

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

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

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE
EDUCATION ET DE L'INGENIEURIE EDUCATIVE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL

AND EDUCATIONAL SCIENCES

***** DOCTORAL UNIT OF

RESEARCH AND

TRAINING IN SCIENCES OF EDUCATION AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

SUJET : PREVENTION DES SURDITES ET QUALITE DE VIE DES ENFANTS DEFICIENTS AUDITIFS SUIVIS À ALDAC - CAMEROUN

Mémoire rédigé et soutenu publiquement le 22 juillet 2025.

Spécialité : Éducation Spécialisée

Option : Handicaps physiques, instrumentaux et conseils

Par :

BAGADEMA KYKY EGOLO Linda

Titulaire d'une Licence en Psychologie

Matricule : 22V3834

Sous la direction de :

Pr WAMBA André

(Maître de Conférence)

MEMBRE DU JURY

President du jury:

Pr NJENGOUE NGAMALEU.H.
Rodrigue

Rapporteur:

Pr WAMBA André
Maître de Conférence

Examineur:

Pr BANINDJEL Joachen
Maître de Conférence



JUILLET 2025

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	6
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	7
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	41
PARTIE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	57
CHAPITRE III : INSERTION THEORIQUE	58
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE	68
CHAPITRE V : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	81
CHAPITRE VI. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION.....	88
ET SUGGESTIONS.....	88
CONCLUSION GÉNÉRALE	88
RÉFÉRENCES.....	88
ANNEXES	88
TABLE DES MATIERE.....	88

A mes fils,
Rayan Astrid ZANG et Leonel Willy MELIBI ZANG.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes celles qui, de manière directe ou indirecte, ont participé à l'élaboration de cette étude. Spécifiquement :

- **Au Pr André WAMBA**, pour sa supervision, ses directives, son accompagnement, sa disponibilité et sa patience qui ont été déterminantes pour l'aboutissement de notre travail ;
- **A tous les enseignants du département d'éducation spécialisée**, pour leur enseignement, leur accompagnement et leurs conseils tout au long de notre parcours de Master ;
- **A l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive au Cameroun (ALDAC)**, pour la collaboration, la disponibilité et le partage d'informations de toute son équipe ;
- **A l'ensemble de la communauté sourde et malentendante du Cameroun en particulier et aux patients sous la conduite de l'ALDAC en particulier**, pour leur accessibilité qui nous a permis d'appréhender les enjeux et défis concrets en termes de prévention et de surdité au Cameroun ;
- **A tous mes collègues de promotion**, pour le sens d'équipe, l'entraide, le partage, le défi et la solidarité qui nous ont soutenus tout au long de cette formation ;
- **Au Pr DONG Thierry**, pour son inspiration et l'exemple qu'il constitue pour nous ;
- **A M. Serges FANKENG SEGHA**, pour son soutien constant ;
- **A ma famille**, pour leurs encouragements et leur appui ;
- **A toutes les personnes que nous n'avons pas citées spécifiquement**, mais qui ont joué un rôle significatif dans l'accomplissement de ce travail.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS

AAP : American Académie of Pediatrics
ALDAC : l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive Cameroun
APA : American Psychiatric Association
BIAP : Bureau International d'Audiophonologie
CDPH : Convention relative aux droits des personnes handicapées
CDE : Convention relative aux droits de l'enfant
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
CMV : cytomégalo virus
EHDI : Early Hearing Detection and Intervention
HAS : Haute Autorité de la Santé
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
LSC : langue des signes camerounaise
MINAS : Ministère des Affaires Sociales
MINSANTE : Ministère de la Santé Publique
OEA : otoémissions acoustiques
ODD : Objectifs de Développement Durable
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PEA : Potentiels Evoqués Auditifs
PNLMNT : Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
TORCH : toxoplasmose, rubéole, herpès, syphilis congénitale
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNHS : Universal Newborn Hearing Screening
VI : Variable Indépendante
VD : Variable Dépendante
WHOQOL : World Health Organization Quality of Life assessment
ZPD : Zone Proximale de Développement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des enfants	82
Tableau 2. Présentation des scores individuels (Tableau QDV-ALDAC).....	84
Tableau 3. Illustration par citations parentales	85
Tableau 4. D'analyse croisée. Prévention primaire et Inclusion sociale.....	86
Tableau 5 croisé. Diagnostic / Appareillage et Communication.....	87
Tableau 6 croisé. Réhabilitation et Scolarisation + Bien-être	87

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Siège annexe de l'ALDAC Yaoundé.....	71
Figure 2 : Facebook.....	72

RESUME

Cette étude analyse la prévention des surdités et son influence sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis par l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive au Cameroun (ALDAC). Elle s'inscrit dans un contexte national marqué par l'absence quasi généralisée de dépistage auditif néonatal systématique, malgré l'existence de textes juridiques nationaux (Loi n° 2010/002 et décret d'application de 2018) et d'engagements internationaux en faveur des droits des enfants et des personnes handicapées. L'objectif principal est d'évaluer comment les stratégies de prévention, primaire, secondaire et tertiaire, influencent le développement global, l'intégration sociale et le bien-être des enfants sourds. La recherche adopte une approche qualitative et descriptive, fondée sur une enquête de terrain menée auprès de 06 enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC accompagnés de leurs parents. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs avec les parents et analysées à partir d'indicateurs qualitatifs de la qualité de vie, incluant la communication, la scolarisation, la participation sociale et le bien-être émotionnel. Les résultats révèlent que plusieurs facteurs interagissent pour retarder le diagnostic de la surdité : la précarité économique des familles, les représentations socioculturelles stigmatisantes assimilant la surdité à une malédiction, l'insuffisance de structures spécialisées, le manque de matériel et l'absence de personnel formé. Ces obstacles conduisent à une prise en charge tardive, compromettant le développement langagier, la réussite scolaire, l'intégration sociale et l'estime de soi des enfants. À l'inverse, les enfants ayant bénéficié d'une intervention relativement précoce, notamment grâce aux initiatives de l'ALDAC (dépistage, appareillage, orthophonie et accompagnement psychosocial), présentent de meilleures capacités de communication, une insertion scolaire plus stable et une meilleure adaptation émotionnelle. Il est souligné la nécessité d'instaurer un dépistage auditif néonatal systématique, de renforcer la sensibilisation communautaire, de former les acteurs de santé et de l'éducation, et d'améliorer la coordination intersectorielle. En conclusion, cette recherche met en évidence que la prévention des surdités constitue un levier essentiel pour améliorer durablement la qualité de vie des enfants déficients auditifs et plaide pour une approche globale et inclusive adaptée au contexte camerounais.

Mots-clés : *prévention des surdités, déficience auditive, enfant déficient auditif, qualité de vie, inclusion.*

ABSTRACT

This study examines the prevention of hearing loss and its influence on the quality of life of hearing-impaired children followed by the Association for the Fight against Hearing Impairment in Cameroon (ALDAC). It is situated within a national context characterized by the near absence of systematic neonatal hearing screening, despite the existence of national legal frameworks (Law No. 2010/002 and its 2018 implementing decree) and international commitments regarding the rights of children and persons with disabilities. The main objective is to assess how primary, secondary, and tertiary prevention strategies influence the overall development, social integration, and well-being of deaf children. The research adopts a qualitative and descriptive approach, based on a field study conducted with six hearing-impaired children followed by ALDAC, accompanied by their parents. Data were collected through semi-structured interviews with parents and analyzed using qualitative indicators of quality of life, including communication, schooling, social participation, and emotional well-being. The findings reveal that several interacting factors contribute to delayed diagnosis of hearing loss, including families' economic vulnerability, sociocultural representations that stigmatize deafness as a curse, the lack of specialized facilities, insufficient equipment, and the absence of trained personnel. These constraints lead to late intervention, which compromises language development, academic achievement, social integration, and children's self-esteem. Conversely, children who benefited from relatively early intervention, particularly through ALDAC initiatives such as screening, hearing aid fitting, speech therapy, and psychosocial support, demonstrate better communication skills, more stable school integration, and improved emotional adjustment. The study highlights the urgent need to establish systematic neonatal hearing screening, strengthen community awareness, train health and education professionals, and improve intersectoral coordination. In conclusion, this research demonstrates that hearing loss prevention is a key lever for sustainably improving the quality of life of hearing-impaired children and advocates for a comprehensive and inclusive approach adapted to the Cameroonian context.

Keywords: *hearing loss prevention, hearing impairment, hearing-impaired child, quality of life, inclusion.*

INTRODUCTION GENERALE

L'accès à une éducation de qualité constitue un droit fondamental reconnu notamment par Convention relative aux droits de l'enfant et l'Objectif de Développement Durable 4 des Nations Unies, qui promeuvent une éducation inclusive et équitable pour tous (UNESCO, 2025). Pourtant, des millions d'enfants à travers le monde restent en marge des systèmes éducatifs, en raison de limitations physiques, sensorielles, sociales ou économiques. Parmi eux, les enfants présentant une déficience auditive constituent un groupe particulièrement vulnérable à l'exclusion scolaire et sociale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 430 millions de personnes nécessitent des services de réadaptation pour traiter une perte auditive invalidante, dont environ 34 millions sont des enfants. Ces chiffres témoignent de l'ampleur de la déficience auditive comme enjeu de santé publique et d'inclusion éducative. L'OMS estime qu'un pourcentage significatif des cas de surdité chez l'enfant, notamment liés à des infections ou des pratiques à risque, est évitable, ce qui met en évidence les failles des systèmes sociaux et de santé.

Dans les contextes à ressources limitées, comme c'est souvent le cas dans les pays du Sud, la déficience auditive a des conséquences disproportionnées. Elle peut entraîner un retard important dans le développement du langage oral, compromettre les apprentissages scolaires, nuire à la socialisation et entraver l'insertion future dans la vie professionnelle, compromettant ainsi le bien-être psychologique de l'enfant. L'enfant sourd devient non seulement un sujet confronté à une déficience sensorielle, mais un acteur social souvent marginalisé par l'absence de soutien adapté un enfant « qui n'est pas entendu socialement ». Or, lorsqu'elle est diagnostiquée précocement, la perte auditive peut être compensée par des interventions médico-éducatives adaptées, permettant à l'enfant d'acquérir des compétences linguistiques proches de celles de ses pairs entendants (OMS, 2021).

En Afrique subsaharienne, et plus spécifiquement au Cameroun, les défis sont nombreux. La littérature identifie parmi les facteurs de risque fréquents de la surdité infantile les infections (méningite, rougeole, rubéole), les complications périnatales, le manque de suivi postnatal systématique, et l'usage de médicaments ototoxiques sans surveillance stricte (OMS, 2021). À ces risques s'ajoutent deux obstacles majeurs : l'absence quasi généralisée de dépistage auditif néonatal systématique et une offre de soins audiolinguistiques extrêmement limitée, surtout en milieu rural. Dans ces conditions, de nombreux enfants ne sont diagnostiqués qu'après l'apparition d'un retard scolaire ou d'un trouble manifeste du langage, moment auquel une large part du potentiel d'apprentissage est déjà compromis.

Au Cameroun, la majorité des établissements scolaires sont des écoles « ordinaires » ne disposant que rarement des ressources humaines ou matérielles nécessaires à l'adaptation pédagogique pour les enfants sourds. Les enseignants ne sont généralement pas formés à l'éducation inclusive et ignorent souvent la langue des signes, ce qui limite la communication en classe. De plus, la stigmatisation du handicap auditif au sein des communautés et parfois même dans les écoles entraîne le retrait des enfants sourds des espaces d'interaction et de socialisation. Ces représentations, ancrées dans des croyances culturelles, font de la surdité une marque d'infériorité ou d'anormalité, ce qui constitue un frein important à la participation scolaire et au développement personnel de ces enfants (UNESCO, 2025).

Dans ce contexte, l'action d'acteurs spécialisés, comme Association de Lutte contre la Déficience Auditive Cameroun (ALDAC), revêt une importance cruciale. ALDAC accompagne les enfants sourds et leurs familles à travers des consultations, des appareillages auditifs quand les ressources le permettent, de l'orthophonie, ainsi qu'un soutien psychosocial. Cependant, la couverture demeure limitée, les contraintes financières et géographiques étant fortes, et l'accès dépend trop souvent de circonstances favorables : information en temps utile, possibilité de déplacement, appui d'un relais associatif, ou opportunité de bénéficier d'un don d'appareils.

Dans ces conditions, la prévention apparaît comme un levier indispensable pour améliorer de façon durable le vécu éducatif et social des enfants sourds. La prévention primaire, vaccination, suivi prénatal et périnatal, éducation parentale, vise à éviter la survenue du handicap. La prévention secondaire, via le dépistage précoce et le diagnostic rapide, permet d'intervenir avant que les conséquences sur l'apprentissage et le développement ne deviennent irréversibles. Enfin, la prévention tertiaire a pour objectif de réduire l'impact d'une déficience auditive installée, en garantissant l'accès à l'appareillage, à l'orthophonie, au soutien familial et à une scolarisation adaptée. Ces trois niveaux constituent une chaîne de développement et de protection : toute rupture dans cette chaîne peut avoir des effets cumulés sur la qualité de vie et les trajectoires scolaires de l'enfant.

Pourtant, très peu d'études menées au Cameroun articulent explicitement la prévention des surdités et la qualité de vie éducative des enfants déficients auditifs. Les recherches disponibles s'intéressent souvent aux aspects médicaux (audiométrie, appareillage) ou à l'enseignement en milieu spécialisé, avec peu d'analyse de la trajectoire éducative dans un contexte de scolarisation ordinaire. Il existe donc une lacune : comprendre comment les

stratégies de prévention influencent concrètement la capacité d'un enfant sourd à apprendre, interagir, participer à la vie de son école et à se construire comme élève à part entière.

Dans cette recherche, l'enfant déficient auditif est considéré comme un acteur éducatif. Sa qualité de vie dépend non seulement de son habilité sensorielle, mais aussi des dispositifs de soutien existants et de l'environnement d'apprentissage fréquenté. Il ne s'agit pas seulement d'étudier la déficience auditive comme une pathologie, mais d'interroger le vécu de l'enfant dans son quotidien, c'est-à-dire son accès à la communication, à l'école, à la socialisation, à la reconnaissance. L'approche choisie est celle d'une inclusion éducative réelle, qui prend en compte la diversité des besoins et des potentialités, conformément aux principes de l'éducation inclusive.

Sur le plan théorique, l'étude mobilise un cadre multidimensionnel : le modèle médical, qui explique la déficience et oriente les interventions thérapeutiques ; le modèle anthropologique, qui éclaire le poids des contextes culturels, des représentations sociales et des attitudes familiales ou communautaires ; et le modèle biopsychosocial, recommandé par l'OMS, qui considère le handicap comme résultant d'interactions entre déficience, environnement et participation. Ce dernier modèle est particulièrement pertinent pour analyser la qualité de vie et évaluer les effets des interventions préventives dans les domaines éducatifs, sociaux et émotionnels (OMS, 2021).

Ainsi posée, comment les stratégies de prévention des surdités influencent-elles la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun ? L'étude se fixe pour objectifs de décrire les parcours de prévention des enfants suivis, analyser l'impact des actions préventives sur la communication, la scolarisation et le bien-être ; et explorer les obstacles et facilitateurs rencontrés par les familles dans le cadre de l'éducation inclusive. Les hypothèses formulées constituent le cadre d'évaluation des trajectoires observées. L'originalité de cette recherche réside dans son orientation éducative, là où les études antérieures au Cameroun ont souvent limité leur regard à des dimensions biomédicales. Elle articule les trois niveaux de prévention dans une perspective de développement global, s'appuie sur une méthodologie qualitative pour capter l'expérience vécue, et place l'inclusion scolaire au centre de la réflexion, tout en prenant en compte la dimension psychosociale du handicap.

Ce mémoire se veut un outil de plaidoyer en faveur d'une transformation des pratiques éducatives et des politiques de santé publique au Cameroun pour intégrer le dépistage auditif dans le suivi néonatal, former les enseignants à l'éducation inclusive, rendre l'appareillage

accessible, institutionnaliser l'accompagnement psycho-pédagogique et lutter contre la stigmatisation. En d'autres termes, faire de la prévention des surdités un véritable levier d'égalité des chances éducatives pour tous les enfants, qu'ils entendent ou non.

Notre travail est structuré en chapitres complémentaires : cadre théorique, méthodologie, résultats empiriques, analyse discussion, recommandations. L'introduction témoigne de l'engagement de cette recherche pour une éducation inclusive, équitable et respectueuse de la diversité sensorielle. Elle affirme que la déficience auditive ne doit plus être un obstacle systémique à la scolarisation et à la participation sociale, mais un défi collectif, que l'on peut relever par la prévention, l'accompagnement et la reconnaissance des droits.

Mots-clés : déficience auditive, enfance, inclusion, prévention, qualité de vie.

PARTIE I : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre traite de la problématique inhérente à notre sujet, qui se structure autour de divers aspects tels que : le contexte et la justification de l'étude, le problème de l'étude, les questions des recherches, les hypothèses de recherche, les objectifs de l'étude, les intérêts et délimitations de l'étude et la clarification des concepts.

1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION

1.1.1. Contexte de l'étude

La surdité infantile constitue une problématique de santé publique mondiale qui concerne des millions d'enfants, impactant leur développement linguistique, cognitif, social et éducatif. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018), environ 34 millions d'enfants dans le monde souffrent de déficiences auditives, dont une majorité réside dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La prévalence et la prise en charge de la surdité infantile varient considérablement selon les régions géographiques, les ressources disponibles, et les politiques publiques en vigueur.

Au niveau mondial, les données indiquent que la surdité chez l'enfant est souvent sous-diagnostiquée, notamment dans les pays en développement où l'accès aux services de santé, au dépistage systématique et à la réhabilitation est limité. La majorité des cas de surdité infantile sont liés à des causes évitables ou traitables, telles que les infections périnatales (rubéole, méningite, toxoplasmose), les otites chroniques, l'exposition à des ototoxiques, ou encore la négligence lors de l'accouchement. En revanche, dans certains pays riches, la majorité des déficiences auditives sont de nature génétique ou liées à des anomalies congénitales détectables précocement.

Le Rapport mondial sur l'audition, publié par l'OMS (2021), apporte un éclairage précieux sur les enjeux actuels de la santé auditive. Ce document, bien que non contraignant juridiquement, recommande l'intégration de la santé auditive dans les politiques de santé publique, la mise en place de programmes de dépistage néonatal, la promotion de la formation des professionnels en audiologie, ainsi que le renforcement de la prévention des causes évitables de surdité (OMS, 2021). Enfin, les Règles standards des Nations unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées recommandent aux États de garantir l'accès à la rééducation auditive, à l'éducation inclusive ou spécialisée, et à la participation active dans la société. Ces instruments juridiques et politiques constituent un socle fondamental pour orienter les États vers des actions

plus inclusives et cohérentes en matière de prévention des surdités et d'amélioration de la qualité de vie des enfants déficients auditifs.

Les stratégies de dépistage varient largement à travers le monde. Dans de nombreux pays développés, le dépistage néonatal universel, utilisant des techniques telles que l'otoémission acoustique (OAE) et l'audiométrie par réponse du tronc cérébral (ABR), est généralement en place depuis plusieurs années. Ces programmes permettent de diagnostiquer la surdité avant l'âge de 6 mois, ce qui est crucial pour une intervention précoce efficace. Par exemple, au Royaume-Uni, le programme national de dépistage auditif chez le nouveau-né couvre plus de 98 % de la population, avec un suivi systématique.

En revanche, dans plusieurs régions en développement, le dépistage systématique reste limité, souvent réservé aux zones urbaines ou aux centres hospitaliers de référence. L'absence de programmes structurés, de formation spécialisée, et de ressources financières limite la détection précoce. Une étude menée par Olusanya et al. (2019) dans plusieurs pays africains souligne que moins de 10 % des enfants atteints de surdité sont diagnostiqués précocement, ce qui compromet leur développement langagier et leur inclusion scolaire.

Concernant la prise en charge, l'accès aux aides auditives, implants cochléaires, et aux services d'audiologie est encore un défi dans de nombreux pays. Les inégalités économiques, les faibles investissements dans la santé, et le manque de sensibilisation contribuent à des retards dans la réhabilitation. Par exemple, si en Europe et en Amérique du Nord la majorité des enfants avec une surdité grave peuvent bénéficier d'un implant cochléaire, ce n'est pas le cas dans plusieurs régions d'Asie, d'Afrique ou d'Amérique latine, où les coûts et le manque de centres spécialisés limitent l'accès.

L'impact de la surdité infantile sur le développement global de l'enfant est considérable. Sans intervention précoce, ces enfants risquent un retard dans le développement du langage, des difficultés scolaires, une isolation sociale, et une exclusion de la vie active à l'âge adulte (World Deafness Organization, 2020). La sensibilisation des familles, la formation des professionnels de santé, et la mise en œuvre de politiques publiques intégrées sont essentielles pour améliorer la situation mondiale.

En résumé, bien que les avancées technologiques et organisationnelles aient permis de réduire la prévalence de la surdité infantile évitable dans certains pays, la majorité des enfants dans le monde n'ont pas encore accès à un dépistage précoce et une prise en charge adaptée. La surdité infantile demeure une réalité préoccupante dans de nombreuses régions, notamment dans les

pays en développement, où l'insuffisance des ressources constitue un obstacle majeur. La poursuite des efforts internationaux, la mise en œuvre de programmes de dépistage universels, et l'amélioration de l'accès aux technologies auditives sont indispensables pour réduire l'impact de cette déficience sur la vie des enfants et favoriser leur inclusion sociale à l'échelle mondiale.

L'état des lieux de la surdité infantile en Europe, et plus spécifiquement en France, témoigne d'un progrès significatif dans la détection précoce, la prise en charge et l'intégration sociale des enfants déficients auditifs. Cependant, malgré ces avancées, certaines disparités persistent, soulignant à la fois les succès du continent en matière de politiques de santé auditive et les défis à relever pour garantir une égalité d'accès aux soins et à l'éducation spécialisée.

En Europe, la majorité des pays ont instauré des programmes de dépistage néonatal universel pour la surdité. Selon le rapport de l'European Cochlear Implant Group (ECIG, 2021), tous les pays membres ont mis en place des stratégies de dépistage auditif systématique pour les nouveau-nés, utilisant principalement l'otoémission acoustique (OAE) et les réponses auditives du tronc cérébral (ABR - Auditory Brainstem Response). Ces dispositifs permettent une détection précoce, idéalement avant l'âge de 6 mois, période cruciale pour l'intervention afin de favoriser le développement du langage et l'intégration sociale. En France, cette politique est bien établie depuis le début des années 2000 avec le Programme de dépistage néonatal universel. Selon le rapport du Ministère des Solidarités et de la Santé (2022), le dépistage auditif néonatal y est systématique, avec une couverture quasi-universelle de plus de 98 % des nouveau-nés. La détection précoce permet ainsi d'intervenir rapidement, notamment par la pose d'aides auditives ou d'implants cochléaires pour les cas graves, et par une rééducation adaptée.

Malgré ces dispositifs, la prévalence exacte de la surdité infantile en France reste difficile à préciser en raison des différences dans la définition et la collecte des données. Selon une étude de Duvivier et al. (2018), la prévalence de la surdité sévère ou profonde chez les enfants est estimée à environ 1,2 pour 1000 naissances, ce qui est comparable à la moyenne européenne. Cependant, la majorité des déficiences auditives détectées sont désormais de degré léger ou modéré, souvent liées à des otites chroniques ou des infections périnatales. La surveillance et le suivi continu sont assurés par le réseau national de dépistage et par des centres spécialisés, tels que les Centres de référence pour la surdité et l'implantation cochléaire.

Sur le plan de la prise en charge, la France dispose d'un dispositif avancé avec un accès facilité aux aides auditives, aux implants cochléaires, et à une gamme de services de rééducation. Selon les données de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2021), environ 1 000 implants cochléaires

sont implantés chaque année en France, ce qui témoigne d'une politique proactive pour améliorer la communication et la qualité de vie des enfants déficients auditifs graves. Ces dispositifs sont souvent couverts à 100 % par l'assurance maladie, ce qui limite les disparités socio-économiques. Par ailleurs, la France a développé une offre éducative spécialisée dans ses structures publiques, favorisant l'intégration scolaire grâce à des classes adaptées, des interprètes en langue des signes, et des dispositifs de communication alternatifs.

Cependant, des défis persistent. La coordination entre les différents acteurs (médecins, audioprothésistes, orthophonistes, éducateurs spécialisés) reste perfectible, notamment dans les zones rurales ou sous-dotées en ressources. Par ailleurs, la sensibilisation des familles et leur accompagnement psychologique et social restent essentiels pour garantir une prise en charge globale et adaptée. La question de l'intégration scolaire et sociale demeure un enjeu, particulièrement pour les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés ou issus de régions isolées.

En résumé, en France comme en Europe, la situation de la surdité infantile a considérablement évolué grâce à la mise en œuvre de programmes de dépistage systématique, à une offre de soins spécialisée dense, et à une volonté politique affirmée d'intégration sociale. Toutefois, afin de poursuivre ces progrès, il est nécessaire d'assurer la pérennité de ces dispositifs, de réduire les inégalités territoriales et sociales, et d'adapter continuellement les stratégies en fonction des avancées technologiques et des besoins spécifiques des enfants et de leurs familles.

Aux États-Unis, l'état actuel de la surdité infantile reflète à la fois une avancée significative dans la détection précoce, une disponibilité accrue des technologies d'aide auditive et d'implant cochléaire, ainsi que des disparités régionales et socio-économiques qui persistent. La situation diffère selon les États, en fonction de leurs ressources, de leurs politiques de santé publique et de leur organisation du système de soins. Une analyse détaillée permet d'apprécier les progrès réalisés, tout en identifiant les défis encore à relever pour assurer une prise en charge équitable et efficace de la surdité chez les enfants.

Tout d'abord, il convient de souligner que la détection précoce de la surdité infantile constitue une priorité nationale aux États-Unis, inscrite dans le cadre du Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) program, lancé en 2000 par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ce programme vise à dépister tous les nouveau-nés dans les 1 à 3 mois après la naissance, avec une référence vers une prise en charge spécialisée avant l'âge de 6 mois, conformément aux recommandations de l'American Academy of Pediatrics (AAP). Selon le

rapport annuel de 2022 du CDC, environ 98 % des nouveau-nés américains sont dépistés pour la surdité, un taux très élevé qui témoigne de l'engagement du pays dans la détection précoce (CDC, 2022).

Au niveau national, la prévalence de la surdité chez l'enfant est estimée à environ 1 à 2 pour 1 000 naissances, pour les cas de déficience auditive sévère à profonde. Ces chiffres, issus d'études épidémiologiques comme celles de Tharpe et al. (2019), indiquent qu'environ 400 000 enfants américains vivent avec une déficience auditive significative. Cependant, des disparités existent selon les régions, les origines socio-économiques, et l'accès aux ressources. Par exemple, dans certains États du Sud ou du Midwest, où les ressources en centres spécialisés sont moins nombreuses, la prise en charge peut être retardée ou incomplète.

Les technologies d'aides auditives, les implants cochléaires et les services d'audiologie sont généralement accessibles dans les régions métropolitaines. L'implant cochléaire, en particulier, constitue une avancée majeure, avec environ 20 000 implants posés chaque année à l'échelle nationale (Cochlear Corporation, 2023). La disponibilité de ces dispositifs, couverte par l'assurance maladie (Medicaid, Medicare, assurances privées), permet une amélioration significative du développement du langage et de l'intégration sociale des enfants concernés. Toutefois, des inégalités persistent, notamment en ce qui concerne l'accès dans les zones rurales ou chez les populations à faibles revenus, où les barrières financières ou géographiques limitent souvent la prise en charge précoce.

Une autre dimension importante concerne l'accompagnement éducatif et social. Aux États-Unis, la loi IDEA (Individuals with Disabilities Education Act) garantit le droit à une éducation inclusive ou spécialisée pour les enfants sourds ou malentendants. De nombreux États ont mis en place des programmes de formation en langue des signes, des écoles spécialisées, ainsi que des services de soutien pour les familles. Cependant, la qualité de ces services varie sensiblement d'un État à l'autre, certaines régions étant mieux équipées que d'autres pour assurer une intégration optimale.

