



## Article Original

## Les Enfants en Situation de Handicap au CHU d'Owendo : Aspects Épidémiocliniques et Évolutifs

*Children with Disabilities at Owendo University Teaching Hospital: Epidemioclinical and Developmental Features*

Okome Obiang IM<sup>1,2,3</sup>, Safou Damon MA.<sup>3</sup>, Anyunzogne E<sup>4</sup>, Nnang Essone JF<sup>1,2</sup>, Obame ER<sup>2</sup>, Missounga L<sup>3</sup>, Kouna Ndouongo P<sup>3</sup>

### Affiliations

1. Service d'Explorations Fonctionnelles et de Médecine Physique du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon.
2. Département d'Anesthésie Réanimation, Urgences et Spécialités Médicales du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon.
3. Département de Médecine Interne et des Spécialités Médicales de la Faculté de Médecine de l'Université des Sciences de la Santé de Libreville, Gabon.
4. Département d'Epidémiologie, Biostatistique et Informatique Médicale (DEBIM), Santé Publique, Médecine Légale et Médecine du Travail de l'Université des Sciences de la Santé de Libreville, Gabon.

### Auteur correspondant

Okome Obiang Inès Mariette  
Email: [inesokome@gmail.com](mailto:inesokome@gmail.com)  
Tel: +241 77057964

**Mots clés :** Handicap, enfant, rééducation fonctionnelle, Owendo, Gabon

**Key words:** Disability, child, functional rehabilitation, Owendo, Gabon

### Article history

Submitted: 21 October 2024  
Revisions requested: 6 November 2024  
Accepted: 18 November 2024  
Published: 27 November 2024

### RESUME

**Introduction.** Au Gabon, la question du handicap de l'adulte est largement étudiée sur divers aspects tandis que celui de l'enfant est encore insuffisamment abordé. L'objectif de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique des enfants en situation de handicap d'Owendo. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective et analytique qui s'est déroulée sur une période de 36 mois, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2023. Elle a porté sur tous les dossiers médicaux des enfants suivis au service de Médecine Physique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Owendo durant la période d'étude. **Résultats.** Nous avons colligé 182 dossiers d'enfants suivis au service de Médecine Physique du CHU d'Owendo sur 3150, soit une fréquence hospitalière du handicap chez l'enfant de 5,77%. L'âge moyen était de 7,6 ans  $\pm$  4,7 avec une prédominance masculine (52,3%). Le pourcentage d'enfant non scolarisés était de 52,9%. Les diagnostics les plus rencontrés étaient les troubles du développement (48,8%) et la paralysie cérébrale infantile (24,4%). Les diagnostics fortement associés à une persistance de la maladie étaient la paralysie cérébrale infantile (OR [IC95%]: 4,4[1,8 - 10,9]; p=0,001) et les déformations orthopédiques (OR [IC95%]: 7,9[1,5 - 41,0]; p=0,014). Les enfants ayant une couverture sanitaire semblaient plus susceptibles de poursuivre les soins médicaux que ceux sans couverture (OR [IC95%]: 0,4[0,2 - 1,1]; p= 0,078). **Conclusion.** L'épidémiologie des enfants suivis en rééducation fonctionnelle révèle des défis importants en matière d'observance et de prise en charge. Il est essentiel de renforcer les services de rééducation fonctionnelle en élargissant l'accès, et en développant des programmes de soutien aux familles pour mieux accompagner ces enfants.

### ABSTRACT

**Introduction.** In Gabon, various aspects of adult disability have been widely studied, while children's disability has not yet been sufficiently addressed. The aim of our study was to determine the epidemiological profile of children with disabilities in Owendo. **Methodology.** This was a cross-sectional, retrospective and analytical study conducted over a period of 36 months, from 1 January 2021 to 31 December 2023. It included all medical records of children followed up in the Physical Medicine Department of the University Hospital Centre (CHU) of Owendo during the study period. **Results.** We compiled 182 records of children followed up in the physical medicine department of the Owendo University Hospital out of 3150, representing a hospital frequency of disability in children of 5.77%. The mean age was 7.6  $\pm$  4.7 years, with a predominance of males (52.3%). The percentage of children not attending school was 52.9%. The most common diagnoses were developmental disorders (48.8%) and infantile cerebral palsy (24.4%). The diagnoses strongly associated with persistence were infantile cerebral palsy (OR [IC95%]: 4.4 [1.8 - 10.9]; p=0.001) and orthopaedic deformities (OR [IC95%]: 7.9 [1.5 - 41.0]; p=0.014). Children with health coverage appeared more likely to continue medical care than those without coverage (OR [IC95%]: 0.4 [0.2 - 1.1]; p=0.078). **Conclusion.** The epidemiology of children undergoing functional rehabilitation reveals major challenges in terms of compliance and management. It is essential to strengthen functional rehabilitation services by widening access and developing family support programmes to better assist these children.

