il est au quartier mais pas devant ses camarades et ses sœurs. Il ne se fait pas prendre en charge en psychomotricité comme les autres.
- évaluation de la subjectivité : il accepte sa situation avec beaucoup de difficultés car il a subi une phase de rééducation qui n'avait pas aboutie à une amélioration, son point de vue sur les circonstances de son état est parfois parsemé de découragement. Il se sent différent au quartier mais pas en famille et à l'école. Son comportement ne manifeste pas un sentiment d'exclusion, au contraire, il a conscience de sa différence et décide de lui-même de s'exclure de temps en temps, il n'est pas assez avenant. Par rapport aux possibilités de réadaptions il est parfois découragé en ce sens où il a été admis en rééducation pendant une longue période qui n'a pas aboutie, et a subi des soins des soins d'acupuncture qui n'ont elles aussi eu aucun aboutissement.

Lorsqu'on observe la situation de Edmond, on peut trouver dans son cas un handicap un grand handicap en ce sens où on observe chez lui une limitation importante des activités, une nécessité d'aides humaines, et techniques (incitation, complément). Edmond n'a pas une vie sociale épanouie comme c'est le cas chez les cas précédents, il est de nature introverti et limite ses relations affectives avec ses sœurs jumelles. Néanmoins, il fait des efforts pour entretenir les liens avec la

communauté scolaire, cet aspect peut être la résultante de sa scolarisation, le fait de voir ses camarades tous les jours constituent pour lui un pas vers création des liens affectifs, le voir des personnes qui partagent les mêmes réalités quotidiennes et les mêmes expériences contribue largement à la création des liens affectifs à travers la réciprocité qui nourrit davantage ses relations avec les autres.

#### **5.2.1.5. Le cas de Yemg**

Yemg est une petite fille née le 8 Février 2011, elle est originaire de la région du Littoral au Cameroun (Bassa) et vit avec ses parents au quartier Etoa- Meki. Elle suit un parcours éducatif ordinaire et souffre d'une quadriplégie c'est à dire infirme des quatre membres.

- identification de la pathologie : Grâce est victime d'une IMC des quatre membres, les signes révélateurs ont commencé à se manifester dès le neuvième mois de vie. Elle a récemment subi une opérationnel juin 2022 et travaille en permanence avec des atèles de posture qui améliorent peu à peu sa condition.
- évaluation corporelle : sa moelle épinière, ses organes de l'audition, de la vision, de la mastication n'ont aucune lésion, sa tête et son cou par contre sont légèrement atteints. Les organes de la déglutition, de la phonation, de l'olfaction, l'appareil respiratoire ne sont pas défaillants. L'appareil urinaire, digestif, les organes ano-rectaux et les glandes endocrines ne sont pas endommagés. L'appareil hématopoïétique et immunologique, l'appareil sexuel et les organes de la sensibilité superficielle fonctionnent normalement. En ce qui concerne la colonne vertébrale, elle a une lésion d'importance moyenne qui nécessite une rééducation temporaire. Les membres supérieur et inférieurs gauches sont plus endommagés que les autres qui sont eux aussi endommagés. Grâce pèse près de 30 kilos.
- évaluation fonctionnelle : elle utilise sa main gauche et ne peut que rester allongée ou assise dans sa chaise adaptée, lorsqu'elle est couchée elle ne se tourne que difficilement, elle ne passer de la position couchée à la position assise, elle ne peut ni se lever ni s'asseoir d'elle-même, ni courir ni sauter, si elle est au seul elle ne peut se relever, de plus, elle ne se maintenir en équilibre. Pour ce qui est de la manipulation et la préhension, elle peut prendre un objet dans sa main gauche et le relâcher au bout d'un moment, elle peut par contre déplacer ses mains dans l'espace. Elle parle bien et essaye d'écrire avec sa bouche, elle utilise d'autres formes de communication et son audition, sa vision et sa mémoire

fonctionnent bien, elle fait des raisonnements logiques, elle a une bonne capacité d'apprentissage est sait s'orienter dans l'espace. Son affectivité est normale, elle entretient des relations affectives avec son entourage. Pour le contrôle des sphincters elle contrôle l'émission des urines, des matières fécales. Elle s'adapte à l'effort physique avec volonté, la mastication et la déglutition se font sans difficultés, elle dort bien et n'a pas de difficultés pour trouver le sommeil dans la nuit et pour se réveiller le matin.

- évaluation situationnelle : dans les actes de la vie quotidienne, elle mange avec difficulté, elle ne peut aller aux toilettes seule, ni faire sa toilette, les parties supérieures et inférieures de son corps sont défaillantes, elle sait manifester en cas de détresse. Grâce ne peut ni aller au lit seule, ni se déplacer à l'intérieur de la maison, elle peut par contre ramasser un objet au sol, écrire avec sa bouche, téléphoner, elle prend ses médicaments avec de l'aide, elle ne peut ni sortir ni entrer dans la maison toute seule, ni prendre l'escalier. Son affectivité se manifeste en famille, dans sa communauté, à l'école avec ses camarades. Être pratique des activités de loisirs, elle ne peut se déplacer de la maison vers l'école, elle établit des relations adaptées avec ses camarades et ses enseignants. Sa situation nécessite des soins professionnels, elle se fait prendre en charge plusieurs fois par semaine en psychomotricité et à la maison elle travaille avec des atèles de posture. Elle a un point de vue qui s'oriente vers un retentissement subjectif moyen en ce sens où elle a conscience de sa différence. En outre, son attitude face à ses capacités actuelles ne montrent pas qu'elle se sent diminuée, elle essaye de faire des efforts pour mouvoir son corps dans son environnement. Au regard des situations de handicap qu'elle rencontre au quotidien elle ne sent pas exclu car elle partage le même quotidien que ses camarades en situation de handicap. Elle ne fait pas preuve de souffrance psychique car, bien qu'elle soit calme de nature, il lui arrive souvent de participer pleinement aux loisirs.

La situation de Grâce nous amène à conclure qu'elle souffre d'un handicap très grand en ce sens où on observe une très grande dépendance des aides humaines. Elle ne peut exercer les actes de la vie courante sans l'aide d'une personne qui l'assiste pour tous ses besoins. Par rapport aux autres cas, celui-ci nous permet d'étudier la gravité des difficultés que peut avoir un enfant IMC d'âge scolaire. On a pu constater que Grâce à une vie sociale épanouie. Les loisirs, les liens affectifs nourrit par la réciprocité et l'acceptation sont des éléments sans lesquels Grâce aurait une socialisation réussie et en bon état.

### 5.2.2. Tableau de synthèse de l'analyse de contenus de la VD.

Sous-thèmes	Contenus correspondants
Appréciation par rapport à son aspect physique	<p>"Lucas sait qu'il est différent mais malgré ça il semble ne pas avoir un problème, lors d'une activité toi-même tu as vu il a dit qu'il est le lion car il est le plus fort"</p> <p>À propos de Edmond :</p> <p>" il est très calme comme Cécile"</p> <p>À propos de Faïma:</p> <p>" Faïma est assez libre dans son corps, elle est infirme des membres inférieurs elle sait utiliser son corps elle fait ses besoins elle seule et utilise sa chaise toute seule, elle sait par contre qu'elle est différente"</p> <p>À propose de Grâce :</p> <p>"(...)est différente et l'accepte car elle ne se décrit pas de façon péjorative"</p>
Appréciation par rapport à ses interactions avec l'altérité	<p>À propos de Edmond :</p> <p>" il est sociable plus avec ses sœurs qu'avec ses camarades, sa mère dit qu'il aime jouer avec ses sœurs jumelles comme il est triplet. Mais ici à l'école il joue mais pas pendant longtemps"</p> <p>À propos de Roger :</p> <p>" il aime déranger ses camarades c'est l'un des plus désordonnés de mes élèves avec WEMBE en tête, ils aiment tous les deux jouer le rôle de chef ici"</p>

Ce tableau nous présente les données en rapport avec la subjectivité et l'altérité chez un enfant IMC d'âge scolaire, la nature des aptitudes physiques et du contact avec l'autre. L'altérité peut être définie comme le caractère de ce qui est autre, la représentation de soi par rapport à l'autre.