Malgré ces avancées, plusieurs défis persistent. La sensibilisation des familles, la coordination entre les différents acteurs (médecins, audioprothésistes, orthophonistes, éducateurs spécialisés), et la réduction des inégalités sociales sont des enjeux majeurs. En particulier, les populations minoritaires ou à faible revenu ont souvent un accès limité aux soins spécialisés, accentuant les risques de retard dans la détection et la prise en charge. Selon une étude de Tennant et al. (2021), les enfants issus de communautés défavorisées ont moins souvent accès

à des interventions précoces, ce qui peut compromettre leur développement langagier et leur inclusion scolaire à long terme.

En conclusion, aux États-Unis, la situation de la surdité infantile bénéficie d'un cadre solide de dépistage systématique, de technologies avancées et de lois protectrices, avec des progrès notables dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants sourds ou malentendants. Cependant, des disparités régionales, socio-économiques et culturelles subsistent, soulignant la nécessité de poursuivre les efforts pour garantir une prise en charge équitable et intégrée à l'échelle nationale. Les politiques publiques, combinées à la recherche et à l'innovation technologique, continueront à jouer un rôle clé dans l'optimisation du suivi et de l'intégration des enfants avec déficience auditive à travers le pays.

En Afrique, la surdité infantile constitue une problématique de santé publique encore largement sous-estimée et sous-quantifiée, en raison notamment de la faiblesse des systèmes de dépistage, du manque de données fiables, et des défis socio-économiques propres à la région. Cependant, la prévalence de la déficience auditive chez les enfants y est généralement considérée comme supérieure à celle des pays à revenu élevé, en partie en raison des conditions de santé périnatale, des infections évitables, et du faible accès aux soins spécialisés.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018), environ 34 millions d'enfants dans le monde souffrent de déficiences auditives, et l'Afrique, en dépit du manque de données précises, représenterait une part importante de cette proportion, notamment dans les régions rurales et défavorisées. La prévalence de la surdité chez l'enfant en Afrique est estimée à environ 2 à 4 pour 1 000 naissances, ce qui dépasse la moyenne mondiale et témoigne des conditions particulières de santé publique de la région. La majorité de ces déficiences sont de degré léger à modéré, mais une proportion significative de cas graves ou profonds est également observée, souvent liée à des infections périnatales ou à des otites chroniques non traitées.

L'un des principaux défis en Afrique est l'absence systématique de dépistage néonatal universel. Dans plusieurs pays, le dépistage auditif est encore une exception limitée aux centres urbains ou aux établissements de référence. La majorité des enfants atteints de surdité ne sont pas diagnostiqués précocement, ce qui retarde leur intervention et limite leur développement linguistique et social. Par exemple, une étude menée par Olusanya et al. (2019) dans plusieurs pays africains, dont le Nigeria, estime que moins de 10 % des enfants sourds sont détectés avant l'âge de 2 ans, et que la plupart restent non diagnostiqués jusqu'à des années plus tard.

Les causes principales de la surdité infantile en Afrique sont liées à des facteurs évitables ou traitables, notamment : les infections périnatales (rubéole, toxoplasmose, méningite), les otites chroniques, l'utilisation d'ototoxiques, et les conditions socio-économiques précaires qui favorisent la malnutrition, la négligence, ou l'absence de soins médicaux. Les infections virales ou bactériennes, souvent prévalentes dans les zones rurales ou sous-développées, représentent une cause majeure de déficience auditive irréversible. Par ailleurs, la consanguinité et les maladies génétiques sont aussi des facteurs contributifs dans certains sous-groupes de population.

En termes de prise en charge, l'accès aux aides auditives, implants cochléaires, et services d'audiologie est très limité dans la majorité des pays africains. La plupart des programmes de réhabilitation existent à l'échelle locale ou communautaire, mais leur couverture est faible, souvent limitée à quelques centres urbains. La faiblesse des ressources financières, le manque de professionnels spécialisés, et l'insuffisance de sensibilisation des familles freinent la mise en œuvre de dépistages précoces et de programmes d'intervention efficaces. Par exemple, dans plusieurs régions rurales du Kenya ou du Sénégal, la majorité des enfants sourds ne bénéficient d'aucune intervention, ce qui aggrave leur exclusion sociale.

L'impact socio-économique de la surdité infantile en Afrique est considérable. L'absence de détection et de réhabilitation précoces compromet le développement langagier, limite l'accès à l'éducation, et réduit les chances d'intégration socio-professionnelle à l'âge adulte. La stigmatisation et les croyances culturelles contribuent aussi à la marginalisation de ces enfants. Selon l'UNICEF (2018), l'intégration scolaire et sociale des enfants déficients auditifs reste un défi majeur dans plusieurs pays, notamment en raison du manque d'écoles inclusives, de formateurs spécialisés, et de ressources adaptées.

Face à cette situation, plusieurs initiatives communautaires, associatives et gouvernementales tentent de renforcer la détection précoce et la prise en charge. La mise en place de programmes pilotes de dépistage dans certains pays, la formation de personnels de santé locaux, et la sensibilisation des familles constituent des premières étapes importantes. Cependant, pour une amélioration significative, il est essentiel que les gouvernements africains investissent davantage dans la santé auditive, développent des infrastructures spécialisées, et intègrent la lutte contre la surdité dans leurs politiques de santé publique.

En somme, la surdité infantile en Afrique est un problème de santé publique majeur, caractérisé par une prévalence élevée, une détection souvent tardive, et une prise en charge limitée. Les causes évitables, telles que les infections et les otites, en font un enjeu de prévention prioritaire. La réduction de cette charge passe par la mise en œuvre de programmes de dépistage systématiques, l'amélioration de l'accès aux soins, la sensibilisation des populations, et le développement de solutions adaptées au contexte socio-économique régional.

Au Cameroun, la prise en charge des personnes en situation de handicap, y compris celles atteintes de déficience auditive, est encadrée par un ensemble de textes législatifs, réglementaires et politiques qui traduisent l'engagement de l'État en faveur de l'inclusion et de la protection sociale. Toutefois, leur mise en œuvre effective reste encore partielle et confrontée à de nombreux défis. La Loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées constitue le principal instrument juridique national dans ce domaine. Cette loi reconnaît les droits fondamentaux des personnes handicapées à l'éducation, à la santé, à l'emploi, à l'accessibilité et à la participation citoyenne. Elle prévoit, en son article 6, des mesures spécifiques pour garantir l'accès aux soins adaptés, notamment en matière de rééducation fonctionnelle, de fourniture de dispositifs médicaux et de suivi médical spécialisé. L'article 25 insiste sur l'aménagement des établissements scolaires et la formation des enseignants pour favoriser l'inclusion scolaire des enfants handicapés, y compris les enfants sourds ou malentendants. Le Décret d'application n° 2018/6233/PM du 26 juillet 2018 vient compléter cette loi en précisant les modalités de mise en œuvre des droits des personnes handicapées. Il prévoit notamment la création de structures de prise en charge, l'élaboration de programmes de rééducation et la formation de professionnels spécialisés. En matière de santé publique, le Plan stratégique national de lutte contre les maladies non transmissibles 2021-2025 inclut une section sur les troubles sensoriels, dont les troubles auditifs. Il met l'accent sur la prévention primaire (vaccination, sensibilisation sur les médicaments toxiques, dépistage précoce), la réduction des facteurs de risque, et la promotion de l'éducation sanitaire au sein des communautés.

Les causes de la surdité chez l'enfant au Cameroun, comme dans beaucoup d'autres régions d'Afrique subsaharienne, sont principalement liées à des facteurs évitables ou traitables. Les infections comme la rubéole, le toxoplasme, ou la méningite, souvent contractées durant la période périnatale ou durant la petite enfance, sont des causes majeures de déficiences auditives. De plus, les otites chroniques non traitées, la malnutrition, la négligence et le manque d'accès

à des soins spécialisés jouent un rôle important dans la survenue et la progression des déficiences auditives.

En matière de prise en charge, le nombre de centres spécialisés dans l'audiologie et l'implantation cochléaire est très limité. La majorité des enfants qui bénéficient d'une réhabilitation utilisent des aides auditives, souvent importées, mais leur accès reste coûteux et réservé à une élite ou à des zones urbaines. Sur le plan éducatif, la Stratégie sectorielle de l'éducation et de la formation 2013-2020, bien que désormais en cours de révision, encourage le développement de l'éducation inclusive. Elle reconnaît le droit des enfants handicapés à bénéficier d'un parcours scolaire adapté à leurs besoins. Toutefois, dans les faits, l'accès des enfants sourds à l'éducation reste confronté au manque d'enseignants formés à la langue des signes camerounaise (LSC) et à l'insuffisance de structures spécialisées. Enfin, le Cameroun dispose de structures administratives telles que la Direction de la Promotion des Personnes Handicapées au sein du Ministère des Affaires Sociales (MINAS), qui coordonne les politiques nationales relatives au handicap, y compris les campagnes de sensibilisation et les appuis ponctuels à l'accessibilité aux aides auditives. Malgré cela, l'intégration scolaire et sociale demeure un défi, notamment dans un contexte où l'insuffisance d'écoles inclusives, le manque de personnels formés, et la stigmatisation sociale freinent une inclusion effective. La sensibilisation des familles et des acteurs communautaires sur l'importance du dépistage et des soins précoces est encore insuffisante.

Face à ces défis, plusieurs initiatives d'ONG locales et internationales à l'instar de l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive au Cameroun (ALDAC) ont été lancées. Par exemple, des programmes de formation de personnels de santé, la sensibilisation des populations dans certaines régions, campagne de dotation des aides auditives et le développement de centres de référence pour la prise en charge de la surdité. Cependant, la portée reste limitée, et une stratégie nationale intégrée demeure à élaborer pour une meilleure prise en charge de la déficience auditive infantile.

En conclusion, la situation de la surdité infantile au Cameroun est caractérisée par une prévalence estimée à environ 1,5 pour 1000 naissances, une détection tardive dans la majorité des cas, et une prise en charge encore insuffisante. La majorité des causes sont évitables ou traitables, soulignant l'urgence de renforcer la prévention, le dépistage systématique, l'accès aux dispositifs d'aide et à la rééducation, ainsi que l'intégration scolaire et sociale. La mobilisation des ressources, la formation des professionnels, la sensibilisation communautaire

et le développement d'un cadre politique cohérent sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des enfants déficients auditifs au Cameroun.

1.1.2. Justification du choix du sujet

Le choix de notre sujet d'étude se justifie à trois niveaux, à savoir : les justifications scientifiques, sociales et personnelle.

1.1.2.1. Sur le plan scientifique

La nécessité d'une recherche approfondie sur la surdité infantile et la qualité de vie repose sur un solide ensemble de justificatifs scientifiques, qui soulignent l'impact de cette déficience sur le développement global de l'enfant. Les justificatifs scientifiques d'une recherche sur la surdité infantile et la qualité de vie au Cameroun reposent sur un corpus de données sont essentiels pour démontrer l'intérêt, la nécessité, et la pertinence d'une telle étude dans le contexte spécifique du Cameroun, où la situation sanitaire, les ressources et les dynamiques sociales diffèrent sensiblement de celles des pays à revenu élevé.

Les études épidémiologiques montrent qu'au Cameroun, comme dans la plupart des pays africains, la prévalence réelle de la surdité infantile demeure sous-estimée, faute de programmes de dépistage systématiques et de bases de données fiables. Cependant, la littérature locale et régionale indique qu'un nombre significatif d'enfants souffre de déficiences auditives non détectées à temps, ce qui compromet leur développement linguistique, cognitif et socio-émotionnel. Les données issues de l'étude de Tchounga et al. (2019) justifient la nécessité de mener une recherche pour mieux documenter l'ampleur de la problématique spécifique au contexte camerounais.

Les études internationales et africaines attestent que la surdité impacte significativement la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Toutefois, peu de recherches ont été menées au Cameroun pour quantifier ces effets dans le contexte local, où des facteurs socio-culturels, économiques et éducatifs influencent fortement l'expérience vécue par les enfants et leurs proches. La littérature souligne que la stigmatisation sociale, le manque d'écoles inclusives, l'insuffisance d'accès aux dispositifs d'aide (aides auditives, implants cochléaires), et la faiblesse des ressources en personnel spécialisé aggravent le handicap et réduisent la qualité de vie (Njeugou et al., 2017). Documenter ces enjeux locaux, en intégrant les dimensions culturelles et sociales, constitue une justification scientifique forte pour une étude ciblant la situation spécifique du Cameroun.

Les données empiriques indiquent que la prise en charge de la surdité en zone rurale ou dans les régions moins développées est insuffisante, en raison du manque de centres spécialisés, de moyens financiers, et de sensibilisation. Les enfants en situation de déficience auditive profitent souvent de peu ou pas d'interventions précoces, ce qui aggrave leur handicap et leur isolement social (Akono et al., 2018). La recherche permettrait d'évaluer concrètement l'état actuel des services, leur accessibilité, et leur impact sur la qualité de vie, fournissant ainsi des données indispensables pour orienter les politiques publiques.

Les études internationales insistent sur le lien étroit entre la détection précoce, la réhabilitation adaptée (aides auditives, implants), et la qualité de vie (Eiser et al., 2001). Au Cameroun, où ces dispositifs sont peu accessibles, la recherche peut montrer comment l'amélioration de la prise en charge globale, y compris du point de vue psychosocial, peut transformer la vie des enfants et de leurs familles. Cela justifie une étude qui combine aspects médicaux, éducatifs, sociaux et psychologiques pour élaborer des stratégies adaptées au contexte local.

Les disparités sociales et géographiques au Cameroun accentuent les inégalités dans l'accès aux soins et à l'éducation spécialisée. La recherche permettrait d'identifier les obstacles spécifiques rencontrés par les enfants issus de milieux défavorisés ou éloignés des centres de référence, et de proposer des recommandations pour réduire ces inégalités. Elle s'inscrit ainsi dans la logique de la santé universelle et du développement durable (Objectifs 3 et 10 de l'Agenda 2030).

En définitive, les justificatifs scientifiques d'une recherche sur la surdité infantile et la qualité de vie reposent sur plusieurs piliers qui justifient donc la conduite d'une recherche approfondie, non seulement pour améliorer la compréhension des enjeux, mais aussi pour élaborer des interventions adaptées, efficaces et équitables, visant à améliorer la vie des enfants sourds à travers le monde en général et au Cameroun en particulier.

1.1.2.2. Sur le plan social

Les justificatifs sociaux d'une recherche sur la surdité infantile et la qualité de vie au Cameroun reposent sur des enjeux liés à la cohésion sociale, à l'inclusion, à l'équité et au développement communautaire. Ces justifications s'appuient sur la compréhension que la déficience auditive chez l'enfant, dans le contexte camerounais, n'est pas seulement un enjeu médical, mais aussi un phénomène social qui influence la vie des familles, des communautés et du pays tout entier.

Au Cameroun, comme dans plusieurs pays en développement, la stigmatisation, la marginalisation et l'exclusion sociale des enfants sourds sont des réalités courantes. Les enfants atteints de déficience auditive font souvent face à des obstacles dans leur scolarisation, leur participation aux activités communautaires, et leur intégration dans la société. La recherche peut fournir des données précises pour promouvoir des politiques et des programmes d'éducation inclusive, favorisant leur participation pleine et équitable. En ce sens, cette recherche répond à une exigence sociale d'équité et d'égalité des chances, en particulier dans un contexte où l'accès à l'éducation spécialisée demeure limité.

Les attitudes sociales, souvent marquées par des préjugés, alimentent la stigmatisation des enfants sourds et de leurs familles. Cette recherche permet d'identifier les perceptions sociales, les croyances culturelles et les comportements discriminatoires qui entravent l'intégration et le bien-être de ces enfants. Ces données sont essentielles pour élaborer des stratégies de sensibilisation, de sensibilisation communautaire et de lutte contre l'exclusion, en vue de construire une société plus tolérante et inclusive.

Les inégalités économiques et géographiques amplifient souvent les vulnérabilités liées à la surdité. Les enfants issus de milieux défavorisés ou vivant dans des régions rurales ont moins accès aux services de dépistage, de réhabilitation, et d'éducation spécialisée. La recherche peut révéler ces disparités, justifiant des actions ciblées pour réduire les écarts, favoriser la justice sociale et promouvoir un développement équilibré sur l'ensemble du territoire camerounais.

Une société inclusive où tous ses membres, y compris les enfants sourds, peuvent participer activement à la vie sociale contribue au renforcement de la cohésion sociale. Cette recherche peut éclairer les mécanismes pour favoriser l'intégration sociale, renforcer la solidarité communautaire, et mobiliser les acteurs locaux et institutionnels dans une approche participative. Elle s'inscrit ainsi dans une logique de développement communautaire durable.

Les résultats de la recherche peuvent servir à informer et responsabiliser les familles, les enseignants, les responsables politiques, et la société civile. Elle contribue à changer les perceptions, à valoriser la diversité auditive, et à encourager la participation collective à la promotion des droits et de la qualité de vie des enfants sourds. Ceci est crucial dans un contexte où la connaissance de la déficience auditive reste limitée, et où les croyances culturelles peuvent freiner l'accès aux soins et à l'éducation.

Ces justificatifs sociaux soulignent que la recherche ne doit pas seulement être une démarche scientifique, mais aussi une démarche engagée visant à transformer positivement la société

camerounaise en œuvrant pour l'inclusion et la reconnaissance des droits fondamentaux de tous ses membres.

1.1.2.3. Sur le plan personnel

Les justificatifs personnels d'une recherche sur la surdité infantile et la qualité de vie au Cameroun relèvent de nos motivations, expériences, valeurs et engagements personnels. Animée par une volonté profonde d'améliorer la qualité de vie des enfants en situation de handicap auditif et de contribuer au développement d'une société plus inclusive, nous avons la conviction que chaque enfant mérite d'avoir accès aux droits fondamentaux, tels que l'éducation et l'intégration sociale. Notre expérience vécue, en tant que parent d'un enfant déficient auditif dans un contexte camerounais nous a permis de mieux comprendre les enjeux, de sentir l'urgence ou la nécessité d'apporter des solutions, et de nourrir une empathie sincère pour cette population. Dans ce sens nous nous sentons responsable de contribuer à la réduction des inégalités sociales, à la lutte contre la stigmatisation et à l'amélioration des politiques publiques dans notre pays. La conviction que cette recherche servira à faire avancer la société et à défendre les droits des enfants vulnérables constitue un justificatif moral fort.

Le désir d'apporter des données contextuelles et pertinentes, propres au Cameroun, plutôt que de se limiter à des approches génériques ou importées, justifient également notre démarche personnelle. La connaissance intime du contexte socioculturel, linguistique et socio-économique du Cameroun nous confère une responsabilité particulière dans cette recherche.

Enfin, cette recherche s'inscrit dans une démarche de formation, de développement de compétences et d'approfondir de nos connaissances en participant activement à la résolution d'un problème sociétal majeur.

Ces justificatifs personnels enrichissent la démarche notre recherche en lui conférant une dimension responsable, engagée et sincère, essentielle pour mobiliser des ressources, fédérer des partenaires et garantir la pertinence des résultats obtenus.

1.2. CONSTAT ET PROBLEME DE L'ETUDE

1.2.1. Constats

Les constats concernant la qualité de vie des enfants déficients auditifs au Cameroun révèlent une situation marquée par plusieurs enjeux sociaux, médicaux et éducatifs, qui illustrent à la fois les défis spécifiques à ce contexte et les réalités vécues par ces enfants et leurs familles. Elle doit être analysée dans ses multiples dimensions, notamment à l'école, dans les églises, et

sur le plan social. Ces sphères sont essentielles pour leur développement global, leur inclusion sociale et leur épanouissement personnel. Cependant, dans le contexte camerounais, ces domaines restent souvent marqués par des défis spécifiques liés à l'insuffisance de politiques inclusives, à la faible sensibilisation communautaire et à un manque de ressources adaptées.

Un constat majeur est que de nombreux enfants sourds ou malentendants au Cameroun sont dépistés tardivement, voire diagnostiqués à un âge avancé. Cette situation résulte de l'absence systématique de programmes nationaux de dépistage néonatal universel, ce qui retarde la mise en œuvre d'interventions précoces. En conséquence, le développement linguistique et cognitif de ces enfants est souvent compromis, impactant lourdement leur qualité de vie. Par exemple, une étude de Tchounga et al. (2019) indique que la majorité des enfants détectés après l'âge de 3 ans présentent déjà des retards importants dans le développement du langage, ce qui limite leur inclusion scolaire et sociale. L'accès aux aides auditives, implants cochléaires ou autres dispositifs d'assistance est rare et souvent coûteux dans le contexte camerounais. La majorité des enfants qui pourraient bénéficier d'aides adaptées ne peuvent y accéder en raison de contraintes économiques, géographiques ou du manque de centres spécialisés. Ce déficit limite leurs capacités de communication, leur participation sociale, et leur estime de soi. La conséquence directe est une réduction notable de leur qualité de vie, marquée par l'isolement, la frustration, et les difficultés sociales et éducatives. Le constat général est que les politiques publiques en matière de santé auditive et d'inclusion des enfants déficients auditifs sont encore peu développées ou peu appliquées. La faiblesse des programmes de dépistage, de formation spécialisée, et de sensibilisation communautaire limite

L'accès à une éducation de qualité constitue un enjeu majeur pour la qualité de vie des enfants déficients auditifs. Au Cameroun, bien que des efforts aient été faits pour développer des écoles spécialisées, leur couverture reste limitée, surtout dans les zones rurales. La majorité des enfants sourds ou malentendants sont souvent intégrés dans des écoles ordinaires sans soutien spécifique, ou sont totalement exclus du système scolaire. Ceci engendre des difficultés de communication, un retard dans l'acquisition des connaissances, et un sentiment d'isolement. De plus, le manque de personnel formé en linguistique des signes ou en pédagogie inclusive réduit la qualité de leur apprentissage, affectant leur estime de soi et leur confiance en eux, ce qui diminue leur bien-être. La non-inclusion dans le système éducatif favorise également la marginalisation future, limitant leur autonomie et leur participation sociale

Les enfants déficients auditifs au Cameroun se heurtent fréquemment à des préjugés sociaux et à une stigmatisation qui peuvent nuire à leur estime de soi et à leur intégration dans la

communauté. Cette stigmatisation, renforcée par une faible sensibilisation sociale, contribue à l'isolement social et à une faible participation aux activités communautaires. De plus, le manque d'accompagnement psychologique ou de soutien familial adapté aggrave leur vulnérabilité, ce qui influence négativement leur bien-être général.

En somme, l'impact de la surdité sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs au Cameroun se manifeste à la fois sur les plans subjectif et objectif, reflétant la complexité et la multi dimensionnalité de cette problématique dans un contexte spécifique.

La dimension subjective de la qualité de vie concerne la perception qu'ont les enfants déficients auditifs, leurs familles et leurs proches de leur bien-être, de leur épanouissement et de leur intégration dans la société. Au Cameroun, beaucoup d'enfants sourds ou malentendants rapportent un sentiment d'isolement, de frustration ou d'exclusion. La communication limitée, le manque d'interprètes en langue des signes, ou encore la stigmatisation sociale peuvent entraîner chez ces enfants une faible estime d'eux-mêmes, un sentiment de rejet ou d'abandon. Ces perceptions affectent leur niveau de satisfaction à l'égard de leur vie quotidienne, leur sentiment d'appartenance et leur capacité à exprimer leurs émotions. Par exemple, une étude qualitative menée dans certaines régions du Cameroun souligne que plusieurs enfants sourds expriment un sentiment de solitude et une faible confiance en eux, liés à la difficulté de communiquer efficacement avec leur environnement.

L'impact objectif concerne les indicateurs mesurables et tangibles de leur qualité de vie, tels que leur développement cognitif, scolaire, social et leur autonomie. La surdité, si elle n'est pas détectée ou prise en charge précocement, entraîne souvent des retards dans le développement du langage, des difficultés dans la scolarisation, et une moindre participation aux activités sociales. Au Cameroun, ces enfants ont souvent un accès limité à l'éducation spécialisée ou inclusive, ce qui compromet leur potentiel d'autonomisation et leur inclusion dans la vie active future. De plus, leur participation à des activités sociales ou culturelles est souvent restreinte, ce qui limite leur développement global. Les études indiquent aussi que la stigmatisation et le manque d'accès aux aides auditives ou aux implants cochléaires aggravent ces difficultés, renforçant la marginalisation et affectant leur bien-être matériel et psychologique.

La surdité infantile a donc un impact profondément négatif tant sur la perception qu'ont ces enfants de leur propre vie, que sur leurs conditions objectives de développement et d'intégration. Ces effets soulignent l'urgence d'interventions précoces, de politiques inclusives

et d'une sensibilisation sociale pour réduire ces impacts et améliorer la qualité de vie de ces enfants.

1.2.2. Formulation et position du problème

L'approche médicale du handicap, notamment dans le cadre de la surdité, constitue une démarche centrée sur l'évaluation, le diagnostic, la prise en charge et la réhabilitation des déficiences ou dysfonctionnements organiques. Elle repose sur une vision biomédicale qui considère le handicap comme une conséquence directe d'un dysfonctionnement ou d'une lésion physiologique ou anatomique, avec pour objectif principal qui est la restauration ou l'amélioration de la fonction déficiente.

L'approche médicale du handicap s'inscrit dans une perspective traditionnelle centrée sur la pathologie ou la déficience. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette approche est souvent associée à la classification des déficiences, des incapacités et des désavantages, où le handicap est considéré comme une conséquence de la défaillance organique ou physiologique. La surdité, dans ce contexte, est perçue comme une perte ou une absence de l'audition qu'il faut diagnostiquer et corriger par des moyens médicaux ou technologiques.

Les efforts de plusieurs chercheurs se sont concentrés sur l'instauration de programmes de dépistage néonatal universel. Par exemple, Zhao et al. (2015) ont montré que la mise en œuvre de tests auditifs automatisés (OEA) dans les établissements de santé permet de détecter précocement la surdité congénitale, ce qui favorise une intervention dans les premiers mois de vie. Ces travaux insistent sur l'importance de dépister avant 6 mois, pour permettre une réhabilitation précoce et favoriser le développement du langage. De nombreux auteurs, tels que Moeller (2000), ont étudié l'impact de la surdité congénitale sur le développement linguistique, cognitif et socio-affectif. Leur recherche montre que le retard dans la perception auditive et la communication peut entraîner un retard global dans le développement, avec des conséquences sur la réussite scolaire et l'intégration sociale. Certains chercheurs ont souligné que l'utilisation précoce de dispositifs auditifs ou d'implants cochléaires, combinée à une intervention orthophonique, peut améliorer significativement ces trajectoires (Kirk et al., 2002).

Au Cameroun, comme dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, la surdité infantile congénitale reste largement sous-diagnostiquée à la naissance. En l'absence d'un système de dépistage néonatal auditif systématique, la plupart des diagnostics sont posés tardivement, souvent après l'âge de trois ans, lorsque les parents remarquent des difficultés d'interaction ou un retard de langage chez leur enfant. Ce retard compromet non seulement les chances d'une

rééducation auditive efficace, mais affecte aussi profondément le développement global de l'enfant. Cette situation s'explique non seulement par l'absence de dispositifs systématiques de dépistage dans les structures de santé, mais aussi par un faible niveau de connaissance des familles et des communautés sur les signes précoces de surdité, une faible propension des services de santé à investiguer la surdité dès la naissance, ainsi que par les représentations sociales stigmatisantes du handicap auditif qui freinent la déclaration et l'adressage précoces.

L'expérience de l'ALDAC (Association de Lutte contre la Déficience Auditive Cameroun) illustre cette complexité : les enfants suivis présentent majoritairement des cas de surdité congénitale non dépistés précocement et appareillés tardivement, bien au-delà de la période critique du développement du langage. Ces interventions tardives entraînent une efficacité limitée des aides auditives, un recours accru à la langue des signes, une socialisation réduite, des difficultés d'intégration scolaire, ainsi que des formes variées de stigmatisation et de frustration identitaire. Or, les données scientifiques internationales démontrent que le dépistage précoce (avant 6 mois), suivi d'une prise en charge adaptée, préserve le développement langagier, émotionnel et cognitif des enfants sourds (Yoshinaga-Itano, 2003 ; Sharma et al., 2020). Dès lors, face à l'absence d'une politique nationale de dépistage néonatal auditif, il est crucial d'interroger l'efficacité des actions préventives actuelles, ainsi que les répercussions du retard de diagnostic sur la qualité de vie et l'insertion sociale et scolaire des enfants déficients auditifs.