**POUR LES LECTEURS PRESSÉS****Ce qui est connu du sujet**

Au Gabon, la question du handicap de l'adulte est largement étudiée sur divers aspects tandis que celui de l'enfant est encore insuffisamment abordé.

**La question abordée dans cette étude**

Profil épidémioclinique et évolution des enfants en situation de handicap d'Owendo.

**Ce que cette étude apporte de nouveau**

1. La fréquence hospitalière du handicap chez l'enfant était de 5,77%. L'âge moyen était de 7,6 ans  $\pm$  4,7 avec une prédominance masculine (52,3%). Le pourcentage d'enfant non scolarisés était de 52,9%.
2. Les diagnostics les plus rencontrés étaient les troubles du développement (48,8%) et la paralysie cérébrale infantile (24,4%).
3. Les diagnostics fortement associés à une persistance de la maladie étaient la paralysie cérébrale infantile (OR [IC95%]: 4,4[1,8 - 10,9];  $p=0,001$ ) et les déformations orthopédiques (OR [IC95%]: 7,9[1,5 - 41,0];  $p=0,014$ ).
4. Les enfants ayant une couverture sanitaire semblaient plus susceptibles de poursuivre les soins médicaux que ceux sans couverture (OR [IC95%]: 0,4[0,2 - 1,1];  $p=0,078$ ).

**Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.**

Il est essentiel de renforcer les services de rééducation fonctionnelle en élargissant l'accès, et en développant des programmes de soutien aux familles pour mieux accompagner ces enfants.

l'enfant traite majoritairement des conséquences motrices, orthopédiques, fonctionnelles et psychiques de la paralysie cérébrale infantile [2,3,5–8]. Par ailleurs, dans notre contexte la problématique du handicap de l'enfant est encore insuffisamment abordée. De ce fait, nous avons mené une étude dont le but était de faire un état des lieux sur la question afin de déterminer le profil épidémiologique des enfants en situation de handicap reçus au service de Médecine Physique du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo.

**PATIENTS ET METHODES**

L'étude s'est déroulée à Owendo, ville portuaire située à 17 km de Libreville à l'intérieur du Golfe du Gabon. Elle est constituée d'une population cosmopolite estimée à 70.000 en habitants [9]. Le cadre de ce travail était le CHU d'Owendo qui est une structure hospitalière de niveau III, bâtie sur une surface de plus de 15.000 m<sup>2</sup> [10]. L'étude a été menée au sein du service de Médecine Physique. Il s'agissait une étude transversale, rétrospective et analytique qui s'est déroulée sur une période de 36 mois, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2023. Elle a porté sur tous les dossiers médicaux des enfants suivis en Médecine Physique durant la période d'étude. Nous avons recueillis toutes les informations prédéfinies, contenues dans les dossiers médicaux. Ainsi, les paramètres à évaluer étaient sociodémographiques notamment l'âge, le sexe, le lieu de résidence, la scolarisation, la couverture sanitaire. Les données cliniques étaient aussi notifiées à savoir le diagnostic, la topographie des troubles moteurs et leur siège, les types de troubles du tonus, les troubles cognitifs, du développement et l'autonomie pour l'âge. L'autonomie était considérée normale pour l'âge pour une MIF mêmes  $\geq 120/126$  [11–13]. Aussi les données thérapeutiques telles que le type de thérapie en rééducation et le nombre de séance ont été mentionnées. Nous avons renseignés des données sur le devenir des enfants. Il s'agissait notamment de la persistance de la maladie après la rééducation fonctionnelle et de la poursuite ou non des séances de rééducation après la première phase de soin qui consistaient en une consultation médicale préalable et des évaluations motrices, cognitives, psychométriques et linguistiques avant l'entame des soins. Au préalable, nous avons obtenu l'accord des autorités de la structure pour exploiter les données contenues dans les dossiers médicaux des patients. Les fiches de recueil ont été remplies en garantissant l'anonymat des patients par l'attribution de codes d'identification en lieu et place de l'identité. A la suite du recueil, un masque de saisie a été conçu sur le logiciel Epi info 2.5 dans sa version française pour enregistrer les données collectées. Une double saisie des données a été effectuée afin de détecter et de corriger les erreurs de saisie. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 24. Les variables catégorielles étaient exprimées en pourcentages et les variables quantitatives en moyennes et écart-types. L'association entre variables qualitatives indépendantes était évaluée par le test de chi-2 de Pearson ou test de Fisher pour les petits effectifs. La comparaison des moyennes a été faite par le test de Student. Après une