Nous pouvons analyser cet aspect dans le sens où les enfants IMC sont sociables pour la plupart à cause de leur scolarisation, le fait de voir tous les jours des personnes comme elles et différentes d'elles peut être l'essence d'une telle socialisation. Nous allons à présent analyser les données en rapport avec le statut d'IMC de l'enfant à travers les résultats obtenues du handitest

## **CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION**

Dans ce chapitre, nous allons interpréter les données théoriques avec les résultats que nous avons obtenus lors de notre recherche. Pour ce faire, nous allons procéder pas l'interprétation selon nos hypothèses de recherche préalablement élaborées.

### **6.1. INTERPRETATION PAR RAPPORT A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 1.**

Notre hypothèse de recherche était la suivante :

HR1 : la facilitation de l'accès à l'éducation transforme le vécu de l'IMC chez l'enfant d'âge scolaire.

L'interprétation des données théoriques que nous nous apprêtons à faire nous permettra de trouver la nature de la relation qui existe entre elles et nos résultats. Autrement dit, à travers cette interprétation, nous serons en mesure de confirmer ou infirmer notre hypothèse.

On ignore souvent que cet objectif d'accès à l'enseignement primaire ne sera pas jamais réalisable sans l'inclusion des enfants en situation de handicap. On estime à l'heure actuelle que plus de 90% des enfants en situation de handicap dans les pays à faible revenus ne sont pas scolarisés. Parmi ceux qui le sont, beaucoup abandonnent avant d'avoir complété leurs enseignements primaires et d'autres n'apprennent pas vraiment ou ne participent pas en classe.

En effet, les données théoriques montrent que le rôle de la réhabilitation à base communautaire (RBC) est de collaborer avec les systèmes d'enseignement primaire pour créer des écoles inclusives, d'aider les familles et les enfants en situation de handicap à accéder à l'enseignement primaire dans leurs communautés locales et de développer et maintenir des liens entre la maison, la communauté et l'école. Une approche scolaire générale s'assure que les responsables, les chefs d'établissement, les enseignants et les administrateurs locaux, les gardiens, les parents, les enfants avec ou sans handicap et toute personne qui a un lien avec l'école, travaillent ensemble pour faciliter l'accès des enfants en situation de handicap dans les écoles locales.

Dans nos résultats, les données obtenues sur les taux de scolarisation et de fréquentation des enfants IMC sont en parfaite congruence avec le rôle de la RBC pour ce qui est de la facilitation de l'accès à l'éducation. Nous avons enregistré 28 enfants IMC inscrits dans l'établissement et 25 parmi eux viennent régulièrement à l'école soit un total de 72,84% des enfants réguliers contre 27,16% des enfants qui ont cessé de venir et donc 3 enfants seulement qui ne sont pas réguliers pour des problèmes de famille et de moyens financier. La plupart de ceux qui viennent régulièrement bénéficient d'une subvention d'une partie de la pension que leurs offre le programme de RBC pour venir en aide aux familles à faibles revenus. La facilitation de l'accès à l'éducation par l'apport d'une aide financière représente ainsi une composante majeure de la RBC pour l'amélioration de vie des enfants en situation de handicap.

En effet, beaucoup d'enfant IMC rencontrent des difficultés de scolarisation dû à l'absence des moyens financiers dans leurs familles. Nos résultats montrent clairement l'apport de la RBC dans la facilitation de l'accès à l'éducation à travers les dons du matériel didactique et des aides techniques tels que les fauteuils roulants, les prothèses etc. pour accompagner ces enfants dans leur accès à l'éducation. Cette aide en faveur des familles pauvres représente l'un des points forts de la RBC. Ayant réalisé que les personnes les plus démunies dans le monde sont en majorité issues des familles dans lesquelles on compte au moins une PESH. Ces familles ont besoin d'être accompagnées pour répondre aux besoins éducatifs des enfants. À travers nos résultats, on a pu réaliser que la plupart des enfants qui sont réguliers à l'école sont bénéficiaires des dons du matériel de travail et des aides techniques en plus de la subvention de la pension, pour faciliter leur prise en charge éducative dans l'établissement.

Le troisième recensement de général des PESH au Cameroun a dénombré plus d'hommes que de femmes en situation de handicap. En effet, le handicap moteur touche en majorité les personnes de sexe masculin. Les données statistiques mentionnées en amont ne sont pas en déphasage avec nos résultats. Les enfants IMC inscrits dans l'établissement sont au total 28 et parmi eux on compte 18 garçons contre 10 filles ; soit un pourcentage de 64 pour les hommes et 36 pour les femmes.

Au regard de tout ce qui précède, nous constatons que les résultats que nous avons obtenus sur l'hypothèse concernant la facilitation de l'accès à l'éducation sont en parfaite cohérence avec les données théoriques de la RBC sur l'éducation. Nous pouvons de ce fait dire que notre hypothèse

numéro 1 a été vérifiée. Par ailleurs, se limiter sur cette hypothèse pour évaluer notre recherche serait inapproprié c'est pourquoi nous allons interpréter notre seconde hypothèse de recherche.

## **6.2. INTERPRETATION PAR RAPPORT A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 2**

Notre deuxième hypothèse de recherche est la suivante :

HR2 : la facilitation de l'inclusion éducative transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

Pour tenter d'interpréter nos résultats par rapport à cette hypothèse, nous allons comparer les données théoriques de la réhabilitation à base communautaire (RBC) sur la marche vers l'inclusion éducative en faveur des enfants en situation de handicap avec les données que nous avons obtenues.

Selon les données théoriques, les États parties doivent garantir un système éducatif inclusif à tous les niveaux, et les États parties devraient également veiller à ce que des mesures d'accompagnement individualisées efficaces soient prises dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la socialisation, conformément à l'objectif de pleine intégration. Ceci inclue l'apprentissage des modes, moyens et formes de communication, et le développement des capacités d'orientation et la mobilité.

En effet, l'inclusion éducative, loin d'être essentiellement basée sur le regroupement des enfants valides et en situation de handicap au sein d'un même environnement scolaire, implique également la prise en compte des besoins spécifiques des enfants vivant avec un handicap. Cette prise en considération comme le recommande la RBC consiste à l'intégration des enfants à besoins spécifiques dans les activités d'apprentissage, la prise en charge effective des difficultés qu'ils rencontrent dans le système éducatif. C'est dans ce même ordre d'idée que nos résultats prouvent l'effectivité de l'inclusion à travers la confection des épreuves adaptées aux besoins des enfants IMC. Ces épreuves sont basées sur les questions à choix à multiples et des vrais ou faux. De plus, lors des évaluations il a été mentionné que pour ce qui est des enfants IMC ils se font assistés par des auxiliaires de vie qui se charge de les communiquer oralement les questions auxquelles ils doivent répondre. C'est ce qui est fait dans le cas Faïma de CM2. Cette méthode de travail se voit

en accord avec la prise en compte des difficultés communicationnelles que rencontrent les enfants IMC.

L'objectif est que personne ne soit exclu du processus de développement pour quelque raison que ce soit, qu'il s'agisse du sexe, de l'âge, du handicap, de l'ethnie, du groupe de réfugié et de toute autre caractéristique. La RBC est utilisée ici comme outil pour favoriser le développement inclusif à base communautaire.

En effet, les auxiliaires de vie des enfants que nous avons interviewés employaient des méthodes participatives pour s'assurer du suivi individuel des élèves IMC. En effet, nos résultats nous permettent de réaliser que la RBC est une stratégie qui se concentre sur la prise en compte effective de l'intégration de l'individu en ce sens où, il a été constaté chez les enfants IMC qu'en dehors des besoins communs qui sont les difficultés motrices et communicationnelles, chaque enfant présente d'autres problèmes. Nous avons pu le voir à travers le cas de Kas qui était appelé à ranger des pinces autour d'un vase pour travailler son problème d'inattention.

Les programmes de RBC peuvent établir des liens entre les écoles primaires locales, la communauté, les ONG, et le département d'éducation du district pour aider les enseignants à mettre au point des programmes souples et des stratégies pédagogiques centrées sur les apprenants. Ceci bénéficiera à tous les enfants. Une telle participation contribue efficacement à l'inclusion des enfants en situation de handicap.