1.2.3. Enoncé du problème

Malgré les travaux des auteurs sur la question de la prévention de la surdité et les résultats qui révèle que la qualité de vie des enfants déficients auditives est significativement améliorée par une prise en charge dès les premiers mois de la vie et également l'approche médicale de la surdité qui vise la restauration ou l'amélioration de la fonction déficiente, nous constatons que dans le contexte des pays à faible revenu, notamment au Cameroun la qualité de vie des enfants sourds reste très dégradé du fait de leur prise en charge assez tardive. Les efforts déployés par l'Association de lutte contre la déficience auditive au Cameroun (ALDAC) pour diagnostiquer précocement, traiter et accompagner les enfants atteints de déficience auditive ne portent est donc une piste concrète pour analyser ce problème. En effet, la prévalence de la surdité chez l'enfant reste alarmante, et de nombreux cas demeurent non détectés ou mal pris en charge, en raison notamment du faible accès aux programmes de dépistage précoce, aux soins spécialisés et à l'éducation inclusive dans plusieurs régions du pays. Par ailleurs, la qualité

de vie de ces enfants est souvent compromise par l'absence d'interventions précoces, la stigmatisation sociale, et le manque de dispositifs de soutien adaptés.

Dans ce contexte, il est essentiel de s'interroger sur l'efficacité des stratégies de prévention mises en œuvre au sein de cette structure associative et de comprendre comment ces stratégies influencent la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis. En l'absence d'études approfondies sur l'impact de la prévention précoce et des soins spécialisés sur le bien-être global de ces enfants, il devient crucial d'évaluer si les actions actuelles permettent réellement d'améliorer leur développement, leur intégration sociale et leur épanouissement.

Ainsi, le problème central qui se pose est le suivant : Comment la mise en œuvre des stratégies de prévention de la surdité influence-t-elle la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'Association de lutte contre la déficience auditive au Cameroun ?

À partir de l'expérience concrète de l'ALDAC, cette problématique se propose d'examiner comment la temporalité du diagnostic et de l'appareillage influence les trajectoires de vie de ces enfants : leur capacité à interagir, à s'intégrer dans des structures ordinaires, à développer leur autonomie.

1.2.4. Champ et problématique spécifique

Le champ de cette recherche couvre l'étude des stratégies et programmes de prévention de la surdité mis en œuvre par l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive au Cameroun (ALDAC), ainsi que leur impact sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis dans le cadre associatif. Il concerne notamment :

- Les actions de dépistage précoce, la vaccination, la sensibilisation communautaire, et la prise en charge médicale et éducative.
- Les indicateurs de la qualité de vie (développement linguistique, autonomie, participation sociale et familiale).
- Le contexte socioéconomique, culturel et institutionnel du Cameroun relatif à la déficience auditive.

Ce champ inclut également l'analyse des facteurs facilitant ou freinant la prévention et la prise en charge, ainsi que l'impact de ces stratégies sur le bien-être et l'intégration sociale des enfants.

Malgré la mise en œuvre de diverses stratégies de prévention par l'ALDAC, de nombreux enfants en situation de déficience auditive continuent à présenter des retards de prise

en charge, compromettant leur développement global et leur qualité de vie. En outre, des obstacles liés à l'accès aux soins, à la sensibilisation communautaire, et à la disponibilité des ressources spécialisées persistent, limitant l'efficacité des actions préventives. La problématique spécifique que nous nous posons est de savoir dans quelle mesure les stratégies de prévention de la surdité développées par l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive au Cameroun sont-elles efficaces pour améliorer la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis, et quels sont les principaux facteurs influençant cette efficacité ?

Ce questionnement vise à analyser l'impact réel des actions préventives sur le développement, l'épanouissement, et l'inclusion sociale des enfants, tout en identifiant les obstacles spécifiques à leur succès dans le contexte camerounais. Il s'agit également d'évaluer si ces stratégies contribuent à réduire la prévalence de la surdité évitable et à promouvoir une meilleure intégration sociale et éducative des enfants.

1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE

La problématique qui précède nous amène à nous poser une question de recherche et trois questions secondaires :

1.3.1. Question principale de recherche

QP : Comment la prévention des surdités favorise -t-elle la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun ?

1.3.2. Questions secondaires de recherche

QS1 : Comment la prévention primaire des surdités favorise -t-elle la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun ?

QS2 : Comment la prévention secondaire des surdités favorise -t-elle la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun ?

QS3 : Comment la prévention tertiaire des surdités favorise -t-elle la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun ?

1.4. HYPOTHESES DE L'ETUDE

Des questions de recherche qui précède nous avons ressortis les hypothèses suivantes :

1.4.1. Hypothèse générale

HG : La prévention des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

1.4.2. Hypothèses secondaires

HS1 : La prévention primaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

HS2 : La prévention secondaires des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

HS3 : La prévention tertiaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

1.5. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Notre recherche est constituée d'un objectif principal, qui obéit à la question principale de recherche, et de même que trois objectifs spécifiques qui obéissent également aux trois questions spécifiques posées en amont.

1.4.1. Objectif général

OG : Evaluer comment la prévention des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

1.4.2. Objectifs secondaires

OS1 : Explorer comment la prévention primaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

OS2 : Evaluer comment la prévention secondaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

OS 3 : Evaluer comment la prévention tertiaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun.

1.6. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

L'intérêt de notre étude se résume en trois volets à savoir : scientifique, social et professionnel.

1.6.1. Intérêt scientifique

Cette recherche présente un intérêt scientifique majeur à plusieurs niveaux. D’abord, elle contribue à enrichir la littérature encore peu développée sur la prévention des surdités néonatales en contexte africain, en particulier au Cameroun. En mettant en lumière les liens entre les pratiques de dépistage, la précocité de l’appareillage et la qualité de vie des enfants déficients auditifs, elle permet d’apporter un éclairage empirique sur des problématiques de santé publique encore peu explorées localement.

Ensuite, cette étude interroge l’efficacité des dispositifs existants de prise en charge de la surdité infantile, tout en mettant en perspective les défis d’accessibilité aux soins auditifs pour les populations vulnérables. Elle offre ainsi un cadre de réflexion critique sur les inégalités d’accès aux technologies médicales et éducatives chez les enfants sourds.

Par ailleurs, cette recherche se situe à l’intersection de plusieurs disciplines – la santé publique, l’éducation spécialisée, la psychologie du développement et la politique sociale – ce qui lui confère une portée pluridisciplinaire importante. Elle est susceptible d’orienter de futures recherches sur les effets des interventions précoces dans le développement global de l’enfant en situation de handicap sensoriel.

Enfin, en proposant une approche fondée sur des données concrètes issues du terrain (ALDAC), cette recherche permettra de formuler des recommandations réalistes et adaptées aux besoins des enfants déficients auditifs dans les contextes à ressources limitées, et de nourrir la réflexion sur les politiques nationales de dépistage et de réhabilitation auditive.

1.6.2. Intérêt social

Cette étude revêt un intérêt social considérable, notamment dans un contexte où la surdité constitue un enjeu de santé publique et d’intégration sociale. L’intérêt social de cette étude réside non seulement dans la contribution à la réduction de la prévalence des surdités évitables, mais aussi dans l’amélioration du bien-être des enfants touchés, de leur famille, ainsi que de la société camerounaise dans son ensemble.

Tout d’abord, il convient de souligner que la surdité chez l’enfant représente un défi considérable dans le domaine de la santé publique, particulièrement dans les pays en développement comme le Cameroun où l’accès aux soins auditifs et aux programmes de dépistage précoce est souvent limité. Au Cameroun, la prévalence de la surdité infantile est

estimée à environ 1,7% selon l'étude de Tchounga et al. (2019), ce qui souligne l'urgence de programmes de prévention efficaces. La prévention primaire, notamment par la sensibilisation sur les causes évitables telles que les infections (ex. rubéole, méningite), l'utilisation d'ototoxiques ou la négligence lors de l'accouchement, peut significativement réduire cette prévalence. Par conséquent, une recherche focalisée sur ces aspects contribue directement à la santé publique, en proposant des stratégies adaptées au contexte local.

Ensuite, la qualité de vie des enfants déficients auditifs demeure un enjeu crucial, car la surdité impacte non seulement la communication, mais également le développement cognitif, socio-affectif et éducatif. L'étude de la qualité de vie, notamment dans le cadre des suivis par l'ALDAC, permet de mettre en évidence l'impact des interventions précoces et des dispositifs d'accompagnement, tels que la langue des signes, les aides auditives ou l'éducation spécialisée. Par exemple, selon Kader et al. (2020), l'accès à une réhabilitation précoce améliore substantiellement le développement langagier et social des enfants sourds, favorisant leur intégration scolaire et sociale. Sur le plan social, cela contribue à réduire l'exclusion, la discrimination et la stigmatisation, qui sont souvent liées à la surdité dans le contexte camerounais. Ainsi, cette recherche participe à la construction d'une société plus inclusive, où chaque enfant, indépendamment de ses déficiences, peut accéder à ses droits fondamentaux.

De plus, l'étude revêt une dimension éthique et de justice sociale. En identifiant les lacunes dans la prévention et le suivi, elle permet de formuler des recommandations pour renforcer les politiques publiques et les programmes de santé. La mise en place de campagnes de sensibilisation, le renforcement des capacités des professionnels de santé, ou encore la mobilisation des ressources communautaires sont autant d'actions qui découlent d'une recherche approfondie.

Enfin, au-delà de ses retombées immédiates, cette recherche contribue à la sensibilisation de la population et à la réduction des inégalités sociales. La prévention et la prise en charge précoce favorisent une meilleure inclusion scolaire et professionnelle, permettant aux enfants déficients auditifs de devenir des acteurs actifs de leur société. La réalisation de cette étude participe donc à l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD), notamment ceux liés à la santé (ODD 3), à l'éducation (ODD 4) et à la réduction des inégalités (ODD 10).

1.7. DÉLIMITATIONS DE L'ETUDE

Les délimitations de la recherche sont les limites que le chercheur impose volontairement à son étude. Elles précisent les aspects de l'étude qui ne seront pas examinés et expliquent pourquoi ces choix ont été faits. Afin de garantir la clarté et la faisabilité de la présente recherche, il est nécessaire d'en préciser les principales délimitations sur les plans thématique et spatio-temporelle.

1.6.1. Délimitation thématique

Cette étude se limite à l'analyse des actions de prévention de la surdité néonatale et de leur influence sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs. Elle se concentre particulièrement sur trois volets de prévention : le dépistage néonatal, la sensibilisation des acteurs clés (parents et professionnels de santé), et l'accessibilité financière aux aides auditives.

1.6.2. Délimitation spatio-temporelle

La recherche est circonscrite au Cameroun, avec un focus particulier sur les enfants suivis par l'Association de Lutte contre les Déficiences Auditives à Yaoundé. Les données seront recueillies auprès des familles bénéficiaires, des professionnels de l'ALDAC et de quelques structures hospitalières partenaires.

L'étude portera sur des cas d'enfants déficients auditifs suivis l'ALDAC au cours de la période 2021 à 2024, afin de permettre une appréciation de l'évolution des pratiques de prévention et de leurs effets à moyen terme.

1.7. TYPE ET OBJET DE LA RECHERCHE

La présente recherche s'inscrit dans une démarche de type qualitatif et descriptif. Elle vise à comprendre les réalités et enjeux liés à la prévention de la surdité néonatale et à examiner les effets sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs, suivis par l'ALDAC à Yaoundé.

L'objet de l'étude porte sur les actions de prévention mises en œuvre pour limiter l'apparition ou l'aggravation des cas de surdité chez les nouveau-nés, ainsi que sur l'impact de ces mesures sur la qualité de vie globale des enfants pris en charge (développement langagier, intégration sociale, parcours scolaire, bien-être émotionnel, etc.). Il s'agit d'analyser comment les pratiques actuelles de dépistage, d'appareillage précoce et d'accompagnement peuvent ou non favoriser une inclusion effective des enfants atteints de déficience auditive.

1.8. CLARIFICATION DES CONCEPTS DE L'ETUDE

1.8.1. Prévention de la surdité néonatale

La prévention de la surdité néonatale constitue un enjeu de santé publique majeur, particulièrement dans les pays à ressources limitées. Elle renvoie à l'ensemble des mesures médicales, sociales et éducatives mises en œuvre pour éviter, détecter précocement ou atténuer les conséquences des troubles auditifs dès les premiers jours de vie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 60 % des cas de surdité infantile peuvent être évités par des stratégies de prévention efficaces (OMS, 2021).

1.8.1.1. La prévention primaire : éviter l'apparition de la déficience auditive

La prévention primaire vise à agir en amont, avant la naissance ou au moment de l'accouchement, afin d'empêcher l'émergence de facteurs pathologiques pouvant affecter le système auditif du nouveau-né. Cela inclut :

- Le suivi prénatal rigoureux des femmes enceintes, avec le dépistage des infections comme la rubéole, la toxoplasmose ou la syphilis, toutes susceptibles d'entraîner une surdité congénitale (Khairi et al., 2020).
- La vaccination des femmes en âge de procréer, notamment contre la rubéole, recommandée par l'OMS comme mesure préventive de première ligne.
- L'éducation sanitaire des futures mères, afin de réduire la consommation de substances ototoxiques (certains antibiotiques, alcool, drogues) pendant la grossesse (WHO, 2021).
- L'accouchement en milieu médicalisé, avec des mesures d'hygiène pour éviter les infections périnatales

1.8.1.2. La prévention secondaire : le dépistage précoce des troubles auditifs

La prévention secondaire repose sur le dépistage néonatal auditif systématique (DAUN), visant à identifier rapidement les déficiences auditives, même en l'absence de signes apparents. Les outils couramment utilisés sont les otoémissions acoustiques (OEA) et les potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (PEA), réalisables dès les premières 48 heures de vie (Olusanya et al., 2020). La réussite de cette prévention repose sur :

- La formation du personnel de santé pour détecter les signes d'appel et référer rapidement les enfants.

- Le dépistage renforcé des groupes à risque : prématurés, antécédents familiaux, souffrance fœtale ou jaunisse sévère.
- La référence précoce vers les centres ORL et audiolinguistiques pour confirmation du diagnostic et orientation thérapeutique.

Malgré leur efficacité démontrée, ces programmes ne sont pas encore universellement implantés dans les pays à faible revenu. Au Cameroun, seuls quelques centres spécialisés comme l'ALDAC sont équipés pour effectuer ces tests de manière systématique, ce qui entraîne un retard fréquent dans le diagnostic (Ndzana et al., 2023).

1.8.1.3. La prévention tertiaire : réduire les séquelles de la surdité installée

La prévention tertiaire vise à limiter les conséquences fonctionnelles, sociales et psychologiques d'une surdité avérée. Elle repose sur :

- L'appareillage précoce des enfants sourds (prothèses auditives, implants cochléaires), idéalement avant l'âge de 6 mois, pour favoriser le développement du langage oral (Yoshinaga-Itano et al., 2017).
- La rééducation orthophonique intensive, qui accompagne l'enfant et sa famille dans l'appropriation du langage et de la communication.
- L'accompagnement psychoéducatif des familles, essentiel pour prévenir l'isolement, la stigmatisation et les troubles du comportement liés à une mauvaise intégration.
- L'inclusion scolaire, soit en milieu ordinaire avec appuis pédagogiques, soit dans des structures spécialisées.

Dans un contexte où l'appareillage est souvent réalisé tardivement, comme c'est le cas pour certains enfants suivis par l'ALDAC (à partir de 3 à 10 ans), les résultats en termes de développement langagier et d'intégration sont généralement moindres, affectant durablement leur qualité de vie (ALDAC, 2024).

1.8.2. La déficience auditive

La déficience auditive ou surdité, constitue une atteinte sensorielle aux conséquences multidimensionnelles, notamment sur le langage, la communication, le développement cognitif, l'intégration scolaire et la qualité de vie. Sa compréhension conceptuelle a évolué, intégrant des dimensions biomédicales, développementales et sociales. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021), la déficience auditive se définit comme une réduction partielle ou totale de la capacité à percevoir les sons, mesurée en décibels (dB) de perte auditive. Selon l'évaluation de la Haute Autorité de santé en France (HAS, 2007), la surdité chez l'enfant peut être décrite

en fonction de son degré de perte auditive. La surdité peut également se décrire selon la localisation anatomique de l'anomalie auditive, c'est à dire que l'on se retrouve au niveau de l'oreille externe, moyenne, ou interne. Elle peut également se définir selon l'expression clinique.

1.8.2.1. Selon le degré de perte auditive

Les surdités, qu'elles soient congénitales ou acquises sont classées en fonction du degré de perte auditive moyenne (BIAP, 2009). La quantification de la perte auditive selon le Bureau International d'Audiophonologie est basée sur une classification audiométrique qui peut être différent d'une oreille à l'autre. Il existe 5 niveaux de perte auditive : légère, moyenne, sévère, profonde, et totale. Pour une audition normale, la perte tonale ne dépasse pas 20 dB.

La déficience auditive légère : la surdité légère correspond d'après Grosbois (2020), à une perte tonale est comprise entre 21 et 40 dB. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, c'est-à-dire survenir sur une oreille ou les deux en même temps. La surdité légère peut survenir à n'importe quel moment de la vie d'un être humain et peut avoir des causes acquises ou innées. Les enfants atteints de surdité légère doivent déployer une attention soutenue, source de fatigue. La parole est perçue à voix normale, mais la gêne apparaît à voix basse ou lorsque le locuteur s'éloigne. La plupart des bruits familiers sont perçus, ils sont sujets à des troubles de l'articulation, et l'on peut également observer un léger retard de parole.

La déficience auditive moyenne : la surdité moyenne selon Loundon (2023), peut être subdivisée en deux degrés : le premier degré qui correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 41 et 55 dB ; le deuxième degré qui correspond à une perte tonale moyenne est comprise entre 56 et 70 dB. Un enfant atteint de ce type de surdité ne perçoit la parole qu'à une intensité allant de la moyenne à forte, et compense son déficit auditif par la lecture labiale. Pour ce type de surdité le retard de la parole chez l'enfant est avéré et ce dernier a du mal à s'adapter à son environnement car les interactions sont très souvent difficiles. Ce sont des enfants distraits, coléreux, ou complètement renfermé. La déficience auditive moyenne peut-être unilatérale ou bilatérale. Elle peut survenir à n'importe quel moment de la vie de l'être humain et avoir des causes acquises ou innées.

La déficience auditive sévère : la surdité sévère est due à une perte auditive allant de 71 dB à 90 dB (Hoen et al., 2016). Elle peut être subdivisée en deux degrés : le premier degré :

correspond à une perte tonale moyenne qui est comprise en 71 et 80 dB ; le deuxième degré quant à lui correspond à une perte tonale qui est comprise entre 81 et 90 dB. Les personnes atteintes de ce type de surdité ont des difficultés à entendre les sons, la parole et les bruits environnants, ce qui cause un impact sur leur communication, leur compréhension et leur qualité de vie. Le traitement se fait à avec des aides auditives et les implants cochléaires afin d'améliorer la communication.

La déficience auditive profonde : la surdité profonde selon Colletti et al., (2012), est due à une perte auditive allant de 91 dB à 120 dB et peut être subdivisée en trois degrés qui sont : le premier degré qui correspond à une perte tonale qui se situe entre 91 et 100 dB ; le second degré correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 101 et 110 dB et le troisième degré qui correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 111 et 120 dB. La surdité profonde peut être due à des facteurs génétiques, des infections (méningite, rubéole), des traumatismes sonores (exposition prolongée à des niveaux élevés de bruit), des maladies congénitales, ou des lésions de l'oreille interne. Chez les enfants, la surdité profonde peut être présente dès la naissance (surdité congénitale) ou se développer au fil du temps, il n'y a aucune perception de la parole, seul les bruits très puissants sont perçus. Sa prévention consiste à se protéger les oreilles en portant des bouchons d'oreilles dans des environnements bruyants afin d'éviter une exposition prolongée à des niveaux sonores élevés, faire vacciner les enfants contre les maladies infectieuses qui peuvent causer la surdité. Son traitement se fait au travers des aides auditives et les implants cochléaires (avant l'âge de 12 mois) afin améliorer la communication chez les personnes atteintes de surdité profonde (HAS, 2011).

La cophose : encore connue sous l'appellation d'anacousie (Pagès, 2017), la cophose est un terme médical qui désigne une surdité totale avec une perte auditive de plus de 120 dB. Elle peut être unilatérale, ne s'attaquant qu'à une seule oreille ou bilatérale, s'attaquant aux deux oreilles. Les personnes atteintes d'anacousie souffrent d'une perte totale d'audition et ne perçoivent plus aucun son, elle peut avoir des origines variées. La cophose peut être congénitale, c'est-à-dire liées à des complications pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. Elle peut être également génétique, c'est à dire dues à des malformations affectant une ou plusieurs parties de l'oreille, telles que le conduit auditif, l'oreille moyenne ou l'oreille interne. Elle peut enfin être acquises, suite à un accident. Dans de nombreux cas, il n'existe aucun remède pour traiter une surdité totale et rétablir une audition complète, en particulier lorsque le nerf auditif est endommagé. Par contre dans le cas des enfants sourds de naissance (HAS ; 2011), l'utilisation d'un implant cochléaire peut favoriser le développement

de la parole en améliorant leur audition, à condition qu'il soit pos précocement et suivi d'une rééducation orthophonique.

1.8.2.2. Selon le mécanisme physiopathologique

La surdité est un trouble de l'audition altérant la perception des sons, sa classification anatomique distingue trois catégories de surdité selon Gaudron et al., (2020) : les surdités de transmission, les surdités de perception, et les surdités mixtes qui regroupe à la fois des atteintes du système de transmission et du système de perception.

Les surdités de transmission : ce sont des pertes auditives caractérisées par un problème de conduction des vibrations de l'air entre l'oreille externe et l'oreille interne (Rombaut, 2021). Ce sont des surdités les plus fréquentes chez l'enfant. Elles se manifestent par une difficulté à transmettre les sons de l'oreille externe vers l'oreille interne

Pol C (2003) nous fais comprendre que les surdités de transmission peuvent être acquises, environ 99,5%, et sont causées par les bouchons de cérumen, des corps étrangers dans l'oreille, les otites. Elles peuvent être également congénitales environ 0.5%, et sont causées dans ce cas par les malformations majeures du pavillon de l'oreille moyenne (aplasies majeures), les malformations des osselets et de l'oreille moyenne avec peu ou pas de malformation du pavillon (les aplasies mineures), les tumeurs osseuses non cancéreuse qui peuvent apparaitre dans l'oreille (les enchondromes), les aplasies génétiques.

Toujours est-il que pour les surdités de transmission, qu'elles soient acquises ou congénitales, elles peuvent être soit évité par la prévention primaire, soit corrigé par les traitements après consultation d'un ORL. Si le dysfonctionnement observé n'est pas résorbable ou présente des risques en cas d'opération, le port d'une aide auditive peut être prescrit par un médecin ORL selon les cas. L'appareillage permettra alors de corriger l'audition perdue par le biais de transmission.

Les surdités de perception : elles sont liées à une atteinte de l'oreille interne, mais aussi à la dégradation des petites cellules ciliées de l'oreille interne ou du nerf auditif, responsables de la transmission des sons au cerveau (Loundon ,2023). Les surdités de perception sont les plus fréquentes et l'étiologie est génétique dans la majorité des cas, environ 70% sont d'origine génétique et pour environ 30% des cas elles sont d'origine acquise (Denoyelle et al.,2005).

A l'heure actuelle, l'incidence des surdités congénitales bilatérales sévères ou profondes est estimée à 1 à 2 naissances sur 1000 au niveau mondial (Denoyelle et al., 2020). Elles peuvent

être prévenues en adoptant des comportements sains pour l'audition, par des vaccinations (méningite, rubéole), mais également elle peut être traitée avec des appareils auditifs, il est important de soigner la surdité de perception dès que possible puisqu'elle peut entraîner des effets secondaires indésirables, comme une dégradation de la qualité de vie et un isolement.

Les surdités mixtes : elles se manifestent par une atteinte à la fois de la transmission mécanique du son vers l'oreille interne et de la capacité de cette dernière à convertir les stimuli sonores en signaux nerveux interprétables par le cerveau (Rombaut, 2021). La combinaison de ces deux aspects, fait de la surdité mixte un trouble complexe et parfois difficile à diagnostiquer. La personne touchée par une surdité mixte peut moins bien entendre d'une oreille (surdité unilatérale) ou des deux (surdité bilatérale).

Les surdités mixtes peuvent résulter d'une variété de facteurs, allant de problèmes structurels de l'oreille (Pathologie de l'oreille interne et externe), à des traumatismes externes ou internes (chocs violents ou changement brusque de pression), en passant par des prédispositions génétiques. Mais selon les cas, la chirurgie et/ou l'appareillage auditif peuvent corriger la surdité mixte lorsqu'elle est diagnostiquée précocement.

1.8.2.3. Expression clinique de la surdité chez l'enfant

L'expression clinique de la surdité chez l'enfant fait état de trois stades d'apparition. La surdité pré-linguale, la surdité post-linguale et la surdités péri-linguale (Ernst ; 2020).

La surdité pré-linguale

La surdité pré-linguale est une forme de perte auditive qui se manifeste avant l'acquisition du langage. Elle concerne les individus qui naissent avec une perte auditive profonde congénitale ou qui perdent leurs sensations auditives très tôt avant d'avoir acquis le langage. La surdité pré-linguale a des causes variées, à savoir les facteurs génétiques F. Denoyelle et al (2005), les infections, les traumatismes (des lésions de l'oreille interne ou du nerf auditif peuvent provoquer une perte auditive précoce).

Ce type de surdité touche essentiellement les enfants et par conséquent, une intervention précoce est essentielle (Quérel et Rengifo, 2013). La prise en charge peut inclure l'appareillage auditif pour amplifier les sons et faciliter la communication, les implants cochléaires pour les cas plus sévères, la rééducation auditive par un orthophoniste pour développer les compétences linguistiques et la communication, l'imprégnation précoce au langage des signes pour faciliter

la communication gestuelle. Le plus souvent pour ce type de surdité, le choix du mode de prise en charge est souvent décidé par le parent.

La surdité péri-linguale

La surdité péri-linguale (Ernst ; 2020), est un type de perte auditive qui se situe entre la surdité pré-linguale (avant l'acquisition du langage) et la surdité post-linguale (après l'acquisition du langage). Elle concerne les individus qui ont acquis le langage, mais qui ont ensuite perdu partiellement ou totalement leur capacité auditive. Elle peut survenir à tout âge, mais elle est plus fréquente chez les adultes.

Les causes de la surdité péri-linguale sont dues aux traumatismes, aux infections (comme les méningites) qui peuvent endommager l'oreille interne, aux acteurs génétiques, les mutations génétiques qui peuvent prédisposer à la surdité et à pleins d'autres facteurs. La réhabilitation auditive pour les personnes atteintes de surdité péri-linguale peut inclure les appareils auditifs pour amplifier les sons et améliorer la compréhension, les implants cochléaires pour les cas allant de la surdité sévère à profonde.

La surdité péri-linguale peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie, à savoir communication, les relations sociales et la participation à la vie quotidienne. La réadaptation et le soutien psychosocial sont essentiels pour aider les personnes concernées.

La surdité post-linguale

Elle apparaît après l'acquisition d'une communication orale, les personnes atteintes de ce type de surdité sont souvent appelées « les devenus sourds » (Quérel et Rengifo, 2013). Elle peut être due à des facteurs tels que des traumatismes, des infections (comme les otites chroniques ou les méningites), des effets secondaires de traitements médicaux, ou encore au vieillissement. Dans certains cas, elle peut également être génétique, comme dans le syndrome d'Alport, qui associe une surdité progressive et une insuffisance rénale.

Les surdités post-linguales représentent à l'environ 98,5 % des cas de surdité, dont 60% sont des personnes âgées selon l'article Médecine des Arts.

Sur le plan développemental, Yoshinaga-Itano et al. (2017) soulignent que la déficience auditive, en particulier si elle n'est pas détectée et prise en charge précocement, compromet les périodes sensibles du développement langagier chez l'enfant. Les auteurs insistent sur l'importance d'un dépistage et d'un appareillage avant six mois pour favoriser le développement de la communication orale, démontrant que les enfants identifiés et

accompagnés précocement peuvent atteindre des niveaux linguistiques comparables à ceux de leurs pairs entendants.

D'un point de vue psychosocial, Olusanya et al. (2020) considèrent la déficience auditive comme un déterminant majeur de l'exclusion sociale et scolaire, surtout dans les pays à faibles ressources. Leur étude met en lumière l'impact du contexte socioculturel sur la reconnaissance des signes de surdité et sur l'acceptabilité des aides auditives. Ils affirment que la déficience auditive est souvent interprétée comme une fatalité ou une malédiction, ce qui retarde la recherche de solutions médicales et éducatives appropriées.