**INTRODUCTION**

Pour les adultes comme pour les enfants, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant constitue un handicap : loi no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [1]. Les déficiences motrices, orthopédiques, cognitives, neurosensorielles et comportementales de l'enfant restent une priorité aussi bien dans la prise en charge que sur le plan éthique [2]. En effet, les parcours de soins et de vie de l'entourage d'un enfant handicapé peuvent s'avérer difficiles pour les parents dans un environnement où le modèle de l'enfant parfait est entretenu [2,3]. Les services de Médecine physique assurent la prise en charge du handicap de l'enfant autour d'une équipe multidisciplinaire faisant intervenir le Médecin Physique et Réadaptateurs, le kinésithérapeute, le psychomotricien, l'orthophoniste et le technicien appareilleur selon les caractéristiques cliniques et fonctionnelles de la pathologie de l'enfant [4]. Dans les pays en voie de développement, ses services sont polyvalents et accueillent aussi bien les enfants que les adultes [3]. Si la question du handicap de l'adulte est largement étudiée sur divers aspects, celui de

analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients, nous avons réalisé une analyse univariée, puis une analyse multivariée. La détermination de l'OR ajusté (méthode descendante de Wald) a été faite sur les variables dont le seuil de significativité < 10% après l'analyse univariée afin de rechercher des facteurs associés au devenir des patients. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

## RÉSULTATS

Durant la période d'étude nous avons colligés 182 dossiers enfants suivis au service de Médecine Physique du CHU d'Owendo sur 3150, soit une fréquence hospitalière de 5,77%. Parmi ses dossiers, 6 étaient incomplets et 4 étaient des doublons. Au total, nous avons sélectionnés 172 dossiers médicaux.

**Tableau I. Répartition des patients selon les données sociodémographiques**

Variabes	N	%
<b>Age</b>		
[0 - 5[	60	34,9
[5 - 10[	63	36,6
[10 - 15[	28	16,3
[15 - 18[	21	12,2
Total	172	100,0
<b>Sexe</b>		
Fille	82	47,7
Garçon	90	52,3
Total	172	100,0
<b>Lieu de résidence</b>		
Urbain	165	95,9
Semi urbain	7	4,1
Total	172	100,0
<b>Scolarisation</b>		
Non	91	52,9
Oui	81	47,1
École conventionnelle	69	40,1
École spécialisée	12	7,0
Total	172	100,0
<b>Couverture sanitaire</b>		
Oui	150	87,2
Non	22	12,8
Total	172	100,0

**Tableau II. Répartition des patients selon le diagnostic clinique**

Variabes	N	%
Trouble du développement (TSA/ TDAH)	84	48,8
Paralysie cérébrale infantile	42	24,4
Déformations orthopédiques congénitales	15	8,7
AVC infantile	11	6,4
Traumatisme	8	4,7
Séquelles de méningo-encéphalopathie	5	2,9
Paralysie obstétricale du plexus brachial	4	2,3
Hydrocéphalie	1	0,6
Scoliose infantile	2	1,2
Total	172	100,0

L'âge moyen des enfants reçus durant la période d'étude était de 7,6 ans  $\pm$  4,7 avec une prédominance masculine soit 52,3 % (n= 90). La plupart des patients résidait en milieu urbain 95,9% (n= 165) et 52,9% (n= 91) d'entre eux n'étaient pas scolarisés. La majorité des enfants soit

87,2% (n= 150) avaient une couverture sanitaire (Tableau I).

**Tableau III. répartition des patients selon les déficiences N(%)**

Déficiences	Oui	Non
Déficit musculaire	61(35,5)	111(64,5)
Quadriplégie	22(12,8)	150(87,2)
Hémiplégie	18(10,5)	154(89,5)
Monoplégie	12(7,0)	160(93,0)
Diplégie	8(4,7)	164(95,3)
Triplégie	1(10,6)	171(99,4)
Atteinte du membre sup	47(27,3)	125(72,7)
Atteinte du membre inf	57(33,1)	115(66,9)
Déficit du tonus musculaire	44(25,6)	128(74,4)
Dyskinésie spastique	28(16,3)	144(83,7)
Hypotonie des membres	25(14,5)	147(85,5)
Hypotonie axiale	27(15,7)	145(84,3)
Atteintes articulaires	79(45,9)	93(50,1)
Déficit de langage : ne parle pas	115(66,9)	57(33,1)
Pauci relationnel	101(58,7)	71(41,3)
Hyperactivité	29(16,9)	143(83,1)
Agressivité	14(8,1)	158(91,9)
Isolement	21(12,2)	151(87,8)
Stéréotypie	7(4,1)	165(95,9)
Buccales	4(2,3)	168(97,7)
Manuelles	3(1,7)	169(98,3)
Propreté : contrôle des sphincters	97(56,4)	75(43,6)
Déficit des fonctions intellectuelles	61(35,4)	111(64,6)
Troubles de la concentration	45(26,2)	127(73,8)
Déficit d'adaptation	48(27,9)	124(72,1)
Autonomie pour l'âge	97(56,4)	75(43,6)