À l'issue de notre recherche, les résultats ont montré que le fait d'intégrer les enfants IMC aux activités post et périscolaires est un moyen de promouvoir l'inclusion sur la base de la socialisation. Parmi les 5 enfants que nous avons étudiés, 4 d'entre eux participaient aux activités post et périscolaires à travers des prestations lors de la célébration de la fête de la jeunesse.

Le programme de RBC fait bénéficier aux enfants IMC des fauteuils roulants et des prothèses nécessaires pour participer au défilé au même titre que les autres. Il en est de même pour la célébration de la journée culturelle pendant laquelle les auxiliaires de vie faisaient participer presque tous les enfants IMC. Pendant cette cérémonie, c'était l'occasion pour ces enfants de montrer les compétences artistiques qu'ils avaient acquérir au cours de l'année pendant les activités telles que la peinture.

La RBC perçoit l'inclusion sous deux angles ; la participation des enfants à besoins spécifiques dans les activités d'apprentissage avec les enfants dits valides et la prise en considération des besoins spécifiques même de chaque enfant. Selon les résultats que nous avons obtenus dans une salle de classe où il y'a 7 enfants IMC, 6 d'entre eux participent activement aux activités, parmi lesquels nos cinq sujets.

Par ailleurs, dans la classe de notre cas Faïma, on a pu voir que les auxiliaires de vie possèdent des fiches d'évaluations qui répondent à ses difficultés communicationnelles. À travers l'interprétation des données théoriques de la RBC sur l'inclusion et au regard de nos résultats, nous pouvons dire que la facilitation de l'inclusion éducative est un facteur inhérent de la RBC en faveur de l'amélioration des conditions de vie ou du vécu des enfants IMC. À cet effet, nous pouvons dire que notre hypothèse sur la facilitation de l'inclusion éducative est confirmée. Pour compléter notre travail, nous allons également interpréter les résultats de notre recherche en rapport avec notre hypothèse trois et les données théoriques sur la RBC.

### **6.3. INTERPRETATION DES RESULTATS PAR RAPPORT A L'HYPOTHESE DE RECHERCHE 3**

Notre hypothèse de recherche trois est la suivante :

HR3 : l'apprentissage coopératif transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

L'apprentissage coopératif est une méthode de travail pendant laquelle les apprenants sont appelés à travailler en équipe pour apprendre les uns des autres et de l'enseignant. Cette méthode de travail permet d'acquérir des compétences comme l'esprit d'engagement, l'autonomie, la responsabilité, la finalité commune.

Rappelons que les objectifs majeurs de la RBC est de faire en sorte que les personnes en situation de handicap (PESH) puissent maximiser leurs aptitudes physiques et mentales, avoir accès aux services et opportunités offerts à toute la population et devenir des contributeurs actifs au développement de la communauté de la société dans son ensemble. Dynamiser les communautés pour qu'elles promeuvent et protègent les droits humains des PESH par des réformes consistant par exemple à éliminer les obstacles à la participation des PESH.

En effet, l'acquisition et le développement de ces aptitudes physiques et mentales passent par le travail ardu et l'effort personnel, une personne en situation de handicap ne saurait devenir autonome si les méthodes utilisées ne font pas appel à la motivation. C'est que la RBC à travers l'apprentissage coopératif tente de promouvoir par l'implication de tous, valides, et en situation de handicap. Nos résultats nous montrent que la formation des petites équipes hétérogènes de travail pendant les activités est un moyen pour les auxiliaires de vie de développer chez les enfants l'esprit de solidarité, le dépassement de soi, l'acceptation de l'autre etc. Ces valeurs que promeut la RBC concourent d'une certaine façon à la meilleure représentation que l'on peut avoir des personnes en situation de handicap. Cela permet de regarder et de traiter l'autre à sa juste valeur. De plus, pour être acteur au développement d'un projet où à la réalisation d'un objectif il faut participer. C'est ce que la RBC cherche à promouvoir, des acteurs qui participent tous au développement communautaire, des contributeurs actifs pour éliminer les obstacles à la participation.

Certains facteurs ne permettent pas à la personne en situation de handicap (PESH) de valoriser son estime de soi à l'instar des préjugés des discriminations et de l'exclusion sociale). L'identité se modifie tout au long du vécu, le handicap occupe une place importante du point de vue de ses représentations sociales dans la culture africaine en général et celle camerounaise en particulier. Les actions et les jugements que l'on porte sur les personnes handicapées motrices au Cameroun sont pour la plupart à connotation négatives et contribuent à stigmatiser ces personnes d'où le programme RBC comme alternative pour pallier ce phénomène et lever les stéréotypes dont sont victimes les PESH.

Pour une meilleure sensibilisation à l'inclusion, l'apprentissage coopératif permet de rassembler les élèves sans distinction du statut permet aux enfants IMC de relever leurs savoir-faire et promouvoir une image positive du handicap. La participation aux groupes de travail, aux activités communes implique les élèves avec les différentes aptitudes et divers niveaux de compétences, constitue l'opportunité de s'engager dans la vie communautaire en dehors de la famille immédiate. Les habiletés sociales font partie des nombreuses compétences qui peuvent être développées grâce à la participation.

Le travail de la RBC consiste aussi à promouvoir la sensibilisation aux droits des personnes en situation de handicap. Elles ont des responsabilités et des rôles sociaux d'une envergure significative au sein de leurs familles, leurs communautés, elles sont traitées avec considération et

en tant que membres égaux au même titre que les autres dans la société. L'opportunité de participer est un droit humain qui bénéficie à tous, individus, familles, communautés, et à la société dans sa globalité.

En effet, l'apprentissage coopératif comme nous le montrent nos résultats contribue à aider les enfants IMC à développer des relations épanouies avec les membres de leurs communautés. À travers le caractère avenant de Eyet nous pouvons dire que l'apprentissage coopératif à faciliter chez lui le développement des habiletés sociales telles que l'extraversion, l'attrait des groupes sociaux. Le Rôle de la RBC consiste à aider les PESH à entretenir de meilleures relations personnelles et épanouissantes qui sont importantes pour tout le monde et sont essentiellement prometteuses à la croissance du développement personnel de l'individu. Des relations qui stimulent et qui sont durables entre les membres d'une famille, les amis, les camarades sont une grande priorité pour la plupart des gens et donc des enfants en situation de handicap.

Nos résultats nous montrent l'importance de l'apprentissage coopératif dans le vécu des enfants IMC à travers la mise en place des équipes d'exposés au CM2 de l'école inclusive ; les auxiliaires de vie forme des groupes dans lesquels on peut compter des déficients intellectuels des déficients visuels et des élèves valides, chacun est appelé à travailler de façon commune et être capable de défendre sa participation dans l'accomplissements final du résultat.

C'est également le cas pour les élèves du centre spécialisé qui lors de l'activité de peinture, les enfants sont rassemblés par groupes de 5 membres chacun pour développer leur esprit créatif et solidaire. De telle valeurs constituent les points forts d'une socialisation réussie ; à travers ce travail d'équipe, les enfants IMC se donne les moyens de rendre plus vivables leur environnement. On a pu le voir dans le cas Kas où il était obligé de participer de temps en temps aux travail de groupe malgré la caractère calme et réservé de sa personnalité. Cette participation à contribué de façon positive à sa socialisation, car son auxiliaire de vie avait constaté qu'il lui arrivait de prendre part aux jeux pendant les récréations même si cela ne durait que peu de temps. Il s'agit d'une piste exploitable dans le sens où avant Kas, n'était qu'amical qu'avec ses sœurs triplets ; cette situation qui s'améliore au fur et à mesure de la scolarisation.