Sur le plan éducatif, Moeller et al. (2019) insistent sur la nécessité d'une approche inclusive pour les enfants atteints de surdité. Leur recherche démontre que le soutien scolaire personnalisé, la maîtrise de la langue des signes, l'accès aux technologies d'assistance et l'accompagnement des familles sont des leviers fondamentaux pour réduire l'échec scolaire et favoriser une meilleure qualité de vie. Ils définissent ainsi la déficience auditive comme un facteur de vulnérabilité scolaire, dont les effets peuvent être réduits par des politiques éducatives adaptées.

Enfin, dans une perspective d'intégration sociale et de qualité de vie, Davis et Hoffman (2022) proposent une définition fonctionnelle de la déficience auditive comme une limitation dans les interactions quotidiennes avec l'environnement sonore, qui affecte la communication, l'autonomie et le bien-être psychologique. Ils insistent sur la prise en compte de l'expérience subjective de la déficience et sur l'importance de politiques de santé auditive centrées sur la personne, incluant la prévention, la réhabilitation et l'inclusion sociale. Ainsi, à la lumière de ces travaux, la déficience auditive chez l'enfant peut être comprise comme une condition sensorielle aux répercussions globales, dont la portée dépend de sa précocité de détection, des possibilités d'appareillage, du soutien éducatif et de l'environnement psychosocial. Cette compréhension intégrée permet de mieux orienter les stratégies de prévention, de dépistage, d'accompagnement et de plaidoyer en faveur des enfants déficients auditifs, notamment dans des contextes comme celui du Cameroun où l'accès à ces ressources demeure encore limité.

Malgré leur efficacité démontrée, ces programmes ne sont pas encore universellement implantés dans les pays à faible revenu. Au Cameroun, seuls quelques centres spécialisés comme l'ALDAC sont équipés pour effectuer ces tests de manière systématique, ce qui entraîne un retard fréquent dans le diagnostic (Ndzana et al., 2023).

La surdité néonatale qui nous intéresse particulièrement dans cette étude désigne une perte auditive présente dès la naissance ou apparaissant peu après, souvent avant l'acquisition du langage. Elle représente un défi de santé publique majeur, notamment dans les pays à faibles ressources, en raison de son impact sur le développement global de l'enfant, si elle n'est pas détectée et prise en charge précocement. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021), environ 60% des cas de surdité chez l'enfant sont d'origine congénitale ou néonatale, et près de la moitié pourraient être évités par des mesures de prévention et de dépistage précoces. L'OMS souligne que la surdité néonatale peut être génétique (représentant environ 50% des cas), ou acquise à la suite d'infections pendant la grossesse (rubéole, cytomégalovirus), d'accouchements compliqués ou d'effets secondaires médicamenteux.

D'un point de vue clinique, Korver et al. (2017) précisent que la surdité néonatale se caractérise par une perte auditive permanente d'au moins 40 dB dans l'oreille la plus atteinte, identifiée idéalement avant l'âge de 3 mois et suivie d'une intervention avant 6 mois. Leur étude multicentrique sur les enfants en Europe montre que la précocité du diagnostic et de l'intervention améliore significativement les compétences langagières, sociales et cognitives des enfants atteints.

Olusanya et al. (2020), dans un article de synthèse publié dans *The Lancet*, insistent sur le fait que la surdité néonatale reste largement sous-détectée dans les pays africains, en raison de l'absence de dépistage systématique à la naissance. Ils plaident pour l'institutionnalisation du dépistage néonatal universel de la surdité (UNHS - Universal Newborn Hearing Screening) et démontrent qu'un tel programme est économiquement rentable et socialement indispensable pour garantir l'égalité des chances aux enfants sourds.

Sur le plan développemental, Yoshinaga-Itano et al. (2018) montrent que les enfants identifiés comme sourds dès la période néonatale et pris en charge de manière précoce (avant 6 mois) développent de meilleures compétences linguistiques que ceux diagnostiqués après un an. Leur étude longitudinale révèle que la surdité néonatale non diagnostiquée entraîne un retard significatif dans l'acquisition du langage oral et écrit, compromettant la scolarisation et la socialisation futures.

Enfin, Ching et al. (2019), dans une étude portant sur les résultats de plus de 400 enfants sourds appareillés ou implantés précocement, concluent que l'intervention avant 12 mois permet une amélioration substantielle du langage réceptif et expressif, ainsi que de la qualité de

vie. Ils définissent ainsi la surdité néonatale comme une urgence développementale, nécessitant un système de santé réactif, interdisciplinaire et équitable.

En somme, la surdité néonatale est un déficit auditif congénital ou survenant peu après la naissance, aux causes multifactorielles, dont les conséquences peuvent être atténuées par une stratégie intégrée de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge adaptée. Sa conceptualisation actuelle repose sur une approche bio-psycho-sociale, qui met en relation les facteurs biomédicaux, les conditions contextuelles de prise en charge, et les enjeux de développement et d'inclusion sociale.

1.8.3. Qualité de vie

La notion de qualité de vie (QV) constitue une dimension centrale dans l'évaluation des politiques de santé, de l'éducation inclusive et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, notamment les enfants atteints de déficience auditive. Concept polysémique, la qualité de vie désigne l'état de bien-être global d'un individu, incluant les aspects physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux de son existence. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020), la qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards et ses préoccupations ». Cette approche holistique s'écarte des simples indicateurs biomédicaux pour intégrer les déterminants subjectifs du bien-être.

Dans une perspective orientée vers le handicap, Schalock et Verdugo (2021) soulignent que la qualité de vie repose sur huit domaines essentiels : bien-être émotionnel, relations interpersonnelles, bien-être matériel, développement personnel, autodétermination, inclusion sociale, droits et bien-être physique. Leur modèle, très utilisé dans l'évaluation des politiques de soutien aux personnes handicapées, permet de mieux appréhender les besoins spécifiques des enfants sourds dans un cadre inclusif.

Wallander et al. (2019), dans une revue de littérature consacrée aux enfants vivant avec un handicap, insistent sur l'importance d'évaluer la qualité de vie en relation avec les capacités de communication, la participation sociale et le niveau de soutien familial. Ils démontrent que les enfants sourds ou malentendants présentant un diagnostic et une prise en charge tardifs ont souvent une qualité de vie amoindrie, marquée par des frustrations sociales, des retards scolaires et un faible accès aux loisirs.

D'un point de vue psychologique, Skevington et al. (2022) proposent une mesure intégrative de la qualité de vie basée sur les interactions entre santé mentale, satisfaction relationnelle et sentiment de compétence. Leur recherche, menée dans divers pays, révèle que la qualité de vie perçue chez les enfants dépend fortement de la reconnaissance de leurs besoins et de l'adaptabilité des services sociaux et éducatifs.

Enfin, Nikolopoulos et al. (2021), dans une étude consacrée aux enfants sourds implantés ou appareillés, mettent en évidence que la qualité de vie est positivement corrélée à la précocité de l'intervention, à la réussite scolaire et à la qualité des interactions familiales. Ils suggèrent que les enfants bénéficient davantage lorsque l'appareillage auditif est complété par un accompagnement psychosocial soutenu et un environnement scolaire inclusif. Ainsi, la qualité de vie, dans le contexte des enfants atteints de surdité néonatale, peut être comprise comme un indicateur global de leur développement physique, émotionnel, éducatif et social, influencé par la précocité de la prise en charge, l'accessibilité aux soins et dispositifs éducatifs, ainsi que le soutien psychosocial offert aux familles. Une telle conception renforce la pertinence de toute approche préventive visant à améliorer leurs trajectoires de vie dès la naissance.

Ces concepts constitueront les fondements théoriques pour structurer notre recherche et analyser les données sur les actions de la prévention précoce par un dépistage auditif néonatal qui peuvent influencer la qualité de vie et les possibilités d'insertion sociale et scolaire des enfants déficients auditifs.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre se concentre principalement sur l'examen de la littérature liée à notre thème de recherche.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

la revue de la littérature est le moyen qui aide le chercheur à faire la connaissance de ce que les autres chercheurs ou auteurs ont écrit en rapport au sujet ou aux questions semblables au sujet. Dans la présente étude, nous avons entrepris d'adopter la méthode thématique, qui consiste à mettre en exergue les différents thèmes du sujet.

2.1. Prévention de la surdité néonatale

La littérature sur la prévention de la surdité est riche et diversifiée, reflétant une prise de conscience de ce problème de santé publique. La prévention des surdités néonatales se concentre principalement sur le dépistage précoce et la prise en charge rapide. La littérature mondiale est dominée par des recherches qui prouvent les bénéfices de ces approches, tout en soulignant les défis de leur mise en œuvre. Les travaux des auteurs, bien que considérables, présentent des apports et des limites variables selon les régions. Les travaux les plus influents proviennent des grandes organisations de santé et des commissions de consensus qui ont établi les standards de dépistage à l'échelle mondiale.

Le Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), organisme américain a publié plusieurs déclarations de consensus qui constituent la référence pour les programmes de dépistage auditif néonatal. Leurs recommandations : dépistage avant 1 mois, diagnostic avant 3 mois et intervention avant 6 mois, sont suivies dans de nombreux pays. Le JCIH met l'accent sur le dépistage universel, même en l'absence de facteurs de risque, car près de la moitié des cas de surdité ne sont pas identifiables à la naissance.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié des lignes directrices et des rapports qui préconisent le dépistage précoce comme stratégie clé pour réduire la prévalence et l'impact des pertes auditives. Ses travaux soulignent la nécessité d'intégrer les soins de l'oreille et de l'audition dans les services de santé primaires, en particulier dans les pays à faible revenu.

La Haute Autorité de Santé (HAS) en France a joué un rôle essentiel dans l'évaluation et la mise en place du programme national de dépistage de la surdité néonatale en France. Leurs rapports

détaillent les protocoles de dépistage, notamment l'utilisation des otoémissions acoustiques (OEA) et des potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA), et fournissent des recommandations pour harmoniser les pratiques.

Le Dr. Christine Petit, Institut Pasteur, Professeure Petit et son équipe de l'Institut Pasteur sont des figures clés dans la recherche sur les bases génétiques de la surdité en France. Leurs travaux ont permis d'identifier de nombreux gènes impliqués dans la surdité congénitale, ouvrant la voie à de nouvelles stratégies de diagnostic et, potentiellement, à la thérapie génique.

David C. Thompson, H. McPhillips et al, auteurs Américains, ont mené des revues systématiques et des méta-analyses pour évaluer l'efficacité des programmes de dépistage. Leurs conclusions, publiées notamment par l'Agence américaine pour la recherche et la qualité en santé (AHRQ), ont fourni des preuves solides que le dépistage précoce mène à un diagnostic et une intervention plus rapide.

Tous ses travaux de par le monde sont unanime sur la recommandation des actions de préventions précoces, allant de la prévention primaire à la prévention tertiaire. Malgré les avancées significatives, la littérature soulève plusieurs limites et critiques concernant les travaux existants :

- L'inégalité de couverture : Les études de l'OMS et d'autres organismes montrent une répartition inégale des programmes de dépistage. Alors que les pays occidentaux (Europe, USA) ont des taux de couverture élevés, de nombreux pays en développement dépistent moins de 1 % de leurs nouveau-nés.
- Le manque de données complètes : Dans de nombreuses régions, surtout en Afrique subsaharienne, les données épidémiologiques sont rares ou incomplètes, ce qui rend difficile l'évaluation de la prévalence et l'élaboration de programmes de prévention adaptés.
- Dépendance à la technologie : La plupart des approches de dépistage reposent sur des équipements sophistiqués (PEAA, OEA), qui sont coûteux et nécessitent une maintenance et un personnel qualifié, ce qui n'est pas toujours réalisable dans les pays à faibles revenus.

En Afrique et au Cameroun en particulier, la recherche sur la prévention de la surdité néonatale est émergente, se concentrant sur les causes spécifiques au continent et les défis de la mise en œuvre de programmes de dépistage. Les travaux des auteurs, bien que moins nombreux qu'en Occident, sont cruciaux pour adapter les stratégies de prévention aux réalités locales.

Les travaux du Dr. Anne O. E. Ologe au Nigeria sont parmi les plus cités en Afrique de l'Ouest. Elle a étudié l'épidémiologie de la surdité infantile au Nigeria, mettant en évidence les causes courantes comme l'ictère néonatal, la méningite et l'ototoxicité des médicaments (notamment la gentamicine). Ses recherches soulignent l'importance de la vaccination et de l'amélioration des soins materno-infantiles comme stratégies de prévention.

Les travaux du Dr. Olusanya Babatunde spécialiste de la santé auditive infantile au Nigéria, ont montré la faisabilité et l'efficacité des programmes de dépistage auditif néonatal dans des pays à ressources limitées. Il a mis au point des protocoles adaptés et a publié de nombreux articles sur les défis et les solutions pour la mise en œuvre de ces programmes, notamment le faible coût et la facilité d'utilisation des technologies.

Le Prof. Mashilo G. Mokgokoloshi, auteur de plusieurs études sur les pertes auditives pédiatriques en Afrique du Sud, s'est concentré sur l'évaluation des programmes de dépistage auditif. Ses recherches ont mis en lumière les barrières à l'accès aux soins, comme le manque de professionnels formés et les coûts élevés. Il a également travaillé sur l'identification des facteurs de risque génétiques et environnementaux spécifiques aux populations africaines.

La littérature scientifique sur la surdité néonatale au Cameroun est encore naissante. Les travaux existants sont souvent le fruit de collaborations internationales ou de thèses de recherche universitaires. Les travaux du Dr. Joseph K. Kouam et ceux de son équipe ont contribué à une meilleure compréhension de la situation au Cameroun. Ses recherches ont évalué la prévalence et les causes de la surdité infantile dans des centres hospitaliers de Yaoundé et de Douala. Elles ont montré que les principales causes sont souvent les maladies infectieuses comme la méningite et les otites récurrentes, ainsi que l'ictère sévère. Ces études servent de base pour les futures initiatives de santé publique.

Les travaux du Pr. Albert M. Ndong en collaboration avec des chercheurs européens, se sont intéressés à la faisabilité d'un dépistage néonatal au Cameroun. Ces études préliminaires ont montré que si le concept est pertinent, sa mise en œuvre se heurte à des défis majeurs tels que le manque d'équipements, de personnel qualifié et de financement.

Au regard de ses travaux, l'on peut souligner que plusieurs mesures de prévention peuvent être mises en place dans les pays en voie de développement afin d'éviter la surdité chez l'enfant. Par ailleurs il convient de souligner que malgré la non existence d'une politique nationale de dépistage néonatale systématique dans ses pays, notamment au Cameroun, des actions allant dans ce sens sont posées par des organismes privés et non gouvernementales à l'instar de

l'ALDAC au Cameroun. Plusieurs limites et critique peuvent être apportés à ses travaux à savoir :

- Le manque de données épidémiologiques nationales. La plupart des études sont des Recherches pilotes sur des échantillons de petite taille et dans des centres urbains, ce qui ne permet pas d'avoir une vision globale de la situation.
- Le faible nombre de publications, le volume de la littérature est faible, ce qui rend Difficile l'élaboration de politiques de santé publique basées sur des preuves scientifiques robustes.
- Le manque d'accessibilité aux structures sanitaires équipé d'un dispositif de prévention, L'absence de sensibilisation sur la surdité surtout en période de grossesse.

2.2. Qualité de vie

La notion de qualité de vie (QV) constitue une dimension centrale dans l'évaluation des politiques de santé, de l'éducation inclusive et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, notamment les enfants atteints de déficience auditive. Concept polysémique, la qualité de vie désigne l'état de bien-être global d'un individu, incluant les aspects physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux de son existence. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020), la qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards et ses préoccupations ». Cette approche holistique s'écarte des simples indicateurs biomédicaux pour intégrer les déterminants subjectifs du bien-être.

Dans une perspective orientée vers le handicap, Schalock et Verdugo (2021) soulignent que la qualité de vie repose sur huit domaines essentiels : bien-être émotionnel, relations interpersonnelles, bien-être matériel, développement personnel, autodétermination, inclusion sociale, droits et bien-être physique. Leur modèle, très utilisé dans l'évaluation des politiques de soutien aux personnes handicapées, permet de mieux appréhender les besoins spécifiques des enfants sourds dans un cadre inclusif.

Wallander et al. (2019), dans une revue de littérature consacrée aux enfants vivant avec un handicap, insistent sur l'importance d'évaluer la qualité de vie en relation avec les capacités de communication, la participation sociale et le niveau de soutien familial. Ils démontrent que les enfants sourds ou malentendants présentant un diagnostic et une prise en charge tardifs ont

souvent une qualité de vie amoindrie, marquée par des frustrations sociales, des retards scolaires et un faible accès aux loisirs.

D'un point de vue psychologique, Skevington et al. (2022) proposent une mesure intégrative de la qualité de vie basée sur les interactions entre santé mentale, satisfaction relationnelle et sentiment de compétence. Leur recherche, menée dans divers pays, révèle que la qualité de vie perçue chez les enfants dépend fortement de la reconnaissance de leurs besoins et de l'adaptabilité des services sociaux et éducatifs.

Nikolopoulos et al. (2021), dans une étude consacrée aux enfants sourds implantés ou appareillés, mettent en évidence que la qualité de vie est positivement corrélée à la précocité de l'intervention, à la réussite scolaire et à la qualité des interactions familiales. Ils suggèrent que les enfants bénéficient davantage lorsque l'appareillage auditif est complété par un accompagnement psychosocial soutenu et un environnement scolaire inclusif. Ainsi, la qualité de vie, dans le contexte des enfants atteints de surdité néonatale, peut être comprise comme un indicateur global de leur développement physique, émotionnel, éducatif et social, influencé par la précocité de la prise en charge, l'accessibilité aux soins et dispositifs éducatifs, ainsi que le soutien psychosocial offert aux familles. Une telle conception renforce la pertinence de toute approche préventive visant à améliorer leurs trajectoires de vie dès la naissance.

L'étude de Mossus et al. (2024) conduite à Yaoundé auprès de 127 enfants atteints de surdité met en évidence une problématique critique : le diagnostic tardif des troubles auditifs, dont les conséquences compromettent gravement le développement global de l'enfant. En l'absence d'un dépistage néonatal systématique, les signes précoces de la surdité passent inaperçus, aboutissant à un diagnostic effectué bien après la période sensible de développement du langage. Les auteurs soulignent que la majorité des enfants consultent pour retard de langage ou échec scolaire, soit bien après l'âge de deux ans. Cette situation est aggravée par une faible sensibilisation des parents, un déficit de formation des professionnels de santé primaires, ainsi qu'un manque d'infrastructures adaptées pour le diagnostic et la prise en charge audiolinguistique. Les retards diagnostiques entraînent une exclusion scolaire précoce, des troubles de la communication, une fragilité des liens sociaux, et une perte d'estime de soi chez l'enfant.

Par ailleurs, les déterminants identifiés dans l'étude incluent des facteurs évitables : infections périnatales (otites, méningites), traumatisme obstétrical, ictère sévère ou encore consanguinité. Tous ces facteurs, en lien avec des failles dans le suivi prénatal et postnatal, auraient pu être anticipés par des politiques de prévention primaire et secondaire plus efficaces. Le retard de

diagnostic accentue aussi le coût économique et émotionnel de la prise en charge, alourdissant la charge des familles déjà confrontées à la pauvreté structurelle et à un système de santé sous-financé.

C'est pourquoi cette recherche invite à une transformation urgente des politiques publiques : institutionnalisation du dépistage néonatal de la surdité, renforcement de la formation médicale sur les troubles auditifs, et déploiement de programmes de soutien psychopédagogique pour limiter l'exclusion. La surdité infantile à Yaoundé, dans sa forme non détectée ou mal prise en charge, se présente ainsi comme un indicateur fort des inégalités sanitaires structurelles et des défis en matière d'équité dans l'accès aux soins.

La qualité de vie des enfants déficients auditifs est indissociablement liée aux dynamiques familiales, notamment à la nature des interactions avec la fratrie entendante et à l'accès à des modes de communication adaptés. Dans son étude, Dalle-Nazébi (2004) met en lumière le rôle crucial que joue la langue des signes dans le développement identitaire et relationnel des enfants sourds au sein de la famille, particulièrement dans le cadre de la fratrie. Selon l'auteure, la langue des signes ne constitue pas seulement un outil de communication, mais un vecteur fondamental d'intégration sociale et d'expression culturelle, contribuant ainsi à améliorer significativement la qualité de vie de ces enfants Dalle-Nazébi (2004). L'analyse révèle que la qualité des interactions entre l'enfant sourd et ses frères et sœurs entendants dépend largement de la capacité de ces derniers à maîtriser la langue des signes. Lorsque la fratrie est initiée à cette langue, la communication devient plus fluide, favorisant un climat familial harmonieux et un sentiment d'appartenance renforcé chez l'enfant sourd. En revanche, l'absence de cette compétence communicationnelle engendre des barrières relationnelles susceptibles d'isoler l'enfant sourd, ce qui impacte négativement son bien-être émotionnel et social (Dalle-Nazébi, 2004).

D'autre part, l'étude souligne l'importance d'un soutien familial global, où les parents jouent un rôle déterminant dans l'apprentissage et la valorisation de la langue des signes au sein du foyer. Cette démarche proactive favorise la construction d'un environnement sécurisant et inclusif, condition essentielle pour le développement optimal des compétences langagières et sociales de l'enfant sourd. Ainsi, la promotion de la langue des signes dans la sphère familiale constitue un levier majeur pour atténuer les conséquences de la surdité et améliorer la qualité de vie des enfants concernés (Dalle-Nazébi, 2004).

Toutefois, Dalle-Nazébi (2004) pointe également des limites structurelles, notamment la faible reconnaissance institutionnelle de la langue des signes et le manque de ressources adaptées, qui peuvent freiner la diffusion de ces pratiques familiales. Cette réalité soulève un enjeu sociopolitique important, invitant à une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des familles avec enfants sourds dans les politiques publiques et les dispositifs éducatifs. En résumé, cette étude apporte une contribution essentielle à la compréhension des facteurs influençant la qualité de vie des enfants sourds en insistant sur le rôle central de la langue des signes et des relations fraternelles. Elle met en exergue que favoriser une communication inclusive au sein de la famille est un facteur clé d'amélioration du bien-être global, soulignant ainsi la nécessité d'une reconnaissance et d'un soutien institutionnel renforcés.

Loundon et ses collaborateurs (2020) offrent une analyse approfondie des facteurs prédictifs qui conditionnent l'évolution développementale des enfants sourds, mettant en exergue l'importance des conditions précoces d'intervention et du contexte environnemental dans la qualité de vie et le développement global de ces enfants. L'ouvrage souligne que l'âge au dépistage et à la prise en charge constitue un déterminant fondamental : une intervention précoce permet d'optimiser les capacités langagières et cognitives, réduisant ainsi les retards souvent observés chez les enfants dont la surdité est détectée tardivement (Loundon et al., 2020).

Au-delà du facteur temporel, les auteurs insistent sur le rôle crucial de l'environnement familial et social. Un milieu familial communicant, utilisant soit la langue orale soit la langue des signes, favorise un développement plus harmonieux et une meilleure adaptation psychosociale. En effet, un soutien affectif stable et la stimulation linguistique répétée sont identifiés comme des variables favorisant l'autonomie et la qualité de vie (Loundon et al., 2020, p. 102). De même, l'accès aux ressources éducatives spécialisées, telles que les écoles bilingues ou les dispositifs d'appareillage auditif adaptés, est souligné comme un levier essentiel pour l'intégration scolaire et sociale.

Par ailleurs, l'ouvrage souligne les disparités liées au contexte socio-économique et géographique qui peuvent entraver l'accès à ces ressources. Les enfants issus de milieux défavorisés ou résidant dans des zones rurales sont souvent exposés à un retard dans la prise en charge, ce qui impacte négativement leur trajectoire développementale (Loundon et al., 2020). Ils insistent enfin sur l'importance d'une approche multidisciplinaire coordonnée, associant ORL, orthophonistes, psychologues et éducateurs spécialisés, pour garantir un accompagnement global et adapté aux besoins spécifiques de chaque enfant. Cette prise en

charge intégrée favorise une amélioration significative de la qualité de vie, notamment en termes d'autonomie, d'estime de soi et d'inclusion sociale.

Leybaert (2020) explore de manière détaillée l'interdépendance entre la communication et la qualité de vie, particulièrement chez les enfants présentant des troubles auditifs. L'étude souligne que la qualité de vie des enfants sourds est profondément liée à leurs capacités communicationnelles, lesquelles sont elles-mêmes conditionnées par l'accès à un langage accessible et à des environnements favorisant l'interaction sociale (Leybaert, 2020). Cette dimension communicationnelle inclut non seulement la langue orale ou signée, mais aussi les stratégies alternatives et augmentatives permettant de compenser les déficits auditifs.

L'auteur met en avant que le déficit auditif impacte non seulement la communication verbale, mais également la construction identitaire, l'autonomie et le bien-être psychologique. En effet, une communication limitée peut engendrer un isolement social, des difficultés relationnelles et une baisse de l'estime de soi, affectant ainsi négativement la qualité de vie globale (Leybaert, 2020). Ces conséquences psychosociales sont particulièrement marquées dans les contextes où le soutien familial ou scolaire est insuffisant. Leybaert insiste sur l'importance d'une intervention précoce qui ne se limite pas à l'appareillage auditif, mais inclut également l'apprentissage d'une langue accessible, que ce soit la langue des signes ou une langue orale adaptée, afin de permettre un développement optimal des compétences communicationnelles. Cette approche multimodale favorise l'intégration sociale, réduit les barrières relationnelles et améliore les perspectives éducatives (Leybaert, 2020).

Par ailleurs, l'étude souligne que la qualité des interactions familiales joue un rôle central dans la perception de la qualité de vie. Un environnement familial qui valorise la communication, propose un soutien émotionnel constant et offre des opportunités d'échanges riches contribue significativement au bien-être de l'enfant sourd (Leybaert, 2020). Ces constats rejoignent ceux de Loundon et al. (2020) qui mettent l'accent sur la stimulation linguistique et affective comme facteurs clés dans le développement. C'est la raison pour laquelle, Leybaert (2020) attire l'attention sur la nécessité d'une prise en charge globale et individualisée, qui associe rééducation, soutien psychologique et adaptations scolaires, afin d'assurer une qualité de vie satisfaisante et durable pour l'enfant sourd. Cette étude complète et nuance alors l'analyse précédente en mettant en exergue la place centrale de la communication dans la qualité de vie, confirmant que les facteurs influençant cette dernière dépassent la seule dimension médicale pour inclure des aspects psychosociaux fondamentaux.

L'étude de Mossus et al. (2021) prolonge les réflexions de Leybaert (2020) et de Loundon et al. (2020) en insistant sur l'importance du cadre scolaire bilingue (langue des signes et langue écrite/orale) dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants sourds. En s'appuyant sur une analyse de parcours d'élèves sourds scolarisés dans des dispositifs bilingues en France, les auteurs mettent en évidence les effets positifs de l'accessibilité linguistique sur l'inclusion scolaire, la construction identitaire et la réussite éducative (Mossus et al., 2021). Dans ces parcours bilingues, la langue des signes est utilisée comme langue d'enseignement, à côté de la langue française écrite et parfois orale, ce qui permet aux enfants sourds de suivre les apprentissages sans le filtre du handicap. Ce modèle réduit le stress cognitif lié à la sur adaptation linguistique et favorise un meilleur développement socio-affectif (Mossus et al., 2021). L'étude souligne que les enfants scolarisés dans ces environnements témoignent d'un plus grand sentiment de compétence, d'une meilleure estime de soi et d'une plus grande motivation scolaire.

Le choix d'un environnement éducatif respectueux de la langue première de l'enfant sourd (en l'occurrence la LSF) apparaît donc comme un déterminant fondamental de sa qualité de vie. Il permet une reconnaissance de son identité sourde, favorise les interactions sociales égalitaires avec les pairs et valorise ses compétences spécifiques, en opposition aux parcours exclusivement oralisant qui peuvent renforcer l'isolement et les difficultés d'apprentissage (Mossus et al., 2021). Ces résultats convergent avec ceux de Leybaert (2020) sur la centralité de la communication dans le bien-être des enfants sourds et avec ceux de Dalle-Nazébi (2004) sur l'importance de l'environnement linguistique et familial dans l'équilibre psychologique de ces enfants.