(MIF mômes  $\geq 120/126$ )

**Tableau IV. Répartition des patients selon les données thérapeutiques et évolutives**

Données	OUI	NON
Kinésithérapie	120(69,8)	52(30,2)
Orthophonie	68(39,5)	104(60,5)
Psychomotricité	8(4,7)	164(95,3)
Appareillage	33(19,2)	139(80,8)
Orthèses du membre supérieur	2(1,2)	170(98,8)
Orthèse du membre inférieur	8(4,7)	164(95,3)
Corset	9(5,2)	163(94,8)
Orthèse plantaire	12(7,0)	160(93)
Plâtre du membre inférieur	2(1,2)	170(98,8)
Chirurgie orthopédique	13(7,6)	159(92,4)
<b>Paramètres évolutifs</b>		
Persistence de la maladie handicapante	86(50,0)	86(50,0)
Poursuite des soins de rééducation	141(82,0)	31(18,0)

Les trouble du développement (TSA/ TDAH) 48,8% (n= 84) et la paralysie cérébrale infantile 24,4% (n= 42) étaient les diagnostics les plus rencontrés (Tableau II). Les enfants présentaient un déficit musculaire dans 35,5% des cas (n= 61). Parmi eux 22 étaient quadriplégiques et 18 hémiplégiques. Le membre supérieur était atteint dans 27,3% des cas (n= 47) et 57 enfants soit 33,1% avaient une atteinte musculaire du membre inférieur. Une dyskinésie spastique était retrouvée chez 16,3% (n= 28) et une hypotonie des membres dans 14,5% des cas (n= 25). On notait une atteinte articulaire chez 79 patients soit 45,9%.

**Tableau V. Relation entre la persistance de la maladie et les caractéristiques de la population d'étude**

Variables	Total	Persistance de la maladie		OR[IC95%]	P
		Oui n(%)	Non n(%)		
<b>Sexe</b>					0,360
Filles	82	38(46,3)	44(53,7)	1,0	
Garçon	90	48(53,3)	42(46,7)	1,3[0,7 - 2,4]	
<b>Age</b>					0,745
[0 - 5[	60	28(46,7)	32(53,3)	1,0	
[5 - 10[	63	35(55,6)	28(44,4)	1,4[0,7 - 2,9]	
[10 - 15[	28	13(46,4)	15(53,6)	1,0[0,4 - 2,4]	
[15 - 18]	21	10(47,6)	11(52,4)	1,0[0,4 - 2,8]	
<b>Couverture sanitaire</b>					0,361
Non	22	13(59,1)	9(40,9)	1,5[0,6 - 3,8]	
Oui	150	73(48,7)	77(51,3)	1,0	
<b>Diagnostic clinique</b>					<b>0,003</b>
Trouble du langage	44	16(36,4)	28(63,6)	1,0	
Paralysie cérébrale infantile	42	30(71,4)	12(28,6)	4,4[1,76 - 10,9]	
Trouble du développement	40	20(50,0)	20(50,0)	1,8[0,7 - 4,2]	
Déformations orthopédiques	15	6(40,0)	9(60,0)	1,2[0,4 - 3,9]	
AVC infantile	11	9(81,8)	2(18,2)	7,9[1,5 - 41,0]	
Traumatisme	8	2(25,0)	6(75,0)	0,6[0,1 - 3,2]	
Séquelles de méningo-encéphalopathies	5	1(20,0)	4(80,0)	0,4[0,0 - 4,3]	
Paralysie obstétricale du plexus brachial	4	0(0,0)	4(100,0)	0,0	
Autres	2	1(50,0)	1(50,0)	1,8[0,1 - 29,9]	
Hydrocéphalie	1	1(100,0)	0(0,0)	-	

**Tableau VI. Relation entre la poursuite des soins et les caractéristiques de la population d'étude**

Variables	Total	Poursuite des soins médicaux N (%)		OR[IC95%]	P
		Oui	Non		
<b>Sexe</b>					0,094
Filles	82	63(76,8)	19(23,2)	1,0	
Garçon	90	78(86,7)	12(13,3)	2,0[0,9 - 4,3]	
<b>Age</b>					0,245
[0 - 5[	60	53(88,3)	7(11,7)	1,0	
[05 - 10[	63	47(74,6)	16(25,4)	0,4[0,1 - 1,0]	
[10 - 15[	28	23(82,1)	5(17,9)	0,6[0,2 - 2,1]	
[15 - 18]	21	18(85,7)	3(14,3)	0,8[0,2 - 3,4]	
<b>Couverture sanitaire</b>					0,071
Non	22	15(68,2)	7(31,8)	0,4[0,2 - 1,1]	
Oui	150	126(84,0)	24(16,0)	1,0	
<b>Diagnostic clinique</b>					0,424
Trouble du langage	44	39(88,6)	5(11,4)	1,0	
Paralysie cérébrale infantile	42	32(76,2)	10(23,8)	0,4[0,13 - 1,3]	
Trouble du développement	40	29(72,5)	11(27,5)	0,3[0,1 - 1,1]	
Déformations orthopédiques	15	12(80,0)	3(20,0)	0,5[0,1 - 2,5]	
AVC infantile	11	9(81,8)	2(18,2)	0,6[0,1 - 3,5]	
Traumatisme	8	8(100,0)	0(0,0)	-	
Séquelles de méningo-encéphalopathies	5	5(100,0)	0(0,0)	-	
Paralysie obstétricale du plexus brachial	4	4(100,0)	0(0,0)	-	
Autres	2	2(100,0)	0(0,0)	-	
Hydrocéphalie	1	1(100,0)	0(0,0)	-	