Un aspect important dans l'approche participe qu'utilisait les auxiliaires de vie consistait à la permutation des membres dans les groupes. Nous avons constaté que le fait que l'auxiliaire de

vie du groupe de Eyet et Ebo procédait à la permutation des enfants en fonction de leurs difficultés représentaient un moyen pour les élèves de développer le sentiment d'acceptation, accepter d'être dans un environnement différent, s'adapter aux nouvelles conditions. Le rôle de la RBC ici réside dans le développement de la résilience, l'acceptation des situations sur lesquelles ils n'ont aucun pouvoir de changer. La résilience est également une habileté que doit développer l'enfant en situation de handicap ainsi que tout le reste de sa communauté car il s'agit de la survenue d'un évènement brusque et inattendu de la part de tous.

Au regard de ce qui précède, l'apprentissage coopératif représente au même titre que la facilitation de l'accès à l'éducation et la facilitation de l'inclusion, un maillon fort de la RBC dans le processus global de l'inclusion des enfants en situation de handicap. De par le développement des habiletés sociales comme l'esprit de solidarité, de travail en équipe, de dépassement de soi etc, l'apprentissage coopératif est un moyen pour toute personne en générale et pour les personnes en situations de handicap en particulier, de développer une personnalité qui répond aux besoins de relations interpersonnelle et par la même occasion d'être le spécimen d'un fruit social adapté.

#### **6.4. INTERPRETATION PAR RAPPORT A L'HYPOTHESE GENERALE.**

Notre hypothèse générale est la suivante :

HG : les activités de réhabilitation à base communautaire transforment le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

L'opérationnalisation de celle-ci nous a permis de tirer nos hypothèses de recherche qui sont les suivantes :

HR1 : La facilitation de l'accès à l'éducation transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

HR2 : La facilitation de l'inclusion éducative transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

HR3 : La facilitation de l'apprentissage coopératif transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

À l'issu de notre travail nous avons vérifié que l'accès à l'éducation, l'inclusion éducative et l'apprentissage coopératif, des activités de RBC dans sa composante éducation, sont déterminant dans le vécu de l'IMC chez l'enfant d'âge scolaire. En d'autres termes, chacune de nos hypothèses de recherche a été vérifiée. Au regard de ces conclusions auxquelles nous sommes parvenus, nous pouvons dire que notre hypothèse générale (les activités de réhabilitation à base communautaire déterminent le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire) est confirmée.

## **6.5. DISCUSSION**

### **6.5.1. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 1**

Notre hypothèse de recherche 1 est la suivante : la facilitation de l'accès à l'éducation transforme le vécu de l'IMC. Nous allons positionner nos travaux par rapport à ceux de M. David et de Bengaffour su la prise en charge des enfants en situation de handicap.

Le milieu socio- économique occupe une place de prévalence de la déficience intellectuelle légère (DIL), de nombreux travaux ayant montrées une fréquence élevée de la DIL dans les populations à faible revenus, nous avons également observé un taux de parents ouvriers au-dessus de celui de la population générale. Une majorité des parents avaient un niveau d'étude bas. Puisque seulement 22,7% des mères et 11,8% des pères avaient un niveau secondaire (baccalauréat) et à l'opposé, respectivement 45,8% et 37,7% dans la population générale. Une forte partie des familles étaient d'un milieu socio- économique défavorisé, avec pour les mères et pour les pères, respectivement 42,5% de sans diplômes, 22,7% et 11% d'ouvriers

Au regard des travaux de M. David, nous pouvons dire que les problèmes de moyens financiers sont davantage observés dans les familles qui disposent d'au moins une personne en situation de handicap. Comme nous l'avons constaté dans notre travail, les difficultés de ressources financières représentent un énorme problème pour la prise en charge des enfants en situation de handicap. De plus, la probabilité que ces enfants aient accès à l'éducation est double s'ils sont issus d'une famille défavorisée comme c'était le cas pour la plupart des enfants de notre étude. Les difficultés financières représentent ainsi l'un des problèmes majeurs que rencontrent les familles des personnes en situation de handicap. Pallier cette problématique représente l'un des challenges de la RBC en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie à travers l'accompagnement des familles dans l'aide aux moyens de subsistances.

Bengaffour au sujet de l'accès à l'éducation partage l'idée selon laquelle de nombreux enfants rencontrent des difficultés sur leur accès à l'école et sont encore mis à part d'une scolarité ordinaire. À cause de cette exclusion, ils présentent des difficultés d'apprentissage et des comportements sociaux inadaptés. Il reste encore beaucoup à faire, en particulier en matière de facilitation et d'accueil des enfants besoins spécifiques dans les établissements scolaires.

L'accès à l'éducation des enfants à besoins spécifiques reste donc un véritable problème dans nos sociétés. La mise en place médiatique permettra ainsi de renforcer la sensibilisation et les sociétés en faveur de ces enfants. La sensibilisation sur les différents rôles de la société civile et l'abondance des programmes et associations basés sur la solidarité pour rendre plus vulgaire les droits des personnes en situation de handicap.

### **6.5.2. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 2**

Notre seconde hypothèse de recherche est la suivante : la facilitation de l'accès à l'éducation transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire. Nous allons présenter les résultats de M. David et de Bengaffour sur la prise en charge des enfants à besoin spécifiques.

Pour ce qui est de l'inclusion, M. David démontre que dans l'étude de la période de 11 ans où les enfants qui suivaient un parcours normal devaient passer du primaire au secondaire, 94% des enfants avec déficience intellectuelle légères avaient un retard d'un an. Si 43% avaient suivis une scolarité ordinaire jusqu'en fin de cycle primaire, 23% étaient maintenus en maternelle. Et 42% en cours préparatoire. Les prises en charge réhabilitation fonctionnelles et psychologiques étaient en déphasage avec les signes cliniques associés, nous avons constaté que " l'on faisait ce que l'on pouvait ". L'orthophonie était prescrite facilement même en l'absence des symptômes susceptibles de la justifier et de façon plus fréquente que ne l'aurait voulu la prise en charge de la pathologie associée. Parallèlement, 15% d'enfants qui avaient des signes cliniques et par contre auraient justifiés une prise en charge orthophonique n'en avaient pas bénéficié.

Cette absence de l'inclusion, nous l'avons également constaté lors de nos travaux. Les enfants en situations de handicap ont très peu accès à l'éducation inclusive. Il en est de même pour la prise en charge effectuer des besoins spécifiques des enfants en situation de handicap. Tout comme dans notre étude, nous avons démontré comment la RBC se mobilise pour faciliter l'inclusion éducative à travers l'intégration des enfants dans les activités d'apprentissage et la mise

en place des fiches d'évaluation adaptées aux besoins spécifiques du cas de Faïma. Néanmoins, L'inclusion éducative des enfants à besoins spécifique est encore un défi important dans nos sociétés à cause de la représentation sociale que les autres ont des personnes vivant avec un handicap et ayant des besoins particuliers.

Bengaffour propose la mise en place d'un bilan évaluatif sur les capacités mentales des enfants à besoins spécifiques, permettant une meilleure orientation qui tient compte de leurs besoins. De même que la révision des dispositions relatives au système d'évaluation et à l'élaboration des examens scolaires adaptatifs aux besoins selon les textes réglementaires relatifs aux personnes en situation de handicap. Le défis de l'inclusion est relatif aux ressources humaines et matérielles comme c'est le cas pour les moyens financiers et la sensibilisation pour ce qui est de l'accès à l'éducation.

Il est nécessaire de promouvoir l'adaptation de l'aménagement adéquat d'un milieu de vie scolaire répondant aux besoins de ces enfants afin d'assurer la facilité de la vie scolaire pour les enfants ainsi que pour les auxiliaires de vie. Malgré que l'inclusion éducative fait désormais partie des préoccupations des pouvoirs publics au Cameroun, il est nécessaire que la société civile puisse elle- aussi apporter sa part de contribution à travers des actions communautaires qui rendent vulgaires et effective l'intégration des enfants à besoins spécifiques qui ont eux aussi le droit de prendre part à l'éducation et à la vie communautaire.

### **6.5.3. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 3**

Notre troisième hypothèse de recherche est la suivante : l'apprentissage coopératif transforme le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire. En ce qui la concerne, Bengaffour énumère les éléments de la réussite de l'intégration sur la base de la participation à travers l'art de faire converger les axes de la spécialisation et ceux de la prise en charge éducative par la valorisation des rôles que chaque enfant peut jouer. Il est question mettre sur pied des conditions de l'individualisation et de privilégier les conditions de différenciation dans les activités pédagogiques pouvant faciliter la valorisation, la participation et l'intégration de chaque enfant à l'intérieur d'un circuit.