Dans la continuité des réflexions antérieures sur la qualité de vie des enfants sourds, l'article de Loundon et al. (2022) met en lumière le rôle déterminant du dépistage néonatal précoce dans l'accès à une éducation adaptée dès les premiers mois de vie. Les auteurs montrent que la détection précoce de la surdité permet une orientation rapide vers des parcours de prise en charge intégrant la stimulation langagière, la guidance parentale et, dans certains cas, une introduction anticipée à la langue des signes (Loundon et al., 2022). L'étude souligne que les enfants sourds bénéficiant d'une éducation précoce (avant 6 mois) présentent des niveaux de développement cognitif, langagier et socio-affectif significativement plus élevés que ceux dont la surdité a été diagnostiquée tardivement. Ce bénéfice s'explique notamment par une période critique d'acquisition du langage, qui, si elle est exploitée, permet de poser les bases d'une

communication efficace et de prévenir des retards durables dans les interactions sociales et scolaires.

En lien avec Mossus et al. (2021), cette recherche confirme que les dispositifs éducatifs bilingues (langue des signes/langue française) sont d'autant plus efficaces qu'ils sont mis en place tôt. La précocité du dépistage devient donc un levier de justice sociale, dans la mesure où elle permet d'amortir les inégalités liées aux retards d'orientation ou aux parcours scolaires inadaptés (Loundon et al., 2022). Mais, cette étude converge avec Leybaert (2020) et Dalle-Nazébi (2004) en soulignant le rôle essentiel des familles dans le développement langagier de l'enfant sourd, et la nécessité de leur offrir un accompagnement éclairé, notamment sur les enjeux du choix linguistique (LSF vs français oral), afin d'assurer une continuité affective, éducative et identitaire.

2.3. Déficience auditive

Elle constitue une atteinte sensorielle aux conséquences multidimensionnelles, notamment sur le langage, la communication, le développement cognitif, l'intégration scolaire et la qualité de vie. Sa compréhension conceptuelle a évolué, intégrant des dimensions biomédicales, développementales et sociales. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021), la déficience auditive se définit comme une réduction partielle ou totale de la capacité à percevoir les sons, mesurée en décibels (dB) de perte auditive. Selon l'évaluation de la Haute Autorité de santé en France (HAS, 2007), la surdité chez l'enfant peut être décrite en fonction de son degré de perte auditive. La surdité peut également se décrire selon la localisation anatomique de l'anomalie auditive, c'est à dire que l'on se retrouve au niveau de l'oreille externe, moyenne, ou interne. Elle peut également se définir selon l'expression clinique.

Les surdités, qu'elles soient congénitales ou acquises sont classées en fonction du degré de perte auditive moyenne (BIAP, 2009). La quantification de la perte auditive selon le Bureau International d'Audiophonologie est basée sur une classification audiométrique qui peut être différent d'une oreille à l'autre. Il existe 5 niveaux de perte auditive : légère, moyenne, sévère, profonde, et totale. Pour une audition normale, la perte tonale ne dépasse pas 20 dB.

la surdité légère correspond d'après Grosbois (2020), à une perte tonale est comprise entre 21 et 40 dB. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, c'est-à-dire survenir sur une oreille ou les deux en même temps. La surdité légère peut survenir à n'importe quel moment de la vie d'un être humain et peut avoir des causes acquises ou innées. Les enfants atteints de surdité légère doivent déployer une attention soutenue, source de fatigue. La parole est perçue à voix normale, mais

la gêne apparaît à voix basse ou lorsque le locuteur s'éloigne. La plupart des bruits familiers sont perçus, ils sont sujet à des troubles de l'articulation, et l'on peut également observer un léger retard de parole.

selon Loundon (2023), la surdité moyenne peut être subdivisée en deux degrés : le premier degré qui correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 41 et 55 dB ; le deuxième degré qui correspond à une perte tonale moyenne est comprise entre 56 et 70 dB. Un enfant atteint de ce type de surdité ne perçoit la parole qu'à une intensité allant de la moyenne à forte, et compense son déficit auditif par la lecture labiale. Pour ce type de surdité le retard de la parole chez l'enfant est avéré et ce dernier a du mal à s'adapter à son environnement car les interactions sont très souvent difficiles. Ce sont des enfants distraits, coléreux, ou complètement renfermé. La déficience auditive moyenne peut-être unilatérale ou bilatérale. Elle peut survenir à n'importe quel moment de la vie de l'être humain et avoir des causes acquises ou innées.

la surdité sévère est due à une perte auditive allant de 71 dB à 90 dB (Hoen et al., 2016). Elle peut être subdivisée en deux degrés : le premier degré : correspond à une perte tonale moyenne qui est comprise en 71 et 80 dB ; le deuxième degré quant à lui correspond à une perte tonale qui est comprise entre 81 et 90 dB. Les personnes atteintes de ce type de surdité ont des difficultés à entendre les sons, la parole et les bruits environnants, ce qui cause un impact sur leur communication, leur compréhension et leur qualité de vie. Le traitement se fait à avec des aides auditives et les implants cochléaires afin d'améliorer la communication.

Selon Colletti et al., (2012), la surdité profonde est due à une perte auditive allant de 91 dB à 120 dB et peut être subdivisée en trois degrés qui sont : le premier degré qui correspond à une perte tonale qui se situe entre 91 et 100 dB ; le second degré correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 101 et 110 dB et le troisième degré qui correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 111 et 120 dB. La surdité profonde peut être due à des facteurs génétiques, des infections (méningite, rubéole), des traumatismes sonores (exposition prolongée à des niveaux élevés de bruit), des maladies congénitales, ou des lésions de l'oreille interne. Chez les enfants, la surdité profonde peut être présente dès la naissance (surdité congénitale) ou se développer au fil du temps, il n'y a aucune perception de la parole, seul les bruits très puissants sont perçus. Sa prévention consiste à se protéger les oreilles en portant des bouchons d'oreilles dans des environnements bruyants afin d'éviter une exposition prolongée à des niveaux sonores élevés, faire vacciner les enfants contre les maladies infectieuses qui peuvent causer la surdité. Son traitement se fait au travers des aides auditives et les implants

cochléaires (avant l'âge de 12 mois) afin améliorer la communication chez les personnes atteintes de surdité profonde (HAS, 2011).

Encore connue sous l'appellation d'anacousie (Pagès, 2017), la cophose est un terme médical qui désigne une surdité totale avec une perte auditive de plus de 120 dB. Elle peut être unilatérale, ne s'attaquant qu'à une seule oreille ou bilatérale, s'attaquant aux deux oreilles. Les personnes atteintes d'anacousie souffrent d'une perte totale d'audition et ne perçoivent plus aucun son, elle peut avoir des origines variées. La cophose peut être congénitale, c'est-à-dire liées à des complications pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. Elle peut être également génétique, c'est à dire dues à des malformations affectant une ou plusieurs parties de l'oreille, telles que le conduit auditif, l'oreille moyenne ou l'oreille interne. Elle peut enfin être acquises, suite à un accident. Dans de nombreux cas, il n'existe aucun remède pour traiter une surdité totale et rétablir une audition complète, en particulier lorsque le nerf auditif est endommagé. Par contre dans le cas des enfants sourds de naissance (HAS ; 2011), l'utilisation d'un implant cochléaire peut favoriser le développement de la parole en améliorant leur audition, à condition qu'il soit posé précocement et suivi d'une rééducation orthophonique.

La surdité est un trouble de l'audition altérant la perception des sons, sa classification anatomique distingue trois catégories de surdité selon Gaudron et al., (2020) : les surdités de transmission, les surdités de perception, et les surdités mixtes qui regroupe à la fois des atteintes du système de transmission et du système de perception.

Les surdités de transmission : ce sont des pertes auditives caractérisées par un problème de conduction des vibrations de l'air entre l'oreille externe et l'oreille interne (Rombaut, 2021). Ce sont des surdités les plus fréquentes chez l'enfant. Elles se manifestent par une difficulté à transmettre les sons de l'oreille externe vers l'oreille interne

Pol C (2003) nous fait comprendre que les surdités de transmission peuvent être acquises, environ 99,5%, et sont causées par les bouchons de cérumen, des corps étrangers dans l'oreille, les otites. Elles peuvent être également congénitales environ 0.5%, et sont causées dans ce cas par les malformations majeures du pavillon de l'oreille moyenne (aplasies majeures), les malformations des osselets et de l'oreille moyenne avec peu ou pas de malformation du pavillon (les aplasies mineures), les tumeurs osseuses non cancéreuse qui peuvent apparaître dans l'oreille (les enchondromes), les aplasies génétiques.

Toujours est-il que pour les surdités de transmission, qu'elles soient acquises ou congénitales, elles peuvent être soit évité par la prévention primaire, soit corrigé par les traitements après

consultation d'un ORL. Si le dysfonctionnement observé n'est pas résorbable ou présente des risques en cas d'opération, le port d'une aide auditive peut être prescrit par un médecin ORL selon les cas. L'appareillage permettra alors de corriger l'audition perdue par le biais de transmission.

Les surdités de perception : elles sont liées à une atteinte de l'oreille interne, mais aussi à la dégradation des petites cellules ciliées de l'oreille interne ou du nerf auditif, responsables de la transmission des sons au cerveau (Loundon ,2023). Les surdités de perception sont les plus fréquentes et l'étiologie est génétique dans la majorité des cas, environ 70% sont d'origine génétique et pour environ 30% des cas elles sont d'origine acquise (Denoyelle et al.,2005).

A l'heure actuelle, l'incidence des surdités congénitales bilatérales sévères ou profondes est estimée à 1 à 2 naissances sur 1000 au niveau mondial (Denoyelle et al., 2020). Elles peuvent être prévenues en adoptant des comportements sains pour l'audition, par des vaccinations (méningite, rubéole), mais également elle peut être traitée avec des appareils auditifs, il est important de soigner la surdité de perception dès que possible puisqu'elle peut entraîner des effets secondaires indésirables, comme une dégradation de la qualité de vie et un isolement.

Les surdités mixtes : elles se manifestent par une atteinte à la fois de la transmission mécanique du son vers l'oreille interne et de la capacité de cette dernière à convertir les stimuli sonores en signaux nerveux interprétables par le cerveau (Rombaut, 2021). La combinaison de ces deux aspects, fait de la surdité mixte un trouble complexe et parfois difficile à diagnostiquer. La personne touchée par une surdité mixte peut moins bien entendre d'une oreille (surdité unilatérale) ou des deux (surdité bilatérale).

Les surdités mixtes peuvent résulter d'une variété de facteurs, allant de problèmes structurels de l'oreille (Pathologie de l'oreille interne et externe), à des traumatismes externes ou internes (chocs violents ou changement brusque de pression), en passant par des prédispositions génétiques. Mais selon les cas, la chirurgie et/ou l'appareillage auditif peuvent corriger la surdité mixte lorsqu'elle est diagnostiquée précocement.

L'expression clinique de la surdité chez l'enfant fait état de trois stades d'apparition. La surdité pré-linguale, la surdité post-linguale et la surdités péri-linguale (Ernst ; 2020).

La surdité pré-linguale

La surdité pré-linguale est une forme de perte auditive qui se manifeste avant l'acquisition du langage. Elle concerne les individus qui naissent avec une perte auditive profonde congénitale

ou qui perdent leurs sensations auditives très tôt avant d'avoir acquis le langage. La surdité pré-linguale a des causes variées, à savoir les facteurs génétiques F. Denoyelle et al (2005), les infections, les traumatismes (des lésions de l'oreille interne ou du nerf auditif peuvent provoquer une perte auditive précoce).

Ce type de surdité touche essentiellement les enfants et par conséquent, une intervention précoce est essentielle (Quérel et Rengifo, 2013). La prise en charge peut inclure l'appareillage auditif pour amplifier les sons et faciliter la communication, les implants cochléaires pour les cas plus sévères, la rééducation auditive par un orthophoniste pour développer les compétences linguistiques et la communication, l'imprégnation précoce au langage des signes pour faciliter la communication gestuelle. Le plus souvent pour ce type de surdité, le choix du mode de prise en charge est souvent décidé par le parent.

La surdité péri-linguale

La surdité péri-linguale (Ernst ; 2020), est un type de perte auditive qui se situe entre la surdité pré-linguale (avant l'acquisition du langage) et la surdité post-linguale (après l'acquisition du langage). Elle concerne les individus qui ont acquis le langage, mais qui ont ensuite perdu partiellement ou totalement leur capacité auditive. Elle peut survenir à tout âge, mais elle est plus fréquente chez les adultes.

Les causes de la surdité péri-linguale sont dues aux traumatismes, aux infections (comme les méningites) qui peuvent endommager l'oreille interne, aux acteurs génétiques, les mutations génétiques qui peuvent prédisposer à la surdité et à pleins d'autres facteurs. La réhabilitation auditive pour les personnes atteintes de surdité péri-linguale peut inclure les appareils auditifs pour amplifier les sons et améliorer la compréhension, les implants cochléaires pour les cas allant de la surdité sévère à profonde.

La surdité péri-linguale peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie, à savoir communication, les relations sociales et la participation à la vie quotidienne. La réadaptation et le soutien psychosocial sont essentiels pour aider les personnes concernées.

La surdité post-linguale

Elle apparaît après l'acquisition d'une communication orale, les personnes atteintes de ce type de surdité sont souvent appelées « les devenus sourds » (Quérel et Rengifo, 2013). Elle peut être due à des facteurs tels que des traumatismes, des infections (comme les otites chroniques ou les méningites), des effets secondaires de traitements médicaux, ou encore au vieillissement.

Dans certains cas, elle peut également être génétique, comme dans le syndrome d'Alport, qui associe une surdité progressive et une insuffisance rénale.

Les surdités post-linguales représentent à l'environ 98,5 % des cas de surdité, dont 60% sont des personnes âgées selon l'article Médecine des Arts.

Sur le plan développemental, Yoshinaga-Itano et al. (2017) soulignent que la déficience auditive, en particulier si elle n'est pas détectée et prise en charge précocement, compromet les périodes sensibles du développement langagier chez l'enfant. Les auteurs insistent sur l'importance d'un dépistage et d'un appareillage avant six mois pour favoriser le développement de la communication orale, démontrant que les enfants identifiés et accompagnés précocement peuvent atteindre des niveaux linguistiques comparables à ceux de leurs pairs entendants.

D'un point de vue psychosocial, Olusanya et al. (2020) considèrent la déficience auditive comme un déterminant majeur de l'exclusion sociale et scolaire, surtout dans les pays à faibles ressources. Leur étude met en lumière l'impact du contexte socioculturel sur la reconnaissance des signes de surdité et sur l'acceptabilité des aides auditives. Ils affirment que la déficience auditive est souvent interprétée comme une fatalité ou une malédiction, ce qui retarde la recherche de solutions médicales et éducatives appropriées.

Sur le plan éducatif, Moeller et al. (2019) insistent sur la nécessité d'une approche inclusive pour les enfants atteints de surdité. Leur recherche démontre que le soutien scolaire personnalisé, la maîtrise de la langue des signes, l'accès aux technologies d'assistance et l'accompagnement des familles sont des leviers fondamentaux pour réduire l'échec scolaire et favoriser une meilleure qualité de vie. Ils définissent ainsi la déficience auditive comme un facteur de vulnérabilité scolaire, dont les effets peuvent être réduits par des politiques éducatives adaptées.

Enfin, dans une perspective d'intégration sociale et de qualité de vie, Davis et Hoffman (2022) proposent une définition fonctionnelle de la déficience auditive comme une limitation dans les interactions quotidiennes avec l'environnement sonore, qui affecte la communication, l'autonomie et le bien-être psychologique. Ils insistent sur la prise en compte de l'expérience subjective de la déficience et sur l'importance de politiques de santé auditive centrées sur la personne, incluant la prévention, la réhabilitation et l'inclusion sociale. Ainsi, à la lumière de ces travaux, la déficience auditive chez l'enfant peut être comprise comme une condition sensorielle aux répercussions globales, dont la portée dépend de sa précocité de détection, des

possibilités d'appareillage, du soutien éducatif et de l'environnement psychosocial. Cette compréhension intégrée permet de mieux orienter les stratégies de prévention, de dépistage, d'accompagnement et de plaider en faveur des enfants déficients auditifs, notamment dans des contextes comme celui du Cameroun où l'accès à ces ressources demeure encore limité.

PARTIE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE III : INSERTION THEORIQUE

L'analyse de la prévention des surdités et de son influence sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC nécessite un ancrage théorique solide permettant de comprendre à la fois les mécanismes biologiques de la déficience auditive et les dynamiques psychosociales et culturelles qui façonnent l'expérience de ces enfants. En effet, la surdité constitue un handicap complexe, dont les effets dépassent largement la seule dimension médicale, affectant le développement du langage, la communication, l'intégration scolaire, la participation sociale et le bien-être émotionnel des enfants.

Dans le contexte camerounais, les représentations sociales de la surdité, les obstacles liés à l'accès aux soins spécialisés, la stigmatisation et les difficultés d'inclusion éducative agissent comme des facteurs aggravants, pouvant réduire l'efficacité des interventions préventives, même lorsqu'elles sont appropriées sur le plan technique. Ainsi, une lecture strictement biomédicale s'avère insuffisante pour appréhender la réalité des enfants suivis à l'ALDAC, dont les trajectoires de vie sont largement influencées par leur environnement familial, communautaire et institutionnel.

Ce chapitre propose donc une triple insertion théorique articulée autour du modèle médical du handicap, du courant anthropologique, et du modèle biopsychosocial, afin d'offrir une compréhension intégrée des enjeux. Le modèle médical permet d'aborder la déficience auditive sous l'angle de la prévention, du dépistage et de la réhabilitation. Le courant anthropologique éclaire les perceptions culturelles et les comportements sociaux qui influencent l'accès aux soins et l'acceptabilité des dispositifs. Enfin, le modèle biopsychosocial, en intégrant les aspects biologiques, psychosociaux et environnementaux, offre une structuration complète pour analyser la qualité de vie des enfants déficients auditifs dans leur globalité.

3.1. MODELE MEDICAL DU HANDICAP

3.1.1. Définition du modèle médical du handicap

Le modèle médical du handicap considère le handicap comme la conséquence directe d'une déficience organique ou fonctionnelle affectant l'individu. Il se fonde sur l'analyse biomédicale des troubles, leur diagnostic et leur traitement, avec pour objectif principal de réduire ou corriger l'altération physiologique afin de restaurer le fonctionnement normal

(Organisation mondiale de la santé, 2001). Dans le cas de la surdité, l'attention se porte sur les atteintes de l'appareil auditif, qu'il s'agisse de pertes auditives légères ou profondes. L'intervention médicale vise à identifier les causes (infections périnatales, anomalies congénitales, traumatismes acoustiques...), proposer des solutions curatives ou compensatoires (prothèses auditives, implants cochléaires) et prévenir les complications associées (Moeller, 2000 ; Sharma et al., 2020). Ce modèle a contribué au développement du dépistage néonatal, aux progrès technologiques des aides auditives et aux protocoles de prise en charge précoce. Toutefois, son approche centrée sur la déficience réduit souvent le handicap à une limitation individuelle, en minimisant l'impact des contextes socioéducatifs et culturels sur la qualité de vie des enfants sourds. Cette limite est particulièrement marquée dans les pays où l'accès à la prévention et aux soins spécialisés reste restreint, comme au Cameroun.

3.1.2. Postulat du modèle médical du handicap

Le modèle médical repose sur un postulat central, corriger la déficience améliore automatiquement l'intégration et la qualité de vie. Ainsi, la surdité est vue comme une pathologie nécessitant un traitement précoce, afin de prévenir les retards de langage et les difficultés cognitives et sociales documentés chez les enfants non pris en charge (Yoshinaga-Itano, 2003 ; Tharpe et al., 2019). L'efficacité des interventions est fortement liée au dépistage précoce : un appareillage auditif avant 6 mois optimise le développement langagier et les performances scolaires (JCIH, 2019). Cette logique a guidé des initiatives globales telles que les programmes de dépistage auditif néonatal universel. Ce postulat se heurte cependant à plusieurs limites empiriques dans le sens où même une correction auditive efficace ne garantit pas une bonne participation sociale sans soutien pédagogique, communication accessible ni acceptabilité culturelle du handicap (WHO, 2021). Le modèle médical est donc nécessaire pour restaurer la fonction auditive, mais insuffisant pour répondre à l'ensemble des enjeux vécus par les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC.

3.1.3. Paradigme du modèle médical du handicap

Le modèle médical s'inscrit dans un paradigme positiviste et biomédical : le handicap est évalué par des indicateurs mesurables (seuil audiométrique, degré de perte auditive), établis selon des classifications internationales telles que celles du Bureau International d'Audiophonologie (BIAP, 2009) et de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2011). L'intervention se structure autour de trois niveaux de prévention : primaire (éviter la survenue), secondaire (dépistage précoce), tertiaire (réhabilitation) comme décrits par l'OMS (2021). Ce paradigme

considère que la technologie (implants cochléaires, aides numériques, orthophonie) permet une compensation fonctionnelle suffisante pour réduire les limitations (Colletti et al., 2012). Il valorise donc l'expertise médicale, la standardisation des pratiques et la rationalité scientifique. Toutefois, dans les environnements à ressources limitées, ce paradigme peut entraîner une prise en charge inégalitaire : absence de dépistage néonatal, coût élevé des technologies, manque de spécialistes en audiologie et en orthophonie (Olusanya et al., 2019). Le paradigme médical, efficace dans les contextes technologiquement avancés, doit donc être adapté et complété lorsque l'environnement socio-sanitaire ne répond pas aux standards normatifs.

3.1.4. Concepts clés du modèle médical du handicap

Les principaux concepts mobilisés par le modèle médical du handicap en lien avec la surdité infantile sont :

- Déficience auditive : perte mesurable de sensibilité sonore (OMS, 2021).
- Diagnostic / Dépistage précoce : utilisation de tests OEA et PEA pour identifier les troubles dès la naissance (JCIH, 2019).
- Réhabilitation auditive : appareillage précoce, implant cochléaire, suivi ORL (Colletti et al., 2012).
- Fonction auditive restaurée entraîne une meilleure communication qui favorise une meilleure intégration.

À cela s'ajoutent les concepts de normalisation fonctionnelle, réduction des incapacités et prévention des retards développementaux (Sharma et al., 2020). Dans la perspective médicale, la qualité de vie est indirectement améliorée par l'accès à l'audition et au langage oral. Cependant, cette réduction du handicap à la seule restauration fonctionnelle est remise en question par les chercheurs en sciences sociales, qui démontrent qu'une déficience compensée peut rester un handicap social lorsque la société n'est pas inclusive (, OMS, 2021).

3.1.5. Application du modèle médical du handicap au sujet

L'application du modèle médical s'observe dans les programmes de prévention, de dépistage et de réhabilitation des enfants suivis à l'ALDAC-Cameroun. Elle se matérialise par :

- le diagnostic audiologique spécialisé, encore très limité au niveau national

- l'appareillage auditif, parfois tardif en raison du coût et du manque de centres
- l'intervention orthophonique pour soutenir le développement du langage
- la médicalisation de l'accompagnement familial

Ces actions visent à réduire les limitations communicationnelles responsables de retards scolaires et de difficultés d'insertion (Ndzana et al., 2023). Ce modèle justifie pleinement le renforcement du dépistage néonatal et des soins spécialisés au Cameroun. Toutefois, son efficacité réelle dépend de facteurs culturels (acceptation de la surdité), économiques (accessibilité aux aides auditives) et éducatifs (enseignants formés), limitant les impacts sur la qualité de vie lorsque ces facteurs ne sont pas pris en compte (WHO, 2021). Dans le contexte ALDAC, le modèle médical est indispensable, mais il doit être articulé avec une approche psychosociale et communautaire pour répondre à la globalité des besoins de l'enfant déficient auditif.

3.2. COURANT ANTHROPOLOGIQUE DU HANDICAP

3.2.1. Définition du courant anthropologique du handicap

Le courant anthropologique du handicap analyse la surdité non pas comme une simple déficience biomédicale, mais comme un fait social et culturellement construit. Il s'intéresse aux représentations, aux valeurs, aux normes sociales et aux pratiques symboliques qui influencent la manière dont une société perçoit et traite les personnes sourdes (Kuper et al., 2018). Cette perspective renverse le postulat strictement médical en considérant que le handicap ne résulte pas uniquement d'une lésion corporelle, mais aussi des croyances partagées, des rapports sociaux et des systèmes d'interprétation qui façonnent l'expérience des individus. Dans plusieurs contextes africains, la surdité est souvent associée à des significations mystiques, morales ou spirituelles, pouvant conduire soit à la protection, soit à l'exclusion (Oppong, 2020). L'approche anthropologique permet ainsi de comprendre comment les familles réagissent à un enfant sourd, comment elles orientent la recherche de soins et comment ces représentations influencent l'accès au dépistage, à l'appareillage ou à l'éducation spécialisée. Elle éclaire aussi le rôle des réseaux communautaires dans la reconnaissance ou la marginalisation de l'enfant déficient auditif.

3.2.2. Postulat du courant anthropologique du handicap

Le postulat central de l'approche anthropologique est que la surdité n'est jamais neutre socialement. La manière dont elle est interprétée par l'entourage influence profondément la trajectoire de vie de l'enfant sourd (Ingstad & Whyte, 2021). Lorsque la déficience auditive est perçue comme une anomalie inquiétante, liée à une sanction spirituelle ou à une honte familiale, l'enfant peut être caché, non scolarisé et privé de soins spécialisés, ce qui détériore directement sa qualité de vie. À l'inverse, lorsqu'elle est perçue comme une différence communicative et non comme un défaut, les familles sont davantage enclines à rechercher des interventions adaptées et à encourager la participation sociale. Dans le contexte camerounais, la persistance de croyances stigmatisantes autour de la surdité peut retarder la consultation ORL ou refuser l'appareillage auditif, pourtant recommandé (Ndzana et al., 2023). Ce postulat met en évidence que la prévention biomédicale ne peut être pleinement efficace sans transformation des représentations sociales. Ainsi, la qualité de vie ne dépend pas uniquement de la fonction auditive, mais aussi du sens social attribué au handicap.

3.2.3. Paradigme du courant anthropologique du handicap

Le paradigme anthropologique s'inscrit dans une approche interprétative, c'est-à-dire que comprendre le handicap nécessite d'analyser le contexte culturel, les normes familiales et les rapports symboliques. Ce paradigme est soutenu par des travaux en anthropologie du handicap qui montrent que les réactions sociales influencent autant la participation que la déficience elle-même (Goffman, 1963 ; Whyte, 2020). Il repose sur l'idée que l'environnement social peut transformer une déficience en handicap ou, à l'inverse, atténuer ses effets. Au Cameroun, et en Afrique centrale de manière générale, les décisions thérapeutiques reposent souvent sur une pluralité de recours : médecine moderne, médecine traditionnelle, soins religieux (Edeh, 2019). Dès lors, même lorsqu'un diagnostic est posé, l'intervention peut être retardée si la famille privilégie des pratiques non biomédicales. Ce paradigme oblige les institutions telles que l'ALDAC à intégrer une dimension socioculturelle dans l'accompagnement parental qui demandera de parler avec les familles dans les codes de leur communauté, déconstruire les stéréotypes, soutenir l'acceptation de la déficience auditive. L'anthropologie réhabilite donc la dimension relationnelle du handicap.

3.2.4. Concepts clés du courant anthropologique du handicap

Plusieurs concepts anthropologiques sont mobilisables dans l'étude de la surdité infantile :

- Stigmatisation : processus par lequel l'enfant sourd est perçu comme inférieur ou dangereux (Goffman, 1963).
- Représentations sociales : croyances collectives influençant l'adhésion aux soins (Moscovici, 2001).
- Modèles explicatifs du handicap : interprétations culturelles qui guident le recours aux traitements (Ingstad & Whyte, 2021).
- Identité sociale : construction de soi en interaction avec l'environnement familial et scolaire.
- Soutien communautaire : facteur protecteur essentiel à l'intégration et au bien-être.

Dans la déficience auditive, ces concepts déterminent l'acceptabilité de l'appareillage, la scolarisation, l'accompagnement psychologique et les interactions quotidiennes. Si les croyances sont négatives, l'enfant peut être marginalisé, ce qui affecte directement son estime de soi et sa participation sociale. À l'inverse, lorsque la langue des signes est socialement valorisée, la qualité de vie s'améliore même en l'absence d'audition complète (Kusters, 2021). Cela met en évidence que l'audition ne suffit pas à « faire société » parce que le sens donné à la communication est central.