Les troubles du développement du langage étaient observés chez la majorité des enfants soit 66,9% (n=115). Les troubles du comportement étaient représentés par l'hyperactivité dans 16,9% des cas (n=29), l'agressivité dans 8,1% des cas (n= 14) et l'isolement chez 12,2% des enfants (n=21). Les troubles du développement intellectuel étaient retrouvés dans 35,4% des cas (n=61) et 26,2% (n=45) des enfants présentaient des troubles de la concentration. Les troubles du contrôle des sphincters concernaient 56,4% (n=97) des enfants (Tableau III). Le nombre moyen des séances de kinésithérapie était de  $8,8 \pm 7,6$  et pour l'orthophonie de

$4,5 \pm 5,9$ . La kinésithérapie était prescrite chez 120 enfants soit 69,8 % de la population d'étude. L'orthophonie était prescrite chez 68 enfants (39,5%) et la psychomotricité chez 8 patients soit 4,7%. L'appareillage s'est avéré nécessaire chez 19,2% (n=33) des enfants. L'évolution des patients était marquée par la persistance de la maladie handicapante dans 50,0% des cas. Par ailleurs, 82,0% (n=141) des enfants poursuivaient leur soin de rééducation après la première phase de prise en charge (Tableau IV). Dans la population d'étude, nous avons 82 filles dont 46,3 % avaient une persistance de la maladie.

Parmi les 90 garçons, 53,3 % avaient une persistance de la maladie, OR [IC95%] : 1,3 [0,7 - 2,4],  $p = 0,360$ . Il

n'y avait pas de lien entre l'âge et la persistance de la maladie,  $p = 0,745$ .

**Tableau VII. Analyse multivariée des facteurs associés à la persistance de la maladie**

Variables	Total	Persistance de la maladie N(%)		ORaj[IC95%]	P
		Oui	Non		
<b>Diagnostic clinique</b>					
Trouble du langage	44	16(36,4)	28(63,6)	1	
Paralysie cérébrale infantile	42	30(71,4)	12(28,6)	<b>4,4[1,8 - 10,9]</b>	<b>0,001</b>
Trouble du développement	40	20(50,0)	20(50,0)	1,2[0,4 - 3,9]	0,802
Déformations orthopédiques	15	6(40,0)	9(60,0)	<b>7,9[1,5 - 41,0]</b>	<b>0,014</b>
AVC infantile	11	9(81,8)	2(18,2)	0,6[0,1 - 3,2]	0,538
Traumatisme	8	2(25,0)	6(75,0)	0,4[0,0 - 4,3]	0,476
Séquelles de méningo-encéphalopathies	5	1(20,0)	4(80,0)	0,0[0,0 - 0,0]	0,999
Paralysie obstétricale du plexus brachial	4	0(0,0)	4(100,0)	1,8[0,7 - 4,2]	0,209
Autres	2	1(50,0)	1(50,0)	1,8[0,1 - 29,9]	0,699
Hydrocéphalie	1	1(100,0)	0(0,0)	-	1,000

**Tableau VIII. analyse multivariée des facteurs associés à la poursuite des soins**

Variables	Total	Poursuite des soins médicaux		ORaj[IC95%]	P
		Oui	Non		
<b>Sexe</b>					0,100
Filles	82	63(76,8)	19(23,2)	1,0	
Garçon	90	78(86,7)	12(13,3)	2,0[0,9 - 4,4]	
<b>Couverture sanitaire</b>					0,078
Non	22	15(68,2)	7(31,8)	0,4[0,2 - 1,1]	
Oui	150	126(84,0)	24(16,0)	1,0	