Cette valorisation passe par l'attribution des rôles, l'adoption des aménagements pédagogiques différenciés faisant appel aux compétences du 21ème siècle ; il s'agit de la créativité,

l'innovation, la pensée critiques et les compétences de l'enseignement coopératif, l'échange d'expérience entre les acteurs afin de s'assurer du profit commun et individuel. Cette ambivalence crée paradoxalement des valeurs qui concourent à l'intégration et à la considération positive des acteurs de la société civile vis à vis des personnes en situation de handicap. L'apprentissage coopératif représente ainsi une stratégie à adopter dans la prise en charge éducative des enfants à besoins spécifiques dans le sens où il booste l'estime personnel, qui lui aussi contribue efficacement à éliminer les obstacles de la marginalisation.

Au regard de tout ce qui précède, nous constatons que les problèmes que rencontrent les personnes en situation de handicap sont d'abord d'ordre générale avant d'être spécifiques à chaque individu présentant un handicap. Par ailleurs, si les sociétés commençaient par revoir la façon dont elles perçoivent ce phénomène, les conséquences sociales seraient moins graves. Le véritable problème que connaît le handicap de nos jours est davantage centré sur la personne au détriment des aléas sociaux, car pour qu'une société soit incisive il faut que toutes les parties prenantes soient effectivement impliquées. Il est important de réaliser que la survenue du handicap dans la vie d'un individu concerne chacun de nous. Dans la mesure où toute personne valide représente un potentiel handicapé. Il est donc nécessaire que tout le monde s'implique dans l'inclusion en général afin de faciliter une société au sein de laquelle tout le monde est acteur et disposé à bénéficier des avantages qu'elle offre. Mainardi (2010, p.310) à ce sujet pense que

*" L'inclusion prétend que l'individu et les personnes qui s'occupent de son accompagnement et de ses droits et devoirs puissent bénéficier des acquis du système de la personne en situation de handicap et l'accessibilisation des occasions de développement et de vie communautaire. Cette prétention est de l'ordre d'une macrostructure et son influence est de type top-down et elle concerne le handicap de situation de toute personne. La pédagogie de l'accessibilisation doit être à la fois individualisée, singularisée et inclusive, bottom up et top down, et cela pour ne pas renfermer ni sur son versant spécialisé, ni exclusivement sur son versant " idéologique"*

## CONCLUSION

Notre travail avait pour ambition de montrer que la RBC détermine de vécu de l'IMC chez les enfants d'au âge scolaire. Il convenait de mettre en lumière l'impact des activités de RBC dans l'expérience de vie éducative de ces enfants à besoins spécifiques. A cet effet, une question de recherche et des questions spécifiques ont été formulées. A ces questions de la recherche, nous avons apporté des réponses péremptoires sous forme d'hypothèses de la recherche. Ces hypothèses, pour être éprouvées ont nécessité une descente sur le terrain où des données ont été collectées à l'aide de l'entretien et du handitest.

Les résultats ont fait l'objet d'analyse thématique. Nous avons pu démontrer que la facilitation de l'accès à l'éducation détermine le vécu des enfants IMC d'âge scolaire ; nous avons également démontré la facilitation de l'inclusion éducative détermine le vécu des enfants IMC d'âge scolaire. En outre, Il convenait de montrer comment l'apprentissage coopératif détermine le vécu des enfants IMC d'âge scolaire. Au regard de ces résultats, nous pouvons dire que notre question principale de recherche à bien été répondue. En effet, les activités de la réhabilitation à base communautaire déterminent le vécu de l'IMC chez les enfants d'âge scolaire.

Dès lors, lorsqu'on regarde le coût de la RBC à travers les moyens financiers qu'elle nécessite, la situation économique des pays africains n'étant pas suffisante pour subvenir aux besoins primaires. Est-il possible de trouver dans nos us et coutumes africaines, un mécanisme qui permet de préserver les valeurs de la RBC en diminuant son coût matériel et financier.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

### Dictionnaires

Dictionnaire du handicap (2020), dissem, illustration ISBN 2-859-52845-8

Dictionnaire français doctissimo (2010), studiidelingvistica.uoradea.ro

### Ouvrages

Atangana (2009). *Des us et coutumes de nos ancêtres à l'usage des jeunes générations*, p.118,1  
achevé d'imprimé chez ISI print isiprint@yahoo.fr

Banindjel, J. (2021). *Corps et handicap : théorie et pratiques*, l'hamattan

Bardin (1977), acupuncture for gouty arthritis: a systematic review and meta-analysis of  
randomized controlled trials, vol. 35 (1), pp.123- 124, presse.fr

Bengaffour (2020), pédagogie inclusive et lécanisme de prise en charge des enfants à besoins  
spécifiques, ISBN 2260- 5029

Djabea (2010), handicap moteur et capacité de résilience chez l'adulte camerounais : enjeux et  
représentations culturelles

Fransen (2008), évolution de l'ergothérapie en Tunisie : histoire d'une profession, journal of the  
association for research in otolaryngology, 9, 263- 276

Ki-Zerbo (1990), l'éducation en Afrique

Kremer, Lederlé et Maeder (2016), savoirs fondamentaux de l'orthophoniste (vol.1, de.lavoisier.

Lambert et Seron (1977). *La modification du comportement : théorie, pratique et éthique*, ed.  
Madargo

OMS, OIT, UNESCO & IDDC (2011). *Guide de RBC : module éducation*, ISBN 978 2 4254805 1, classification NLM : WB 320

OMS, OIT, UNESCO & IDDC (2011). *Guide de RBC : module santé*, ISBN 978 2 4254805 1, classification NLM : WB 320

OMS, OIT, UNESCO et IDDC (2011). *Guide de RBC : module social* ISBN 978 2 4254805 1, classification NLM : WB 320

Scialom, Giromini & Albaret (2015). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*

Tardieu (1984). *Le dossier clinique de l'IMC : méthode d'évaluation et application thérapeutique*, pp.7-30

Truscelli, Aufénil, Barbot, Mazeu, Le metayer, Malherbe, et Thuilleux (2008). *Les infirmités motrices cérébrales : réflexions et perspectives sur la prise en charge*, Elsevier Masson SAS

### **Articles et revues**

Bardin (1977). *L'analyse de contenu* de L. Bardin

Baudrit (2007). *Apprentissage coopératif/ apprentissage collaboratif : d'un comparatisme conventionnel à un comparatisme critique*, vol.40(115-136).

Berelson (1952), content analysis in communication research

Center Cameroon Cluster Program (2021), support de plaidoyer pour les organisations des personnes handicapées au Cameroun

Clot (2008), recherche fondamentale de terrain : une troisième voie

Collerette (1997). L'étude de cas au service de la recherche, cairn.info, psychanalyse.com

Davila et Dominguez (2010). *Format de types de discussion dans la recherche sociale qualitative*, 1(29), n, ISBN 1715- 8702

Fonkeng, Chaffi et Bomda (2014). *Précis et méthodologie de la recherche en science sociale*

- Crawittz (2001). *Platelet-activating factor acety lhydrolose activity coronary artery disease independly of systémic inflammation: and other risk*, <https://doi.org/10.1161/01.CIR.00001564.57.35971.C8>
- Haut-commissariat ses nations unies pour les réfugiés (2013). *Comprendre l'approche communautaire de la protection*
- Healt africa organisation (2018). *Rapport d'évaluation finale : projet réhabilitation à base communautaire des personnes en situation de handicap au Nord- Kivu en république démocratique du Congo " CBR Nord- Kivu*
- Inserm (2021). *Éthico as our compass for responsable biomédical and health research*
- Laidier (2018). *Les enfants en situation de handicap*, 95(33- 57), halSHS- 01 76 0773
- Les ergothérapeutes du Quebec (2023). *Description d'un projet pilote d'ergothérapie pédiatrie en milieu de garde et communautaire : de l'activité à la participation*
- Loi numéro 34/06/LC/MINESEC/MINAS du 2 Août 2006
- Mendor (2005). *Handitest 1- AP- P H*, institut médico-légal et université de Porto
- Menick (2015). *Les représentations sociales et culturelles du handicap de l'enfant en Afrique noire*, 54(30- 43), ISBN 0031- 6032
- Musoke & Geiser (2013). *Linking, disability and rehabilitation*
- Mvesomba (2020). *Effet de la volition chez les étudiants sur leurs intentions d'exercer une proffession*. initio 8 (1)- hal.science.
- Nissen et Wynn (2014). *The clinical case report: a rewiew of its merits and limitaions*, biomédicentralcom
- Nganwa (2017). *Les directives de la RBC : un point vers une société inclusive du cadre de développement post 2015*, ISBN : 978- 9970- 471-01-0