3.2.5. Application du courant anthropologique du handicap au sujet

Dans le cadre de l'ALDAC, l'approche anthropologique est essentielle pour comprendre pourquoi certaines interventions biomédicales sont acceptées, retardées ou refusées. Par exemple, certaines familles hésitent à faire porter des prothèses auditives à leur enfant par crainte de moqueries ou par méconnaissance de leur utilité (Ndzana et al., 2023). D'autres privilégient d'abord des consultations spirituelles ou traditionnelles avant de se tourner vers l'orthophonie ou l'implantation cochléaire, ce qui retarde la réhabilitation et impacte la communication. L'intervention préventive doit donc inclure :

- l'éducation thérapeutique familiale,
- la lutte contre la stigmatisation,
- la valorisation de la diversité linguistique (notamment la Langue des Signes Camerounaise).

Cette perspective soutient également le rôle des communautés dans l'intégration scolaire et sociale des enfants sourds comme clubs, églises, pairs entendants formés à la

communication alternative (Kuper et al., 2018). En somme, appliquer l'approche anthropologique signifie agir sur les mentalités pour que la prévention médicale soit réellement efficace et transforme durablement la qualité de vie.

3.3. MODELE BIOPSYCHOSOCIAL DU HANDICAP

3.3.1. Définition du modèle biopsychosocial du handicap

Le modèle biopsychosocial, proposé par Engel (1977), considère le handicap comme le résultat d'interactions dynamiques entre trois dimensions : biologique, psychologique et sociale. Dans cette approche, la déficience auditive ne suffit pas à expliquer le handicap vécu par l'enfant ; les expériences émotionnelles, les modes de communication, les relations familiales, les conditions scolaires et l'environnement socioculturel jouent un rôle déterminant dans la qualité de vie et le développement (WHO, 2001). Ce modèle constitue le socle conceptuel de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), conçue par l'OMS pour évaluer non seulement la perte fonctionnelle, mais aussi l'activité et la participation sociale de l'individu. Il remplace ainsi une vision centrée sur la pathologie par une approche centrée sur la personne. Dans le cas des enfants déficients auditifs, le modèle biopsychosocial permet de comprendre comment un diagnostic tardif, un appareillage limité, un soutien familial insuffisant ou la stigmatisation peuvent perturber le développement langagier, socio-affectif et scolaire, même lorsque l'appareillage est présent. Ce modèle s'impose aujourd'hui comme une référence dans la recherche sur la qualité de vie des enfants sourds.

3.3.2. Postulat du modèle biopsychosocial du handicap

Le modèle biopsychosocial repose sur un postulat majeur : le handicap n'est pas uniquement dans la déficience, il est co-produit par l'environnement (WHO, 2021). Ainsi, une même perte auditive peut entraîner des trajectoires de vie totalement différentes selon que l'enfant bénéficie ou non d'un appareil auditif, d'un accompagnement orthophonique, d'un climat familial soutenant ou d'une école inclusive (Scholz et al., 2020). Ce modèle considère que la prévention et la réhabilitation doivent simultanément agir sur les trois dimensions :

- Biologique : intervention précoce, technologie adaptée, suivi ORL ;
- Psychologique : estime de soi, régulation émotionnelle, communication accessible ;
- Sociale : accessibilité scolaire, lutte contre la stigmatisation, participation communautaire.

Ce postulat met l'accent sur la participation sociale comme indicateur clé de la qualité de vie. Dans le contexte de l'ALDAC, ce modèle aide à comprendre que le succès de la prévention dépend autant de la prise en charge médicale que de l'acceptabilité familiale et de l'inclusion scolaire. Une intervention strictement médicale peut échouer si elle ne s'accompagne pas d'un changement social.

3.3.3. Paradigme du modèle biopsychosocial du handicap

Le paradigme biopsychosocial s'inscrit dans une perspective holistique et fonctionnelle. C'est pourquoi il évalue le fonctionnement humain selon le schéma CIF : déficience, activité, participation (WHO, 2001). Ce paradigme rompt avec l'approche normative de la normalité auditive : ce qui importe n'est plus simplement d'entendre, mais de participer à la vie sociale, scolaire et familiale. Il reconnaît également le rôle décisif des facteurs environnementaux : politiques publiques, accessibilité aux dispositifs de communication, formation des enseignants, attitudes de la communauté (Fellinger & Holzinger, 2019). Le modèle soutient l'idée que l'environnement peut réduire ou amplifier l'impact de la surdité infantile. Cette conception est particulièrement pertinente dans les pays à ressources limitées comme le Cameroun, où l'environnement défavorable aggrave souvent les limitations fonctionnelles faute de services spécialisés (OMS, 2021). Ainsi, dans le paradigme biopsychosocial, la prévention ne se limite pas au dépistage : elle inclut la transformation des milieux de vie et la promotion de droits éducatifs et sociaux.

3.3.4. Concepts clés du modèle biopsychosocial du handicap

Le modèle mobilise quatre concepts centraux :

- Fonctionnement : capacités mesurées du système auditif et linguistique.
- Activités : capacités de communication et d'apprentissage.
- Participation : implication réelle dans les échanges sociaux, familiaux et scolaires.
- Facteurs personnels et environnementaux : estime de soi, attitudes sociales, accessibilité, ressources disponibles (OMS, 2001).

À ces éléments s'ajoutent le concept de qualité de vie, défini par l'OMS comme la perception subjective du bien-être physique, psychologique et social dans son environnement (WHOQOL Group, 1995). Chez les enfants sourds, la qualité de vie dépend non seulement de l'audition restaurée, mais aussi de la possibilité de communiquer efficacement, d'apprendre dans un environnement adapté et d'être reconnu comme membre à part entière du groupe

(Scholz et al., 2020). Ce modèle permet donc d'évaluer la réussite de la prévention au-delà de la simple correction de la déficience.

3.3.5. Application du modèle biopsychosocial du handicap

À l'ALDAC, l'application du modèle biopsychosocial implique une prise en charge intégrée : dépistage, appareillage, orthophonie, accompagnement parental et orientation scolaire. Elle permet d'évaluer les effets concrets de la prévention sur la vie réelle de l'enfant sur le langage, l'autonomie, l'estime de soi, les interactions sociales (Ndzana et al., 2023). Le modèle justifie aussi l'implication de plusieurs acteurs : personnels de santé, enseignants, travailleurs sociaux, pairs entendants, associations. Ce modèle souligne que l'absence d'un dispositif complémentaire, comme un soutien scolaire ou une prise en charge psychologique, peut réduire fortement le bénéfice d'un appareillage pourtant efficace.

3.4. Articulation critique des trois modèles

L'analyse croisée du modèle médical, de l'approche anthropologique et du modèle biopsychosocial permet de comprendre que la surdité infantile est une réalité multidimensionnelle, qui ne peut être expliquée ni traitée selon un paradigme unique. Le modèle médical apporte une compréhension indispensable de la déficience auditive : il permet le dépistage, la classification du déficit, l'appareillage et la réhabilitation, éléments fondamentaux pour réduire les limitations fonctionnelles (OMS, 2021). Toutefois, ce modèle centré sur la correction corporelle tend à minimiser les déterminants sociaux et culturels du handicap. S'il est pertinent pour expliquer les retards de langage ou les complications auditives, il se montre insuffisant pour analyser les difficultés d'intégration scolaire ou la stigmatisation vécue par les enfants sourds.

À l'inverse, le courant anthropologique met en lumière l'influence déterminante des représentations sociales, des normes familiales et des croyances culturelles sur la trajectoire de soins et sur les possibilités de participation des enfants déficients auditifs (Ingstad & Whyte, 2021). Il explique pourquoi certaines familles refusent ou retardent l'appareillage, ou encore pourquoi l'enfant n'est pas scolarisé malgré les recommandations médicales. Cependant, en centrant l'attention sur les dynamiques culturelles, ce courant peut parfois négliger l'importance du diagnostic et de l'accompagnement thérapeutique nécessaire pour limiter les effets développementaux de la surdité.

Le modèle biopsychosocial constitue dès lors une synthèse intégratrice des deux perspectives précédentes. Il considère que la déficience biologique, les expériences psychologiques et les contextes sociaux interagissent pour façonner la qualité de vie et les possibilités d'inclusion (OMS, 2001 ; Scholz et al., 2020). Ce modèle reconnaît la contribution du secteur médical dans la restauration des capacités auditives, tout en affirmant que les résultats ne peuvent être durables que si l'environnement familial et éducatif est adapté à la communication et à l'acceptation de la différence. Dans le cadre de l'ALDAC, cette articulation théorique est particulièrement pertinente car le dépistage et l'appareillage sans accompagnement parental ou inclusion scolaire produiraient des bénéfices limités, tandis qu'une sensibilisation communautaire isolée ne saurait compenser l'absence de soins spécialisés.

Ainsi, parmi les trois modèles, le biopsychosocial est celui qui correspond le mieux à l'objectif de ce mémoire qui est celui d'analyser l'impact de la prévention sur la qualité de vie globale des enfants déficients auditifs au Cameroun. Il permet d'orienter un dispositif préventif et réhabilitatif équilibré, mobilisant à la fois des compétences médicales, éducatives et sociales, tout en plaçant l'expérience vécue de l'enfant et de sa famille au centre de l'intervention. Il servira donc de cadre interprétatif principal pour la lecture et la discussion des résultats obtenus.

L'insertion théorique proposée dans ce chapitre met en évidence la nécessité d'aborder la surdité infantile dans une perspective multidimensionnelle. Le modèle médical apporte une compréhension essentielle de la déficience auditive et des stratégies de prévention visant à restaurer la fonction auditive. Toutefois, il s'avère insuffisant pour saisir l'ensemble des contraintes sociales, culturelles et éducatives qui façonnent le vécu des enfants déficients auditifs. Le courant anthropologique enrichit cette analyse en révélant l'influence déterminante des représentations familiales et communautaires sur l'accès aux soins et l'inclusion. Finalement, le modèle biopsychosocial apparaît comme le cadre le plus adapté pour analyser les interactions entre déficience, communication, participation sociale et qualité de vie. Il constitue ainsi le modèle de référence de ce travail et guidera l'interprétation des résultats ainsi que les propositions d'amélioration des actions de prévention à l'ALDAC.

CHAPITRE IV : METHODOLOGIE

Ce chapitre présente la démarche méthodologique adoptée afin de répondre aux questions de recherche portant sur l'influence des stratégies de prévention des surdités sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC. Il précise la manière dont les variables et indicateurs ont été opérationnalisés à partir des dimensions observables dans la vie quotidienne des enfants. Le site de l'étude ainsi que les caractéristiques de la population phare (enfants sourds) et de la population témoin (parents) y sont décrits. Le chapitre expose ensuite l'instrument utilisé pour la collecte des données, le type d'étude, ainsi que les techniques d'échantillonnage retenues. Enfin, les contraintes méthodologiques et difficultés rencontrées sur le terrain sont présentées, afin de garantir la transparence scientifique et l'interprétation rigoureuse des résultats qui seront analysés dans le chapitre suivant.

4.1. OPÉRATIONNALISATION DE LA VARIABLE INDÉPENDANTE

L'opérationnalisation nous aide à passer du langage abstrait de notre étude sur la formulation des hypothèses au langage concret, de la vérification est et se fonde sur l'observation empirique des phénomènes. C'est pour cette raison que N'da dit que « Le cadre opératoire sert (...) à l'isolement concret des faits observables qu'il faudra traiter pour effectuer l'analyse. Il se positionne entre l'hypothèse et le travail empirique de vérification. » (2015, p. 72). Somme toute, le processus d'opérationnalisation des concepts spécifie ce qui est analysé précisément pour vérifier l'hypothèse ; il fournit les référents empiriques les plus concrets au moyen de la construction des variables et des indicateurs.

Il s'agit de la variable que le chercheur manipule. C'est la cause dans la relation de cause à effet. Elle est censée avoir une influence sur une autre dite dépendante. N'da l'articule comme « celle dont le changement de valeur influe sur celui de la variable dépendante. C'est la variable qu'on manipule dans l'expérimentation et qui évoque la cause qui produit l'effet lorsqu'on postule une relation de cause à effet » (2015, p. 74). Dans notre étude, la variable indépendante principale est : Prévention des surdités.

VARIABLE	MODALITES	INDICATEURS	INDICES
1. PREVENTION PRIMAIRE	Sensibilisation et éducation familiale	1. Connaissances des parents sur la surdité	▸ Identification précoce des signes d'alerte ▸ Compréhension du rôle du dépistage ▸ Représentations non stigmatisantes du handicap
		2. Accessibilité aux informations préventives	▸ Participation aux séances d'information ALDAC ▸ Informations transmises par un professionnel ▸ Adoption des recommandations préventives
2. PREVENTION SECONDAIRE	Dépistage et diagnostic	1. Délai diagnostic – prise en charge	▸ âge de découverte du trouble ▸ Rapidité d'orientation vers un ORL ▸ Durée entre diagnostic et appareillage
		2. Accès aux services spécialisés	▸ Disponibilité des examens adaptés ▸ Obtention de prothèses auditives ▸ Début de rééducation orthophonique
3. PREVENTION TERTIAIRE	Rééducation, appareillage, accompagnement	1. Parcours de r��habilitation	▸ Usage régulier de l'aide auditive ▸ Suivi orthophonique continu ▸ Accompagnement parental structuré
		2. Inclusion éducative et sociale	▸ Scolarisation dans un environnement adapté ▸ Participation aux activités sociales ▸ Réduction des limitations communicationnelles

Cette opérationnalisation permet de relier chaque niveau de prévention à des manifestations concrètes observées dans la vie de l'enfant et dans le parcours parental. Elle autorise une confrontation directe des hypothèses aux données recueillies, tout en offrant la possibilité d'une analyse par cas et d'une analyse transversale.

4.2. SITE DE L'ÉTUDE ET LA POPULATION DE L'ÉTUDE

Nous rappelons que notre étude porte sur la prévention des surdités et la qualité de vie, la cible étant portée sur les enfants déficients auditifs suivis par l'ALDAC au Cameroun, plus précisément dans la ville de Yaoundé siège de l'Association.

4.2.1. Site de l'étude

L'étude a été menée auprès de l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive Cameroun (ALDAC), à Yaoundé, la capitale politique du Cameroun. L'ALDAC est une organisation à but non lucratif qui intervient depuis sa création en 2018 dans la sensibilisation, le dépistage, le diagnostic, la réhabilitation et l'accompagnement psychosocial des enfants atteints de déficience auditive au Cameroun. Elle constitue un acteur-clé dans la prise en charge des surdités infantiles en Afrique centrale.

4.2.1.1. Présentation socio-démographiquement du site de l'étude

Yaoundé est une ville cosmopolite qui accueille des populations venant de toutes les régions du Cameroun. Elle est située dans la région du Centre et s'étend sur sept arrondissements, couvre une superficie d'environ 180 km² et compte plus de 3 millions d'habitants. Ville administrative et politique, Yaoundé concentre une diversité de services de santé, d'éducation spécialisée, d'associations, et d'institutions publiques.

Elle présente une diversité ethnique, religieuse et linguistique, ainsi que des disparités économiques notables. Les quartiers périphériques sont souvent marqués par une précarité des conditions de vie, un accès limité aux soins spécialisés et une faible sensibilisation aux enjeux du handicap.

La population cible de l'ALDAC est constituée majoritairement des familles à revenu modeste et faible, dont les enfants présentent une surdité congénitale ou acquise. Le centre accompagne des enfants âgés de 0 à 18 ans, avec une forte proportion d'enfants diagnostiqués après l'âge de 2 ans, ce qui pose des défis majeurs à l'acquisition du langage, à la socialisation et à la scolarisation. La configuration socio-démographique du site d'étude, caractérisée par la coexistence de facteurs culturels, structurels et économiques variés, en fait un terrain pertinent pour l'exploration des déterminants sociaux de la qualité de vie des enfants déficients auditifs et des pratiques de prévention de la surdité au Cameroun.

4.2.1.2. Situation géographique

L'ALDAC est implantée dans la ville de Yaoundé, précisément dans l'arrondissement de Yaoundé IV. La situation géographique du site annexe à l'Ecole Spécialisés pour Enfants Déficients Auditifs (ESEDA) offre un cadre pertinent pour cette étude, en raison de la présence de l'ALDAC, qui reçoit à la fois des enfants issus de milieux urbains et périurbains, venant parfois de régions voisines. Cela permet d'avoir accès à des profils variés de familles concernées par la surdité infantile, dans un environnement à la fois médicalisé, éducatif et communautaire.



Figure 1: Siège annexe de l'ALDAC Yaoundé

4.2.1.3- Missions de l'ALDAC

L'Association de Lutte contre la Déficience Auditive au Cameroun (ALDAC) est une organisation à but non lucratif fondée en 2018 au Cameroun en vue de répondre aux besoins spécifiques des enfants vivant avec une déficience auditive. Elle est composée en majeure partie de médecins ORL, de chirurgien, de psychologue, d'audioprothésistes, d'orthophonistes et d'éducateurs spécialisés. Elle a pour vocation de promouvoir une prise en charge globale, inclusive et humaniste de ces enfants, dans un contexte national marqué par un accès inégal aux soins spécialisés et un manque de structures adaptées. Les missions principales de l'ALDAC s'articulent autour des axes suivants :

- **La sensibilisation et le dépistage précoce des surdités infantiles**

L'ALDAC offre des campagnes de sensibilisation dans les maternités, les services pédiatriques et les familles sur l'importance d'un diagnostic rapide afin de prévenir les complications liées au développement du langage. Elle œuvre pour la mise en place des stratégies de dépistage néonatal systématique des troubles auditifs dès les premiers mois de vie.

- Le dépistage, le diagnostic et la réhabilitation des surdités

L'association offre des campagnes de dépistage, de diagnostic et facilite l'accès aux appareils auditifs adaptés, en lien avec des audioprothésistes partenaires de Cameroun et de la France. Elle accompagne les enfants et familles dans le choix, la pose et l'entretien des dispositifs, et assure un suivi régulier de leur évolution audiolinguistique.

- L'accompagnement éducatif, psychologique et social

L'ALDAC met en place des activités de rééducation et de stimulation du langage, en collaboration avec des orthophonistes et éducateurs spécialisés. Elle soutient aussi les familles à travers des conseils, du soutien psychosocial et des ateliers éducatifs. L'un de ses objectifs est de favoriser l'inclusion scolaire des enfants sourds dans les établissements ordinaires ou spécialisés.

- Le développement de partenariats et le renforcement des capacités

L'ALDAC collabore avec des structures locales et internationales en charge de l'audition dans le but de renforcer la qualité de ses interventions, de bénéficier d'équipements techniques de dernière génération, former les médecins ORL du Cameroun sur les techniques innovantes de chirurgie de l'oreille, renforcer les plateaux techniques des hôpitaux et de développer des formations en lien avec la surdité et le handicap auditif.

Par l'ensemble de ses missions, l'ALDAC se positionne comme un acteur central dans la construction d'un dispositif de prévention, de prise en charge et d'intégration des enfants déficients auditifs au Cameroun, avec une approche centrée sur l'enfant, la famille et la communauté.



Figure 2 : Facebook

4.2.2. Population de l'étude

N'da définit la population de l'étude comme « une collection d'individus (humains ou non), c'est-à-dire un ensemble d'unités élémentaires (une personne, un groupe, une ville, un pays) qui partagent des caractéristiques communes précises par un ensemble de critères. Les critères peuvent concerner par exemple l'étendue de l'âge, le sexe, la scolarité, le revenu, etc. » (2015, p. 99). C'est pour dire que la population de l'étude est un rassemblement de tous les cas qui répondent à un ensemble déterminé de caractères spécifiques. Cette perspective signifie que la population d'étude constitue l'ensemble de sujets ayant des caractéristiques de l'étude, sur lesquelles porte notre investigation. On distingue la population cible et la population accessible.

4.2.2.1. Population cible

La population cible de cette étude est constituée de tous les parents ou tuteurs légaux des enfants atteints de déficience auditive, suivis ou ayant été suivis par l'Association de Lutte contre la Déficience Auditive Cameroun (ALDAC) et des professionnels accompagnants. Cette population a été choisie pour leurs rôles crucial dans le processus de prévention des surdités et une source privilégiée d'informations sur :

- Les conditions de découverte de la surdité de leur enfant,
- Les démarches de soins entreprises,
- Les représentations sociales liées au handicap auditif,
- Les obstacles rencontrés dans le parcours de dépistage et de prise en charge.

Ils sont directement concernés par les dimensions psychosociales, économiques et culturelles que cette recherche entend explorer.

4.2.2.2. Population accessible

La population accessible correspond à l'ensemble des parents des professionnels accompagnant volontaires, disponibles et capables de participer à un entretien approfondi, identifiés et mobilisés grâce à l'appui de l'équipe de l'ALDAC. Elle comprend également les enfants déficients auditifs observés dans le cadre des visites en centre, ainsi que certains professionnels impliqués dans leur accompagnement (audioprothésiste, orthophonistes, éducateurs spécialisés). Le choix de cette population repose sur la possibilité concrète d'accès à travers l'environnement institutionnel de l'ALDAC, et sur la pertinence des informations qu'ils peuvent fournir pour comprendre les déterminants du retard de dépistage, les effets du non-appareillage précoce, et les dynamiques d'insertion scolaire et sociale.

La sélection de la population accessible a été non probabiliste et raisonnée, selon une méthode de choix intentionnel, en fonction de critères d'expérience, de disponibilité, de diversité des profils, et de saturation des données. Ce choix s'inscrit dans les logiques méthodologiques propres à la recherche qualitative.

4.2.2. Population de l'étude

La population de l'étude correspond à l'ensemble des sujets directement concernés par le phénomène investigué et en mesure de fournir des informations indispensables à la compréhension de la prévention des surdités et de son impact sur la qualité de vie des enfants suivis à l'ALDAC. Dans une perspective méthodologique, Fortin et al. (2022) soulignent que la sélection des participants doit se baser sur leur pertinence scientifique plutôt que sur leur représentativité statistique, surtout en recherche qualitative. Ainsi, deux sous-ensembles distincts ont été retenus : une population phare, constituée des enfants déficients auditifs, et une population témoin, constituée des parents ou tuteurs légaux.

4.2.2.1. Population phare

La population phare est constituée des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC, présentant une surdité sévère à profonde diagnostiquée tardivement, généralement entre 2 et 7 ans selon les récits parentaux collectés. Dans la majorité des cas, l'appareillage a été rendu possible grâce aux campagnes de dons de prothèses auditives organisées par l'association, et certains enfants bénéficient parallèlement d'une prise en charge orthophonique.

Les enfants inclus présentent des configurations variées en matière de scolarisation :

- certains évoluent dans un dispositif scolaire ordinaire ;
- d'autres sont inscrits dans des écoles inclusives ou spécialisées ;
- quelques-uns ne sont pas encore scolarisés en raison du retard de diagnostic ou d'obstacles sociaux.

Ce choix permet d'analyser différentes trajectoires de prévention et leurs liens avec la participation sociale et le bien-être de l'enfant.

4.2.2.2. Population témoin

La population témoin est constituée des parents ou tuteurs légaux de ces enfants. Contrairement au sens strictement expérimental du terme, ils ne sont pas des sujets « non exposés », mais plutôt des témoins privilégiés du parcours préventif et réadaptatif de leur enfant. Ils sont les mieux placés pour fournir :

- des informations sur le moment de découverte de la surdité,
- les délais d'accès au diagnostic et à l'appareillage,
- l'évolution de la communication,
- les expériences scolaires et sociales,
- les perceptions de stigmatisation ou de progrès dans le bien-être.

Leur contribution permet une analyse rétrospective et contextualisée de l'efficacité réelle des actions de prévention, en tenant compte des déterminants familiaux, socioculturels et éducatifs.

4.3. INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES

Pour atteindre les objectifs de cette recherche et répondre aux hypothèses posées, deux instruments complémentaires ont été utilisés : un guide d'entretien semi-directif et une échelle d'évaluation de la qualité de vie (QDV-ALDAC). Leur combinaison permet de croiser les perceptions subjectives des parents avec une appréciation structurée du vécu de l'enfant déficient auditif.

4.3.1. Guide d'entretien semi-directif

Le guide d'entretien semi-directif a été adressé aux parents ou tuteurs légaux des enfants sourds suivis à l'ALDAC. Il vise à recueillir des informations détaillées sur :

- le parcours de dépistage et de prise en charge de la surdité,
- les représentations sociales et culturelles du handicap auditif dans la famille et l'entourage,
- les changements observés depuis l'appareillage et/ou la rééducation,
- l'intégration scolaire et les interactions sociales de l'enfant,

- les soutiens institutionnels et éducatifs disponibles.

La structure semi-ouverte de l'entretien favorise l'expression libre des répondants, tout en assurant une couverture systématique des thèmes nécessaires à l'analyse des niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). Cet instrument est particulièrement adapté dans le cas d'enfants ne pouvant pas exprimer seuls leur vécu, l'adulte étant alors un informateur privilégié.

4.3.2. Echelle de qualité de vie QDV-ALDAC

Afin de renforcer la rigueur analytique de l'étude, le guide d'entretien a été complété par une échelle d'évaluation parentale de la qualité de vie de l'enfant sourd. Cette échelle a été développée à partir des observations réellement rapportées sur le terrain et regroupe quatre dimensions essentielles :

- Communication fonctionnelle (réception et expression)
- Participation scolaire (accès, intégration)
- Inclusion sociale (relations avec les pairs, stigmatisation perçue)
- Bien-être émotionnel (confiance en soi, épanouissement)

Chaque dimension est évaluée sur trois niveaux : 0 = Faible · 1 = Modérée · 2 = Bonne

Les critères de cotation se basent sur des comportements observables : réaction aux sons, utilisation de signes, participation aux activités, expression des émotions, etc. L'échelle permet ainsi une analyse comparative entre les enfants selon leur parcours préventif.

Le guide d'entretien apporte la profondeur des récits familiaux ; L'échelle QDV-ALDAC permet une lecture structurée et synthétique des impacts de la prévention. Cette complémentarité garantit une validité interne renforcée : cohérence entre hypothèses, variables opérationnalisées et données réellement exploitées.

4.4. TYPE D'ETUDE

Cette recherche s'inscrit dans une approche qualitative exploratoire, orientée vers la compréhension en profondeur du vécu des familles d'enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC. Le choix de cette approche est justifié par la nature même du phénomène étudié : la qualité de vie et l'expérience de la prévention ne peuvent être appréhendées uniquement à travers des indicateurs quantitatifs, car elles relèvent principalement de dimensions sociales, affectives et communicationnelles. L'étude qualitative permet ainsi d'accéder au sens que les

parents attribuent au handicap auditif, aux trajectoires de prise en charge et aux changements observés dans la vie de leur enfant.

L'approche exploratoire vise à mettre en évidence des régularités, des divergences et des mécanismes explicatifs dans les récits parentaux sans prétendre à une généralisation statistique. Cette approche est particulièrement adaptée aux populations vulnérables et faiblement représentées dans les statistiques nationales, comme les enfants sourds au Cameroun. Elle repose sur une démarche inductive qui part du terrain pour produire une compréhension contextualisée et transférable, utile à l'amélioration des stratégies de prévention au sein de l'ALDAC.

4.5. TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillonnage retenu dans cette étude est un échantillonnage non probabiliste raisonné, également appelé échantillonnage intentionnel. Cette technique consiste à sélectionner les participants en fonction de leur pertinence informationnelle, c'est-à-dire sur leur capacité à fournir des données riches et utiles en lien avec l'objet d'étude. Dans le contexte de l'ALDAC, ce choix méthodologique est justifié par l'importance de recueillir les témoignages de personnes directement impliquées dans le parcours de prévention et la vie quotidienne des enfants déficients auditifs.

Ainsi, six (06) parents/tuteurs ont été retenus comme informateurs principaux, en raison de leur connaissance intime des trajectoires de leurs enfants et des impacts concrets des interventions préventives. Leur participation a également permis d'inclure six (06) enfants déficients auditifs dont ils sont responsables, constituant ainsi la population phare de l'étude. Les variations dans les profils (âge, délai diagnostic-appareillage, modalités scolaires, contexte familial...) ont guidé la sélection afin d'assurer une diversité suffisante des expériences.

Ce choix d'échantillonnage est conforme aux standards de la recherche qualitative qui privilégient la richesse et la saturation des données plutôt que la représentativité statistique. Lorsque les entretiens ne produisaient plus de nouvelles informations pertinentes, la saturation a été considérée atteinte, justifiant l'arrêt des inclusions.