Il en était de même pour la couverture sanitaire,  $p = 0,361$ . Les résultats montrent une différence significative entre les différents diagnostics cliniques notamment la paralysie cérébrale infantile OR = 4,4 [1,76 - 10,9],  $p = 0,003$  et l'AVC infantile OR = 7,9 [1,5 - 41,0]. Ces pathologies sont associées à un risque significativement accru de persistance de la maladie (Tableau V). Pour la poursuite des soins de rééducation fonctionnelle, 76,8 % des filles poursuivant les soins médicaux et 86,7 % des garçons, OR [IC95%] : 2,0 [0,9 - 4,3],  $p = 0,094$ . Pour l'âge il n'y avait pas de différence significative  $p = 0,245$ . Concernant la couverture sanitaire, 22 enfants non assurés soit 68,2 % poursuivant les soins médicaux et parmi les 150 enfants assurés 84,0 % entre eux poursuivant les soins médicaux. OR [IC95%] : 0,4 [0,2 - 1,1],  $p = 0,071$  (Tableau VI). Après l'analyse multivariée, les résultats confirment que la paralysie cérébrale infantile OR [IC95%] : 4,4[1,8 - 10,9];  $p=0,001$  et les déformations orthopédiques OR [IC95%] : 7,9[1,5 - 41,0];  $p=0,014$  sont les diagnostics fortement associés à une persistance de la maladie chez les enfants (Tableau VII). Les résultats de cette analyse multivariée montrent les enfants ayant une couverture sanitaire seraient plus susceptibles de poursuivre les soins médicaux que ceux sans couverture OR [IC95%] : 0,4[0,2 - 1,1];  $p=0,078$  (Tableau VIII).

## DISCUSSION

Au-delà du caractère globalisant de cette étude qui aborde les aspects généraux du profil de l'enfant en rééducation fonctionnelle en milieu hospitalier, elle a pour mérite d'être la première du genre dans notre contexte. En effet, elle apporte des informations préliminaires dans un domaine neuf et vaste qui est celui

du handicap de l'enfant. Aussi cette étude nous a permis d'obtenir des résultats probants. Ceux-ci pourront nous permettre de mettre un accent particulier sur la conception de protocoles de soins de rééducation en vue d'un meilleur contrôle des conséquences des maladies handicapantes de l'enfant. Dans la population étudiée, la moyenne d'âge était de 7,6 ans, avec une prédominance masculine à 52,9% de l'échantillon. Spiegel au Népal en 2021, à la suite d'une enquête épidémiologique rétrospective portant sur l'admission des enfants dans un hôpital pour enfant, retrouvaient des résultats similaires. En effet dans son étude il retrouvait un âge moyen de 08 ans avec une proportion de 60% des garçons [14]. La plupart des enfants résidaient en famille, en milieu urbain et n'étaient pas scolarisés dans 52,9% des cas. Cela montre l'impact du handicap aussi bien physique que mental sur l'insertion et l'adaptabilité des enfants handicapés dans notre société cela pourrait être le fait d'une pression du regard de la société, occasionnant des conduites négatives telles que l'isolement ou l'enfermement de l'enfant handicapé par les parents. Aussi Rajan en 2017 en Inde, montrait que la résilience des parents dans le contexte d'un enfant ayant une limitation de ses capacités d'apprentissage était rudement éprouvée. Ainsi, la mauvaise perception du handicap de son enfant avait impact négatif sur sa résilience du parent [15]. Cet impact délétère sur la résilience des parents pourraient expliquer le fort taux de non scolarité des enfants dans cette étude. Les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles du développement (troubles du spectre autistique, déficit de l'attention avec hyperactivité) et la paralysie cérébrale infantile. Les études sur le handicap de l'enfant portent majoritairement sur deux ces entités pathologiques [16-

25]. Ce qui en fait en réel problème de santé publique. Des moyens de prévention basés sur des études spécifiques des causes et conséquences sociétales de ces affections, devraient être mises en place par la création de filières de soins bien codifiés. Le processus de soins suivait les recommandations internationales en matière de rééducation fonctionnelle [26–28]. Le cout de soins rééducatif est élevé. Le fardeau annuel de l'invalidité infantile variait  $\approx$  de 450 à 69 500 \$ dans le monde en 2021. Le fardeau du handicap de l'enfant imposant ainsi un lourd fardeau économique aux familles, à la société et aux systèmes de santé des Etats [29]. Le faible nombre de séances observées pouvait être lié à la proportion non négligeable d'enfants non assurés. Elle peut également se justifier par la forte connotation spirituelle et métaphysique liées aux croyances et mœurs des peuples [30–33]. Ce qui pourrait motiver des consultations et séjours chez les tradipraticiens au détriment des soins hospitaliers. L'impact et la charge psychologique du handicap de l'enfant sur les parents ou accompagnants pourrait entraine un au découragement et un désespoir de ces derniers justifiant le faible nombre de séances [15,34]. La persistance de la maladie était significativement associée à la paralysie cérébrale infantile. Cette affection du tout petit est en rapport avec une lésion non évolutive survenue sur un cerveau immature. Elle engendre des troubles moteurs, posturaux et du développement cognitifs. Ce qui gêne grandement les possibilités de récupération fonctionnelle [2] favorisant ainsi le maintien du handicap au fil du temps et favorisant ainsi des ruptures de soins par épuisement physique et financier des parents ou découragement [15,29,34]. Aussi, la poursuite des soins semblait associée aux patients ayant une couverture sanitaire. En effet, le cout élevé des soins favoriserait une diminution du suivi des enfants. Les familles ayant une couverture maladie seraient plus disposées à observer régulièrement les soins de leur enfant.