- Nguefack, Ngouo, Chiabi, Mah, Enoh, Enyama, & Mbonda (2015). Aspect cliniques et étiologiques des infirmités mortices cérébrales chez l'enfant à Yaoundé : à propos de 134 cas à l'hôpital gynéco- obstétrique de Yaoundé (Cameroun), *health Sci.Dis.*, vol 16 (1)
- OMS, OIT, UNESCO (2004). *RBC, une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, et de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées*, ISBN : 92-4-259 338- 2
- OMS, UNESCO, OIT, IDDC (2011). *Le guide de RBC comme outil du développement inclusif à base communautaire*, Pp.5-10
- ONU (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme* (article 23- 28)
- PROMHANDICAM- Association (2021). *Guide sur l'éducation inclusive*, pp.38-39
- Sandjock (2013), la réadaptation à base communautaire (RBC) : comme stratégie de lutte contre l'exclusion sociale des personnes handicapées de la commune de Mbalmayo, program manager
- Sakellariou et al (2006). *Effet of exercise réhabilitation program on heart rate recovery in patients with chronic heart faillure*
- Sedgwick (2012). *Multiple significance tests: The Bonferroni correction*
- Tchokoté, Tsala Tsala, & Scelles (2020). *Handicap moteur et capacité de résilience chez l'adulte camerounais : enjeux des représentations culturelles*, vol. numero 2
- World blind mission (2014). *Réadaptation à base communautaire*
- Djobo (2007). *Étude épidémio-clinique de l'infirmité motrice cérébrale (IMC) chez les enfants de 0- 14 ans dans les services de rééducation de Bamako à propoos de 203 cas.*
- Janicki (2021), infirmité mortice cérébrale et troubles visuo- spaciaux, HAL Id : dumas- 03484020
- David, M. (2013). Parcours scolaire et prise en charge médico- éducative des enfants avec déficiences intellectuelles légères, Science direct.com

50. Ndajo (2021). Le handicap moteur dans la ville de Yaoundé : trajectoires et expériences de vie.  
*Maurice-iqreSeaechJournal.com*
51. Ndjabo (2019). *L'expérience de l'incapacité motrice à Yaoundé au Cameroun : une analyse des perturbations biographiques*, HAL Id: tel- 02078750
52. Rakoto (2006). *Prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale à travers la réhabilitation à base communautaire*

# ANNEXES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
\*\*\*\*\*  
Paix – Travail – Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DES SCIENCES DE  
L'EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT D'EDUCATION  
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON  
\*\*\*\*\*  
Peace – Work – Fatherland  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF SPECIALIZED  
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...../22/UYI/FSE/VDSSE

## AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiante **MENYE ETOUNDI Appolonie Murielle**, Matricule 21V3130 est inscrite en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *EDUCATION SPECIALISEE*, Option : *HANDICAP PHYSIQUE*.

L'intéressée doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Elle travaille sous la direction du Pr **BOULLA MEVA'A Alain Roger**. Son sujet est intitulé : « *Réhabilitation à base communautaire et vécu de la surdi-mutité : une étude de cas* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir la recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le 02 JAN 2013

Pour le Doyen et par ordre



Etienne  
Professeur



N° 011 PHC-ASS/DG/SD/23

Yaoundé, le 17 JAN 2023

A  
Madame MENYE ETOUNDI Appolonie  
Murielle

**Objet : autorisation  
De collecte des données**

Madame,

Nous avons le plaisir de vous signifier notre accord pour une collecte des données au sein de PROMHANDICAM, pour une période de deux (02) mois à compter du 13 janvier jusqu'au 13 mars 2023.

Ladite collecte devra se faire dans la garantie du strict-respect de la confidentialité et de la non publication des informations collectées.

Par ailleurs, vous êtes tenue de produire un rapport que vous déposerez au secrétariat de direction de PROMHANDICAM à la fin de votre collecte.

Recevez, Madame, nos salutations cordiales



*Enoga Laurent*  
Directeur Général  
Promhandicam Association

**REPUBLIQUE DU CAMEROUN**

*Paix-Travail-Patrie*

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DE YAOUNDE I**

\*\*\*\*\*

**FACULTE DES SCIENCES DE  
L'EDUCATION**

\*\*\*\*\*



**REPUBLIC OF CAMEROON**

*Peace-Work-Fatherland*

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITY OF YAOUNDE I**

\*\*\*\*\*

**FACULTY OF EDUCATION**

\*\*\*\*\*

**ETRETIEN EN VUE DE L'APPRECIATION DE L'IMPACT DE LA RBC DANS LE VECU DE  
L'IMC CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE.**

THÈME 1- identification de la personne

THÈME 2- les activités de réhabilitation à base communautaire (RBC) en vue de la scolarisation des enfants  
IMC

THÈME 3- l'infirmité motrice cérébrale (IMC)

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION!!!

*Un instrument d'analyse et de  
mesure  
du handicap en quatre  
dimensions*

Selon le Système d'Identification et  
de Mesure du Handicap « S.I.M.H. »  
(Paris, Porto, Montréal, Tunis,  
Jérusalem, Padoue, Belgrade)



---

**HANDITEST**

Université Paris XII Val-de-Marne  
CHU Henri Mondor - AP-HP  
94010 CRETEIL France  
Institut Médico-légal et Université de Porto

Date de l'examen : ..... / ..... / .....

## Identification de la personne

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : M  F

Date de naissance : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

### Scolarité :

Structure préscolaire

Ecole ordinaire

Ecole adaptée

Non scolarisé

### Profession : .....

En activité professionnelle

En arrêt de travail

Sans activité professionnelle

Retraité

### Situation Familiale :

Célibataire  Marié  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) ou de personne(s) à charge : .....

Conjoint en activité professionnelle : oui  non

## Identification des pathologies

Maladies ou traumatismes	Date d'apparition	Pronostic		
		Stable	Amélioration	Aggravation
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

## Évaluation corporelle

### Modifications du corps : lésionnelles ou corporelles

Score 1 : échelle de sévérité pour le corps	
0	Aucune lésion

1	Lésion minimale
2	Lésion d'importance moyenne
3	Lésion importante
4	Lésion très importante

	Sévérité				
	0	1	2	3	4
Cérébrales					
Spinales (moelle épinière)					
Des organes de l'audition					
Des organes de la vision					
Des organes de la mastication					
De la face, de la tête et du cou					
Des organes de la déglutition					
Des organes de la phonation					
Des organes de l'olfaction					
De l'appareil respiratoire					
De l'appareil cardio-vasculaire					
De l'appareil urinaire					
Des organes digestifs y compris ano-rectaux					
Des glandes endocrines					
De l'appareil hématopoïétique et immunologique					
De l'appareil sexuel et de reproduction					
Du revêtement cutané					
Des organes de la sensibilité superficielle					
De la colonne vertébrale					
De la cage thoracique					
Du membre supérieur droit					
Du membre supérieur gauche					
Du membre inférieur droit					
Du membre inférieur gauche					

Taille : .....

Poids : .....