4.6. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES

L'analyse des données s'est appuyée sur une approche thématique de contenu, adaptée à l'étude qualitative de récits parentaux et de situations individuelles d'enfants déficients auditifs. Les entretiens ont d'abord été intégralement retranscrits puis soumis à une lecture

flottante afin d'obtenir une compréhension globale des expériences parentales et du contexte de prévention des surdités.

Dans un second temps, un codage systématique a été réalisé sur la base des hypothèses de recherche et des dimensions de la qualité de vie identifiées. Trois niveaux de codage ont structuré l'analyse :

1. Codage ouvert : repérage des unités de sens liées à la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et à la qualité de vie (communication, scolarisation, inclusion sociale, bien-être).
2. Codage axial : regroupement des éléments similaires pour faire émerger des catégories thématiques représentatives des expériences familiales.
3. Codage sélectif : mise en lien des thèmes avec les hypothèses HG, HS1, HS2 et HS3 afin de vérifier ou nuancer leur validité.

En complément de cette analyse narrative, les données ont été traitées de manière plus structurée grâce à l'échelle de qualité de vie QDV-ALDAC développée pour cette étude. Chaque enfant s'est vu attribuer un score sur les quatre dimensions évaluées, permettant d'obtenir un profil synthétique de son vécu et de confronter ce profil au type de prévention reçu.

Enfin, une analyse transversale a été menée afin d'identifier les régularités, divergences et trajectoires contrastées selon les familles. Ce croisement systématique des données garantit une interprétation solide et une mise en perspective rigoureuse des effets de la prévention sur la qualité de vie des enfants suivis à l'ALDAC.

4.7. DIFFICULTES RENCONTREES

Au cours de la collecte des données sur le terrain, plusieurs contraintes méthodologiques et contextuelles ont été rencontrées. Celles-ci n'ont pas compromis la qualité des données recueillies, mais ont nécessité une adaptation constante du dispositif de recherche et une posture réflexive rigoureuse.

- Difficultés d'accès aux participants

Le recrutement des parents a été rendu complexe par leur réticence initiale à évoquer la situation de leur enfant, souvent perçue comme un sujet sensible. La stigmatisation encore présente autour de la surdité a parfois limité l'adhésion à la démarche. L'appui des professionnels de l'ALDAC a été essentiel pour instaurer un climat de confiance.

- **Contraintes de temps et de disponibilité**

La plupart des parents, principalement des mères, exercent une activité économique informelle ou assument seules les responsabilités domestiques, rendant difficile la planification d'entretiens longs. Certains échanges ont dû être réorganisés ou écourtés en conséquence.

- **Barrières linguistiques et culturelles**

Une partie des répondants ne maîtrisant pas suffisamment le français, des reformulations et traductions en langues locales (éwondo, fulfulde) ont été nécessaires. Cette médiation linguistique, bien que facilitatrice, a parfois ralenti le processus d'entretien et exigé une vigilance accrue lors de l'analyse sémantique.

- **Charge émotionnelle élevée**

Les récits relatifs au retard de diagnostic, aux moqueries et aux obstacles rencontrés dans la scolarisation ont généré de fortes émotions (peur, culpabilité, tristesse). Il a été nécessaire d'adopter une démarche empathique, tout en maintenant une distance professionnelle pour garantir la neutralité analytique.

- **Contraintes logistiques**

L'éloignement géographique de certaines familles, les rendez-vous reportés ou les indisponibilités de professionnels impliqués ont parfois perturbé l'organisation du terrain, nécessitant une grande flexibilité.

En dépit de ces difficultés, la collaboration étroite avec l'ALDAC et l'engagement des familles ont permis de mener à bien la collecte. Ces ajustements permanents constituent une caractéristique habituelle des études qualitatives menées dans des environnements réels et apportent même une profondeur contextuelle précieuse à l'interprétation des résultats.

Ce chapitre méthodologique a présenté l'ensemble du dispositif déployé pour analyser l'impact des actions de prévention sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC. Le choix d'une démarche qualitative exploratoire s'est révélé pertinent pour appréhender la complexité des trajectoires individuelles, du retard diagnostique et des dynamiques psychosociales qui façonnent le vécu des familles. La population étudiée, composée de six enfants sourds et de leurs parents en tant que témoins privilégiés, a été sélectionnée selon un échantillonnage raisonné garantissant la pertinence et la richesse des données recueillies. Les instruments d'enquête – un guide d'entretien semi-directif et une

échelle de qualité de vie contextualisée – ont permis une analyse à la fois narrative et structurée. Malgré les contraintes rencontrées, l'organisation du terrain et la collaboration des acteurs de l'ALDAC ont permis de collecter des données fiables et suffisantes pour répondre aux hypothèses de recherche. L'analyse des résultats sera présentée dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats issus de la collecte menée auprès des parents d'enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC. Conformément au dispositif méthodologique adopté, il s'agit d'examiner dans quelle mesure les actions de prévention mises en œuvre influencent la qualité de vie de ces enfants, à travers l'évolution de leurs capacités de communication, leur participation scolaire, leur inclusion sociale et leur bien-être affectif. La démarche analytique repose à la fois sur le contenu des entretiens et sur l'échelle d'évaluation QDV-ALDAC, permettant un croisement structuré entre les récits parentaux et les indicateurs mesurés. Après une description des caractéristiques sociogénérationnelles des enfants et de leurs parents, les résultats sont organisés selon les dimensions de la qualité de vie et analysés au regard des niveaux de prévention prévus dans nos hypothèses. Ce chapitre vise ainsi à établir les constats empiriques qui soutiendront la discussion finale du travail.

5.1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

L'étude a inclus six enfants présentant une déficience auditive sévère à profonde, suivis à l'ALDAC, et leurs parents/tuteurs légaux. Les profils se distinguent par une grande variabilité dans l'âge de découverte, l'accès au diagnostic et l'appareillage, mettant en évidence des parcours préventifs inégaux. Les niveaux d'accompagnement et les modalités de scolarisation diffèrent également selon les contextes familiaux et l'âge de l'enfant.

Cette diversité est essentielle pour analyser les effets de la prévention sur la qualité de vie, car elle permet de comparer des trajectoires contrastées : dépistage très tardif vs relativement précoce, scolarisation spécialisée vs inclusive ou ordinaire, stigmatisation importante vs soutien communautaire adéquat. Le tableau ci-dessous présente la synthèse des caractéristiques individuelles des enfants évalués.

5.1.1. Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des enfants

Co de	Se xe	Âg e (a ns)	Type de surdi té	Âge découv erte	Âge diagn ostic	Âge apparei llage	Scolaris ation	Accompag nement principal	Particular ité du parcours
E0 1	F	10	Profo nde	5	5	9	Spéciali sée	Orthophoni e	Absence de réaction aux bruits et au prénom jusqu'à 2 ans
E0 2	G	12	Sévèr e	9	10	12	Spéciali sée	Audioproth ésiste	Forte stigmatisat ion sociale (« serpent », « pas normal »)
E0 3	G	8	Profo nde	3	3	7	Ordinair e	ALDAC	Sensibilisa tion précoce des parents et appareillag e soutenu
E0 4	F	3	Profo nde	2	2	3	Non scolarisé e	ALDAC	Prise en charge pluridiscipl inaire ALDAC complète
E0 5	G	5	Profo nde	3	4	5	Inclusiv e	ALDAC	Implant cochléaire à 5 ans après diagnostic tardif
E0 6	F	7	Profo nde	2	5	6	Ordinair e	ALDAC	Suivi multidiscipli naire ALDAC après retard diagnostic

- Le diagnostic est globalement tardif (entre 3 et 10 ans) malgré des signes précoces repérés par les parents.

- L'appareillage est également tardif (3 à 12 ans), ce qui impacte la communication initiale.
- Les parcours scolaires sont très contrastés : de l'absence totale de scolarisation à l'inclusion en ordinaire.
- L'accompagnement ALDAC constitue un déterminant positif récurrent.
- Deux parcours présentent une stigmatisation sociale forte, principe de risque psychosocial majeur.

5.1.2. Répartition par sexe

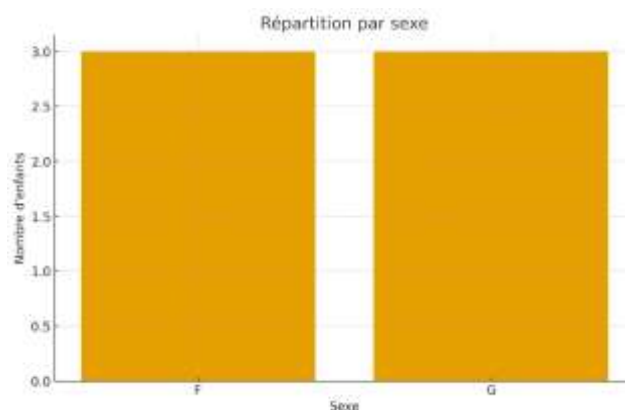
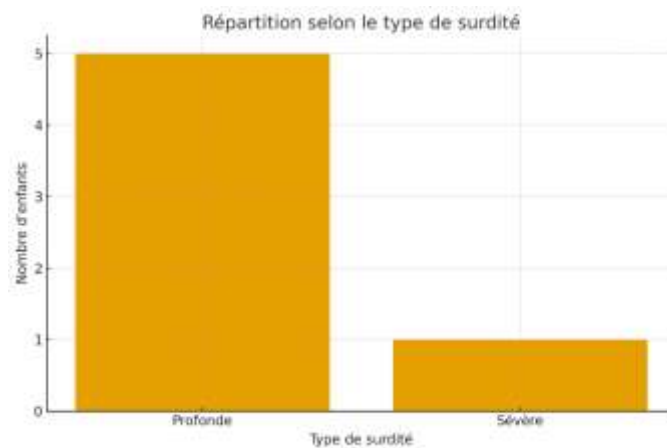


Figure 1.3 filles / 3 garçons → égalité parfaite dans l'échantillon

5.1.3. Répartition selon le type de surdité

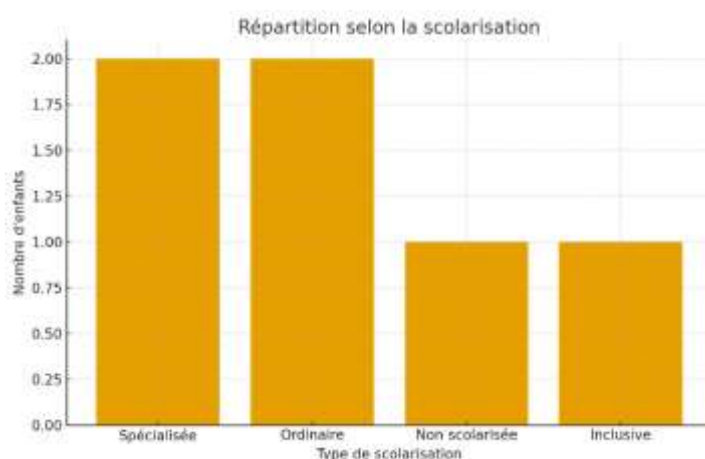


→ 5 surdités profondes

→ 1 surdité sévère

Figure 2. Répartition selon le type de surdité

5.1.4. Répartition selon la scolarisation



- 2 spécialisées
- 2 ordinaires
- 1 inclusive
- 1 non scolarisée

Figure 3. Répartition selon la scolarisation

Les parcours éducatifs sont contrastés, révélateurs des inégalités d'accès à l'inclusion

5.2. RESULTATS PAR DIMENSIONS DE LA QUALITE DE VIE (QDV-ALDAC)

5.2.1 Tableau 2. Présentation des scores individuels (Tableau QDV-ALDAC)

Enfant	Communication	Scolarisation	Inclusion sociale	Bien-être émotionnel	Score total /6	Niveau QDV
E01	2	1	1	0	4	Modérée
E02	1	1	0	0	2	Faible
E03	2	0	1	2	5	Modérée
E04	2	1	1	1	5	Modérée
E05	1	0	1	0	2	Faible
E06	1	1	2	1	5	Modérée

- Communication = dimension la plus favorable
- Scolarisation = dimension la plus fragile
- Deux enfants cumulent plusieurs facteurs négatifs (E02 et E05)

5.2.2 Visualisation du profil moyen



Figure 4. La figure radar montre que :

- Communication est la dimension la mieux notée en moyenne ($\approx 1,5/2$)
- Scolarisation est la plus faible ($< 1/2$)
- Inclusion sociale est intermédiaire mais marquée par des cas de stigmatisation
- Bien-être émotionnel reste fragile chez 4 enfants sur 6

La prévention tertiaire (appareillage + orthophonie) améliore la communication, mais l'insertion scolaire et sociale ne suit pas au même rythme.

5.2.3. Tableau 3. Illustration par citations parentales

Enfant	Dimension illustrée	Citation
E01	Communication	« Elle ne réagissait pas aux bruits et quand on l'appelait par son nom. »
E02	Inclusion sociale	« On traitait mon enfant de pas normal, de serpent... »
E03	Bien-être	« Ils nous ont beaucoup aidés... mon enfant s'épanouit mieux. »
E04	Soutien institutionnel	« Oui mon enfant bénéficie d'un accompagnement... »
E05	Diagnostic tardif	« Diagnostic à 4 ans, implant à 5 ans... »
E06	Participation éducative	« Scolarisation ordinaire avec suivi ALDAC... »

Ces verbatims valident directement les scores attribués

Dans l'ensemble, le recours tardif au diagnostic et à l'appareillage limite la pleine participation scolaire, tandis que l'accompagnement spécialisé fourni par l'ALDAC contribue

à une amélioration notable des compétences de communication. La persistance de la stigmatisation dans l'entourage constitue toutefois un frein majeur à l'épanouissement psychosocial de plusieurs enfants.

5.3. ANALYSE DES RESULTATS PAR NIVEAU DE PREVENTION

Cette section confronte les données recueillies aux hypothèses portant sur les différents niveaux de prévention des surdités (primaire, secondaire et tertiaire), en mobilisant les scores QDV-ALDAC et les verbatims parentaux.

5.3.1. Prévention primaire et qualité de vie

- Cible : représentations sociales, stigmatisation, acceptabilité de l'appareillage
- Hypothèse 1

Tableau 4. D'analyse croisée. Prévention primaire et Inclusion sociale

Enfant	Stigmatisation perçue	Inclusion sociale (score)	Verbatim significatif
E01	Modérée	1	« Elle ne réagissait pas... » : méconnaissance initiale
E02	Très forte	0	« On disait qu'il était un serpent... »
E03	Faible	1	« L'ALDAC nous a aidés à comprendre... »
E04	Faible	1	soutien familial et ALDAC
E05	Modérée	1	Manque d'information initial
E06	Faible	2	Bonne acceptabilité sociale

Lorsque les parents disposent d'informations correctes et d'une vision déstigmatisée de la surdité, l'enfant bénéficie d'une meilleure inclusion sociale (E03, E06).

Au contraire :

Le manque d'information familiale et communautaire a entraîné des attitudes très négatives (cas E02), affaiblissant drastiquement la qualité de vie.

5.3.2. Prévention secondaire et qualité de vie

- Cible : délai de diagnostic → délai d'appareillage → communication
- Hypothèse 2

Tableau 5 croisé. Diagnostic / Appareillage et Communication

Enfant	Âge diagnostic	Âge appareillage	Communication (score)	Commentaire
E01	5 ans	9 ans	2	Progrès tardifs mais nets
E02	10 ans	12 ans	1	Délai très préjudiciable
E03	3 ans	7 ans	2	Communication en amélioration
E04	2 ans	3 ans	2	Dépistage précoce très favorable
E05	4 ans	5 ans	1	Diagnostic tardif → limitations
E06	5 ans	6 ans	1	Retard significatif

Plus le diagnostic et l'appareillage sont précoces (E04), meilleure est la communication et le développement.

Retard diagnostic engendre retards communicationnels persistants (E02, E05, E06).

5.3.3. Prévention tertiaire et qualité de vie

- Cible : rééducation, accompagnement, inclusion scolaire
- Hypothèse 3

Tableau 6 croisé. Réhabilitation et Scolarisation + Bien-être

Enfant	Rééducation suivie	Scolarisation (score)	Bien-être (score)	Effet qualitatif
E01	Orthophonie	1	0	Progrès mais fragilité affective
E02	Audioprothésiste	1	0	Faible épanouissement
E03	ALDAC + école ordinaire	0	2	Forte résilience
E04	ALDAC complet	1	1	Trajectoire positive précoce
E05	ALDAC + implant	0	0	Progrès insuffisants
E06	ALDAC + ordinaire	1	1	Intégration progressive

L'accompagnement rééducatif améliore communication et participation, mais ne suffit pas à garantir bien-être émotionnel et inclusion scolaire optimale.

Les cas E03 et E04 montrent le potentiel d'un appui complet et inclusion.

Les cas E02 et E05 soulignent les limites d'un accompagnement trop tardif ou insuffisamment relayé par l'école.

L'analyse croisée des données confirme les trois hypothèses de travail, tout en révélant que les effets des interventions préventives ne sont pleinement visibles que lorsque les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire sont combinées et activées suffisamment tôt dans la trajectoire de l'enfant.

5.4. Analyse transversale des profils de qualité de vie

Au-delà de l'examen individuel des trajectoires, une lecture transversale des résultats permet d'identifier trois profils distincts d'enfants déficients auditifs, en fonction de la continuité et de la qualité des interventions préventives dont ils ont bénéficié. Ces profils décrivent des dynamiques différenciées d'évolution de la qualité de vie.

5.4.1. Profil favorisé

Ce premier profil concerne les enfants E03, E04 et E06, pour lesquels les niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire ont été activés sans rupture majeure. Ces enfants sont appareillés relativement tôt, pris en charge par l'ALDAC et bénéficient d'un environnement familial et scolaire relativement soutenant. Les scores de communication sont élevés, l'inclusion scolaire ou sociale effective, et le bien-être émotionnel mieux préservé. Leur trajectoire laisse présager une amélioration continue de leur qualité de vie, portée par la combinaison diagnostic–appareillage–accompagnement éducatif.

5.5.2. Profil intermédiaire

Le cas E01 illustre un profil intermédiaire. Malgré un appareillage relativement tardif, les compétences communicationnelles ont significativement progressé. Toutefois, les limitations persistantes dans la scolarisation ainsi qu'une fragilité émotionnelle non résolue témoignent d'une prévention partielle, insuffisamment relayée par les structures éducatives ordinaires. Ce profil met en évidence que l'impact positif d'une intervention peut demeurer limité lorsque le soutien éducatif et social n'est pas consolidé.

5.5.3. Profil précaire

Les enfants E02 et E05 représentent un profil vulnérable, marqué par un retard majeur dans le diagnostic et l'appareillage, une scolarisation peu ou pas effective et une stigmatisation persistante dans le milieu social. Les scores de qualité de vie sont faibles dans plusieurs

dimensions. Ce profil traduit les conséquences d'une absence ou d'un retard d'accès aux services spécialisés, associée à des représentations négatives du handicap auditif, entraînant un risque accru de marginalisation.

Ces profils montrent que les effets positifs de la prévention ne se manifestent durablement que lorsque les trois niveaux d'intervention — primaire, secondaire et tertiaire — sont déclenchés suffisamment tôt et maintenus de façon coordonnée. La précocité du diagnostic, la continuité de l'accompagnement et la lutte contre la stigmatisation constituent ainsi les conditions essentielles pour garantir une qualité de vie optimale.

L'analyse des résultats de cette étude met en évidence le rôle déterminant des interventions préventives dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC-Cameroun. Les données montrent que la prévention primaire contribue à réduire la stigmatisation et à renforcer l'inclusion sociale lorsque les familles disposent d'informations fiables sur la surdité. La prévention secondaire, centrée sur le diagnostic et l'appareillage précoces, constitue un levier essentiel pour le développement des compétences communicationnelles. Enfin, la prévention tertiaire, mobilisant orthophonie, appareillage fonctionnel et accompagnement scolaire, permet de soutenir l'intégration éducative et le bien-être psychologique. Toutefois, les disparités observées révèlent que l'absence ou le retard d'intervention à l'un de ces niveaux compromet significativement la trajectoire de l'enfant. Ce chapitre confirme ainsi l'hypothèse générale, tout en soulignant la nécessité d'une prise en charge précoce, continue et coordonnée pour garantir une qualité de vie optimale.

CHAPITRE VI. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION ET SUGGESTIONS

Ce chapitre a pour objectif d'interpréter de manière critique les résultats présentés précédemment, en les confrontant aux hypothèses de recherche ainsi qu'aux apports théoriques mobilisés dans les chapitres initiaux. Il s'agit de comprendre comment les dispositifs de prévention des surdités influencent concrètement la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC, en tenant compte des dynamiques familiales, scolaires et sociales. La discussion met en perspective les trois niveaux de prévention avec les dimensions de la qualité de vie analysées, afin de dégager les mécanismes explicatifs, les limites du dispositif actuel et les leviers d'amélioration envisageables. Cette démarche critique permettra également de souligner les convergences et divergences avec les travaux antérieurs et de formuler des implications pratiques pour les acteurs de la prise en charge du handicap auditif au Cameroun. Elle ouvre enfin sur les recommandations opérationnelles et les pistes de recherche futures.

6.1. RAPPEL DES THEORIES

6.1.1. Modèle médical du handicap

Le modèle médical du handicap considère le handicap comme une déficience résultant d'une altération anatomique, physiologique ou sensorielle de l'individu. Il se focalise sur l'origine organique du trouble, ses manifestations et les limitations fonctionnelles qu'il engendre. La prise en charge repose principalement sur un diagnostic clinique, l'usage d'examens médicaux spécialisés, la correction ou la compensation des déficiences par des interventions thérapeutiques et technologiques (chirurgie, prothèses auditives, orthophonie). L'objectif central est de réduire ou de supprimer la déficience afin de restaurer au maximum les capacités individuelles. Ce modèle adopte une logique curative centrée sur le corps, la normalisation du fonctionnement sensoriel et la restauration des aptitudes individuelles, en considérant que le handicap résulte d'un problème de santé devant être corrigé par les professionnels médicaux.

6.1.2. Courant anthropologique du handicap

Le courant anthropologique appréhende le handicap comme une construction sociale et culturelle. Il met l'accent sur les significations, normes, valeurs et croyances qui façonnent la

manière dont une société définit, nomme et traite une situation de déficience. Ce modèle étudie les représentations du handicap, les pratiques symboliques qui y sont associées et leurs effets sur l'intégration ou l'exclusion des individus. Le rapport au handicap varie selon les contextes, les traditions, les systèmes de pensée et les dynamiques collectives. L'accent est placé sur la dimension relationnelle et identitaire, en considérant que le handicap n'est pas seulement lié à une atteinte corporelle mais aussi à la manière dont l'entourage l'interprète et y réagit. Il examine les mécanismes de stigmat, de reconnaissance ou de rejet influençant la place sociale de la personne.

6.1.3. Modèle biopsychosocial du handicap

Le modèle biopsychosocial définit le handicap comme le résultat d'interactions complexes entre trois dimensions : la déficience biologique, les facteurs psychologiques et l'environnement social. Il ne se limite ni au corps ni au regard social, mais propose une compréhension globale de la situation de la personne. Ce modèle repose sur l'idée que les limitations d'activité et les restrictions de participation dépendent à la fois de l'état de santé, des compétences individuelles, du soutien reçu et de l'accessibilité du milieu. Il valorise l'adaptation réciproque entre la personne et son environnement ainsi que l'implication des différents systèmes, famille, école, communauté, services spécialisés. Il sert aujourd'hui de cadre de référence aux politiques inclusives et aux approches centrées sur les capacités et la participation sociale.

6.2. INTERPRETATION DES RESULTATS

L'analyse des résultats permet d'apprécier globalement dans quelle mesure cette hypothèse se vérifie. Les données recueillies montrent que les enfants ayant bénéficié d'un ensemble cohérent d'actions préventives, information familiale, diagnostic auditif, appareillage, suivi institutionnel et accompagnement scolaire, présentent des scores plus élevés dans les dimensions de communication, d'inclusion sociale et parfois de bien-être émotionnel. La prévention apparaît ainsi comme un déterminant essentiel de la qualité de vie. Les trajectoires montrent toutefois que son effet dépend de la continuité et de la temporalité des interventions : les parcours comportant des retards importants ou des ruptures dans les niveaux de prévention s'accompagnent de scores plus faibles, notamment au niveau scolaire et psychosocial.

L'hypothèse générale se confirme donc dans son principe, mais elle nécessite d'être nuancée. En effet, la prévention n'agit pas mécaniquement : ses effets sont modulés par plusieurs facteurs tels que le contexte familial, la perception de la surdité au sein de la communauté, l'accessibilité des services spécialisés et les modalités de scolarisation. Les données révèlent également que l'impact final sur la qualité de vie est plus marqué lorsque les trois niveaux de prévention sont combinés. Une prévention isolée, même efficace dans sa dimension médicale, ne suffit pas à compenser les effets de la stigmatisation ou d'une absence de scolarisation. Ainsi, l'hypothèse générale est validée dans son orientation globale, mais son effectivité dépend d'une prise en charge précoce, intégrée et multisectorielle.

6.2.1. Interprétation de l'hypothèse 1

La prévention primaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs.

L'interprétation de cette hypothèse s'appuie sur l'analyse des représentations familiales et communautaires vis-à-vis de la surdité, ainsi que leur influence sur l'inclusion sociale et le bien-être de l'enfant. Les résultats montrent que les enfants issus d'environnements informés et soutenant, particulièrement E03, E04 et E06, présentent de meilleurs scores d'inclusion sociale (respectivement 1, 1 et 2) et un bien-être mieux préservé (2, 1, 1). Ces enfants bénéficient d'un accompagnement institutionnel continu et d'un engagement parental avéré, comme l'indiquent les verbatims : « Ils nous ont beaucoup aidés, déjà à connaître ce qu'est la surdité... » (E03).

À l'inverse, l'enfant E02, exposé à de fortes attitudes négatives (« *traité de serpent, pas normal* »), présente un score d'inclusion sociale nul (0) et un bien-être faible (0), révélant un impact psychosocial direct des croyances dévalorisantes. L'enfant E05, dont la famille a découvert tardivement la surdité, se retrouve également dans une situation de participation limitée (score inclusion 1, bien-être 0).

Ces données démontrent que la prévention primaire, entendue comme la diffusion d'informations claires, la sensibilisation des familles et la lutte contre les stigmates, constitue un levier déterminant dans la construction d'un environnement social favorable. Lorsque les parents disposent d'un minimum de connaissances et adoptent une posture proactive, l'enfant profite d'une meilleure acceptabilité de l'appareillage, d'une réduction des comportements de moquerie et d'une insertion relationnelle facilitée. Cependant, cette forme de prévention ne

suffit pas à elle seule, lorsqu'elle n'est pas suivie d'une prise en charge diagnostique et éducative rapide, les bénéfices restent partiels. Ainsi, la première hypothèse est confirmée, tout en montrant que la prévention primaire joue un rôle structurant mais non suffisant dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants sourds suivis à l'ALDAC.

6.2.2. Interprétation de l'hypothèse 2

La prévention secondaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs.

Cette hypothèse est analysée à partir de deux critères principaux : l'âge du diagnostic et l'âge de l'appareillage. Les résultats démontrent que les enfants diagnostiqués précocement et appareillés plus tôt présentent de meilleurs niveaux de communication. C'est le cas de E03, diagnostiqué et appareillé avant 7 ans, qui obtient un score Communication = 2 et un Bien-être = 2. De même, E04, diagnostiquée à 2 ans et appareillée à 3 ans, affiche un score Communication = 2 et un parcours soutenu par un suivi multidisciplinaire dès le début. Ces enfants bénéficient d'un développement linguistique et social plus favorable.

À l'inverse, les enfants E02 et E05 illustrent les conséquences directes d'une absence ou d'un retard de dépistage : diagnostic à 10 ans pour E02 et à 4 ans pour E05, avec un appareillage tardif (12 ans et 5 ans). Ils présentent des scores de communication faibles ou moyens (E02 = 1 ; E05 = 1), et des niveaux de participation scolaire limités (Scolarisation = 1 et 0). Le verbatim de la famille d'E05 est particulièrement significatif : « Diagnostic (surdité totale) à 04 ans... appareillage à 05 ans », mettant en lumière une période critique de privation sensorielle.

Ainsi, le retard d'appareillage affecte irréversiblement les capacités de langage, l'autonomie sociale et l'adaptation scolaire. Lorsque la prévention secondaire est précoce et suivie de manière continue, les progrès communicationnels sont tangibles et durables. Lorsque cette même prévention est tardive, même un bon accompagnement ultérieur n'efface pas les conséquences initiales.