## CONCLUSION

L'épidémiologie des enfants suivis en rééducation fonctionnelle révèle des défis importants en matière d'observance et de prise en charge. Les troubles nécessitant une rééducation, tels que les troubles du développement, les handicaps moteurs et les séquelles de traumatismes sont relativement fréquents. Cependant, dans notre contexte, la couverture des besoins et l'accès aux services de rééducation restent insuffisants en raison d'un coût élevé des soins sur de longues périodes, d'une insuffisance de centres spécialisés, d'une faible ressource en personnel qualifié et d'un défaut de plateau technique adapté. Les troubles fonctionnels persistants chez les enfants peuvent compromettre leur rétablissement et leur réinsertion sociale. Il est donc essentiel de renforcer les services de rééducation fonctionnelle en élargissant l'accès, en formant davantage de professionnels spécialisés et en développant des programmes de soutien aux familles pour mieux accompagner ces enfants. Une attention accrue à la prévention des handicaps et à la promotion de la santé est également nécessaire pour réduire l'impact socio-économique qui en résulte.

## Conflit d'intérêt

Aucun

## RÉFÉRENCES

1. Jaravel A, Bayle B, d'Anjou MC, Dohin B, Tardieu D, Chabrier S, *et al.* Séjours de répit dans un service de médecine physique et réadaptation pédiatrique : intérêt pour les patients polyhandicapés. *Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév.* déc 2012;33(4):174-80.
2. Truscelli D, Mazeau M, Svendsen FA, Thuilleux G, Touillet P, Barbot F de, *et al.* Comprendre la paralysie cérébrale et les troubles associés: Evaluations et traitements. Elsevier Health Sciences; 2017. 584 p.
3. A.D. Alloh, K.M. Djossou, A. Tia, G.R. Koffi, N.M. Sie, D.J. Bombo. Itinéraire thérapeutique des enfants atteints de paralysie cérébrale admis en médecine physique et de réadaptation (MPR) à Abidjan en 2018. *Mot cérébrale.* Vol 44, Issue 2, June 2023; Pages 62-68.
4. Roessler N, Allen Debeaupaire C, Deprez A, Tanche L, Pavageau V, Hamain A, *et al.* Prise en charge multidisciplinaire des enfants souffrant de douleurs chroniques invalidantes dans un centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique français : analyse rétrospective d'une série et perspectives. *Arch Pédiatrie.* 1 août 2016;23(8):806-14.
5. Elkholti Y, Bouskraoui M. Epidémiologie de l'infirmité motrice cérébrale [Thèse]. Marrakech: Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2008.
6. Vieillesse de l'enfant handicapé. *Ann Phys Rehabil Med.* oct 2009;52:e43-5.
7. Condé ML, Barry SD, Condé K, Doré M, Bah AK, Bachir DHA, *et al.* Évaluation de la qualité de vie des parents d'enfants atteints de paralysie cérébrale. *Mot Cérébrale.* 1 oct 2022;43(3):109-14.
8. Bodoria M, Bérard E, Gautheron V, Guenier AC, Desguerre I, Touillet P, *et al.* Origine, fondements rationnels et gouvernance de ESPaCe (Enquête Satisfaction Paralysie Cérébrale): enquête nationale sur les besoins perçus et priorités d'amélioration en rééducation motrice rapportés par les personnes atteintes de paralysie cérébrale et leur famille. *Mot Cérébrale.* 1 juin 2018;39(2):44-52.
9. Owendo. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Owendo&oldid=201907586>
10. Union. N12176-09-10-07-2016-002.pdf. Disponible sur: <https://union-archives.org/web.11/dmdocuments/N12176-09-10-07-2016-002.pdf>
11. Kyal N, El Beloui R, Tahri Z, Lmidmani F, El Fatimi A. Qualité de vie des enfants atteints de paralysie cérébrale : impact de la spasticité. *Rev Neurol (Paris).* 1 avr 2023;179:S61.
12. Charmet E, Bethoux F, Calmels P, Gautheron V, Minaire P. MIF Mômes: étude de la reproductibilité et analyse d'une population témoin d'enfants sains de 1 à 9 ans (échantillon de 167 sujets). *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 janv 1996;39(1):15-9.
13. Verger S, Nicolas B, Pialoux B, Branger B, Brissot R. Enquête sur le retentissement familial du handicap de l'enfant. Intérêts de la MIF-Môme. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 juin 1999;42(6):323-32.
14. Spiegel DA, Shrestha OP, Rajbhandary T, Bijukachhe B, Sitoula P, Banskota B, *et al.* Epidemiology of Surgical Admissions to a Children's Disability Hospital in Nepal. *World J Surg.* mai 2010;34(5):954-62.