## Évaluation fonctionnelle

Score 2 : échelle de sévérité pour les capacités	
0	Pas de limitation fonctionnelle
1	Gêne ou inconfort sans limitation objectivable
2	Limitation fonctionnelle imposant l'utilisation d'une aide technique ou médicamenteuse
3	Limitation fonctionnelle imposant le recours à une aide humaine partielle
4	Impossibilité, ou recours total à une aide humaine

	Droitier <input type="checkbox"/>	Latéralité :		Sévérité					
		Gaucher <input type="checkbox"/>	Ambidextre <input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	
<b>Maintien</b>  <b>et</b>  <b>Déplacement</b>									
<b>Manipulation</b>  <b>Préhension</b>									
<b>Communication</b>									

<b>Cognition</b>	Capacité d'apprentissage			
	Orientation temporelle et spatiale			
<b>Affectivité</b>	Comportement			
	Affectivité			
<b>Contrôle des sphincters</b>	Contrôler l'émission d'urines			
	Contrôler l'émission de matières fécales			
<b>Sexualité Procréation</b>	Avoir des relations sexuelles			
	Procréer			
	Adaptation à l'effort physique			
	Mastication			
	Déglutition			
	Possibilité de toux efficace			
	Protection cutanée contre l'agression			
	Sommeil			
	Vigilance			

## Évaluation situationnelle

Score 3 : échelle de sévérité pour les situations de la vie	
0	Pas de difficulté
1	Gêne ou inconfort sans limitation objectivable
2	Handicap compensé par une aide technique
3	Handicap nécessitant le recours à une aide humaine partielle
4	Handicap total avec impossibilité nécessitant le recours à une aide humaine totale

		Sévérité				
		0	1	2	3	4
<b>Actes de la vie courante</b>	Manger et boire					
	Aller aux toilettes					
	Faire sa toilette					
	S'habiller et se déshabiller					
	Partie supérieure du corps					
	Partie inférieure du corps					
	Appeler en cas de détresse					

	Se mettre au lit et se lever du lit					
	Se déplacer à l'intérieur du logement					
	Faire ses activités domestiques					
	Ramasser un objet au sol					
	Ecrire					
	Téléphoner					
	Gérer son budget					
	Prendre ses médicaments					
	Sortir et entrer dans son logement					
	Monter ou descendre un escalier ou une pente					
	Faire ses courses et ses activités du dehors habituelles					
	Utiliser un moyen de transport commun					
	Utiliser un moyen de transport individuel					
	Avoir des relations affectives avec la famille					
	<b>Vie affective et sociale</b>	Avoir des relations affectives avec les amis et voisins				
		Pratiquer des activités de loisirs				
		Pratiquer des activités sociales non professionnelles				
		Exercer une activité professionnelle ou de formation				
	<b>Vie professionnelle et de formation</b>	Se déplacer vers son lieu de travail ou vers l'école				
Se déplacer sur son lieu de travail ou à l'école						
Etablir des relations adaptées avec ses collègues ou camarades						
Etablir des relations adaptées avec la hiérarchie ou les enseignants						
<b>État d'apparence et d'esthétique</b>	Être perçu par autrui comme inesthétique : 1 : léger ou discret, 2 : modéré compensable par des artifices, maquillages, vêtements... 3 : important avec modification du comportement de l'entourage 4 : très important avec obstacle majeur à la vie sociale					
<b>Contrainte de soins</b>	Nécessité de soins par des professionnels : 1 : une fois/mois 2 : une fois/semaine 3 : plusieurs fois/semaine 4 : tous les jours					

## Évaluation de la subjectivité

Score 4 : échelle de sévérité pour la subjectivité	
0	Pas de modification de la subjectivité
1	Retentissement subjectif minime
2	Retentissement subjectif moyen
3	Retentissement subjectif important
4	Retentissement subjectif très important

	Commentaires de l'évaluateur et de la personne évaluée	Sévérité				
		0	1	2	3	4
Point de vue sur les circonstances de la survenue de son état de personne en situation de handicap.						
Point de vue sur les modifications de son corps (se sent-elle "différente" ?)						
Point de vue sur l'état actuel de ses capacités fonctionnelles (se sent-elle diminuée ?)						
Point de vue sur les situations de handicap rencontrées (sentiment d'exclusion ?)						
Point de vue sur les possibilités d'évolution, de réadaptation.						
Souffrance :						
D'origine organique						
D'origine psychique						

## Le score final, échelle de sévérité globale

0	<b>Aucune pénibilité ni limitation</b>
1	<b>Handicap léger :</b> Inconfort, pénibilité.
2	<b>Handicap moyen :</b> Restriction nette d'activité avec fractionnement de l'activité ou une dépendance médicamenteuse, d'aide(s) technique(s) ou d'adaptation du milieu, sans dépendance d'aide humaine.

<b>3</b>	<b>Grand handicap :</b> Limitation importante des activités, nécessité d'aides humaines partielles (incitation, complément).
<b>4</b>	<b>Très grand handicap :</b> Très grande dépendance des aides humaines.

## Handitest et scores

Propositions d'utilisation des scores de 0 à 4 :

- Moyenne des scores S1 = score lésionnel
- Moyenne des scores S2 = score fonctionnel
- Moyenne des scores S3 = score situationnel
- Moyenne des scores S4 = score de subjectivité

Scores fonctionnels ou situationnels partiels (déplacement, communication, etc.) 0 à 4 ou 0 à 20 en multipliant par 5.

D'autres formules de calcul des scores ( $S2 + S3$ ,  $S1 + S2 + S3$ ) sont possibles. Elles permettent des comparaisons lors d'une évolution.

# MODALITÉS D'UTILISATION

## 1-Règles générales

Handitest est un instrument interactif qui inclut la pleine participation du patient et celle de sa famille.

Les réponses fournies (par exemple : se relever du sol, ou bien manger seul) peuvent l'être par le jugement de la personne évaluée, sa famille ou d'autres personnes par une observation directe dans le cadre d'un bilan d'ergothérapie, par exemple. Elles peuvent l'être aussi par déduction de simple bon sens (il est évident qu'on ne peut demander à un tétraplégique de monter un escalier ou de se relever seul du sol.)

Ce dispositif peut être étudié dans la petite enfance pour apprécier les évolutions depuis la naissance. On pourrait noter les situations de

handicap dans son environnement habituel, du fait de l'inadéquation des hauteurs de marche des escaliers, par exemple.

Le système de quantification s'appuie sur la notion de dépendance pour mesurer aussi bien l'état fonctionnel que l'état situationnel.

Ceci débouche directement sur l'étude du type de **compensation nécessaire** :

**0** : Pas de dépendance.

**1** : Inconfort dans la réalisation fonctionnelle ou d'une tâche particulière.

**2** : Limitation dans la réalisation, impliquant l'usage d'un médicament, d'une aide technique fonctionnelle ou situationnelle (prise d'appui, par exemple), ou d'une aide animale. La nécessité de pauses, de modification de la position (s'asseoir quand on est debout), sont des équivalents.

**3** : Une aide humaine est partiellement nécessaire.

**4** : La fonction ou la tâche est impossible ou doit être totalement compensée par une autre personne.

Une lecture horizontale du document permet de « tracer » une sorte de courbe qui, d'un coup d'œil, permet de situer la localisation des lésions, la typologie fonctionnelle et situationnelle, ainsi que le point de vue de la personne sur son état.

On dispose ainsi de quatre taux en faisant **la moyenne des taux des niveaux : lésionnel, fonctionnel, situationnel et de subjectivité.**

## **2-Les échelles de sévérité**

### **A - Échelle de sévérité pour le corps**

<b>1</b>	Modification minimale
<b>2</b>	Modification d'importance moyenne
<b>3</b>	Modification importante
<b>4</b>	Modification très importante

### **B - Échelle de sévérité pour les capacités**

0	Pas de limitation fonctionnelle
1	Pénibilité, inconfort sans limitation objective
2	Limitation fonctionnelle imposant une adaptation, l'utilisation d'une aide technique, animale, ou médicamenteuse
3	Limitation fonctionnelle imposant le recours à une aide humaine partielle
4	Impossibilité ou recours total à une aide humaine

### C - Échelle de sévérité pour les situations de la vie

0	Pas de difficulté
1	Pénibilité ou inconfort sans limitation objective
2	Handicap compensé par une adaptation, une aide technique ou animale
3	Handicap nécessitant le recours à une aide humaine partielle
4	Handicap total avec impossibilité nécessitant totalement le recours à une aide humaine

### D - Échelle de sévérité pour la subjectivité

0	Pas de modification de la subjectivité
1	Retentissement subjectif minime
2	Retentissement subjectif moyen
3	Retentissement subjectif important
4	Retentissement subjectif très important

## 3-Analyse item par item

Chaque item peut faire l'objet d'un commentaire particulier que l'on retrouve dans le « **Guide de passation** ».