6.2.3. Interprétation de l'hypothèse 3

La prévention tertiaire des surdités favorise la qualité de vie chez les enfants déficients auditifs.

Cette hypothèse repose sur l'analyse du suivi institutionnel spécialisé et des modalités de scolarisation. Les résultats montrent que les enfants bénéficiant d'un accompagnement continu à l'ALDAC, E03, E04, E05 et E06, présentent de meilleurs scores de participation et d'inclusion. Par exemple, E06 = 2 en Inclusion sociale et bénéficie d'une scolarisation ordinaire avec soutien spécialisé (« Oui mon enfant bénéficie d'un accompagnement... »). De même, E04, non scolarisée mais suivie étroitement par orthophoniste, audioprothésiste et psychologue, affiche un bien-être supérieur (score = 1) malgré la déficience profonde.

Cependant, lorsque la scolarisation n'est pas adaptée ou lorsqu'elle est inexistante, les bénéfices du suivi sont limités. L'enfant E02 est scolarisé en structure spécialisée (Scolarisation = 1) mais reste en forte vulnérabilité émotionnelle (Bien-être = 0) en raison d'un vécu de stigmatisation sévère. Le cas E05, scolarisé en inclusion mais avec retard d'apprentissage, montre que la scolarisation seule n'est pas un facteur suffisant : elle doit être accompagnée d'un soutien psychosocial positif.

Cette hypothèse révèle que la prévention tertiaire, en soutenant l'apprentissage, la communication fonctionnelle et la participation sociale, atténue les conséquences du handicap, mais uniquement si elle s'inscrit dans une dynamique inclusive sécurisante.

La troisième hypothèse est confirmée, mais avec une condition forte : elle doit s'appuyer sur une participation scolaire adaptée et une médiation socioéducative active.

Par-dessus tout, les résultats indiquent que la combinaison des trois niveaux de prévention est essentielle. Car, lorsqu'un seul niveau est fragilisé, les effets positifs sur la qualité de vie diminuent nettement.

6.3. DISCUSSION

Les résultats observés chez les enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC et leurs familles s'inscrivent dans le panorama décrit par la littérature récente sur la surdité infantile au Cameroun et en Afrique subsaharienne. En effet, la combinaison d'un diagnostic tardif,

d'étiologies majoritairement évitables, d'un faible maillage des dispositifs de prévention, ainsi que des vulnérabilités psychosociales, produit un fardeau significatif sur la qualité de vie, particulièrement dans les dimensions communicationnelles, scolaires et sociales —, comme le montrent nos données. Une revue récente de Wonkam-Tingang et al. (2020) révèle qu'au Cameroun, la prévalence de la déficience auditive varie entre 0,9 % et 3,6 % dans les enquêtes de population. En outre, 52,6 % à 62,2 % des cas sont attribués à des facteurs environnementaux évitables, méningite, cérumen impacté, infections, ototoxicité, ce qui confirme l'importance de la prévention primaire. Nos données confirment ce constat : plusieurs cas de surdité signalés dans notre échantillon sont associés à des antécédents infectieux ou à des périodes de vulnérabilité, ce qui illustre concrètement la fragilité de la prévention primaire dans le contexte local.

Par ailleurs, l'étude pilote menée par Vofo et collaborateurs (2025) a démontré qu'un modèle de dépistage combiné (auditif + visuel) dès la période néonatale, mis en œuvre dans des cliniques de vaccination, est techniquement possible au Cameroun. Au total, 1 807 nouveau-nés ont été dépistés, avec un âge médian de 13 jours, ce qui montre qu'un dépistage précoce est envisageable dans un contexte à ressources limitées. Cependant, le taux de retour pour le test de confirmation restait très faible (28 % seulement), ce qui souligne les obstacles, logistiques, financiers, et socioculturels, à la mise en place effective d'un programme de dépistage universel. Ces obstacles rejoignent les obstacles rapportés par les parents de notre étude : honte, stigmatisation, manque de soutien familial, ce qui freine la continuité du suivi.

L'importance de la prévention secondaire par le diagnostic précoce et l'appareillage rapide est aussi largement documentée. Dans le contexte des pays à ressources limitées, un trop grand retard compromet gravement le développement langagier et communicationnel. Nos résultats l'illustrent clairement que les enfants diagnostiqués et appareillés tôt (ex. ceux dont l'appareillage intervient avant l'âge de 7 ans) présentent de meilleurs scores de communication et une inclusion sociale plus satisfaisante que ceux pour lesquels le diagnostic et l'appareillage sont tardifs. Toutefois, l'appareillage et la rééducation ne garantissent pas de facto une qualité de vie équivalente à celle d'enfants entendants. C'est ce qu'un travail de synthèse sur la qualité de vie selon les parents d'enfants porteurs d'implant cochléaire dans plusieurs pays avait montré : même après appareillage, les gains varient fortement selon le contexte social, l'accès aux services éducatifs adaptés et les attentes parentales.

Notre étude rejoint ces conclusions : certains enfants appareillés et rééduqués (mais exposés à un contexte scolaire inadapté ou à la stigmatisation) restent fragiles en termes d'autonomie scolaire, de bien-être psychologique ou d'inclusion sociale. L'expérience de l'école ordinaire ou inclusive, sans aménagements suffisants ni accompagnement adapté, semble parfois générer un sentiment d'isolement, d'échec ou de rejet, une situation documentée dans d'autres contextes africains.

Enfin, la dimension familiale et communautaire mérite d'être soulignée. Plusieurs parents dans notre échantillon évoquent la honte, le rejet ou l'incompréhension de l'entourage, ce qui complique l'adhésion à l'appareillage ou le suivi régulier. Ces obstacles culturels aggravent l'impact de la surdité, réduisent l'efficacité des programmes de prévention et renforcent les inégalités. Ainsi, l'amélioration de la qualité de vie ne peut se conjuguer sans une action concertée : dépistage universel, information/sensibilisation, accompagnement scolaire, soutien psycho-social et implication communautaire.

En synthèse, la littérature contextualisée confirme trois constats majeurs que met en lumière notre recherche : (1) la surdité infantile au Cameroun est largement évitable si des mesures de prévention primaire et secondaire sont systématisées ; (2) un appareillage et une rééducation ne suffisent pas à eux seuls, le contexte social, scolaire et familial joue un rôle central ; (3) les parents sont des acteurs essentiels, mais manquent souvent de soutien, d'information et d'appuis structurés. Ainsi, l'approche la plus pertinente pour améliorer durablement la qualité de vie des enfants sourds repose sur une stratégie intégrée et multisectorielle (médicale, éducative, sociale).

6.4. SUGGESTIONS

Au regard des résultats et des enseignements issus de la discussion, plusieurs suggestions opérationnelles peuvent être envisagées afin d'améliorer durablement la prévention des surdités et la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis au Cameroun, notamment au sein de l'ALDAC.

6.4.1. Renforcer la prévention primaire

- Campagnes de sensibilisation communautaire ciblant les représentations négatives de la surdité et la culpabilité parentale.

- Information systématique aux parents dès la petite enfance sur les signes précoces d'alerte : absence de réaction aux sons, absence de babillage, retard de langage...
- Participation des leaders communautaires et religieux afin de limiter la stigmatisation et encourager l'adhésion au suivi.

Le but est de réduire la marginalisation précoce et favoriser l'acceptation sociale du handicap auditif.

6.4.2. Optimiser la prévention secondaire

- Intégrer le dépistage auditif au programme vaccinal (consultations pédiatriques, CPN/CPON).
- Réduire les délais diagnostic → appareillage, en facilitant l'accès aux évaluations audiologiques.
- Développer un système de suivi orienté vers le rappel (SMS, relais communautaires) afin d'éviter les pertes de vue.

Ce qui va permettre un diagnostic dans des délais compatibles avec le développement du langage.

6.4.3. Consolider la prévention tertiaire

- Renforcement de l'accès à l'orthophonie, à des appareillages adaptés et à leur maintenance.
- Insertion éducative progressive, en tenant compte du profil de l'enfant (ordinaire, inclusive, spécialisée).
- Soutien psychosocial des familles : groupes de parole, guidance parentale, accompagnement des émotions.

La finalité est d'améliorer durablement la participation scolaire, la communication et le bien-être.

6.4.4. Renforcer l'accompagnement éducatif

- Formation des enseignants à l'inclusion auditive (gestes visuels, simplification des consignes, positionnement en classe).
- Déploiement d'auxiliaires de communication (LSF, interprètes, éducateurs spécialisés).

- Production de supports pédagogiques visuels et accessibles.

L'objectif est de transformer la scolarisation en véritable levier d'intégration sociale.

6.4.5. Pérenniser et étendre le modèle ALDAC

- Structurer un réseau de collaboration avec les centres de santé primaires, les écoles et les services sociaux.
- Plaidoyer institutionnel : intégration du dépistage auditif néonatal dans les politiques publiques de santé.
- Développement de partenariats techniques avec des structures audiolinguistiques nationales et internationales.

Ceci va permettre de faire de l'accompagnement un parcours continu plutôt qu'une action ponctuelle.

Pour qu'un enfant déficient auditif puisse développer son potentiel et accéder à une qualité de vie optimale, les trois niveaux de prévention doivent être mobilisés sans rupture et soutenus par un environnement scolaire et social inclusif.

6.5. PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET LIMITES DE L'ETUDE

6.5.1. Limites de l'étude

Cette recherche comporte un certain nombre de limites qu'il convient de reconnaître pour interpréter les résultats avec prudence. D'abord, la taille de l'échantillon (six enfants et leurs parents) ne permet pas de généraliser les conclusions à l'ensemble des enfants déficients auditifs suivis au Cameroun. Le choix d'un échantillonnage raisonné, propre aux approches qualitatives, expose aussi à un biais de sélection lié à la disponibilité et à la motivation des participants. Ensuite, les données reposent principalement sur les déclarations parentales, pouvant entraîner un biais de désirabilité sociale ou de perception subjective du vécu de l'enfant. Par ailleurs, la mesure de la qualité de vie combine évaluation parentale et analyse des comportements observés, sans recueil direct systématique des enfants eux-mêmes, en particulier les plus jeunes. Enfin, le contexte institutionnel unique (ALDAC) constitue un avantage pour comprendre un dispositif structuré, mais limite la comparabilité avec d'autres contextes où les services spécialisés sont inexistantes ou très hétérogènes. Malgré ces limites, la

recherche offre une compréhension approfondie des trajectoires familiales et de l'impact de la prévention sur la qualité de vie.

6.5.2. Perspectives de recherche

Les résultats obtenus ouvrent plusieurs pistes pour des recherches futures. Il serait pertinent d'étendre l'étude à un échantillon plus large et diversifié sur le plan géographique, incluant des enfants non suivis par un dispositif spécialisé, afin de comparer les effets contrastés de la prévention. Une démarche longitudinale pourrait également permettre de mesurer l'évolution de la qualité de vie après l'appareillage ou l'entrée en scolarisation, et d'analyser plus finement les facteurs qui prédisent les progrès ou les stagnations. L'implication directe des enfants dans l'évaluation subjective de leur qualité de vie offrirait un regard complémentaire à celui des parents. Par ailleurs, l'exploration des représentations des enseignants et des pairs permettrait d'approfondir la compréhension de la stigmatisation et des conditions de réussite de l'inclusion scolaire. Enfin, une recherche action en collaboration avec les acteurs de la santé et de l'éducation pourrait tester des stratégies intégrées de prévention et d'accompagnement, favorisant l'implantation de bonnes pratiques à l'échelle nationale.

Ce chapitre avait pour objectif de confronter les résultats empiriques de l'étude aux hypothèses de recherche ainsi qu'aux apports théoriques et scientifiques disponibles sur la surdité infantile. Les analyses ont mis en évidence que la prévention des surdités exerce un effet positif sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis à l'ALDAC, mais uniquement lorsqu'elle s'inscrit dans une logique de continuité et de précocité. La prévention primaire contribue à réduire la stigmatisation et à améliorer l'intégration sociale, la prévention secondaire agit directement sur le développement de la communication et de l'autonomie, tandis que la prévention tertiaire renforce la participation scolaire et le bien-être psychosocial. Toutefois, les ruptures constatées dans les parcours d'appareillage, les obstacles socio-culturels persistants et les limites du système éducatif restreignent l'impact global des dispositifs actuels. Les discussions ont également souligné le rôle central des parents et du modèle biopsychosocial dans l'explication des trajectoires de vie contrastées observées. Ce chapitre ouvre enfin sur des propositions opérationnelles visant à renforcer l'efficacité des actions de prévention et à promouvoir une meilleure inclusion des enfants sourds au Cameroun.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La déficience auditive infantile constitue un problème majeur de santé publique, d'inclusion scolaire et de participation sociale, particulièrement dans les pays à ressources limitées comme le Cameroun où les dispositifs de dépistage précoce et de prise en charge spécialisée demeurent insuffisants. Ce travail avait pour but d'examiner l'impact des stratégies de prévention des surdités sur la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis par l'ALDAC. Il s'agissait d'évaluer dans quelle mesure les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire contribuent à améliorer les dimensions essentielles de la vie quotidienne de l'enfant sourd, notamment la communication, l'intégration scolaire, la vie relationnelle et le bien-être psychosocial. En combinant les approches théoriques issues du modèle médical, de l'anthropologie du handicap et du modèle biopsychosocial avec des données empiriques recueillies auprès de six enfants et de leurs parents, cette recherche a permis de mettre en lumière une réalité contrastée, dans laquelle coexistent des progrès appréciables et des difficultés persistantes.

Les analyses réalisées confirment un constat partagé par de nombreuses études africaines : le diagnostic de la surdité chez l'enfant demeure tardif. Les parcours étudiés montrent une découverte du handicap entre 2 et 9 ans, alors que les recommandations internationales préconisent un dépistage avant 3 mois et un appareillage avant 6 mois afin de garantir un développement optimal du langage oral. Cette situation entraîne des répercussions multiples : retards langagiers prononcés, apprentissages scolaires fragilisés, expériences relationnelles marquées par la stigmatisation et une vulnérabilité émotionnelle plus élevée. La prévention primaire reste encore limitée, et les croyances socioculturelles négatives contribuent à la normalisation du retard de langage, au déni de la surdité et à des réticences face aux soins spécialisés. Cependant, les familles bénéficiant d'un accompagnement informationnel adapté affichent davantage de confiance, d'acceptation du handicap et une plus grande ouverture envers l'appareillage et l'inclusion. Ainsi, même si la prévention primaire n'agit pas directement sur la déficience auditive, elle constitue une condition fondatrice d'un développement social et émotionnel plus harmonieux.

En matière de prévention secondaire, l'étude confirme l'existence d'importantes barrières structurelles : absence de dépistage néonatal systématique, coût élevé des

consultations audiolinguistiques, rareté des professionnels spécialisés, éloignement géographique des services pour les familles à faibles revenus, délai important entre la remarque des premiers signes et l'accès à un diagnostic. Cette discontinuité du parcours de soins compromet les chances de développement optimal, réduisant la plasticité cérébrale à un moment déterminant de l'acquisition du langage oral. La prévention tertiaire, domaine dans lequel se concentrent les efforts de l'ALDAC, apparaît alors comme un rattrapage nécessaire mais jamais totalement suffisant. L'appareillage auditif, l'orthophonie, le suivi psychosocial et l'orientation éducative soutiennent l'enfant en lui permettant d'acquérir progressivement des compétences communicationnelles, relationnelles et scolaires. Toutefois, l'efficacité de cet accompagnement dépend fortement du contexte familial et éducatif : disponibilité des parents, soutien psychologique continu, reconnaissance des droits de l'enfant, collaboration avec les enseignants, lutte contre la stigmatisation dans les environnements de socialisation.

Les résultats obtenus ont permis de confirmer l'hypothèse générale selon laquelle la prévention des surdités favorise la qualité de vie des enfants déficients auditifs suivis par l'ALDAC. Plus précisément, l'hypothèse relative à la prévention primaire a été partiellement confirmée, reconnaissant son rôle majeur dans la réduction de la marginalisation sociale et l'amélioration des interactions au quotidien, tout en soulignant ses limites lorsque les niveaux supérieurs de prévention ne sont pas accessibles. L'hypothèse portant sur la prévention secondaire a été nettement validée. La précocité du diagnostic et de l'appareillage constitue un facteur déterminant de meilleures performances en communication et autonomie. Quant à la prévention tertiaire, elle améliore effectivement la participation scolaire et le bien-être psychologique, mais son impact s'avère variable selon la qualité des aménagements pédagogiques et la persistance des représentations sociales négatives. Ainsi, aucun niveau de prévention ne peut agir seul ; leur complémentarité est indispensable et mutuellement renforçante.

Cette recherche confirme également la pertinence du modèle biopsychosocial comme cadre théorique explicatif dans le sens où la déficience auditive ne se réduit pas à une atteinte organique, mais résulte d'interactions constantes entre facteurs biologiques, éducatifs, culturels et environnementaux. Le modèle médical demeure nécessaire à l'identification et au traitement de la surdité, mais il ne suffit pas à définir la trajectoire de vie de l'enfant. L'approche anthropologique rappelle quant à elle que les significations attribuées au handicap conditionnent les réponses familiales et sociétales. C'est dans la combinaison de ces

perspectives que se construit une compréhension complète du vécu des enfants suivis à l'ALDAC et que peuvent s'envisager des stratégies globales de prévention et d'inclusion.

Sur le plan opérationnel, cette étude permet de dégager plusieurs implications. Il est essentiel d'intégrer le dépistage auditif néonatal dans les politiques nationales de santé maternelle et infantile, de former les professionnels de santé aux signaux d'alerte de la surdité, de rendre financièrement accessibles les technologies d'appareillage, de promouvoir une communication bilingue incluant la langue des signes camerounaise, et de renforcer la formation des enseignants à l'inclusion scolaire. Les parents doivent être reconnus comme partenaires actifs du parcours de prévention et non comme de simples bénéficiaires. L'expérience de l'ALDAC démontre que des résultats encourageants sont possibles, mais exige des ressources humaines et financières pérennes, un plaidoyer institutionnel fort et la mise en réseau des professionnels.

Certaines limites doivent néanmoins être soulignées à travers un échantillon restreint, la dépendance aux récits parentaux pouvant introduire un biais subjectif, l'absence de données longitudinales sur l'évolution des enfants, la concentration sur un contexte institutionnel unique. Toutefois, ces limites n'annulent pas la valeur des résultats ; elles invitent à des recherches complémentaires à plus grande échelle et une diversification des terrains d'enquête incluant des enfants non suivis par des structures spécialisées.

Les perspectives de recherche ouvertes par cette étude sont nombreuses : mise en place de suivis longitudinaux sur le développement socio-langagier après appareillage, comparaison de la qualité de vie selon les types de scolarisation, analyse de la stigmatisation en milieu scolaire, exploration des déterminants culturels des décisions familiales, élaboration et évaluation de programmes pilotes de dépistage systématique. Ces perspectives se situent pleinement dans l'urgence d'améliorer la santé auditive au Cameroun, où une grande proportion des surdités infantiles reste encore évitable.

Au-delà de ces résultats scientifiques, cette recherche porte une ambition éthique : rappeler que chaque enfant, sourd ou entendant, a droit à une communication accessible, à une scolarisation adaptée, à l'amitié des pairs, à la dignité et à la reconnaissance. La prévention des surdités évitables et l'accompagnement des surdités existantes ne doivent plus dépendre du hasard, de la bonne volonté des organisations ou des moyens de quelques familles. Ils doivent devenir les piliers d'une politique nationale inclusive, juste et durable. Permettre à un enfant

sourd de développer son potentiel n'est pas un privilège : c'est un devoir sociétal envers la prochaine génération.

En définitive, cette étude montre que la prévention des surdités, lorsqu'elle est précoce, continue et centrée sur l'enfant, permet d'améliorer significativement la qualité de vie des enfants déficients auditifs. Elle met aussi en évidence qu'il demeure un long chemin à parcourir pour assurer une égalité d'accès aux soins, à l'éducation et à la participation sociale. C'est dans cette transformation globale, impliquant les familles, les professionnels, les institutions et les communautés, que se construit une société véritablement inclusive, où chaque enfant peut s'épanouir, communiquer, apprendre et participer pleinement à la vie collective. La déficience auditive ne doit plus être considérée comme une fatalité invalidante, mais comme une différence sensorielle pouvant être pleinement accompagnée et valorisée. L'avenir de ces enfants dépend de la capacité collective à prévenir ce qui peut l'être, à réparer ce qui doit l'être et à reconnaître le droit fondamental de chaque enfant à exister et à être entendu, même lorsqu'il n'entend pas.

RÉFÉRENCES

BIAP. (2009). *Classification des surdités*.

Colletti, L. Shannon, R. Carner, M. Veronese, S. Colletti, V. (2012). Outcomes in children with cochlear implants: The importance of age at implantation. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 32(5), 262-269.

Edeh, K. (2019). Cultural beliefs and treatment of childhood disabilities in Sub-Saharan Africa. *African Journal of Disability*, 8, 1-8.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Fellinger, J. Holzinger, D. (2019). Quality of life in deaf children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 118, 128-133.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

HAS. (2011). *Dépistage de la surdité permanente néonatale : Recommandations de bonne pratique*.

Ingstad, B. Whyte, S. R. (Eds.). (2021). *Disability and culture*. University of California Press. (rééd. originale 1995)

JCIH. (2019). Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Journal of Early Hearing Detection and Intervention*, 4(2), 1-44.

Kuper, H. Banks, L. Bright, T. Davey, C. Shakespeare, T. (2018). Disability inclusive development: Key recommendations for future research. *Disability and Health Journal*, 11(2), 227-239.

Kusters, A. (2021). Deaf identities and sign language ideologies. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(3), 311-324.

Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106(3), E43. <https://doi.org/10.1542/peds.106.3.e43>

Moscovici, S. (2001). *Social representations: Essays in social psychology*. New York: New York University Press.

Ndzana, J. Nguefack, S. Meli, J. (2023). Prise en charge des enfants sourds au Cameroun : Enjeux et limites. *Revue Camerounaise de Santé Publique*, 7(1), 45-57.

Olusanya, B. O. Davis, A. C. Wertlieb, D. (2019). Global challenges in prevention and care for hearing loss in children. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(1), 14-15.

Oppong, A. (2020). Traditional beliefs and caregiver responses to child disability in West Africa. *Child: Care, Health and Development*, 46(6), 712-721.

Scholz, K. Trowe, N. Eisenwort, B. (2020). Predictors of quality of life in children who are deaf or hard of hearing. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 11, 341-349.

Sharma, A. Dorman, M. F. Kral, A. (2020). The influence of a sensitive period on central auditory development in children with cochlear implants. *Hearing Research*, 397, 108016.

Tharpe, A. M. Sladen, D. Rose, D. (2019). Auditory development in young children with hearing loss: A review. *Seminars in Hearing*, 40(3), 184-199.

OMS. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.

OMS. (2021). *World Report on Hearing*.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Fortin, M.-F., Gagnon, J., & Ducharme, F. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche* (4^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.

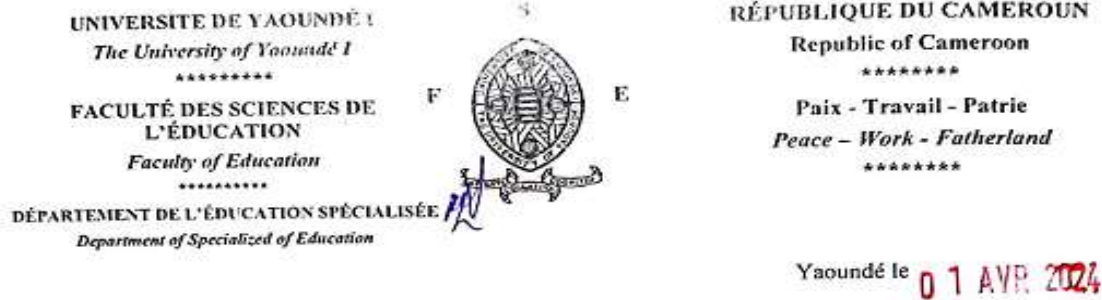
Tingang, E. W., Noubiap, J. J., Fokouo, J. V. F., Oluwole, O. G., Nguefack, S., Chimusa, E. R., & Wonkam, A. (2020). Hearing impairment overview in Africa: The case of Cameroon. *Genes*, 11(2), Article 233.

Vofo, G., Vofo, B., Anoumedem, W., Fung, H., Afofou, D., Abanda, C., ... Njock, R. (2025). Newborn screening for hearing and sight, Cameroon. *Bulletin of the World Health Organization*, 103, 375–382.

Wonkam-Tingang, E., Fokouo, J. V. F., et al. (2021). Knowledge and challenges associated with hearing impairment in Cameroon. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2, Article 726761.

ANNEXES

1. Autorisation de recherches



LE DOYEN
The Dean

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur Cyrille Bienvenu BELA**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation (FSE), autorise l'étudiante **Linda BAGADEMA KYKY EGOLO**, Matricule **22V3834** inscrite en Master II dans le Département de l'Éducation Spécialisée, option *Handicaps Physiques, Instrumentaux et Conseil*, avec pour encadreur, le **Professeur André WAMBA**, à réaliser ses travaux recherche sur le thème intitulé : « **Accessibilité aux aides auditives et scolarisation des jeunes apprenants sourds profonds** ».

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

P.O.

Pr Jacques Eyouma

TABLE DES MATIERE

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL	6
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	7
1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION	7
1.1.1. Contexte de l'étude	7
1.1.2. Justification du choix du sujet.....	16
1.1.2.1. Sur le plan scientifique.....	16
1.1.2.2. Sur le plan social	17
1.1.2.3. Sur le plan personnel.....	19
1.2. CONSTAT ET PROBLEME DE L'ETUDE.....	19
1.2.1. Constats.....	19
1.2.2. Formulation et position du problème	22
1.2.3. Enoncé du problème.....	23
1.2.4. Champ et problématique spécifique.....	24
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE	25
1.3.1. Question principale de recherche.....	25
1.3.2. Questions secondaires de recherche.....	25
1.4. HYPOTHESES DE L'ETUDE	25
1.4.1. Hypothèse générale	26
1.4.2. Hypothèses secondaires	26
1.5. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	26
1.4.1. Objectif général.....	26
1.4.2. Objectifs secondaires	26
1.6. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE.....	26
1.6.1. Intérêt scientifique	27
1.6.2. Intérêt social	27

1.7. DÉLIMITATIONS DE L'ETUDE	29
1.6.1. Délimitation thématique.....	29
1.6.2. Délimitation spatio-temporelle	29
1.7. TYPE ET OBJET DE LA RECHERCHE	29
1.8. CLARIFICATION DES CONCEPTS DE L'ETUDE	30
1.8.1. Prévention de la surdité néonatale	30
1.8.1.1. La prévention primaire : éviter l'apparition de la déficience auditive	30
1.8.1.2. La prévention secondaire : le dépistage précoce des troubles auditifs	30
1.8.1.3. La prévention tertiaire : réduire les séquelles de la surdité installée	31
1.8.2. La déficience auditive	31
1.8.3. Qualité de vie	39
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	41
PARTIE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	57
CHAPITRE III : INSERTION THEORIQUE	58
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE	68
4.2. SITE DE L'ÉTUDE ET LA POPULATION DE L'ÉTUDE	70
4.2.1. Site de l'étude	70
4.2.1.1. Présentation socio-démographiquement du site de l'étude.....	70
4.2.1.2. Situation géographique	71
4.2.1.3- Missions de l'ALDAC.....	71
4.2.2. Population de l'étude	73
4.2.2.1. Population cible	73
4.2.2.2. Population accessible	73
CHAPITRE V : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	81
5.1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	81
5.1.1. Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des enfants	82
5.2. RESULTATS PAR DIMENSIONS DE LA QUALITE DE VIE (QDV-ALDAC)	84
5.2.1 Tableau 2. Présentation des scores individuels (Tableau QDV-ALDAC)	84
5.2.2 Visualisation du profil moyen	85
5.2.3. Tableau 3. Illustration par citations parentales.....	85
5.3. ANALYSE DES RESULTATS PAR NIVEAU DE PREVENTION	86
5.3.1. Prévention primaire et qualité de vie	86
5.3.2. Prévention secondaire et qualité de vie	86
5.3.3. Prévention tertiaire et qualité de vie	87
CHAPITRE VI. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION	88

ET SUGGESTIONS.....	88
CONCLUSION GÉNÉRALE	88
RÉFÉRENCES.....	88
ANNEXES	88
TABLE DES MATIERE.....	88