15. Rajan AM, John R. Resilience and impact of children's intellectual disability on Indian parents. *J Intellect Disabil JOID*. déc 2017;21(4):315-24.
16. T-Pederson C, Reisert H, Adesman A. Wandering behavior in children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Curr Opin Pediatr*. 1 août 2021;33(4):464-70.
17. Olusanya BO, Smythe T, Ogbo FA, Nair MKC, Scher M, Davis AC. Global prevalence of developmental disabilities in children and adolescents: A systematic umbrella review. *Front Public Health*. 2023;11:1122009.
18. de Lima TA, Zuanetti PA, Nunes MEN, Hamad APA. Differential diagnosis between autism spectrum disorder and other developmental disorders with emphasis on the preschool period. *World J Pediatr WJP*. août 2023;19(8):715-26.
19. Lipkin PH, Macias MM. Council on children with disabilities, section on developmental and behavioral pediatrics. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*. janv 2020;145(1):e20193449.
20. Cantero MJP, Medinilla EEM, Martínez AC, Gutiérrez SG. Comprehensive approach to children with cerebral palsy. *An Pediatr*. oct 2021;95(4):276.e1-276.e11.
21. Jensen A. Cerebral palsy - brain repair with stem cells. *J Perinat Med*. 26 juill 2023;51(6):737-51.
22. Suzuki J, Miyajima T, Fujii T. Epidemiological study of cerebral palsy in Shiga Prefecture, Japan, during 1977-2000. Part 2: etiologies and risk factors of cerebral palsy in Shiga prefecture. *No Hattatsu Brain Dev*. juill 2009;41(4):284-8.
23. Nguéfack S, Tchiffo AN, Chiabi A, Mah E, Enoh J, Moifo B, *et al*. Aspects cliniques et étiologiques des Infirmités Motrices Cérébrales chez l'enfant à Yaoundé : A propos de 134 cas à l'hôpital Gyneco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun). *Health Sci Dis*. Mars 2015;16(1).
24. Belem B, Danfakha F, Kamara OS, Ndiaye M, Touré H, Sangaré Y, *et al*. Paralyse Cérébrale Infantile : Suivi des Nourrissons au CHU de Fann et à l'Hôpital National d'Enfants Albert Royer. *Health Sci Dis*. Mai 2023; 24(6).
25. Nduoungo PK, Megnier-Mbo CME, Bongo S, Mpira YM, Ndounda A, Depenau AFN. Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale chez l'enfant de 2 à 15 ans à Libreville : facteurs associés et prise en charge thérapeutique. *Health Sci Dis*. 24 avr 2014 ; 15(2).
26. Demont A. Recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé et principales évolutions concernant la rééducation et la réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale. *Kinésithérapie Rev*. 1 févr 2023;23(254):8-16.
27. Anthony D, Sébastien M, Théo C. Synthèse des recommandations de traitements kinésithérapiques pour la prise en charge de patients présentant une pathologie impliquant de la douleur. *Douleurs Éval - Diagn - Trait*. 1 sept 2021;22(4):163-74.
28. André-Vert J, Dhénain M, Pry R, de Beco I, Baghdadli A. Repérage du trouble du spectre de l'autisme chez l'enfant et l'adolescent et premières actions en soins primaires : actualisation des recommandations de la Haute Autorité de santé. *Perfect En Pédiatrie*. 1 oct 2018;1(3):167-75.
29. Shahat ARS, Greco G. The Economic Costs of Childhood Disability: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 29 mars 2021;18(7):3531.
30. Diop I. Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale. *Fr Aujourd'hui*. 17 sept 2012;177(2):19-27.
31. Mbassa Menick D. Impact de la culture dans la transmission des valeurs à l'enfant en pratiques éducationnelle, familiale et sociale en Afrique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 janv 2016;64(1):36-45.
32. Juliette Neyton. Troubles du spectre autistique, migration et concept d'ethnicité. *Médecine humaine et pathologie*. 2015. <dumas-01318052>
33. Cultures. *Esprit*. 9 nov 2022;(11):124-56.
34. Okome Obiang I.M., Goita I, Manomba Boulingui C, Dope Koumou R, Okome Mezui ED, Nnang Essone JF *et al*. Troubles anxio-dépressifs chez les accompagnants de patients handicapés neurologiques lourds, suivis au service de Médecine Physique du CHU d'Owendo. *Bmo*. Déc 2022; Volume 52, page 22-29.