# TABLE DE MATIERES

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION.....	9
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	10
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	11
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	11
1.1.1. Contexte.....	11
1.1.2. Justification.....	12
1.2. OBJET DE L'ÉTUDE.....	13
1.3. PROBLÈME DE LA RECHERCHE.....	14
1.3.1. Observations théoriques.....	16
1.3.1.1. Les prédicats posés par les droits de l'homme.....	16
1.3.1.2. L'apport de la RBC dans la réalisation des objectifs de la déclaration universelle des droits de l'homme.....	18
1.3.1.3. Le vécu de l'IMC selon la littérature scientifique.....	19
1.3.3. Position du problème.....	20
1.4. QUESTIONS DE L'ÉTUDE.....	21
1.5. HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE.....	21
1.5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	22
1.6. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE.....	22

1.6.1. Intérêt scientifique .....	22
1.6.2. Intérêt professionnel. ....	23
1.7. BUT ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE.....	23
1.7.1. But de l'étude.....	23
1.7.2. Pertinence de l'étude.....	23
1.8. DÉLIMITATION. ....	24
1.8.1. Délimitation spatiale.....	24
1.8.2. Délimitation temporelle.....	24
1.8.3. Thématique de l'étude.....	24
1.9. QUELQUES CONCEPTS ET DÉFINITIONS.....	25
1.9.1. RBC .....	25
1.9.2.IMC .....	25
1.9.3. Enfant d'âge scolaire. ....	26
CHAPITRE 2 : RÉHABILITATION À BASE COMMUNAUTAIRE (RBC) ET GESTION DE L'IMC .....	27
2.1. GÉNÉRALITÉS SUR LA RBC .....	27
2.2. LA SANTÉ.....	29
2.2.1. Observations générales .....	29
2.2.2. RBC et secteur de la santé. ....	30
2.3. L'ÉDUCATION.....	36
2.3.1. RBC et secteur de l'éducation .....	37
2.4. LA RBC ET LE DÉVELOPPEMENT INCLUSIF À BASE COMMUNAUTAIRE .....	42
2.5. PLAN D'ACTION DE MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS EN RBC. ....	43
2.6. QUELQUES POINTS D'ANCRAGE DE LA RBC DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IMC .....	44
2.6.1. Le rôle des agents de terrain. ....	45
2.6.2. L'implication de la famille et la communauté dans le vécu de l'IMC en RBC. ....	47
2.6.3. Les activités de RBC pour les enfants IMC.....	48
2.6.4. L'ergothérapie en RBC. ....	49
2.6.7. La psychomotricité en RBC.....	51
2.6.8. L'orthophonie en RBC.....	55

2.6.9. Poursuite du développement de la RBC. ....	57
CHAPITRE 3 : IMC ET PRISES EN CHARGE .....	59
3.1. LA CONSTRUCTION SOCIALE DU HANDICAP EN AFRIQUE .....	59
3.2. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DE L'IMC .....	64
3.2.1. Dans le monde et en Afrique. ....	64
3.2.2. Au Cameroun. ....	65
3.3. INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE (IMC) .....	68
3.3.1. L'IMC dans la littérature scientifique. ....	68
3.3.2. Etude nosographique et nosologique de l'IMC .....	69
3.3.2.1. Étude nosographique.....	69
3.3.2.2. Étude nosologique.....	72
3.3.2.3. L'hypotonie centrale.....	73
3.3.2.4. Les formes d'IMC selon la description de la topographie .....	74
3.3.3. L'étiologie de l'IMC .....	76
3.3.3.1. Les atteintes anténatales .....	76
3.3.3.2. Les atteintes prénatales.....	76
3.3.3.3. Les atteintes post-natales.....	78
3.3.4. Les signes cliniques de l'IMC. ....	82
3.3.4.1. Les symptômes de la quadri parésie .....	82
3.4. PRISES EN CHARGE.....	88
3.4.1. La prise en charge de l'IMC en zone occidentale. ....	88
3.4.2. La conception et la prise en charge de l'IMC en Afrique Noire Traditionnelle. ....	91
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE .....	94
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE .....	95
4.1. RAPPEL DE L'OBJET DE L'ÉTUDE ET DU PROBLÈME DE RECHERCHE. ....	95
4.1.1. Rappel du problème de recherche .....	95
4.1.2. Rappel de la question de recherche .....	95
4.1.3. Rappel de l'hypothèse générale .....	96
4.2. DESCRIPTION ET OPÉRATIONNALISATION DE L'HYPOTHÈSE GÉNÉRALE.....	96
4.2.1. La VI et sa description.....	96

4.2.2. La VD et sa description .....	97
4.2.3. Le tableau synoptique .....	98
4.3. LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE .....	99
4.4. LES CENTRES D'INTÉRÊT DE L'ÉTUDE .....	99
4.5. LA DÉMARCHE DE L'ÉTUDE .....	99
4.5.1. Le type de recherche : la recherche appliquée .....	100
4.5.2 L'approche de la recherche : hypothético- déductive .....	101
La méthode clinique .....	101
4.5.3. La méthode de la recherche : l'étude de cas .....	101
4.5.4. Les instruments et les outils de collecte de données .....	102
4.5.4.1. L'entretien clinique a visée de recherche .....	103
4.5.4.2. Le handitest .....	104
4.5.5. Déroulement de la collecte .....	105
4.5.6. Le temps requis .....	105
4.5.7. Méthode de traitement des données et analyse des résultats .....	106
4.5.7.1. La transcription .....	106
4.5.7.2. Le traitement des données .....	108
4.5.7.3. Les difficultés rencontrées .....	108
4.5.8. Les caractéristiques et la sélection de nos répondants .....	109
4.6. LE SITE DE L'ÉTUDE .....	110
4.6.1. L'objectif de la structure. ....	110
4.6.2. Organisation interne de la structure .....	111
4.7. LES DONNÉES EN RAPPORT AVEC L'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE .....	115
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....	117
5.1. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS EN RAPPORT AVEC LA VARIABLE INDÉPENDANTE .....	117
5.1.1. Présentation et analyse par rapport aux sous- thèmes de la VI. ....	117
5.1.1.1. Sous-thème 1 : la facilitation de l'accès à l'éducation .....	117
5.1.1.2. Sous-thème 2- la facilitation de l'inclusion éducative .....	120
5.1.1.3. Sous-thème 3- la facilitation de l'apprentissage coopératif .....	124
5.1.2. Tableau de synthèse de l'analyse thématique de contenu de la VI .....	127

5.2. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA VARIABLE DÉPENDANTE.....	128
5.2.1. Présentation des données en rapport avec le handitest .....	129
5.2.1.1. Le cas de Ebo.....	129
5.2.1.2. Le cas de Eyet.....	131
5.2.1.3. Le cas de Faïma .....	132
5.2.1.4. Le cas de Kas .....	135
5.2.1.5. Le cas de Yemg .....	137
5.2.2. Tableau de synthèse de l'analyse de contenus de la VD.....	139
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION .....	141
6.1. INTERPRÉTATION PAR RAPPORT À L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 1.....	141
6.2. INTERPRÉTATION PAR RAPPORT À L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 2.....	143
6.3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS PAR RAPPORT À L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 3 .....	145
6.4. INTERPRÉTATION PAR RAPPORT À L'HYPOTHÈSE GÉNÉRALE. ....	148
6.5. DISCUSSION.....	149
6.5.1. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 1.....	149
6.5.2. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 2.....	150
6.5.3. Discussion par rapport à l'hypothèse de recherche 3.....	151
CONCLUSION.....	152
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE .....	152
ANNEXES.....	152